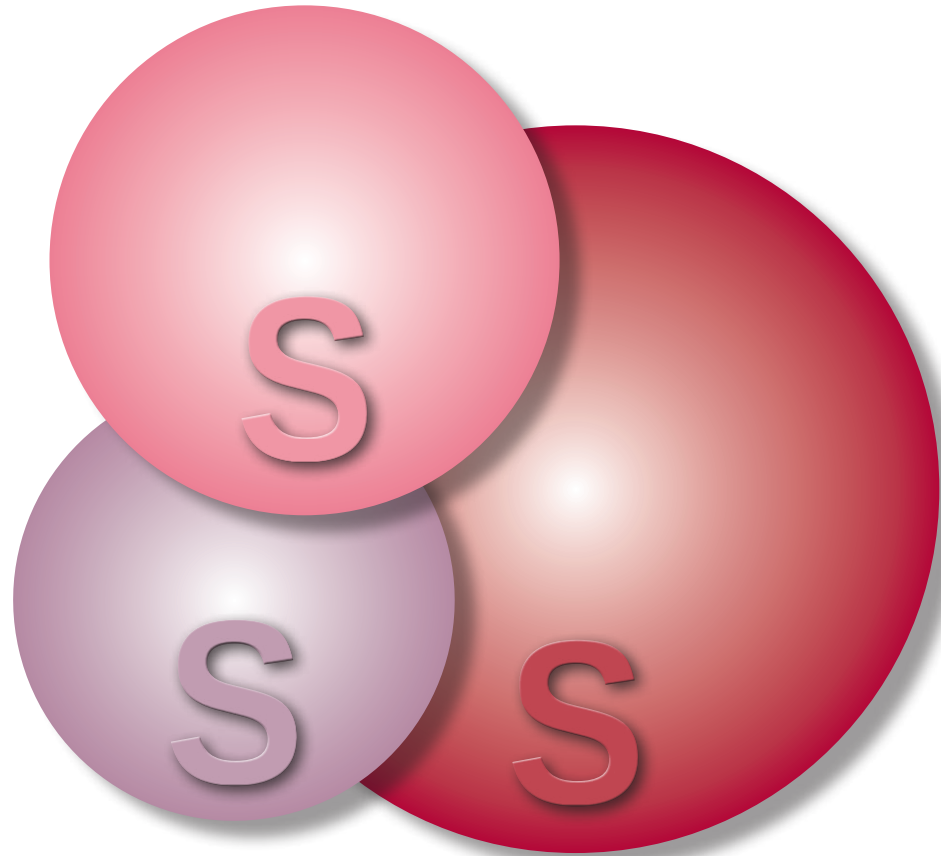
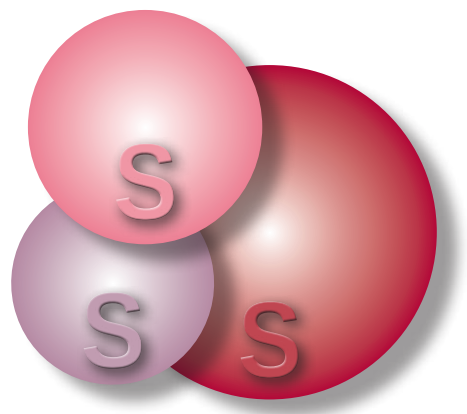


# **MEDIADORES**

PREVENCIÓN DE  
DROGODEPENDENCIAS





**Autores:**

Juan Jiménez Roset  
Consuelo Puerta Ortuño  
María Antonia Soto Baño  
Inmaculada Soriano Díaz

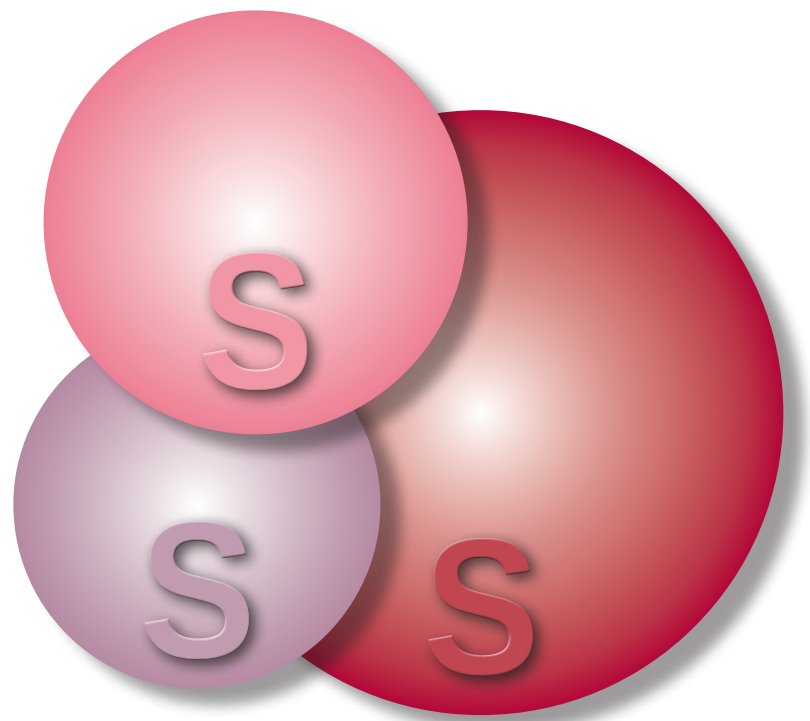
**Edita:**

Consejería de Sanidad y Política Social  
Dirección General de Salud Pública y Drogodependencias

**Gráfismo:** 20caracteres

**ISBN:**

**Depósito Legal:** MU



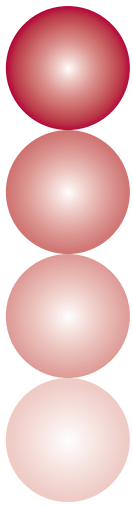
## PRESENTACIÓN

El consumo de alcohol en la población juvenil es alarmante según las encuestas más recientes; el ocio y el tiempo libre siguen siendo los espacios donde los jóvenes desarrollan comportamientos de riesgo en relación con el consumo de drogas; educar de una manera no formal en el tiempo libre es fundamental para desarrollar conductas saludables, incompatibles con esos riesgos relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas.

La Consejería de Sanidad y Política Social, consciente de las consecuencias del uso y abuso de drogas, de la trascendencia social y la evolución que el fenómeno va adquiriendo, después de los resultados de la encuesta sobre drogas dirigida a población de 14 a 18 años (ESTUDES 2012), quiere poner los medios para facilitar la educación no formal en prevención de drogodependencias en el tiempo de ocio para adolescentes y jóvenes.

El marco de actuación lo aporta el Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia que ofrece las bases de los contenidos formativos y vela por la calidad y adecuación de los mismos.

Al conjugar mediación y prevención de drogodependencias, con este libro, nos tenemos que dirigir a las personas que por su actividad de mediación, ocupan un lugar estratégico en la sociedad como agentes de transmisión bidireccional. Esto permite a los mediadores movilizar grupos, recibir información de carácter científico e institucional y actuar como agentes de transmisión de la misma, de forma eficaz y comprensible, a los colectivos con los que se relacionan que, de otra manera, no recibirían intervenciones o no estarían en condiciones de asumir esa información, codificarla y poderla utilizar.



Con el libro “Mediadores. Prevención de drogodependencias” pretendemos facilitar el acceso de las personas mediadoras a conocimientos actualizados y con base en la evidencia científica en relación con la prevención de drogodependencias, no sólo por la necesidad de garantizar una formación de calidad en drogodependencias, sino para promover y reforzar la implicación activa de los mediadores en el desarrollo de actuaciones preventivas del consumo de alcohol y otras drogas dentro de su labor cotidiana.

La calidad de la aplicación de los programas preventivos, depende en gran medida de la capacitación específica en prevención de personas que, en su mayoría, son profesionales que ejercen su labor en aquellos ámbitos de actuación que les son propios (la comunidad, la escuela, los recursos sociales, el sistema judicial, servicios de salud, los medios de comunicación, la seguridad vial, la seguridad ciudadana, el sector del ocio y el tiempo libre, el comercio, el medio laboral, etc.) y no específicos de la prevención.

Por tanto la formación de mediadores puede estar dirigida a cualquier persona, profesional o no, que debido a su trabajo, función o actividad social, puede desempeñar un papel clave para la articulación de estrategias preventivas en los distintos contextos comunitarios.

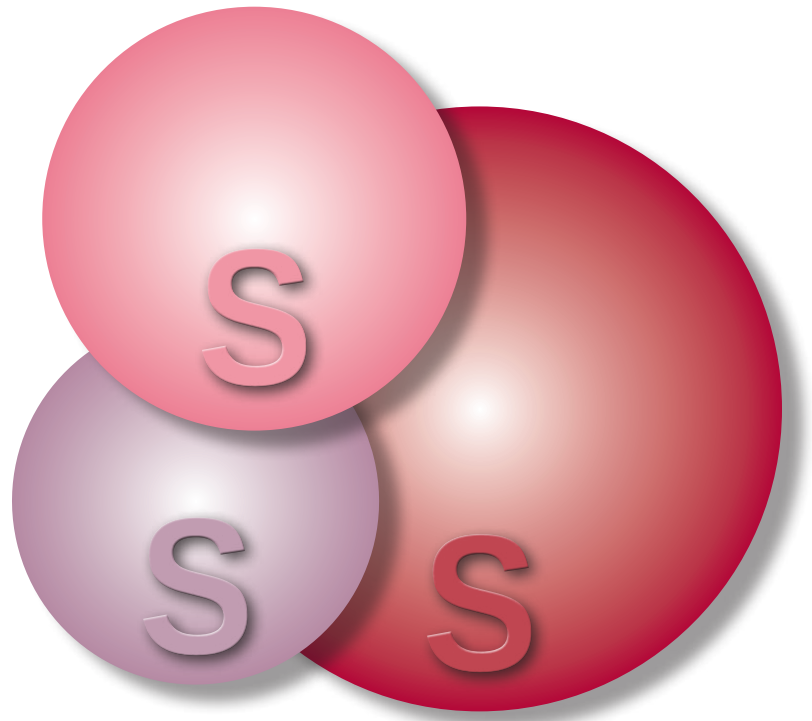
La Consejería de Sanidad y Política Social, quiere facilitar este material formativo con la voluntad de responder y adaptarse a las necesidades de profesionales no

especializados en la prevención y que resultan claves por su contexto comunitario de trabajo con poblaciones juveniles.

El fin último al que debe aspirar cualquier iniciativa de capacitación de mediadores es garantizar una formación de calidad que facilite el acceso de las personas mediadoras a conocimientos actualizados y con base en la evidencia en relación a las drogas, además de promover y reforzar la implicación activa de estas personas en las actuaciones preventivas. Para ello, este manual pretende responder y adaptarse a las distintas necesidades de profesionales no especializados en prevención u otras personas clave, que por su formación o situación en el contexto comunitario, así como por su ámbito de trabajo o de intervención, pueden desempeñar una función clave en prevención.

Y no quiero acabar esta presentación sin mencionar y agradecer el ejercicio de responsabilidad que en materia de prevención de drogodependencias ha realizado Juan Manuel Ruiz Ros. Fruto de ese trabajo ha sido este libro electrónico que, si bien será editado desde la nueva Dirección General de Salud Pública y Drogodependencias, es de justicia reconocer la implicación y compromiso de la anterior -y ahora extinta- Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias.

Catalina Lorenzo Gabarrón  
Consejera de Sanidad y Política Social



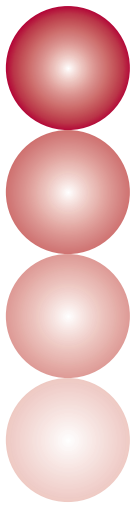
## INTRODUCCIÓN

Desde hace unos años la Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias, responsable de la implementación del Área de Prevención de Drogodependencias del Plan Regional sobre Drogas, atenta a la necesidad de incorporar la prevención de drogodependencias en espacios de ocio, viene desarrollando un curso online dirigido a monitores/as, directores/as, animadores/as de tiempo libre, mediadores/as juveniles, técnicos/as de juventud, educadores/as sociales, profesionales, voluntarios/as y personas interesadas que desarrollan su labor con jóvenes y adolescentes.

Si de algo nos sentimos satisfechos los que trabajamos en drogodependencias, es finalizar este proceso de gestión del conocimiento que se inició con este curso de formación on line implementado a través de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia, que culmina con la elaboración de este libro electrónico, que ha permitido recoger la experiencia y los conocimientos de todo el equipo interdisciplinar de profesionales que conforman esta Unidad, a los que quiero agradecer su esfuerzo y profesionalidad, así como a M<sup>a</sup> Antonia Soto Baño, psicóloga colaboradora del Plan Regional sobre Drogas, y artífice de este manual.

Los contenidos de este curso han sido demandados ampliamente por los alumnos del mismo, por lo que, tras su actualización, se ha convertido en esta herramienta interactiva, que emplea las nuevas tecnologías disponibles para acercar la prevención desde la mediación a todos los interesados, descargable de forma gratuita desde el portal [www.e-drogas.es](http://www.e-drogas.es)

Lo que se pretende con este manual, elaborado para que la prevención de drogodependencias sea cercana, accesible y práctica para



aquellos cuya labor está relacionada con los adolescentes y jóvenes en el tiempo libre, es:

Sensibilizar del relevante papel de los mediadores naturales en la transmisión de actitudes y valores preventivos a la juventud.

Concienciar a los mediadores juveniles de la importancia de percibir la prevención de las drogodependencias desde una visión comunitaria que facilite la conexión de todos los ejes sociales en la educación juvenil no formal.

Facilitar la incorporación de la perspectiva de género en la intervención en prevención de drogodependencias.

Informar a los mediadores/as sobre una adecuada concepción del problema de las drogodependencias en la población adolescente y juvenil.

Conocer los factores de riesgo y de protección que influyen en el inicio del consumo de drogas en la juventud.

Informar sobre los tipos de drogas y los efectos que producen en el organismo, analizando el proceso de adicción.

Mostrar la normativa regional y nacional existente en materia de prevención de drogodependencias que puede afectar al mediador juvenil, así como el marco institucional de la Región de Murcia en prevención de drogodependencias.

Definir el papel del mediador juvenil en la prevención de las drogodependencias, analizando las funciones y responsabilidades que puede tener en el ámbito del ocio y el tiempo libre con menores y jóvenes.

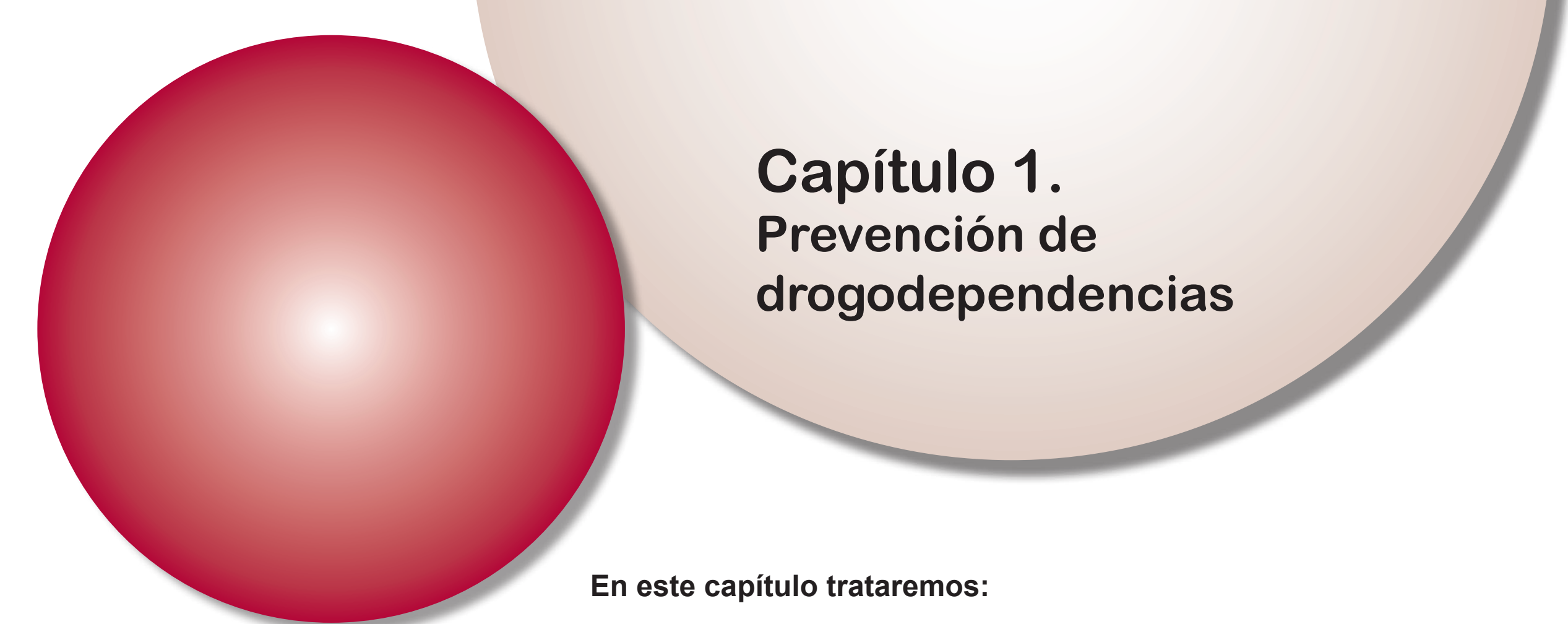
Dotar a los mediadores juveniles de técnicas e instrumentos metodológicos que les permitan desarrollar actividades preventivas en su ámbito de intervención.

Resaltar el papel que juega la educación para el ocio y el tiempo libre como un medio eficaz de prevención universal de las drogodependencias.

Formar e Informar educando es una forma adecuada de responsabilizar a las personas ayudándoles a configurar estilos de vida que sean incompatibles con el uso de drogas; para ello, se requieren actuaciones y situaciones de aprendizaje continuadas en el tiempo, abordándose de manera globalizada e interdisciplinar.

Este material persigue ayudar a formar sobre las drogas y las intervenciones con poblaciones juveniles de manera sencilla, clara y veraz, para actuar con la seriedad y cautela que el tema requiere. Y emponderar al mediador en la prevención dirigida a menores y jóvenes, en su lugar de trabajo, desde el rol que cada uno desempeña.

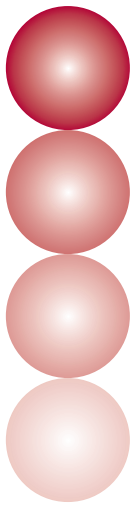
Francisco José García Ruiz  
Director General de Salud Pública y Drogodependencias



# Capítulo 1. Prevención de drogodependencias

## En este capítulo trataremos:

- ▣ Qué es y en qué consiste la prevención de drogodependencias.
- ▣ Sobre qué tipo de drogas actúa.
- ▣ El tipo de daños que intenta reducir y los tipos de objetivos que se proponen los programas preventivos.
- ▣ Qué y cuáles son los factores de riesgo y protección en el ámbito del consumo de drogas, cómo actúan y por qué es tan importante conocerlos.
- ▣ Los modelos teóricos de referencia que han de guiar cualquier intervención preventiva, su fundamentación teórica, sus elementos clave y algunas aplicaciones.



# 1.1. Definición de Prevención de Drogodependencias

Existen numerosas definiciones de Prevención de Drogodependencias. El **Diccionario de la Real Academia Española** define Prevención como “**preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo**”, en este caso, el riesgo de la drogodependencia.

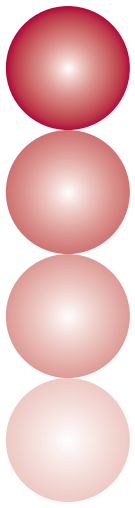
En la **Guía de buenas prácticas. Calidad en la prevención de drogodependencias en la Región de Murcia**, la prevención queda definida como “**la acción y el efecto de las estrategias, programas e intervenciones diseñados con el objetivo de cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales que promueven el uso de drogas -tanto legales como ilegales- así como los problemas y daños relacionados con dicho uso que se experimentan, ya sea en el ámbito individual, como familiar, escolar o comunitario**”.

Esta meta general incluye, como se verá con más detalle en el siguiente apartado:

- Evitar o retrasar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas.
- Evitar la progresión hacia un uso frecuente o regular.
- Evitar o minimizar los riesgos asociados al consumo.
- Prevenir o reducir los daños derivados del consumo de drogas.

## 1.2. Objetivos de la Prevención

En la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y dentro del ámbito de actuación “Reducción de la demanda”, se incluye la **prevención del consumo**, cuyos objetivos son:



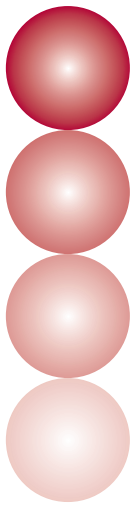
- **Promover una conciencia social** sobre la importancia de los problemas, los daños y costes personales y sociales relacionados con la drogodependencia, la posibilidad real de evitarlos y la importancia de que la sociedad sea parte activa en su solución.
- **Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas** y promover el desarrollo de recursos propios que faciliten las actitudes y las conductas de rechazo.
- Conseguir **retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas** dado que, además de acortar el tiempo potencial de exposición, cuanto mayor es la edad de las personas que entran en contacto con las drogas, menor es la probabilidad de desarrollar problemas de adicción y de padecer otro tipo de consecuencias indeseables.

Según la Guía de Buenas Prácticas y desde un enfoque más operativo, se propone la siguiente clasificación de objetivos:

### 1.2.1. Finalidad de la Prevención

La meta final a la que de **forma específica** debe responder cualquier estrategia, programa o actividad de prevención relacionada con las drogas es **reducir la morbilidad y la mortalidad evitables derivadas del uso de sustancias psicoactivas**, es decir, debe reducir el grado del daño y sufrimiento relacionado con las drogas, ya sean legales o ilegales. Y cuando se habla de daño hay que considerar:

- El daño sufrido por las personas consumidoras.
- El daño sufrido por las personas no consumidoras.
- El daño inmediato.
- El daño aplazado (considerado a medio o largo plazo).



¿Sabías que... retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas es uno de los objetivos principales en el ámbito de “reducción de la demanda”?

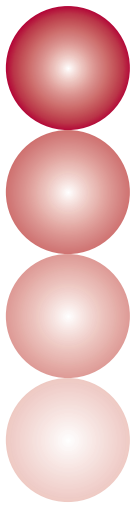
## 1.2.2. Objetivos generales

Los objetivos generales de cualquier programa o actuación en el ámbito preventivo pueden ser de carácter final o de carácter intermedio.

### 1.2.2.1. Objetivos finales

Para conseguir la finalidad última de la prevención, los programas y actuaciones preventivos deben ser capaces de:

- Reducir el consumo de drogas, es decir, disminuir de forma significativa la prevalencia global del uso de drogas.
- Retrasar la edad media de inicio en el consumo de cada sustancia psicoactiva.
- Reducir las conductas de riesgo en relación con el uso de drogas.
- Reducir los problemas relacionados con el uso de drogas (riesgo, daño y sufrimiento evitables).



### 1.2.2.2. Objetivos intermedios

Los objetivos generales intermedios de la prevención corresponden a las modificaciones que se espera producir en los **factores de riesgo** o de **protección** relacionados con el uso de drogas y los problemas relacionados con el consumo de estas sustancias.

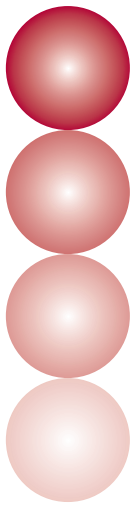
Algunos ejemplos de este tipo de objetivos son:

- Incremento de la percepción del riesgo asociado al uso de drogas.
- Incremento de la capacidad para tomar decisiones independientes ante las presiones al consumo.
- Modificación de mitos relacionados con el uso de las diversas sustancias psicoactivas.
- Medidas de regulación del mercado:
  - » Disminución de la accesibilidad y la disponibilidad.
  - » Supresión de las estrategias de promoción.
- Variables familiares como: cantidad de paga semanal que adjudica la familia a un/a adolescente para gastos personales, etc.

## 1.3. Factores de Riesgo y de Protección

### 1.3.1. Definición de factores de riesgo y de protección

En el ámbito del consumo de drogas, los **factores de riesgo** son aquellas **condiciones individuales, sociales o ambientales que, en un momento determinado se pueden conjugar, haciendo más vulnerable a una persona ante**



**el consumo de drogas.** Intervienen en el inicio y se hayan asociados al mantenimiento del consumo de drogas o al desarrollo de problemas relacionados con su uso. Es importante enfatizar que no se trata de factores causales, sino de factores que incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causar problemas importantes.

**Por ello es conveniente identificarlos para poder prevenirlos.**

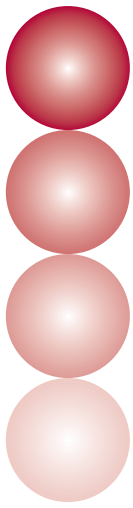
Los estudios disponibles señalan que pueden considerarse **factores de protección aquellas características individuales, ambientales o sociales que reducen la probabilidad de que una persona expuesta a factores de riesgo inicie o mantenga el consumo de una o varias drogas.** Esto explica por qué la mayoría de las personas expuestas a importantes factores de riesgo no acaben desarrollando problemas relacionados con las drogas.

Debe tenerse en cuenta que los factores de protección no son el valor opuesto a los factores de riesgo sobre una misma variable, sino que se trata de otros factores cuya presencia amortigua el impacto de los factores de riesgo y hace a la persona resistente y capaz de sortear los factores de riesgo a los que se ve expuesta.

Actualmente, uno de los principales retos de la investigación en prevención es identificar con mayor certeza cómo pueden promoverse estos factores de protección entre toda la población adolescente, y en especial entre aquellos sectores de la misma más vulnerables, es decir que se hallan expuestos a mayores factores de riesgo. A continuación se presentan algunos factores de riesgo y protección que se han detectado en las diferentes esferas de la vida de los jóvenes.

### **1.3.2. Factores relativos al entorno macro-social**

El entorno social es el marco donde se desarrolla el proceso de socialización de niños y adolescentes, por ello contribuye a formar el propio sistema de valores y actitudes ante la vida y también ante las drogas. De hecho, el entorno social ejerce una gran influencia sobre las conductas de consumo de drogas. La comunidad es especialmente importante debido a su proximidad a las personas y a la intensidad de las relaciones que se establecen entre ellas.



### 1.3.2.1. Factores de riesgo del entorno macro-social

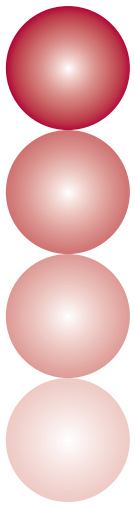
En el entorno macrosocial, se han detectado una serie de factores de riesgo relacionados con el sistema de valores dominante en la sociedad española en los últimos años. A estos **valores** se les ha llamado “**utilitarios**” y parecen ser predisponentes hacia el consumo de drogas, entre ellos destacan:

- El individualismo.
- La competitividad.
- La presión para lograr el éxito o triunfo social.
- La búsqueda de prestigio
- El cuidado de la imagen
- El hedonismo.

Sobre los factores relacionados con las **actitudes sociales, favorecedoras del consumo de drogas**, se han recogido las siguientes:

- Dentro de la tendencia hedonista, se tiende a vivir el presente (sin planificar actuaciones futuras que impliquen demora en la gratificación y evaluación de consecuencias) sin dar valor al esfuerzo para lograr los objetivos deseados.
- Actitudes grupales más permisivas ante el consumo de ciertas drogas.
- Actitudes grupales más favorables a la transgresión de normas.
- Actitud del grupo de iguales, donde el valor de ser “joven” implica segregación con respecto al mundo convencional de los adultos.

**Las actitudes ante las drogas entre los jóvenes** han ido evolucionando. Los adolescentes actuales **están viviendo la cultura de las bebidas alcohólicas de una forma positiva**, de tal modo que, se ensalza lo que esperan del consumo de alcohol (expectativas positivas sobre sus efectos) y **se infravaloran los perjuicios de su consumo** (consecuencias negativas), manteniendo la imagen del alcohólico tan lejana a su propia experiencia personal que no es tenida en cuenta.



Para los adolescentes, las drogas ilegales ya no poseen las connotaciones positivas anteriores a los años 70. Las drogas ilegales tienen un significado de transgresión de las normas establecidas. Sin embargo el consumo de drogas legales, es una “transgresión sin transgredir”, es un rito de paso a la edad adulta.

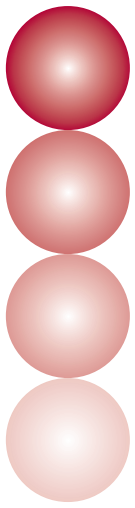
**En el grupo de adolescentes**, el consumo de ciertas drogas parece dar un significado de identidad propia a los miembros del mismo grupo, que intensifica la cohesión grupal y que los diferencia de otros grupos. Las drogas en la cultura juvenil parecen ejercer una función socializadora. Ejemplos de ello los tenemos en la forma de consumo de alcohol, con el fenómeno del “botellón” o de las “litronas” que se pasan de mano en mano, compartiéndose, o en el ritual circular del consumo del porro, o la búsqueda de empatía en el consumo de éxtasis. Parecen servir de nexo de unión del grupo.

Como otro factor de riesgo, encontramos la **asociación** que los adolescentes, jóvenes y la sociedad en general han hecho del **consumo de drogas con el tiempo dedicado al ocio y la diversión**. Los adolescentes desarrollan en su tiempo libre los componentes que les permiten la inscripción e identificación con un grupo de iguales, en donde ensayan las conductas para ser adultos. La utilización que se haga de este tiempo, correlaciona con un mayor o menor riesgo de consumo de drogas (si dedican el tiempo a actividades grupales saludables, tendrán menor probabilidad de consumo de drogas).

Por otro lado, gran parte de las actitudes y valores desarrollados en nuestra cultura, están impregnados y dirigidos por la imagen que nos proporcionan los **medios de comunicación**. El tratamiento de la información en las noticias emitidas, en la publicidad sobre drogas, etc., ha llevado a simplificar la problemática y a reforzar estereotipos sobre el consumo. Por ejemplo, si hablan de drogas, se da por entendido que son ilegales, muestran lo más dramático o morboso del tema, usan los datos estadísticos para llamar la atención del receptor, sin rigurosidad, etc. Esto contribuye a reafirmar la opinión pública de que la amenaza de las drogas, se encuentra en la oferta que existe de ellas en la calle, por lo que la solución estaría, exclusivamente, en el desarrollo de medidas de represión del tráfico de drogas, olvidando que existe una demanda social de consumo de sustancias.

**Los medios de comunicación envuelven con todo ello a las drogas en un halo de misterio que induce**, sobre todo a los menores, a **su experimentación** (incluidas las legales).

En resumen, entre los factores del entorno social asociados a una mayor probabilidad de consumo de drogas nos encontramos con:

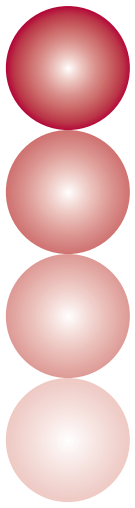


- Elevada disponibilidad y accesibilidad a las drogas.
- Las presiones dirigidas a promover el consumo de drogas.
- Las actitudes sociales tolerantes hacia el consumo de drogas.
- Sistema colectivo de valores.
- La extrema pobreza y la falta de oportunidades.
- El desarraigo cultural y social.
- La falta de recursos y equipamientos sociales.
- Asociación ocio y diversión con consumo de drogas.
- La falta de alternativas de empleo del tiempo libre.
- Una alta disponibilidad de dinero para gastos personales entre la población adolescente y joven.
- La publicidad sobre las drogas legales.
- El tratamiento contra-preventivo de los problemas de drogas en los medios de comunicación.
- Y la planificación urbanística y de transportes públicos.

### **1.3.2.2. Factores de protección del entorno macro-social**

Entre los factores que disminuyen la vulnerabilidad de los jóvenes en el entorno social se encuentran:

- Residir en zonas con amplios recursos asistenciales y preventivos.
- Dificultad de acceso a las sustancias.
- Promover valores sociales alternativos relacionados con la responsabilidad, tolerancia, igualdad y solidaridad.



- Las actitudes de grupos sociales favorables a la promoción de la salud.
- Las actitudes prosociales.
- La practica de ocio divertido y sano.
- Las actividades planificadas de ocio desde el entorno.
- Y las actitudes críticas frente a los medios de comunicación social.

### 1.3.3. Factores relativos al entorno micro-social

El entorno microsocial está formado por **la familia, la escuela, el centro de trabajo y el grupo de amigos**. Los factores de riesgo predisponentes al consumo de drogas detectados en estos ámbitos pueden resumirse en los siguientes:

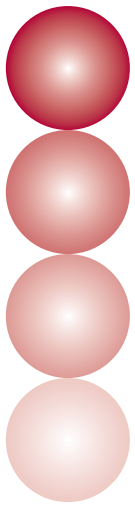
#### 1.3.3.1. Factores del entorno familiar

La familia constituye un ámbito de aprendizaje y socialización de primer orden, por lo que tiene una influencia crucial en el desarrollo de todo tipo de conductas, incluido el consumo de drogas. El estilo educativo que tiene una familia, está influyendo en la forma en que los hijos van a desenvolverse en la vida y, por tanto, en la respuesta que estos tengan ante las drogas.

##### 1.3.3.1.1. Factores de riesgo del entorno familiar

Se señalan **cuatro estilos educativos de riesgo**:

- **La confusión en los modelos referenciales.** Se caracteriza por la muestra reiterada por parte de los padres, de la falta de límites en la educación de los hijos. En la historia de los padres, estos han confundido la autoridad (necesaria



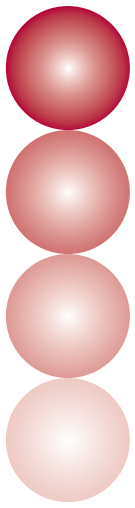
para educar), con el autoritarismo y, huyendo de ello, presentan una ausencia de límites claros y coherentes, que va a favorecer en los hijos adolescentes, actitudes irresponsables cuando deban tomar decisiones. En estas situaciones los padres suelen inhibirse ante los problemas y dificultades que van teniendo los hijos, dejándolos solos antes de estar maduros para resolverlos o delegando su responsabilidad en otras instituciones como la escuela.

- Una **excesiva protección de los padres** hacia sus hijos, dificulta su maduración en aspectos tan importantes como el desarrollo de su autonomía, responsabilidad e iniciativa.
- La **falta de reconocimiento de los logros de los hijos**, la ausencia de valoración positiva de los mismos, acarrea perjuicios individuales como baja autoestima, inseguridad y un autoconcepto negativo.
- Por último, la **rigidez de las estructuras familiares**, puede dar lugar a hijos con comportamientos de sumisión o rebeldía.

Así mismo, la **vivencia** que los hijos tienen de las relaciones familiares, se convierte en un factor de riesgo, si estas son negativas, entendiéndose como **relaciones familiares negativas** aquellas en las que existe una ausencia de comunicación, en la que no se participa ni disfruta con la intimidad en familia. Cuando los miembros se encuentran emocionalmente aislados, la imagen que el grupo familiar proyecta es de falta de cohesión. Así mismo un clima afectivo de desasosiego y tensión impide disfrutar a los jóvenes en la unidad familiar, sentirse a gusto en ella.

También **los padres como modelos** en la transmisión de actitudes frente a las drogas, pueden considerarse factores de riesgo, cuando éstos son consumidores de alguna sustancia (también de alcohol y tabaco) o transmiten actitudes tolerantes o positivas hacia los consumos. Esto es lo que parece estar ocurriendo hoy en día con el abuso de bebidas alcohólicas en los jóvenes, si tenemos en cuenta la frecuencia de borracheras en los fines de semana. Antes, se toleraba alguna vez en la vida del joven, como rito de iniciación a la edad adulta, pero su repetición y frecuencia causaban un rechazo familiar y social importante. Parece que la preocupación familiar hacia las drogas ilegales (se suele oír: “mi hijo solo bebe los fines de semana, no toma drogas”), está desviando la atención del abuso del alcohol, banalizándose la problemática, entendida más como una molestia ecológica (ruido nocturno, suciedad en las calles, etc.), que como un problema de normas, límites, actitudes y valores, que la familia no sabe como asumir.

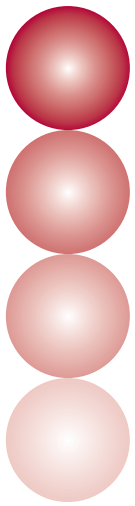
En resumen, entre los factores relacionados con el ambiente familiar que se han asociado a una mayor probabilidad de consumo de drogas, están:



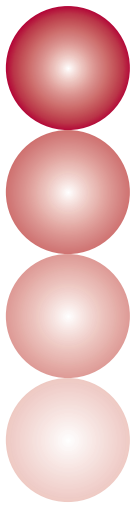
- Un ambiente familiar caótico y desestructurado, y en especial cuando las personas adultas de la familia (padre, madre, ambos, u otros allegados) consumen drogas o sufren algún trastorno mental.
- Deficiente educación normativa: un estilo de gestión familiar contradictorio e ineficaz, donde las normas no están claras, o no se aplican de forma coherente ni dentro de un marco de diálogo y escucha.
- Baja cohesión familiar y escaso apego o inexistencia de lazos afectivos fuertes entre padres e hijos.
- Percepción de permisividad y aprobación parental/familiar respecto al uso de drogas: falta de control y cuidado, consumo de drogas en el ambiente familiar o actitudes tolerantes de los padres hacia el consumo de estas sustancias.
- Conflictos entre los padres, clima afectivo inestable, inseguro y/o inadecuado por algún otro problema.
- Falta de comunicación y apoyo entre las personas que integran la familia.
- Estilos educativos de riesgo: autoritario, poco normativo, sobreprotector.

### **1.3.3.1.2. Factores de protección del entorno familiar**

Quizá el factor de protección más importante relacionado con la familia es la vinculación emocional y afectiva positiva con el ámbito familiar, cuando la familia proporciona:



- **Apoyo emocional**, incluyendo atención de los padres a los intereses de los hijos, proporcionando sensación de confianza, afecto y apego mutuo, transmisión de reconocimiento y confianza y en las capacidades filiales (existencia y verbalización de expectativas positivas, reconocimiento y refuerzo de los logros, etc.).
- **Un estilo de gestión familiar claro, consistente y respetuoso**, que incluya: relaciones ordenadas y estructuradas entre padres e hijos; reglas de conducta claras que se aplican de forma coherente y consistente (control de horarios de vuelta a casa, racionalización y supervisión del dinero que la familia otorga como paga semanal, etc.); capacidad paterno-filial de escucha de las necesidades percibidas; expectativas y normas claras respecto a las responsabilidades de los hijos; participación de los hijos en las tareas y eventos familiares (trabajos domésticos, promoción del apoyo y la cooperación entre hermanos; participación y promoción de actividades y relaciones con la familia extensa, etc.).
- **Apoyo y promoción del aprendizaje**, por ejemplo, es importante la implicación de los padres en los deberes escolares (interés por las actividades relacionadas en la escuela, contacto y coordinación con las tutorías y el profesorado, etc.); así como implicación e interés por otras actividades de crecimiento personal (deportes, actividades artísticas, aficiones, etc.).
- **Cercanía familiar**, manifestada en el interés parental por las actividades lúdicas, los intereses vitales y las amistades de los hijos.
- **Clima emocional estable en la familia**: evitando los conflictos de pareja, y si estos existen, evitando trasladarlos a los hijos.
- **Estilos educativos protectores**: democrático, negociador y que promueva autonomía y responsabilidad.



## 1.3.3.2. Factores del entorno escolar

### 1.3.3.2.1. Factores de riesgo del entorno escolar

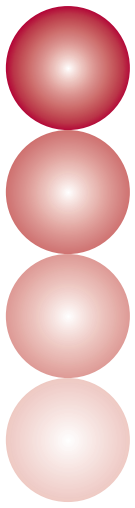
Algunas **actitudes de los alumnos ante la escuela**, sobre todo en los primeros años de escolarización, se consideran de riesgo en relación con el consumo de drogas: dificultades del alumno para asumir las normas de convivencia, una baja integración social en el colegio, bajo rendimiento escolar mantenido, sentirse insatisfecho en el centro escolar, una ausencia de motivación hacia los estudios, así como carencia de expectativas educativas de futuro.

En cuanto al propio Centro Escolar, el **estilo educativo** (la actitud del profesorado y el modelado de los docentes en relación con el consumo de drogas legales e ilegales), repercute de manera decisiva en la formación del autoconcepto, de la autoestima y de los valores de los alumnos.

Al igual que ocurría en la familia, la falta de reconocimiento por parte de los profesores, de los logros individuales de sus alumnos, favorece en ellos un autoconcepto negativo, baja autoestima e inseguridad. La rigidez de las estructuras de la escuela (castigos desproporcionados o generalizados, por ejemplo), favorece actitudes de sumisión o, su opuesto, rebeldía en los alumnos. Por último, valores desarrollados en la escuela como la competitividad, el individualismo o la insolidaridad, son factores de riesgo de consumo de drogas.

**Uno de los principales predictores del consumo de sustancias psicoactivas es el fracaso escolar.** Aunque este abandono temprano de los estudios está influido en gran medida por las experiencias personales durante la primera infancia dentro del ámbito familiar y durante los años de educación infantil o preescolar, algunos factores relacionados con la escuela pueden exacerbar problemas y disposiciones preexistentes:

- **Dificultad de adaptación.**
- **Sensación de inutilidad y desmotivación.**
- **Absentismo escolar.**

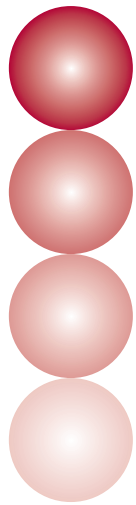


- **Bajo rendimiento académico.**
- **Ausencia de hábitos de trabajo.**
- **Ausencia de modelos de referencia en los profesores/tutores.**
- **Poca integración con sus compañeros.**
- **Desinterés hacia lo escolar entre sus iguales.**
- **Problemas de integración de normas.**
- **Ausencia de motivación, de interés, niveles de aspiración bajos.**
- **No abordaje de la prevención del uso de drogas en el centro.**

### **1.3.3.2.2. Factores de protección del entorno escolar**

Se resumen los siguientes:

- **Integración en la dinámica escolar.**
- **Motivación escolar, puntualidad, asistencia, cumplimiento de horarios.**
- **Hábitos de estudio.**
- **Adecuado rendimiento.**
- **Modelos positivos de referencia en el profesorado.**
- **Integración con el grupo de clase.**
- **Interés hacia lo escolar por sus iguales.**
- **Interiorización de normas escolares.**
- **Relación cercana con los profesores, buena comunicación.**



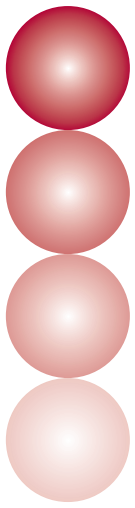
- **Experiencia de reforzamiento positivo ante el esfuerzo y valoración del rendimiento, motivación de eficacia (apoyo para superar los fracasos).**

**Para potenciar estos factores de protección del alumno, el centro escolar debe tener las siguientes características:**

- **Consistencia normativa:** incluyendo reglas claras de conducta, el respeto normativo explícito -en actitudes y conductas- del profesorado y del centro por la legislación vigente en lo relativo a las drogas.
- **Promoción de vínculos emocionales positivos con el alumnado:** mediante la disponibilidad de cuidado y apoyo a las necesidades del alumnado.
- **Clima escolar favorable:** centros que trabajan activamente para la promoción y la motivación del aprendizaje, que manifiestan expectativas positivas en relación a las capacidades del alumnado y promueven la participación, implicación y responsabilidad de los jóvenes en las tareas y las decisiones escolares.
- **Introducción en el marco curricular de contenidos de educación sobre drogas:** integrados en el marco general de la promoción y la educación para la salud; basados en los principios generales de educación en habilidades para la vida desarrollada desde los principios metodológicos de la educación activa, interactiva y participativa; adaptados a las etapas evolutivas del desarrollo vital, así como a las características socio-culturales del alumnado.
- **Desarrollo de programas de prevención selectiva:** en aquellos casos en los que el alumnado se halla expuesto a especiales factores de riesgo.
- **Coordinación con las familias:** cuanto mayor es el grado de compromiso y motivación del centro educativo (política general del centro, tutorías, profesorado, etc.) para acercarse a las familias, más posibilidades hay de potenciar el papel protector del centro educativo.

### **1.3.3.3. Factores relacionados con el ámbito laboral**

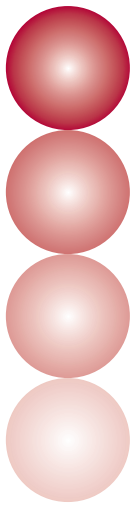
El ámbito laboral es otro de los espacios de socialización importante en la vida adulta. Este contexto está en constante relación con la comunidad en la que se está inmerso. Los valores, las actitudes y los hábitos de la sociedad influyen o impregnan también el medio laboral.



### 1.3.3.3.1. Factores de riesgo laborales

Algunos factores relacionados con la organización del trabajo, con el puesto de trabajo o con el ambiente laboral pueden incrementar la probabilidad de que una persona llegue a implicarse en el consumo de drogas o de que éste le cause problemas importantes. Entre ellos, cabe citar los siguientes:

- **Factores relacionados con la organización del proceso productivo:** jornadas de trabajo demasiado prolongadas; rotación horaria; ritmos de trabajo demasiado intensos (estrés laboral); sobrecarga de trabajo y elevados niveles de tensión; escasas posibilidades de promoción profesional.
- **Factores relacionados con el puesto de trabajo y/o la tarea:** trabajos repetitivos y escasamente motivadores (cadenas de producción, etc.); condiciones climatológicas adversas (demasiado frío o demasiado calor); contaminación y toxicidad ambiental; trabajos aislados sin contacto con compañeros o superiores; traslados frecuentes de puestos de trabajo; puestos de trabajo asociados a una mayor proximidad o disponibilidad de sustancias (camareros, personal sanitario, etc.); cultura del puesto y/o profesión (puestos donde el consumo de drogas forma parte del rol como relaciones públicas, representantes, etc.).
- **Factores relacionados con el ambiente laboral:** conflictividad laboral; inestabilidad laboral; ambiente de gran competitividad; presencia de consumidores en el centro de trabajo; presión de los compañeros de trabajo; tolerancia en el centro de trabajo hacia los consumos de ciertas drogas; accesibilidad a determinadas sustancias en el centro de trabajo.



### 1.3.3.3.2. Factores de protección laborales

Los factores de protección tienen mucho que ver con la mejora laboral, la humanización de las condiciones laborales o la mejora de las relaciones entre los compañeros.

#### Relacionados con la organización del proceso productivo:

Los trabajos que conllevan turnos rotatorios y/o nocturnos conviene planificarlos con suficiente antelación de tal forma que:

- Permitan que el trabajador pueda organizar su vida personal y familiar.
- Deben facilitar tiempos suficientes de descanso.
- Intenten respetar al máximo los ritmos de sueño.
- Se debe reducir la carga física en los turnos nocturnos.

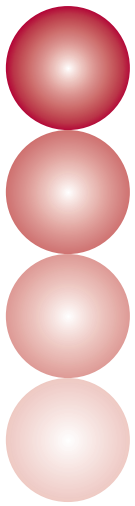
Con relación a las **jornadas prolongadas** de trabajo es importante:

- Establecer ritmos de trabajo que puedan adaptarse a las necesidades individuales.
- Introducir pausas durante el tiempo de trabajo.

#### Relacionados con el puesto de trabajo y/o la tarea:

Si se promueve un rendimiento adecuado en el trabajo haciendo planificaciones ajustadas que cuenten con la flexibilidad necesaria en el orden de ejecución, se mejora el ajuste del individuo a la tarea y su satisfacción.

En los trabajos que son monótonos hay que facilitar la variación periódica en las tareas y establecer pequeñas pausas que rompan la uniformidad del ritmo.



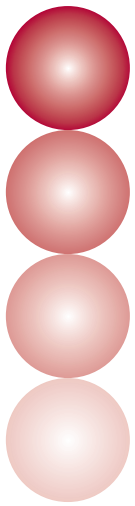
## Relacionados con el ambiente laboral:

Con relación a la **cultura de empresa** es necesario que:

- Se limite la oferta de drogas legales, como la prohibición de bebidas alcohólicas o la instalación de maquinas expendedoras de agua, lo cual supone un importante factor de protección para los trabajadores.
- Se promuevan valores positivos hacia la salud.
- Se desarrollen programas de prevención del consumo de drogas.
- Se promuevan modalidades contractuales que faciliten la proyección de futuro y la integración de los individuos en la organización.
- Se planifiquen estrategias de motivación, de promoción laboral y de introducción de actuaciones que favorezcan la comunicación.

Con relación a las **personas**, sería deseable:

- Preparar para la resolución de conflictos y la toma de decisiones, capacidades que se ponen en juego habitualmente en el trabajo y que, si son deficitarias, generan estrés y, pueden conllevar el uso de drogas, para paliar ese déficit.
- Proponer entrenamientos en habilidades de comunicación, pues es una herramienta inherente al trabajo y necesita una supervisión permanente.
- Evitar el desajuste entre el nivel de formación y el puesto de trabajo, para ello es útil desarrollar planes de formación y favorecer el intercambio con personas de mayor experiencia.



### **1.3.3.4. Factores relativos al grupo de iguales**

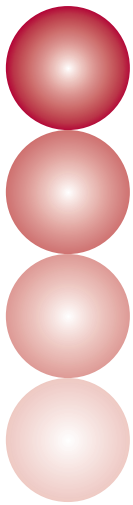
**El grupo de amigos es el lugar en el que el adolescente ensaya sus comportamientos independientes, preparándose para la vida adulta, por ello ejerce una gran influencia (necesaria y natural) en su desarrollo.**

El grupo de iguales queda constituido cuando sus miembros participan de una serie de valores, actitudes, hábitos y pautas de conducta que consideran adecuados para distintas situaciones. La creación de un sentimiento de pertenencia al grupo, se basa pues, en que sus miembros comparten valores y actitudes sobre sus expectativas ante la vida y, también, sobre lo que consideran arriesgado, las aventuras, el saltarse las normas, el consumo de drogas, ...

#### **1.3.3.4.1. Factores de riesgo relativos al grupo de iguales**

Se consideran factores de riesgo relacionados con el grupo de iguales:

- **La dependencia del adolescente al grupo, agravada si existe distanciamiento con la familia y/o conflictos en la escuela.**
- **La presión de grupo (el dejarse arrastrar), mayor cuanto más se dependa del mismo.**
- **Y el liderazgo de modelos consumidores dentro del grupo: Si el líder o líderes consumen alguna sustancia o mantienen actitudes positivas hacia el consumo de drogas, su influencia será mayor que la percepción de las consecuencias negativas que pueda acarrear el consumo, ya que estas son vivenciadas por el adolescente como fuera de su realidad.**



Los adolescentes más susceptibles de ser influidos por los iguales suelen tener menor autoestima, estar menos dispuestos a obedecer a los adultos, menos interesados en las tareas escolares, menos pendientes de metas futuras, o sentirse menos vinculados a las normas integradoras de carácter familiar, comunitario o religioso.

#### 1.3.3.4.2. Factores de protección relativos al grupo de iguales

Teniendo en cuenta la influencia recíproca entre factores individuales y el grupo, los factores de protección son:

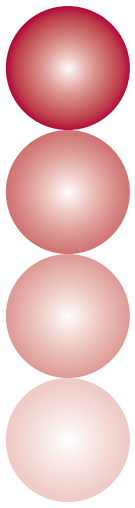
- Desarrollo de estrategias personales que faciliten la independencia del grupo.
- Relacionarse con varios grupos.
- Relacionarse con grupos cuyas actitudes y actividades sean sanas.

### 1.3.4. Factores individuales

#### 1.3.4.1. Factores de riesgo individuales

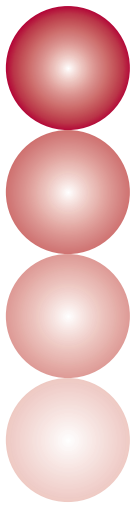
Algunos de los factores individuales de riesgo más importantes en relación al consumo de drogas pueden ser categorizados como variables incontrolables. En este sentido cabe citar la predisposición genética al consumo de alcohol. También la edad es un factor importante ya que las personas son más vulnerables durante un determinado período de tiempo (de la pre-adolescencia a la juventud adulta) y un comienzo temprano del consumo incrementa el riesgo de problemas relacionados con cada sustancia.

Los factores individuales considerados de riesgo para el consumo de drogas en la población juvenil **tienen que ver con la formación de la identidad** de la persona (constituida cuando se llega a un acuerdo consigo mismo, en relación a quién y qué es uno mismo como persona):



- **La falta de autonomía** dificulta el tomar decisiones y predispone al joven a depender del grupo en las relaciones sociales y en el desarrollo del proyecto de vida (necesario para pasar a ser adulto).
- **La dificultad para resolver los conflictos** que se le planteen, puede llevarle al consumo de drogas como una forma de evitarlos, ya que no sabe afrontarlos.
- **Las dificultades de autocontrol** se manifiestan en dos vertientes, por carecer de recursos personales para afrontar la angustia, el miedo etc., por lo que se siente incapacitado para dar respuestas adecuadas socialmente, o por manifestar una escasa tolerancia a la frustración (que equivale a buscar satisfacciones inmediatas, sin tener en cuenta las consecuencias a medio o largo plazo de lo que haga). Esta inmadurez psicológica es un factor de riesgo importante, a tener en cuenta en la prevención.
- **La baja autoestima** de un adolescente (adquirida por las causas anteriormente mencionadas), le conducirá más fácilmente a la búsqueda de un grupo en el que sentirse reconocido. Por ello será más vulnerable a la presión del grupo hacia determinadas conductas de riesgo.
- **El sistema de valores** que un adolescente ha adquirido puede convertirse en protector o facilitador del consumo de drogas: valores mencionados como el hedonismo y el presentismo están relacionados con el consumo de drogas, mientras que el idealismo y la responsabilidad, son valores protectores.
- Así mismo, la **ausencia de un proyecto de vida** definido, que debe estar desarrollado al finalizar la adolescencia, (en el que se recogen unas expectativas de futuro y en el cual, se apoyarán las decisiones que se vayan tomando en la vida, basadas en ese sentido coherente de quién es uno y qué quiere de la vida), hará que las decisiones que se tomen se muevan por azar y en direcciones confusas, dificultando la planificación y la responsabilidad, lo cual se relaciona con el consumo abusivo de drogas.

Las posiciones individuales enfrentadas a la sociedad y sus estructuras, son factores de riesgo en la juventud. Nos referimos a valoraciones bajas de la familia, el trabajo o la religión y el rechazo de las normas sociales.



También son más vulnerables los adolescentes, cuando carecen de posiciones claras, sobre los valores morales que deben regir su comportamiento.

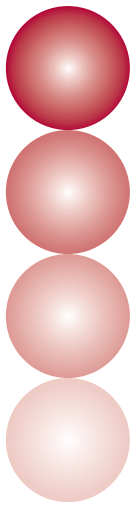
Finalmente, existen ciertas actitudes que, si bien se dan de manera peculiar en la adolescencia como proceso de individuación, pueden convertirse, si se acentúan y se conjugan con los factores previos descritos, en factores de riesgo para el consumo problemático de drogas; hablamos de:

- La vivencia de **vacío existencial**, la existencia vivida por el muchacho como esencialmente conflictiva y carente de sentido.
- **Escepticismo** ante cualquier dimensión trascendental de la existencia.
- **Pesimismo y falta de confianza en el futuro**, carencia de ilusión por construir un futuro mejor.
- **Egocentrismo**. Exaltación de la propia personalidad en forma exagerada, considerándose centro de la atención y actividad de los demás, todo gira en torno a uno mismo.
- **Falta de normas morales** de comportamiento hacia los demás.
- Búsqueda de **evasión de la realidad**.
- Actitudes de **búsqueda de libertad**, en las que prima obtener sensaciones nuevas placenteras y estimulantes, en detrimento del valor de la responsabilidad.
- **Oposición a la autoridad** (normal en la adolescencia), que se resuelve eligiendo respuestas retadoras de riesgo.

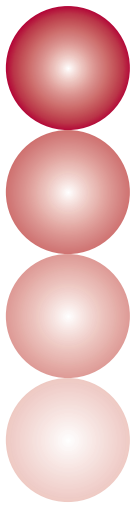
### 1.3.4.2. Factores de protección individuales

Se identifican como principales categorías de protección en el ámbito individual:

- **Desarrollo evolutivo adecuado** tanto en habilidades cognitivas como motrices, así como evolución y estabilidad emocional equilibradas.



- **Temperamento positivo:** auto-valoración positiva, flexibilidad y capacidad de adaptación, percepción de auto-eficacia, autonomía, auto-disciplina, locus de control interno, y bajos niveles de autodefensa.
- **Expectativas positivas,** en relación al futuro y a la consecución de las propias metas (en lo personal, lo profesional, etc.), así como en relación al mantenimiento de la propia salud.
- **Establecimiento de vínculos emocionales positivos con instancias pro-sociales:** familia, escuela, instituciones que promueven la implicación y las creencias en valores sociales de integración y respeto (como iglesias, organizaciones sociales o deportivas, etc.).
- **Competencia social,** que incluye habilidades sociales y sensibilidad social, espíritu cooperativo, buenas habilidades de comunicación, sensibilidad, empatía, respeto y atención a las necesidades de las demás personas, sentido del humor, inclinación hacia la conducta prosocial, estrategias de resolución de problemas, buenos resultados escolares, e independencia y tolerancia hacia las demás personas y sus peculiaridades, así como tolerancia hacia situaciones sociales diversas.
- **Interiorización normativa** en relación a las conductas, normas y leyes que regulan la convivencia social y el uso de drogas.
- **Resiliencia,** o capacidad de una persona para desarrollarse positivamente y disfrutar de una vida normalizada y adaptada a pesar de haber estado expuesta a vivencias adversas o traumáticas durante su infancia. Esta capacidad personal le permite adaptarse sin que se manifiesten problemas personales o psicopatológicos durante la adolescencia o la etapa adulta, y más aún, le permite salir fortalecida de las experiencias adversas. En resumen, este concepto describe las capacidades de ajuste personal que permiten a una persona contrarrestar de forma significativamente exitosa las influencias negativas de muchos factores de riesgo (Luthar, Sawyer & Brown, 2006; Becoña 2007).

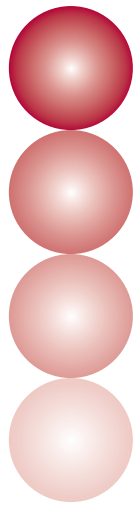


Yo tengo un locus de control interno: pienso que controlo mi vida y la mayoría de las cosas que me ocurren.  
Así que, ¡valoro el esfuerzo y la responsabilidad!

Pues yo soy una persona con empatía y me suelo poner “en el lugar del otro”. Vamos, ¡que te entiendo, aunque a veces no comparta tus opiniones, claro!

¿Sabías que... hay personas que, a pesar de haber vivido situaciones traumáticas, pueden salir fortalecidas y disfrutar de una vida feliz?

Pues sí, y esto es gracias a la capacidad de resiliencia



## 1.4. Modelos Teóricos de Referencia para la Prevención de las Drogodependencias

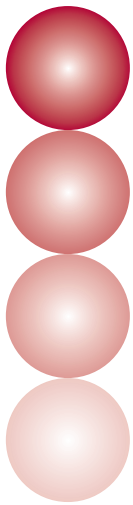
Cuando se plantea cualquier intervención preventiva es imprescindible partir de modelos teóricos de referencia que guíen y den sentido a la acción. Por ello, las actuaciones preventivas emprendidas por la Unidad de Coordinación del Plan Regional sobre Drogas, enmarcada en la Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias, de la Consejería de Sanidad y Política Social, de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, se sitúan dentro del marco conceptual proporcionado por modelos de probada eficacia, como son: Salud Pública, Promoción de la Salud, Reducción del Riesgo, modelos del Aprendizaje Social o Socio-cognitivos, el Biopsicosocial, etc. Aquí nos compete explicar los cuatro últimos.

### 1.4.1. Modelo de Promoción de la Salud

En su aplicación a la prevención del consumo de drogas, este modelo plantea que para intervenir de forma preventiva, no es eficaz la aplicación de soluciones simplistas o mecanicistas, sino que se requiere el despliegue de acciones sociales multidimensionales, multisectoriales, y multidisciplinarias de alcance comunitario.

Esta aproximación sitúa a la comunidad como elemento clave de la acción preventiva e implica la introducción de estrategias de participación y coordinación entre administraciones públicas y organizaciones sociales, redes, colectivos y otros agentes que representan a la sociedad civil organizada.

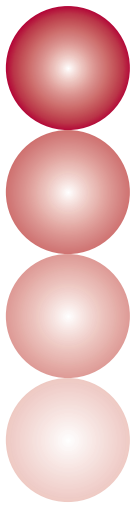
En este marco, el modelo permite identificar y modificar los factores de carácter medio-ambiental (políticos, legislativos, económicos y sociales) que incrementan el riesgo de que en una comunidad se desarrollen problemas relacionados con las drogas, en la población general, o en sub-grupos de la población general (abordables según género, edad, exposición global a factores de riesgo u otras variables socio-económicas y/o demográficas). También permite identificar los factores que condicionan la prevalencia del consumo de cada droga, en cada sociedad y en cada momento histórico (tendencias a la reducción o al incremento).



Según el modelo, dichos factores de riesgo condicionantes se pueden agrupar en:

- **Factores de accesibilidad:** circunstancias que facilitan las drogas a los posibles consumidores: proliferación y redes de venta (puntos de venta, situación, horarios, etc.). Por ejemplo, la limitación de horario nocturno de venta de bebidas alcohólicas.
- **Factores de disponibilidad:** circunstancias que permiten la distribución de la droga a los demandantes: precios, espacios disponibles de consumo, edades mínimas de venta. Por ejemplo prohibición de venta a menores de 18 años de bebidas alcohólicas y tabaco por la Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre Drogas de la Región de Murcia, o las Ordenanzas municipales para evitar el “botelleo” en espacios públicos, etc.
- **Factores promotores del uso de cada sustancia psicoactiva:** publicidad directa, publicidad indirecta, patrocinio y estrategias encubiertas de promoción. Por ejemplo los anuncios de bebidas alcohólicas, aunque no sean de alta graduación, la promoción encubierta de tabaco a través de concursos y premios en los estancos, la presencia de consumidores en películas, la promoción de actividades deportivas por parte de cerveceras, tabacaleras, etc.).
- **Actitudes y creencias sobre las drogas y sus efectos:** variables en cada cultura y en cada momento histórico, cuya evolución depende estrechamente de los factores anteriores. Por ejemplo, en la Antigüedad, el uso de drogas estaba restringido a chamanes, sacerdotes, etc. y durante ceremonias puntuales, no a consumo indiscriminado y sin control ni supervisión de adultos como ocurre actualmente.
- **Características de cada sustancia para generar dependencia y/o problemas relacionados con su uso.**
- **Factores medio-ambientales** que, con carácter general, están presentes en cada comunidad y pueden contribuir a promover o frenar el consumo de drogas. Por ejemplo, un municipio puede estar situado en una zona de paso de tráfico de drogas y verse afectado por ello.

Una herramienta dentro del modelo de Promoción de la Salud es la **Educación para la Salud**. Se trata de un marco conceptual que ofrece la base de intervenciones diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y para desarrollar la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar cambios en el estilo de vida, destinados a mejorar la salud; suele dirigirse a los menores escolarizados (aquí existe el **Plan de Educación para la Salud en la Escuela**, que se desarrolla desde 2005, coordinado por las Consejerías de Sanidad y Política Social y de Educación, Formación y Empleo, establece cómo han de ser las intervenciones de Promoción de la Salud y de Educación Para la Salud que se realicen en los centros docentes no universitarios).



## 1.4.2. Modelo de Reducción del Riesgo

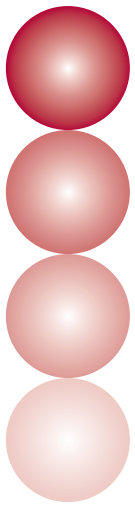
Parte de la consideración de que, por razones diversas, algunas personas quieren consumir drogas, asumiendo los potenciales riesgos que dicho consumo pueda conllevar. Y ante este hecho hay que promover el desarrollo de estilos de vida y de conductas que contribuyan a que el consumo resulte lo más seguro y lo menos arriesgado posible y no llegue a plantear daños irreversibles. En definitiva, la finalidad del modelo es reducir las consecuencias negativas para la salud del uso de drogas.

Las intervenciones a partir de este modelo se deben realizar mediante un enfoque multisectorial y multidisciplinario que:

- Priorice el bienestar de las personas que consumen drogas.
- Les ofrezca información objetiva sobre todo lo relacionado con las drogas y su uso.
- Promueva, a través de la educación y la provisión de recursos y servicios, el desarrollo de las capacidades personales de valoración, cambio de actitudes y toma de decisiones.
- Haga llegar las intervenciones preventivas allí donde las personas consumidoras se encuentran.
- Ofrezca servicios y recursos preventivos atractivos y de baja exigencia, adaptados a las características de la población beneficiaria.
- Ofrezca opciones preventivas en base a una jerarquización de riesgos.

La **aplicación** de este modelo ha obtenido resultados positivos en:

- La prevención de la infección por VIH relacionada con el uso de drogas y las prácticas sexuales de riesgo.
- La minimización de los riesgos asociados al uso de drogas legales, especialmente del alcohol, siendo un ejemplo de ello su uso para la prevención de accidentes de tráfico asociados al consumo de bebidas alcohólicas. Algunas de



las actuaciones más usuales son: la provisión de transporte público nocturno como alternativa al uso del vehículo privado, los programas que promueven la práctica del “conductor designado” que se mantiene abstinentes de bebidas alcohólicas mientras los demás beben, la formación preventiva de los responsables de locales de dispensación de bebidas alcohólicas, etc.

- La minimización del riesgo asociado al uso de drogas recreativas en contextos de ocio, como el análisis de pastillas de drogas de síntesis que llevan a cabo algunas asociaciones en la puerta de discotecas en horario nocturno, etc.

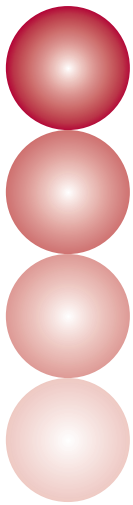
### 1.4.3. Modelo Socio-cognitivo

Estos modelos explican el comportamiento humano como el resultado de una interacción continua entre influencias de carácter cognitivo, comportamental y ambiental. Enfatiza la importancia clave que durante el desarrollo evolutivo de cada persona tiene la observación de los comportamientos, las actitudes y las reacciones emocionales de otras personas relevantes en su entorno (Bandura, 1977; Bandura, 1986). Este marco conceptual ha servido de base para comprender diversos desórdenes comportamentales (Bandura, 1973), así como su modificación (Bandura, 1969), aportando igualmente la base teórica para las técnicas de modelado, ampliamente utilizadas en contextos educativos, así como para el desarrollo del concepto de la auto-eficacia (Bandura, 1997).

Muchos de los procesos que condicionan el aprendizaje humano se basan en la observación de conductas de personas que son relevantes e incluyen:

- a) **Atención** para distinguir, dar valor emocional, medir la complejidad, valorar la extensión, medir la funcionalidad, y observar las características y el impacto de cualquier acontecimiento.
- b) **Retención** de la información observada, incluyendo códigos simbólicos, organización cognitiva, así como ensayo simbólico y motriz.
- c) **Reproducción motriz** de la información procesada, incluyendo capacidades físicas, auto-observación de lo reproducido, observación de las consecuencias de la acción realizada.
- d) **Motivación** para repetir la conducta aprendida, incluidas la motivación externa, la vicaria y la interna (auto-refuerzo).

En este marco, el mayor grado de aprendizaje se produce mediante la organización y el ensayo de las conductas. Este



proceso de retención se puede reforzar mediante la transmisión de experiencias, palabras, códigos o imágenes con relevancia emocional. Es más probable que una persona adopte una conducta por modelaje cuanto más admiración tenga por la persona “modelo”, y cuanto más importancia personal y emocional tengan para ella los resultados derivados de la conducta imitada.

**Este modelo** ha constituido la base directa, o **ha servido de referencia, para un amplio número de propuestas teóricas en prevención** del abuso de drogas y problemas asociados, entre ellos:

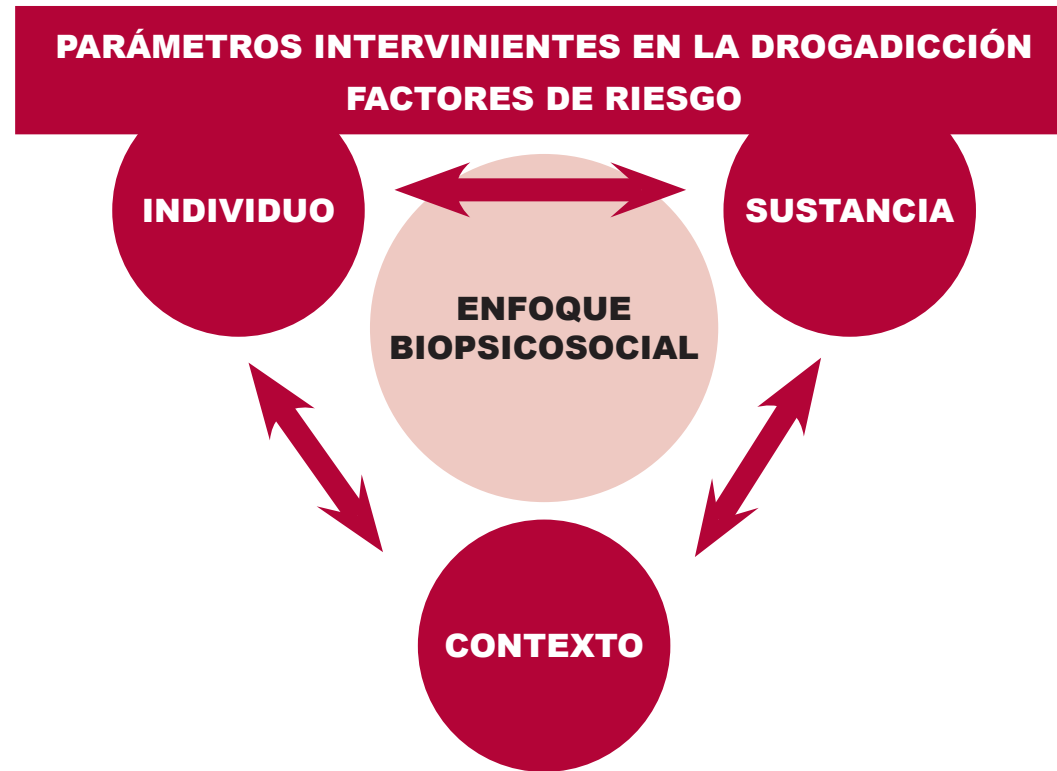
Teoría cognitiva social	Botvin et al., 1990
Modelo evolutivo de Kandel	Kandel, 1975; Kandel & Davis, 1992
Modelo general integrado del uso de drogas	Botvin, 1999
Modelo de desarrollo social	Catalano & Hawkins, 1996; Catalano et al, 1996
Teoría de la socialización primaria	Oetting, Donnermeyer & Deffenbacher 1998
Teoría de la influencia triádica	Flay & Petraitis, 1994

Aunque con diferentes énfasis, estos modelos ofrecen un marco conceptual comprensivo y multicausal que -sin negar una base biológica en las conductas humanas- explica que fundamentalmente las dinámicas implicadas en el inicio y mantenimiento del uso de drogas son de carácter cognitivo y se presentan mediadas por la influencia de factores interpersonales, sociales y culturales, que modelan las conductas mediante procesos motivacionales, aspectos de personalidad y auto-eficacia percibida. Por ello, se trata de modelos que incorporan:

- El entrenamiento en habilidades sociales (cognitivo-conductuales).
- La intervención en el entorno inmediato de las personas (familia, escuela, grupo de iguales y comunidad).
- La educación en valores de respeto (propio y hacia las demás personas).
- El conocimiento sobre los riesgos asociados al uso de drogas.

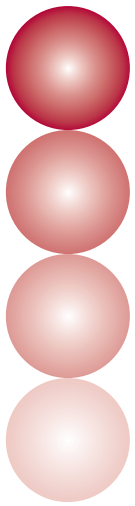
## 1.4.4. Modelo Biopsicosocial

Desde el modelo biopsicosocial se recoge la importancia de promover la responsabilidad individual y social en el mantenimiento de la salud, entendiendo ésta como un proceso de desarrollo continuo a nivel físico, psíquico y social (Ver esquema).



Zinberg 1984

**Una de las principales aportaciones** del modelo biopsicosocial, en el ámbito preventivo, **es el concepto de “factor de riesgo”**. Factor de riesgo ha sido una de las definiciones más reveladoras en el campo de la prevención, no sólo por lo que significa sino por la operatividad que conlleva a la hora de delimitar aquellos elementos, circunstancias o hechos que tienen una alta probabilidad de asociación con el consumo de drogas.

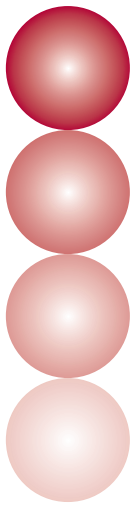


No existe una causalidad directa entre los factores de riesgo y consumo, pero se sabe que la conjunción de los factores de riesgo puede despertar la vulnerabilidad en los sujetos respecto al uso de drogas y pueden generar una predisposición favorable al consumo. Ningún factor por sí solo puede explicar el fenómeno del abuso de drogas, pero sí la conjunción de varios, desde las demandas del entorno a factores personales.

**La drogodependencia podría explicarse como un aprendizaje social en una situación social, vinculado íntimamente con la propia dinámica cultural, donde las características del individuo y las de la sustancia determinan la interacción que consolida ese aprendizaje social.**

El objetivo metodológico de este modelo es el de ofrecer una definición del conjunto de causas que subyacen a los problemas sociales vinculados al comportamiento humano.

Desde este modelo, la prevención debería incidir en la reducción de factores de riesgo y en la búsqueda de comportamientos alternativos al consumo de drogas. La modificación del fenómeno, dentro de este marco de promoción de la salud no sería sólo responsabilidad de instituciones e instancias sociales, también pasaría por la estimulación de la participación social en el ámbito de la prevención.



## CUADRO RESUMEN

### Para que las estrategias preventivas sean efectivas deben...

- ▣ Estructurarse globalmente para reducir la influencia de los múltiples factores de riesgo.
- ▣ Promover los factores de protección.
- ▣ Plantearse en base a la evidencia científica (modelos, programas, actuaciones... contrastados, de probada eficacia).
- ▣ Considerar los modelos teóricos avalados por la evidencia científica (y no basados en principios ideológicos).
- ▣ Dirigirse a reducir o retrasar el inicio del consumo de todo tipo de drogas.
- ▣ Impulsar recursos y servicios comunitarios.
- ▣ Promover la adopción de estilos de vida saludables y las habilidades personales que facilitan dicha adopción.
- ▣ Difundir información y educar sobre drogas.
- ▣ Asegurar ofertas planificadas a largo plazo, integrales, complementarias, continuas y coordinadas.
- ▣ Adaptarse a las necesidades y especificidades de la población a la que se dirigen.
- ▣ Iniciarse en el momento más temprano posible.
- ▣ Intervenir prioritariamente en la comunidad local.
- ▣ Ir acompañadas de la formación adecuada para cada uno de los grupos mediadores.
- ▣ Disponer de materiales de calidad como apoyo a los programas.

# Capítulo 2.

## Niveles, Modalidades, Ámbitos y Estrategias de Intervención en Prevención de Drogodependencias

### En este capítulo trataremos:

- ▣ Los diferentes tipos de población a los que van dirigidos los programas de prevención, según sean universales, selectivos o indicados.
- ▣ Las diferentes formas de abordar el consumo de drogas en los programas preventivos, según la modalidad específica o inespecífica.
- ▣ Los diferentes ámbitos de intervención en prevención y actuaciones en cada uno de ellos.
- ▣ La importancia de concretar y llevar a cabo en todo programa de prevención las estrategias de intervención, como medio para reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección.
- ▣ La repercusión que tiene la educación sobre el consumo de drogas, en general, y la formación de profesionales y mediadores, en particular, en la prevención del consumo de drogas.

## 2.1. Niveles de intervención preventiva

La propuesta de Gordon (1987) de **intervención por niveles establecidos en función del continuo de riesgo al que se halla expuesta cada persona o grupo**, permite abordar las intervenciones desde la complejidad de factores implicados en el uso de drogas. (Fig. 1)

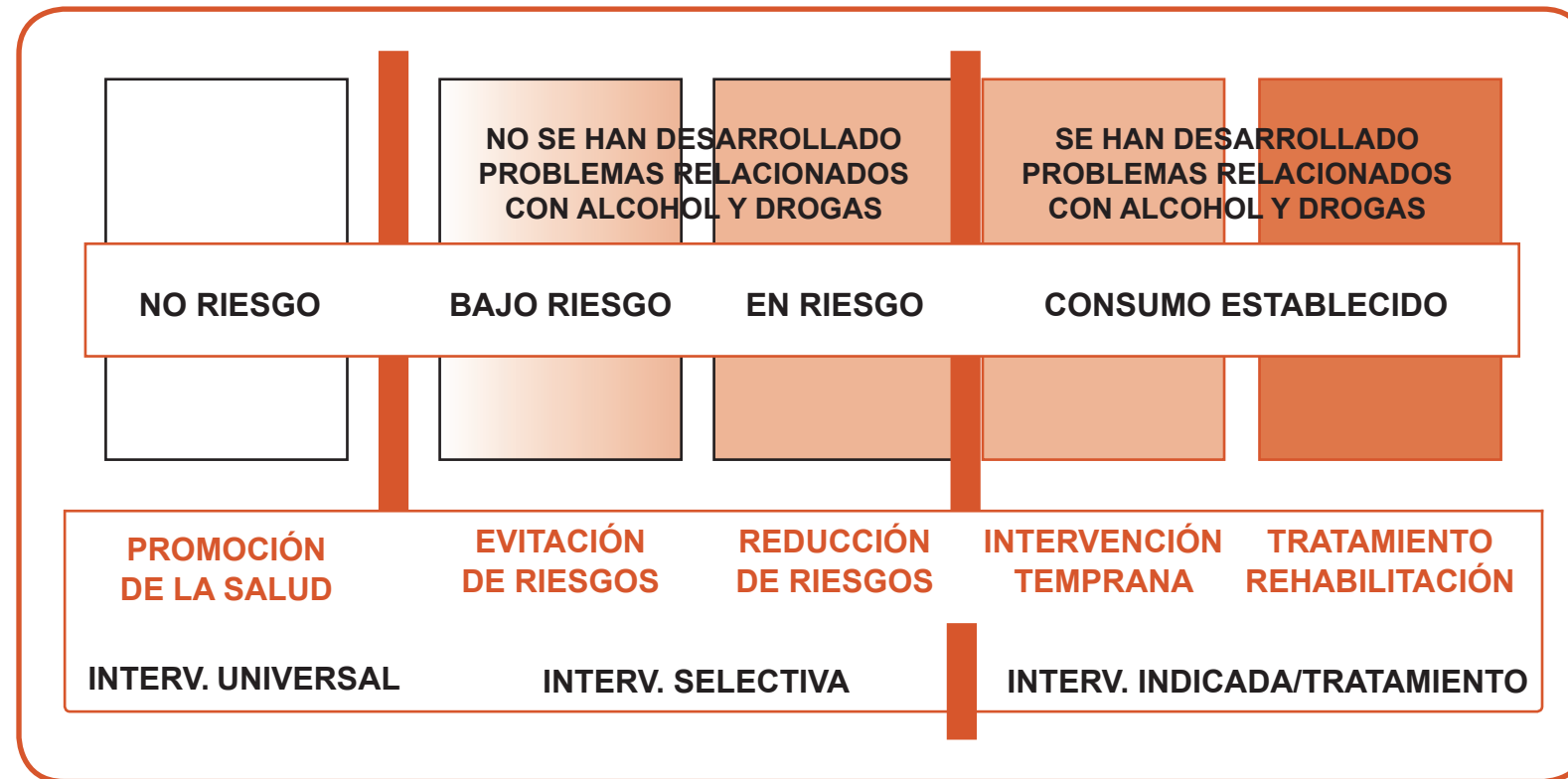
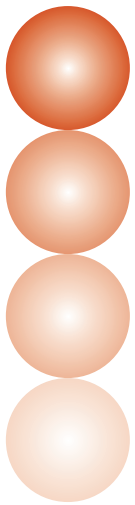


Fig. 1. Niveles de intervención en prevención del uso de drogas y problemas asociados en base a un continuo de riesgo de desarrollar problemas con las drogas.

Fuente: Prevention Source British Columbia



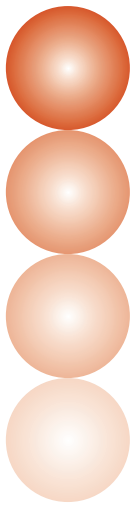
¿Sabías que... cualquier persona puede “potencialmente” participar en programas de prevención universal?

### 2.1.1. Prevención universal

Los programas de prevención universal son aquellos que **se dirigen a población general**, (nacional, regional, comunidad local, escuela, barrio, grupos familiares, etc.) con actividades y mensajes destinados a impedir o retrasar el consumo de drogas.

Las **características** de los programas preventivos desarrollados en este nivel son:

- Están diseñados para alcanzar a grupos o colectivos de la población general, independientemente del nivel de riesgo soportado, es decir, sin tener en cuenta las situaciones específicas de riesgo a las que puedan estar expuestos los grupos poblacionales destinatarios de las intervenciones programadas.
- Tienen como finalidad retrasar o prevenir el inicio o disminuir el uso de drogas. Para ello, pueden fijarse como objetivos intermedios:
  - » Aclarar mitos en relación a las drogas.
  - » Incrementar las habilidades de relación social.
  - » Incrementar la capacidad crítica frente a las diversas presiones.
  - » Incrementar la percepción del riesgo asociado al uso, etc.
- Requieren menos implicación en el programa, en cuanto a inversión de tiempo y esfuerzo, por parte de la población destinataria, que la implicación requerida en los programas selectivos e indicados (por ejemplo una campaña de sensibilización sólo requiere el interés del destinatario para reconocerla).
- El coste del programa por persona participante suele ser más bajo que el de los programas selectivos e indicados.
- Pueden diseñarse para cualquier ámbito de intervención: comunitario, escolar, familiar, tiempo libre, medios de comunicación, laboral, etc.:



- **Entorno escolar:** utilizan la interactividad como método de trabajo y el entrenamiento en habilidades sociales, disponen de materiales que explicitan el contenido exacto de cada sesión y son impartidos por profesorado adecuadamente formado.
- **Entorno familiar:** la mayoría de propuestas se centran en la oferta de formación (conferencias, escuelas de padres y madres, etc.), generalmente no logran la participación de familias en situación de mayor riesgo.
- **Entorno comunitario:** se trata de propuestas que intentan movilizar a todos los sectores sociales para el desarrollo de planes preventivos globales y coordinados.
- **Entorno del ocio y tiempo libre:** suelen diseñarse como actividades “alternativas” al consumo de drogas, o como aprendizajes no formales con actividades de promoción de la salud, educación para el ocio y la prevención de drogodependencias.

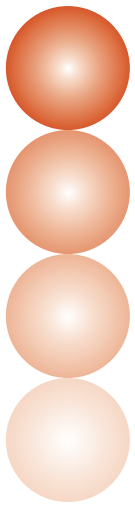
## ¿Conoces algún programa de prevención universal en la Región de Murcia?

Aquí tienes algunos ejemplos: “En la huerta con mis amigos”, “Habla con ellos”, “Construyendo salud”, “Tele patio”, “universan@s”

### 2.1.2. Prevención selectiva

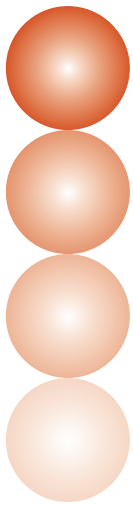
Los programas de prevención selectiva **se dirigen a subgrupos de población** que -se estima- se hallan **expuestos a factores de riesgo** asociados al abuso de drogas (biológicos, psicológicos, sociales o ambientales), al inicio temprano del consumo de drogas o al desarrollo de problemas relacionados con el consumo.

Las **características** de los programas preventivos encuadrados en este nivel son:



- Están dirigidos a grupos que por sus características son probablemente más vulnerables a iniciarse más temprano en el consumo de drogas, a desarrollar problemas relacionados con el consumo o a abusar de sustancias psicoactivas. En ellos no se valora el riesgo individual (grado de vulnerabilidad personal de los miembros del grupo), sino que se les incluye por pertenecer a ese grupo que es considerado de riesgo (se supone tal vulnerabilidad por pertenecer a él).
- Pretenden prevenir el inicio del uso de drogas o retrasar la edad en que se produce el primer consumo, según la media de los estudios epidemiológicos, entre grupos de población expuestos a mayor número de factores de riesgo. También se dirigen a disminuir o atenuar el desarrollo de problemas asociados al consumo o al abuso de drogas, tanto legales como ilegales.
- El conocimiento de los factores de riesgo específicos a los que se halla expuesto ese grupo permite el diseño de acciones específicamente dirigidas a esos factores.
- Se diseñan ajustándose a las características del grupo que se considera vulnerable para prevenir o minorar los factores de riesgo detectados.
- Las **actividades** están más relacionadas con la vida diaria de las personas participantes e intentan modificar aspectos concretos de su realidad en una dirección específica, por ejemplo: modificar aspectos asociados al uso de drogas (agresividad, bajo rendimiento escolar, pertenecer a una familia que presenta problemas de gestión familiar, falta de interiorización normativa, inicio experimental del uso de drogas, etc.).
- Generalmente, estos programas se desarrollan en **períodos medios o largos de tiempo** y requieren más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que los programas universales.
- Requieren personal con formación específica.
- Los **costes** por persona participante son mayores.
- Pueden desarrollarse en diferentes **ámbitos de actuación:**

- **Entorno escolar:** centrados en identificar y apoyar a adolescentes en situación de riesgo de no acceder a los primeros pasos de la socialización, por ejemplo, estudiantes con repetido fracaso escolar que puede llevarles a ser excluidos del sistema educativo.



- **Entorno comunitario:** basados en el establecimiento de mecanismos de coordinación entre los diversos recursos comunitarios: centros educativos, servicios sociales, sistema judicial, sistema sanitario, etc.
- **Entorno familiar:** estos programas emplean componentes específicos para promover la participación familiar: incentivos de participación; contactos/actuaciones en el propio domicilio o en lugares a los que acuden el padre, la madre o ambos; facilitación de servicios de guardería, etc.
- **Entornos de ocio y tiempo libre:** intervenciones desarrolladas para acceder a población que se reúne en contextos de ocio donde existe consumo de drogas, como por ejemplo: clubes, discotecas, bares, fiestas, festivales y otros eventos festivos de carácter puntual. Puede tratarse de intervenciones informativas sobre reducción de riesgos entre las que se puede incluir el testado de pastillas.

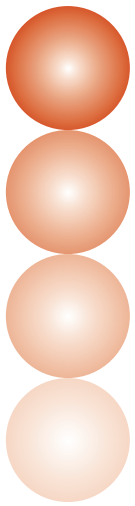
¿Conoces algún programa de prevención selectiva en la Región de Murcia?

Aquí tienes un ejemplo: *“Protego”*

### 2.1.3. Prevención indicada

Los programas de prevención indicada se dirigen a **personas** que no presentan los criterios diagnósticos de adicción a una sustancia psicoactiva pero que muestran signos previos, por estar **expuestos a situaciones de alto riesgo**, como inicio de un consumo regular, pertenencia a familias donde se produce el consumo de drogas; problemas mentales, etc.

Los programas desarrollados en este nivel **se caracterizan** por:



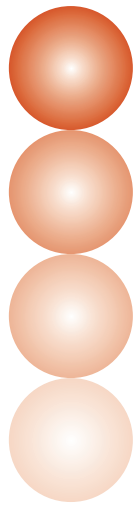
- Seleccionar cuidadosamente a la población participante (individuos vulnerables), valorando específicamente los factores de riesgo individuales y los problemas de conducta.
- Estar diseñados para detener la progresión del uso esporádico de drogas hacia el consumo regular y/o frenar la consolidación de la dependencia.
- Dirigirse a múltiples conductas de riesgo simultáneamente, por ejemplo uso de tabaco y cannabis, uso de alcohol, tabaco y drogas sintéticas, etc.
- Ajustarse las actividades se a las características y necesidades individuales de cada sujeto a quien va dirigido el programa.
- Ser extensos en el tiempo y, al mismo tiempo, intensivos. Requieren una importante implicación o esfuerzo de las personas participantes.
- Requerir personal especializado que tenga adecuado entrenamiento, tanto preventivo como clínico, junto con un adecuado conocimiento de las peculiaridades de los consumos, las características de la adolescencia, o los problemas mentales a abordar.
- Tener mayores costes por participante que los universales o los selectivos.
- Desarrollarse en entornos de asistencia socio-sanitaria especializados en los problemas planteados. Y, como en el caso de los programas selectivos, requieren el establecimiento de mecanismos de coordinación eficaz entre los diversos recursos comunitarios: centros educativos, servicios sociales, sistema judicial, sistema sanitario, etc

## ¿Conoces algún programa de prevención indicada en la Región de Murcia?

Aquí tienes dos ejemplos:

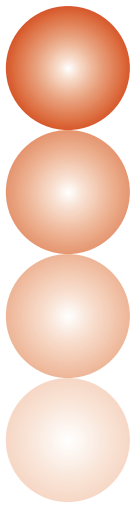
Riesgo. Programa para la Prevención de Conductas adictivas dirigido a familias con menores en situación de riesgo de consumo de drogas

Programa de Prevención de Conductas violentas relacionadas con alcohol y otras drogas.



NIVELES DE PREVENCIÓN					
	POBLACIÓN	FINALIDAD	IMPLICACIÓN PARTICIPANTES	COSTE	ÁMBITO
<b>UNIVERSAL</b>	General	Retrasar o prevenir el inicio del consumo	Menor implicación tiempo/esfuerzo	Más bajo	Cualquier ámbito: escolar, familiar, tiempo libre, medios de comunicación, laboral,...
<b>SELECTIVA</b>	Grupos de población más expuestos a factores de riesgo	Retrasar o prevenir el inicio del consumo o problemas asociados	Períodos medios o largos de tiempo. Más dedicación y esfuerzo	Mayores	Escolar, comunitario, familiar, de tiempo libre
<b>INDICADA</b>	Personas que no presentan los criterios diagnósticos de adicción, pero que muestran signos previos. (Expuestos a situaciones de alto riesgo)	Detener la progresión del consumo esporádico. Trabajar los problemas de conducta y los factores de riesgo individuales	Períodos largos de tiempo. Importante implicación y esfuerzo	Altos	Asistencia socio-sanitaria Requiere coordinación entre los recursos comunitarios

¿Conoces el Programa de Prevención ARGOS que combina las tres modalidades de prevención en sus proyectos?



## 2.2. Modalidades en prevención

Según la forma en que se aborda el consumo de drogas en un programa preventivo, se pueden distinguir dos modalidades de prevención: específica e inespecífica.

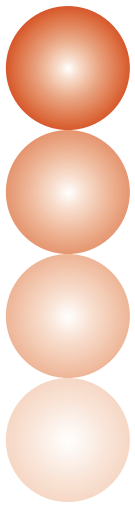
¿Sabías que... hay programas de prevención que no tratan el tema de las drogas de forma explícita siendo la prevención de drogodependencias uno de sus objetivos?

### 2.2.1. Modalidad específica

La modalidad específica se centra en estrategias en las que la intervención, de forma explícita y directa, recoge la problemática de las drogas, de la cual, se hace partícipe al destinatario. Esto no quiere decir que en esta modalidad de prevención se hable únicamente sobre el consumo de drogas, sino que se trabaja también el resto de factores de riesgo, aunque explicitando que son trabajados para prevenir el uso problemático de drogas.

### 2.2.2. Modalidad inespecífica

La modalidad inespecífica se centra en programas generales de salud, alternativas de ocio y tiempo libre, fomento de los servicios sociales, del asociacionismo... Intenta potenciar actividades que son positivas en sí mismas y de las que se puede esperar que ayuden a evitar que la conducta del consumo de drogas se produzca.



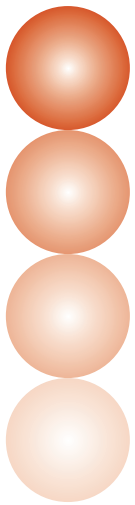
## 2.3. Ámbitos de intervención en prevención

La *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016* establece los diferentes ámbitos de intervención, expuestos más abajo, como claves en la prevención de las drogodependencias, a fin de obtener los mejores resultados.

Por su parte, el *Plan Regional sobre Drogas 2007-2010* desarrolla los objetivos y actuaciones de los ámbitos sobre los que interviene (comunitario, escolar, familiar, sanitario, laboral y penitenciario y de justicia juvenil) ajustándose a la realidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

### 2.3.1. Ámbito Comunitario

El ámbito comunitario, en prevención de drogodependencias, se refiere al **escenario de participación de la comunidad**, mediante la capacitación y el fortalecimiento de la propia comunidad a través de las personas que la integran (en la literatura anglosajona “empowerment”) **fortaleciendo su implicación individual y colectivamente** (método participativo) **en la transformación de aquellos aspectos ambientales que afectan a la salud.**



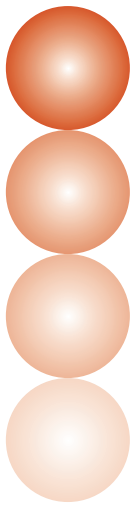
La implicación de la ciudadanía en general, puede promoverse de distintas formas:

- Reforzando la participación de la sociedad civil a través del movimiento asociativo y de las entidades sociales.
- Fomentando los valores culturales que incrementen la autonomía y la responsabilidad, así como los factores de protección relacionados con las habilidades de gestión familiar y las habilidades sociales y para la vida.
- Manteniendo acciones informativas sostenibles a largo plazo, a través de los medios de comunicación social, basadas en la evidencia científica que, mediante un lenguaje claro y comprensible, potencien la transferencia de conocimientos de los expertos a la sociedad.
- Promoviendo la utilización, por parte de las entidades públicas y privadas y de las personas individualmente, de los recursos documentales e informativos y de las nuevas tecnologías de información (Internet, etc.) que han supuesto un cambio decisivo en la transmisión del conocimiento científico.

A pesar de los avances de la investigación que permiten conocer qué características deben reunir los programas comunitarios para ser efectivos (Wandersman y Florin, 2003), se siguen llevando a cabo actuaciones aisladas, utilizando fondos destinados a la prevención, que captan un interés social alejado del preventivo, que dificultan una auténtica política de prevención, a la vez que muestran al público “que se está haciendo algo contra las drogas”, por ejemplo un partido de fútbol con el eslogan “No a las drogas” que moviliza a muchos famosos, etc.

Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como aquellos otros que trabajan en los ámbitos territoriales autonómico y local, también tienen una función preventiva importante en el ámbito comunitario, tanto en el trabajo de velar por el cumplimiento del marco legal existente en aspectos de protección, regulación y control, como en el de contribuir a difundir las regulaciones existentes y las razones de convivencia democrática y de protección de la salud que las sustentan.

Esta Estrategia considera imprescindible tener en cuenta a determinados colectivos que, por su potencial exposición a factores de riesgo, se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. Entre estos colectivos cabe señalar



poblaciones inmigrantes, minorías étnicas o culturales, así como la población con problemas de salud mental, jurídico-penales y, en general, aquellos colectivos con especiales dificultades económicas, sociales, familiares o personales, entre los que hay que mencionar a los hijos de los propios consumidores de drogas y a los menores internados en centros de protección o reforma.

Uno de estos colectivos corresponde al ámbito Penitenciario y de Justicia Juvenil sobre el que interviene el Plan Regional Sobre Drogas. Su objetivo general es: “Potenciar la prevención de las drogodependencias en el medio penitenciario y de justicia juvenil, incorporando estrategias preventivas y de educación para la salud”.

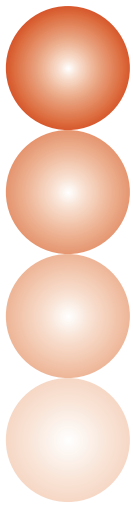
**El objetivo general de este Ámbito Comunitario, dentro del Plan Regional Sobre Drogas, es “promover que la adopción de estilos de vida saludables en relación con el consumo de drogas, constituyan la opción más fácil de elegir por la comunidad”.**

¿Sabías que... para prevenir el consumo de drogas es necesaria la formación específica de profesionales como periodistas, maestros, policías, trabajadores sociales, médicos, enfermeros, farmacéuticos o camareros?

### 2.3.2. Ámbito Familiar

La familia sigue constituyendo el núcleo más importante de socialización. Es, además, una de las referencias más sólidas para los adolescentes que, en general, la consideran, junto con los amigos, entre los ámbitos más importantes de su vida.

La prevención en el ámbito familiar se centra en promover y reforzar las condiciones necesarias que deben darse en el seno de la familia para prevenir el uso de drogas, mediante la facilitación de métodos y estrategias parentales de probada eficacia que contribuyan a mejorar las pautas educativas y las relaciones existentes en la familia.



De acuerdo con ello, deben facilitarse las actuaciones que impliquen una mejora de las competencias educativas y de gestión familiar, así como aquellas que faciliten el incremento de la cohesión familiar y refuercen la resistencia de todo el núcleo familiar, especialmente de los miembros más jóvenes, a la exposición y el consumo.

Deben promoverse las redes informales existentes entre las familias (a través de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos -AMPAS-...), así como reforzar y facilitar al máximo la participación familiar en los centros educativos.

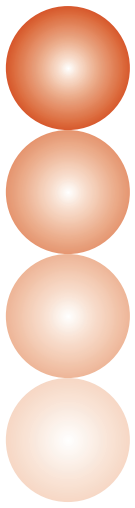
**El objetivo general del Ámbito Familiar en el Plan Regional Sobre Drogas es “potenciar el desarrollo de programas preventivos dirigidos a las familias de carácter universal, selectivo e indicado”.**

### 2.3.3. Ámbito Educativo

La comunidad educativa constituye, junto a la familia, la instancia más importante para la socialización de las personas. Para optimizar los resultados de la educación sobre drogas es imprescindible, tanto la implicación de los tres elementos que constituyen la comunidad educativa (alumnado, familias y profesorado), como la adecuada coordinación entre los mismos y con los recursos sociales y sanitarios existentes en el territorio local.

La prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar se pone en práctica a través de actuaciones educativas orientadas a favorecer el desarrollo de conocimientos, actitudes, valores, habilidades de relación, etc., que ayuden a los alumnos a no consumir drogas o a que su consumo sea lo más tardío posible o lo menos perjudicial para su salud.

Cada maestro, cada profesor, ha de trabajar la Educación para la Salud, adoptando programas de prevención de drogodependencias adecuados a las peculiaridades de cada etapa evolutiva: Educación Infantil, Primaria, Secundaria, incluyendo las enseñanzas no convencionales (Garantía Social, Educación de Adultos, etc.). El desarrollo educativo en las primeras etapas (Infantil y Primaria), es inespecífico e incluye el abordaje de las drogas legales (alcohol, tabaco y medicamentos); posteriormente, con alumnos mayores el tratamiento pasa a ser más específico e incluye las drogas ilegales (cannabis, cocaína, drogas de síntesis, etc.).

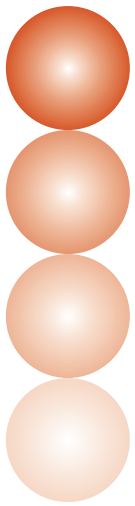


Lo que se pretende es que el profesorado incluya la prevención de las drogodependencias en el Proyecto Educativo de Centro y en el Proyecto Curricular de Etapa, materializándose la prevención en la Programación de Aula, con lo que algo, que parece ajeno al aprendizaje, entra a formar parte de lo cotidiano en la educación diaria.

Las herramientas que aquí se proponen, son programas escolares que están extendidos por nuestra Región y que gozan de una alta aceptación en el resto de Comunidades Autónomas y en diferentes países. Para incorporarlos y adaptarlos a las necesidades y características específicas de los alumnos, se propone la formación del profesorado, tanto en conocimientos preventivos básicos, como en el entrenamiento en las técnicas a seguir para la aplicación efectiva de los programas; así como realizar el seguimiento de las iniciativas puestas en marcha, acompañando al profesorado que las desarrolla.

**¿Cómo intervenir para tener éxito?** La experiencia que ya existe en la aplicación de programas preventivos nos dice lo que no funciona:

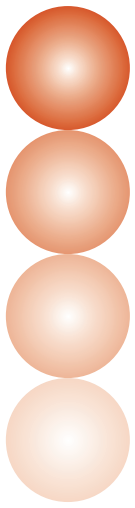
- Acciones informativas dirigidas “sólo” a que aprendan más sobre los riesgos de las drogas.
- Cuando la información está dirigida a transmitir miedo, exagerando los efectos y consecuencias del consumo de drogas, por lo que pierde credibilidad.
- Intervenciones esporádicas, a veces de personas ajenas a la escuela, tipo charla puntual.
- Intervenciones aisladas en unas clases, sin continuidad en otras áreas y en otros cursos, porque los alumnos se pierden en la gran cantidad de estímulos a que están sometidos.
- Programas centrados en trabajar solamente algún elemento parcial del funcionamiento psicosocial de los alumnos. Los que tratan al chico globalmente son más efectivos.



Intervenciones que sí funcionan. Existe un consenso sobre algunos aspectos que los programas de prevención escolar deben incluir, los cuales de manera aislada son insuficientes, pero integrados en un programa, producen una actuación protectora:

- Dar información sobre las drogas siempre:
  - » Adaptada a la edad y las necesidades de los alumnos.
  - » De forma objetiva y realista, sin exageraciones que hagan perder la credibilidad.
  - » Centrándose en aquellas consecuencias inmediatas, cercanas a los alumnos.
  - » No partir de los temores de los adultos, sino de situaciones cercanas a la edad de los alumnos.
  - » Usar la información para desmontar los mitos que los propios alumnos tienen formados en torno a los motivos por los que pueden consumir drogas y sus consecuencias.
- Fomentar la autoestima, entrenar en habilidades sociales a los alumnos para mejorar sus relaciones sociales entre iguales, facilitando respuestas asertivas a la presión del grupo para iniciar consumos experimentales, aprendiendo a neutralizar de manera socialmente aceptable las presiones grupales al consumo de drogas.
- Clarificar los valores de los alumnos, propiciar actitudes favorables hacia la salud, apoyarán el desarrollo de la capacidad de tomar decisiones razonadas en situaciones de presión hacia el consumo.
- Proponer actividades agradables para realizar en el tiempo libre. Enseñar a disfrutar de las múltiples ofertas de ocio.
- Comprometer de los padres en la educación preventiva de sus hijos.

Para llevar a cabo intervenciones exitosas, será necesario conseguir un alto grado de interrelación entre las actuaciones que se lleven a cabo desde los ámbitos social, sanitario y educativo, así como buscar y facilitar al máximo la colaboración y complicidad de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos y del personal docente.



**Desde el Plan Regional Sobre Drogas se plantea el siguiente objetivo general: “Impulsar en los centros docentes el desarrollo de los contenidos de educación para la salud relacionados con la prevención de las drogodependencias que permitan lograr que la mayoría de los estudiantes hayan recibido, al finalizar cada etapa, información objetiva y formación adecuada sobre las consecuencias del uso y abuso de las drogas y adquirido destrezas, competencias y habilidades suficientes para abordar eficazmente la relación con las mismas”.**

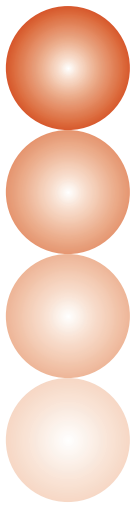
### **2.3.4. Ámbito Laboral**

El consumo de drogas constituye un riesgo no solo para los grupos de población de menor edad, sino también para la población general adulta, y como tal, tiene una especial incidencia en la población trabajadora.

Las condiciones laborales -físicas, ambientales y relativas a la propia organización del trabajo- son una parte importante de las condiciones de vida de la población trabajadora y pueden tener una influencia decisiva en sus niveles de salud y bienestar, así como en la adopción de estilos de vida y uso de drogas, dentro y fuera del lugar de trabajo.

Paralelamente, el uso de drogas puede tener un efecto sinérgico sobre algunos riesgos laborales, porque incrementa la probabilidad de que aumente la accidentabilidad laboral (accidentes relacionados con la manipulación de maquinaria peligrosa o vehículos a motor, caídas, etc.); potencia el efecto perjudicial de diversas sustancias químicas contaminantes; o puede contribuir al deterioro de las relaciones laborales.

Por estos motivos, lejos de asumir una posición punitiva y sancionadora, los programas de prevención desarrollados desde el medio laboral se centran en prevenir, detectar precozmente o mejorar significativamente todas aquellas situaciones problemáticas en relación a las drogas que se pueden producir en la población trabajadora. De este modo, fortalecen y complementan el impacto de otros programas preventivos desarrollados a través de la comunidad, la escuela y la familia.



Las actividades de prevención de drogodependencias desarrolladas con población laboral deben entenderse como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El abordaje de la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que es necesaria la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes (sindicatos), conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales.

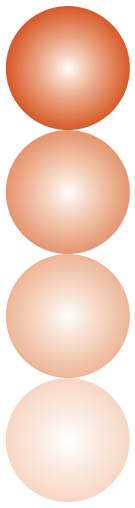
**El objetivo general de este ámbito en el Plan Regional es “Desarrollar acciones preventivas en la población laboral, para disminuir factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas”.**

### **2.3.5. Ámbito Sanitario**

Para lograr los objetivos de la prevención hay que contar con la implicación de los profesionales que participan en la prestación de servicios sociales y sanitarios en el ámbito de la atención primaria. Su contribución en tareas de educación, información y formación es imprescindible.

En este contexto cabe señalar la necesidad de la implicación de los pediatras y médicos de atención primaria en la detección precoz y el consejo mínimo ante posible consumo de alcohol u otras drogas y de las oficinas de farmacia en la adecuada dispensación de medicamentos psicoactivos y la formación de los profesionales farmacéuticos, en el “consejo farmacéutico” sobre efectos del uso de medicamentos al consumir alcohol y otras drogas.

**El objetivo general del ámbito sanitario en el Plan Regional Sobre Drogas es “Potenciar el desarrollo de la prevención del consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias psicoactivas legales e ilegales, mediante la colaboración de las diferentes redes implicadas en el cuidado de la salud de la población”.**



## 2.3.6. **Ámbito de los Medios de Comunicación**

Es conveniente potenciar el trabajo conjunto entre los responsables técnicos de las drogodependencias y los profesionales de los medios de comunicación para consensuar una serie de recomendaciones sobre el abordaje informativo de los temas relacionados con las drogas, sus condicionantes, su impacto y la evidencia de efectividad de las distintas opciones preventivas y asistenciales.

Existen precedentes que pueden facilitar esta tarea, entre los cuales merece la pena destacar «El decálogo general para periodistas» (elaborado en el marco del Foro «La Sociedad ante las Drogas») que plantea, por ejemplo, la necesidad de que los medios de comunicación se refieran a los usos de drogas de forma que quede explícito que existen distintos tipos de «consumos» (esporádico, problemático, adicción, policonsumo, etc.) y distintas formas de relación con las drogas, se evite la banalización del consumo experimental y el sensacionalismo, se equilibre la atención entre drogas legales e ilegales y se restrinja la promoción y publicidad de todo tipo de sustancias tóxicas adictivas.

Además, se señala la necesidad de facilitar y promover la formación de periodistas y profesionales de los medios de comunicación en general en estos temas.

**Dentro del Plan Regional sobre Drogas las intervenciones con los medios de comunicación se encuentran incluidas de dos maneras: en el Ámbito Comunitario, como necesidad de formación de los profesionales de los medios (actuación nº 14) y en algunos de los ámbitos de actuación, a través del desarrollo de campañas de sensibilización dirigidas a poblaciones específicas (Ámbito Comunitario: actuación nº 10, Ámbito Familiar: actuación nº 55 y 61, Ámbito Sanitario: actuación nº 68, Ámbito Laboral: actuaciones nº 77, 78, 80 y 90, Ámbito Penitenciario y de Justicia Juvenil: actuación nº 101.**



## 2.3.7. **Ámbito del Ocio y Tiempo Libre**

Entre muchos grupos de jóvenes, el ocio nocturno se produce mayoritariamente asociado al consumo abusivo de alcohol y otras drogas y, además, entre quienes practican estos estilos de vida, se observa una baja percepción del riesgo asociado a los consumos.

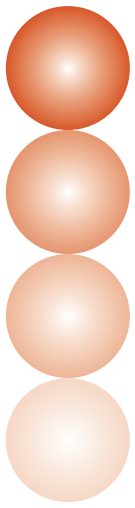
La prevención en el ámbito del ocio y del tiempo libre consiste en desarrollar iniciativas de educación no formal y de sensibilización en los contextos de ocio donde adolescentes y jóvenes se dedican a disfrutar de su tiempo de ocio.

Se trata por tanto de programas realizados fuera del marco de la educación formal, pero con intención educativa y de sensibilización, que abarcan tanto la organización de actividades de tiempo libre (culturales, deportivas, de naturaleza, etc.), como programas de reducción de riesgos y daños también en contextos de ocio, especialmente de ocio nocturno.

En este marco se entiende que la educación no formal se plantea ofrecer información, cambiar actitudes y promover habilidades -relacionadas con las drogas y sus usos- en contextos festivos y de ocio.

A fin de incrementar la percepción del riesgo y de promover estilos de vida encaminados a disminuir los riesgos y daños derivados del consumo, es fundamental que las Administraciones públicas promuevan la implicación de los empresarios y otros agentes económicos, relacionados con el sector recreativo y la formación del personal laboral de este sector.

**Dentro del Plan Regional sobre Drogas las intervenciones relacionadas con el ocio y el tiempo libre se encuentran incluidas en el Ámbito Comunitario, dentro del Objetivo Específico 1.10. “Potenciar programas universales y selectivos de ocio y tiempo libre para menores y jóvenes para facilitar la prevención de las drogodependencias” que es desarrollado a través de las actuaciones: 23, 24, 25 y 26, de dos formas, mediante la realización de programas de ocio y tiempo libre y a través de la inclusión de contenidos de prevención de drogodependencias en actividades lúdicas que entidades locales y sin ánimo de lucro ya llevan a cabo. Todo ello apoyado con la formación de estos mediadores juveniles en prevención de drogodependencias en coordinación con el Instituto de la Juventud.**



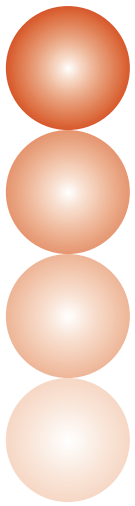
¿Sabías que... un ejemplo de programa de prevención en este ámbito es ¡Búrlalas!: “fiestas universitarias”?

## 2.4. Estrategias de intervención

Las estrategias preventivas son las técnicas encaminadas y dirigidas a reducir los factores de riesgo y a potenciar los factores de protección, dentro de los modelos teóricos mencionados en el *Capítulo 1*. Todo plan, programa o proyecto debe contar en su elaboración y ejecución con una serie de estrategias específicas que van a determinar la intervención que se realiza.

### 2.4.1. Estrategias de reducción de la oferta

Estrategias encaminadas a reducir la oferta de drogas dado el incremento de la disponibilidad de las drogas (tráfico ilícito para las drogas ilegales, venta a menores de 18 años para las drogas legales) y el aumento de su consumo. Corresponde a las diferentes Corporaciones Locales en coordinación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado la aplicación y cumplimiento de aquellas normas que regulen nuestra vida social en este ámbito. Por ejemplo, la vigilancia del cumplimiento de la prohibición de bebidas alcohólicas y tabaco a menores.



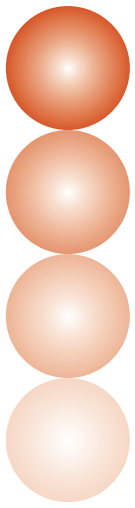
## 2.4.2. Estrategias de reducción de la demanda

### 2.4.2.1. Estrategias de desarrollo personal

Son actuaciones encaminadas al desarrollo socio-afectivo y madurativo de la personalidad con el objetivo de que la persona esté preparada y en condiciones de rechazar las ofertas de uso de drogas a las que inevitablemente va a estar expuesta.

Esta estrategia está compuesta por un amplio abanico de ofertas formativas basadas en:

- La educación de la afectividad.
- El fortalecimiento de la autoestima.
- Mejorar la autonomía.
- Incrementar la responsabilidad
- Educar en valores preventivos.
- Desarrollar actitudes pro salud.
- Aprender a toma de decisiones.
- Entrenar en habilidades sociales...



### 2.4.2.2. Estrategias informativas

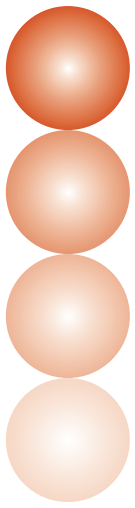
La información sobre drogas se debe ajustar a las siguientes pautas:

- Ofrecer datos objetivos y veraces.
- El lenguaje no debe ser alarmista.
- La información debe ser acorde con los conocimientos de los destinatarios.
- Los contenidos deben ser coherentes con las condiciones de vida de la población a la que se dirige.
- La información de una situación poco común puede aumentar la curiosidad.

### 2.4.2.3. Estrategias de reducción de riesgos

Son intervenciones individuales o colectivas dirigidas a minimizar los riesgos o daños asociados al consumo de sustancias. La finalidad del modelo es reducir las consecuencias negativas para la salud del uso de drogas, independientemente del grado de severidad de las mismas, mediante la utilización de un enfoque multisectorial y multidisciplinario que:

- Priorice el bienestar de las personas que consumen drogas.
- Les ofrezca información objetiva sobre todo lo relacionado con las drogas y su uso.
- Haga llegar las intervenciones preventivas donde los consumidores se encuentran.
- Proporcionen servicios y recursos atractivos y de baja exigencia.
- Ofrezcan opciones preventivas en base a una jerarquía de riesgos, etc.



#### 2.4.2.4. Estrategias Formativas

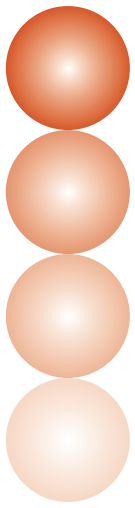
La prevención del uso de drogas y problemas relacionados es una tarea multidisciplinar, por ello los equipos especializados en este campo están integrados por profesionales con distinta formación de origen (psicología, medicina, educación, trabajo social, enfermería, periodismo, derecho, etc.).

Además, el desarrollo de los programas y las actuaciones preventivas es una tarea multisectorial. Es decir, la aplicación de las estrategias, los planes, los programas y las actividades de prevención en drogodependencias requiere la implicación activa de sectores como el educativo, el legal, el sanitario, el de los servicios sociales, el de los medios de comunicación, el del ocio y el tiempo libre, etc. Así, los planes, programas y actuaciones preventivos, necesariamente deben articularse en cooperación con profesionales no especializados en prevención de drogodependencias, pertenecientes a otros ámbitos de la actividad social.

Todo ello hace que la calidad de la aplicación de los programas preventivos dependa, en gran medida, de la capacitación específica en prevención de personas que, en su mayoría, son profesionales que ejercen su trabajo en aquellos ámbitos de actuación que les son propios (la comunidad, la escuela, los recursos sociales, el sistema judicial, servicios de salud, los medios de comunicación, la seguridad vial, la seguridad ciudadana, el sector del ocio y el tiempo libre, el comercio, el medio laboral, etc.).

Estos profesionales no tienen porqué saber cómo desarrollar la prevención de drogodependencias desde su campo de trabajo, por lo que se precisa desarrollar una estrategia formativa para cada grupo de ellos. La formación en prevención puede ofertarse a través de diversas opciones de distinto grado de especialización, entre ellas las más frecuentes son:

**Formación especializada de post-grado:** dirigida a cualquier profesional que, disponiendo de una formación universitaria de grado superior o medio en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud, quiera acceder a un programa formativo que le capacite para trabajar de forma especializada en prevención del uso de drogas y problemas asociados.



**Formación de mediadores:** dirigida a cualquier persona, profesional o no, que debido a su trabajo, función o actividad social, puede desempeñar un papel clave para la articulación de estrategias preventivas en los distintos contextos comunitarios. El presente curso pertenece a esta modalidad de formación.

**Formación continuada:** cuyo objetivo es actualizar y ampliar el aprendizaje -ya sea especializado o no- en prevención. En cualquier caso se trata de una oferta de formación que debe ser relevante para cada grupo participante.

¿Sabías que... una de las vías de prevención más eficaces es la formación de mediadores como agentes preventivos?

#### 2.4.2.5. Estrategias de ocio y tiempo libre

La oferta de alternativas al consumo de drogas debe ser amplia, variada y encaminada a satisfacer las necesidades de las personas. No se trata tanto, de proporcionar más recursos sino, de motivar y despertar la curiosidad hacia otras formas de diversión donde el consumo de drogas no esté presente.

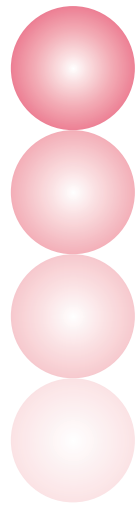
En el marco de la prevención de las drogodependencias, no solo consiste en ofertar recursos de ocio satisfactorio, sino de enriquecerlos con estrategias de educación no formal, ofreciendo, además de actividades lúdicas, información, técnicas para cambiar actitudes pro-consumo y promover habilidades de rechazo a las mismas.

# Capítulo 3.

## Marco legislativo e institucional en la prevención de drogodependencias

### En este capítulo trataremos:

- ▣ La importancia de considerar las drogodependencias un problema de salud pública y las diferentes leyes que respaldan esta idea.
- ▣ Las penas o sanciones que impone la Ley por el consumo o tráfico de sustancias ilegales.
- ▣ Las posibles consecuencias del consumo de drogas en relación al rendimiento en el trabajo.
- ▣ Qué es, en qué consiste el dopaje en el deporte y las fuentes de información para el deportista.
- ▣ La legislación existente en cuanto a las drogas legales.
- ▣ Los aspectos que regula la Ley sobre Drogas de la Región de Murcia para la prevención, asistencia e integración social, sus objetivos generales y algunas actuaciones.



- ▣ Qué es y de qué se ocupa el Observatorio Español sobre Drogas (OED), sus dos encuestas principales y los resultados de éstas en la Región de Murcia (según el Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia).
- ▣ La interrelación que existe entre las diferentes políticas Nacionales, Regionales, Locales, e incluso a nivel europeo e internacional en materia de prevención de drogodependencias.

## 3.1. Marco jurídico español

En el ordenamiento jurídico estatal español no existe una definición concreta sobre lo que debe entenderse por “drogas” ni tampoco otros términos que se suelen emplear conjuntamente con él como son, “estupefacientes” y “sustancias psicotrópicas”.

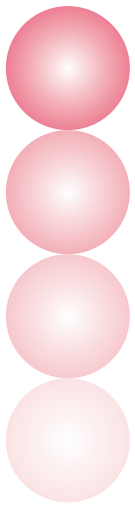
Desde el punto de vista jurídico, sólo son drogas aquellas sustancias que la Ley considera como tales; debiendo entender como droga aquellas que se encuentran recogidas en las listas y catálogos de los acuerdos internacionales y convenios a los que se encuentra adherido el Estado Español. El derecho español sólo distingue entre drogas legales e ilegales. Así desde el punto de vista sociológico están divididas en:

- Drogas institucionalizadas o legales ⇒ su uso no está penado por la ley.
- Drogas no institucionalizadas o ilegales ⇒ su uso está penado por la ley.

Dentro de las drogas legales se encuentran el alcohol, el tabaco y los psicofármacos.

Dos son los elementos fundamentales que justifican en el Ordenamiento Legal Español la intervención del estado sobre el fenómeno de las drogas:

- La **protección de la salud pública** tanto física como mental de los ciudadanos.
- La **protección de la libertad individual**.



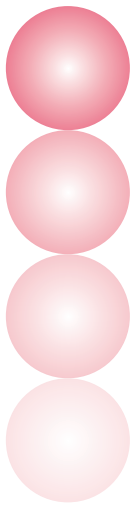
Se dan tres características en el Derecho Español a la hora de tratar el fenómeno de las drogodependencias:

- **Gran dispersión:** no existe un único texto legal que reúna todas las normas sobre la materia (administrativas, penales, laborales, civiles...).
- **Integración de España en la Unión Europea:** entre los objetivos que se recogen en el Tratado de Maastricht (1992), se muestra una estrecha colaboración entre los Estados miembros en el ámbito de la justicia y en los asuntos de interior en materia de lucha contra las drogodependencias, prevención del blanqueo de capitales y el control administrativo de los denominados precursores para la elaboración de drogas.
- **Sintonía con la mayoría de los ordenamientos de otros países:** nuestro país participa de los principales tratados internacionales en materia de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en vigor. España ha ratificado los Convenios de la ONU en esta materia.

### 3.1.1. Las drogas como problema de salud pública

La **Constitución Española de 1978**, en su artículo 43, reconoce a todos los ciudadanos “**el derecho a la protección de la salud**” y responsabiliza a los poderes públicos de la organización y tutela de la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, así como del fomento de la educación sanitaria y de la facilitación de una adecuada utilización del ocio. Por otra parte, en el Art. 9 se establece la competencia de los poderes públicos para “promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas”.

¿Sabías que... la Ley protege a las personas drogodependientes con los mismos derechos que tienen otros enfermos mentales y demás personas que necesitan servicios sanitarios y sociales?

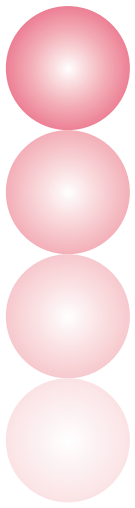


La **Ley General de Sanidad, de 29 de abril de 1986**, en el ámbito específico de la salud mental, establece que las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes desarrollarán “la promoción y mejora de la salud mental” (Art. 18.8). **Equipara al enfermo mental con las demás personas que requieren servicios sanitarios y sociales** y establece una serie de principios como por ejemplo, que la atención a los problemas de salud mental se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales ambulatorios, la hospitalización parcial y atención a domicilio, o el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social.

LEY GENERAL DE SANIDAD, DE 29 DE ABRIL DE 1986	
<b>Art. 18.8</b>	Sobre: “la promoción y mejora de la salud mental”
<b>Art. 20</b>	Sobre: “la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales ambulatorios y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio”  “Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales”
<b>Art. 3</b>	Sobre: “el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”

### 3.1.1.1. Ley de Tabaco 42/2010 de 30 de diciembre

Cinco años después de la llamada Ley antitabaco, Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la



venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (Ley 28/2005, de 26 de diciembre), se produce una modificación de la Ley (*Ley 42/2010, de 30 de diciembre*) que supone un avance en la protección de la salud de los ciudadanos ampliando la prohibición de fumar en espacios públicos y privados de uso colectivo.

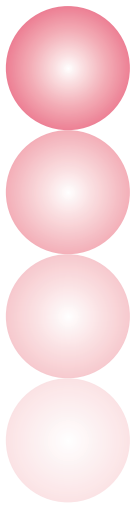
Los **objetivos** principales siguen siendo los mismos: **la protección de la salud de la población evitando la exposición al humo ambiental del tabaco** (tabaquismo pasivo) y **la prevención del tabaquismo** (en relación con las enfermedades evidenciadas que conlleva). Para ello, la Ley establece que las Administraciones públicas deben promover, en colaboración con sociedades científicas, agentes sociales y ONGs, programas de educación para la salud, información sanitaria y prevención del tabaquismo, teniendo en cuenta la perspectiva de género y las desigualdades sociales y en la modificación de la Ley (Ley 42/2010, de 30 de diciembre), protegiendo más a los menores con el fin de prevenir y evitar el inicio en el consumo, poniendo en marcha las siguientes medidas:

- Contenidos orientados a la prevención en los planes formativos del profesorado.
- Incorporación de información para padres fumadores en la atención pediátrica infantil.
- Campañas sobre los perjuicios de la exposición al humo en los menores.

Así mismo, se deben promover programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria, en especial, en la atención primaria.

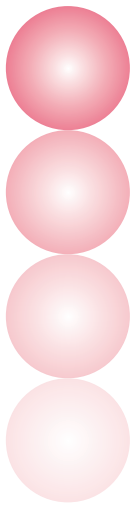
En la modificación de la Ley (Ley 42/2010, de 30 de diciembre) dos son los colectivos especialmente beneficiados de esta medida. Por un lado, el de menores, grupo de población especialmente vulnerable ya que, de forma involuntaria, está expuesto al humo del tabaco en los lugares públicos cerrados. Por otro lado, el de trabajadores del sector de la hostelería que se encontraba claramente desprotegido con respecto al resto de los trabajadores, al estar expuestos al humo ambiental de tabaco en su jornada laboral.

La nueva ley amplía los “**espacios sin humo**”, en los que la prohibición de fumar es total, añadiendo los espacios de uso público: lugares accesibles al público en general o lugares de uso colectivo, con independencia de su titularidad pública o privada. En cualquier caso, se consideran espacios de uso público los vehículos de transporte público o colectivo.



## ESPACIOS SIN HUMO

- Centros de **trabajo** públicos y privados (excepto zonas al aire libre).
- Centros y dependencias de las Administraciones públicas y entidades de Derecho público (ej. Una asociación cuyo espacio de reunión es de titularidad pública, un mercado, etc.).
- Centros **sanitarios**, servicios o establecimientos sanitarios, incluyendo los espacios al aire libre o cubiertos comprendidos en sus recintos.
- Centros **docentes** y formativos dirigidos a menores
- Centros de formación de adultos y Universitarios, incluyendo los accesos inmediatos a los edificios y las aceras circundantes (excepto en el resto de espacios al aire libre).
- Instalaciones **deportivas** y lugares donde se desarrollen espectáculos públicos (excepto si son al aire libre).
- Centros de atención **social**, culturales, salas de lectura, exposiciones, bibliotecas, museos, ...
- Centros comerciales y de **ocio**, salas de fiesta y establecimientos de juego (excepto en los espacios al aire libre).
- Establecimientos donde se manipulan **alimentos**.
- Espacios **cerrados** de uso público de reducido tamaño: ascensores, cabinas telefónicas, recintos de los cajeros automáticos.
- **Estaciones** de autobuses, puertos, tren, metro y aeropuertos (excepto en los espacios al aire libre).
- Estaciones de servicio.
- Vehículos o medios de **transporte** colectivo urbano e interurbano, vehículos de transporte de empresa, taxis, ambulancias, funiculares y teleféricos.
- **Hoteles** y hostales (salvo en los espacios al aire libre y en habitaciones fijas habilitadas para fumadores según los requisitos que establece la ley en el artículo 8).
- **Bares** y restaurantes (excepto en los espacios al aire libre).
- Recintos acotados de los **parques** infantiles y zonas de juego al aire libre.



En esta nueva Ley, en el **ámbito de la hostelería**, se entiende por espacio al aire libre “todo espacio no cubierto o todo espacio que, estando cubierto, esté rodeado lateralmente por un máximo de dos paredes, muros o paramentos”.

La Ley 42/2010 elimina los lugares en los que se permite habilitar zonas cerradas para fumar, excepto en establecimientos penitenciarios y psiquiátricos (media y larga estancia), centros residenciales de mayores o de discapacitados, donde sí se pueden habilitar zonas señalizadas y con ventilación para uso exclusivo de sus residentes, no para trabajadores ni visitantes.

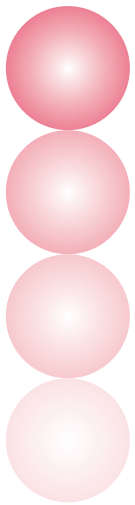
En la nueva Ley se aclara que los **Clubes privados de fumadores** (entidades con personalidad jurídica que carecen de ánimo de lucro y no incluyen entre sus actividades o objeto social la comercialización o compraventa de bienes o productos de consumo: ni comidas, ni lecturas, etc. podrán consumir tabaco en el interior de su sede siempre que exclusivamente sólo estén presentes socios (ej. no puede estar presente ningún tipo de trabajador: limpiadores, camareros, etc.)

A partir de la Ley 28/2005:

- Se prohíbe la venta de tabaco a menores de 18 años.
- Se prohíbe la venta de cigarrillos sueltos por unidades o en cajetillas de menos de 20 unidades.

También, en esta Ley 28/2005, ya quedaba **prohibido todo tipo de publicidad del tabaco** en prensa, radio, televisión, vallas y demás mobiliario urbano en Internet y en cualquier otro medio y soporte de comunicación. Así mismo, se prohibía la promoción de los productos del tabaco mediante premios, sorteos, regalos, descuentos en las compras, además del patrocinio de eventos musicales, culturales, deportivos, sociales..., promovidos por empresas o productos relacionados con el tabaco. La Ley 42/2010 amplía las prohibiciones en el ámbito de los medios de comunicación al prohibir la emisión de programas o imágenes en los que los presentadores, colaboradores o invitados aparezcan fumando y/o mencionen o muestren marcas u otros signos asociados a productos del tabaco.

Respecto a las **máquinas expendedoras** la Ley establece su ubicación **en el interior** de los lugares de venta permitidos (establecimientos de hostelería, fiesta y restauración, quiosco de prensa situados en vía pública, tiendas de conveniencia,



incluidas las de las estaciones de servicios) siempre y cuando estén **vigiladas** directa y permanentemente por el responsable del local.

**El incumplimiento de la Ley conlleva sanciones económicas de acuerdo con la gravedad de la infracción.**

¿Has pensado cómo ha repercutido la Ley del tabaco en tu barrio o ciudad?

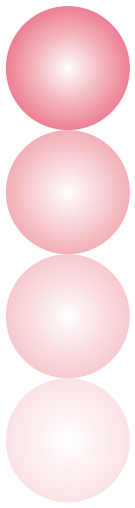
### 3.1.2. Las drogas como delito

Los delitos relacionados con las drogas se recogen en el Estado español en el ***Código Penal***, Libro II, Título XVII, dentro de “**Delitos contra la salud colectiva**”, y más concretamente en el Capítulo III bajo la rúbrica de “**Delitos contra la salud pública**”, en los artículos que van desde el 368 al 378 en los que se trata los delitos relacionados directa o indirectamente con el tráfico de drogas; y el capítulo IV, “**Delitos contra la seguridad del tráfico**”, art. 379 del Código Penal. Algunos de estos artículos han sido modificados en leyes posteriores:

- ***LEY ORGÁNICA 15/2003, de 25 de noviembre***, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- ***LEY ORGÁNICA 5/2010, de 22 de junio***, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Dos son los elementos del delito:

- Elemento **Objetivo**: constituido por la detentación de la droga, su cultivo y elaboración o fabricación.
- Elemento **Subjetivo**: se manifiesta en la intención de transmitir la droga a terceros con ánimo de favorecer, promover o facilitar el consumo.



### 3.1.2.1. Código Penal

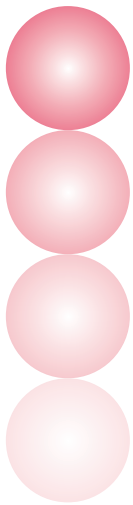
En el ordenamiento jurídico español el consumo y la posesión para el propio consumo de drogas ilegales, estupefacientes y sustancias psicotrópicas no constituye una infracción punible como delito, ni como falta, salvo en ámbitos muy concretos, tales como la circulación vial, la navegación aérea y la vida militar.

**Por el contrario, son constitutivas de delito las conductas que tienden a promover, favorecer o facilitar de cualquier modo el consumo ilegal o la posesión con tales fines.**

Así son consideradas delito:

- El cultivo de plantas para extraer drogas.
- La elaboración de dicha sustancia.
- El tráfico, venta, donación, permuta de dicha sustancia.
- Facilitar la sustancia.
- La difusión de una droga.

**Las PENAS aplicables, dependen de la nocividad para la salud.** En la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, de acuerdo a normas internacionales y al principio de proporcionalidad de la pena, se ha rebajado de **nueve a seis años** la pena **máxima de prisión**, pudiendo los tribunales imponer la pena inferior en grado de las señaladas, en atención a la menor gravedad del hecho y a las circunstancias personales del culpable.



TEXTO LEGAL	DELITO	PENAS
<b>Código Penal</b>	<b>Tráfico ilícito de drogas:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cultivar</li><li>• Elaborar</li><li>• Favorecer</li><li>• Facilitar</li></ul>	Sustancias que <b>causen grave daño a la salud</b> (heroína, cocaína, LSD, éxtasis, peyote y setas alucinógenas): <ul style="list-style-type: none"><li>• Prisión de 3 a 6 años y multa del tanto al triplo del valor de la droga.</li></ul> Sustancias que <b>no causan grave daño</b> a la salud (derivados del cannabis): <ul style="list-style-type: none"><li>• Prisión de 1 a 3 años y multa del tanto al duplo en los demás casos.</li></ul>

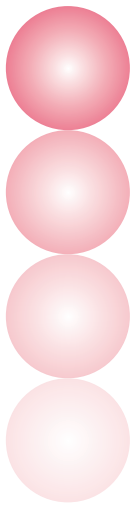
En los últimos años, el Tribunal Supremo ha admitido que no son punibles ciertas conductas por su carácter humanitario, como son:

- Facilitar las drogas a una persona concreta que es drogodependiente con el simple propósito de evitarle el sufrimiento y la angustiada situación generada por el síndrome de abstinencia y SIEMPRE QUE la entrega se haga sin exigir contraprestación alguna y el consumidor la tome voluntariamente en presencia del suministrador y de forma inmediata.
- El autoconsumo compartido y todo acto de intercambio de droga hecho entre adictos.

Igualmente, es permitido el uso terapéutico lícito de drogas, dentro de los cuales el más importante es el tratamiento con opiáceo como la metadona, el cual solo puede ser realizado por:

#### Centros acreditados por las autoridades sanitarias de cada Comunidad Autónoma

- Centros Sanitarios públicos.
- Centros Sanitarios privados.
- Entidades sin ánimo de lucro.



### 3.1.2.2. Ley sobre Protección de la Seguridad Ciudadana

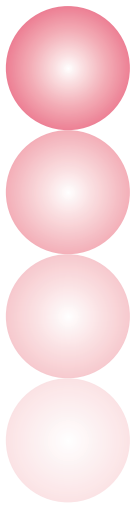
Con carácter general, a partir de 1992 el consumo de drogas ilegales se convierte en una conducta sancionable administrativamente. La Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero de Protección de la Seguridad Ciudadana tipifica como **infracción grave: el consumo de drogas ilegales**, siempre que se produzca **en lugares o establecimientos públicos**. Fuera de estos ámbitos, el consumo de drogas no es sancionable por la Ley.

**La Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana contempla igualmente otras tres infracciones más:**

- **La tenencia ilícita no destinada al tráfico, incluso cuando la misma tenga por finalidad el autoconsumo del poseedor.**
- **El abandono en lugares públicos de los útiles o instrumentos utilizados para consumir.**
- **La tolerancia del consumo ilegal, o el tráfico de drogas en locales o establecimientos públicos, o la falta de diligencia para impedirlos por parte de propietarios, administradores o encargados de estos locales.**

**SANCIONES ADMINISTRATIVAS aplicables en función de la calificación de la infracción:**

TEXTO LEGAL	INFRACCIÓN	SANCIÓN
<b>Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consumo en lugares públicos de drogas ilegales.</li><li>• Tenencia ilícita no destinada al tráfico, posesión de drogas ilegales aunque sea sólo para el propio consumo.</li><li>• Abandono en lugares públicos de útiles o instrumentos utilizados para el consumo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Multa de 300,51 € a 30.050,61 €.</li><li>• Incautación de las drogas.</li><li>• Suspensión del permiso de conducir vehículo de motor hasta 3 meses.</li><li>• Retirada del permiso o licencia de armas.</li></ul>



Por otro lado, se prevé la **posibilidad de suspender las sanciones** si el infractor se somete a un **tratamiento de deshabituación** en un centro o servicio debidamente acreditado en forma y por el tiempo que reglamentariamente se determine.

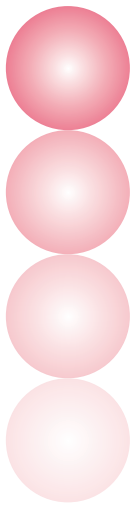
Entonces, según el Código Penal, ¿consumir drogas ilegales no es delito ni falta?

No, no es delito ni falta. Consumir drogas ilegales sí es una infracción sancionable administrativamente, según la Ley sobre Protección de la Seguridad Ciudadana.

### 3.1.2.3. Estatuto de los Trabajadores

Según el *Estatuto de los Trabajadores (art. 54.2)* se puede producir el **despido disciplinario** del trabajador por consumo de drogas legales e ilegales **si afecta al rendimiento** en el trabajo.

**Artículo 54.2. Se considerará incumplimiento contractual la embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo.**



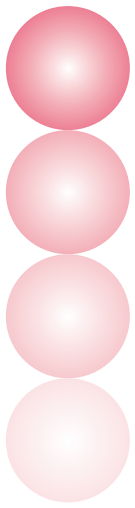
¿Sabías que... el Estatuto de los trabajadores es restrictivo en el consumo para proteger a los trabajadores de los riesgos que entraña el trabajar bajo los efectos del consumo de drogas?

¿Por ejemplo, crees que es seguro estar en un andamio con dos copas de más... o con unos porros?

#### 3.1.2.4. Ley del dopaje

Muchos estados, incluida España, han adaptado sus leyes para poder aprobar y aplicar el **Código Mundial Antidopaje** desarrollado por la **Agencia Mundial Antidopaje (AMA o WADA** del inglés “World Antidoping Agency”). En España se creó en febrero de 2008 la **Agencia Estatal Antidopaje** para asumir de manera integral las actividades de prevención, protección de la salud, investigación y lucha contra el dopaje en el deporte.

¿Sabías que... es responsabilidad del deportista conocer las sustancias que toma?



Según la Ley Orgánica 7/2006, de 21 de noviembre, de protección de la salud y de lucha contra el dopaje en el deporte, se considera DOPAJE:

- La utilización de sustancias y métodos prohibidos destinados a aumentar artificialmente las capacidades físicas de los deportistas o a modificar los resultados de las competiciones.
- La promoción o incitación a la utilización de tales sustancias o métodos.
- La negativa a someterse a los controles de dopaje, dentro y fuera de la competición.
- Cualquier acción u omisión con la intención de impedir o perturbar la correcta realización de los controles de dopaje.

Por tanto, **el deportista será siempre responsable** de cualquier sustancia que ingiera y **deberá asegurarse de que las sustancias que consume** (medicamentos, complementos alimenticios...) **no están prohibidas**. De hecho, se considerará que se ha dopado, y será sancionado, aunque tome una sustancia prohibida de manera involuntaria.

**El deportista debe conocer La Lista de Sustancias y Métodos Prohibidos**, norma internacional que establece la relación de sustancias y métodos prohibidos durante y fuera de la competición. Para los **atletas de nivel internacional**, la lista la crea la AMA, organismo que publica por lo menos una vez al año una nueva versión de la Lista Prohibida.

Esta lista está accesible en todo momento en internet.

Para los **atletas de nivel nacional**, la lista es actualizada periódicamente por el Consejo Superior de Deportes según el estándar internacional y publicada en el BOE.



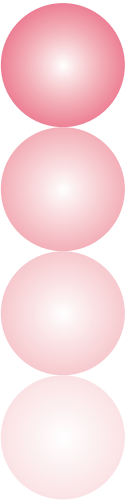
### 3.1.2.5. Drogas ilegales y legales

Al igual que con las drogas ilegales, no existe en el derecho español una definición de lo que debe entenderse por drogas legales. Sin embargo, se tiende a identificar como tales, aquellas sustancias no incluidas en los anexos de las Convenciones de la ONU de 1961 sobre estupefacientes y de 1971 sobre sustancias psicotrópicas.

La droga legal que más ha atraído la atención en el ámbito jurídico en nuestro país ha sido el **alcohol** y en los últimos años el **tabaco**, prestando menos atención a **medicamentos psicotrópicos** y a **inhalables** y **cafeína**.

Jurídicamente y con respecto al **alcohol**, hay que hacer una diferenciación entre la **embriaguez o intoxicación aguda** (una borrachera) y el **alcoholismo o intoxicación crónica**. Los aspectos legislativos que más destacan son los siguientes:

- El **consumo de alcohol** por sí mismo **no constituye infracción sancionable, salvo** que vaya asociado a determinadas actividades, como **conducir** bajo esos efectos (delito penal y sanción administrativa).
- El **Derecho Penal** considera la intoxicación plena como eximente de responsabilidad criminal (art. 20, párrafo 2º del Código Penal), siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometer la infracción, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia; y atenuante, art. 21, párrafo 2º del Código Penal, por actuar el culpable a causa de su grave adicción.
- El **Derecho Administrativo** se ocupa en mayor medida de las consecuencias jurídicas del consumo de alcohol entre ellas:
  - » Prohíbe la venta o servicio de bebidas alcohólicas a menores de edad en establecimientos públicos o en locales de espectáculos públicos.
  - » La legislación autonómica completa este régimen legal de venta a menores de edad. (Ver apartado 3.2.1)
  - » Prohíbe la venta de bebidas alcohólicas en los centros escolares por razones de protección a la infancia y la juventud.
  - » La conducción por vías públicas bajo los efectos de la ingesta de bebidas alcohólicas con tasas superiores a las permitidas reglamentariamente LEY 17/2005, de 19 de julio, por la que se regula el permiso y la licencia de conducción por puntos y se modifica el texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial.
- En el **ámbito laboral**, el **Estatuto de los Trabajadores** establece que el alcoholismo puede ser causa de despido disciplinario si repercute negativamente en el trabajo.



Jurídicamente y con respecto al **tabaco**, es el Derecho Administrativo quien se encarga de la regulación de alguno de sus aspectos. La última Ley que entró en vigor el 2 de Enero de 2011 es la que actualmente regula la venta y limitaciones al consumo, tal y como hemos visto en el apartado anterior.

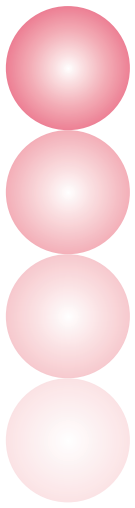
## 3.2. Marco jurídico de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

La **Ley General de Sanidad**, de 29 de abril de 1986, supone la respuesta normativa al mandato constitucional sobre el derecho a la protección de la salud, destacando de la misma la **competencia que se otorga a las Comunidades Autónomas para el diseño y la ejecución de una política propia en materia sanitaria**.

### 3.2.1. Ley sobre drogas de la Región de Murcia 6/97 de 22 de octubre

La normativa regional **“Ley 6/97, de 22 de octubre, sobre Drogas: para la prevención, asistencia e integración social”** se desarrolla teniendo en cuenta la normativa de ámbito internacional, estatal y autonómico, con la pretensión de establecer un marco jurídico desde el que se configuren y coordinen las actuaciones a nivel regional en esta materia, y así poder ejercer una política evaluable y eficaz contra el consumo de drogas. En cuanto a la **prevención de drogodependencias** la Ley:

- **Pretende luchar contra todo tipo de drogas, incluyendo las legales** como el alcohol y el tabaco. De hecho, esta Ley fue pionera en España en la prohibición del consumo de alcohol y tabaco para menores de 18 años.
- **Plantea actuaciones de prevención** a través de medidas tendentes a la reducción de la demanda y de la oferta de drogas, dando prioridad a las medidas dirigidas a niños y jóvenes y a la formación de profesionales y mediadores sociales.

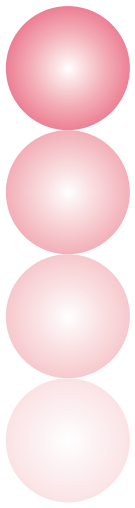


- **Establece el Plan Regional sobre Drogas como el instrumento para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogodependencias se realizan en nuestra Comunidad.**

**¿Sabías que... la Ley sobre Drogas de la Región de Murcia fue la primera en España en prohibir el consumo de alcohol y tabaco en menores de 18 años?**

#### **Art. 6. Objetivos generales en prevención de las drogodependencias del Plan Regional 2007-2010**

- ▣ Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
- ▣ Reducir los riesgos y consecuencias del consumo de drogas.
- ▣ Informar adecuadamente a la población sobre las drogas que puedan generar dependencia y de las consecuencias de su consumo.
- ▣ Aumentar las alternativas y oportunidades para adoptar modos de vida más saludables.
- ▣ Intervenir sobre las condiciones sociales que inciden en el consumo de sustancias capaces de generar dependencia.
- ▣ Disminuir la presencia, promoción y venta de drogas en nuestra Comunidad.



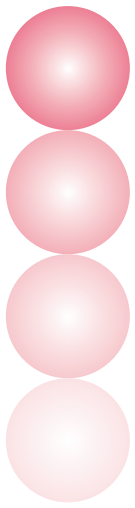
## 3.3. Marco institucional

### 3.3.1. Observatorio Regional sobre Drogas. Análisis del consumo de drogas en la Región de Murcia

El **Observatorio Español sobre Drogas** (OED), encuadrado en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Política Social, pretende ofrecer a la administración y a la sociedad una visión global de la situación y las tendencias de los problemas relacionados con el consumo de drogas en España. Para ello emplea diversas metodologías de recogida y análisis de datos, y cuenta con la colaboración de los gobiernos autonómicos y de otras instituciones.

Se realizan principalmente dos **encuestas** bianuales:

<b>EDADES</b>	<b>Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas</b>	<b>Universo de estudio:</b> población general con edades comprendidas entre los 15 y 64 años que viven en hogares familiares
<b>ESTUDES</b>	<b>Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias</b>	<b>Universo de estudio:</b> estudiantes de 14 a 18 años de Enseñanza Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio

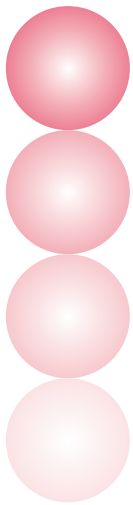


Se trabajan tres **indicadores** anualmente:

<b>ADMISIÓN A TRATAMIENTO POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	Casos de personas que inician en el año tratamiento por consumo de alcohol y drogas (menos tabaco) en los Centros de Atención a Drogodependencias de la Región
<b>URGENCIAS EN HOSPITALES POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	Historias clínicas de personas en todos los episodios de urgencias de los hospitales de la Región, relacionados con el consumo de drogas
<b>MORTALIDAD</b>	Casos de personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas

Los informes, que se realizan anualmente, son el principal instrumento para:

- Difundir información actualizada y contextualizada sobre este fenómeno.
- Evaluar las intervenciones destinadas a reducir el consumo y sus problemas asociados.
- Facilitar indicaciones epidemiológicas como fuente de información para la formulación de políticas de salud pública ya que Las enfermedades no se producen de forma aleatoria; tienen causas, muchas de ellas sociales, que pueden evitarse. Los métodos epidemiológicos han sido cruciales para identificar numerosos factores etiológicos que, a su vez, han justificado la formulación de políticas sanitarias encaminadas a la prevención de enfermedades y muertes prematuras.



En este marco, en 2007 se crea el **Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia** con la finalidad de elaborar y ofrecer una visión global, objetiva y permanente del fenómeno de las drogodependencias que permita analizar la información, observar la evolución de los casos de la Región y participar en el Observatorio Español sobre drogas.

A continuación exponemos algunos de los resultados difundidos por el Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia.

### **3.3.1.1. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES), Región de Murcia**

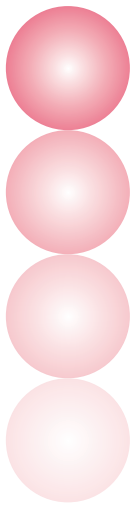
El **estudio del consumo de drogas en adultos en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia** se ha realizado a partir de los resultados regionales de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas que se lleva a cabo en España cada dos años desde 1995.

El objetivo principal de estos estudios es obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas.

Los objetivos específicos del estudio están relacionados con conocer:

- La prevalencia y evolución de consumo de las distintas drogas legales e ilegales.
- Las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.
- Patrones de consumo relevantes.
- La disponibilidad de drogas percibida por la población y el riesgo percibido.
- La visibilidad de los problemas de drogas en el lugar donde viven los encuestados.
- Conocer las vías de obtención, vías de información utilizadas y preferidas.
- La opinión de la población acerca de la importancia de los problemas de drogas y las medidas para reducirlos.

El universo de la investigación está constituido por residentes en la Región de Murcia con edades entre **15 y 65 años**. Los resultados son representativos a nivel nacional. El muestreo ha sido polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias (municipios), según una clasificación por número de habitantes y de las unidades



secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional. La selección de las unidades últimas (individuos) se ha realizado por selección sistemática de los hogares; posteriormente se ha procedido a la selección de los individuos mediante tabla de números aleatorios. La muestra final está formado por personas que han sido entrevistadas entre las que vivían habitualmente en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

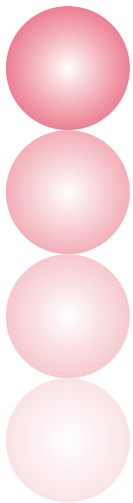
En el cuestionario se recoge la **frecuencia de consumo, actitudes y opiniones sobre el consumo de drogas**, así como **valoraciones generales sobre el estado de salud del grupo** encuestado. Las drogas incluidas que vienen estudiándose desde años han sido: **Alcohol, Tabaco, Marihuana o Cannabis, Cocaína (en polvo, en forma de base y en general), Éxtasis, Inhalables Volátiles, Speed o Anfetaminas, Alucinógenos, Heroína, Tranquilizantes y Somníferos.**

Además, con el objeto de detectar la circulación de nuevas sustancias psicoactivas en el territorio de la Unión Europea y el abordaje de su consumo y disponibilidad, se han incluido en este estudio preguntas acerca del consumo de las siguientes sustancias psicotrópicas: Heroína inyectada, Ketamina, Spice, Piperacinas, Mefredona, Nexux, Metanfetamina, Setas mágicas, Reserch chemical, Legal Highs, Salvia, Esteroides, Anabolizantes y Otras, todo ello partiendo del Sistema de Alerta Temprana Español, establecido a partir de la decisión 2005/387/JAI del Consejo, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas, en conexión con la Red de la Unión Europea, establecida para estos efectos.

En las siguientes gráficas se presenta una comparativa de las prevalencias de consumo de las distintas drogas estudiadas entre los años 2007-2011, haciendo una comparativa de las prevalencias de Murcia y España en la encuesta EDADES 2011 para las sustancias que habitualmente se incluían.

Distribución porcentual del consumo de drogas en Murcia y España en todas las modalidades de consumo (%) EDADES, 2011.

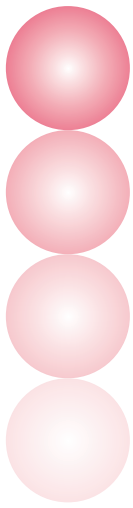
SUSTANCIA	Alguna vez en la vida				Últimos 12 meses			Últimos 30 días			Diario		
	Murcia			España	Murcia		España	Murcia		España	Murcia		España
	2007	2009	2011	2011	2009	2011	2011	2009	2011	2011	2009	2011	2011
<b>Alcohol</b>	89,5	91,6	85,4	90,9	75,2	74,4	76,6	66,6	63	62,3	12,2	9,9	10,2
<b>Tabaco</b>	65,9	70,3	73,2	71,7	-	-	40,2	40,5	43,4	37,6	32,0	36,3	30,4
<b>Cannabis</b>	22,3	30,2	31,2	27,4	12,4	13,3	9,6	8,5	10,2	7	2,3	2,1	1,7
<b>Cocaína polvo</b>	5,8	10,1	11,7	-	3,0	4,9	2,3	1,2	3,4	-	-	0,1	-
<b>Éxtasis</b>	2,4	4,8	5,2	-	0,9	1,2	0,7	0,1	0,4	-	-	-	-
<b>Inhalables volátiles</b>	0,2	0,5	0,4	-	0,1	0,1	-	-	-	-	-	-	-
<b>Anfetaminas/ speed</b>	2	3,6	6,2	-	0,4	2,1	0,6	0,1	0,3	-	-	-	-
<b>Alucinógenos</b>	2,4	4,2	4,4	-	0,7	1,3	0,4	0,2	0,2	-	-	-	-
<b>Heroína</b>	0,3	0,3	0,3	0,6	-	0,1	0,1	-	0,1	-	-	-	-
<b>Tranquilizantes</b>	13,2	11,8	20,6	-	6,9	12,8	Hipnose- dantes 11,4	4,3	9,6	-	1,5	4,4	-
<b>Somníferos</b>	5,1	11,8	9,2	-	3,0	6,2		2,4	4,6	-	1,0	0,6	-



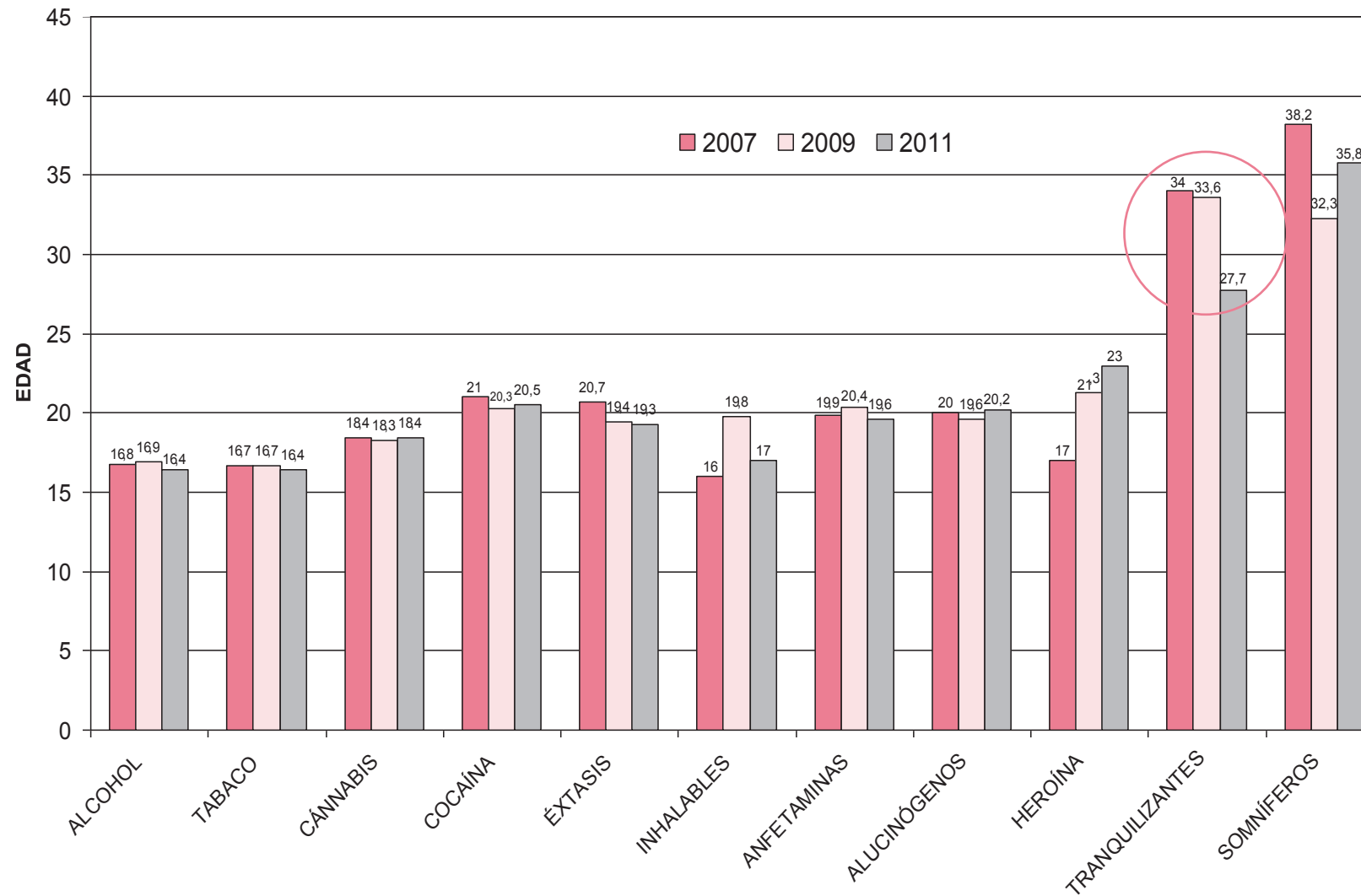
Distribución porcentual del consumo de nuevas sustancias psicotrópicas incluidas en EDADES-2011.

SUSTANCIA	Últimos 12 meses			Últimos 30 días			Diario				
	Murcia		España	Murcia		España	Murcia		España		
	2009	2011	2011	2009	2011	2011	2009	2011	2011		
<b>Ketamina</b>	-	1,6	-	-	0,3	0,2	-	0,1	-	-	-
<b>Spice</b>	-	0,6	-	-	0,2	0,1	-	0,1	-	-	-
<b>Piperazinas</b>	-	0,3	-	-	0,3	-	-	0,3	-	-	-
<b>Mefedrona</b>	-	0,2	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-
<b>Nexus</b>	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Metanfetaminas</b>	-	1,7	-	-	0,4	0,2	-	-	-	-	-
<b>Setas mágicas</b>	-	3,3	-	-	1	0,4	-	0,1	-	-	-
<b>ResearchChemicals</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Legal highs</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Salvia</b>	-	-	-	-	-	0,2	-	-	-	-	-
<b>Esteroides anabolizantes</b>	-	0,4	-	-	0,2	0,1	-	0,2	-	-	-
<b>Otras</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

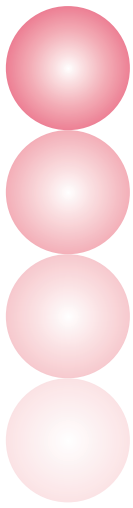
Las edades de inicio en el consumo de drogas se mantienen estables durante los tres últimos estudios, salvo para tranquilizantes dónde la edad de inicio ha descendido, dato a tener en cuenta por su relevancia para la salud.



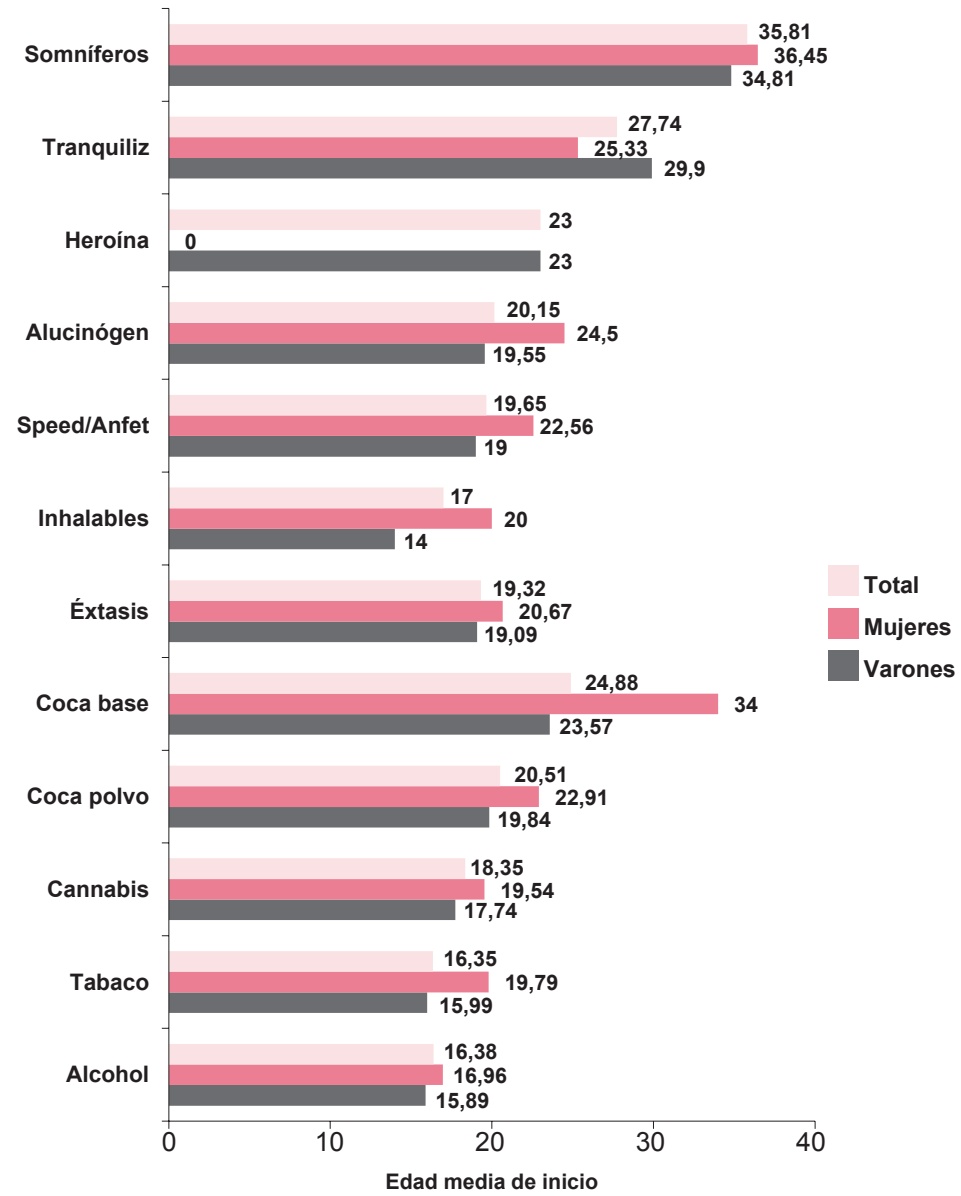
Gráfica 1. Evolución de la edad de inicio del consumo de drogas. EDADES 2007-2011



Como dato positivo, en determinadas drogas se observa un incremento de la edad de inicio respecto al estudio de 2009: cocaína en mujeres (de 20 a 22,91 años), éxtasis en mujeres (de 18,4 a 20,67 años), speed/anfetaminas en mujeres (de 17,8 a 22,56 años), alucinógenos en mujeres (18,9 a 24,5 años), heroína en varones (de 21,3 a 23 años), somníferos en varones (de 32,90 a 34,81 años), y somníferos en mujeres (de 32,1 a 36,45 años).



Gráfica 2. Edad media de inicio al consumo de drogas, por sexo. EDADES Murcia 2011





### 3.3.1.2. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundaria (ESTUDES), Región de Murcia

ESTUDES es una encuesta sobre uso de drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas viene realizando con carácter bianual desde 194, con la participación de las distintas Comunidades Autónomas.

La realización bianual de estos estudios permite obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas, en concordancia con la situación actual de la problemática del consumo de drogas entre los jóvenes, dado que la realidad del consumo de drogas está sujeta a cambios en función de la evolución de la sociedad en su conjunto, con respecto al comportamiento colectivo e individual.

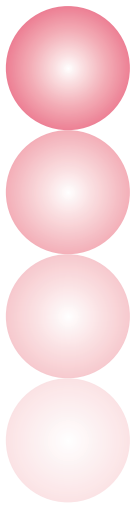
Sus objetivos principales son:

- Conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas, los patrones de consumo, los factores asociados, y las opiniones y actitudes de los estudiantes de 14-18 años escolarizados ante las drogas.
- Orientar el desarrollo y evaluación de las políticas destinadas a reducir el consumo de las diferentes drogas y los problemas asociados.

En nuestra Región, el responsable del estudio es el Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia dependiente de la Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias de la Consejería de Sanidad y Política Social; organismos y publicaciones relacionadas están disponibles en [www.murciasalud.es](http://www.murciasalud.es) y <http://www.e-drogas.es>

Se recoge la información a partir de la cumplimentación de un cuestionario autoadministrado, estandarizado y anónimo que se entrega a los estudiantes en sus centros escolares. Dicho cuestionario incluye cuestiones sociodemográficas, frecuencia de consumo de drogas, actitudes y opiniones sobre estas sustancias, así como valoraciones generales sobre el estado de salud del grupo encuestado. Se ha incluido el consumo de drogas que vienen estudiándose desde años anteriores: alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, inhalables y heroína.

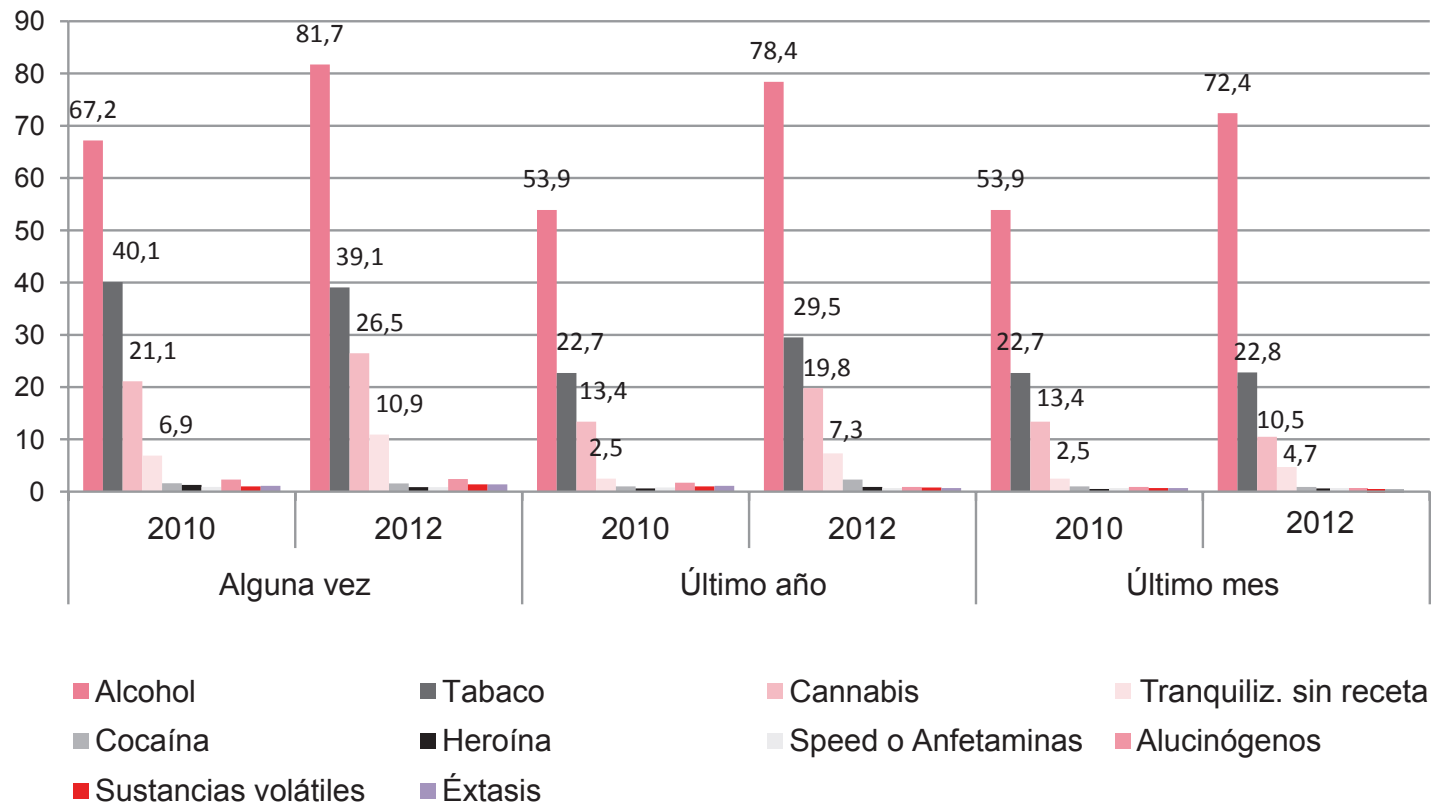
Además, con el objeto de detectar la circulación de nuevas sustancias psicoactivas en el territorio de la Unión Europea, y el abordaje de su consumo y disponibilidad, como en ediciones anteriores de este estudio, en éste último (*ESTUDES 2012*) se han incluido preguntas acerca del consumo de las siguientes sustancias psicotrópicas: heroína inyectada, ketamina,



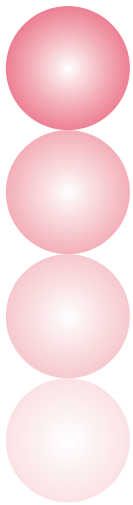
spice, piperacinas, mefredona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemical, legal highs, salvia, esteroides, anabolizantes y otras, todo ello partiendo del Sistema de Alerta Temprana Español, establecido a partir de la decisión 2005/387/JAI del Consejo, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas, en conexión con la Red de la Unión Europea, establecida para estos efectos.

Las drogas legales Alcohol y Tabaco son las más consumidas por los estudiantes, seguidas del cánnabis e hipnosedantes sin receta, situación mantenida desde el inicio de la encuesta.

Gráfica 3. Prevalencia (%) según modalidad de consumo ESTUDES Murcia 2010-2012



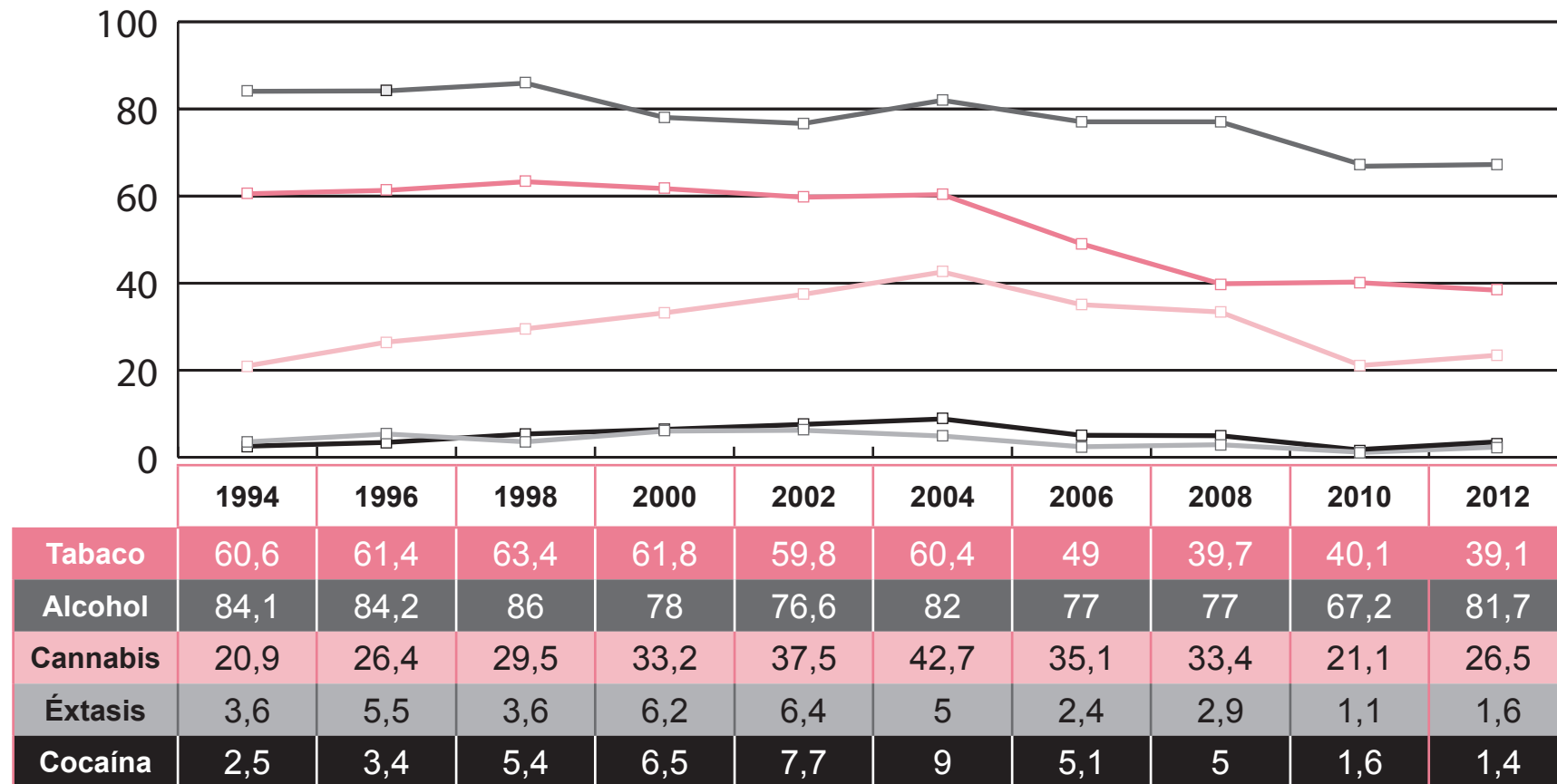
Fuente: Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia, 2012

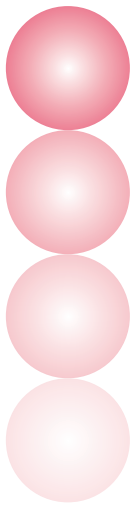


Como se aprecia en el Gráfico 4, la tendencia al descenso en el consumo de drogas se inició entre los años 2004-2006 coincidiendo con el debate social respecto a la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (5). En 2008 y 2012 se observa un ligero repunte en el consumo de algunas drogas.

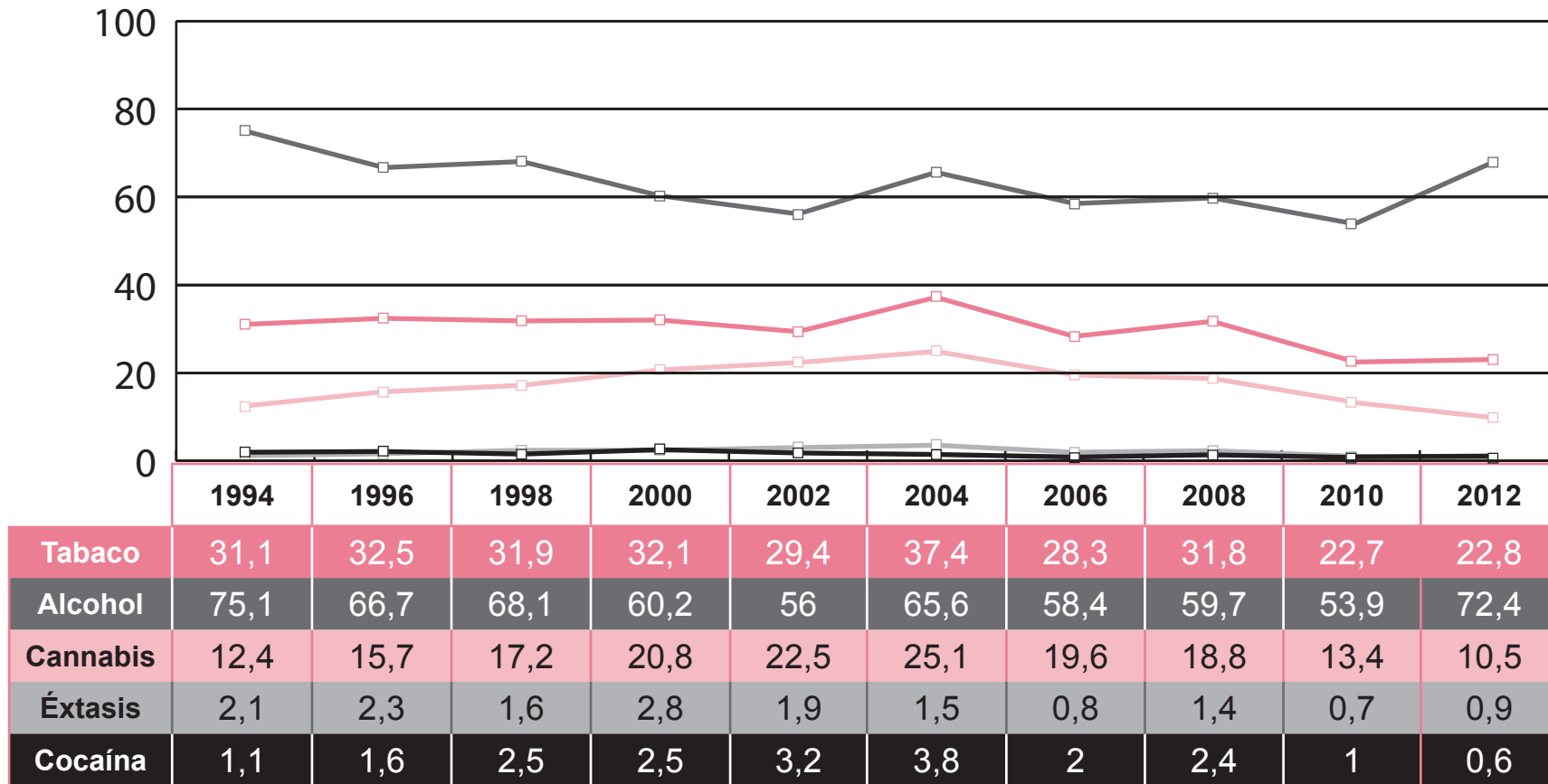
Gráfica 4. Comparativa de prevalencias de consumo de drogas en escolares de 14-18 AÑOS, MURCIA 1994-2012

“Alguna vez en la vida”



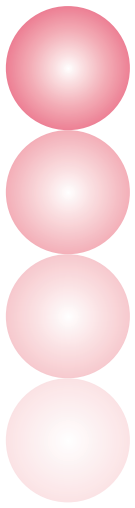


### “Último mes”

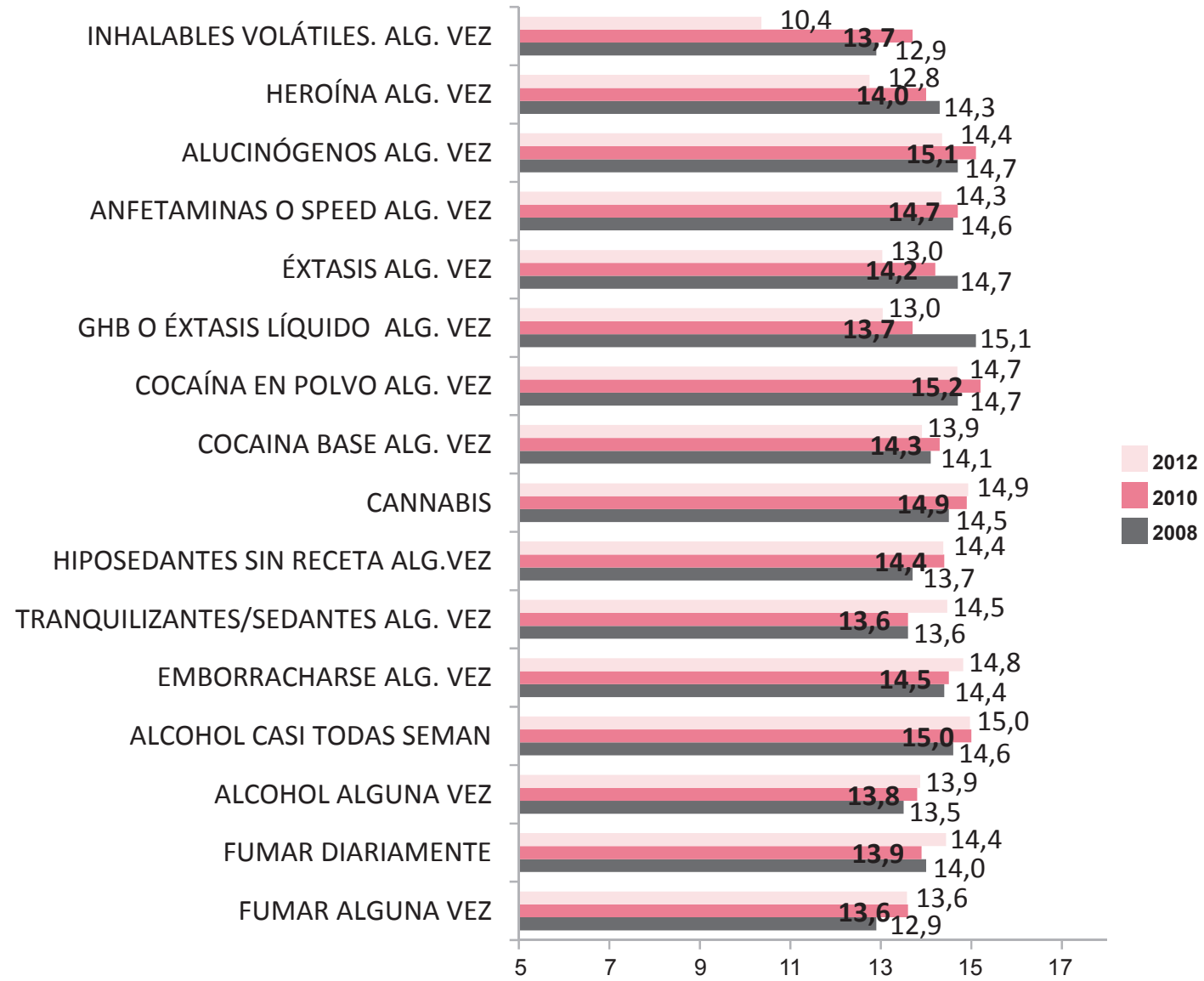


Fuente: Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia, 2012

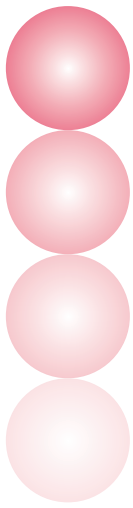
Ha aumentado moderadamente la edad media de inicio de consumir alcohol “alguna vez” (de 13,8 años a 13,9 años), de inicio a las borracheras, 14,5 años en 2010 y 14,8 en 2012, de fumar “diariamente” (de 13,9 años a 14,4) y de tomar tranquilizantes o sedantes con receta (13,6 años a 14,5). Sin embargo, ha disminuido para el consumo de inhalables volátiles, heroína, alucinógenos, anfetaminas, éxtasis, GHB y cocaína.



Gráfica 5. Evolucion de la edad media de inicio al consumo de drogas. ESTUDES Murcia 2008-2012

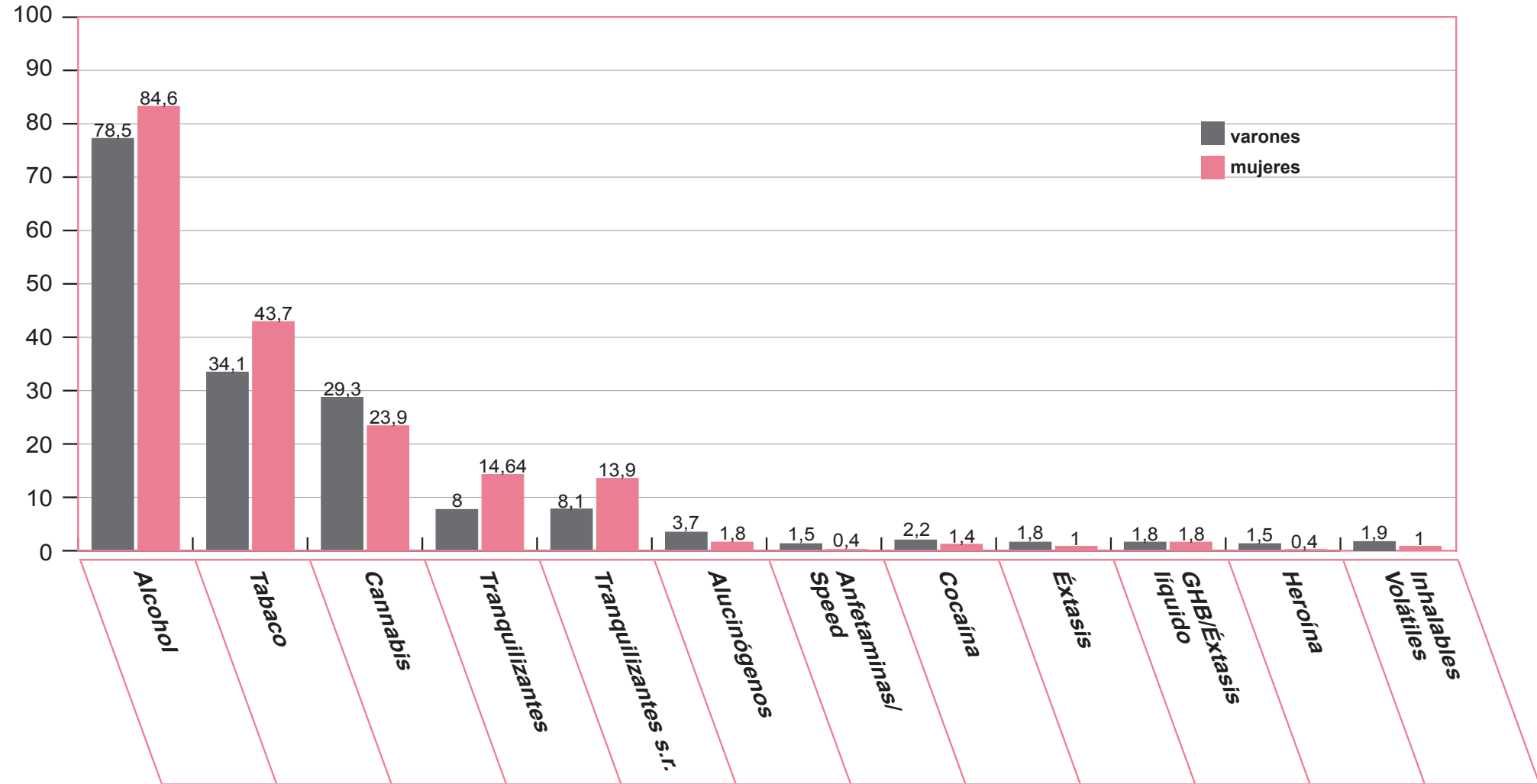


Fuente: Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia, 2012

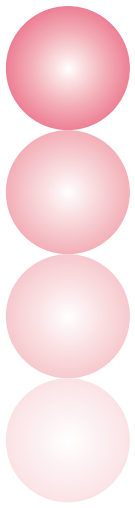


En cuanto a las tendencias de consumo en función del sexo, se mantiene la trayectoria de años anteriores, destacando la **superioridad de las prevalencias en las mujeres** con respecto a los varones en todas las modalidades de consumo en las **drogas legales**, y en el uso de **tranquilizantes**.

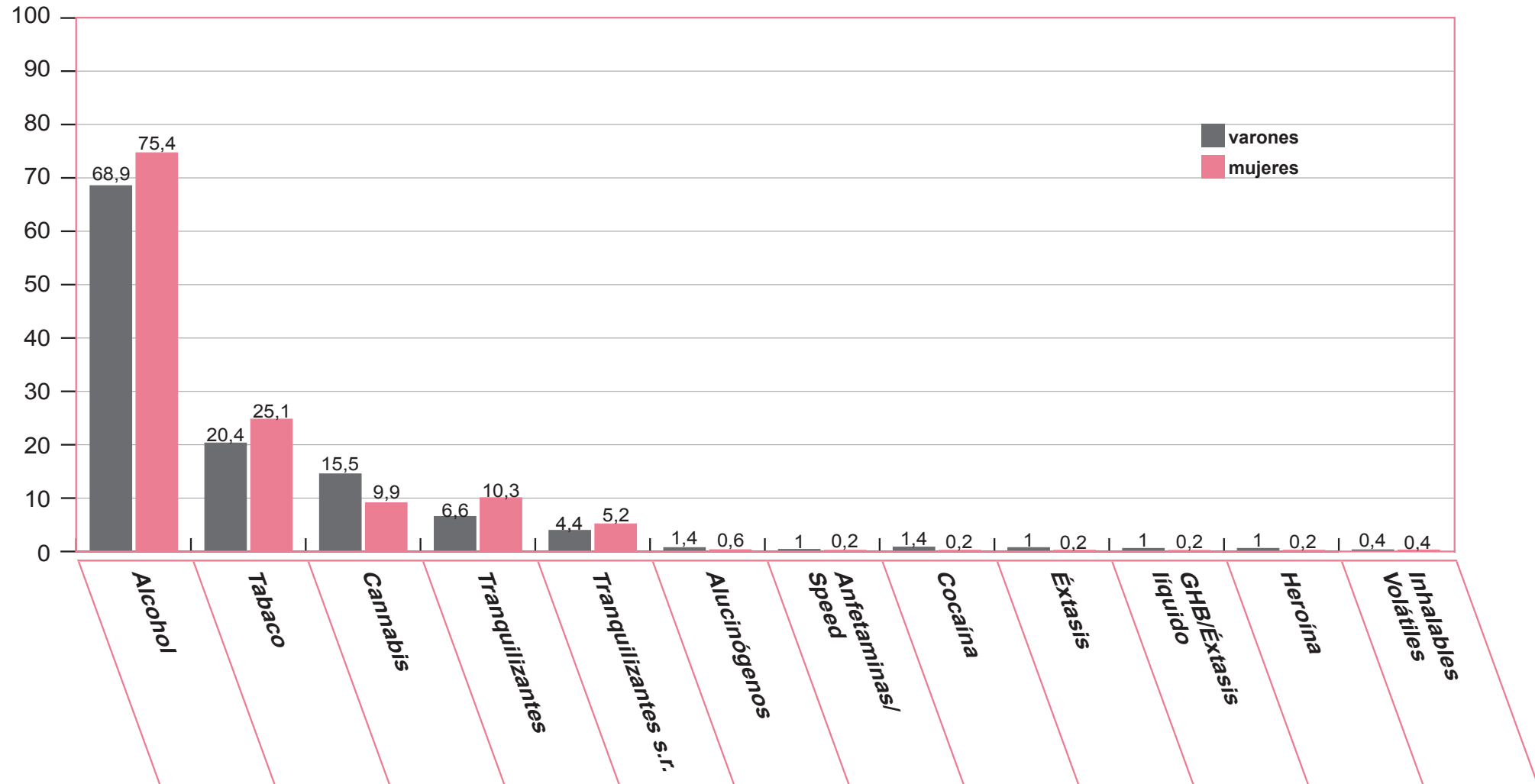
Gráfica 6. Proporción de consumidores “alguna vez” según sexo. ESTUDES Murcia 2012



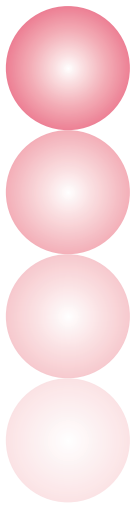
Fuente: Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia, 2012



Gráfica 7. Proporción de consumidores “último mes” según sexo. ESTUDES Murcia 2012



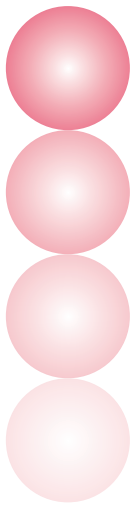
Fuente: Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia, 2012



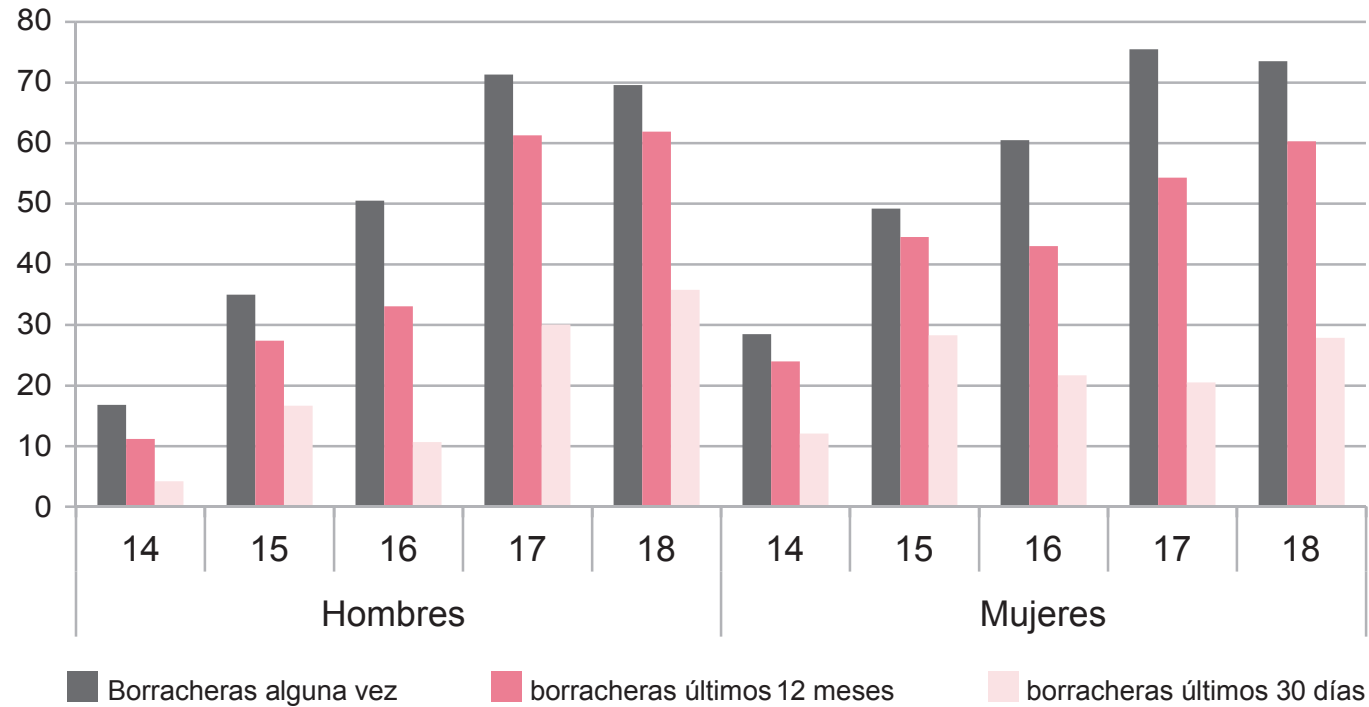
**¿Sabías que... en experimentar con bebidas alcohólicas las chicas adolescentes sobrepasan ya a los chicos...?**

**Sí, y... también son más las chicas que prueban alguna vez tabaco, pastillas para dormir y ansiolíticos que chicos.**

En cuanto a las borracheras, analizando la edad y el sexo conjuntamente, persiste la superioridad de las mujeres, aunque los estudiantes de 17 y 18 años se emborracharon más que sus compañeras “los últimos doce meses”, y “los últimos 30 días”.

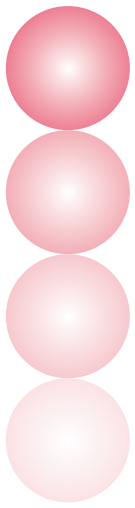


Gráfica 8. Prevalencia (%) de borracheras según edad y sexo. ESTUDES Murcia 2012

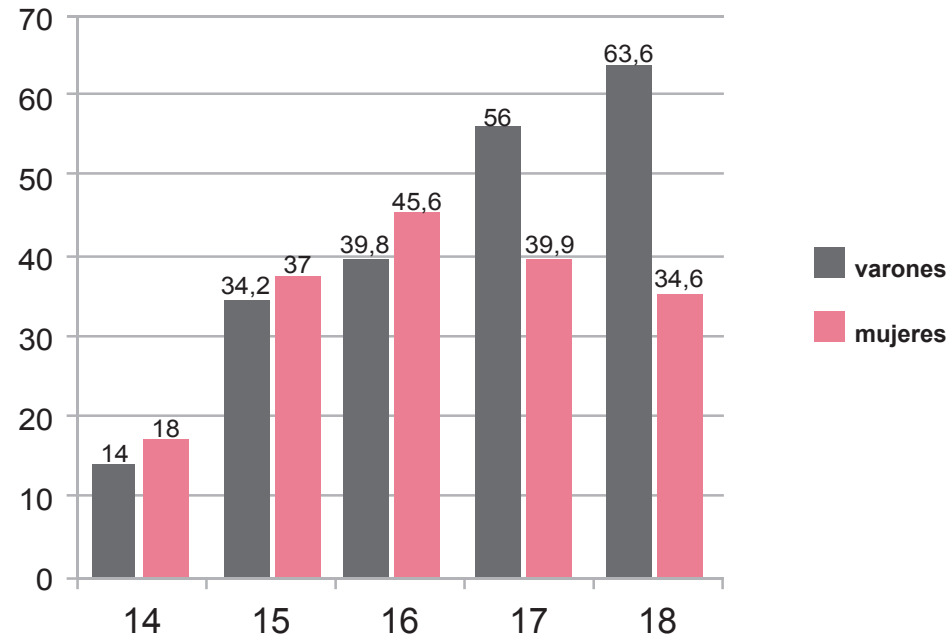


Fuente: Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia, 2012

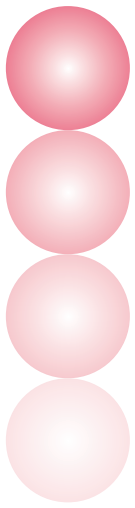
En general, el consumo intensivo de alcohol (binge drinking: 5 ó mas vasos o copas en un intervalo de 2 horas) se incrementó con la edad, el 38,7% de los estudiantes afirmó haber realizado esta actividad durante el último mes. La comparativa entre hombres y mujeres se invierte, de tal forma que en los más jóvenes (14, 15 y 16 años) fue mayor el consumo en mujeres, y sus compañeros intensificaron esta conducta entre los 17 y 18 años.



Gráfica 9. Prevalencia de binge drinkign en el “último mes” según edad y sexo. ESTUDES Murcia 2012



Fuente: Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia, 2012



¿Sabías que... la ONU, a través de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, realiza **INFORMES MUNDIALES SOBRE LAS DROGAS?**

Sí, en este informe analiza las tendencias mundiales en la producción y en el consumo de drogas.

Si quieres, puedes consultarlo en el *informe mundial sobre las drogas 2013*, completo en inglés y un resumen traducido al español.

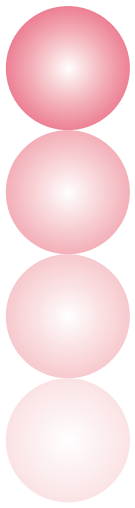
## 3.3.2. Políticas de Prevención

### 3.3.2.1. Políticas de Prevención Nacionales

El ***Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)*** es una iniciativa gubernamental creada el año 1985, destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España. Actualmente es elaborado, ejecutado y evaluado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Social e Igualdad.

El PNSD queda actualizado en las posteriores Estrategias Nacionales sobre Drogas, que tratan de orientar, impulsar y coordinar las actuaciones entre las diferentes administraciones públicas y las organizaciones no gubernamentales en materia de drogas y de drogodependencias. La última ***Estrategia Nacional sobre Drogas abarca el período 2009-2016***.

Para la elaboración de la Estrategia 2009-2016 se han tenido en cuenta, entre otros:



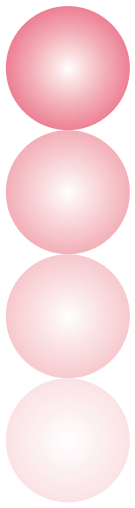
- Los Planes y Estrategias de Acción sobre Drogas aprobados por: Comunidades y Ciudades Autónomas, Administraciones Locales y la Unión Europea.
- Otras estrategias de salud (Cáncer, Salud Mental, Cuidados Paliativos...) y otros planes sectoriales (Juventud, Igualdad...).
- El Foro “La Sociedad ante las drogas” formado por ONGs, profesionales y sociedades científicas que trabajan en el ámbito de las drogas.
- La evaluación de la Estrategia 2000-2008 del propio Plan Nacional sobre Drogas.

**La Prevención, dentro del ámbito de actuación de la “reducción de la demanda”, es un pilar básico sobre el que se apoya la Estrategia Nacional 2009-2016.**

Los **objetivos** que se proponen en **Prevención** son:

- **Promover una conciencia social** sobre los daños y costes personales relacionados con las drogas.
- **Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia** a la oferta de drogas.
- **Retrasar la edad de inicio** en el consumo.
- Dentro del **ámbito de la prevención**, proponen como **aspectos estratégicos**:
  - » Adoptar medidas políticas, programas y actuaciones con **base en la evidencia científica**.
  - » Fomentar la cultura de la **evaluación**.
  - » Impulsar la **investigación**.
  - » Prestar especial atención a los **grupos de población expuestos** a un mayor número de factores de riesgo

Estos aspectos estratégicos deben estar presentes a la hora de actuar en los distintos sectores de población. Las **poblaciones diana** que propone la Estrategia son:



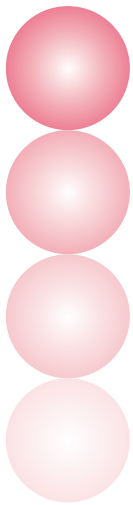
- **La sociedad en su conjunto**, por la necesidad de promover la implicación de la ciudadanía en general.
- **La familia y la comunidad educativa**, núcleos más importantes de socialización.
- **Niños, adolescentes y jóvenes**, grupos de población más vulnerable.
- **La población laboral**, con intervenciones incardinadas como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- **Colectivos en situación de especial vulnerabilidad**, como poblaciones inmigrantes, minorías étnicas o culturales, población con problemas de salud mental, jurídico-penales, con dificultades económicas, sociales, familiares o personales (p.ej. hijos de consumidores de drogas o menores internados en centros de protección o reforma).

Así mismo, la Estrategia demarca una serie de **contextos de actuación** con un claro potencial preventivo y cuya implicación es imprescindible ya que cumplen funciones clave de mediación. Estos son:

- **Medios de comunicación.**
- **Sistemas educativo, sanitario y social.**
- **Industria del ocio y del entretenimiento.**
- **Seguridad vial y ciudadana.**

### 3.3.2.2. Políticas de prevención Regional y Local

En clara sintonía con las directrices de la Estrategia Nacional sobre Drogas y, como base de todos los Planes Locales de Drogodependencias de la Región de Murcia, se encuentra el **Plan Regional sobre Drogas** de la Comunidad Autónoma



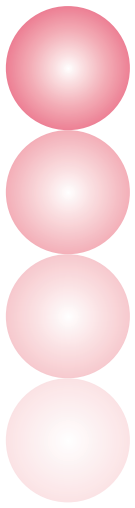
de la Región de Murcia; el último aprobado y en proceso de evaluación abarca el período 2007-2010. Es el **instrumento de planificación, coordinación y participación** que **ordena y orienta la estrategia de la Región** en materia de drogodependencias en las áreas de Prevención, Asistencia, Inserción y Coordinación institucional.

La **Estructura del Plan Regional sobre Drogas 2007-2010** es la siguiente:

- **Presentación** del Plan por parte de las Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Consumo y del Ilmo. Sr. Director General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo. Acuerdo del Consejo de Gobierno con el encargo de elaborar este Plan, bajo los Principios Rectores de integración de las iniciativas, participación activa de la comunidad, coordinación de las actuaciones y flexibilidad para que se ajuste a las necesidades de cada momento, y las Resoluciones de la Asamblea Regional sobre el mismo.
- **Introducción** con expresión de la finalidad, las estrategias y el marco normativo y políticas relacionadas con las drogodependencias.
- **Análisis de la situación** del consumo de drogas legales e ilegales en la Región de Murcia (Observatorio Regional sobre Drogas).
- Las cuatro **Áreas de Intervención**, con un total de 176 Actuaciones.

#### ÁREAS DE INTERVENCIÓN

- **Prevención** de las drogodependencias
  - **Asistencia** a drogodependientes
  - **Inserción** de drogodependientes
  - Cohesión y **coordinación** institucional de las drogodependencias
- Los **recursos** que describen los dispositivos de prevención, asistencia e inserción.
  - Un **anexo** en el que consta el equipo de redacción y todos los técnicos integrantes en los grupos de trabajo para la definición de los objetivos y actividades.

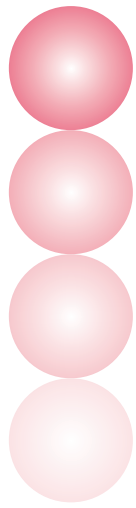


En el **Área de Prevención de las Drogodependencias**, el Plan Regional insta a las Administraciones Públicas a seguir las siguientes directrices (artículos 6 y 7 de la Ley 6/1997):

- **Coordinar las actuaciones** con otros Planes Regionales para lograr los objetivos propuestos (Integración Social de los Inmigrantes, Educación para la Salud en la Escuela, Promoción de la Familia, Servicios de Atención Primaria de Salud, Prevención de Riesgos Laborales y Prevención de Violencia de Género).
- Posibilitar la participación de las diferentes Administraciones y entidades implicadas en la prevención de las drogodependencias.
- Intensificar la prevención del consumo de bebidas alcohólicas y tabaco en todas las poblaciones.
- Contemplar perspectiva de género en todas las acciones.
- Facilitar las intervenciones en poblaciones de riesgo mediante el desarrollo de programas selectivos e indicados.

Así mismo, partiendo de las necesidades organizativas detectadas, **se ha incluido de manera transversal** en todos los ámbitos las siguientes propuestas:

- Implicar en la prevención de drogodependencias a otras instituciones, así como unificar criterios de intervención y planificación que den continuidad a las actuaciones.
- Impulsar la formación de los profesionales y mediadores en prevención de drogodependencias.
- Desarrollar la investigación sobre prevención de drogodependencias en los diferentes ámbitos de intervención.



Partiendo de una estrategia comunitaria de intervención, las intervenciones en el **Área de Prevención** se han circunscrito a los siguientes **Ámbitos**, para los cuales se desarrollan objetivos generales, específicos y, por último, las actuaciones.

<b>Comunitario</b>	<b>Escolar</b>	<b>Familiar</b>
<b>Sanitario</b>	<b>Laboral</b>	<b>Penitenciario</b>

La mayoría de las Comunidades Autónomas tienen aprobado un Plan Autonómico que recoge las estrategias y actuaciones en drogodependencias y es referente de los planes locales.

**¿Conoces las actuaciones que llevan a cabo los Ayuntamientos en base a su Plan Local de Drogodependencias?**

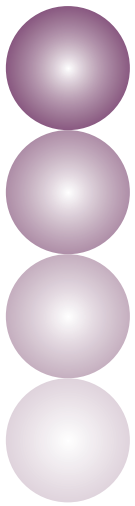
Aquí, tienes dos ejemplos: *Ayuntamiento de Murcia* y *Ayuntamiento de Cartagena*

# Capítulo 4.

## Conceptos básicos en drogodependencias

### En este capítulo trataremos:

- Conceptos clave en el ámbito de la prevención de drogodependencias como: Droga, medicamento, tipos de dependencias, tipos de síndromes de abstinencia, tolerancia...
- Las diferentes pautas de consumo de drogas, como factor que influye en las consecuencias del consumo.
- Las diferentes clasificaciones de las drogas.
- Los tipos de drogas y sus efectos en el organismo y en el comportamiento de las personas que las consumen.
- Las etapas en el proceso de adicción.
- El consumo de drogas por parte de deportistas: qué es el dopaje, las drogas que se consideran prohibidas y las consecuencias de su consumo.
- Las diferentes señales de alerta de consumo de drogas que podemos detectar en los jóvenes.



# 4.1. Definiciones

## 4.1.1. Droga

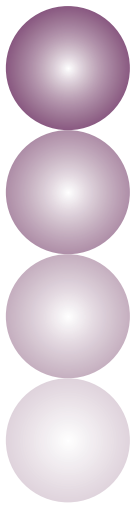
La definición del concepto de droga tiene muchas acepciones y ha sido motivo de bastante confusión. Su significado etimológico se refiere a “toda sustancia que introducida en el organismo puede modificar una o varias de sus funciones”. Como parece lógico, esta definición es poco práctica y no está relacionada con las adicciones, así que, para delimitar mejor este concepto proponemos dos definiciones:

- **Según La Organización Mundial de la Salud (OMS):** Toda sustancia psicoactiva que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones, siendo capaz de generar dependencia caracterizada por: la pulsión a tomar la droga de un modo continuado o periódico a fin de obtener sus efectos y a veces para evitar el malestar de su falta.
- **Según la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD):** Toda sustancia que introducida en un organismo produce cambios en la percepción, las emociones, el juicio o el comportamiento y, son susceptibles de generar en el usuario una necesidad de seguir consumiendo.

Atendiendo a estas y otras definiciones, Bejarano y Musitu (1987), establecen las siguientes características comunes:

- Es una sustancia consumida voluntariamente.
- Es consumida con el propósito de obtener cambios físicos y/o psicológicos.
- Aparece en el consumidor una necesidad psicológica de seguir consumiendo la sustancia.
- La comunidad percibe esta sustancia como un producto capaz de provocar los efectos señalados anteriormente.

Los efectos y consecuencias del consumo de drogas van a depender de los efectos propios de la sustancia consumida y de la forma en que se consume. Nos referimos a:

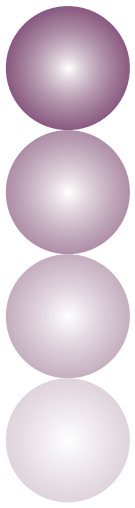


- La frecuencia de consumo.
- La duración del consumo a lo largo del tiempo.
- La cantidad de sustancia consumida.
- La pureza de la dosis.
- La vía de administración: oral, fumada, inhalada, esnifada o inyectada.
- Las situaciones de consumo: entorno y lugar de consumo, consumo en situaciones de especial riesgo (conducción, en tareas que requieren especial concentración o destreza, enfermedades, embarazo, mezcla de sustancias o mezcla con medicamentos...) o en situaciones en las que el consumidor, cada vez, le atribuye a las sustancias más significados o funciones en su vida.

**Los criterios para la intoxicación por sustancias psicoactivas en el DSM-IV- TR son:**

#### **DSM-IV-TR: Criterios para la intoxicación por sustancias psicoactivas**

- Síndrome reversible específico de una sustancia debido a una ingestión reciente.
- Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central, (p. Ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental.



## 4.1.2. Medicamento

Conviene tener presente la definición de “medicamento”: Sustancia que se emplea para curar o aliviar una enfermedad, siendo esta prescrita por un médico con un tiempo y duración determinado.

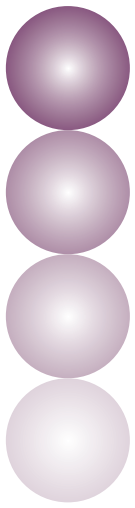
## 4.1.3. Riesgo de uso

Son formas de consumo de una droga que, sin llegar al abuso o la dependencia, pueden generar problemas al consumidor.

**Podemos hablar de riesgo de uso en las siguientes situaciones:**

- Consumo de la droga en una situación de riesgo especial, como cuando uno es conductor, está **embarazada**, etc.
- La **mezcla** de dos o más drogas, ya que es más peligroso que su consumo por separado ya que se potencian los efectos, corriéndose más riesgos, por ejemplo, mezclar tranquilizantes con alcohol.
- Un consumo aislado de una droga, puede producir efectos graves sin necesidad de abuso. Por ejemplo, **un sólo consumo de cocaína** puede dar lugar a problemas cardio-vasculares graves.

¿Sabías que... el mayor problema en la juventud respecto a las drogas no es el abuso, sino las formas de consumo “de riesgo”?



## 4.1.4. Consumo experimental

Corresponde a las situaciones de **contacto inicial** con una o varias sustancias, de las cuales puede pasarse a un abandono de la misma o a la continuidad en los consumos.

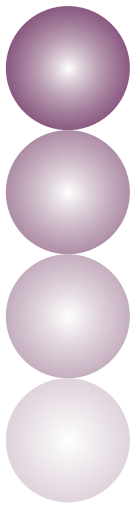
En la práctica totalidad de las realidades culturales, la adolescencia es la etapa en que con mayor frecuencia surgen este tipo de consumos, si bien un alto porcentaje no reincide en el mismo.

Normalmente definen este tipo de consumo situaciones en las que el individuo desconoce los efectos de la sustancia y su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla.

**Las motivaciones para este tipo de consumo suelen ser:**

- Curiosidad.
- Presión ejercida por el grupo de iguales.
- Atracción por lo prohibido y/o el riesgo.
- Búsqueda de placer y lo desconocido.

**EL CONSUMO EXPERIMENTAL suele coincidir con el CONSUMO RECREATIVO, es decir, realizado por adolescentes y jóvenes de forma esporádica, con fines lúdicos y en contextos de ocio, combinando además la ingesta de varias drogas (alcohol, cánnabis, drogas de síntesis...) (Agencia Antidroga).**



## 4.1.5. Consumo ocasional

Corresponden al **uso intermitente** de la sustancia, sin periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia.

El sujeto continúa utilizando la sustancia en grupo. Aunque es capaz de llevar a cabo las mismas actividades sin necesidad de mediar droga alguna. Ya conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la consume.

Este tipo de consumo puede resultar inocuo o, por el contrario, puede provocar incluso la muerte, según el tipo de sustancia psicoactiva, la cantidad consumida o la idiosincrasia del individuo.

**Las motivaciones para este tipo de consumo suelen ser:**

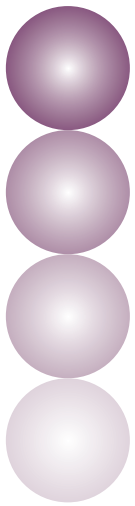
- Facilitar la comunicación.
- Búsqueda de placer.
- Transgredir normas.

## 4.1.6. Consumo habitual

Supone una **utilización frecuente** de la droga. Esta práctica puede conducirle a las otras formas de consumo dependiendo de la sustancia de que se trate, la asiduidad con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc.

Algunos indicadores que definen esta forma de consumo son:

- El sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas.
- Éstas se usan tanto en grupo como de manera individual.
- Sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario.

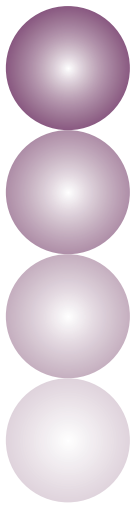


Las motivaciones para este tipo de consumo suelen ser:

- Intensificar sensación de placer.
- Vivencia de pertenencia al grupo.
- Reconocimiento dentro del grupo.
- Mitigar soledad, aburrimiento, ansiedad.
- Reafirmar independencia o aversión a la sociedad.
- Reducir hambre, frío, debilidad o cansancio.

### 4.1.7. Consumo abusivo

Se trata de una **forma patológica de uso** de sustancias, con una duración más prolongada del mero consumo que da lugar a un deterioro de la actividad laboral o social. Su diferencia con la dependencia radica en que no requiere de la presencia de la tolerancia, ni síndrome de abstinencia a la retirada, ni tampoco tiene un patrón de uso compulsivo, aunque sí existen consecuencias dañinas por su consumo.



## CRITERIOS DE DSM-IV-TR\* Y CIE-10\*\* PARA DEFINIR “CONSUMO ABUSIVO DE SUSTANCIAS”

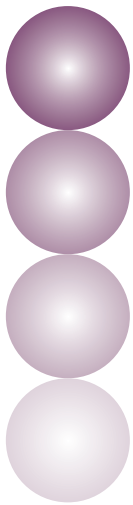
DSM-IV-TR. Criterios para el abuso de sustancias	CIE-10. Consumo perjudicial
<p>Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o un malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los siguientes ítems durante un período superior a 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa.</li><li>• Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.</li><li>• Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.</li><li>• Consumo continuado de la sustancia a pesar de los problemas sociales continuos o recurrentes o interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.</li><li>• Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos.</li><li>• El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.</li></ul>

\* DSM-IV-TR: Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association.

\*\* CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud determina los códigos utilizados para clasificar las enfermedades (entre ellas las enfermedades mentales y del comportamiento) y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años.

### 4.1.8. Dependencia

La dependencia está caracterizada por una **adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica, causada por la exposición reiterada a una droga**, siendo necesario el consumo de la sustancia para hacer desaparecer los síntomas derivados de su ausencia.

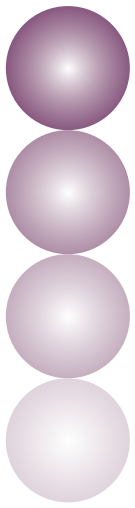


Se ha producido cuando hay una incapacidad de abstinencia y una pérdida de control que lleva a una forma compulsiva de consumo, habiéndose desarrollado adicción a la sustancia/s psicoactiva/s.

Hablamos de una adicción cuando se produce un consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener drogas por cualquier medio. (Glosario de términos de alcohol y drogas. OMS 1994).

De forma clásica se diferencian los siguientes **tipos de dependencia**:

<b>Dependencia física</b>	<b>Dependencia psicológica</b>	<b>Dependencia psicosocial</b>
Es el estado de <b>adaptación del organismo</b> caracterizado por la necesidad de lograr unos determinados niveles de una sustancia, con la finalidad de alcanzar la normalidad. Produciéndose una incapacidad de abstinencia.	Es un “ <b>impulso</b> ”, a veces irrefrenable, de continuar tomando una droga, con el fin de obtener placer y sobre todo evitar malestar. El sujeto está convencido de que la sustancia le resulta imprescindible para mantener su bienestar, aún cuando no se produzca dependencia física.	Esta dependencia surge de la necesidad de consumir drogas como un signo de identidad de <b>pertenencia</b> a determinado grupo social.
Cuando se deja de administrar la droga, se reduce su consumo regular o se utilizan sus antagonistas, la persona experimenta un conjunto de síntomas específicos para cada sustancia que se conocen como <b>síndrome de abstinencia</b> (conocido para la heroína como “mono”).	Depende de los efectos de cada sustancia psicoactiva y de la vulnerabilidad del sujeto.  Es la dependencia psíquica y no la física la que <b>impulsa al individuo a consumir la droga</b> , incluso después de haber pasado mucho tiempo (meses o años) libre de drogas. Este impulso irrefrenable se denomina craving.	En este caso, la abstinencia genera conflictos de relación que influyen en el consumo como medio para establecer los <b>contactos interpersonales</b> .

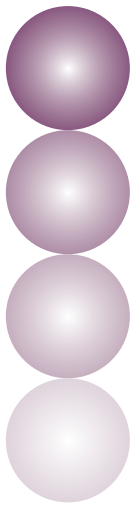


La dependencia física es un potente factor de refuerzo de la influencia de la dependencia psíquica, en lo referente a la continuación del uso de la droga o a la recaída en el consumo, después de un intento de retirada.

**¿Sabías que... un drogodependiente rehabilitado, y sin tomar drogas durante años, puede sentir un fuerte deseo de consumir?**

**Sí, ese deseo es debido a la dependencia psíquica y se llama craving.**

Cuando se ha instaurado la dependencia, el individuo ha perdido el control al necesitar la sustancia y girar toda su vida en torno a ésta, a pesar de las complicaciones que ello le pueda ocasionarle.



## DSM-IV-TR: Criterios para la dependencia de sustancias psicoactivas

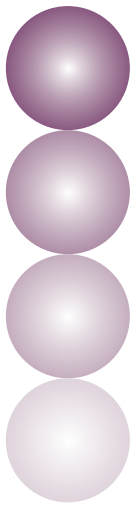
Un **patrón desadaptativo** de consumo de la sustancia que conlleva un **deterioro o malestar** clínicamente significativos, expresados por **tres (o más) de los siguientes ítems** en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- Tolerancia.
- Síntomas de abstinencia.
- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.
- Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas.
- Uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de los problemas que le está causando.

El término **dependencia cruzada** indica que una droga puede ser sustituida por otra con el fin de producir efectos similares. Constituye la base de la mayoría de los métodos de desintoxicación y de sustitución ya que se basa en la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra droga. Por ejemplo, la metadona puede suprimir el síndrome de abstinencia de la heroína y los tranquilizantes suprimen la abstinencia alcohólica.

### 4.1.9. Tolerancia

**Adaptación del organismo** (terminales de transmisión neuronales) **a los efectos de una sustancia psicoactiva**, que hace necesario aumentar la dosis de la droga para experimentar los efectos iniciales. Es la **tolerancia directa**.



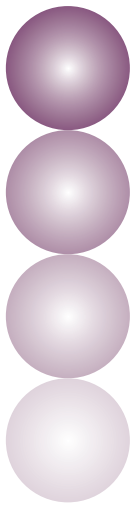
**Tolerancia inversa:** es el estado en el que se producen los mismos efectos en el organismo con dosis menores. Típicamente se da en el abuso del alcohol.

Puede existir **tolerancia cruzada**, es decir, la tolerancia se puede provocar por administración de otras sustancias de parecido efecto y similar composición a la que se está consumiendo o en ocasiones con otras diferentes. Típicamente aparece entre la heroína y la morfina o entre el alcohol y los barbitúricos.

La tolerancia es un fenómeno farmacocinético y farmacodinámico. La tolerancia puede establecerse por fenómenos de un condicionamiento ambiental, de tal manera que, cambios en las condiciones ambientales en las que se consume la sustancia, asociados a situaciones de estrés o ansiedad, pueden hacer disminuir la tolerancia. Se reconoce pues, una **tolerancia farmacocinética** que se relaciona con las características de la sustancia consumida, y otra **tolerancia farmacodinámica** o funcional, que depende de la capacidad de adaptación de los receptores neuronales sobre los que tiene su acción la droga.

¿Sabías que... cuando se adaptan los terminales de las transmisiones neuronales se produce la tolerancia?

Sí, entonces el cuerpo necesita más cantidad de la droga para conseguir los mismos efectos.

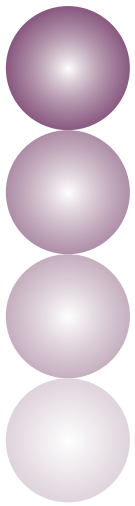


## 4.1.10. Síndrome de abstinencia

Conjunto de manifestaciones específicas para cada sustancia que aparecen cuando se suprime o se reduce el consumo regular de una droga, habiéndose desarrollado previamente tolerancia y dependencia física. Aunque los síntomas varían en forma e intensidad de acuerdo con el producto empleado y el tiempo que lleva desarrollándose la dependencia, **en todos los casos se deben a que se ha alterado el funcionamiento normal del sistema nervioso.**

Podemos diferenciar entre:

<b>Síndrome de abstinencia agudo</b>	Conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparecen <b>inmediatamente después de interrumpir</b> el consumo de la droga de la que el sujeto es dependiente.
<b>Síndrome de abstinencia tardío</b>	Conjunto de disfunciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que <b>persisten durante un largo período de tiempo</b> , meses o años, después de conseguir la abstinencia, dificultando el desarrollo de una vida saludable y precipitando recaídas.
<b>Síndrome de abstinencia condicionado</b>	<b>Aparición, en un individuo que ya no consume, de los síntomas del síndrome de abstinencia agudo, al reexponerse a estímulos ambientales relacionados con el consumo</b> de la sustancia que habitualmente consumía. Se trata de una respuesta condicionada de difícil control por parte del sujeto, que suele crear gran desconcierto en la persona, con cuadros de ansiedad y miedo que pueden llevarle a una recaída para evitar la situación displacentera.
<b>Síndrome de abstinencia precipitado</b>	Aparición brusca de un grave síndrome de abstinencia en adictos que consumen antagonistas de la sustancia de la que son dependientes.



Su **aparición, intensidad y duración** dependen de:

- El **tipo** de sustancia consumida
- La **frecuencia** de consumo.
- La **cantidad** de droga consumida.
- Las **características** farmacocinéticas de la sustancia: absorción, liposolubilidad, excreción.

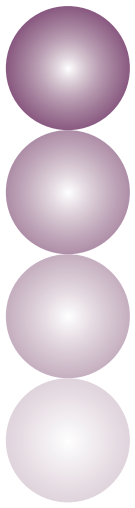
## 4.1.11. Sobredosis

Es el **grado de intoxicación que afecta al nivel de conciencia y a las funciones vitales del organismo**, pudiendo llegar a producir la muerte.

La sobredosis es una reacción natural del cuerpo frente a un exceso de drogas o una combinación de ellas. Cuando eso pasa, el cuerpo pierde la capacidad de tolerar la droga y se pierde el conocimiento, se deja de respirar, se para el corazón o se tienen convulsiones. Todas estas cosas pueden causar la muerte aunque una sobredosis no tiene por qué ser mortal.

Cualquier persona que use drogas puede sufrir una sobredosis: tanto los que las usan por primera vez como quienes las han usado durante mucho tiempo. Hay muchos factores que pueden ocasionar una sobredosis, unos tienen que ver con la propia sustancia y muchos otros tienen que ver con problemas de salud física o mental (depresión, falta de autoestima, etc.), sociales o económicos (como falta de vivienda adecuada, la ilegalidad o la escasez de drogas,...), etc. La causa más **común de muerte por sobredosis es la mezcla de drogas**.

La tolerancia tiene mucho que ver con la sobredosis: Cuando se usa una droga por primera vez, el organismo no está acostumbrado a ella, pero se habitúa con el uso continuado; si se deja de usar la droga durante un tiempo, la tolerancia baja y, si se tiene una recaída (lo normal es tomar la misma cantidad de droga que cuando se abandonó el consumo), el cuerpo no puede tolerar la misma cantidad que toleraba, produciéndose una sobredosis.



## 4.1.12. Policonsumo

**Consumo de más de un tipo de droga** por una persona, normalmente al mismo tiempo o una detrás de otra y, por lo general, **con la intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga**. El término se usa también, de forma más general, para designar el consumo no relacionado de dos o más sustancias por la misma persona.

Tiene una connotación de consumo ilegal, si bien el alcohol, la nicotina y la cafeína son las sustancias usadas con más frecuencia en combinación con otras.

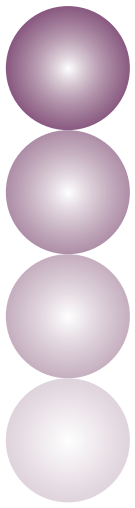
El término **trastorno debido al uso de múltiples drogas** (F19) es uno de los “Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas” recogidos en la CIE-10; se diagnostica únicamente cuando se sabe que hay dos o más sustancias implicadas y es imposible valorar cuál de ellas es la que más contribuye al trastorno. Esta categoría se usa también cuando no se conoce la identidad exacta de algunas o incluso si la identidad de todas las sustancias es incierta o desconocida, ya que ni siquiera los propios politoxicómanos saben a menudo lo que están tomando.

En general se debe evitar mezclar drogas, sobre todo aquellas que tienen los mismos efectos, ya que las drogas que se toman conjuntamente pueden aumentar sus efectos, por ejemplo:

- Si se mezclan drogas inhibitoras del Sistema Nervioso Central (drogas que calman) aumentan el riesgo de perder el conocimiento y dejar de respirar. Esto ocurre si se combinan heroína, hipnosedantes y alcohol.
- Los estimulantes (drogas que aceleran y excitan), aumentan el riesgo de convulsiones o ataques al corazón cuando se mezclan (como cocaína, anfetaminas y drogas de síntesis).

## 4.1.13. Corte

**Adulteración** de una droga añadiéndole otro/s producto/s, por ejemplo la cocaína puede llevar lidocaína (anestésico local), carbonato de manganeso (puede producir Parkinson), efedrina, dextrosa, glucosa, talco o sosa cáustica (que provoca las llamativas hemorragias nasales). Las sustancias con que se corta el éxtasis son del mismo estilo: LSD, cafeína, yeso, aguaplast, ralladura de ladrillo, quinina y hasta venenos como la estricnina. Con el cannabis se va a fumar estiércol, henna, alquitranes, leche condensada, goma arábiga...y algo de hachís.



## 4.2. Clasificación de las drogas

Las drogas se presentan en diversas formas, tamaños y composiciones. Como resultado de esta variedad, la identificación visual no siempre es acertada, y sólo se puede considerar definitivo un análisis de laboratorio.

Las drogas han sido clasificadas de diversas maneras: duras y blandas; naturales y sintéticas; legales e ilegales; adictivas y no adictivas, etc. A menudo, dichas divisiones se solapan o conducen a conclusiones erróneas. **La clasificación popular en drogas “duras” y drogas “blandas” utilizada por los medios de comunicación, por ejemplo, no responde a criterios legales ni científicos.**

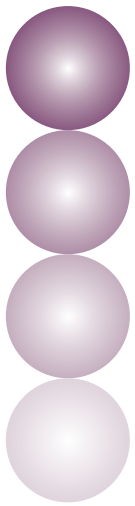
De las distintas clasificaciones existentes, destacamos las siguientes:

### 4.2.1. Por sus efectos en el Sistema Nervioso Central (S.N.C.)

#### 4.2.1.1. Depresores del S.N.C.

Sustancias que **bloquean el funcionamiento del cerebro** provocando, dependiendo de la dosis administrada, diferentes grados de adormecimiento cerebral: desinhibición, relajación, sedación, somnolencia, sueño, anestesia e incluso coma.

SUSTANCIAS DEPRESORAS DEL S.N.C.
<b><i>Alcohol</i></b>
<b>Opiáceos:</b> heroína, morfina, codeína, metadona...
<b>Tranquilizantes:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Barbitúricos (hipnóticos)</li><li>• Benzodiazepinas (sedantes)</li></ul>
<b>Inhalantes:</b> pegamentos, gasolinas...

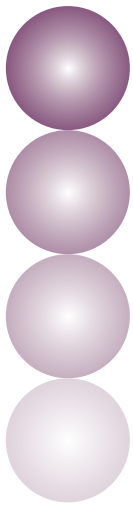


#### 4.2.1.2. Estimulantes del S.N.C.

Sustancias que producen **sensación de euforia** y bienestar, aumento de la energía y del nivel de actividad motriz, estimulación del sistema cardiovascular, disminución de la sensación de fatiga, del sueño y del apetito.

SUSTANCIAS ESTIMULANTES DEL S.N.C.
<b>Cocaína:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Clorhidrato de cocaína</li><li>• Crack (cocaína base)</li></ul>
<b>Anfetaminas</b>
<b>Nicotina</b> (tabaco)
<b>Xantinas</b> (café, té, chocolate)
<b>Drogas de síntesis:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Éxtasis</li><li>• MDA</li><li>• MDMA...</li></ul>

¿Sabías que... el éxtasis y el MDA producen tanto alteraciones en la percepción, como estimulación?

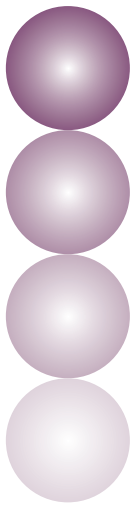


### 4.2.1.3. Perturbadoras del S.N.C.

Denominadas también psicodislépticas, son sustancias que **alteran el estado de conciencia y la percepción** de la realidad provocando extrañas sensaciones, ilusiones y alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, etc., sin estímulos sensoriales que las provoquen.

SUSTANCIAS PERTURBADORAS DEL S.N.C.
<b>Alucinógenos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• LSD</li><li>• Hongos alucinógenos</li><li>• Mescalina</li></ul>
<b>Derivados del Cannabis:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hachís</li><li>• Marihuana</li><li>• Aceite de hachís</li></ul>
<b>Drogas de síntesis:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Éxtasis</li><li>• MDA</li><li>• MDMA...</li></ul>

¿Sabías que... no siempre podemos conocer una droga por su apariencia y que sólo un análisis de laboratorio nos puede decir cual es su composición definitiva?



## 4.2.2. Por la codificación sociocultural de su consumo

### 4.2.2.1. Drogas legales

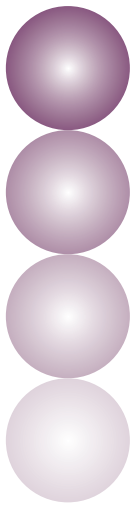
Aquellas que tienen un reconocimiento legal y un uso normativo, cuando no una clara promoción (publicidad...) a pesar de que **son las que más problemas sociosanitarios generan**.

En nuestra sociedad son: **el alcohol, el tabaco y los psicofármacos**.

### 4.2.2.2. Drogas ilegales

Su venta está sancionada por la ley, teniendo un uso minoritario entre diversos colectivos para los que juegan un rol identificador. A pesar de su consumo restringido, **son las que más alarma social generan** como consecuencia de los estereotipos con los que se correlacionan (delincuencia, marginalidad...).

¿Sabías que...las DROGAS LEGALES generan más problemas sociosanitarios que las ILEGALES?



## 4.3. Tipología y efectos de las drogas en el organismo y en el comportamiento

Acciones con las distintas drogas (*consalud*)

## 4.4. Proceso de adicción

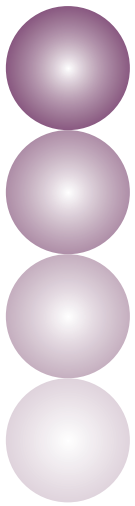
Para comprender el proceso adictivo (uso, abuso y dependencia) hay que tener en cuenta que estamos hablando de un problema de salud pública mundial, el cual incluye normas socioculturales de uso, el curso clínico de los trastornos por uso de sustancias y la neurobiología de la adicción.

El adicto no es un vicioso sino que es un enfermo y en esta enfermedad hay tres factores fundamentales: la exposición a la droga, la vulnerabilidad individual en la cual participa evidentemente el componente genético y participa la personalidad del individuo y el ambiente social en el cual está integrado. De la conjunción de estos tres factores se produce la enfermedad. Son estos tres factores los que hacen que el individuo comience el proceso adictivo.

Las drogas, todas las drogas, presentan una doble cara. Primero aparecen con la imagen positiva, favorable y que tanto atrae a jóvenes y mayores. Posteriormente, esa cara desaparece y las drogas empiezan a mostrarse tal como son: dolor, problemas, infelicidad y múltiples trastornos.

En esta dualidad que las drogas presentan, reside parte de la potencial dificultad para evitar que nuevas personas las consuman y abusen de ellas. Si desde el principio, la cara imperante fuera la negativa, el atractivo y mística que rodea el mundo de las drogas desaparecería.

En muchos sentidos el proceso de adicción ha sido comparado con el de entablar una relación; pero en este caso se trataría de una relación desdichada. A medida que atravesamos las sucesivas etapas, el compromiso se intensifica y el influjo que ejerce sobre el adicto se vuelve más fuerte.



## 4.4.1. Etapas del proceso de adicción según el Dr. Arnold M. Washton

El Dr. Arnold M. Washton en su libro “Querer no es poder” establece cinco etapas en el proceso de adicción (sobre todo en lo relacionado con la heroína por vía intravenosa):

### 4.4.1.1. Enamoramiento

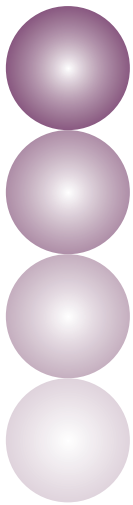
Las primeras experiencias con las drogas suelen dejar una marca grabada. Si este primer contacto ha sido agradable, se produce un enamoramiento o atracción apasionada por volver a tomar la sustancia o realizar la actividad. Esta percepción distorsionada de la realidad, sin embargo, emociona, produce euforia o tranquiliza lo que hace aumentar la probabilidad de que haya una nueva toma u ocasión para consumir. Se produce un cambio de estado de ánimo que, en muchos casos, se experimenta a nivel visceral (todo ello causado por la lógica alteración de la química cerebral) y que genera ese encandilamiento al igual que uno se enamora de otra persona.

### 4.4.1.2. Luna de miel

Una vez que el individuo ha aprendido que ciertas actividades o el consumo de ciertas sustancias pueden transportarlo, como por arte de magia, lejos de cualquier sentimiento o estado de ánimo negativo, el paso a la adicción es muy sencillo.

Al haber “aprendido” en la etapa anterior que es posible obtener cierto alivio (refuerzo negativo) o placer (refuerzo positivo) a través de la sustancia o actividad adictiva, la persona puede sentirse impulsado a borrar los malos sentimientos o dolorosos con algo positivo. La baja **tolerancia a la frustración** o la incapacidad para hacer frente a esas adversidades lleva a la búsqueda de “soluciones mágicas”; entonces se busca el recurso químico que facilite el cambio.

Durante la fase de luna de miel, el futuro adicto experimenta todas las gratificaciones sin ninguna de las consecuencias negativas: siente que ejerce control, que la actividad es inofensiva y que él la merece. Puede sentirse mejor instantáneamente y disfrutar la sensación de olvidarse de todo. Pero de lo que no se da cuenta es que ninguna relación basada en el engaño y la fantasía puede funcionar bien a largo plazo.



¿Sabías que... las dificultades para afrontar problemas a algunas personas les lleva a buscar “SOLUCIONES MÁGICAS”, es decir, a consumir drogas?

#### 4.4.1.3. Traición

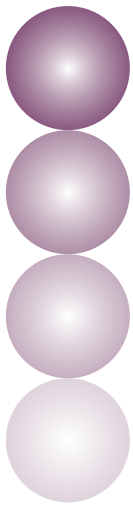
Sin embargo, lo que uno vislumbra durante la luna de miel no es lo que en realidad obtiene después. Con el paso del tiempo, es traicionado. Así, además del deterioro sufrido en las principales esferas de su vida, es muy probable que el adicto esté haciendo cosas, que normalmente no haría, para mantener su adicción (robar, participar en otras actividades ilícitas). Los paraísos artificiales que se le prometían en la fase anterior se tornan en oscuros callejones repletos de trampas. La traición es real y el declive comienza.

#### 4.4.1.4. Ruina

Ahora, el adicto debe consumir cada vez más para evitar que los crecientes sentimientos y estados de ánimo negativos profundicen en su conciencia y para tratar de mantener los efectos positivos que cada vez son menores. Está desarrollando tolerancia y tiene que consumir, no para obtener placer o alivio, sino para evitar el malestar asociado al síndrome de abstinencia. La dependencia física creada químicamente por la acción de la sustancia sobre el Sistema Nervioso tiene apresado al individuo. Psicológicamente, la estrategia de afrontamiento desarrollada hasta ahora sigue manteniéndose, con lo cual, los problemas, lejos de resolverse, se acrecientan aún más.

#### 4.4.1.5. Aprisionados

Con el tiempo, el adicto llega a un estado de desesperación en su relación con la sustancia o actividad adictiva, dejando de lado todo lo demás. Se comporta de manera cada vez más impulsiva e incontrolada, preso de su adicción. Esta etapa

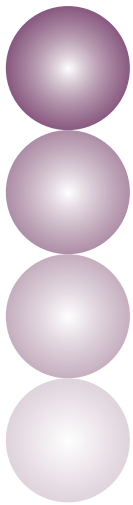


de la relación adictiva es un descenso a la desesperación y la destrucción personal. El servilismo ante las drogas no permite tregua y esta espiral tiende a autoperpetuarse, a menos que suceda algo que la detenga. El retorno, no obstante existe, aunque sea un proceso también duro y difícil.

#### 4.4.2. Etapas del proceso de adicción según el Psicólogo Pablo Egenau

Las etapas antes mencionadas pueden relacionarse con la experiencia clínica del Psicólogo Pablo Egenau, sobre sus trabajos con jóvenes drogadictos, el cual considera que existen varias etapas dentro del proceso de drogadicción:

<b>PRIMERA ETAPA: INICIO DEL CONSUMO</b>	Consumo experimental, recreacional, de fin de semana, sin deterioro escolar ni problemas familiares, con control de sus acciones. El consumo es pasivo, esporádico, para ser aceptado por los amigos. No han cambiado sus valores, no necesita dinero para consumirla porque los amigos proveen de droga (González y Ossa, 1996).
<b>SEGUNDA ETAPA: CONSOLIDACIÓN DEL COMSUMO</b>	El sujeto empieza a destinar recursos para obtener la droga en forma independiente, vinculándose de esta manera con la red de traficantes. Poseer drogas pasa a ser un elemento de seguridad emocional. El organismo empieza a habituarse a la presencia de la sustancia y requiere cada vez dosis mayores por lo que el consumo deja de ser algo ocasional. Comienza a probar otro tipo de drogas. Además, el consumo empieza a realizarse en solitario, por lo que ya no sólo es un reforzador social sino que pasa a ser un compensador de debilidades y limitaciones personales (González y Ossa, 1996). Comienza a producirse una vida dual y ambivalente: sólo algunos amigos saben que consume, los otros amigos y los padres lo ignoran; esto produce un choque interno entre ambas posiciones. Hay un alejamiento progresivo del grupo “normal” para no ser descubierto y criticado, acercándose cada vez más a los amigos consumidores. Es un proceso de “desafiliación”, en el que adquiere nuevas habilidades para engañar y lograr dinero para comprar drogas, con lo que se inicia un cambio de valores personales.



### TERCERA ETAPA: EVIDENCIA DEL CONSUMO

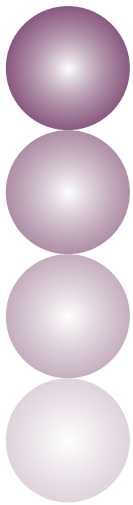
Se manifiestan alteraciones biológicas a nivel químico en el cerebro, la tolerancia aumenta, por lo que la dependencia de la sustancia es mayor. El estado "normal", sin drogas, genera más malestar, lo que aumenta la necesidad y la compulsión al consumo para lograr los efectos de euforia. Se presenta deterioros en la personalidad, tanto en los comportamientos como en las habilidades asertivas; se pierden las conductas de autoprotección y surgen los problemas interpersonales y con la autoridad (Egenau, 1997) ya que el consumo ya es de todos los días, indispensable, por lo que el sujeto debe generar ingresos que le permitan acceder a las cantidades de drogas que requiere a diario.

## 4.5. Dopaje

El Comité Olímpico Internacional (C.O.I.) describe el dopaje como el **uso de sustancias que pueden mejorar artificialmente la condición física o mental de un deportista, y con ella el rendimiento en la práctica deportiva.**

Cada día más, la definición del término se aproxima a consideraciones de índole estrictamente legal, así el Consejo Superior de Deportes, en la Guía del Deporte (2009) entiende por dopaje:

- La detección en el cuerpo del deportista de la presencia de una sustancia o método incluidos en la “**Lista de sustancias y métodos prohibidos**” (o bien la presencia de metabolitos o marcadores de esa sustancia).
- La promoción o incitación a utilizar estas sustancias o métodos.
- La negativa a someterse a los controles de dopaje, dentro y fuera de la competición.
- Los intentos de perturbar los procedimientos de control de dopaje (p. ej. manipular la muestra de orina o de sangre, no informar sobre dónde se encuentra el deportista en cada momento.)
- Intentar utilizar una sustancia prohibida.
- Traficar o tener en posesión sustancias prohibidas.



- Ayuda a otros a doparse o encubrirlos.
- También incurren en dopaje las personas que incitan al deportista a doparse (entrenadores, médicos, federativos, etc.).

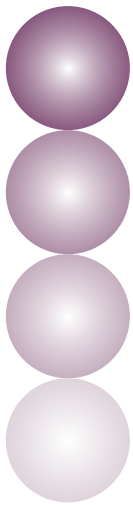
Se debe prohibir el dopaje ya que va contra el principal principio del deporte: “favorecer la salud mental y física del deportista y, el no vulnerar el derecho a competir en igualdad de condiciones”.

**¿Sabías que... el deportista es responsable de todas las sustancias que ingiere y que debe asegurarse cuando ingiere un producto de que no contiene una sustancia prohibida?**

**Sí, por este motivo, aunque un deportista tome involuntariamente una sustancia prohibida, se considerará que se ha dopado y será sancionado.**

### **4.5.1. Drogas prohibidas por el Consejo Superior de Deportes**

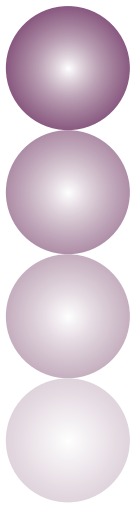
El Consejo Superior de Deportes publica periódicamente en el BOE la Lista de sustancias y métodos prohibidos, según el estándar internacional de la Agencia Mundial Antidopaje (A.M.A.). El cuadro sinóptico recoge los grupos de sustancias o métodos prohibidos.



SUSTANCIAS PROHIBIDAS	MÉTODOS PROHIBIDOS	SUSTANCIAS PROHIBIDAS EN COMPETICION
Anabolizantes	Dopaje sanguíneo y mejora artificial de la captación	Además de las anteriores:
Hormonas	Manipulación química y física	Estimulantes
Agonistas beta-2	Dopaje genético	Analgésicos narcóticos
Antagonistas y moduladores de hormonas	<b>SUSTANCIAS PROHIBIDAS EN CIERTOS DEPORTES</b>	Cannabinoides
Diuréticos y otros agentes enmascarantes	Alcohol Betabloqueantes	Glucocorticoesteroides

Estas sustancias tienen efectos sobre la marca deportiva y efectos sobre la salud. Algunos de estos efectos son:

- **Anabolizantes:** pueden aumentar el consumo máximo de oxígeno y disminuir la frecuencia cardíaca, pero también pueden producir temblores, insomnio, dañar el corazón, el hígado, riñón, el sistema reproductivo y pudiendo causar, muerte súbita.
- **Hormonas:** pueden aumentar la masa muscular y la fuerza, pero pueden ser perjudiciales provocando crecimiento anormal de la cabeza, manos y pies, enfermedades del corazón y otras enfermedades.
- **Diuréticos:** pueden ayudar a perder peso y encubren el uso de otras sustancias prohibidas pero pueden causar palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de equilibrio, calambres musculares, deshidratación e, incluso, la muerte.
- **Estimulantes:** pueden aumentar la concentración y reducir el cansancio, pero también pueden provocar ansiedad, deshidratación, aumento de la tensión arterial, riesgo de ataques al corazón y muerte súbita.
- **Narcóticos:** pueden aliviar el dolor pero también acarrear una lesión persistente además de otras alteraciones.
- **Cannabinoides** (hachís, marihuana): pueden servir de relajantes, pero también pueden acarrear pérdida de coordinación y concentración, aumento de la frecuencia cardíaca y somnolencia.



## 4.5.2. ¿Por qué se dopan algunos deportistas?

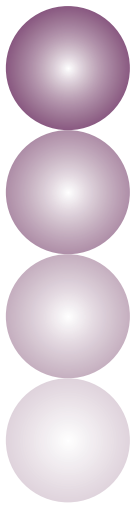
La mayoría de los deportistas saben que el dopaje es trampa, pero algunos corren el riesgo de todos modos. A veces los premios, el dinero o la fama pueden hacer que las personas tomen malas decisiones. Les dicen que el dopaje podría darles un empujón, abreviar largos años de entrenamiento o ayudarles a ganar. Y están dispuestas a arriesgar sus carreras deportivas y su salud.

Otros se sienten presionados por sus entrenadores, sus padres o ellos mismos para ser los mejores. Ven el dopaje como un medio para estar a la altura de esas expectativas. Algunos deportistas utilizan drogas para superar una lesión. Puede que los preparadores o entrenadores digan que las drogas te pueden hacer olvidar el dolor o contribuir a acelerar la recuperación, pero no suelen mencionar los riesgos para la salud ni que el dopaje es trampa.

## 4.5.3. ¿Cómo afecta al deportista?

El dopaje puede afectar a muchas facetas de la vida de un deportista:

- Atenta contra su estado físico y psíquico.
- Pone en peligro su vida: pueden surgir problemas en el corazón, hígado y riñones e incluso la muerte.
- Se pueden dar algunos cambios corporales:
  - » En chicos: testículos pequeños, retraídos; impotencia; calvicie.
  - » En chicas: voz grave, ronca; vello en la cara.
- Importantes sanciones deportivas y económicas.
- Y, por supuesto, el desprestigio profesional.



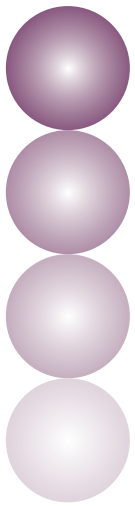
#### 4.5.4. ¿Cómo evitar el dopaje?

Para evitar el dopaje se debe trabajar en varios frentes haciendo especial hincapié en la prevención. Para ello se tratará de:

- EDUCAR al deportista para el “JUEGO LIMPIO”: honestidad, dignidad, respeto, trabajo en equipo, compromiso y valor.
- EDUCAR al deportista en el tema del DOPAJE:
  - » **El deportista será siempre responsable** de cualquier sustancia que ingiera y deberá asegurarse de que no consume ningún producto con alguna sustancia prohibida. De hecho, se considerará que se ha dopado y será sancionado, aunque tome una sustancia prohibida de manera involuntaria.
  - » El deportista debe exigir al médico que tenga en cuenta su condición de deportista federado y que utilice medicamentos con sustancias permitidas en el deporte o, en caso necesario, solicitar la Autorización de Uso Terapéutico.
  - » El deportista debe evitar el uso indiscriminado de suplementos nutricionales ya que pueden dar positivo en los controles de dopaje y puede ser un riesgo para la salud del deportista.

Además, **se sancionarán las prácticas de dopaje a:**

- los DEPORTISTAS que se dopen.
- los CLUBES que permitan el dopaje.
- DIRECTIVOS, CUERPO TÉCNICO y SANITARIOS, no permitiéndoles nunca más pertenecer al deporte.



## 4.6. Detección precoz del consumo de drogas

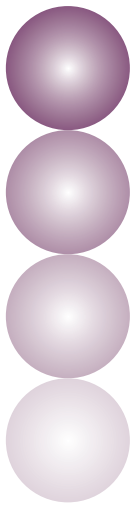
Las personas más cercanas a los adolescentes (padres, profesores, monitores, amigos...) son las primeras que pueden descubrir un problema con las drogas ya que son las que más les conocen y pueden detectar **señales de alerta**.

En muchas ocasiones, detectar el consumo es una tarea difícil ya que algunas señales de alerta (cambios del comportamiento, afectivos, intelectuales, en las relaciones sociales y físicos), pueden deberse tanto al consumo de drogas, como a cambios debidos al proceso evolutivo de la adolescencia.

Por tanto, estas señales de alerta no serán consideradas de manera aislada como claros indicios de consumo, hay que tener en cuenta que deben confluir varias señales para que pensemos que hay una posibilidad y, en todo caso, siempre como temas a tratar con el/la joven.

¿...Esta chica, está comenzando a consumir drogas o se comporta así porque es adolescente...?

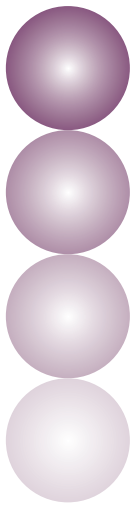
No lo sé... Lo que sé seguro es que son temas sobre los que hay que hablar...



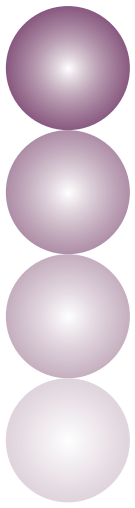
## 4.6.1. Señales de alerta ante el consumo de drogas

A continuación se exponen algunas señales de alerta que pueden ayudarnos a detectar los consumos de drogas:

<b>CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cambios evidentes en sus hábitos: ausencia de interés por su aspecto físico, su aseo y sus cosas, somnolencia reiterada, disminución o aumento del apetito.</li><li>• Cambios repentinos en su conducta: irritabilidad, intranquilidad, nerviosismo. Actitud hostil hacia miembros de su familia o compañeros, mentiras frecuentes.</li><li>• Reacciones defensivas cuando se le pregunta por las drogas.</li><li>• Cambio de amistades y lugares de diversión, evitando que la familia o los compañeros habituales los conozcan.</li><li>• Necesidad y búsqueda continua de dinero, pequeños hurtos.</li><li>• Faltas frecuentes e injustificadas del centro escolar y/o retrasos; absentismo.</li></ul>
<b>CAMBIOS EN EL ÁREA FÍSICA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alteraciones en los ojos: vidriosos o enrojecidos, muy sensible a la luz, pupilas muy dilatadas o contraídas.</li><li>• Pérdida de la sensación de hambre o apetito desmesurado; adelgazamiento.</li><li>• Pérdida del ritmo de sueño; insomnio.</li><li>• Temblor distal.</li><li>• Presenta trastornos digestivos como diarreas, vómitos, náuseas, estreñimiento.</li><li>• Estados aparentes de embriaguez sin olor a alcohol.</li><li>• Proclive a los accidentes; movimientos lentos y torpes</li></ul>



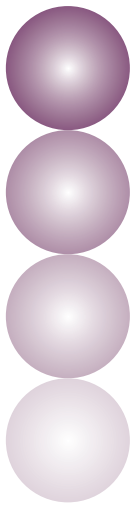
<b>CAMBIOS EN EL ÁREA INTELLECTUAL</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución del nivel de atención y concentración.</li><li>• Pérdida de memoria.</li><li>• Lenguaje incoherente a veces.</li><li>• Disminución del rendimiento escolar; desinterés por este ámbito, desmotivación por vivencia de que los estudios no aportan nada; poca participación.</li><li>• Fracaso escolar; abandono temprano de los estudios.</li></ul>
<b>CAMBIOS EN EL ÁREA AFECTIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cambios bruscos sin motivo en el estado de ánimo y reacciones emocionales exageradas.</li><li>• Ensimismado, abstraído, distracción, risas fuera de contexto o excesivas.</li><li>• Desmotivación generalizada; desinterés por las cosas que antes le interesaban.</li><li>• Desánimo y pérdida de interés vital.</li></ul>
<b>CAMBIOS EN LAS RELACIONES SOCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preferencia por nuevas amistades y, algunas veces, repudio por las antiguas.</li><li>• Pertenencia a grupos de amigos que consumen drogas.</li><li>• Valoración positiva de pares consumidores.</li><li>• Alejamiento de las relaciones familiares y aumento de conflictos y peleas en el seno de la familia.</li><li>• Selección de grupos de pares de mayor edad.</li></ul>



<b>SEÑALES DE CONSUMO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Posesión de drogas.</li><li>• Olor a drogas o a otros aromas para despistar, como incienso.</li><li>• Uso de colirios.</li><li>• Posesión de accesorios relacionados con la droga consumida:<ul style="list-style-type: none"><li>» Librillos de papel de fumar y bolsas plásticas pequeñas.</li><li>» Envoltorios en papel de aluminio.</li><li>» Recetas para adquirir medicamentos y prospectos de fármacos.</li><li>» Cánulas, cartoncitos doblados, filtros de cigarrillos sin usar.</li><li>» Utensilios para inyectarse como cucharillas, goma, agujas, jeringuillas.</li><li>» Espejo pequeño, hojas de afeitar y pajitas.</li><li>» Papel doblado en cuadros que podrían contener polvos.</li><li>» Navajas con señales de haber sido calentadas.</li></ul></li></ul>
---------------------------	--

## 4.6.2. Rasgos de personalidad asociados al consumo de drogas

- Falta de responsabilidad.
- Tendencia a decir mentiras.
- Oportunista.
- Impredecible y cambiante en actitudes, humor y conductas.
- Incapaz de retrasar la obtención de gratificaciones (baja tolerancia a la frustración).
- Presto a sobrepasar los límites de lo permitido.

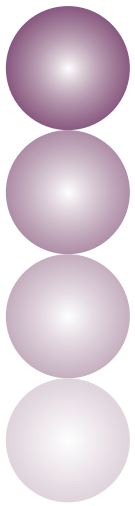


- Autoindulgencia, se autoengaña.
- No tiene altas aspiraciones.
- Expresa los sentimientos hostiles directamente.
- Crítico.
- No es empático ni considerado.
- No confía en la gente.
- Evita relaciones más profundas e íntimas.
- Asocia causa y efecto de manera poco usual.
- Preocupado por su funcionamiento corporal.
- Preocupado por su adecuación como persona.
- Se siente engañado y victimizado por la vida.

(CITADOS EN: A. M. Rodríguez C. y R. A. Hernández S. Informándonos para actuar. Manual del mediador en drogodependencias. Excmo. Cabildo Insular de La Palma. Área deAsuntos Sociales y Sanidad, 2008).

### **4.6.3. Qué puede hacer un mediador ante el consumo de drogas de un menor o joven a su cargo**

- No debe aportar criterios morales al referirse a los posibles consumos.
- Se debe hablar del hecho con naturalidad, sin exageración y en su justa medida.
- Aclarar en qué momento de consumo se encuentra: uso experimental, consumo ocasional, consumo lúdico, consumo habitual, dependencia, etc.
- Conocer que droga/as consume.
- Conocer con que frecuencia las consume.



- Saber si conoce los riesgos y problemas asociados al consumo de esas sustancias.
- Ofrecer información veraz, objetiva y fiable.
- Ofrecer alternativas al consumo.
- Ofrecer información de los recursos a los que puede acudir para solucionar, en su caso, un problema de dependencia.

**Todo esto se deber realizar en una o varias conversaciones tranquilas, sin charlas recriminatorias, aprovechando momentos sin presión de tiempo ni de otras personas.**

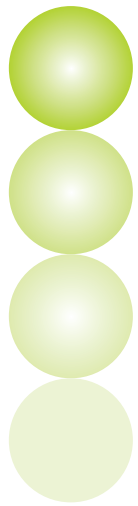
**En primer lugar, hablar con el/la adolescente o joven, para entender qué le está ocurriendo; procurar aclarar las señales que nos han alarmado, contrastadas como datos objetivos (por ejemplo aclarar sus excesos en los gastos personales) y si hay pérdida de apetito o mal aspecto físico se debe consultar al médico. Contactar con el medio familiar o escolar para ver si allí también se han observado estos cambios.**

**Y no olvidar que, si son menores de edad, debemos informar a los padres o tutores y, si son mayores de edad, insistir en que informen a su médico de cabecera del consumo de drogas y explicarles cómo pedir tratamiento si hay dependencia: en la Región de Murcia se realiza a través del médico de familia que desde el Centro de Salud deriva (mediante un volante) al Centro de Atención a Drogodependencias (CAD) correspondiente.**

# Capítulo 5. Prevención Comunitaria de las Drogodependencias

## En este capítulo trataremos:

- ▣ El modelo de participación comunitaria que complementa los modelos generales ya descritos (de Promoción de la Salud, de Reducción del Riesgo, Sociocognitivo y Biopsicosocial) y los aspectos en los que su eficacia ha sido probada.
- ▣ Las características de los programas comunitarios en la prevención de drogodependencias.
- ▣ La prevención comunitaria en el Plan Regional sobre Drogas.
- ▣ Los factores de riesgo del contexto económico y normativo, de la comunidad cercana y del entorno más inmediato, como factores que deben ser tenidos en cuenta en la planificación de cualquier programa de prevención comunitaria.
- ▣ El papel de la prevención comunitaria frente a la cultura de consumo reinante en la sociedad actual.
- ▣ Los tipos de intervención en el marco de la prevención comunitaria que se han demostrado eficaces según estudios disponibles.
- ▣ Los espacios en los que se puede desarrollar la prevención comunitaria.



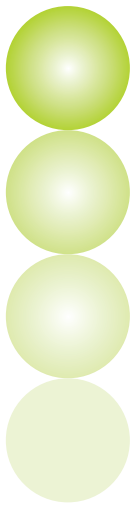
## 5.1. Marco conceptual de la prevención comunitaria de las drogodependencias

Los modelos generales descritos en la primera Unidad Didáctica han tenido una influencia clave en los programas comunitarios al dotarlos de contenido, permitirles el abordaje de los factores de riesgo y protección, así como integrar acciones de disminución de riesgos. Partiendo pues de este marco conceptual de referencia, uno de los modelos principales que complementa el fundamento teórico de la prevención comunitaria es en el **modelo de participación comunitaria**, que ha contribuido de forma definitiva a la creación de esta estrategia de actuación.

Este modelo surge a finales de los años 70 y se desarrolla como una aportación metodológica, que se traspasa desde el campo de la psicología social, al modelo de Promoción de la Salud, intentando explicar qué factores influyen en la falta de participación social en aspectos relacionados con la salud y qué factores pueden promoverla.

Sus raíces parten de las propuestas conceptuales de tipo ecológico o comprensivo basadas en los modelos de la **salud pública** y de la **promoción de la salud**, siendo complementados por las aportaciones que diversos autores han hecho durante las últimas décadas desde la psicología social.

Según este modelo, el postulado básico es el siguiente: **el grado de participación o implicación comunitaria en un programa se correlaciona con el grado de control y competencia percibidos por la ciudadanía en relación a su capacidad de tomar decisiones que, en la práctica y de forma tangible, mejoren aspectos clave relacionados con su vida y con su salud.** Por tanto, el desarrollo de un programa en la comunidad requiere el inicio e implementación de procesos promotores de dicha percepción de competencia.



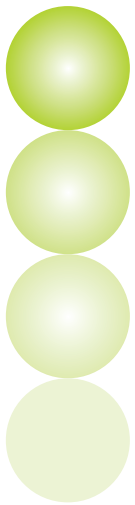
**En este marco se plantean dos principios de trabajo** basados en que es necesario conocer y contar con el ser humano, teniendo en cuenta que:

**“Sólo conociendo al individuo y sus circunstancias es posible una acción eficiente y permanente en salud”.**

**“Nadie puede cuidar la salud de otra persona, si ésta no quiere hacerlo por si misma”.**  
**(Briceño-León, 1996)**

Y a partir de estos dos requisitos, **se postulan siete tesis:**

- No hay alguien que sabe y alguien que no sabe, sino dos que saben cosas distintas.
- La educación no es sólo lo que se imparte en programas educativos, sino un proceso que debe desarrollarse a lo largo de toda la acción preventiva y promotora de la salud.
- La supuesta ignorancia no es un hueco a ser llenado, sino un lleno a ser transformado.
- La educación debe fundarse en el diálogo y la participación activa.
- La educación debe reforzar la confianza de las personas en sus propias capacidades para tomar decisiones y regir sus propias vidas.
- La educación debe procurar reforzar el modelo de conocimiento basado en el binomio esfuerzo-logro.
- La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva.

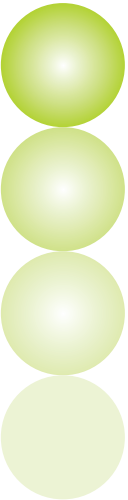


## ¿Sabías que... cuánto más participan y se implican las personas en un proyecto, tienen mayor percepción de control y de su capacidad para tomar decisiones?

Debemos tener presente que, si bien muchos programas de prevención del uso de drogas y problemas asociados se desarrollan bajo la denominación de “prevención comunitaria”, en la práctica pocos responden globalmente a las características propuestas por tal modelo.

Basándonos en la evidencia científica, diversos estudios disponibles en el campo de la prevención del uso de drogas y los problemas asociados, señalan el enorme potencial de los programas de prevención comunitaria de probada eficacia para:

- Obtener altos niveles de adherencia a los distintos componentes del programa (de acuerdo con los requerimientos de los modelos evaluados: tiempo de aplicación, extensión y frecuencia de las actividades).
- Mejorar la comunicación y el conocimiento mutuo entre los distintos actores comunitarios (instituciones públicas, servicios socio-educativos, y otras organizaciones).
- Mejorar los sistemas e instrumentos preventivos utilizados desde los distintos recursos socio-sanitarios.
- Mejorar los niveles de cumplimiento legal por parte de sectores comunitarios clave (responsables de locales de ocio y restauración, dispensadores de bebidas alcohólicas, etc.).
- Conseguir cambios de actitudes frente al uso de drogas, los problemas asociados, así como frente a las estrategias de protección y control para regular los mercados y los usos de drogas.
- Desmitificar creencias erróneas en relación a las drogas.
- Reducir los factores de riesgo en el marco comunitario.

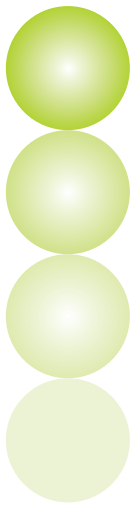
- 
- Incrementar las posibilidades de obtener los cambios conductuales y de estilos de vida previstos entre las personas participantes.

## 5.2. Definición de un programa comunitario para la prevención del uso de drogas y de los problemas asociados

Un programa comunitario **es un conjunto planificado de actividades realizadas en el entorno de la comunidad local que estimulan la participación tanto de los representantes de la sociedad civil organizada** (asociaciones juveniles, comunidades de vecinos, asociaciones de barrios, asociaciones de padres y madres, otro tipo de asociaciones, colegios profesionales, etc.), **como de las instituciones** (sistema educativo, sistema socio-sanitario, centros juveniles, y otras instituciones públicas presentes en el ámbito local) **a fin de intervenir en el entorno inmediato de las personas y facilitar su participación activa** en el contexto social (Alonso Sanz et al., 2004).

Por ello, la prevención comunitaria en el ámbito de las drogodependencias puede definirse como **aquella estrategia de intervención preventiva que busca comprometer a la propia comunidad en la búsqueda de soluciones a los problemas relacionados con el uso de drogas**. De acuerdo con este planteamiento, la prevención no es un ámbito que dependa exclusivamente de los profesionales (o equipos municipales) especializados, sino que se desarrolla con la participación activa de la comunidad misma que se constituye en sujeto agente y protagonista de la actuación preventiva. Se trata por tanto de un modelo de intervención acción con carácter metodológico, que además tiene que considerar las evidencias de efectividad proporcionadas desde el ámbito científico.

En este marco, la intervención comunitaria no es sencilla. **Deja de ser una intervención fragmentaria** (separada en los diferentes ámbitos – familiar, escolar, laboral,...) **para pasar a tener un planteamiento conjunto y coordinado de todos los ámbitos dentro de la comunidad**, capaz de promover las capacidades de la comunidad para identificar y minimizar los factores de riesgo y promover la implantación de factores de protección relacionados con el consumo de drogas. Y



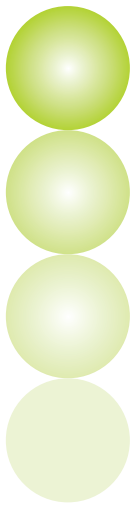
todo ello para lograr un mismo fin: disminuir el uso global de drogas y reducir los problemas y los daños asociados a dicho uso.

Desde el punto de vista operativo, **se pone el énfasis en la coordinación**; la **formación** de personas mediadoras en cada ámbito de intervención; el desarrollo, la difusión y el seguimiento del cumplimiento normativo; la promoción de sinergias entre los distintos ámbitos y la atención de lo que se realiza por otros para **evitar duplicidades**.

La prevención comunitaria se **caracteriza por**:

- La utilización de la participación como estilo de intervención, promoviendo el protagonismo de todos los sectores de la comunidad en el quehacer preventivo.
- La intervención sobre factores protectores, normativos y psicosociales que permiten desarrollar y fomentar factores de protección, logrando cambios sobre el ambiente individual y social.
- El desarrollo de recursos personales dentro de la comunidad como consecuencia del trabajo de los miembros de ésta en el logro de metas comunes, vivencias de protección y control, planificación, resolución de problemas, toma de decisiones y asunción de responsabilidades.
- El control de la acción desde la comunidad supone además de beneficios derivados del proceso (colaboración, compromiso, etc.), beneficios a partir de los logros del grupo.

*El Plan Regional sobre Drogas de Murcia 2007-2010* define la prevención comunitaria como una estrategia de intervención basada en la valoración de los recursos de la propia comunidad para la prevención de las drogodependencias. Pretende la integración y coordinación de los recursos existentes en la comunidad, dotándoles del enfoque de la prevención de las drogodependencias, lo que permite minimizar los recursos y optimizar los resultados mediante el efecto multiplicador de las intervenciones.



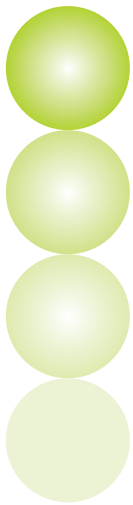
**Se considera al municipio o comarca el escenario natural comunitario**, marco idóneo para realizar la intervención. Pero no sólo como el escenario, sino siendo fundamentalmente el vehículo de las intervenciones, a través de la implicación coordinada y corresponsable de los técnicos y representantes comunitarios: ayuntamientos, mancomunidades, organizaciones y asociaciones no gubernamentales, mediadores sociales, etc. Los diferentes sectores sociales (población, general, adultos, jóvenes, adolescentes y niños) son favorecidos, desde esta intervención conjunta, por promover a la vez la sensibilización de todos los sectores sociales implicados que maximiza los recursos existentes en la comunidad.

¿Sabías que... la prevención abarca todos los ámbitos de intervención?

Sí, tiene un planteamiento de conjunto al coordinar los ámbitos familiar, escolar, laboral..., dentro de cada localidad.

## 5.3. Factores de riesgo a los que debe responder un programa de prevención comunitaria

El contexto económico y normativo, junto a los procesos de socialización, son factores que influyen en las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores, intenciones de conducta y comportamientos de las personas. Por ello, **el análisis de los factores de riesgo y protección existentes en cada comunidad, es un elemento clave para asegurar la eficacia de los programas de prevención comunitaria.**



### 5.3.1. Factores de riesgo del contexto económico y normativo

Desde la perspectiva comunitaria, los principales factores de riesgo que van a llevar a la experimentación de cada sustancia y al potencial desarrollo de problemas relacionados con el consumo de drogas, por orden de importancia, son:

<b>ACCESIBILIDAD</b>	<b>DISPONIBILIDAD</b>
Un alto grado de accesibilidad a la droga facilita su uso	Un alto grado de disponibilidad de una droga, también facilita el consumo de la misma
<ul style="list-style-type: none"><li>• La existencia de un elevado número de puntos de venta;</li><li>• Amplios horarios de venta.</li><li>• Existencia de estrategias de promoción explícitas o subliminales, tanto para promover el consumo de drogas legales como ilegales.</li><li>• Escasas previsiones legales que regulen la comercialización, o falta de seguimiento de las mismas.</li><li>• Un contexto normativo débil y poco valorado socialmente o poco interiorizado por grupos sociales.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los precios de cada sustancia psicoactiva.</li><li>• La falta de regulación normativa sobre el consumo de drogas en lugares públicos.</li><li>• La falta de medidas de seguimiento sobre cumplimiento de las previsiones legales que regulan el consumo de drogas en lugares públicos.</li></ul>

### 5.3.2. Factores de riesgo de la comunidad cercana

Estos factores se dan en el barrio o en el municipio:

- Extrema precariedad económica.
- Baja cohesión social.
- Alta accesibilidad a las drogas.

- Escasos recursos y servicios comunitarios de protección a los grupos de población más vulnerables (expuestos a mayor número de factores de riesgo).

### 5.3.3. Factores de riesgo del contexto individual y del entorno inmediato

Adicionalmente, y ya en el ámbito individual, estos factores de riesgo globales pueden verse reforzados por otros aspectos o factores de riesgo que tienen que ver con las dinámicas de socialización en los entornos inmediatos de las personas, como son:

Estos factores se dan en el barrio o en el municipio:

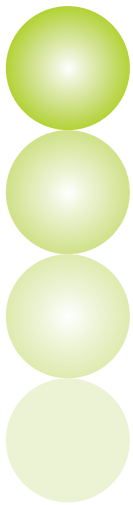
#### **Inconsistencias o deficiencias en las formas de gestión familiar**

El estilo educativo que tiene una familia, está influyendo en la forma en que los hijos van a desenvolverse en la vida y, por tanto, en la respuesta que éstos tengan ante las drogas.

Un estilo educativo de padres y educadores que se caracteriza por la muestra reiterada por parte de los padres de una falta de límites en la educación de los hijos, en aspectos como el dinero semanal disponible para los gastos propios de cada adolescente, y la hora establecida para volver a casa por las noches, se correlacionan con el uso de drogas.

En la historia de los padres, estos han confundido la autoridad (necesaria para educar), con el autoritarismo, y huyendo de ello, presentan una ausencia de límites claros y coherentes, que va a favorecer en los hijos adolescentes, actitudes irresponsables cuando deban tomar decisiones. En estas situaciones los padres suelen inhibirse ante los problemas y dificultades que van teniendo los hijos, dejándolos solos antes de estar maduros para resolverlos o delegando su responsabilidad en otras instituciones como la escuela.

Así mismo, una excesiva protección de los padres hacia sus hijos, dificulta su maduración en aspectos tan importantes como el desarrollo de su autonomía, responsabilidad e iniciativa.



**Influencia de figuras modelo consumidoras**

Nos referimos a la existencia en la vida de los niños de un padre, una madre y/o hermanos mayores, otros adultos o personajes públicos relevantes, que son imitados.

Desde esta perspectiva, los padres, como modelos en la transmisión de actitudes frente a las drogas, pueden considerarse factores de riesgo, tanto cuando éstos son consumidores de alguna sustancia (también de alcohol y tabaco) como cuando transmiten actitudes tolerantes o positivas hacia los consumos.

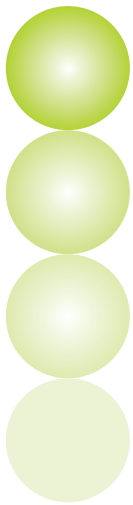
Parece que la preocupación familiar hacia las drogas ilegales (se suele oír: “mi hijo sólo bebe los fines de semana, no toma drogas”), está desviando la atención del abuso del alcohol, banalizándose la problemática, entendida más como una molestia ecológica (ruido nocturno, suciedad en las calles, etc.), que como un problema de normas, límites, actitudes y valores, que la familia no sabe como asumir.

**Influencia de iguales consumidores**

Se consideran factores de riesgo relacionados con el grupo de iguales: lo que se llama “presión de grupo” (el dejarse arrastrar) y el liderazgo de modelos consumidores dentro del grupo (si el líder o líderes consumen alguna sustancia o mantienen actitudes positivas hacia el consumo de drogas, su influencia será mayor que la percepción de las consecuencias negativas que pueda acarrear el consumo, ya que estas son vivenciadas por el adolescente como fuera de su realidad).

**La falta de vínculos positivos con la escuela u otras instancias socializadoras, etc.**

Algunas actitudes de los alumnos ante la escuela, sobre todo en los primeros años de escolarización, se consideran de riesgo en relación con el consumo de drogas, como son: dificultades del alumno para asumir las normas de convivencia, una baja integración social en el colegio, bajo rendimiento escolar mantenido, sentirse insatisfecho en el centro escolar, una ausencia de motivación hacia los estudios, así como carencia de expectativas educativas.



**El estado emocional de cada persona, en especial en las etapas vitales de transición (que es donde se ha observado que existe un mayor riesgo de abuso de drogas)**

Existen ciertas actitudes que, si bien se dan de manera peculiar en la adolescencia como proceso de individuación, pueden convertirse, si se acentúan y se conjugan con los demás factores descritos, en factores de riesgo para el consumo problemático de drogas. Hablamos de la vivencia de vacío existencial, la existencia vivida por el muchacho como esencialmente conflictiva y carente de sentido. El escepticismo ante cualquier dimensión transcendental de la existencia. Pesimismo y falta de confianza en el futuro, carencia de ilusión por construir un futuro mejor.

Conjugado con la ausencia de un proyecto de vida definido, que debe estar desarrollado al finalizar la adolescencia, (en el que se recogen unas expectativas de futuro y en el cual, se apoyarán las decisiones que se vayan tomando en la vida, basadas en ese sentido coherente de quién es uno y qué quiere de la vida), hará que las decisiones que se tomen se muevan por azar y en direcciones confusas, dificultando la planificación y la responsabilidad, lo cual se relaciona con el consumo abusivo de drogas.

**Carencias en el desarrollo de las habilidades personales de afrontamiento (habilidades sociales y habilidades para la vida)**

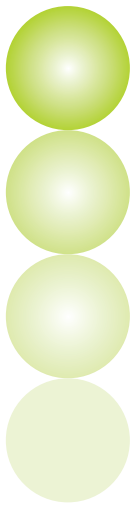
La falta de reconocimiento de los logros de los hijos, la ausencia de valoración positiva de los mismos, acarrea perjuicios individuales como baja autoestima, inseguridad y un autoconcepto negativo.

La baja autoestima de un adolescente, le conducirá más fácilmente a la búsqueda de un grupo en el que sentirse reconocido. Por ello será más vulnerable a la presión del grupo hacia determinadas conductas de riesgo.

La falta de autonomía dificulta el tomar decisiones y predispone al joven a depender del grupo en las relaciones sociales y en el desarrollo del proyecto de vida (necesario para pasar a ser adulto).

La dificultad para resolver los conflictos que se le planteen, puede llevarle al consumo de drogas como una forma de evitarlos, ya que no sabe afrontarlos.

Las dificultades de autocontrol se manifiestan en dos vertientes, por carecer de recursos personales para afrontar la angustia, el miedo etc., por lo que se siente incapacitado para dar respuestas adecuadas socialmente, o por manifestar una escasa tolerancia a la frustración (que equivale a buscar satisfacciones inmediatas, sin tener en cuenta las consecuencias a medio o largo plazo de lo que haga). Esta inmadurez psicológica es un factor de riesgo importante, a tener en cuenta en la prevención.



<b>Un bajo grado de percepción del riesgo personal asociado al uso de cada droga</b>	Búsqueda de evasión de la realidad. Actitudes de búsqueda de libertad, en las que prima obtener sensaciones nuevas placenteras y estimulantes, en detrimento del valor de la responsabilidad. En los estudios se ha detectado bajo grado de percepción de los riesgos sobre su persona en general y relacionados con el consumo de drogas en particular, asociado a las jóvenes consumidoras.
<b>Una baja interiorización normativa</b>	<p>El sistema de valores que un adolescente ha adquirido puede convertirse en protector o facilitador del consumo de drogas: valores como el hedonismo y el presentismo están relacionados con el consumo de drogas, mientras que el idealismo y la responsabilidad, son valores protectores.</p> <p>Egocentrismo. Falta de normas morales de comportamiento hacia los demás. Oposición a la autoridad (normal en la adolescencia), que se resuelve eligiendo respuestas retadoras de riesgo. Las posiciones individuales enfrentadas a la sociedad y sus estructuras, son factores de riesgo en la juventud. Nos referimos a valoraciones bajas de la familia, el trabajo o la religión y el rechazo de las normas sociales.</p> <p>También son más vulnerables los adolescentes, cuando carecen de posiciones claras, sobre los valores morales que deben regir su comportamiento.</p>
<b>Inicio del consumo de drogas en edades muy tempranas</b>	Se sabe que cuanto antes se prueba una droga, existe mayor probabilidad de que se consuma habitualmente y se produzcan problemas asociados a la ingesta. Incluimos tanto las drogas legales (alcohol y tabaco) como las ilegales (cánnabis, cocaína, anfetaminas, etc.).

**¿Sabías que... cuánto más permisivos son los padres, por ejemplo, a la hora de llegar a casa o con el dinero que le dan a sus hijos, más probabilidad tienen éstos de tener problemas con las drogas?**



### 5.3.4. Respuestas desde la prevención comunitaria

En este complejo entorno económico, social, familiar y personal, los programas comunitarios deben intervenir para modificar aquellos factores que limitan las capacidades de las personas para adoptar estilos de vida lo más críticos y lo más libres posible de las presiones que existen para consumir drogas.

Análisis de una situación:

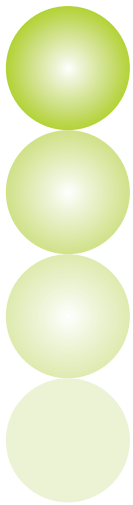
La cultura del consumo de drogas como el alcohol y el tabaco está totalmente normalizada en España.

El consumo de alcohol y otras drogas ilegales entre los grupos más jóvenes se asocia cada vez más al disfrute del tiempo de ocio y a la diversión.

Las bebidas alcohólicas y el tabaco difícilmente son consideradas drogas y sólo desde hace pocos años se está empezando a reconocer que su consumo genera graves problemas de mortalidad prematura y de incremento de la discapacidad debida a accidentes de tráfico o laborales.

Es igualmente reciente la identificación de las consecuencias del consumo de alcohol y tabaco como factores generadores de un gasto importante de los recursos socio-sanitarios, que afecta a los presupuestos tanto de las Comunidades Autónomas como del Estado español, en términos de incremento de las consultas médicas, ingresos en servicios sanitarios de urgencias, hospitalizaciones y gastos en servicios y prestaciones sociales.

La falta de sensibilidad social para valorar las dimensiones epidémicas del abuso de las bebidas alcohólicas y del tabaquismo es sólo uno de los síntomas que evidencian la existencia, en nuestro entorno comunitario, de una cultura



“normalizada” del consumo de alcohol y tabaco entre la población adulta, que es mimetizada y ampliada al consumo de otras drogas, mediante aprendizaje por modelado, por las generaciones más jóvenes (población infantil y adolescente).

Los programas comunitarios deben servir para reducir los factores que promueven el consumo (factores de riesgo), así como para promover factores de protección:

### Programas comunitarios

- Proporcionar recursos, promover iniciativas basadas en la evidencia de efectividad y aunar esfuerzos para promover la educación en libertad.
- Desarrollar medidas protectoras de control de los mercados (legales e ilegales).
- Señalar referentes culturales alternativos a los actualmente imperantes.
- Favorecer la adquisición de valores distintos a los que promueve la cultura del consumo por el consumo.
- Favorecer la autonomía personal de niños-adolescentes para incrementar su capacidad de enfrentarse de forma autónoma a situaciones de presión.
- Incorporar estrategias de reducción de riesgos para que, quienes consumen drogas, lo hagan de la forma menos arriesgada y problemática posible.

Por todo lo anterior, el desarrollo de programas de prevención de drogodependencias en el ámbito de las comunidades locales debe partir de un **conocimiento** amplio de todos estos factores que definen y condicionan los estilos de vida de los distintos grupos sociales, en general y en relación a las drogas, en particular: es decir los factores de riesgo que se



presentan asociados al desarrollo de problemas relacionados con las drogas (Feinberg, Ridenour & Greenberg, 2007).

¿Sabías que... la prevención comunitaria promueve la adopción de estilos de vida críticos con las presiones sociales relacionadas con la “cultura del consumo”, favoreciendo así la libertad de las personas?

## 5.4. Tipos de programas comunitarios necesarios y efectivos

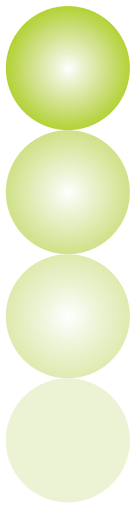
Existen numerosas opciones preventivas en el ámbito comunitario, pero la investigación señala que no todas obtienen el mismo grado de eficacia (Giesbrecht & Haydon, 2006; Feinberg et al., 2007).

Los resultados de los estudios disponibles hasta ahora han identificado **cuatro tipos de intervenciones de probada eficacia**.

### 5.4.1. Primer tipo. Desarrollo de políticas normativas locales de protección y control

Incluyen la implementación de normas legales.

Las políticas normativas locales constituyen medidas formales adoptadas por los órganos locales de gobierno, para regular los mercados y los consumos de alcohol, tabaco y otras drogas y/o hacer cumplir la legislación vigente de ámbito estatal o autonómico.



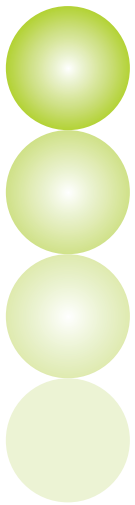
Las formas más comunes que adoptan las políticas normativas locales:

<p><b>Se aplican en los ámbitos competenciales de</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cada gobierno autonómico</li><li>• Cada gobierno municipal</li><li>• Cada nivel de autoridad competente en seguridad vial</li></ul>	<p><b>Afectan a</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cada centro escolar o/y universitario</li><li>• Cada comercio o centro donde se dispense de alcohol y tabaco</li><li>• Cada evento festivo, deportivo o cultural que se desarrolle en el municipio</li><li>• Cada centro de formación en la conducción de vehículos.</li><li>• Etc.</li></ul>
---	---	-------------------------	---

Los objetivos de estas políticas son la eliminación o la reducción de los riesgos asociados con el uso de drogas, incluidos los riesgos que afectan a las personas consumidoras y a las no consumidoras.

### Estas políticas locales incluyen cuatro componentes

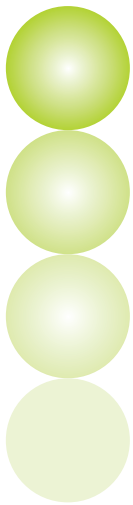
- **Regulación de las condiciones de venta y de consumo:** una regulación clara y específica de las condiciones de venta y de consumo de drogas que incluya las prácticas prohibidas y que especifique los aspectos permitidos.
- **Descripción de procedimientos de inspección y sanción:** en caso de incumplimiento de las normas legales establecidas existirá una descripción clara de los procedimientos de inspección y sanción, incluyendo todos los aspectos que se sancionarán y qué sanciones se aplicarán en el caso de un primer incumplimiento, un segundo incumplimiento e incumplimientos sucesivos.



- **Descripción de medidas de información y educación pública:** es preciso al aplicar una normativa de este tipo que exista una descripción clara de las medidas de información y educación pública que acompañarán la implementación de las anteriores medidas legales. Este componente implica explicar claramente las razones de protección de la salud pública y de reducción de riesgos que sustentan la adopción de las leyes, así como programas educativos encaminados a promover conductas de bajo riesgo en relación a los usos de drogas.
- **Descripción de las medidas alternativas a las sanciones así como de las medidas asistenciales:** la finalidad de este componente es facilitar que todas las personas que residen en la comunidad, puedan cumplir con la legislación adoptada. Para ello es conveniente que exista una descripción clara de medidas alternativas a las sanciones y medidas asistenciales a las que tiene derecho la población, como por ejemplo asistencia a cursos de reeducación vial para infractores, programas de prevención indicada o programas asistenciales.

## 5.4.2. Segundo tipo. Desarrollo de programas de sensibilización y educación comunitaria en relación con las drogas

En esta categoría se incluyen aquellos programas, bien planificados y dirigidos a grupos sociales concretos, por ejemplo: jóvenes adultos que beben antes de conducir, alumnos de educación primaria o secundaria, adolescentes en situación de riesgo de desarrollar problemas con las drogas, etc. Estos programas deben definir claramente sus objetivos, de forma evaluable, e incluir una descripción de los pasos y elementos que constituyen la implementación del programa.



A continuación exponemos algunos ejemplos de los **resultados que se pueden esperar** de estos programas:

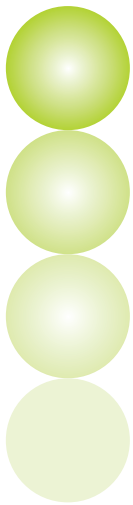
Incremento de los conocimientos sobre el grado de riesgo implicado en las distintas conductas relacionadas con las drogas.

Incremento de la percepción de que vale la pena evitar determinadas conductas de riesgo.

Adopción de nuevas habilidades y estrategias personales como mejora de la asertividad, resistencia a la presión del grupo hacia el consumo de drogas, aprender a toma de decisiones responsables y a resolver problemas.

Y para poblaciones mediadoras se puede producir un incremento de las habilidades para comunicar y educar sobre drogas con los distintos grupos de población: infantil, adolescente, jóvenes, adultos o adultos en situación de riesgo.

**¿Sabías que... los programas de sensibilización y educación comunitaria tratan de enseñar a los jóvenes estrategias personales de toma de decisiones, resistencia a la presión de grupo..., y a los mediadores, las habilidades necesarias para enseñar esas estrategias a los jóvenes?**



### 5.4.3. Tercer tipo. Promoción de un contexto social integrador

Que se impulse la organización de un contexto social integrador permite que se asegure la disponibilidad de:

- Recursos sociales de protección e integración para los grupos sociales más vulnerables (población menor de edad, población inmigrante, población que sufre violencia de algún tipo, y otros grupos de población que puedan estar expuestos a especiales factores de riesgo en relación a las drogas).
- Estrategias para dar a conocer y difundir el acceso a los recursos de protección social disponibles.

### 5.4.4. Cuarto tipo. Celebración de eventos o actividades especiales o puntuales que complementan y se relacionan con las categorías anteriores

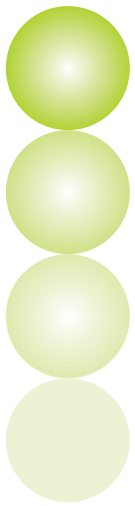
Se trata de iniciativas puntuales y de duración temporal breve que contribuyen a incrementar o mantener la sensibilización pública en relación a los riesgos relacionados con las drogas.

Pueden centrarse en mostrar los daños que afectan a la comunidad derivados del uso del alcohol u otras drogas, o del impacto del humo ambiental de tabaco en personas que no fuman.

También deben comunicar que dichos daños son prevenibles y evitables. De esta forma, estos eventos complementan y refuerzan las políticas y los esfuerzos educativos locales.

Algunos **ejemplos** de estas actuaciones son:

- Introducción de noticias con contenido preventivo en los programas informativos de los medios de comunicación local.
- Semanas o días dedicados a un tema específico: alcohol y conducción, consumo de tabaco en lugares públicos, riesgos asociados al uso de drogas más prevalentes, etc. Según su objetivo, pueden tener una periodicidad anual, o pueden realizarse de forma puntual.



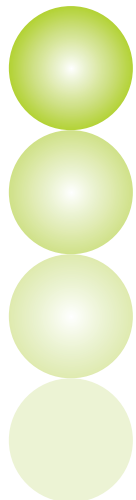
Todas estas actividades puntuales tienen un impacto limitado en sí mismas, y no deben considerarse como las medidas preventivas más importantes, pero sí tienen sentido si se hallan insertas en planes y programas comunitarios que contemplen la adopción de políticas normativas y educativas locales.

En resumen, podemos decir que **los planes de prevención comunitaria de drogodependencias deben incluir:**

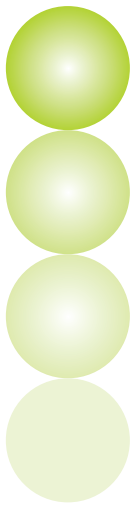
- El desarrollo y aplicación de políticas normativas locales de protección y control.
- El desarrollo de programas de sensibilización y educación comunitaria.
- La promoción de un contexto social integrador que vele por la atención a los sectores más vulnerables de la población.
- La celebración de eventos o actividades especiales o puntuales que complementan y se relacionan con las categorías anteriores.

## 5.5. Espacios en los que se desarrolla la prevención comunitaria

Atendiendo a los factores de riesgo y a los tipos de programas descritos hasta aquí para afrontar dichos factores de riesgo, **el espacio comunitario se define como el ámbito de intervención local donde tiene lugar la participación social**, cuyos principales actores para la prevención son:



Principales actores para la prevención	En la Región de Murcia
<b>La administración autonómica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo. Unidad Técnica Regional de Coordinación de Drogodependencias.</li> </ul>
<b>Las administraciones locales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los 45 Ayuntamientos con sus Planes y Programas Municipales y Mancomunales de Prevención de Drogodependencias.</li> </ul>
<b>Los servicios públicos de ámbito local:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educativos</li> <li>• Servicios sociales</li> <li>• Servicios de salud</li> <li>• Las autoridades locales responsables de la seguridad vial, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colegios e Institutos. Universidades públicas y privada.</li> <li>• Concejalías de Servicios Sociales y sus diferentes programas.</li> <li>• Centros de Atención Primaria de Salud.</li> <li>• Policía local y Concejalías de Seguridad, etc.</li> </ul>
<b>Las entidades sin ánimo de lucro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AMPA, asociaciones de padres y madres de alumnos de centros educativos públicos, privados y concertados, y sus correspondientes Federaciones.</li> <li>• Asociaciones juveniles.</li> <li>• Asociaciones de amas de casa.</li> <li>• Asociaciones de vecinos.</li> <li>• Entidades dedicadas a la promoción del ocio juvenil. Etc.</li> </ul>
<b>Otros colectivos y organizaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comerciantes, de ocio y restauración, etc.</li> </ul>

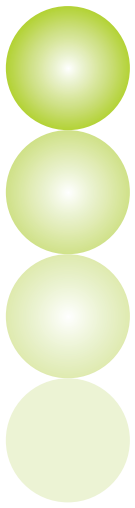


La **finalidad** de todos estos actores es lograr la movilización, implicación y participación activa de la propia comunidad en la definición de sus necesidades y la búsqueda de soluciones basadas en la evidencia de efectividad- a los problemas que les afectan en relación con las drogas.

Un **ejemplo** de intervención comunitaria es el que se está desarrollando a través de los Planes Municipales de Drogodependencias en los ayuntamientos de la Región, como ocurre en el Ayuntamiento de Cartagena a través del PMAD (Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias), cuya Oficina Técnica reúne anualmente en varias sesiones a responsables técnicos de las Concejalías de Servicios Sociales, Sanidad, Educación, Seguridad y Juventud, a entidades colaboradoras como Federación de Asociaciones de Vecinos, FAPA- Cartagena, CONCAPA, Consejo de la Juventud, Acción Familiar, Cruz Roja, Huertecica, Fundación EDEX, Ejército de Mar, Guardia Civil, etc., con la finalidad de conocer la situación actualizada del consumo de drogas en la población juvenil, evaluar los recursos con los que se cuenta y proponer actuaciones conjuntamente que eviten duplicidad y ahorren inversión.

Otro ejemplo de intervención comunitaria se ha dado en los conflictos sociales llamados “no en mi casa”. Durante los últimos años, en diferentes territorios del Estado español, se han presentado situaciones en las que la comunidad se ha opuesto activamente a decisiones técnicas y políticas asociadas a la apertura de servicios para usuarios de drogas o destinados a la atención de otros colectivos en situación de exclusión social. Estas situaciones se dan porque la comunidad se siente ajena a la implantación de programas dirigidos a poblaciones vulnerables, produciéndose un conflicto social y político radicalizado. Hablamos de la instalación en centros urbanos de centros de atención a drogodependientes, de servicios mínimos de reducción de daño, etc.

En estas intervenciones la mediación comunitaria es la herramienta que pone en contacto a las partes implicadas en los conflictos, haciéndoles protagonistas del proceso de solución y, en buena medida, responsables de poder alcanzar acuerdos satisfactorios.



## 5.6. Cómo desarrollar un plan preventivo con bases científicas en una comunidad

El primer paso en la planificación de un plan comunitario para la prevención del abuso de drogas es una **evaluación del tipo de problema de drogas** que existe dentro de la comunidad y una **determinación del nivel de los factores de riesgo que afectan el problema**. Se pueden utilizar los resultados de esta evaluación para aumentar el conocimiento de la naturaleza y de la seriedad del problema en esa comunidad y guiar la selección de los mejores programas de prevención para corregir el problema.

A continuación, es necesario realizar una **evaluación de la disposición de la comunidad para desarrollar un plan de prevención**. Este paso puede ayudar a determinar los pasos adicionales necesarios para educar a la comunidad antes de lanzar el esfuerzo preventivo.

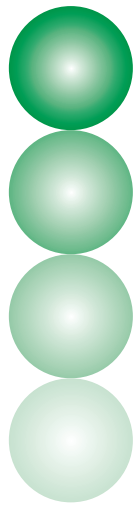
Entonces, se debe realizar una **revisión de los programas que previamente han sido evaluados** para conocer sus resultados y determinar si los podemos aplicar nosotros, con los recursos de que disponemos, en nuestra comunidad, analizando si estos recursos se ajustan a los requisitos que plantea el programa elegido; e identificar las deficiencias existentes para cubrir las necesidades de la comunidad y para identificar los recursos adicionales que se necesitarán.

Por último, la planificación se puede beneficiar de la experiencia de las organizaciones comunitarias que proporcionan servicios a la juventud. Una reunión con los líderes de estas organizaciones de servicios puede preparar el escenario para recabar ideas y recursos que ayuden a implementar y sostener los programas de probada efectividad.

# Capítulo 6. Ocio y tiempo libre como medio de prevención de drogodependencias

## En este capítulo trataremos:

- Por qué el ocio es tan importante en nuestra sociedad actual.
- Los cambios que ha habido en la forma de percibir el ocio y en los hábitos relacionados con el consumo de drogas en los últimos años.
- Qué es y las características del Modelo de diversión Hegemónica (MdH).
- En qué consiste la prevención en el ámbito del ocio y el tiempo libre en los diferentes niveles de prevención (universal, selectivo e indicado).
- Los factores de riesgo específicos de los contextos de ocio y tiempo libre.
- Los contenidos y la metodología que deben incluir los programas de prevención de drogodependencias en contextos de educación no formal.
- Las variables que deben medir los programas de prevención en contextos de ocio y tiempo libre para demostrar su eficacia.
- Los criterios básicos que han demostrado ser efectivos en los programas de ocio y tiempo libre.
- Intervenciones en prevención de drogodependencias a través de los programas de ocio y tiempo libre.



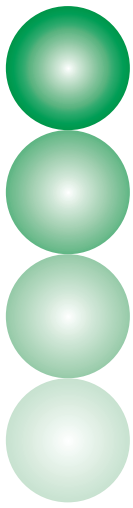
## 6.1. Situación del ocio juvenil en España y su relación con el consumo de drogas

**Podemos definir el ocio** como la disponibilidad de tiempo. Un concepto contrapuesto al tiempo dedicado a las tareas realizadas por obligación. Constituye un logro de las sociedades del bienestar surgidas en la época postindustrial y es percibido, especialmente por los grupos más jóvenes, como el único contexto donde libremente cada persona puede recuperar su identidad, haciendo aquello que más le gusta o apetece.

**En las sociedades desarrolladas** como la nuestra, el ocio ha ido ganando importancia hasta llegar a ser actualmente el ámbito más valorado por la juventud española junto a la familia y el acceso al trabajo y a la vivienda. Además, es percibido como el principal contexto para realizar actividades gratificantes (reunirse con los amigos, hablar, ligar, bailar, jugar, etc.). De forma que actualmente se puede considerar que pasarlo bien y divertirse en contextos de ocio es un elemento clave para el desarrollo de las competencias sociales, de las habilidades de comunicación, del desarrollo saludable de los afectos y las emociones y es parte integral de la vida cívica y normativa. Así, especialmente durante la infancia y la adolescencia, la dinámica que generan las distintas formas de diversión constituye un camino privilegiado hacia el aprendizaje, la socialización y la creatividad (Calafat et al., 2007).

Aunque no constituyen las únicas **actividades de ocio que interesan a la población más joven**, en la actualidad salir de marcha (ir a discotecas, bailar), beber, ir de copas y salir para reunirse con los amigos son algunas de las actividades más populares.

Frecuencia de salidas por las noches para divertirse, en los últimos 12 meses		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	45	4,7
Menos de una noche al mes	95	10,0

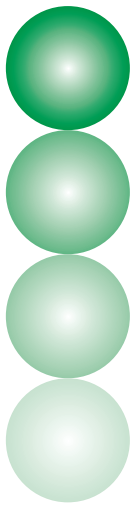


De 1 a 3 noches al mes	202	21,4
1 noche a la semana	206	21,7
2 noches a la semana	272	28,7
3-4 noches a la semana	65	6,8
Más de 4 noches a la semana	30	3,2
No contesta	34	3,5
Total	948	100,0

Fuente: Observatorio Sobre Drogas de la Región de Murcia. ESTUDES 2012.

Según datos disponibles del Observatorio de la Juventud en España de 2007:





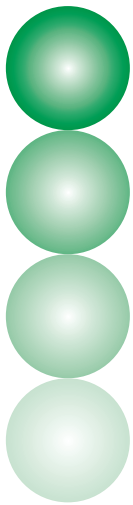
Y aunque no se produzca en todos los casos, y tampoco de forma homogénea en todos los grupos de edad, **el ocio, especialmente el nocturno, lleva asociado un consumo importante de alcohol y otras drogas ilegales**, existiendo una baja percepción de riesgo asociado al consumo de estas sustancias, a las cuales, se atribuye además un valor sociogénico e identitario (Gamella & Álvarez, 1997; Conde, 1999; Elzo & Andrés Orizo, 1999; Megías et al., 2001; Calafat et al., 2005a).

Estas actividades cumplen una serie de condiciones únicas y muy importantes durante la adolescencia y la temprana juventud: tienen un **carácter liberador respecto a otras actividades de la vida cotidiana percibidas como rutinarias y obligatorias** (estudio, trabajo, compromisos familiares, etc.); se desarrollan con el grupo de iguales; están directamente relacionadas con el sentido de pertenencia e integración grupal; y se materializan en unos espacios y tiempos específicos percibidos como propios, donde sólo están presentes otros jóvenes.

¡Uf! ¡Menuda semana!: he tenido que estudiar para 3 exámenes, he tenido movida en casa, estoy deseando que llegue el fin de semana para salir de botellón y desconectar.

¿Ese es tu premio por haber estudiado y la forma de aparcar tus problemas y preocupaciones?

Sin embargo **el ocio**, como la mayoría de los elementos que forman parte de la cultura contemporánea, también **ha sido absorbido por la cultura del mercado** y está sujeto a las reglas del libre mercado. A la vez que el poder adquisitivo ha crecido notablemente en la población juvenil, sectores económicos vigorosos están dispuestos a expandirse mediante potentes inversiones que se sirven de la promoción de un falso ideal social, donde el consumo en general y el consumo de drogas en particular, se presenta asociado a los estilos de vida y a los valores más atractivos durante la adolescencia y la temprana juventud.



Las mismas industrias del ocio han reforzado la tradicional asociación entre diversión y consumo de alcohol (y otras drogas), hasta el punto de conseguir difuminar del todo la frontera entre cultura y promoción comercial. Son tan sofisticadas estas estrategias de promoción y se invierten tantos recursos, que ya ni siquiera se centran en vender un producto concreto, sino que se dedican a reforzar el concepto global de diversión asociado a unos determinados estilos de vida.

La **Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016** reconoce los importantes **cambios habidos en los hábitos relacionados con el consumo de drogas** y su entorno en los últimos años entre los que figuran:

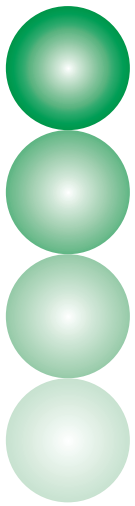
- Cambios en los perfiles de los consumidores de sustancias psicoactivas,
- Cambios en el patrón de policonsumo cada vez más generalizado,
- Precocidad en el inicio del uso de algunas sustancias y
- Relación, cada vez más estrecha, entre el consumo de drogas y los espacios y tiempos de ocio.

Otro de los aspectos señalados en la Estrategia Nacional sobre Drogas es lo que se conoce como “**consumo recreativo de drogas**”, es decir, el consumo, en ocasiones simultáneo, de sustancias como el alcohol, el cannabis, la cocaína, el éxtasis o MDMA, y toda una serie de derivados anfetamínicos, más o menos emparentados con esta última sustancia.

Se trata de un escenario que podemos considerar como “**contexto de riesgo**” para el uso de drogas y el desarrollo de problemas asociados y que algunos autores han descrito y sintetizado recientemente, calificándolo como el “**Modelo de diversión Hegemónico**” o predominante (Calafat et al., 2007).

#### Características del Modelo de diversión Hegemónico (MdH)

- Popular.
- Expansivo.
- Excluyente de otras formas de diversión y de gestión del tiempo libre.
- Apoyado por intereses económicos.
- Promotor de una diversión instantánea, rápida.



- Contribuye a la formación en valores.
- Incorpora riesgos para la salud.
- Aliado del consumo de drogas.
- Se apoya en elementos culturales diferenciadores como la música y la estética.
- Construido y apoyado por diversos colectivos profesionales.

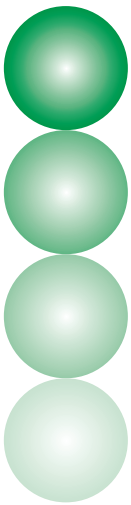
## 6.2. Marco conceptual: ¿en qué consiste la prevención en el ámbito del ocio y el tiempo libre?

La prevención en el ámbito del ocio y el tiempo libre **consiste en desarrollar iniciativas de educación no formal** y de sensibilización, en los contextos donde adolescentes y jóvenes se dedican a disfrutar de su tiempo de ocio.

Se trata, por tanto, de programas con intención educativa y de sensibilización realizados fuera del marco de la educación formal, que abarcan tanto la organización de actividades de tiempo libre (culturales, deportivas, de naturaleza, etc.), como programas de reducción de riesgos y daños también en contextos de ocio, especialmente de ocio nocturno.

En este marco, esta educación no formal en contextos festivos y de ocio, se plantea ofrecer información, cambiar actitudes y promover habilidades relacionadas con las drogas y sus usos.

Dentro de este ámbito, los **programas de nivel universal** parten de un marco teórico global aportado por el **modelo del aprendizaje social**, a partir del cual se identifican factores de riesgo y protección presentes en todo lo relacionado con el ocio y la ocupación del tiempo libre de poblaciones de mores de edad y jóvenes.



### Estos programas permiten el entrenamiento en

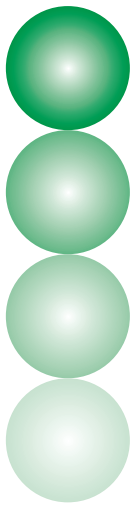
- Habilidades sociales en general.
- Habilidades específicas de resistencia ante la presión a consumir.
- Habilidades de resistencia ante las diversas estrategias de promoción de drogas.
- Ensayar otras formas alternativas positivas (saludables y socialmente aceptables) de buscar gratificaciones y placer en la utilización del tiempo libre.

Históricamente, la mayoría de los programas desarrollados en los ámbitos recreativos (los conocidos como “de alternativas”), han carecido de base teórica y metodológica sólida, con objetivos limitados y falta de evaluación de los resultados. Las investigaciones relacionadas con estos programas muestran un bajo o nulo impacto preventivo entre los participantes en cuanto a mejora en los conocimientos sobre drogas y sus efectos, actitudes en relación al uso de drogas, intención de consumo en el futuro (a corto y medio plazo) y uso de drogas legales e ilegales. Los programas que han obtenido resultados modestos cumplían estas condiciones:

- Estaban combinados con otros programas preventivos y
- Tenían contenidos específicos sobre drogas.

**¿Sabías que... hay formas alternativas positivas en el uso del ocio y el tiempo libre? ¡Vamos!, sin drogas.**

**Claro... hacer deporte, irse de acampada, hacer manualidades, ver pelis, jugar al Risk, pescar, leer, cocinar, bailar, dibujar, charlar...**



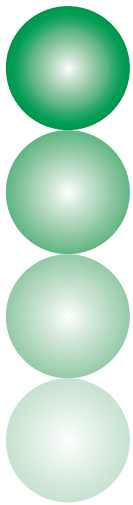
Para los programas de nivel selectivo e indicado los modelos de la **reducción de riesgos** y de **reducción de daños** permiten proporcionar información, estrategias y herramientas para minimizar los riesgos y los daños derivados de los usos de drogas en población que asocia la diversión con el consumo de sustancias psicoactivas. Esta aproximación se puede realizar en contextos normales de ocio (los diversos escenarios del ocio nocturno), o en contextos asistenciales de atención a los daños derivados del uso de drogas en contextos recreativos (servicios hospitalarios de urgencias, servicios hospitalarios de atención a personas que han sufrido un accidente de tráfico relacionado con el uso del alcohol u otras drogas, etc.).

Las estrategias de reducción del riesgo y de los daños en contextos relacionados con el ocio, pretenden **reducir la vulnerabilidad** de la población consumidora de drogas para que no desarrollen problemas relacionados con su consumo.

Los resultados obtenidos hasta ahora en los **programas de prevención selectiva** parecen indicar que orientaciones como el testado de pastillas, el club health, o el safer dance, **pueden ser efectivos para reducir comportamientos de riesgo en relación al uso de drogas si se realizan en contextos de consumo**. (Evans, Neville & Graham, 1991; Ferrara, Zancaner & Giorgetti, 1994; Jones & Lacey, 2000; Calafat et al., 2003; Caudevilla, 2003; Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2003; Valverde Gefaell, Pi González & Colom Farran, 2003; Ritter & Cameron, 2006; Subdirección General de Drogodependències, 2008).

Los **programas de prevención indicada** desarrollados en contextos asistenciales que atienden a personas que han sufrido accidentes de tráfico relacionados con el consumo recreativo de alcohol u otras drogas, muestran que **intervenciones breves que incluyen el trabajo de aspectos motivacionales, pueden contribuir a alcanzar una disminución del consumo de alcohol u otras drogas, así como una disminución de las consecuencias negativas** o problemas relacionados con dicho consumo.

Estos programas no siempre son fáciles de implementar dado que el personal mediador puede percibirlos como una carga añadida a su trabajo (Gentilello et al., 1999; Rodríguez-Martos Dauer & Torralba-Novella, 2002; Lowman, 2004; Rodríguez-Martos Dauer et al., 2004; Gentilello et al., 2005; Rodríguez-Martos et al., 2005; de la Fuente, Brugal, Domingo-Salvany et al., 2006; Ritter & Cameron, 2006; Subdirecció General de Drogodependències, 2008).



## 6.3. Factores de riesgo a los que debe responder un programa de ocio y tiempo libre

Además de los factores de riesgo de carácter general (expuestos en el punto 1.3.), existen factores de riesgo específicos asociados a la práctica del ocio en contextos recreativos que se interrelacionan con el resto de factores de riesgo presentes en los otros ámbitos (personal, escolar, familiar, etc.).

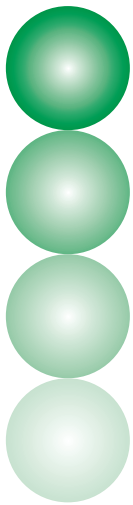
De los estudios **disponibles** se deriva que entre los principales factores de riesgo que se presentan relacionados con el uso de drogas en contextos de ocio y tiempo libre, destacan:

### Factores de riesgo del ámbito personal

#### Incluyen:

#### Factores socio-demográficos, familiares, actitudinales y de consumo de drogas

- Inicio temprano en el consumo alcohol.
- Inicio del consumo de tabaco antes de los 15 años.
- Haber probado el cannabis alguna vez en la vida.
- Practicar sexo los chicos a edades tempranas.
- Baja percepción del riesgo derivado del uso de drogas.
- Considerarse mal estudiante.
- La asunción del riesgo como estilo de vida.
- Alta disponibilidad de dinero para gastos personales.
- Vivir en lugar distinto al domicilio familiar o al de la pareja.
- Proceder de una familia con bajo o nulo control sobre las salidas nocturnas.
- Actitudes favorables al consumo de drogas en el grupo de amigos.
- Consumo de drogas por parte del grupo de amigos.

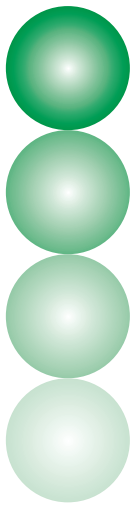


## Factores de riesgo de contexto

### Incluyen:

### Factores de implicación en las actividades de ocio nocturno

- Alta disponibilidad de drogas legales e ilegales en la comunidad en general.
- Alta disponibilidad de drogas legales e ilegales en los contextos de ocio (número de puntos de venta; horarios de venta, incumplimiento de legislación vigente sobre regulaciones de venta de drogas legales, etc.).
- Alta disponibilidad percibida para acceder a las distintas drogas.
- Salir de marcha con frecuencia (por ejemplo, cada fin de semana) y durante días laborables.
- Dedicar un número importante de horas al ocio nocturno.
- Realizar largos desplazamientos para ir de marcha.
- Buscar contextos con mayor disponibilidad de drogas.
- Mayor implicación en conductas problemáticas y desviadas socialmente.
- Mayor implicación en grupos y culturas “after hours” o “alternativos”.



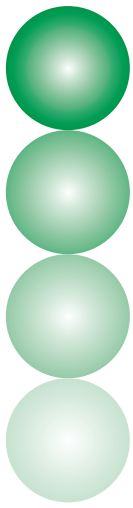
## 6.4. Elementos que debe incluir un programa realizado en contextos de educación no formal para lograr objetivos preventivos

En cuanto a los contenidos y los métodos, de acuerdo a la evidencia disponible, para ser efectivos, los programas de prevención (universales, selectivos e indicados,) basados en el desarrollo de alternativas de ocio y tiempo libre, deben responder a las siguientes características:

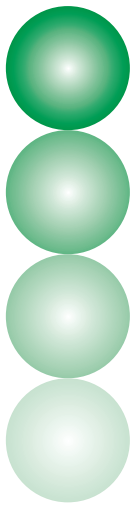
### 6.4.1. En relación a los contenidos

Los programas de nivel universal deben:

- **Educar** para la gestión equilibrada y diversificada del tiempo libre.
- Promover habilidades, conocimientos y actitudes que faciliten la **adopción de estilos de vida saludables**.
- Promover **opciones de ocio libres del uso de drogas**.
- Educar y promover **actitudes críticas** ante las distintas presiones a consumir drogas tanto del entorno inmediato, como de las estrategias de promoción de drogas legales e ilegales, etc.
- Desarrollar competencias sociales para **manejar situaciones grupales de presión** al consumo de drogas.
- Promover una **información adecuada y veraz** sobre las drogas y los riesgos que conlleva el consumo de cada sustancia.

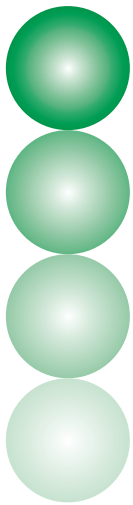


- **Incrementar la percepción del riesgo** derivado del uso de cada sustancia psicoactiva.
- **Corregir la percepción de normalidad del uso** de drogas (“todos las consumen”), frecuentemente alejado de la prevalencia real de consumo de cada droga.
- Promover una **visión positiva de los iguales que no consumen** drogas.
- Ofrecer **oportunidades gratificantes** y lúdicas de interacción y socialización con iguales (interacción social en general, relación de amistad, relación de pareja, etc.).
- Ofrecer oportunidades gratificantes y lúdicas de **reducir la ansiedad**.
- Incrementar la percepción de responsabilidad sobre la propia conducta, y una mejora de la autoestima.
- Integrar actividades de tiempo libre que promuevan la **ocupación pautada del tiempo del ocio**, que de otra forma resultaría ser un tiempo vacío o desestructurado.
- Promover actitudes y conductas alternativas al consumo de drogas encaminadas a **prevenir la sensación de aburrimiento**.
- Promover la realización de actividades de servicio a la comunidad, como parte del desarrollo de actividades gratificantes y que aportan sentido al tiempo del ocio.
- Incrementar la sensibilización social sobre la función protectora de las leyes, que regulan:
  - » La producción, promoción, comercialización y uso público de alcohol y tabaco.
  - » La conducción de vehículos bajo el efecto del alcohol u otras drogas.
- Incrementar la **responsabilidad social hacia el respeto de las leyes** que regulan:
  - » La producción, promoción, comercialización y uso público de alcohol y tabaco.
  - » La conducción de vehículos bajo el efecto del alcohol u otras drogas.



Los programas de nivel selectivo e indicado deben:

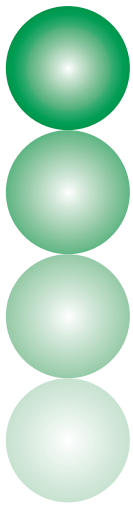
- **Cuestionar el modelo de diversión** asociado al consumo de drogas como paradigma de modelo recreativo hegemónico.
- Promover la **modificación de expectativas** en relación a las drogas.
- Promover una **información adecuada y veraz sobre las drogas y los riesgos** que conlleva el consumo de cada sustancia.
- Incrementar la **percepción del riesgo** derivado del uso de cada sustancia psicoactiva.
- Facilitar un **cambio de la percepción**, sobre lo que es normal en cuanto al consumo de drogas, **que se ajuste a la realidad**.
- Fomentar una **cultura de ocio inteligente** y libre de los problemas derivados del uso de drogas.
- Aumentar la **capacidad de decisión responsable** en relación al uso de drogas.
- Para las personas que, a pesar de disponer de todos los recursos anteriores, continúan consumiendo, **ofrecer en los contextos donde se produce el consumo**:
  - » La información y los recursos necesarios para que dicho consumo se produzca de la **forma más segura** posible,
  - » La información y los recursos necesarios para **evitar daños asociados** al uso.
- Para las personas que han sufrido daños asociados al uso de drogas en contextos recreativos, ofrecer información, educación y **herramientas que minimicen el daño** y prevengan otros daños en el futuro.



## 6.4.2. En relación a los métodos

En todos los niveles en los que se trabaje, los programas deben:

- **Combinarse con otros programas** de prevención, especialmente de ámbito comunitario, educativo o familiar.
- **Dirigirse a poblaciones** en situación de **especial vulnerabilidad** (por estar expuestas a factores de riesgo que incrementan su potencial para desarrollar problemas con las drogas, porque tengan un consumo regular asociado al ocio, etc.).
- Llevarse a cabo de **forma intensiva**.
- **Articularse** a través de alguna de las opciones siguientes:
  - » Programas deportivos y recreativos (que incluyan contenidos de prevención).
  - » Propuestas orientadas a la aventura/exploración del entorno natural (que incluyan contenidos de prevención).
  - » Programas específicos para jóvenes en situación de riesgo.
  - » Programas alternativos de base escolar.
  - » Desarrollo de actividades o eventos alternativos al consumo de drogas (fiestas “libres de drogas”, actividades culturales, deportivas o artísticas libres de drogas).
  - » Integración en opciones de servicios a la comunidad.
  - » Programas de reducción de riesgos incluidos en contextos de ocio normalizado donde se produce el consumo.
  - » Programas de reducción de daños en contextos asistenciales donde se atienden problemas derivados del uso de drogas en contextos de ocio (servicios de urgencias, servicios hospitalarios de traumatología y rehabilitación, etc.).

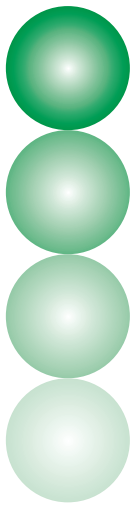


- » Actuaciones de información y sensibilización dirigidas a población que participa en actividades de ocio nocturno.
- » Actuaciones de reducción del riesgo y del daño, en entornos de consumo.
- Desarrollarse a través de la **implicación de mediadores**: de edades ligeramente superiores al grupo destinatario, adecuadamente formados y supervisados por responsables de prevención.

¿Sabías que... todas las personas que tratan habitualmente con jóvenes son mediadores que deberían tener formación adecuada en prevención de drogodependencias?

**Esta formación debería exigirse** de forma obligatoria **a todos los grupos mediadores**, debe incluir:

- Conceptos básicos sobre drogas y riesgos asociados a su consumo.
- Objetivos y resultados de la aplicación de las leyes que regulan la producción, promoción, venta y consumo de drogas legales.
- Objetivos y resultados esperables de los programas de información y sensibilización.
- La función preventiva de los mediadores sociales para apoyar el logro de objetivos preventivos en general.
- La importancia de la función de los mediadores en la prevención de problemas directamente derivados del consumo en contextos de ocio (cómo actuar ante: embriagueces, peleas, sobredosis, primeros auxilios, etc.).



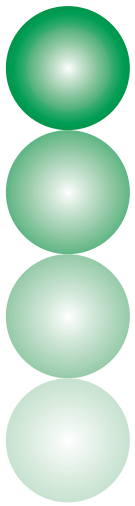
Los **grupos de mediadores** a quienes debe dirigirse esta formación básica son:

- Mediadores que trabajan específicamente con jóvenes y adolescentes (monitores de tiempo libre, trabajadores de calle, de servicios sociales, etc.).
- Mediadores juveniles “iguales/pares”.
- Mediadores no formales: son trabajadores en la industria del ocio, por ej.: dispensadores de bebidas alcohólicas, gerentes de bares y discotecas, etc.

## 6.5. Variables en las que intervienen los modelos de prevención en contextos de ocio y tiempo libre

Las siguientes variables son los indicadores que nos permiten trabajar y medir la eficacia de los programas:

¿Sabías que... cualquier programa tiene que medir indicadores para saber si la intervención ha sido eficaz?

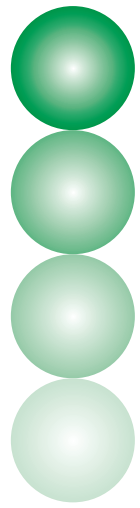


## 6.5.1. Indicadores relacionados con aspectos sociodemográficos

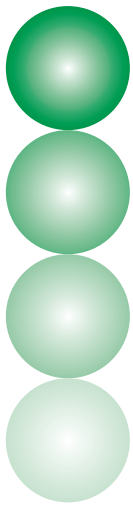
- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Nivel educativo.
- Lugar de residencia.
- Ocupación.
- Autovaloración (estudios, trabajo).
- Estatus socioeconómico familiar percibido.
- Control familiar sobre los hábitos recreativos (control hora de llegada, conocimiento de lugares frecuentados, conocimiento amistades con las que sale, paga semanal disponible, etc.).
- Grupo de amigos (consumidores, no consumidores, etc.).

## 6.5.2. Indicadores que describen los comportamientos de uso de drogas

- Consumo de alcohol.
- Consumo de tabaco.



- Consumo de otras drogas.
- Edad de inicio del consumo de drogas legales.
- Edad de inicio del consumo de drogas ilegales.
- Frecuencia de consumo de diferentes sustancias.
- Percepción del riesgo asociado al consumo de drogas (alcohol, tabaco, cannabis, LSD, éxtasis, cocaína, speed).
- Presencia de rasgos de personalidad que indican búsqueda de sensaciones.
- Presencia de conductas de riesgo.
- Presencia de conductas socialmente inadaptadas.
- Conductas relacionadas con la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u drogas ilegales (percepción de riesgo, presencia y frecuencia, etc.).
- Otras conductas de riesgo en contextos viales (conducir sin permiso, vandalismo, hurtos, etc.).
- Conductas agresivas o violentas (implicación en peleas, expulsión del centro educativo por episodios de violencia o agresividad, etc.).

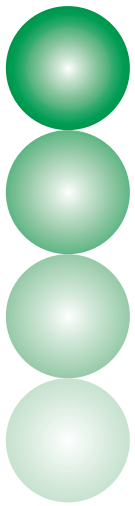


### 6.5.3. Indicadores relacionados con hábitos y opiniones relativas a la vida recreativa

- Lugares a donde se acude para realización de actividades de ocio.
- Frecuencia de asistencia a cada lugar.
- Actividades desarrolladas.
- Media de horas empleadas en cada actividad.
- Medios de transporte utilizados para cada actividad desarrollada.
- Conductas de implicación en la vida recreativa nocturna (frecuencia, tiempo empleado cada vez que se sale, recursos económicos empleados, número de lugares visitado por noche, distancia del punto de residencia, tipo de transporte utilizado, etc.).
- Motivos principales para elegir las actividades más frecuentes.
- Aficiones e intereses.

### 6.5.4. Indicadores de mercado en contextos comunitarios de ocio y tiempo libre

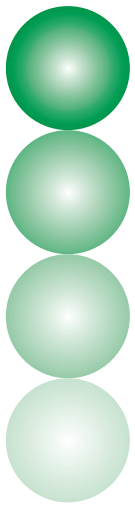
- Puntos de venta legales de alcohol y tabaco.
- Horarios de venta de drogas legales.
- Cumplimiento de horarios de venta de drogas legales.



- Puntos de venta legales que incumplen las previsiones legales (horarios, edad de la persona que compra).
- Puntos de venta ilegales de drogas legales.
- Puntos de venta de drogas ilegales (percibidos por población adolescente, joven, mediadora, etc.).
- Legislación vigente (restricciones de consumo en la calle, etc.).

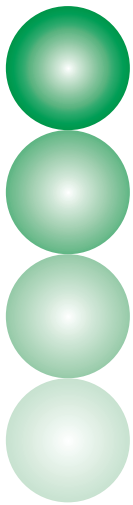
### **6.5.5. Indicadores comunitarios de problemas relacionados con el consumo de drogas en contextos de ocio:**

- Accidentes de tráfico en los que ha intervenido el alcohol u otras drogas.
- Incapacidades permanentes debidas a accidentes de tráfico en los que ha intervenido el alcohol u otras drogas.
- Mortalidad derivada de accidentes de tráfico en los que ha intervenido el consumo de alcohol u otras drogas.
- Características acústicas de las zonas de ocio nocturno.
- Quejas vecinales referidas a problemas comunitarios vinculados al uso de drogas en espacios públicos.
- Urgencias hospitalarias.
- Conflictos, peleas o violencia.



## 6.6. Criterios básicos de efectividad de los programas de ocio y tiempo libre

<b>Para los programas de nivel universal</b>	<p>Aunque la investigación disponible en el ámbito del ocio y el tiempo libre es todavía escasa, tanto los resultados de las revisiones como de los estudios de meta-análisis disponibles para los programas desarrollados en contextos de educación no formal, indican que la mayoría de programas han obtenido poco o ningún impacto preventivo entre los participantes en la modificación que se esperaba de indicadores relevantes como: conocimientos sobre las drogas, riesgo percibido, intención de consumo, o consumo.</p> <p>Sin embargo, algunos programas han obtenido resultados modestos, en algunos de estos indicadores, cuando han incorporado las dos condiciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Que la realización del programa de ocio se hubiera combinado con otros programas preventivos, como por ejemplo programas escolares de nivel universal, selectivo o indicado, programas comunitarios, familiares, etc.</li><li>• Que tuvieran contenidos específicos de prevención sobre drogas.</li></ul>
<b>Para los programas de nivel selectivo</b>	<p>Aunque sobre algunos tipos de programas exista todavía un debate abierto, los resultados obtenidos hasta ahora parecen indicar que, orientaciones como el testado de pastillas, el club health, o el safer dance, pueden ser efectivos para reducir comportamientos de riesgo en relación al uso de drogas, si se realizan en contextos de consumo.</p>



**Para los programas de nivel indicado**

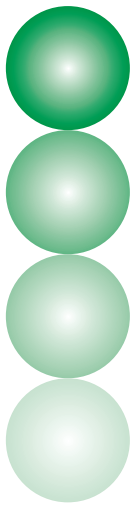
Los resultados de estudios sobre la efectividad de programas desarrollados en contextos asistenciales que atienden a personas que han sufrido accidentes de tráfico relacionados con el consumo recreativo de alcohol u otras drogas, muestran que intervenciones breves que incluyen el trabajo de aspectos motivacionales pueden contribuir a alcanzar una disminución del consumo de alcohol u otras drogas, así como una disminución de las consecuencias negativas o problemas relacionados con dicho consumo, aunque estos programas no siempre son fáciles de implementar dado que el personal mediador puede percibirlos como una carga añadida a su trabajo.

## **6.7. Intervenciones en prevención de drogodependencias a través de los programas de ocio y tiempo libre**

El uso de drogas constituye una realidad cambiante y este hecho se hace especialmente patente en el caso del uso de drogas en los contextos emergentes del ocio y de la vida recreativa.

Si los riesgos relacionados con el consumo de drogas en general y en contextos de ocio en particular, se producen en la dimensión de lo social, la responsabilidad de enfrentar esos riesgos no puede dejarse únicamente como una responsabilidad individual (Calafat et al., 2007). Por ello surge la necesidad de las políticas sobre drogas, en todas sus vertientes preventivas y asistenciales. Y entre los ámbitos de prevención, junto a las medidas legales, los planes comunitarios, los programas realizados en contextos de educación formal, en el ámbito familiar y en el laboral... , no puede descuidarse tampoco la intervención en el ámbito del ocio y el tiempo libre, a pesar de que haya poca investigación al respecto y ésta sea poco favorable.

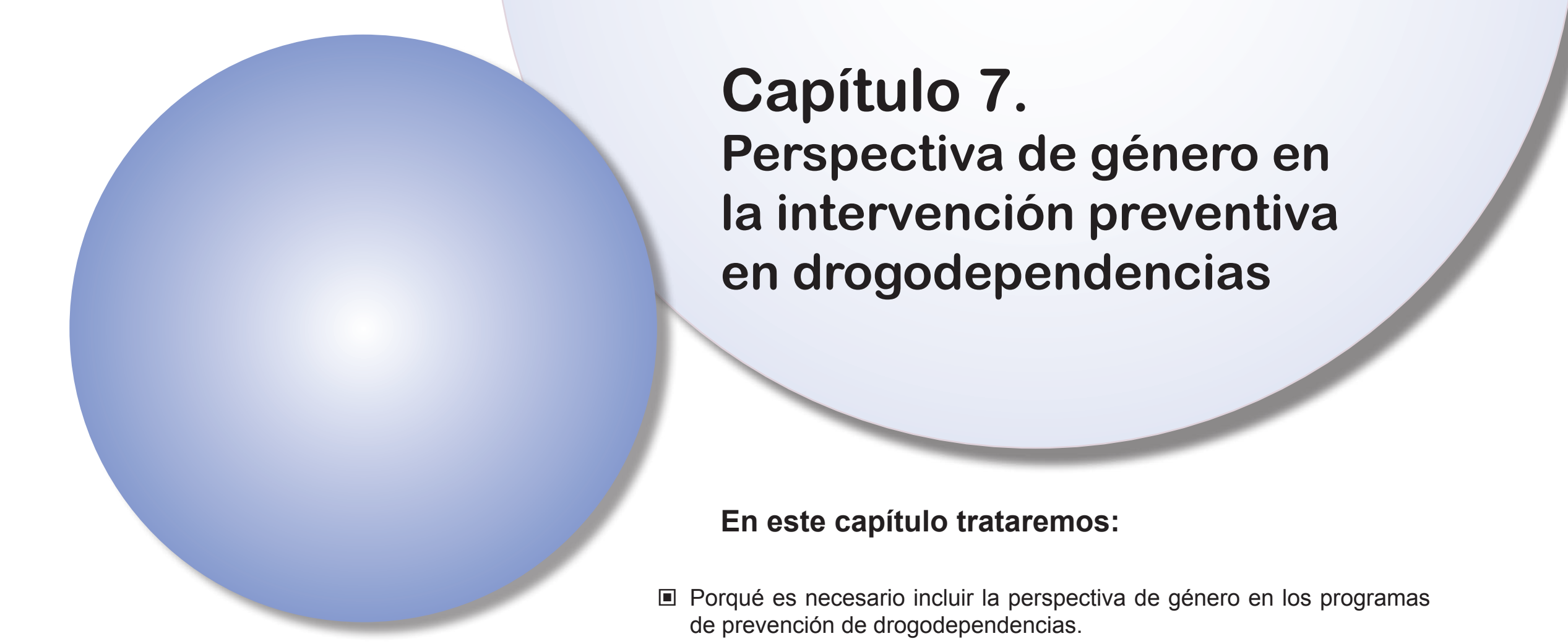
La prevención de drogodependencias en el ámbito del ocio y el tiempo libre se desarrolla a través de iniciativas de



educación no formal y de sensibilización en los contextos lúdicos donde los adolescentes y jóvenes se dedican a disfrutar de su tiempo de ocio. Estas iniciativas son muy variadas:

- Programas de ocio alternativo: Desde mediados de los años noventa, se vienen desarrollando programas denominados de ocio alternativo en el tiempo libre. Se basan en la realización de actividades de ocio y tiempo libre en horario nocturno y fines de semana, con el objetivo de ofrecer una alternativa a la cultura del consumo de drogas. Son ya muchos los Ayuntamientos y entidades juveniles que desarrollan este tipo de intervenciones.
- Estos suelen incluir programas de prevención de riesgos en espacios de ocio.
- También, cada vez en mayor medida y con más calidad, tanto las administraciones autonómicas como las locales y algunas organizaciones, plantean la realización de programas estables en distintos aspectos de la intervención con jóvenes y que, en sí mismos, son ya actuaciones preventivas básicas: Acciones en educación para la participación, acercamiento entre generaciones, promoción de la lectura, implicación social, participación y voluntariado, etc.

No podemos dejar de hacer constar todos los programas y acciones que propician una práctica deportiva estable y satisfactoria, en cada nivel de usuario, durante el mayor tiempo posible, como uno de los paradigmas básicos de la prevención.

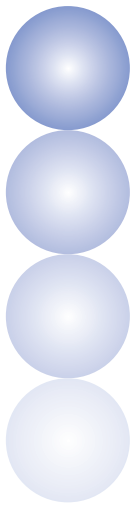


# Capítulo 7.

## Perspectiva de género en la intervención preventiva en drogodependencias

### En este capítulo trataremos:

- ▣ Porqué es necesario incluir la perspectiva de género en los programas de prevención de drogodependencias.
- ▣ Cómo y porqué afectan las drogas de forma diferente a mujeres y hombres.
- ▣ Cómo afectan las drogas a la vida social, a la fertilidad y al embarazo.
- ▣ Los factores individuales, familiares y sociales de las mujeres, que se relacionan con el consumo de drogas.
- ▣ Las motivaciones de las mujeres para comenzar a consumir y mantener situaciones de abuso de drogas.
- ▣ La relación del consumo de drogas, con especial atención al alcohol, y la violencia de género según las investigaciones actuales.



## 7.1. Evidencias científicas que avalan la necesidad de incorporar la perspectiva de género en los programas de prevención de drogodependencias

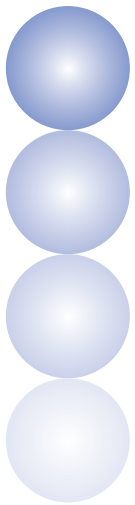
El género condiciona de manera importante la salud de hombres y mujeres y su relación con las drogas, constituyendo un elemento central que debe ser tenido en cuenta en el diseño de las intervenciones preventivas. El término **género** se utiliza para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales aprendidos, mientras que **sexo** se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente.

El enfoque de género es uno de los principios rectores de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. En este principio, la Estrategia asume la responsabilidad de incorporar esta perspectiva en todos los objetivos señalados en la Estrategia, y su inclusión en el diseño y planificación de las intervenciones en todos los ámbitos de actuación. Además, la Estrategia trata de dar impulso a la investigación en el área de las diferencias de género en el fenómeno de las drogodependencias, como una de las áreas poco exploradas.

La Estrategia destaca también la participación del consumo o de la adicción a las drogas en episodios de violencia doméstica y de género, así como en abusos de diversa índole, cometidos en contextos familiares y sociales diversos, en cuyo análisis causal generalmente se omite la mención a la intervención de elementos relacionados con el abuso de alcohol y el consumo de otras drogas.

Por su parte el Plan Regional sobre Drogas 2007-2010 destaca su intención de coordinar sus actuaciones con otros Planes Regionales, entre ellos el Plan de Prevención de Violencia de Género.

A continuación se resumen las evidencias científicas que aconsejan abordar la prevención de las drogodependencias desde una perspectiva de género:



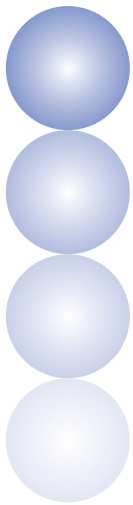
¿Sabías que... según las investigaciones, de las mujeres con hijos, las que tienen mejor salud son las que trabajan media jornada?

### 7.1.1. Relacionadas con la salud

La perspectiva de género ayuda a comprender una de las grandes paradojas en relación a la salud: **las mujeres viven más, pero su estado de salud es peor que el de los hombres**. Mientras que el peor estado de salud de las mujeres se relaciona en gran medida con una posición social más desfavorecida, la menor esperanza de vida de los hombres se asocia con hábitos más insanos y conductas de riesgo que originan más muertes por accidentes y otras causas en la edad media de la vida (Verbrugge, L. M. 1989).

Diversos estudios han documentado que **las mujeres empleadas tienen mejor estado de salud que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa**, situación que se explica por los beneficios que proporciona el empleo fuera de casa: Desarrollo de la autoestima y la confianza personal, el contacto y apoyo social, aumento de la satisfacción personal, además del salario, que aporta independencia económica e incrementa su poder en la familia. Estas circunstancias apoyan la hipótesis de «potenciación de rol», según la cual los diferentes roles pueden actuar como fuentes alternativas de bienestar (Artazcoz, L. y Borrell, C. 2007).

Está documentado que el empleo tiene efectos beneficiosos sobre la salud de las mujeres solteras, pero no sobre la salud de las casadas (WALDRON, I. WEISS, C. C. y HUGHES, M. E. 1998), o que entre las madres, estos beneficios se limitan a las que trabajan a tiempo parcial, así, **cuando la carga de trabajo total es alta, compaginar la vida laboral y la familiar puede dañar la salud**.



El género, las atribuciones que se realizan de los roles femenino y masculino, introduce diferencias en las **conductas relacionadas con la salud** (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007):

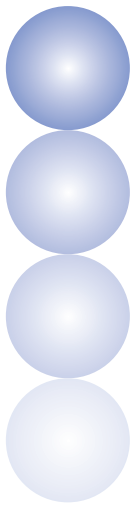
- **Las mujeres se preocupan más y aplican más cuidados a su salud que los hombres.**
- Dado el modelo tradicional de masculinidad, **los hombres son más proclives a implicarse o participar de conductas que comportan riesgos para la salud** (comportamientos que conducen a lesiones por accidentes, violencia, consumo de tabaco, de alcohol y drogas ilegales, etc.), comportamientos **especialmente perceptible entre los adolescentes.**
- Asimismo, la socialización en este estereotipo de **masculinidad significa resistencia a admitir debilidades**, lo que suele asociarse con una escasa atención a los mensajes de promoción de la salud y con un menor uso de los servicios sanitarios cuando son necesarios (Cameron, C. Bernardes, D. 1998).
- **Muchas mujeres, para procurar ajustarse a la moderna definición del rol femenino, asumen comportamientos de riesgo que hasta no hace mucho eran conductas características del rol masculino** (Velasco, S. 2006).
- **La superación del modelo tradicional** tiene también **repercusiones positivas sobre la salud**, facilitando la introducción de cambios que favorecen la protección de la misma: Mayor autonomía, creando redes de apoyo social, participando en diferentes espacios de la vida pública, compartiendo con los hombres las tareas del hogar y no apoyando todo su proyecto vital en el cuidado y el servicio de los demás.

## 7.1.2. Relacionadas con las drogas

La evidencia científica demuestra diferencias entre mujeres y hombres relacionadas con el consumo de drogas:

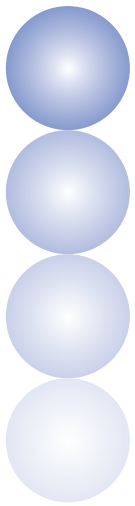
- En los significados y percepciones de los consumos.
- En los factores de riesgo y motivaciones.
- En el diferente impacto de las drogas en mujeres y hombres.

Todos estos aspectos se tratarán a lo largo de la unidad.



Además, los estudios demuestran que hombres y mujeres tienen diferentes **patrones de consumo**. Estos son algunos resultados relevantes:

- En la población adulta, **se ha incrementado el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre las mujeres que han superado los roles tradicionales y se han incorporado al mercado de trabajo**. A pesar de este incremento en el consumo por parte de las mujeres, **los consumos de todas las drogas**, con excepción de los psicofármacos, **siguen siendo muy superiores en los hombres**, tanto en cantidad como en frecuencia.
- Entre los **adolescentes** se observan unos hábitos de consumo **sin diferencias** entre chicos y chicas.
- **Las mujeres se inician en el consumo de drogas a edades generalmente más tardías que los hombres**, aunque entre los y las adolescentes estas diferencias son mínimas.
- Algunos estudios (Rodríguez-Sanz, M. et. al. 2005) señalan que entre las mujeres de clases sociales más altas continúa aumentando la frecuencia de consumidoras de tabaco y de grandes fumadoras. Estos consumos están relacionados con el estrés y con modelos de género que validan la idea de **fumar como recurso estético**.
- **Las mayores prevalencias de consumo de riesgo de alcohol** en los hombres se registran entre las clases sociales menos favorecidas, mientras que **en las mujeres ocurre en las clases más favorecidas**.
- En los últimos años se ha producido un repunte en el uso de tranquilizantes, tanto entre los hombres como entre las mujeres, si bien su consumo sigue siendo prácticamente el doble entre las mujeres. Además, **las mujeres tienen una mayor tendencia a simultanear el consumo de tranquilizantes y de alcohol**.
- Los **consumos de drogas ilícitas** son muy superiores entre los hombres, sin embargo, estas diferencias **se acortan hasta casi desaparecer en el caso de los adolescentes**.



## 7.2. Impacto diferencial de las drogas en hombres y mujeres

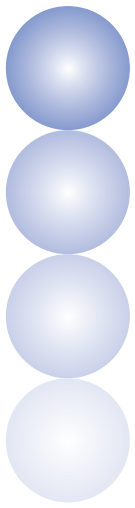
Hombres y mujeres tienen diferentes características físicas, psicológicas y sociales que son la causa del distinto impacto de los consumos de drogas:

- **Diferencias físicas:** perceptibles en el peso, la altura, la fuerza, el funcionamiento hormonal y en las respuestas biológicas frente a las drogas.
- **Psicológicas:** derivadas tanto de factores genéticos (existen diferencias en el funcionamiento del cerebro de hombres y mujeres) como educativos, y que afectan a la distinta capacidad de hombres y mujeres para: simultanear la realización de tareas, de concentración, orientación, habilidades verbales y cognitivas, memoria, capacidad de aprendizaje y en la relevancia dada a los aspectos emocionales, en este último caso mayor entre las mujeres, lo que las hace más vulnerables a los trastornos del estado de ánimo.
- **Sociales:** con distintos roles sociales y niveles de reconocimiento y valoración social, participación social y poder.

El **escaso interés prestado hasta el momento por la perspectiva de género** en las investigaciones epidemiológicas provoca que el conocimiento sobre el impacto diferencial de las drogas en hombres y mujeres sea limitado y se centre, sobre todo, en sustancias como el tabaco y el alcohol.

Elementos característicos de las adicciones a drogas presentes en las mujeres basados en investigaciones:

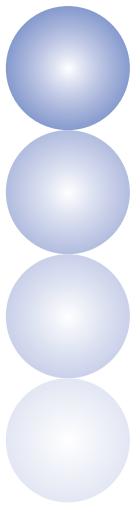
- El comienzo al consumo de drogas es algo más tardío.
- Los trastornos adictivos progresan de forma más rápida.
- Se produce mayor severidad de la adicción.



- Consumen menos cantidades que los hombres, pero los trastornos físicos derivados del consumo son más frecuentes y graves.
- Sufren de manera singular el impacto de las drogas en la actividad reproductora.
- Presentan, en mayores porcentajes que los hombres, otros trastornos psiquiátricos asociados a la dependencia de las drogas.
- Señalan con más frecuencia la presencia de trastornos psiquiátricos previos al consumo problemático de drogas.
- La reacción ante la depresión, la ansiedad y el estrés aparecen con frecuencia como desencadenantes del consumo de drogas.
- Mayor probabilidad de tener historia de abuso físico o sexual.
- Mayor probabilidad de tener intentos de suicidios.
- Una elevadísima probabilidad de sufrir malos tratos físicos o psicológicos a manos de su pareja.
- Más problemas familiares, laborales y económicos que los hombres.
- Cuentan con menos apoyo familiar y social para enfrentar los problemas.
- Disponen de menos recursos o de mayores dificultades para acceder a ellos, en especial cuando tienen hijos menores.

Aunque el porcentaje de mujeres con problemas de abuso o dependencia de las drogas es sensiblemente menor que el de hombres, los problemas que presentan las mujeres tienen una mayor gravedad, lo que las hace merecedoras de una atención específica.

A continuación se resumen las **principales evidencias disponibles sobre el impacto que tienen las distintas drogas en clave de género.**



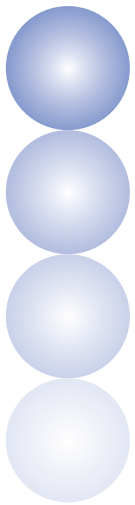
## 7.2.1. Tabaco

Diversos estudios demuestran que la toxicidad del tabaco afecta tanto a hombres como a mujeres y, en un grado similar, reiterando el hecho de que, **cuando las mujeres fuman como los hombres, enferman y mueren como ellos** (REDONDO, J. et al. 2007). Sin embargo, las mujeres tienen una vulnerabilidad especial frente al tabaco, por sus efectos sobre el feto cuando se mantiene el hábito tabáquico durante el embarazo y sus efectos en la función ovárica y en la disminución de la secreción de estrógenos que puede provocar mayor probabilidad de:

- Quistes ováricos y mastitis (inflamación de la mama).
- Cáncer de cuello uterino / cérvix.
- Adelanto de la menopausia.
- Aparición precoz y evolución acelerada de la osteoporosis posmenopáusica y de sus consecuencias.
- Menstruaciones dolorosas.
- Miomas uterinos y endometriosis.

Como contrapartida, el impacto del tabaco en la secreción de estrógenos reduce hasta en un 50% el riesgo de cáncer de endometrio, aunque la evolución de la enfermedad es más desfavorable entre las fumadoras.

**El aumento del tabaquismo entre las mujeres ha originado un intenso incremento del cáncer de pulmón** entre éstas: en los últimos 10 años la mortalidad por cáncer de pulmón creció un 20% entre las mujeres, frente a un 5% entre los hombres. Además, ha aumentado la incidencia de cáncer oral, de garganta, laringe, esófago, estómago, páncreas, vesícula biliar, riñón, cérvix y útero. Estudios recientes ponen en evidencia que el tabaco puede aumentar la probabilidad de desarrollar cáncer de mama.



## 7.2.2. Alcohol

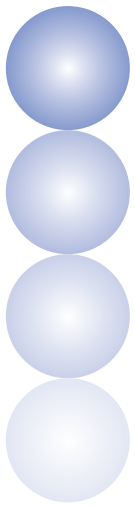
**Consumiendo la misma cantidad de alcohol, las mujeres registran niveles de alcoholemia superiores a los hombres.** Esto es debido a la forma en que absorben y metabolizan el alcohol (tienen menos enzimas metabolizantes del alcohol, más tejido graso y menos sangre y agua), lo que provoca que, ingiriendo la misma cantidad de alcohol que los hombres, su concentración de alcohol en sangre sea mayor.

¿Sabías que... tomando la misma cantidad de alcohol, las mujeres pueden tener más problemas de salud, más graves y aparecer antes en el tiempo, que los hombres?

Por ello las mujeres se exponen más al riesgo de daños hepáticos (hepatitis, cirrosis), cerebrales y enfermedades cardíacas (Marshall, A. W., et al. 1983, Hill, S. Y. 1984, National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism, 1999). Otra peculiaridad que afecta a las mujeres es el hecho de que los daños del abuso de alcohol tienen una evolución mucho más rápida (Rubio, G. y Blázquez, A. 2000). Diversos **factores metabólicos, endocrinos y genéticos hacen que en las mujeres se instauren problemas de alcoholismo en menos tiempo que entre los hombres** y que sufran disfunciones cerebrales y desarrollen enfermedades hepáticas y cardíacas de manera más temprana y con mayor deterioro que los hombres, incluso cuando beben menos que ellos.

Las mujeres deben hacer frente a una serie de riesgos y consecuencias particulares derivados del abuso del alcohol, entre otros:

- Alteraciones ginecológicas y disfunciones sexuales.
- Cáncer de mama.
- Osteoporosis.
- Alteraciones del embarazo.



- Mayores tasas de mortalidad.
- Depresión y suicidios. Entre las mujeres alcohólicas son más frecuentes los problemas depresivos, de baja autoestima y soledad que entre los varones alcohólicos (Beckman, L. J. y Amaro, H. 1984).

### 7.2.3. Tranquilizantes

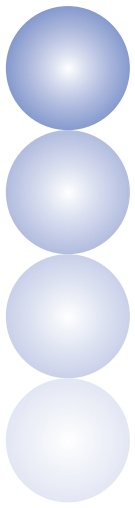
Las diferencias en los procesos de absorción y metabolización de los tranquilizantes en función del género explican por qué:

- Las mujeres necesitan una dosis menor que los varones para obtener los mismos efectos terapéuticos.
- Las mujeres experimentan hasta el doble de efectos secundarios que los hombres durante el tratamiento con tranquilizantes u otros psicofármacos (Robinson, G. E. 2002).

Otros estudios señalan que las mujeres consumidoras de tranquilizantes tienen una mayor tendencia que los hombres a mezclarlos con el alcohol, lo que incrementa el riesgo de accidentes e intoxicaciones.

### 7.2.4. Cannabis

Los trastornos de ansiedad asociados al consumo de cannabis son más frecuentes entre las mujeres.



## 7.2.5. Cocaína

El género establece **diferencias en la farmacocinética de la cocaína** (en los procesos de absorción, distribución, transformación y eliminación de ésta en el organismo) que explican que, ante la misma dosis, hombres y mujeres tengan distintos niveles de cocaína en sangre. Ello muestra por qué **las mujeres son**, en general, **más vulnerables** a los efectos de la cocaína.

También los ciclos menstruales alteran la toxicidad de la cocaína, de modo que, en función del nivel de estrógenos, se produce en las mujeres una respuesta diferente en la disfunción cerebral generada por el uso crónico de cocaína.

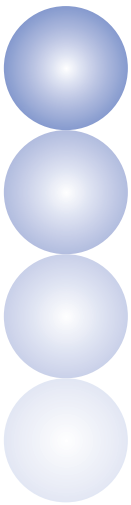
## 7.2.6. Heroína

No existen conclusiones definitivas respecto a la influencia del género en las consecuencias que se derivan del uso y abuso de la heroína. Algunos autores señalan que las mujeres desarrollan de manera más rápida la adicción a esta sustancia, consumen mayores cantidades y se someten a prácticas de riesgo, como el uso compartido de jeringuillas, en mayor proporción que los hombres.

# 7.3. Efectos de las drogas en la vida sexual y reproductiva

El consumo de drogas tiene un impacto muy negativo sobre la salud sexual y reproductiva, provocando:

- La reducción de la fertilidad.
- Alteraciones en el curso del embarazo, con diversos daños para el feto y el recién nacido.



- Disfunciones sexuales y conductas de riesgo.
- Transmisión de enfermedades infecciosas.

### 7.3.1. Drogas y fertilidad

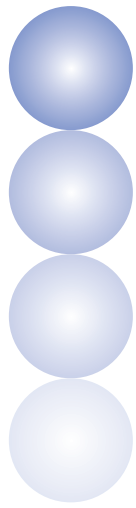
Aunque todavía se están investigando los mecanismos por los que las diferentes drogas afectan al funcionamiento del aparato reproductor, lo cierto es que provoca un importante **descenso de la fertilidad**. Los resultados de las investigaciones realizadas hasta el momento confirman que el consumo de estas sustancias afecta al funcionamiento de los ovarios, alterando los ciclos menstruales.

#### EFFECTOS DE LAS DROGAS EN LA FERTILIDAD

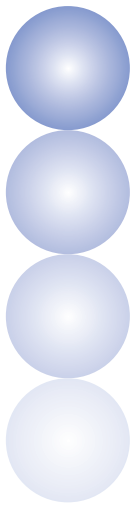
##### **TABACO**

(Redondo, J.  
et al., 2007)

- Reducción de la fertilidad de forma significativa y progresiva según la cantidad consumida, tanto en mujeres como en hombres.
- Retraso en la concepción: Las posibilidades de concebir se reducen entre un 10% y un 40% por ciclo y, cuanto mayor es el número de cigarrillos consumidos, más tarda la mujer en quedarse embarazada (OLSEN, J. 1991).
- También puede existir infertilidad. De hecho, las mujeres que fuman tienen el doble de riesgo de ser infértiles que las mujeres no fumadoras (US Department of Health and Human Services, 2001).
- Reducción del éxito de los tratamientos de reproducción asistida.
- Incremento del riesgo de padecer infarto agudo de miocardio entre las mujeres fumadoras que toman anticonceptivos orales, en especial de las que tienen más de 35 años. (WHO 1996).
- El adelanto de la menopausia (en dos años como promedio).



<b>ALCOHOL</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aparición de ciclos menstruales irregulares.</li><li>• Ausencia de ovulación.</li><li>• Un mayor riesgo de abortos.</li><li>• Aparición de menopausia precoz.</li></ul>
<b>CANNABIS</b> (hachís, marihuana)	<p>El consumo de hachís o marihuana (Pascual, J. et al. 2003) provoca cambios hormonales que dan lugar a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Trastornos menstruales.</li><li>• Ciclos sin ovulación.</li><li>• Abortos espontáneos.</li></ul>
<b>COCAÍNA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alteración de los ciclos menstruales.</li><li>• Ausencia de menstruación.</li><li>• Reducción del número de ciclos ovulatorios.</li><li>• Secreción láctea de la mama fuera del embarazo y del período de lactancia (galactorrea).</li></ul>
<b>HEROÍNA Y OTROS OPIÁCEOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alteración de los ciclos menstruales.</li><li>• Ausencia de reglas.</li></ul>



## 7.3.2. Drogas y embarazo

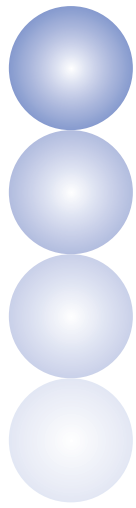
El consumo de tabaco, alcohol u otras drogas durante el embarazo implica **graves riesgos para el feto y el recién nacido**, puesto que estas sustancias atraviesan la barrera placentaria y hematoencefálica (pared de los capilares encefálicos que dificulta o impide el paso de determinadas sustancias desde la sangre al sistema nervioso) y pasan también a la leche materna.

¿Sabías que... el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante el embarazo puede provocar tanto problemas en el feto como problemas posteriores cuando el niño es más mayor?

### 7.3.2.1. Repercusiones del tabaquismo en el embarazo

Numerosos estudios confirman el grave impacto que el tabaco tiene en el desarrollo del feto, el parto y en el desarrollo de los recién nacidos. El consumo de tabaco por parte de la madre durante el embarazo incrementa el riesgo de:

- Abortos espontáneos.
- Bajo peso al nacer (los hijos de madres fumadoras pesan 300 gramos y miden 1 centímetro menos al nacer de media).
- Prematuridad.
- Complicaciones de la placenta.



- Rotura prematura de membranas (incrementa el riesgo de rotura precoz de la bolsa y de hemorragia perinatal).
- Embarazos ectópicos (implantación del embrión fuera de la cavidad endometrial).
- Mortalidad perinatal (previa o inmediatamente posterior al nacimiento).
- Daña el corazón del feto (Malik, S. et al. 2008).

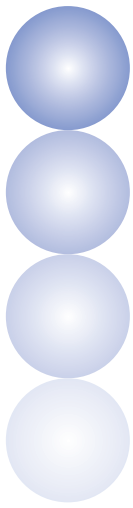
En el caso del tabaquismo pasivo (la exposición del hijo a los efectos del tabaco), se incrementa el riesgo de “**síndrome de muerte súbita del lactante**”, de otitis media, de enfermedades respiratorias, como el asma y de diabetes tipo II.

### 7.3.2.2. Repercusiones del consumo de alcohol en el embarazo

Se sabe que la exposición durante el embarazo al alcohol es dañina para el feto en desarrollo, pues provoca consecuencias graves que perduran toda la vida. El Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) es el extremo grave de un espectro de efectos que pueden presentarse si una mujer consume bebidas alcohólicas durante el embarazo.

Los efectos del alcohol actúan a lo largo de todo el embarazo. Sin embargo, cuanto más pronto una mujer embarazada deje de beber, tanto mejor será para el bebé y para ella. **Cualquiera de los efectos relacionados con el alcohol prenatal son totalmente prevenibles.** Si una mujer bebe alcohol durante el embarazo, nunca es muy tarde para dejar de hacerlo. La ingesta de cualquier cantidad de bebidas alcohólicas durante el embarazo puede causar diversos **problemas:**

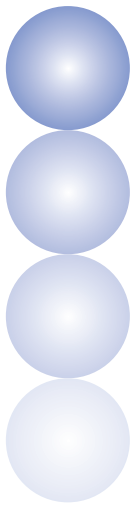
- Incrementa el riesgo de abortos espontáneos.
- Alteraciones de la placenta.
- Sangrado vaginal.



Es posible que los niños que están expuestos a algo de alcohol durante el embarazo no presenten las anomalías o malformaciones en el momento del nacimiento, ya que algunas de ellas se hacen evidentes incluso años después. Sin embargo, supone un **grave riesgo para el feto**, incrementando el riesgo de que:

- Menor coeficiente de inteligencia.
- Retraso mental en distintos grados (el alcohol es la primera causa no genética de retraso mental).
- Los niños/as sean más pequeños/as al nacer.
- Crezcan menos y más despacio que otros niños/as.
- Mala coordinación
- Presenten alteración de los rasgos faciales.
- Problemas y malformaciones de distintas partes del organismo, como el corazón, los riñones, el tubo digestivo, las extremidades, etc.
- Presenten lo que se conoce como Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), con retraso en el crecimiento pre y postnatal, alteraciones del SNC, alteraciones del rostro y diversas anomalías congénitas.
- Hiperactividad.
- Dificultades de aprendizaje, retraso en el habla y en el lenguaje.
- Problemas de conducta y adaptación.
- Menor rendimiento escolar y mayor tasa de fracaso escolar.
- Dificultades para dormir y problemas de succión durante la lactancia.

Las madres no son las únicas personas que pueden prevenir los efectos del alcohol durante el embarazo. El padre también desempeña un papel importante a la hora de ayudar a la madre a abstenerse de beber alcohol durante el embarazo. Puede



ayudarla a que se abstenga de beber alcohol si evita situaciones sociales donde se consume alcohol y si él también deja de hacerlo. Además evitar el alcohol durante las semanas previas al embarazo, mejora la calidad seminal de los hombres.

Durante la lactancia, el nivel de alcohol en la leche materna es el mismo que en sangre. La ingesta de alcohol **durante la lactancia**, provoca alteraciones del sueño, retraso neurológico y disminución de la producción láctea.

- **No existe un nivel seguro de consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia.**
- **Tampoco existe un nivel de bebida sin efecto.**

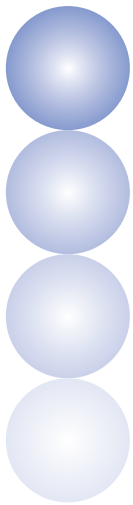
Cualquier ingesta de alcohol durante el embarazo (incluso para los que piensan que una caña de cerveza a la semana es poco), se sabe que afecta al desarrollo de los hijos.

La mujer embarazada o lactante no debe consumir alcohol. La mujer embarazada o lactante que haya consumido alcohol debe dejar de hacerlo inmediatamente.

**¿Sabías que... si se toma un vaso de cerveza o vino tiene que esperar un mínimo de 3 horas para lactar y si es más cantidad, hasta 24 horas?**

### **7.3.2.3. Repercusiones del consumo de tranquilizantes en el embarazo**

El abuso de tranquilizantes durante el embarazo puede provocar:



- Deformaciones en la cara de los recién nacidos.
- Anomalías cerebrales.

El consumo de tranquilizantes por mujeres embarazadas puede afectar a sus hijos:

- Haciendo que nazcan con dependencia de éstos.
- Que los hijos sufran problemas respiratorios.

#### 7.3.2.4. Repercusiones del consumo de drogas ilícitas en el embarazo

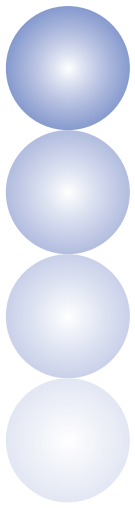
Los hijos de madres consumidoras de drogas pesan menos al nacer y presentan con mayor frecuencia malformaciones congénitas y otros defectos tales como: espina bífida, atresia de esófago, ausencia de ano, rotura de la pared abdominal, alteraciones cardiovasculares y malformaciones renales y urinarias.

Además causa **otros problemas**:

- Aumento del riesgo de aborto.
- Presencia de un síndrome de abstinencia a drogas en el recién nacido.

##### 7.3.2.4.1. Cocaína

La **cocaína atraviesa la placenta** y provoca efectos nocivos sobre el feto, especialmente lesiones cerebrales, que pueden ser la causa de la muerte intrauterina o de daños cerebrales permanentes después del nacimiento. Por tanto el consumo de cocaína en el embarazo está asociado a un riesgo elevado de:

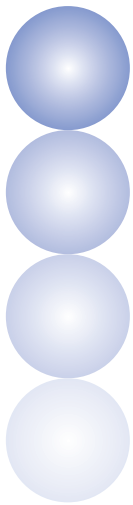


- Aborto.
- Muerte fetal intrauterina.
- Prematuridad con inmadurez fetal.
- Menor peso de los bebés al nacer.
- Daños en el desarrollo del feto (toxicidad sobre el feto).
- Daños cerebrales. Estos daños pueden ser el motivo por el cual muchos de estos niños padecen hiperactividad, crecen con trastornos de personalidad y de la organización de la respuesta a estímulos ambientales, con retraso cognitivo y a que, en la vida adulta, tengan una mayor predisposición a padecer trastornos neuropsiquiátricos.

#### 7.3.2.4.2. Cannabis

**El THC**, principal principio activo del hachís y la marihuana, **atraviesa la barrera placentaria**, por lo que el consumo habitual de hachís o marihuana durante el embarazo perjudica el desarrollo del feto, provocando:

- Partos prematuros.
- La reducción del peso de los recién nacidos.
- La alteración de las funciones cognitivas-mentales.
- La aparición de trastornos de atención (escasa atención a los estímulos visuales) e hiperactividad.



Además, al fumarlo la madre, **se acumula en la leche**, por lo que no se recomienda la lactancia materna en consumidoras de cannabis.

#### 7.3.2.4.3. Anfetaminas y drogas de síntesis

La ingesta materna de éxtasis y anfetaminas durante el embarazo se relaciona con un mayor riesgo de malformaciones congénitas y tiene un impacto negativo sobre el crecimiento fetal, incrementando el riesgo de:

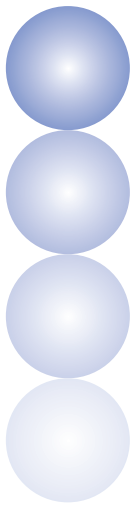
- Malformaciones cardíacas.
- Paladar hendido de los recién nacidos.

#### 7.3.2.4.4. Heroína y otros opiáceos

Los embarazos de mujeres consumidoras de opiáceos son considerados de alto riesgo ya que son frecuentes:

- Los abortos espontáneos.
- Los partos prematuros o con retraso del crecimiento.
- Las muertes fetales intrauterinas.
- Los hijos de estas madres tienen como riesgo añadido la posibilidad de transmisión intraparto de la infección materna por VHB o VIH.

Entre el 60% y el 80% de los **hijos nacidos de madres heroínómanas presentan**, en el momento del nacimiento, un **síndrome de abstinencia** en diversos grados.



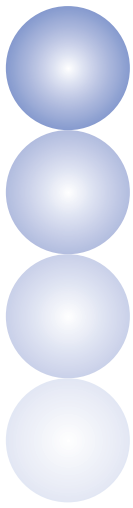
### 7.3.3. Impacto de los consumos de drogas en la actividad sexual

Está bastante extendido el mito de que el consumo de alcohol u otras drogas facilita las relaciones sexuales y potencia el placer sexual, por más que carezca de una base científica que lo justifique. Frente a los supuestos efectos afrodisíacos de las drogas, los estudios científicos confirman que su uso o abuso produce un rápido e intenso deterioro de la actividad sexual.

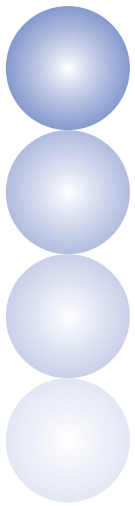
El consumo de alcohol u otras drogas tiene a largo plazo un efecto negativo en el ciclo deseo-excitación-orgasmo (BARREDA, M. A. et al. 2005):

- A corto plazo, en las mujeres el consumo de alcohol produce mayor desinhibición y un aparente aumento del deseo, pero disminuye la respuesta de excitación, inhibiendo o suprimiendo la lubricación vaginal y la respuesta orgásmica.
- A largo plazo produce disfunción sexual e insatisfacción sexual. Esta insatisfacción actúa con frecuencia como inductora de los consumos de alcohol, como una manera (inadecuada) de afrontar la insatisfacción.

EFECTOS DE LAS DIFERENTES DROGAS EN LA ACTIVIDAD SEXUAL	
TABACO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Provoca impotencia sexual en los varones.</li></ul>
ALCOHOL	<ul style="list-style-type: none"><li>• El consumo abusivo reduce la excitación sexual y el impulso sexual, provocando impotencia en los varones y anorgasmia en mujeres y hombres.</li><li>• En las y los adolescentes, el consumo de alcohol puede provocar el retardo de la maduración de los caracteres sexuales secundarios.</li></ul>



<b>CANNABIS (hachís, marihuana)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• En los hombres reduce la secreción de testosterona y el número y la movilidad de los espermatozoides.</li><li>• En las mujeres provoca la reducción de los ciclos menstruales y la aparición de ciclos menstruales sin ovulación, lo que podría reducir la fertilidad.</li><li>• Las evidencias científicas confirman que su uso crónico se relaciona con la disminución del apetito sexual, sin que avalen los supuestos efectos afrodisíacos que refieren algunos consumidores.</li></ul>
<b>COCAÍNA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aunque el uso esporádico de cocaína puede mejorar la recompensa sexual en los varones, al retrasar la eyaculación, a medio y largo plazo reduce el placer, provocando una fuerte pérdida del deseo sexual e impotencia en los varones.</li><li>• En las mujeres suele producir amenorrea (supresión del flujo menstrual) y otras alteraciones menstruales.</li></ul>
<b>HEROÍNA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intensa disminución del deseo sexual en ambos sexos.</li><li>• En los hombres son frecuentes los trastornos de la erección y la eyaculación.</li><li>• En las mujeres suele producir amenorrea y otras alteraciones menstruales.</li></ul>
<b>TRANQUILI- ZANTES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desinterés por el sexo, disminución del apetito sexual e impotencia.</li></ul>
<b>ANFETAMINAS Y DROGAS DE SINTESIS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución del deseo sexual y ausencia de orgasmos.</li></ul>



Uno de los mitos que circulan sobre las drogas y sus efectos en la actividad sexual está relacionado con el éxtasis o drogas de síntesis. Se dice de ellas que ponen más cariñoso, que es un afrodisíaco; pero es difícil tener relaciones sexuales con su ingesta. Al principio de tomarlas parece que se siente más el tacto, pero luego dificulta el orgasmo y, en la mayoría de los hombres, propicia episodios de impotencia sexual.

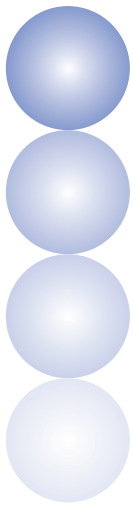
### 7.3.4. Conductas de riesgo vinculadas a la actividad sexual

¿Sabías que... el consumo de drogas está relacionado con conductas de riesgo, como mantener relaciones sexuales sin preservativo, con consecuencias como embarazos no deseados y contagios de Sida y otras E.T.S.?

El consumo de alcohol u otras drogas ya se ha visto que tiene un efecto inicial desinhibidor, causante de actos impulsivos motivados por la pérdida de control y el deterioro del juicio y de la capacidad de tomar decisiones acertadas. Todo ello facilita los encuentros sexuales y que se mantengan comportamientos de riesgo que, de estar en plenitud de condiciones, habrían sido evitados.

El resultado de estos efectos es que abuso de alcohol y el consumo de otras drogas reduce sensiblemente las posibilidades de mantener sexo seguro, dando lugar a diferentes **prácticas sexuales de riesgo, como son:**

- Mantener relaciones sexuales sin preservativo por desatención u olvido de las medidas de protección.



- Contactos sexuales ocasionales con variación de parejas sexuales, realizadas sin protección.
- Relaciones no deseadas o plenamente consentidas (abusos o violaciones).
- Embarazos no deseados.

Las y los adolescentes que pierden el control de sus actos por abuso de alcohol y otras drogas en su tiempo de ocio, están contribuyendo a la expansión de las enfermedades de transmisión sexual y de los abortos de menores de edad.

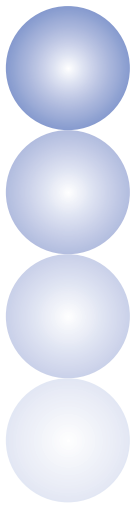
Las conductas sexuales siguen unos marcados patrones de género. A pesar de la liberación sexual conseguida por la mayoría de las mujeres, todavía existen unos condicionantes sociales que hacen que muchas mujeres no expresen abiertamente sus necesidades sexuales y que antepongan el amor y la entrega incondicional a los deseos de la pareja, sobre la protección y el cuidado de su propia salud (Artazcoz, L. y Borrell, C. 2007).

Por otra parte, no podemos dejar de lado los riesgos adicionales que entraña, para muchos hombres y mujeres adictos a drogas, la **práctica de la prostitución** de manera esporádica o sistemática, como forma de financiar sus consumos. Las personas que consumen drogas presentan una elevada tasa de enfermedades infecciosas (hepatitis, VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual), lo que incrementa el riesgo de transmitir las por vía sexual. Así mismo, están más expuestas a infectarse al aceptar prácticas sexuales de riesgo al ejercer la prostitución.

Existen prácticas sexuales de riesgo como pago por recibir drogas que muestran una forma sutil de prostitución que no es reconocida por ninguna de las dos partes como tal, que muestra una vez más las desigualdades de género sociales. Se suele dar sobre todo en mujeres que abusan de cocaína que intercambian favores sexuales por ser invitadas a drogas. Los hombres no asocian el éxito sexual a la invitación para consumir gratis y las mujeres invitadas creen que deciden libremente mantener estos contactos sexuales.

La **prevención de las conductas sexuales de riesgo** relacionadas con el consumo de drogas desde una perspectiva de género implica:

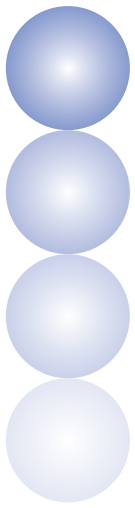
- Desmitificar los tópicos y estereotipos que presentan las drogas como facilitadoras de las relaciones sexuales y del placer sexual.



- Abordar los estereotipos que vinculan el uso de ciertas drogas (tabaco, cocaína, etc.) con la imagen corporal, el atractivo físico y sexual y supuestos efectos adelgazantes.
- Tener presente la especial vulnerabilidad de las mujeres frente a los efectos de las drogas en las relaciones sexuales y las prácticas sexuales de riesgo.
- Tener en consideración las consecuencias específicas derivadas para las mujeres de la exposición a relaciones sexuales sin protección (embarazos, contagio de sida y otras Enfermedades de Transmisión Sexual, etc.).

## 7.4. Factores de riesgo asociados al consumo de drogas entre las mujeres

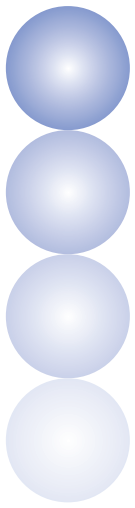
Las motivaciones de hombres y mujeres para iniciarse en el consumo de las distintas drogas o para mantener este consumo no son siempre coincidentes. Sin embargo, aunque buena parte de los factores de riesgo que a continuación se describen no son exclusivos de las mujeres, inciden sobre ellas de forma diferenciada:



## FACTORES DE RIESGO

### INDIVIDUALES

- Presencia de trastornos afectivos de tipo depresivo, tristeza y frustración.
- Baja autoestima.
- Estrés y ansiedad (consumir para reducirlos).
- Soledad.
- Necesidad de superar la timidez y mejorar la sociabilidad.
- Abusos sexuales en la infancia o la adolescencia.
- Necesidad de conexión y miedo a la desconexión respecto a la pareja (cuando es consumidora de drogas).
- Acompañamiento en el consumo a la pareja en busca de su aceptación.
- Presencia de trastornos alimentarios (especialmente de bulimia).
- Insatisfacción con las relaciones afectivas y sexuales.
- Insatisfacción personal e imposibilidad de cubrir ideales femeninos de género y las autoexigencias que se derivan del mismo (belleza, bondad, maternidad, etc.).

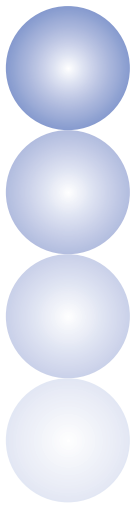


## FAMILIARES

- Presencia de patologías mentales en la familia.
- Presencia de padre/madre consumidores de drogas.
- Problemas de alcoholismo u otras drogodependencias en la familia.
- Pareja consumidora de drogas.
- Desintegración familiar y/o ruptura de lazos con la familia.
- Pérdida traumática de familiares.
- Conflictos de pareja y familiares.
- Separaciones o divorcios.
- Violencia familiar y/o de género.
- Distanciamiento emocional de los padres.
- Débiles vínculos afectivos (con la pareja, padre/madre e hijos).
- Estilo educativo paterno/materno autoritario.

## SOCIALES

- Relación con personas consumidoras de drogas.
- Sensación de sobreexigencia o sobrecarga física y emocional derivada del trabajo dentro y fuera del hogar.
- Ausencia de espacios de realización personal y falta de oportunidades para el desarrollo personal.
- Aislamiento social.
- Presión ejercida por la publicidad sobre las mujeres para que imiten los hábitos de consumo de tabaco y alcohol masculinos.
- Imitación de conductas masculinas de consumo como forma de manifestación de la conquista del espacio público y de ajuste al nuevo rol asignado a las mujeres.
- Temor al rechazo social si no participan de los consumos.



La sobreexposición de las mujeres a determinados factores se encuentra claramente en el siglo pasado en la **publicidad del alcohol y el tabaco**, que ha tenido como población diana a las mujeres, en especial a las adolescentes, resaltando la idea de que la conquista de la igualdad de género pasa por la asunción de comportamientos hasta hace poco exclusivos de los hombres, entre los que se encuentran el consumo de alcohol y otras drogas así como comportamientos de riesgo en lo sexual y en lo violento.

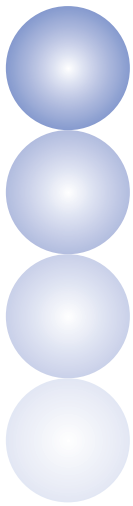
¿Sabías que... en relación a las mujeres, hay factores sociales de protección, como la mayor percepción de riesgo del consumo y de riesgo, como la presión para imitar hábitos masculinos?

Pueden extraerse algunas **conclusiones** en relación con los factores de riesgo asociados a los consumos de drogas por parte de las mujeres:

El importante peso que tienen los consumos como respuesta a determinados estados emocionales o sintomatología negativa de carácter psicológico (las mujeres consumen drogas en gran medida para tratar de manejar o evitar problemas de estrés, ansiedad, soledad, etc.).

El singular impacto que tienen los factores familiares, hecho propiciado en gran medida porque la capacidad de las mujeres para aislarse/alejarse de un entorno familiar conflictivo/hostil es más reducida que la de los varones.

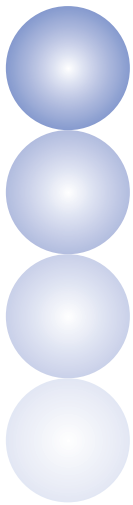
La función que ejercen los consumos como instrumentos facilitadores de la sociabilidad femenina y de su presencia en espacios públicos.



En relación con los **factores de protección**, también existen ciertas diferencias de género **que ayudan a evitar o reducir los consumos**, detectadas en la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2006:

- Las adolescentes, tienen una mayor percepción del riesgo asociado al consumo de drogas, lo que les permite desarrollar estrategias de control y evitación del uso y abuso de drogas.
- Las chicas atribuyen mayor valor a la salud, tanto propia como ajena, lo que hace que mantengan más autocuidados que los hombres.
- El modelo tradicional de roles, vigente en muchos padres y madres, proporciona un plus adicional de protección frente a las drogas a las chicas, que se concreta en:
  - » Las actitudes paternas hacia el consumo de drogas por parte de las hijas adolescentes son menos permisivas que en el caso de los hijos varones.
  - » Se produce un mayor nivel de supervisión y/o control sobre las actividades de las hijas.
  - » Se produce una mayor restricción a la presencia de las chicas en los espacios de ocio nocturno donde se producen la mayoría de consumos recreativos de drogas.

## 7.5. Motivaciones específicas de las mujeres para consumir drogas

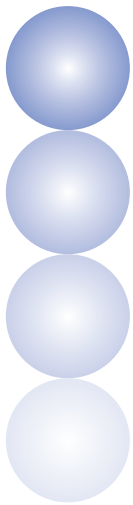


## 7.5.1. Motivaciones para el consumo de TABACO

El enfoque de género que se ha dado a las investigaciones permite identificar las motivaciones del inicio y mantenimiento de la dependencia tabáquica, conducta que hasta mediados del siglo pasado era exclusiva de los hombres. La conquista del ámbito social por las mujeres les exige reproducir las conductas propias de éste, por eso el tabaco fue percibido como símbolo de la independencia femenina, la igualdad entre sexos, el atractivo y el éxito social (Artazcoz, L. y Borrell, C. 2007).

¿Sabías que... los motivos para comenzar a fumar son diferentes en chicos y chicas?

Motivaciones para iniciarse en el tabaquismo	
<b>Hombres</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Búsqueda de nuevas sensaciones (Becoña, E. y Vázquez, F. L. 2000).</li></ul>
<b>Mujeres</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autoestima.</li><li>• Estrés.</li><li>• Los problemas con el peso corporal.</li><li>• La preocupación por la autoimagen (Becoña, E. y Vázquez, F. L. 2000).</li></ul>
Motivaciones para seguir fumando	
<b>Mujeres</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El temor a engordar para no perder la delgadez como requisito estético y como vía para tener éxito social (Tubert, S. 2005).</li></ul>

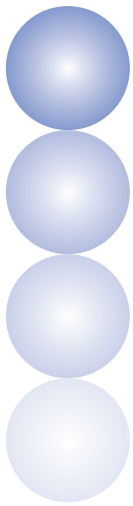


## 7.5.2. Motivaciones para el consumo de ALCOHOL

El abuso de alcohol por parte de las mujeres se relaciona con los siguientes factores (Rubio, G, y Blázquez, A. 2000):

<b>Factores biológicos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Historia familiar de alcoholismo.</li><li>• Mayor vulnerabilidad biológica a los efectos del alcohol.</li></ul>
<b>Factores psicosociales</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Convivencia con pareja alcohólica.</li><li>• Dependiente de otras drogas.</li><li>• Presencia de patología psiquiátrica (depresión, tentativas de suicidio, abuso de otras sustancias, trastornos de la alimentación).</li><li>• Disfunciones sexuales y consumo de drogas durante la adolescencia.</li><li>• Acontecimientos vitales estresantes (abusos y malos tratos durante la infancia y la adolescencia).</li><li>• Conflictos de pareja y/o rupturas familiares.</li><li>• Consumo de alcohol como conducta evasiva.</li><li>• Padecido abusos sexuales durante la infancia (Wiinfield, L. et al. 1990).</li></ul>

Por otra parte, aproximadamente el 40% de las mujeres con problemas con el alcohol que se incorporan a tratamiento, presentan diversos trastornos psiquiátricos, fundamentalmente depresión mayor y trastornos de ansiedad, por lo que se especula que sea una posible causa del alcoholismo femenino.



### 7.5.3. Motivaciones para el consumo de TRANQUILIZANTES

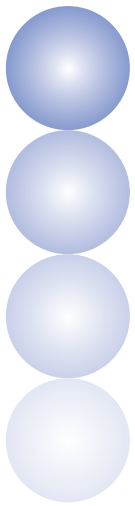
Las motivaciones femeninas para consumir psicofármacos (tranquilizantes, somníferos, ansiolíticos, etc.) se relacionan con la necesidad de **evitar cierta sintomatología, como el estrés, la angustia, el nerviosismo, la tristeza o las dificultades para dormir**, que se derivan de sus responsabilidades familiares y/o de la compatibilidad del trabajo dentro y fuera del hogar.

### 7.5.4. Motivaciones para el consumo de OTRAS DROGAS

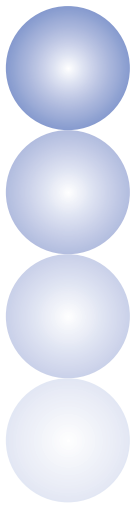
Las mujeres tienen motivaciones diferentes para iniciarse en el consumo de drogas ilegales y para continuar consumiendo (Dawson, D. A. 1996). Sus consumos suelen tener que ver con relaciones con parejas adictas.

Además, los obstáculos para conseguir el éxito del tratamiento difieren según el sexo, debiendo las mujeres afrontar más situaciones que amenazan el buen resultado (Jarvis, T. J. 1992, Hodgins, D. C. et al. 1997, Smith, W. B., Weisner, C. 2000) porque dificultan el acceso y la continuidad del tratamiento de las mujeres. A continuación exponemos los más relevantes:

- Las mujeres perciben que los programas no ofrecen servicios que respondan a sus necesidades sociales y personales (Longshore y cols. 1003).
- Destacan la falta de servicios de atención a sus hijos e hijas (guarderías) mientras ellas están en tratamiento, así como la orientación y formación sobre la crianza y educación en la infancia (Nelson-Zlupko y cols. 1996; Westermeyer y Boedicker, 2000).
- Ellas viven con sus hijas e hijos y son las responsables de sus cuidados sin ningún tipo de apoyo (McMahon y cols, 2005). Son su principal fuente de motivación para ponerse en tratamiento (Faulpe y Hanke, 1993) pero a la vez la mayor dificultad para continuar (Grella y Joshi, 1999).



- Las parejas cuando son consumidoras de drogas pueden interferir en el contacto e inicio del programa de tratamiento y no prestar el apoyo que necesitan o, incluso, oponerse a la realización del mismo (Eldred y Washington, 1976; Angli y cols. 1987; Jarvis, 1992; Grella y Joshi, 1999).
- Las mujeres pueden no acceder a los tratamientos porque temen perder la relación con su pareja, porque ellos no comparten la decisión de abandonar el consumo, o porque imaginan que los/las profesionales les pueden aconsejar la ruptura con su compañero. En otras ocasiones, tienen menos conocimientos de los recursos y servicios existentes, puesto que su consumo puede ser privado y supeditado a su pareja.
- Tienen menos apoyo familiar o social para realizar un tratamiento, ya que muchas han abandonado las relaciones familiares casi al comienzo de su consumo, encontrándose aisladas y sin redes de apoyo. (Robinson, 1984; Boyd y Guthrie, 1995; O'Dell y cols. 1998; Curtis-Boles y Jenkins-Monroe, 2000).
- Las propias mujeres con drogodependencia pueden considerar que su consumo no es un problema prioritario porque viven otros problemas que requieren una resolución más inmediata, como la violencia y el maltrato (Brown y cols. 2000; Farris y Fenaughty, 2002).
- La estigmatización social de las mujeres con problemas de drogas, por transgredir los comportamientos asignados a las mujeres, supone un obstáculo para que se pongan en contacto con la red de tratamiento por el miedo al juicio moral hacia ellas (Hedrich, 2000).
- Acuden en mayor medida al sistema de salud, generalmente a los servicios de atención primaria, y pueden ocultar sus problemas con el consumo de sustancias (Forth-Finegan, 1991; Jarvis, 1992).

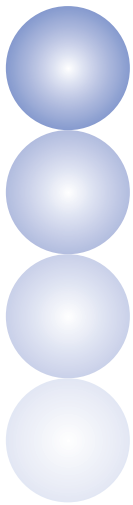


- Dicha estigmatización genera importantes sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima que también operan como obstáculos en el acceso a la red de atención a las drogodependencias. La posible descalificación como una mala madre y las consecuencias que ello puede conllevar, como la pérdida de la custodia de los hijos e hijas es una importante razón para no ponerse en contacto e iniciar el tratamiento o, por el contrario, ser la principal motivación (Jarvis, 1992; Grella y Joshi, 1999; Ferrari y cols. 1999; Hedrich, 2000) en la demanda del tratamiento.
- Deterioro de su estado de salud, tanto físico como psíquico, manifestándose en ellas el sentimiento de impotencia, incapacidad y fracaso personal para comenzar un cambio.
- Condiciones de vida desfavorables, con bajos ingresos, comportamientos de alto riesgo para su salud y un estilo de vida precario. Aunque estas situaciones pueden darse en los varones, en el caso de las mujeres se relacionan con otros factores, como el estigma social o los sentimientos de culpa y vergüenza, lo que supone una mayor dificultad para el inicio del tratamiento (Goldberg, 1995; Hedrich, 2000).

A pesar de estas diferencias, lo cierto es que tanto los instrumentos diagnósticos como los métodos de tratamiento siguen un modelo de comportamiento masculino. Por esta razón, desde diferentes ámbitos se reclamado la importancia de mejorar la investigación, los diagnósticos en las mujeres y el desarrollo de programas de tratamiento sensibles a las diferencias de género.

## 7.6. Drogas y violencia de género

### 7.6.1. ¿Qué es violencia de género?



La Organización Mundial de la Salud entiende por violencia de género **todo comportamiento que, en una relación de pareja, cause perjuicio físico, psicológico o sexual a quienes mantienen esa relación** (OMS, 2006). Comprende actos de agresión física (abofetear, golpear, patear), maltrato psicológico (intimidación, denigración o humillaciones constantes), relaciones sexuales forzadas o cualquier otro comportamiento controlador (aislar a una persona de sus familiares y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o a la ayuda).

La violencia afecta a las mujeres independientemente de la cultura, clase social, etnia, educación y orientación sexual. Estudios realizados revelan que a nivel mundial, al menos el 25% de las mujeres han recibido abusos.

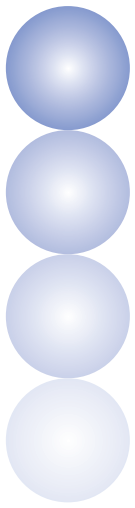
La violencia contra las mujeres se revela como importante tema social y sanitario, por su magnitud tanto desde el punto de vista de las repercusiones en la morbilidad-mortalidad de las mujeres, como del impacto social de la consecuencia en términos de calidad de vida.

## 7.6.2. Teorías explicativas de la violencia de género

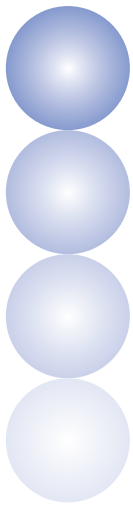
Aunque existen diferentes teorías explicativas de la violencia de género, cada una de las cuales otorga un mayor peso a determinado tipo de factores, hay un consenso básico a la hora de considerarlo como un fenómeno multideterminado. Entre los **factores explicativos de la violencia de género** se incluyen los siguientes:

### Socioculturales

- Actitudes tradicionales ante el rol de la mujer.
- Cambios en las normas sociales y culturales.
- Sistemas de creencias patriarcales.
- Sexismo.
- Tolerancia frente a la violencia, etc.



<b>Familiares</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conflictividad familiar.</li><li>• Pobreza y carencia de recursos.</li><li>• Estrés y frustración familiar.</li><li>• Falta de apoyo social.</li><li>• Conflictos de intereses.</li><li>• Luchas de poder en la pareja, etc.</li></ul>
<b>Relacionados con los agresores</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abuso de alcohol/drogas.</li><li>• Modelos violentos de conducta.</li><li>• Exposición a la violencia en la niñez.</li><li>• Trastornos mentales.</li><li>• Personalidad y conductas antisociales.</li><li>• Necesidad de ejercer el poder y el control.</li><li>• Dependencia personal.</li><li>• Baja tolerancia a la frustración.</li><li>• Pobre control de impulsos, etc.</li></ul>
<b>Relacionados con las víctimas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personalidad dependiente.</li><li>• Baja autoestima.</li><li>• Déficit de apoyo social y estrategias de afrontamiento personal.</li><li>• Maltrato y/o abusos sexuales en la familia.</li><li>• Acontecimientos vitales estresantes.</li><li>• Dependencia económica, etc.</li></ul>



En el campo socio-sanitario, es necesario reconocer a las mujeres en situación de violencia, lo que comprende considerar factores que las expone al riesgo de agresión, tales como el consumo de alcohol y drogas. Encontrándose con mayor frecuencia el uso de alcohol en los varones maltratadores y en menor proporción el uso de drogas; en el caso de la mujer, la situación de violencia, la coloca en mayor riesgo para el uso de sustancias tóxicas incluyendo fármacos.

El uso indebido de drogas se constituye en “factor desencadenante” cuando propicia violencia en el ámbito familiar, o en “efecto” en tanto las drogas se convierten en refugio o escape de una persona para sobrellevar situaciones de violencia familiar.

La violencia sexual, física y/o psicológica, muchas veces está encubierta. Son expresadas por las mujeres a través de quejas de dolores crónicos y sin causa aparente. Por ello se debe estar preparado para acoger las demandas de las mujeres para que se les pueda prestar una atención digna e integral.

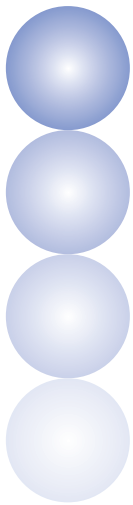
Numerosas evidencias científicas confirman la relación existente entre el **consumo de alcohol**, en especial con un patrón abusivo, y la violencia contra la pareja, que, según diferentes estudios realizados en España (Generalitat Valenciana, 1990, Instituto Vasco De La Mujer, 1991, Sánchez, L. 2003, Sánchez, L. et al. 2004), estaría **presente entre el 30% y el 50% de los casos de violencia de género** estudiados.

Los **mecanismos de influencia del consumo de alcohol** sobre la violencia son complejos. Algunas teorías apuntan a los efectos farmacológicos del alcohol, que actuaría desinhibiendo los mecanismos que inhiben las conductas violentas y disminuyendo la capacidad de juicio y la percepción del riesgo asociado a ciertas conductas violentas.

Conviene tener en cuenta que el consumo de alcohol es esgrimido en ocasiones por parte de los agresores como atenuante de su responsabilidad penal o civil por los actos violentos cometidos, circunstancia que podría contribuir al sobredimensionamiento de su influencia real sobre la violencia de género.

Una publicación reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) confirma la relación entre el consumo de alcohol y la violencia infligida por la pareja, incrementando la frecuencia y la gravedad de los actos de violencia.

- El consumo de alcohol afecta directamente a las funciones cognitivas y físicas y reduce el autocontrol, por lo que los individuos son menos capaces de hallar una solución no violenta a los conflictos relacionales.



- El consumo excesivo de alcohol por uno de los miembros de la pareja puede agravar las dificultades económicas, los problemas del cuidado de los hijos, la infidelidad y otros estresores familiares. Ello puede generar tensión y conflictos conyugales e incrementar el riesgo de que se produzcan actos violentos entre los miembros de la pareja.
- La creencia individual y social de que el alcohol genera agresividad puede alentar a comportarse violentamente después de haberlo consumido y a consumirlo como disculpa por estos comportamientos.
- Ser víctima de la violencia en una relación puede conducir a beber alcohol como método de afrontamiento o para automedicarse.

### 7.6.3. Consecuencias de la violencia de género

Entre las **consecuencias de la violencia de género** la OMS destaca:

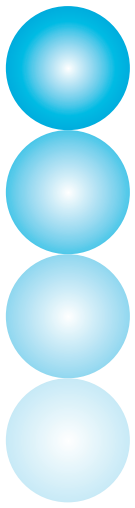
- **Efectos sobre la salud de la víctima**, que en algunas mujeres pueden causar complicaciones del embarazo o abortos.
- **Problemas emocionales** que conducen al suicidio, ideas suicidas, depresión y al consumo de alcohol u otras drogas como modo de afrontamiento.
- En los casos graves, **las lesiones provocadas pueden ser mortales**.
- **Problemas sociales** que afectan a las relaciones con familiares, amigos y futuras parejas y a su capacidad de trabajar o estudiar.
- Los **niños testigos** de actos de violencia de género, además de sufrir daños físicos y emocionales, tienen más probabilidad de presentar comportamientos violentos y delictivos en la infancia y de consumo abusivo o dependencia del alcohol a edades más tardías, elevando su riesgo de convertirse en perpetradores de actos violentos.
- Incremento en los **costes sanitarios**: tratamientos quirúrgicos, aumento de las consultas médicas, estancias hospitalarias, gastos de farmacia y consultas a servicios de salud mental.
- Otros **costes económicos**: acciones judiciales, servicios de apoyo a las víctimas, pérdida de ingresos y derivados de los costes emocionales.

# Capítulo 8.

## Papel del Mediador Juvenil: marco referencial y ámbitos de actuación

### En este capítulo trataremos:

- ▣ Las características de las diferentes denominaciones que reciben los mediadores según el ámbito o el sector de población sobre los que actúan.
- ▣ La población mediadora, algunos contenidos y programas que han demostrado ser efectivos en los ámbitos de intervención comunitario, educativo, familiar, laboral y del ocio y tiempo libre.
- ▣ Las características personales y sociales, el rol y las funciones deseables en los mediadores juveniles.
- ▣ Las causas, el análisis de la estructura, los tipos y la forma de abordar los conflictos en una mediación.
- ▣ Las habilidades y los conocimientos que han de tener los mediadores juveniles para llevar a cabo intervenciones exitosas en el ámbito de la prevención de las drogodependencias.
- ▣ El estilo de comunicación asertivo/empático que ha de tener el mediador en toda mediación.
- ▣ Consejos sobre qué hacer y qué no hacer al hablar de drogas en el ámbito de la prevención.
- ▣ Un procedimiento de análisis de la realidad que ayudará al mediador a afrontar y resolver las dificultades que puedan surgir en cualquier intervención.
- ▣ Lo que debe hacer un mediador ante un consumo de drogas de los menores con los que interviene.



## 8.1. ¿Quién es el mediador?

El **mediador** es una persona que, como parte neutral, actúa como facilitador para asistir en la resolución de un conflicto entre dos o más partes: facilita la comunicación entre las partes y les ayuda para que se concentren en los verdaderos problemas del conflicto y en buscar opciones o alternativas para lograr el acuerdo que satisfaga a las partes.

A partir de esta definición de “mediador” aplicable en ámbitos tan diferentes como el empresarial o de las organizaciones, familiar o social, podemos profundizar en denominaciones más específicas de éste ámbito social, denominaciones que dependen de los sectores de población en los que actúan.

A continuación exponemos la terminología que podemos encontrar en la bibliografía actual, aclarando que, en algunas descripciones, los límites entre estas definiciones se solapan:

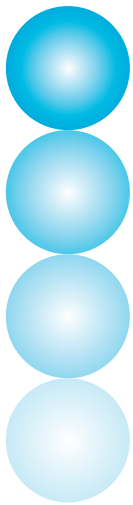
### 8.1.1. Mediador social

El mediador social es aquella persona que ocupa un lugar estratégico en la sociedad y ello le permite (Comas, 1989):

- Movilizar a ciertos sectores de la comunidad.
- Recibir información de carácter científico e institucional.
- Transmitir esa información de una forma eficaz y comprensible a determinados colectivos que, de otra manera, no recibirían intervenciones o no estarían en condiciones de asumirla, codificarla y utilizarla.

### 8.1.2. Mediador comunitario

La Guía de buenas prácticas (2008), define a los mediadores comunitarios como todas aquellas personas que pueden actuar como agentes de transmisión bidireccional entre la comunidad amplia y los técnicos especializados en prevención.



Como tales, ejercen una función social mediadora en la comunidad y pueden potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con las drogas, a los que se exponen los grupos y personas que conforman la población destinataria final.

En general, se trata de personas respetadas en la comunidad por su competencia profesional, autoridad o ascendencia sobre los miembros de la comunidad en general o sobre un sector en particular. Su intervención en un proyecto de prevención comunitaria puede favorecer la visibilidad del mismo así como su credibilidad, pudiendo ser participantes directos en la implementación.

### 8.1.3. Mediador natural versus mediador profesional

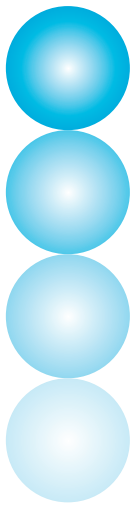
Los **mediadores naturales** no se definen por su actividad profesional, sino por su función social natural: padres y madres, o tutores, así como otras personas voluntarias que ejercen tareas de mediación en el ámbito del ocio, la juventud, las actividades deportivas, grupos parroquiales, etc.; en contrapunto con los **mediadores profesionales** que, como su nombre indica, son personas que pueden pertenecer a alguno de los siguientes grupos, según la Guía de buenas prácticas (2008):

- Responsables y planificadores políticos, con capacidad para tomar decisiones relevantes en prevención.
- Profesionales de la intervención social, como dinamizadores de procesos de desarrollo comunitario.
- Otros profesionales especializados en atención y mediación comunitaria.

### 8.1.4. Mediador recreativo o cultural

En el estudio de Calafat y col. (2007), se crea el término de mediadores recreativos o mediadores culturales para denominar a profesionales con una relación de proximidad a los jóvenes dentro del espacio recreativo. Los grupos de profesionales que participan en el estudio son los siguientes:

- **Profesionales de la industria recreativa:** están directamente relacionados con los locales y eventos recreativos creados para los jóvenes. Se trata de gerentes de locales, disc jockeys, relaciones públicas de discotecas, camareros, etc.

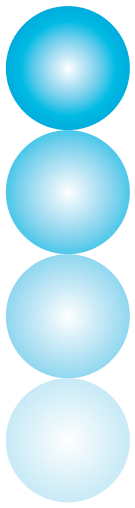


- **Profesionales de los medios de comunicación juveniles:** contribuyen a crear estilos de diversión, identidades, valores, a difundir los eventos más importantes de la ciudad para los jóvenes. Son los que entrevistan, promocionan, comentan y hacen difusión de actores, intérpretes famosos, músicos..., con capacidad de convertirlos en los líderes de los jóvenes.
- **Profesionales de los servicios sociales y programas preventivos:** trabajadores sociales y educadores que trabajan con jóvenes, algunos de ellos directamente en espacios de ocio, otros haciendo prevención dentro del ámbito recreativo. Algunos de ellos trabajan con jóvenes en situación de riesgo o como animadores socioculturales. Estos agentes se han considerado fundamentales porque, aunque indirectamente, también participan en el contexto recreativo, además están estratégicamente situados para mediar dentro del vínculo diversión-drogas, haciendo prevención.
- **Responsables de asociaciones juveniles dedicadas a actividades de ocio y tiempo libre:** parece ser que estos profesionales contribuyen a crear actividades de diversión distintas a 'salir de marcha' para consumir alcohol u otras drogas pero que también conocen, participan e interaccionan con esa forma de diversión.

### 8.1.5. Monitor de ocio y tiempo libre juvenil

El monitor de ocio y tiempo libre (educador de actividades de tiempo libre o educador de centros de vacaciones, denominaciones según las diferentes CC.AA.) es un agente educativo no formal con una clara intencionalidad en sus objetivos: Educar en, desde, y para ese tiempo liberado, desde un punto de vista integral de la persona, donde la comunicación, la creatividad, la diversión, el respeto, la relación y la participación colectiva son ejes esenciales (Carnero, 2006). Otras características son:

- Trabaja en el espacio de tiempo liberado de los compromisos socio-familiares, laborales, escolares, que se ha denominado de Ocio y Tiempo Libre. Y aunque se encuentra fuera de las reglas y normas determinadas, en estos espacios está predeterminado el qué hacer, cómo llevarlo a cabo y cuánto realizar.
- Facilita la realización de proyectos y actividades singulares que no se dan en el acontecer diario.
- Desarrolla su trabajo con un colectivo poblacional delimitado, un pequeño grupo de chicos/as, definido por características psico-sociológicas referenciales que ha de concretar en cada intervención, con una función esencial de acompañamiento y facilitando su seguridad en todos los sentidos y aspectos, sirviendo de modelo referencial con



su “presencia” y en espacios físicos singulares, ya sea en la naturaleza o en contextos urbanos, con una significativa intensidad de convivencia.

- Su tarea la desarrolla normalmente en equipo, con otros monitores en una relación de igualdad (coordinados por y con otra figura, que asume las funciones de coordinación/dirección del grupo, planificación y representación), aunque también, y en ocasiones, puede desarrollar su acción personalmente de forma casi autónoma, desarrollando talleres o actividades concretas dentro de un marco institucional o un proyecto más amplio.

A nivel de categorías profesionales, corresponde a actividades de: Actividades extraescolares, Talleres, Aulas de estudio, Programas y proyectos en el medio natural, Servicios de acogida, Transporte Escolar, Refuerzo en la aula, Comedores, y de otros asimilables dentro y fuera del marco escolar.

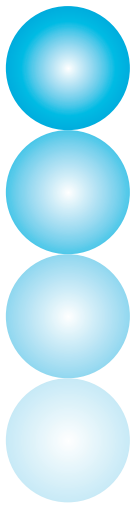
**¿Sabías que... en este campo formativo y profesional, las Escuelas de Animación y Educación en el Tiempo Libre de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (Decreto 36/1999 de 26 de mayo) establecen diferentes niveles y cursos de formación**

Sí, son estos:

- Primer nivel: Monitor/a de Tiempo Libre.
- Segundo nivel: Director/a de Tiempo Libre y Animador/a Juvenil

## **8.1.6. Animador sociocultural**

El perfil del Animador Sociocultural se encuentra poco definido, lo que lleva al solapamiento de competencias y a la confusión. Sara de Miguel (1995) trata de establecer este perfil a partir del análisis del concepto, objetivos, funciones y modalidades de la Animación Sociocultural y aportando esta definición integradora:



**“La Animación Sociocultural es un método de intervención, con acciones de práctica social, dirigidas y destinadas a animar, ayudar, dar vida, poner en relación a los individuos y a la sociedad en general, con una adecuada tecnología, y mediante la utilización de instrumentos que potencien el esfuerzo y la participación social y cultural”.**

Los **campos de la Animación Sociocultural** son muy variados ya que es un modo de educación que abarca a la sociedad de manera global:

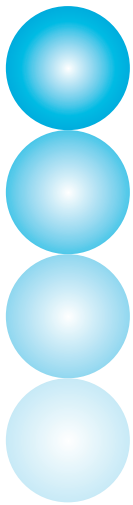
- Animador sociocultural. Animador cultural.
- Animador comunitario.
- Animador de centro de atención social o sanitario.
- Animador de tiempo libre.

Mediante un período de adiestramiento y adaptación, se pueden conseguir diferentes especializaciones como son:

- Animador por sectores de edad (niños, jóvenes, ancianos, mujeres, adultos, etc.).
- Animador de grupos con dificultad social (discapacitados, ancianos, menores, marginación, inmigración, etc.).
- Animador de barrio.
- Animador de centros de atención sanitaria (hospitales, psiquiátricos, etc.).
- Animador de equipamientos sociales (centros de día, residencias, residencias asistidas, centros de menores, cárceles, etc.).
- Animador de equipamientos culturales (museos, bibliotecas, centros culturales, etc.).
- Animador de equipamientos de tiempo libre (parques naturales, centros deportivos, actividades al aire libre (parques naturales, centros deportivos, actividades al aire libre y en la naturaleza, centros de recursos, ludotecas, etc.).

Fuente: *Técnico Superior en Animación Sociocultural. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte*

## 8.1.7. Animador Deportivo



La ocupación de Animador Deportivo se desarrolla en empresas o entidades dedicadas a la gestión del ocio en general, y con una importante presencia en el sector turístico.

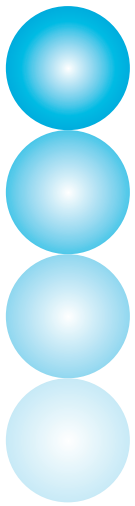
Los distintos **tipos de empresas y entidades donde puede desarrollar su trabajo** son:

- Empresas de servicios deportivos
- Patronatos deportivos o entidades deportivas municipales
- Clubes o asociaciones deportivas
- Clubes o asociaciones de carácter social
- Empresas turísticas
- Grandes empresas con servicios deportivos para sus empleados
- Centros geriátricos o de carácter social
- Federaciones deportivas
- Organismos públicos de deportes

Fuente: *Técnico superior en Animación de Actividades Físicas y Deportivas. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte*

El Animador Deportivo se ocupa de organizar, promocionar, apoyar y participar directamente en todas las actividades de carácter deportivo que se desarrollen en un centro deportivo. Es responsable de que se cumplan los programas deportivos establecidos, para ello:

- Concreta los objetivos, los contenidos, los medios, los métodos, la temporalización y la evaluación de las actividades.
- Dirige y asesora a individuos o grupos en la realización de actividades físico-deportivas de carácter recreativo.
- Enseña las técnicas propias de las actividades utilizando los equipos y el material adecuado.
- Garantiza la disponibilidad y supervisa la puesta a punto de instalaciones y medios.



## 8.2. Ámbitos de intervención del mediador

El **Plan Regional sobre Drogas 2007-2010** de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, establece como una de sus prioridades en el área de Prevención de Drogodependencias “impulsar la formación de los profesionales y mediadores en prevención de drogodependencias” en cada uno de los ámbitos de intervención, considerando así la figura del mediador como una pieza clave en la prevención de las drogodependencias.

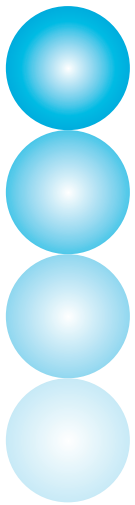
De la *Guía de buenas prácticas. Calidad en la prevención de drogodependencias en la Región de Murcia*, extraemos de cada uno de los diferentes ámbitos de intervención la población mediadora, los contenidos, en qué consiste y las características de los programas que han demostrado efectividad:

### 8.2.1. Ámbito Comunitario

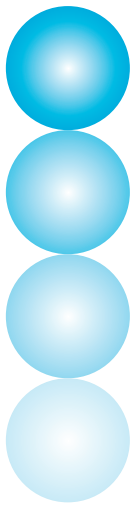
Las actuaciones del mediador en el ámbito comunitario deben adoptar un **enfoque global, comprensivo, multisectorial y multidisciplinar**, que integre la consideración de los principales factores de riesgo en una comunidad local.

Algunos **ejemplos de actuaciones** en el ámbito comunitario pueden ser:

- **Dar a conocer a la comunidad las características y dimensiones del problema** o situación que se pretende modificar explicando de qué forma este problema concierne a cada parte, a través de:
  - » La difusión, por todos los medios viables, de la situación que se pretende modificar. Por ejemplo, si se ha realizado un estudio sobre la realidad de la zona en relación a los factores de riesgo y los factores de protección que inciden en el uso/abuso de drogas en la comunidad, dará a conocer los resultados del estudio realizado, para lo cual:
    - a) podrá elaborar un resumen de los resultados obtenidos.
    - b) los entregará a todos los recursos / mediadores significativos de la comunidad.
  - » La realización de una convocatoria a los medios de comunicación locales.



- » La realización de una campaña de sensibilización en medios de comunicación.
- » La difusión de las mejoras obtenidas tras la aplicación de programas o actuaciones anteriores.
- **Promover la creación y velar por el mantenimiento activo de una plataforma o mesa de coordinación en la que estén representadas todas las instancias comunitarias implicadas, para definir un programa de actuación concreto.** Esta actividad puede desglosarse en:
  - » La convocatoria a la participación de todos los mediadores. Esto implica convocar una reunión conjunta con los mediadores significativos de la comunidad (institucionales y no institucionales) para valorar la posición de la comunidad en relación a la situación que se quiere modificar (recursos, problemática asociada, dificultades, etc.)
  - » La valoración conjunta de las necesidades en función del estudio realizado, sin desestimar las necesidades percibidas por parte de las personas mediadoras.
  - » Promover la propuesta de actividades que respondan a las necesidades existentes.
  - » Analizar propuestas de actuación surgidas y ponderarlas con la evidencia de efectividad disponible.
  - » Priorizar las actuaciones en base a las necesidades, a los recursos disponibles y a la evidencia de eficacia.
  - » Planificar las actividades de intervención locales (por sectores: barrios o distritos; y por ámbitos de intervención según sean los objetivos del programa, pero en general deberá integrar los ámbitos: escolar, familiar, ocio y tiempo libre, medios de comunicación, laboral y servicios sanitarios).
  - » Colaborar con todas las entidades e instituciones en la elaboración, diseño y ejecución de sus actividades sectoriales.
  - » Promover la implicación activa de cada miembro de la plataforma en el programa a lo largo de su desarrollo, mediante la convocatoria periódica de reuniones, en las que cada parte pueda informar de los avances realizados, dificultades encontradas, soluciones adoptadas, etc.
- Ofertar y realizar cursos de formación para mediadores o agentes preventivos de la comunidad.



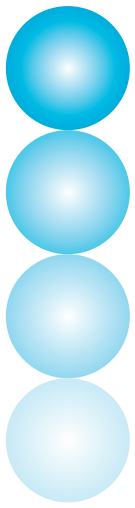
¿Sabías que... una de las actuaciones de los mediadores comunitarios es impartir cursos de formación a mediadores?

## 8.2.2. **Ámbito educativo**

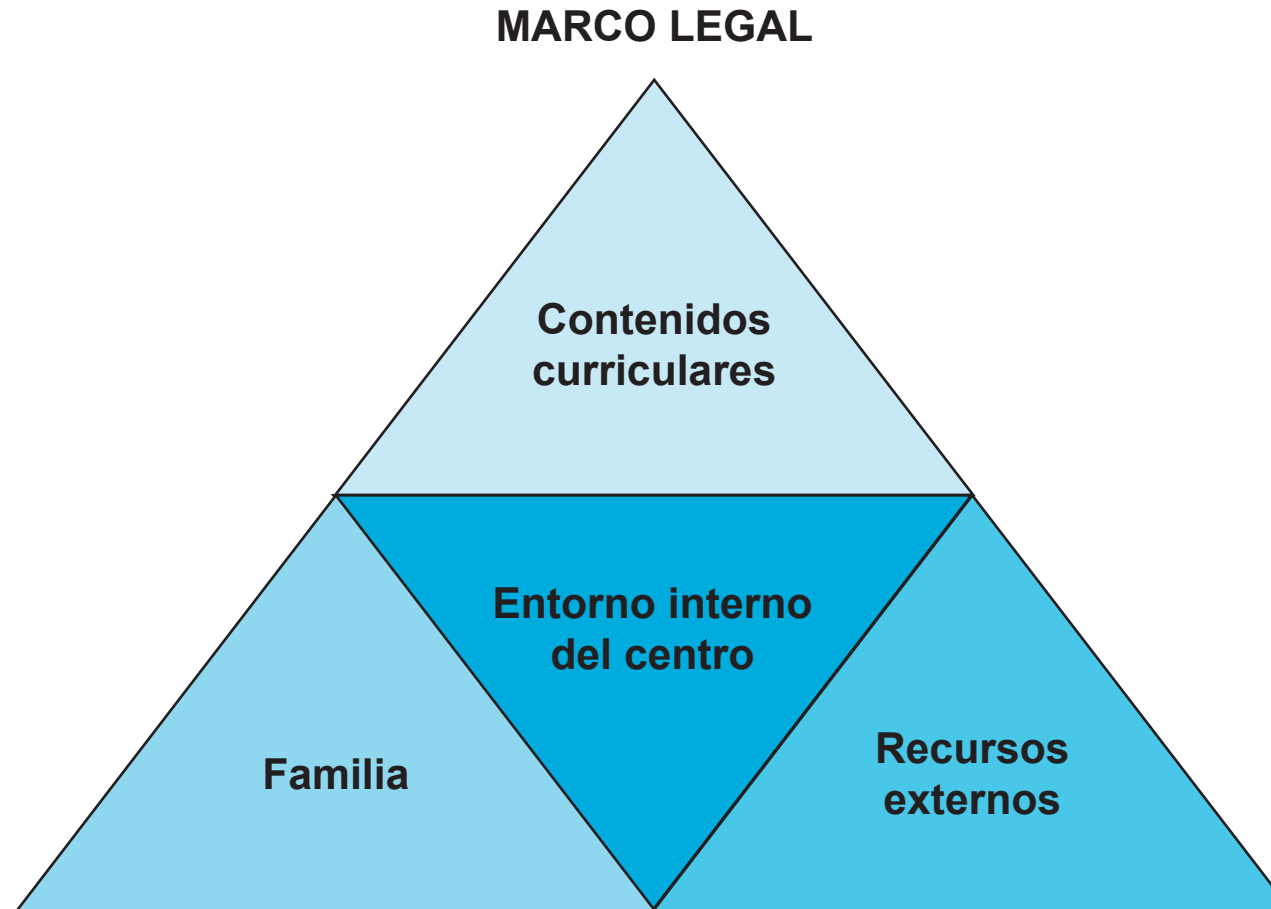
La **población mediadora** dentro del ámbito educativo abarca a:

- Profesionales mediadores: **educadores o profesionales de la salud** adecuadamente formados en educación sobre drogas.
- **Iguales que ejercen funciones de mediación.** Se trata de personas de la misma edad que el alumnado o ligeramente mayores, que han sido adecuadamente formados en educación sobre drogas.
- **Padres/madres** o tutores, cuya participación en los programas escolares puede mejorar los resultados obtenidos.

Las **actuaciones** del mediador en el ámbito educativo deben estar **integradas dentro del Proyecto Educativo de Centro** y formar parte de un enfoque global de Promoción y Educación para la Salud. Estas actuaciones deben articularse en cuatro dimensiones:



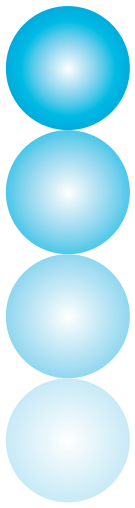
## Cuatro dimensiones de intervención para los programas de educación sobre drogas



Fuente: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y Ministerio de Sanidad y Consumo, en prensa.

Estas **dimensiones** que debe tener en cuenta el mediador a la hora de desarrollar sus actuaciones en el ámbito escolar, son las siguientes:

- **Desarrollo del programa curricular en el marco que ofrece el plan de estudios del centro.** Esta dimensión requiere la introducción de contenidos curriculares y métodos educativos de probada eficacia: combinación del modelo de influencia social con otros componentes, como el entrenamiento en competencias sociales genéricas, así como la



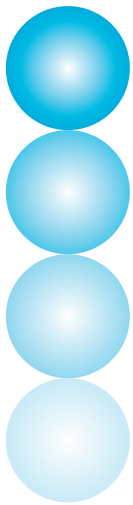
información basada en la evidencia de los efectos y riesgos, especialmente a corto plazo, del consumo de las drogas con mayor prevalencia entre la población adolescente.

- **La disposición de una política interna de centro que fortalezca la promoción de la salud y la educación sobre drogas.** Esta dimensión incluye asegurar: la existencia de un entorno físico y psicosocial de apoyo a los contenidos curriculares; la adopción de un marco normativo que no solo vele por el cumplimiento de la legislación vigente en lo referido a las drogas, sino también una concienciación del papel modélico del profesorado en lo referido al consumo de alcohol y tabaco dentro del centro y en su entorno físico (accesos y alrededores); y el desarrollo de vínculos afectivos positivos entre el profesorado y el alumnado.
- **Involucrar a las familias, buscando formas de acercamiento que aseguren la máxima participación de madres y padres en los programas de educación sobre drogas.** Esta dimensión implica ir más allá de la convocatoria de charlas o talleres para madres y padres, mediante el planteamiento de actividades educativas que el alumnado debe realizar en familia; el establecimiento de contactos entre tutores y madres/padres; y el desarrollo de actividades de acercamiento a las familias más expuestas a factores de riesgo.
- **Fomentar la coordinación con agentes extra-escolares existentes en el entorno inmediato.** Esta dimensión implica conocer, contactar y coordinar actividades con los recursos comunitarios existentes alrededor del centro escolar, como son los servicios sociales, los recursos deportivos municipales, el centro de salud, los cuerpos de seguridad local y otros servicios y recursos comunitarios.

### 8.2.3. Ámbito familiar

La población mediadora dentro del ámbito familiar abarca a:

- **Profesionales mediadores:** profesionales de la educación (especialmente tutores), profesionales especializados en salud mental (psicólogos, psiquiatras), trabajadores sociales, y profesionales de la salud; así como padres pertenecientes a asociaciones de madres y padres de alumnos con profesiones que los capaciten para tales actuaciones. Todos estos profesionales deben haber recibido formación post-graduada específica y de calidad en educación y prevención del uso de drogas y problemas asociados.
- **Personas de apoyo:** si el programa contempla proporcionar servicios de apoyo y refuerzo de la participación parental,



deberá prever la incorporación de personas responsables de realizar estas tareas. Pueden estar contratados como profesionales o participar de forma voluntaria. Sus perfiles pueden variar en función de las necesidades (cuidadores infantiles, mediadores sociales, servicio de catering, miembros de asociaciones, padres/madres motivados para colaborar, u otros).

Las actuaciones en el ámbito familiar se centran en dotar de herramientas e involucrar a los padres y madres en el desarrollo de actitudes, conductas, habilidades de gestión familiar y actuaciones necesarias para ejercer su función educadora, mediadora y promotora de estilos de vida saludables que favorezcan la prevención del consumo de drogas en sus hijos/as.

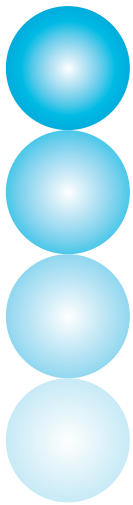
Algunas de las **actuaciones** que se pueden desarrollar con padres a través de mediadores son:

- Formación y **entrenamiento cognitivo-conductual** específicamente dirigido a padres y madres y **centrado en** los diversos aspectos relevantes relacionados con las drogas, los **factores de riesgo** que promueven su uso y los **factores de protección** para el desarrollo de problemas relacionados con su uso.
- Formación y entrenamiento cognitivo-conductual dirigido a padres y madres, al que se añade un componentes de formación y entrenamiento dirigido a los/as hijos/as; así como sesiones conjuntas de **entrenamiento paternofilial**. Según los resultados de algunas investigaciones, este enfoque conjunto resulta más efectivo que las intervenciones realizadas de forma independiente con padres por un lado e hijos por otro.
- Apoyo familiar de nivel selectivo e indicado para familias expuestas a mayor número de factores de riesgo, incluyendo enfoques de asesoramiento y asistencia basados en el **trabajo personalizado con todas las personas que integran la unidad familiar**. Se trabajan aspectos estructurales, funcionales y comportamentales.
- Apoyo complementario **a domicilio**, cuando la dimensión de las carencias y necesidades así lo requiere.

## 8.2.4. Ámbito laboral

La población mediadora dentro del ámbito laboral abarca a:

- **Profesionales mediadores:** Profesionales y equipos de Salud Laboral; responsables de Recursos Humanos;



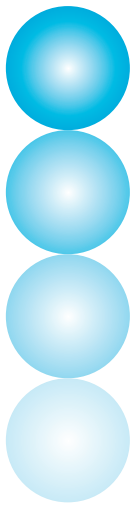
especialistas en Medicina de Empresa; responsables de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales; representantes sindicales, profesionales que trabajan en mutuas del trabajo; profesionales y equipos de Atención Primaria (del sistema Nacional de Salud, u otros recursos sanitarios públicos de ámbito autonómico o local).

¿Sabías que... los mediadores en el ámbito laboral son todos aquellos profesionales, sanitarios o no, que pueden estar en contacto con los trabajadores de una empresa o entidad?

Las actuaciones desarrolladas desde el medio laboral se centran en **prevenir, detectar precozmente o mejorar** significativamente todas aquellas **situaciones problemáticas en relación a las drogas que se pueden producir en la población trabajadora**. De este modo, fortalecen y complementan el impacto de otros programas preventivos desarrollados a través de la comunidad, la escuela y la familia.

Los **contenidos de algunas de las actuaciones** en éste ámbito son:

- Promover la adopción de **estilos de vida saludables** en toda la población laboral.
  - » Facilitar y promover el acceso de los trabajadores a una información veraz, clara y cercana sobre los riesgos asociados al uso de drogas y sobre las ventajas de adoptar estilos de vida libres de drogas.
  - » Capacitar a las personas que trabajan en la empresa para la adopción de opciones de vida más saludables. Para ello se desarrollarán programas de prevención universal centrados en la disminución del consumo de drogas legales e ilegales entre toda la población laboral y la disminución de las consecuencias negativas personales y laborales asociadas al uso de drogas.
  - » Introducir programas de prevención selectiva e indicada para apoyar los cambios personales en quienes se hallan en situación de mayor riesgo, con la finalidad de promover de forma eficaz cambios de estilos de vida problemáticos en relación a las drogas.
  - » Cuando las intervenciones preventivas de nivel universal, selectivo e indicado no hayan conseguido los resultados previstos, hay que contemplar la utilización de vías e instrumentos de derivación a recursos asistenciales



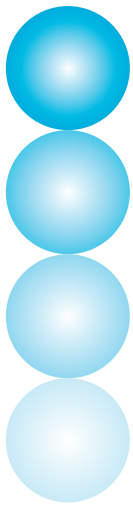
especializados, contando con la participación de los Comités de Seguridad y Salud, el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo, los Servicios de Prevención, u órganos competentes de ámbito autonómico.

- » Garantizar en todo momento la confidencialidad y los derechos personales y laborales.
- **Mejorar las condiciones medioambientales** dentro de la empresa.
  - » Facilitar y promover el acceso de los trabajadores a una información basada en la evidencia de efectividad para explicar qué clase de cambios son necesarios y por qué razones.
  - » Aprovechar el deseo natural de las personas de mejorar su entorno vital y laboral, para promover la percepción de necesidad de introducir un programa preventivo.
  - » Fomentar la introducción de las estrategias y los recursos corporativos necesarios para el adecuado abordaje de los problemas laborales en general, y aquellos relacionados con las drogas en particular.

## 8.2.5. Ámbito del Ocio y Tiempo Libre

La población mediadora dentro del ocio y el tiempo libre abarca a:

- Profesionales mediadores que trabajan específicamente con jóvenes y adolescentes (**directores y monitores de tiempo libre, trabajadores de calle, trabajadores sociales, agentes preventivos, profesionales que trabajan en medios de comunicación dirigidos a poblaciones juveniles, etc.**).
- **Iguales** que ejercen funciones de mediación. Se trata de personas de la misma edad o ligeramente mayores, que deben haber sido adecuadamente formados en educación sobre drogas, y que por su cercanía al grupo diana pueden facilitar la adopción de alternativas de ocio más saludables, o en los programas de reducción de riesgos, un consumo de drogas menos arriesgado (iguales voluntarios pertenecientes a asociaciones juveniles u otras ONG, etc.).
- Otras personas que ejercen su **trabajo en el marco de la industria recreativa** y que pueden desarrollar funciones de mediación social en contextos de ocio, como por ejemplo:
  - » Dispensadores de bebidas alcohólicas, camareros, etc.
  - » Gerentes de bares y discotecas.

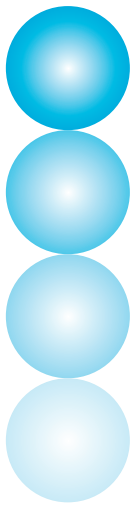


- » Personas que desarrollan proyectos de promoción cultural o deportiva.
  - » DJs (Disc Jockeys).
  - » Porteros de clubs y discotecas.
  - » Relaciones públicas.
  - » Músicos.
  - » Actores (especialmente de series de TV y películas).
  - » Productores de audio-visuales y promotores cinematográficos.
  - » Profesionales de los medios de comunicación general, y medios de comunicación dirigidos a población juvenil.
  - » Profesionales que crean o difunden elementos de consumo destinados a convertirse en símbolos de identidad juvenil (indumentaria, moda, vehículos, productos estéticos, música, etc.).
  - » Profesionales de las nuevas tecnologías de la comunicación.
  - » Publicistas, etc.
- Otros profesionales como aquellos que trabajan en servicios sanitarios y atienden a víctimas de accidentes de tráfico en los que ha intervenido el uso de alcohol u otras drogas (servicios de urgencias, servicios hospitalarios de traumatología, etc.).

Las **actuaciones en el ámbito del ocio y tiempo libre** se centran en desarrollar iniciativas de educación no formal y de sensibilización en los contextos de ocio donde adolescentes y jóvenes se dedican a disfrutar de su tiempo de ocio.

Estas actuaciones **abarcán tanto la organización de actividades de tiempo libre** (culturales, deportivas, de naturaleza, etc.), **como programas de reducción de riesgos y daños** también **en contextos** de ocio, especialmente **de ocio nocturno**. Algunas son:

- Desarrollo de actividades o eventos alternativos como fiestas “libres de drogas”, actividades culturales, deportivas o artísticas libres de drogas.
- Programas deportivos y recreativos cuando incluyen contenidos de prevención de drogodependencias.
- Propuestas orientadas a la aventura/exploración del entorno natural cuando incluyen contenidos de prevención de



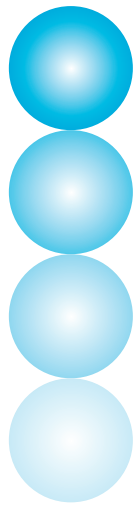
drogodependencias.

- Programas específicos para jóvenes en situación de riesgo.
- Programas alternativos de base escolar.
- Integración en opciones de servicios a la comunidad.
- Programas de reducción de riesgos en contextos de ocio normativo donde se produce el consumo.
- Programas de reducción de daños en contextos asistenciales donde se atienden problemas derivados del uso de drogas en contextos de ocio (servicios de urgencias, servicios hospitalarios de traumatología y rehabilitación, etc.).
- Actuaciones de información y sensibilización dirigidas a población que participa en actividades de ocio nocturno.
- Actuaciones de reducción del riesgo y del daño, en entornos de consumo.

## 8.3. Estatus, características, rol y funciones del mediador juvenil

Mediadores y mediadoras juveniles están ubicados entre la entidad y/o institución que trabaja en temas de educación no formal y el grupo de jóvenes. Su función esencial es hacer llegar a la población joven la información y/o formación en las mejores condiciones posibles que pueda propiciar su plena conciencia para ser protagonistas de su formación, intentando que dependan cada vez menos de la labor directa del mediador/a (Berenguer, 2010).

Algunas **características** de los mediadores:



<b>PERSONALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tener cierto grado de simpatía personal (no confundir con hacer gracia).</li><li>• Ser personas asertivas.</li><li>• Saber transmitir los mensajes.</li><li>• Saber escuchar a su/s interlocutor/es.</li><li>• Tener capacidad de empatía, es decir, saber ponerse en el lugar del otro.</li><li>• Capacidad para analizar problemas y tomar decisiones.</li><li>• Estar motivado para el desempeño de la mediación.</li></ul>	<b>SOCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tener un rol social definido.</li><li>• Actuar en el desempeño de este rol en condiciones de eficacia y reconocimiento público.</li><li>• Poseer una actitud positiva para la resolución de problemas sociales.</li><li>• Tener vinculación con redes, estructuras y grupos sociales formales e informales relacionados con la prevención de las drogodependencias.</li><li>• Saber actuar en grupo.</li></ul>
-------------------	--	-----------------	--

Fuente: adaptado de Berenguer (2010).

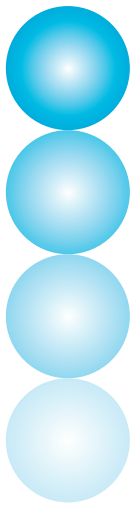
En el Manual del mediador “Informándonos para actuar” (2008) se detalla:

**Su rol como mediadores** en prevención presenta las siguientes características:

- Busca una dimensión comunitaria, es decir, recoge la preocupación social por el problema y actúa con las personas vulnerables, dinamiza a la comunidad para que sea posible la transformación de valores y actitudes positivas hacia la salud.
- Es el puente de conexión entre las instituciones de prevención y la comunidad.

Las **funciones** del mediador social son:

- Tener conocimiento real del medio en el que ejerce su rol.
- Dar a conocer esa realidad a los grupos sobre los que interviene.



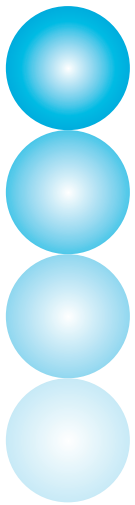
- Ayudar a tomar decisiones basadas en hechos reales y no en la presión que ejerce el grupo, la publicidad o los medios de comunicación.
- Contribuir a formar estilos de vida saludables.
- No olvidar nunca que sus acciones, opiniones y actitudes influyen en los demás, ya que son modelos de comportamiento.
- Ofertar alternativas de ocio y tiempo libre que tengan un carácter educativo.

**El mediador juvenil tendrá las características, el rol y las funciones descritas anteriormente en un contexto de trabajo con jóvenes y adolescentes, ya sean monitores, directores o animadores de tiempo libre, técnicos de juventud, educadores sociales, profesionales o voluntarios (Berenguer,2010).**

#### **Pero también hemos de reflexionar...**

Por otro lado y, como elemento no menos importante, en nuestro país las actitudes, creencias y conductas observables en los distintos grupos de mediadores que ejercen su trabajo en el ámbito del ocio juvenil están lejos de lo deseable. Así un estudio de Calafat y colaboradores (2005), muestra como:

- La mayoría (62%) de estos mediadores se embriaga de vez en cuando.
- El 38,5% consume, por lo menos ocasionalmente, cannabis.
- El 25% consume otras drogas ilegales al menos de forma ocasional.
- Las creencias de estos profesionales sobre cuestiones importantes para la prevención no se adaptan en ocasiones a la evidencia científica: un 38,4% de todos estos profesionales piensa que consumir cannabis no es perjudicial, porcentaje que pasa a un 58,2% entre los que consumen cannabis.
- La percepción de la peligrosidad del consumo de drogas es significativamente menor entre quienes consumen.



## 8.3.1. Mediación y conflicto: causas, estructura, tipos y forma de abordarlos

De las definiciones de conflicto que dan los diferentes autores, Fernández y Ortiz (2008) plantean las **circunstancias que deben darse para poder hablar de conflicto**:

- Que haya interacción de, al menos, dos individuos o grupos.
- Que se perciba o exista incompatibilidad entre las metas, conductas, intereses o valores propios y del otro.
- Que se perciba una situación como injusta o incompatible por, al menos, una de las partes.

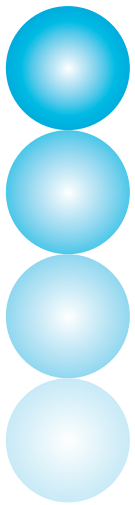
Cuando un mediador se enfrenta a un conflicto, lo primero que tiene que preguntarse es: **¿Por qué aparecen los conflictos?** Las causas de los conflictos suelen estar relacionadas con:

- La lucha por la obtención de recursos materiales escasos, especialmente cuando la ganancia del recurso material por una de las partes supone la pérdida en la otra parte (Teoría realista).
- Conseguir el respeto y/o poder como necesidad psicológica o social. En los jóvenes suelen estar relacionadas con la amistad, la pertenencia a un grupo y el poder. En los adultos en aspectos como la estabilidad económica, emocional, el éxito familiar, laboral y social (Teoría de la identidad social).

**Un proyecto que ejemplifica este tipo de conflicto es “Avillela Acobá” llevado a cabo por la Fundación Secretariado Gitano, entidad dependiente del Instituto de Adicciones de Madrid (Ayuntamiento de Madrid). Este proyecto trabaja con mayores y jóvenes con conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas, con drogodependientes gitanos y sus familias y, tiene como uno de sus objetivos, la inserción sociolaboral a través del acceso a la formación y al empleo.**

(Manual de buenas prácticas en mediación comunitaria en el ámbito de las drogodependencias, 2008).

- Cuando las personas o grupos tienen los recursos materiales deseados y son respetados y/o tienen poder, es cuando pueden surgir los conflictos más difíciles de resolver basados en las percepciones desventajosas que tiene una

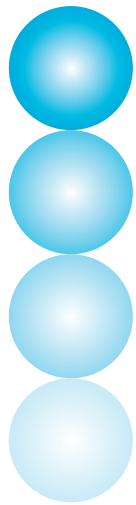


persona o grupo cuando se comparan con otra persona o grupo (Teoría de la privación relativa). Este tipo de conflictos suele implicar valores, aspectos difíciles de modificar ya que están en la base de nuestro sistema de creencias.

Un ejemplo de este tipo de conflictos es el analizado en el libro “No en la puerta de mi casa” (2008), donde se tratan los conflictos que surgen de la implantación de recursos para usuarios de drogas.

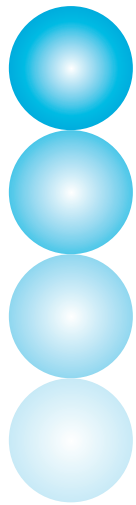
Otro aspecto que tiene que analizar el mediador, y que quizá le ayude a resolver la pregunta anterior, es la **estructura del conflicto**. En Fernández y Ortiz (2008) se diferencian tres elementos a partir de los cuales hemos elaborado una serie de preguntas-guía:

<b>Actores</b>	<b>Protagonistas</b>	¿Quiénes están directamente implicados en el conflicto? ¿e indirectamente?
	<b>Poder</b>	¿Hay relación de igualdad de poder entre los protagonistas?
	<b>Percepción del problema</b>	¿Qué importancia le da cada uno de los protagonistas al problema?
	<b>Emociones y sentimiento</b>	¿Cómo se sienten las partes?
	<b>Peticiones iniciales</b>	¿Qué quiere cada parte?
	<b>Valores y principios</b>	¿En qué valores se basan sus posiciones?
	<b>Intereses (beneficios) y necesidades</b>	¿Qué intereses y necesidades subyacen a las peticiones iniciales?



<b>Proceso</b>	<b>Historia del conflicto</b>	¿Cuál fue el inicio del conflicto? ¿Cómo ha ido evolucionando?
	<b>Grado de polarización</b>	¿Cómo están las posiciones de distanciadas? ¿En qué grado se creen las partes en posesión de la verdad?
	<b>Tipo de comunicación</b>	¿Qué barreras de comunicación existen? ¿Qué facilitadores de la comunicación existen?
	<b>Relaciones</b>	¿Qué cantidad y tipo de relación existe entre las partes?
	<b>Estilos de afrontamiento</b>	¿Qué estilo de afrontamiento tienen las partes: agresivo, pasivo o asertivo?
<b>Problema</b>	<b>Situación</b>	¿Qué está ocurriendo en la actualidad?

En último lugar, el mediador tiene que descubrir el tipo de conflicto con el que va a trabajar. Según el tipo de conflicto, la **forma de abordarlo** será diferente. Queda resumido en el siguiente cuadro:

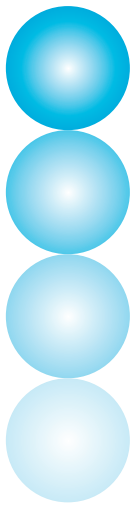


TIPO DE CONFLICTO	CARACTERÍSTICAS	FORMA DE ABORDARLO
DE RELACIÓN/ COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"><li>• Carecen de un móvil concreto o tangible.</li><li>• Pueden traducirse en luchas, insultos, rumores, desvalorizaciones, malentendidos.</li><li>• Aparecen problemas de percepción.</li></ul>	A través de expresiones en primera persona y de aumentar el volumen de datos compartidos.
DE INTERESES/ NECESIDADES	<ul style="list-style-type: none"><li>• Problemas de contenido, conflictos por recursos o por actividades.</li></ul>	Satisfacción de intereses y necesidades a través de soluciones alternativas.
DE PREFERENCIAS/ VALORES	<ul style="list-style-type: none"><li>• Difícil de modificar ya que están en la base de nuestro sistema de creencias.</li></ul>	Búsqueda de valores compartidos por todos.

Un último aspecto que todo mediador debe tener en cuenta es considerar el conflicto como una oportunidad para mejorar y construir una nueva situación a través del análisis de las diferencias entre las partes protagonistas.

## 8.4. Habilidades del mediador juvenil en el ámbito de las drogodependencias

La mediación es un proceso en el que cada una de las partes que lo componen adquieren una serie de roles que se entrelazan y son complementarios (según el *Manual de buenas prácticas en mediación comunitaria en el ámbito de las drogodependencias, 2008*). El rol del mediador viene determinado por una serie de tareas y funciones a desempeñar, para

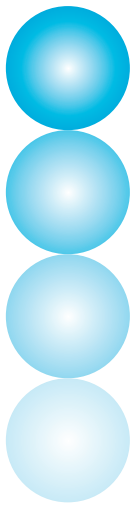


las que se requieren unas habilidades técnicas y conocimientos específicos:

HABILIDADES	CONOCIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Empatía.</li><li>• Habilidades de comunicación:<ul style="list-style-type: none"><li>» Verbal: Escucha activa (mostrar interés, clarificar, parafrasear, reflejar, resumir), mensajes yo...</li><li>» No verbal: Contacto visual, gestos, postura y definición del cuerpo en el espacio.</li></ul></li><li>• Asertividad.</li><li>• Capacidad de improvisación.</li><li>• Equidad.</li><li>• Capacidad para generar credibilidad (inducir confianza y autoestima).</li><li>• Capacidad de diagnóstico.</li><li>• Capacidad de síntesis.</li><li>• Capacidad de estructuración.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Formación reglada media o superior en el ámbito biopsicosocial.</li><li>• Alto nivel de conocimiento psicosocial en el área de las drogodependencias.</li><li>• Nivel básico de conocimiento sobre organizaciones en materia de drogodependencias.</li><li>• Conocimientos específicos de la problemática de VIH/SIDA y otras ITS/ETS.</li><li>• Amplio conocimiento de la red de recursos asistenciales generales y específicos de drogodependencias.</li><li>• Formación jurídica básica.</li><li>• Técnicas sobre dinámica grupal (búsqueda de consenso, resolución de conflictos, cohesión y fortalecimiento de dinámica grupal).</li><li>• Conocimiento del medio físico.</li></ul>

Las **habilidades** que destacan en la mediación social en prevención de las drogodependencias, según el manual del mediador “Informándonos para actuar” (2008) serían:

- Estar muy cerca de la realidad sobre la que se interviene.



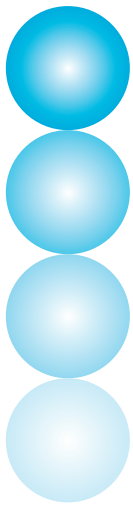
- Saber analizar la realidad, conocer los factores de riesgo y los factores de protección persistentes en el contexto.
- Saber evaluar y optimizar los recursos con los que se cuenta para desarrollar la acción.
- Actuar de forma dinámica con la población.
- Conocer de forma realista el fenómeno del consumo de drogas.
- Manejar eficazmente los conceptos básicos relacionados con la prevención.
- Crear corrientes de opinión alternativas a la cultura de consumo.
- Conectar la realidad del entorno con la oferta institucional.
- Tratar la información con rigurosidad e informar con criterio, dentro de la veracidad.

### 8.4.1. Estilos de comunicación del mediador en la mediación

En el ámbito de la prevención de las drogodependencias la relación directa que se establece entre el mediador y los jóvenes a la hora de proporcionarles información, formación o entrenamiento en habilidades, ocupa un lugar fundamental, siendo la forma de comunicar un aspecto clave a tener en cuenta por el mediador.

**El estilo de comunicación que demuestra tener más eficacia** es el basado en la complementariedad entre la **asertividad** y la **empatía**:

Por un lado, el mediador será **asertivo** en la medida en que exprese opiniones, pensamientos y sentimientos con respeto, con seguridad y honestamente. De esta forma, el mediador logrará persuadir a su interlocutor y será capaz de transmitir el mensaje que se proponga. Pero ser asertivo no es suficiente, ya que el mediador tiene que poseer una habilidad complementaria: la **empatía**. El mediador será empático en la medida en que averigüe y comprenda las necesidades, sentimientos y problemas de los jóvenes, “poniéndose en el lugar de éstos”.



Por tanto, el mediador no sólo ha de preocuparse de transmitir su mensaje, sino que es igualmente importante escuchar a su interlocutor.

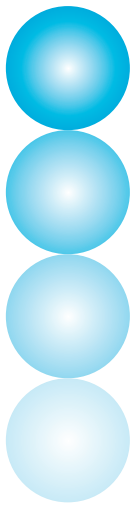
En el ámbito de la prevención de las drogodependencias no es suficiente con hablar sobre las drogas y dar información sin más; la Guía para educadores en prevención de drogodependencias (2003) da una serie de recomendaciones para lograr intervenciones más productivas. Algunas son:

#### **Qué no hacer:**

- Dar sesiones informativas dirigidas solamente a aprender sobre los riesgos de las drogas.
- Informar atemorizando sobre las drogas, transmitiendo miedo o exagerando los efectos.

#### **Qué hacer:**

- Dar información sobre las drogas siempre que:
  - » Esté adaptada a la edad y a las necesidades de los jóvenes.
  - » Sea objetiva y realista, orientada a desactivar los mitos y creencias erróneas.
  - » Se centre en las consecuencias inmediatas cercanas a los jóvenes.
- Fomentar y entrenar en habilidades sociales, para mejorar sus relaciones entre iguales, facilitando respuestas asertivas a la presión de grupo.
- Darles información y enseñarles a disfrutar de las diferentes ofertas de ocio.



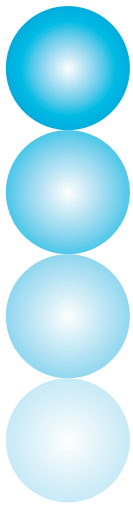
¿Sabías que... una de las claves del “buen mediador” es transmitir los mensajes con honestidad, sin exagerar las consecuencias de las drogas ni transmitir miedo?

## 8.4.2. Dificultades en la intervención

Para analizar y resolver las dificultades que puedan surgirle al mediador, el Manual del Mediador en Drogodependencias “Informándonos para actuar”, establece un procedimiento:

¿Sabías que... para hacer un análisis de la realidad el mediador tiene que hacerse muchas preguntas?

Sí, claro... y responderlas.



## I. Análisis de la realidad

Conocer dónde me estoy moviendo, qué hechos se están produciendo, ordenarlos y establecer unas prioridades. Para ello tenemos que dar respuesta a las siguientes preguntas:

### a) ¿Qué tengo que hacer?

- Plan - programa - proyecto.
- Plazo de ejecución (actividad puntual, largo plazo).
- Limitaciones con que me voy a encontrar.

### b) ¿Para quién he de trabajar?

- Población general.
- Población específica (menores, familia, jóvenes en riesgo, etc.)

### c) ¿Con quién he de trabajar?

- Administración autonómica, local.
- Equipos ya establecidos a través de coordinación.

### d) ¿Con qué recursos cuento?

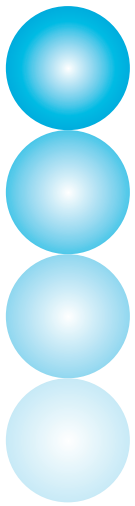
- Reales: los que aporta la entidad contratante (infraestructura, materiales, dotación económica, etc.).
- Potenciales: los que posee la comunidad y de los cuales podemos hacer uso.

### e) ¿Cuándo haré el trabajo?

- Por la mañana, por la tarde, por la noche.
- Cuántas horas destinaré a cada actividad.

### f) ¿Dónde voy a desarrollar mi trabajo?

- Recursos generales - específicos.
- Espacio comunitario.



**g) ¿Qué técnicas voy a emplear?**

- Recopilación.
- Entrevistas.
- Grupos de discusión.

**II. Planificar la acción**

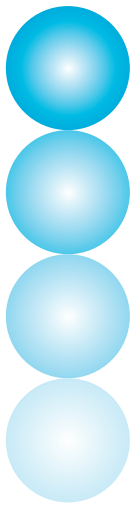
- a) Objetivos.
- b) Jerarquizar estos objetivos.
- c) Dificultades y posibles soluciones.
- d) Implicación de los participantes.
- e) Hacer efectivas las decisiones tomadas.
- f) Realizar la estrategia elegida para conseguir los objetivos.

**III. Acción**

Intervención directa: poner en marcha las estrategias escogidas para alcanzar objetivos.

**IV. Evaluación**

- a) Antes de iniciar actividad.
- b) Durante la realización de la actividad.
- c) Una vez finalizada la actividad.



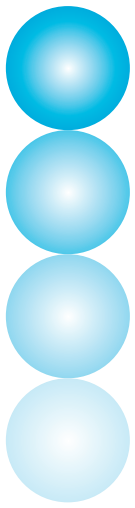
A la hora de poner en marcha las acciones de intervención hay una serie de **características que suelen favorecer la implementación**. Éstas son:

#### **Características generales:**

- Que mejore lo que se está haciendo.
- Debe ser compatible con los valores de los participantes.
- Si es fácil de poner en marcha, es más fácil de implementar.
- Si se puede probar antes de ponerlo en marcha, mejor.
- Que se pueda observar su evolución.

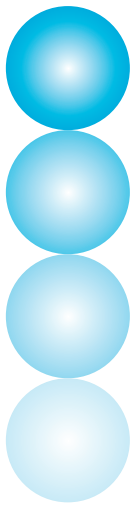
#### **Características que debe tener el equipo:**

- Experiencia y objetividad implica mayor credibilidad.
- Adaptarse a las circunstancias, a los cambios que se van produciendo.
- Adaptarse a los participantes, no que ellos se adapten a nosotros.
- Escuchar los problemas y dificultades de los participantes.
- Ser empático, amable, afable con el equipo y con los participantes.
- Hacerse útil, que la comunidad para la que trabajamos sienta la necesidad de nosotros.



También debemos tener en cuenta algunos **aspectos que pueden dificultar la puesta en práctica de las acciones:**

- Desconocer el marco de referencia donde nos vamos a mover.
- Desconocer el apoyo jurídico que debe sustentar nuestra labor.
- No tener un responsable directo.
- No tener claro el rol que cada uno representa con su responsabilidad bien definida.
- No contar con el apoyo institucional y/o de alguna persona relevante dentro de la institución para la que vamos a trabajar que nos sirva de enlace.
- Falta de coordinación intra/inter persona - institución.
- No contar con el apoyo económico en tiempo y forma.
- No contar con los materiales necesarios para trabajar.
- Oportunidad de la puesta en funcionamiento.
- No tener previstos los problemas colaterales que puedan surgir.
- No implicar a todos los participantes.



## 8.5. ¿Qué debe hacer el mediador ante un consumo de drogas?

Este tema es tan importante que no podemos evitar volver a él por segunda vez en este curso.

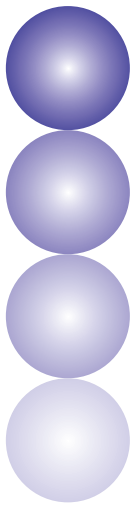
Vuelve a revisar el punto 4.6.3. Conceptos básicos en drogodependencias.

Puedes revisar también los cambios en el comportamiento, a nivel físico, intelectual, afectivo, social y de personalidad, además de las señales de consumo como “pistas” que pueden ayudar a la detección precoz de los consumos de drogas en el punto 4.6.

# Capítulo 9. Técnicas y Dinámicas de Grupo

## En este capítulo trataremos:

- ▣ Los distintos criterios que diferencian un grupo de un conjunto de personas.
- ▣ Los tipos de grupo según el tamaño, la temporalidad, el tipo y origen de pertenencia y el nivel de formalidad de éstos.
- ▣ Cómo y porqué se forman los grupos y cómo evoluciona la formación de éstos.
- ▣ Los modelos de comunicación más habituales en los grupos.
- ▣ Cómo podemos mejorar la comunicación en el grupo a través de conocer las barreras y los facilitadores de la comunicación.
- ▣ Qué claves podemos seguir para escuchar con eficacia a nuestro interlocutor.
- ▣ Cómo podemos utilizar las técnicas de refuerzo y castigo eficazmente.
- ▣ Qué son los “mensajes yo” y para qué nos pueden servir.
- ▣Cuál es la mejor forma de terminar cualquier intervención con grupos.

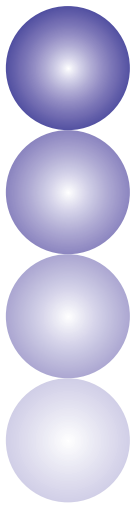


- ▣ Cómo funcionan los niveles de tarea y afectivo en los grupos y la presión grupal.
- ▣ Qué son y qué consecuencias tienen los estilos de dirección autoritario, “laissez-faire” y democrático en los grupos.
- ▣ Cuáles son las funciones del animador de grupo.
- ▣ Cómo puede empatizar el monitor con el grupo.
- ▣ Qué es y cómo aplicar la pedagogía inductiva o del descubrimiento.
- ▣ En qué consiste la práctica guiada.
- ▣ Tipos de técnicas que podemos aplicar en grupos de jóvenes y adolescentes.
- ▣ En qué consiste la técnica del “disco rayado” y el “banco de niebla”, entre otras.
- ▣ Qué diferencias hay entre “panel de discusión” y el “panel integrado” y las características de otras técnicas de debate y participación grupal.
- ▣ Las claves para diseñar programas de ocio y tiempo libre en el ámbito de la prevención de las drogodependencias.

## 9.1. Definición de grupo

A lo largo de la vida todas las personas formamos parte de numerosos grupos sociales y es, a partir de las características que compartimos con los otros miembros de los grupos, de donde creamos nuestra identidad social. Esto quiere decir que nos definimos a partir de las características que compartimos con otros y que, en consecuencia, nos diferencia de otros.

¿Sabías que... desde que naciste has formado y formas parte de numerosos grupos sociales?



Claro... mi familia, mis amigos del colegio, mis amigos del instituto, mi equipo, mi grupo de la asociación juvenil, mis amigos “de salir”, el grupo de teatro...

A la hora de buscar una definición, nos encontramos con que hay multitud de definiciones de grupo y una **falta de acuerdo en relación al uso del término grupo**. Alcover de la Hera (1998) clasifica las definiciones de grupo según tres características:

- La interdependencia de los miembros.
- La percepción de identidad.
- La interacción de los miembros y la estructura social del grupo.

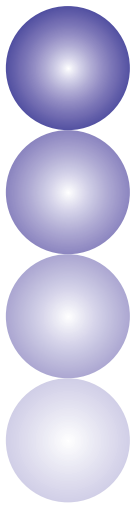
A continuación definimos estas **características**.

### 9.1.1. Según la interdependencia de sus miembros

“Por grupo entendemos un conjunto de individuos que comparten un destino común, esto es, que son interdependientes en el sentido de que un hecho que afecta a uno de los miembros es probable que afecte a los demás” (Fielder, 1967).

“Definimos un grupo como dos o más individuos interdependientes quienes se influyen mutuamente a través de la interacción social” (Forstyth, 1990).

Si la interdependencia entre los miembros es imprescindible para la formación de un grupo, podemos plantearnos algunos aspectos que los pueden hacer interdependientes:



- En relación con sus habilidades o conocimientos.
- Por sus objetivos o metas compartidas.
- En la satisfacción de sus necesidades o motivaciones.

### 9.1.2. Según la percepción de identidad

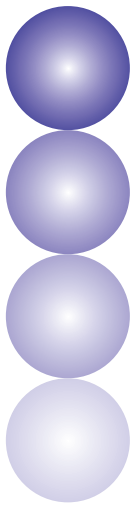
**“Podemos definir un grupo social como una unidad consistente en un cierto número de organismos que tienen una percepción colectiva de su unidad y que poseen capacidad para actuar y actúan de un modo unitario frente a su ambiente” (M. Smith, 1945).**

De esta forma, los individuos se perciben a sí mismos como miembros de la misma categoría social, comparten emociones y alcanzan algún grado de consenso social. Esto les proporciona una identidad que les hace diferentes de otros grupos.

### 9.1.3. Según la interacción de los miembros y la estructura social del grupo

**“Entendemos por grupo un cierto número de personas que se comunican a menudo entre sí durante un período de tiempo y que son lo bastante pocas como para que cada persona pueda comunicarse simultáneamente con todas las demás cara a cara, sin intermediarios” (Homans, 1950).**

**“Un grupo se define como una unidad social compuesta por un número de individuos quienes, en un momento dado, presentan roles y estatus interrelacionados de manera estable, y poseen un conjunto de valores y normas que regulan las actitudes y el comportamiento de los miembros” (Sherif, 1966).**



Para algunos autores no es necesaria esta interacción para que una persona se sienta miembro de un grupo, sin embargo para otros sí es esencial ya que es la característica que diferencia un grupo de un agregado (o suma) de personas. Lo que sí es cierto es que la primera definición tiene limitaciones de espacio y tiempo a la hora de explicar grupos que se forman en la actualidad relacionados con las tecnologías de la información y la comunicación, por ejemplo, las conocidas redes sociales en Internet.

Para ofrecer una visión comprensiva, Alcover de la Hera recopila las **características que distinguen a un grupo de un simple agregado o suma de individuos**:

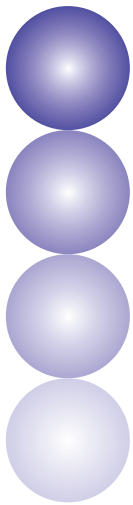
- Los miembros de un grupo poseen un conjunto de **valores compartidos** que contribuyen al mantenimiento de una pauta de actividad general.
- Adquieren recursos y habilidades destinados a la realización de dichas actividades.
- **Comparten un conjunto de normas** que definen los roles requeridos para llevar a cabo sus actividades.
- Los miembros sienten que pertenecen al grupo y alcanzan cierto grado de cohesión y unión.
- Poseen **metas definidas comunes** que desean lograr y cuentan con el liderazgo necesario para coordinar sus recursos y sus roles en la consecución de dichas metas.

## 9.2. Tipos de grupos

Ante la gran diversidad de criterios de clasificación de grupos, Alcover de la Hera (1998) ofrece una síntesis de las clasificaciones habituales agrupadas en torno a cuatro criterios clave.

### 9.2.1. Tamaño

<b>Pequeños</b> De 2/3 a 30 integrantes	<b>Grandes</b> Multitud/Masa/Muchedumbre
--	---



Los **grupos pequeños** pueden estar constituidos entre dos y veinte (o incluso treinta) miembros, aunque hay autores que consideran que un grupo de dos miembros es más una relación interpersonal que grupal.

El **tamaño ideal para que un grupo pequeño sea eficaz es entre cuatro y ocho personas** puesto que se facilita la interacción, el contacto cara a cara y/o el conocimiento directo de los otros miembros, la comunicación, la diferenciación de los roles, el establecimiento de normas, la homogeneidad de intereses y objetivos, el sentimiento del “nosotros” y una mayor satisfacción y cohesión.

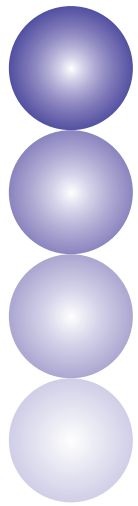
Los **grupos grandes** suelen denominarse “grupos sociales” y están formados por una cantidad de miembros tal que **no pueden interactuar entre todos ellos**. Cuando los grupos son muy numerosos y sin límite definido se convierten en una **multitud**, una **masa** o una **muchedumbre**.

## 9.2.2. Temporalidad

Permanentes	Temporales
<ul style="list-style-type: none"><li>• Familia</li><li>• Junta Directiva, etc.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jurado</li><li>• Comité asesor</li><li>• Grupo de jóvenes en un curso, etc.</li></ul>

Los **grupos permanentes** se forman con la intención de ser estables y mantenerse durante largos períodos de tiempo. Por ejemplo, la **familia** como grupo o la **junta directiva** en una asociación, ya que son los encargados de llevar a cabo las actividades necesarias para el funcionamiento y mantenimiento de la organización.

Los **grupos temporales** existen con el objetivo de realizar una tarea, proyecto o actividad determinados. Una vez cumplida su función el grupo desaparece. Por ejemplo, un **jurado**, un **comité asesor** o un **grupo de jóvenes que se reúnen en un curso** de formación impartido en una Asociación, pertenecen a este tipo.

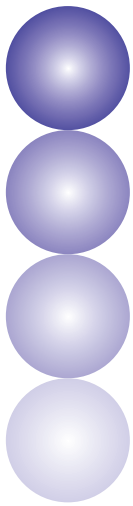


¿Sabías que... la familia es un grupo permanente?

Sí, claro. Siempre están ahí No se van de casa

### 9.2.3. Tipo y origen de pertenencia

Grupos primarios	Grupos secundarios
<ul style="list-style-type: none"><li>• Familia</li><li>• Grupo de compañeros</li><li>• Pandilla juvenil</li><li>• Vecindario o comunidad rural...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asociación</li><li>• Ciudad</li><li>• Nación...</li></ul>
Grupos de pertenencia	Grupos de referencia
<ul style="list-style-type: none"><li>• Raza</li><li>• Etnia</li><li>• Nacionalidad</li><li>• Sexo...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grupos políticos</li><li>• Clases sociales</li><li>• Grupos profesionales</li><li>• Grupos religiosos...</li></ul>



En esta clasificación podemos distinguir dos dimensiones: Por una parte, entre **grupos primarios** y **secundarios** y, por otra, entre **grupos de pertenencia** y **grupos de referencia**.

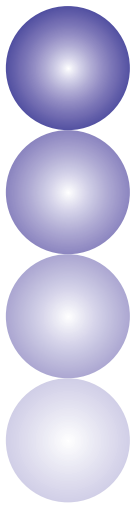
Los **grupos primarios** juegan un **papel clave en la socialización**, identidad e integración social de los individuos. Son un tipo especial de grupo pequeño que presenta las siguientes **características**:

- Reducido número de miembros, lo que posibilita las relaciones directas cara a cara que originan cierta intimidad y el vínculo afectivo entre ellos.
- Relativa duración en el tiempo.
- Fuerte solidaridad, cohesión e identificación entre sus miembros, con la conciencia del “nosotros”.
- Función de agentes socializadores, transmisores de normas y facilitadores de identidad e integración social de los individuos.

Los **grupos secundarios** tienen un carácter más amplio y **se forman deliberadamente con algún propósito** específico, **mantienen relaciones menos intensas** que los grupos primarios. Por ejemplo, son grupos secundarios las asociaciones, las empresas, la ciudad, la nación...

En cuanto a la segunda dimensión, los **grupos de pertenencia** son aquellos a los que la persona **pertenece por nacimiento** o las circunstancias de su vida. **La pertenencia no es voluntaria** ya que la raza, la etnia, la nacionalidad o el sexo de una persona no son elegidos por ella.

Los **grupos de referencia** son aquellos que los **individuos eligen como modelos** a partir de los cuales modelan sus valores, creencias, actitudes, comportamientos y sentimientos. Éstos son los grupos políticos, grupos profesionales, clases sociales, grupos religiosos o grupos determinados de persona con los que se desea mantener cualquier tipo de relación.



Y tu, ¿tienes grupo de referencia?

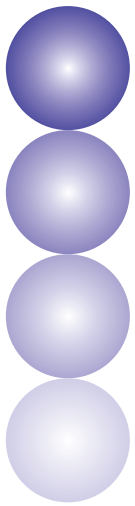
Sí, claro. ¡muchos! ¡Todos los de heavy-metal!

## 9.2.4. Nivel de formalidad

FORMALES		INFORMALES	
Reglados o jerárquicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipos directivos</li><li>• Departamentos...</li></ul>	Grupos de interés	<ul style="list-style-type: none"><li>• Motivos políticos</li><li>• Motivos sindicales</li></ul>
De tarea	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grupos de trabajo</li><li>• Comité asesor</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Aficiones</li><li>• Grupos de amigos...</li></ul>

Los **grupos formales** tienen una **estructura y relaciones sociales definidas y planificadas para alcanzar los objetivos** que tienen establecidos. Son producto de una planificación deliberada, tienen un carácter normativo formal y tienen como finalidad la consecución de algún objetivo planificado por la organización de la que forma parte.

La estructura y relaciones de los **grupos informales surgen espontáneamente en la interacción** y de las necesidades y experiencias personales de los miembros que forman el grupo. Tienen un carácter normativo informal, basado en acuerdos personales o costumbres y tienen como finalidad la satisfacción de las necesidades personales de sus miembros.



## 9.3. Procesos de formación de los grupos

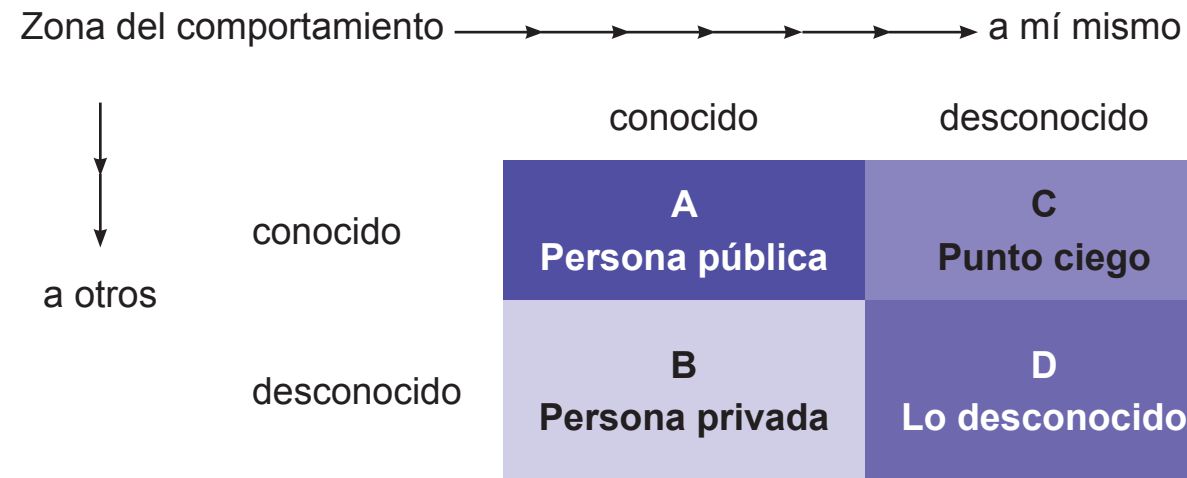
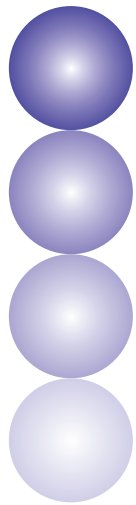
¿En qué momento las relaciones entre varias personas pasan de tener un carácter interpersonal y evolucionan hasta formar un verdadero grupo?

La formación de un grupo es un proceso continuo cuyo origen está en la satisfacción **de una serie de necesidades** que los miembros del grupo no podrían alcanzar como individuos aislados:

- Necesidades psicológicas: afiliación y poder.
- Necesidades interpersonales: búsqueda de apoyo social.
- Necesidades de información: comparación social.
- Necesidades colectivas: consecución de metas comunes.

Partiendo de las necesidades que surgen en el origen de la formación de un grupo, Alcover de la Hera (1998) establece **la formación de grupos como un proceso de integración social basada en** vínculos ambientales (**proximidad física**), comportamentales (**interdependencia**), afectivos (**atracción interpersonal**) y cognitivos (**conciencia de grupo**) que unen a los miembros del grupo entre sí, de modo que cuanto más piensen, sientan y actúen los miembros como un grupo, más que como un conjunto de individuos, mayor será el nivel de integración social.

La **ventana de Johari**, llamada así por los autores Joe Luft y Harry Ingham (Antons, 1978) es un modelo sencillo y gráfico que representa las modificaciones de la percepción de sí mismo y del otro en el transcurso de un proceso de grupo.

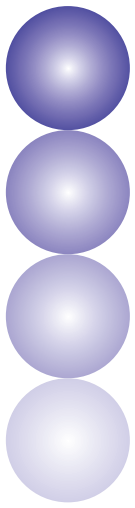


**Cuadrante A:** es la zona de actividad libre, de las situaciones y hechos públicos, donde los comportamientos y motivaciones son tan conocidas para mí como perceptibles para otros.

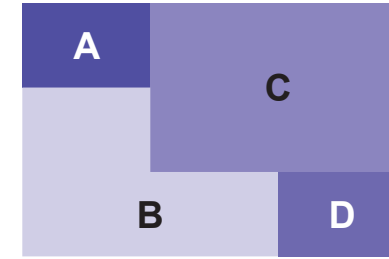
**Cuadrante B:** es la zona del comportamiento conocida y consciente para mí, pero que yo no he dado o no quiero dar a conocer a los otros.

**Cuadrante C:** es el punto ciego de la percepción de sí mismo, es decir, la parte del comportamiento visible y reconocible para otros, y no consciente, en cambio, para mí mismo. A esta zona pertenecen lo rechazado, lo preconsciente y las costumbres que ya no son conscientes.

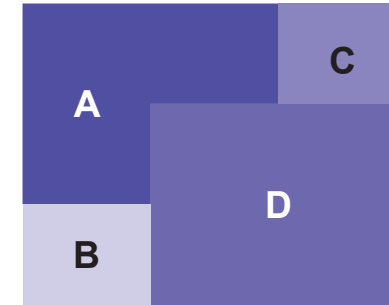
**Cuadrante D:** comprende procesos no conocidos ni para mí ni para otros y que se mueven en la zona que en la psicología profunda se llama inconsciente.



Si uno se queda en este modelo, la situación se puede representar **al comienzo de un grupo nuevo** de modo que la zona de actividad libre del individuo sea muy escasa y predominando las zonas B y C.

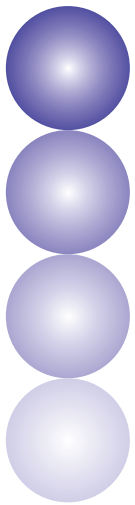


En el **transcurso del proceso de un grupo** tienden a hacerse más pequeños los cuadrantes B y C y aumentar el cuadrante A. Esto significa ampliar la actividad libre de la persona y despejar los puntos ciegos: la persona se conoce más a sí misma y la conocen más los demás.



¿Sabías que... todos podemos analizar nuestro comportamiento en un grupo a través de la Ventana de Johari?

Sí, claro en mi grupo de amigos me conocen más ellos a mí que yo a mí mismo. ¡Vamos que mi cuadrante C es gigante!

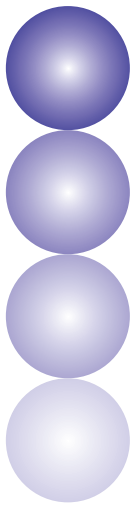


Los métodos para aumentar el espacio libre A son:

- Entregar información sobre sí y sobre lo hasta ahora privado.
- Proporcionar y recibir feed-back.

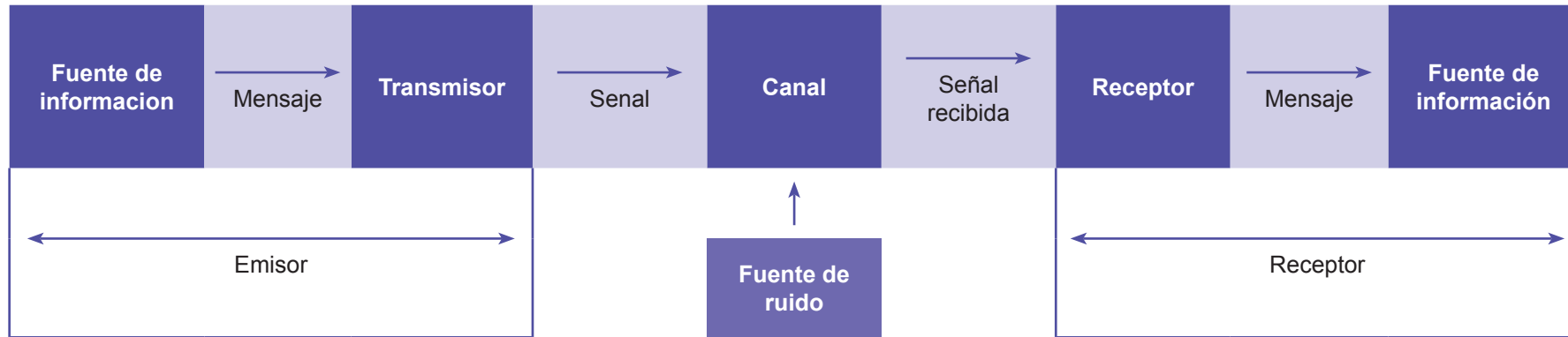
Estos procesos son posibles dependiendo de la disposición de los miembros del grupo. Algunas técnicas y procedimientos que se pueden utilizar para modificar estos espacios son:

- Aceptar la propia imagen del otro y tomarle en serio.
- Comunicar incluso cuando se hayan alcanzado los límites propios.
- Disposición a ampliar la autocomprensión, creciendo así la disposición a dar y a recibir feed-back.
- Dar a la otra persona seguridad y mostrar disposición a escuchar sin prejuicios.
- Reducir la resistencia a los cambios de comportamiento y el miedo a analizar las causas de éstos.
- Reflejar la propia situación y experimentar nuevas actividades orientadas al futuro.
- Experimentar el efecto del propio feed-back sobre los otros, incluso el efecto de los comportamientos no verbales.



## 9.4. Bases de la comunicación en el grupo

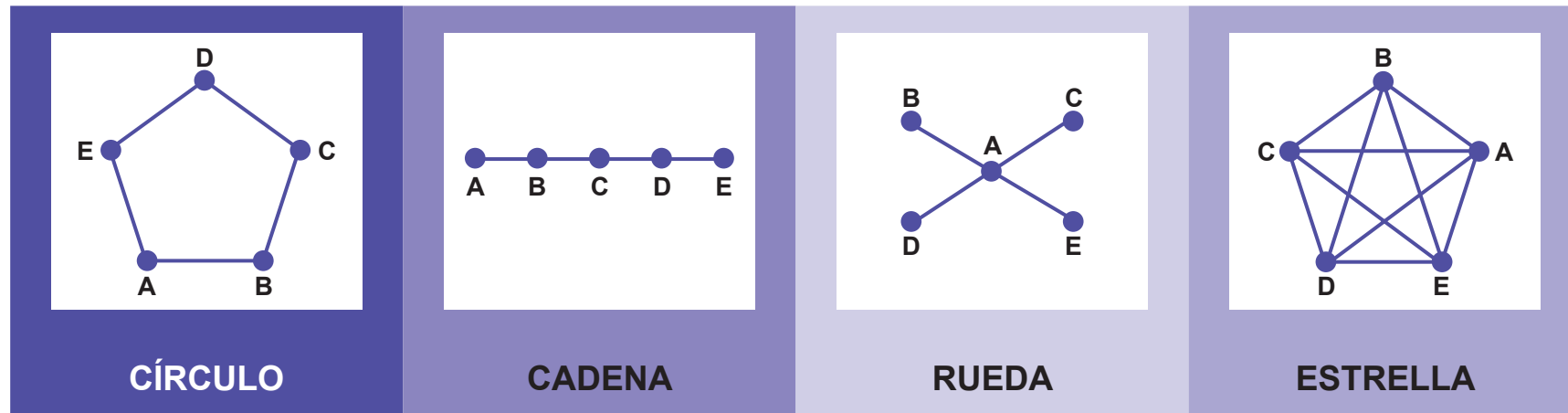
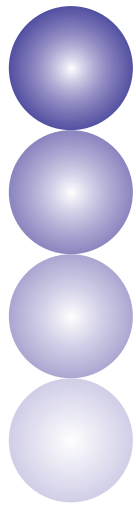
En un proceso de comunicación lineal es el emisor quien transmite un mensaje a un receptor a través de un canal.



### 9.4.1. Modelos de comunicación grupal

En el caso de la comunicación que se establece entre los miembros de un **grupo**, el proceso de comunicación se complica, siendo interesante analizar el tipo y cantidad de **interacciones que se establece entre todos** y cada uno de los miembros.

Los miembros de cualquier grupo están en contacto unos con otros a través de determinados canales internos de comunicación. Antons (1978) muestran experimentos que analizan la **eficacia de cada uno de los modelos de comunicación**. Algunos aparecen representados en los siguientes esquemas:



Fuente: Adaptado de Antons (1978)

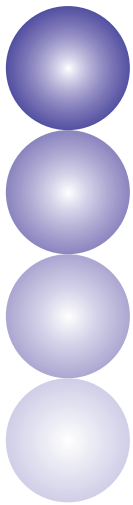
A continuación se detallan las **características del proceso de comunicación que se da en cada modelo** y algunos ejemplos de técnicas extraídas de Fuentes y colaboradores (1997):

El **modelo en círculo** ofrece a cada miembro la misma posición de comunicación, partiendo el mensaje de un primer miembro para volver al mismo después de pasar por todos los demás miembros del grupo. Un ejemplo de este tipo de comunicación aparece en la técnica de presentación “cadena de nombres”.

En el **modelo en cadena** el mensaje parte del primer miembro y pasa por cada uno de ellos hasta llegar al último, pero sin volver el mensaje al primero. Un ejemplo de este tipo de comunicación son los rumores.

El **modelo en rueda** indica una destacada posición del jefe del grupo ya que cada miembro **sólo puede ponerse en contacto con todos los demás a través de la figura central**.

Sin embargo, en el **modelo en estrella** todos los miembros se relacionan entre sí de forma circular o lineal. Por ejemplo en el análisis de una “lluvia de ideas” o “brainstorming”, en juegos de competición por equipos en los que tienen que participar todos los miembros.



A la hora de aplicar técnicas de trabajo en grupo, si el animador conoce y tiene en cuenta los modelos de comunicación esperados según la técnica y los que se establecen en la realidad, tendrá más capacidad para manejar el grupo, las diferentes situaciones que se creen y, por tanto, se facilitará un mejor desarrollo de la actividad.

## 9.4.2. Claves para una comunicación eficaz en el grupo

En cualquier proceso de comunicación es común que aparezcan “**barreras**” que obstaculizan y crean bloqueos entre los interlocutores y, más deseables, **elementos “facilitadores”** de la comunicación.

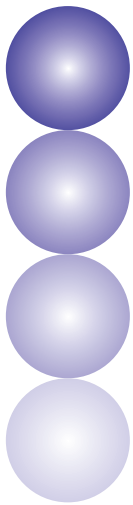
Unos y otros son aspectos que todo monitor debe tener en cuenta en los diferentes procesos de comunicación que se establecen: monitor-grupo, grupo-monitor y entre los diferentes miembros del grupo. Además, son aspectos que pueden trabajarse con el mismo grupo con la finalidad de que los individuos adquieran consciencia de dichos procesos y la comunicación sea más efectiva.

### 9.4.2.1. Barreras en la comunicación

Fernández y Ortiz (2008) parten de una serie de **suposiciones erróneas** del emisor o el receptor del mensaje para explicar muchas de las barreras que aparecen durante la comunicación:

“**Yo supongo**”:

- Que la otra persona percibe la situación como nosotros.
- Que la otra persona hace las mismas inferencias que nosotros.
- Que lo que está sucediendo debe tener una lógica desde nuestro punto de vista.
- Que la comunicación es independiente de nuestros sentimientos anteriores.
- Que la otra persona experimenta los mismos sentimientos que nosotros.



## Estas suposiciones crean las siguientes barreras en la comunicación:

- **Diferencias en la percepción**

La barrera surge cuando suponemos que una situación tiene solamente una interpretación, sin admitir que las personas podemos tener diferentes fuentes de información además de la influencia que ejerce nuestra experiencia previa.

Esta barrera podemos ejemplificarla en el siguiente dibujo de Boring (1930):



Observa este personaje:

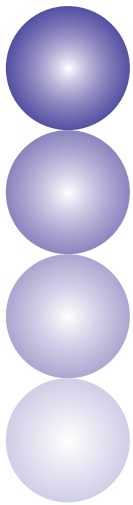
- ¿Cómo crees que es?
- ¿Cómo es su ropa?
- ¿Cuántos años crees que tiene?
- ¿A qué crees que se dedica?

- **Actitud defensiva**

Esta barrera dificulta el entendimiento ya que la persona cree que quieren engañarla o agredirla, con lo que interpretará los mensajes tanto verbales como no verbales bajo este punto de vista.

- **Estereotipos y prejuicios**

Los **estereotipos** son creencias y opiniones generalizadas, es decir, se piensa que porque una persona pertenezca a un grupo (por compartir una o algunas cualidades o características) ya tiene que cumplir con otras características de algunos miembros de este grupo.



Ejemplo de estereotipo xenófobo: La realidad de pertenecer al grupo de “personas extranjeras” se une al hecho de que hemos visto (o han visto) a una persona extranjera robar. Éste último hecho se generaliza: “los extranjeros son ladrones”.

Muy unido a los estereotipos están los **prejuicios**, opiniones previas que tenemos sobre las personas por pertenecer a un grupo.

Tanto **los prejuicios como los estereotipos forman parte de nuestro sistema cognitivo**, y son esenciales para poder ordenar y categorizar las diferentes realidades que nos rodean. Por tanto, la importancia de esta barrera en la comunicación radica en “hacernos conscientes” de ellos.

¿Sabías que... todas las personas tenemos estereotipos y hacemos prejuicios sobre los demás?

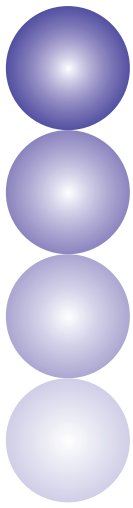
Sí, claro inevitablemente. Pero lo que no debemos evitar es ser conscientes, analizar estos estereotipos y prejuicios y cambiarlos.

- **Inferencias**

Hacemos inferencias **cuando deducimos más información de la que en realidad se puede obtener de los datos disponibles**, con lo que podemos llegar a conclusiones erróneas. Ocurre igual que con los estereotipos y prejuicios, hacer inferencias es una capacidad cognitiva indispensable para entender e interpretar el mundo, aunque debemos “estar atentos” para que no obstaculicen la comunicación.

- **Exposición selectiva**

Por este mecanismo, las personas solemos ser más receptivos a la información que coincide con nuestras creencias



y a olvidar o reinterpretar las informaciones que no coinciden con ellas.

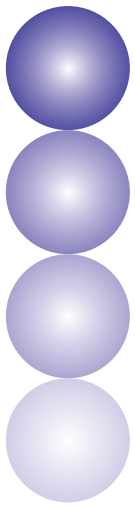
- **Barreras semánticas y/o culturales**

El hecho de que los interlocutores utilicen códigos de comunicación distintos, ya sea un idioma diferente o diferente argot, puede dificultar el entendimiento. Esto no significa, por ejemplo, que un monitor de un grupo de jóvenes tenga que utilizar el mismo argot que éstos, sino que se evitaría la barrera en la comunicación si el monitor conoce ese argot.

- **Barreras relacionadas con conductas verbales**

Hay **actitudes** que se manifiestan en cierto tipo de mensajes que, si son demasiado frecuentes, **pueden bloquear** la comunicación. Éstas son:

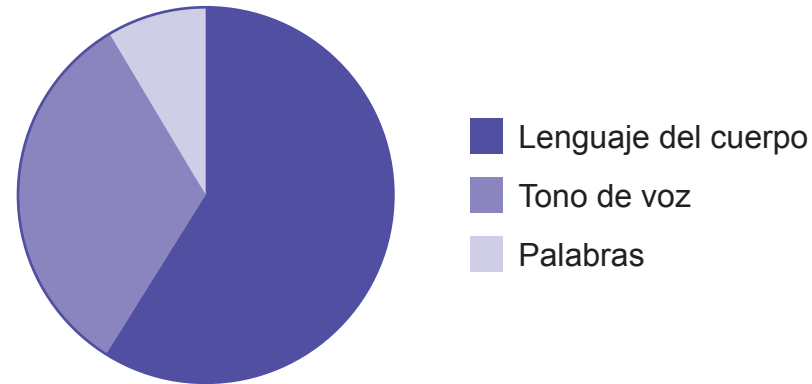
- » Criticar.
- » No decir la verdad.
- » Mandar.
- » Amenazar, diciendo lo malo que puede ocurrir.
- » Sermonear, aconsejar y dar lecciones.
- » El sarcasmo y la burla.
- » Murmurar o hablar al oído a una persona, delante de otras.
- » Hablar en primera persona.
- » Hablar de forma fría e impersonal.
- » Interpretar mostrando el motivo oculto de su actitud.
- » Interrogar.
- » Fanfarronear.
- » Insistir demasiado.
- » Interrumpir.



- » Dar la razón o quitarla continuamente.
- » Consolar y animar quitando importancia a lo que le ocurre a la otra persona.

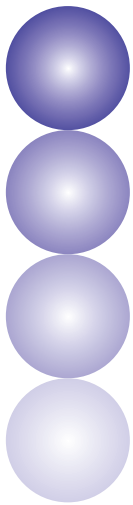
- **Barreras relacionadas con conductas no verbales**

El siguiente gráfico representa la cantidad de información que transmitimos con los diferentes tipos de lenguaje:



Por tanto, **un buen comunicador debe controlar las siguientes conductas no verbales** para que no supongan un bloqueo en la comunicación:

- » Expresión facial (fruncir el ceño, demasiada seriedad o demasiada sonrisa...).
- » Nerviosismo.
- » Engreimiento.
- » Silencio.
- » Suspiros.
- » Bostezos y fatiga.
- » Irritabilidad e inestabilidad.
- » Actitud pesimista.



- » Hábitos físicos que distraen (mascar chicle...).
- » Tono de voz apagado o demasiado alto.
- » Apariencia personal desagradable.

- **Barreras físicas**

La forma o **distribución del espacio físico** en el que se produce la comunicación, el ruido... pueden dificultar el entendimiento.

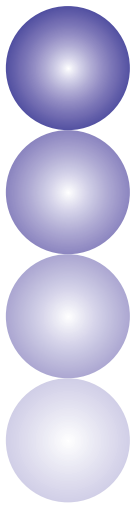
### 9.4.2.2. Facilitadores de la comunicación

Todo monitor debe tener en cuenta los **elementos que favorecen** un clima favorable y **una buena comunicación** con el objetivo de que la relación con los miembros del grupo resulte lo suficientemente significativa como para enriquecer sus historias de desarrollo personal, independiente de la influencia de otros contextos cuya influencia es difícilmente controlable. Estos elementos son:

- **Hablar más de experiencias de vida** (no siempre nuestras), que de ideas, facilita la expresión de emociones.
- **Dar información útil** que concrete los mensajes y estructure nuestra comunicación.

Para ello trata de cumplir los siguientes criterios:

- Especifica qué, dónde, cuándo, cómo.
- Indica qué se debe hacer (“me ha gustado..”, “me ha parecido estupendo que...” ) y qué esperamos que no se haga.
- Sugiere formas para mejorar lo que está fallando (“podría mejorarse si...”)
- En lugar de decir “lo has hecho muy bien”, expresa qué es lo que ha hecho bien.

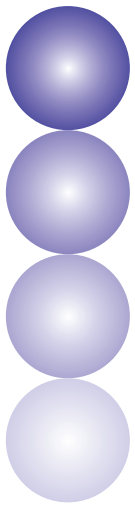


- Utiliza frases positivas, así en lugar de decir “podrías mejorar si NO gritases tanto”, se puede decir “podrías mejorar si hablastes más bajo”. Fuente: Fernández y Ortiz (2008).

- **Mostrarse siempre uno mismo**, sin fáciles adaptaciones al grupo; es decir, ser claro, auténtico y respetuoso.
- **Aprovechar los momentos oportunos** para captar la atención del interlocutor especialmente y transmitir nuestro mensaje.
- Dejar tiempo para que el **interlocutor pueda responder**.
- Nombrar a las personas por su **nombre**.
- Hablar con claridad, tanto en cuanto a la vocalización como en cuanto al lenguaje utilizado, **adaptándonos al nivel cultural del grupo**.
- Aprovechar la **expresión corporal** (gestos, expresión facial, miradas, ) para enfatizar los mensajes (aunque con naturalidad, sin excesiva teatralidad).
- Escuchar e **interesarse por la persona** en su globalidad y por lo que se dice en particular, expresando de alguna forma lo interesante que resulta.

### GUÍA PARA SABER ESCUCHAR

- **Mantén** una postura atenta, asiente con la cabeza.
- **Mira** a los ojos de quien te habla.
- **Ten** una expresión facial acorde con el estado de ánimo del interlocutor.
- **Evita:**
  - » Bostezar.
  - » Fruncir el ceño.
  - » Negar con la cabeza.

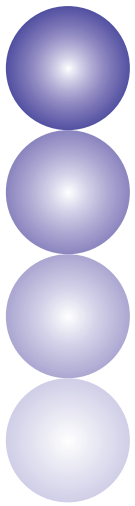


- » Interrumpir el mensaje.
- » Rechazar los sentimientos del otro: “eso no es nada, no te preocupes”.
- **Emite** mensajes cortos y ocasionales que aviven y mantengan la conversación; sobre todo escucha y no des discursos:
  - » Asiente: “ajá”...
  - » Sigue la conversación: “¿y entonces, qué pasó?”
  - » Reformula lo que el interlocutor ha dicho: “¿de verdad que...?”.
  - » Afirmaciones y exclamaciones sobre lo dicho: “seguro que te enfadaste”.
  - » Pídele su opinión: “¿y tú qué piensas?”

- **Reforzar** las conductas o actitudes positivas del otro mostrando tu acuerdo, reconocimiento o felicitación.

G. Moreno Arnedillo (2002) explica las importantes ventajas de la habilidad del educador para reforzar los comportamientos de niños y adolescentes:

- En la medida en que el comportamiento positivo resulta merecedor de elogio y reconocimiento, los niños y adolescentes mostrarán una mayor disposición para persistir en él.
- Cuanto más reforzante resulte la relación con ellos, más significativa será la figura del educador para ellos, estarán más motivados a comunicarse con él y podrá constituirse en persona de confianza. Esto le permitirá constituirse a la vez en un modelo de comportamiento atractivo que niños y adolescentes tenderán a imitar.
- El reconocimiento honesto de lo que hacen bien mejora su autoestima y su percepción de competencia.

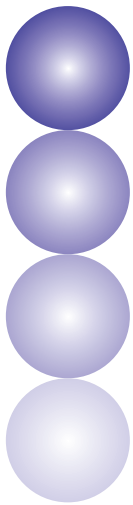


- A la hora de **hacer una crítica o mostrar desaprobación** comienza reconociendo otro hecho positivo para que el interlocutor adopte una actitud más favorable hacia la aceptación de la crítica, sin dejar de decir claramente el comportamiento que no aprobamos y deseamos que cambie y, si es necesario, las consecuencias que aplicaremos en el caso de que no se produzca este cambio.

En el trabajo con niños y adolescentes inevitablemente surgen situaciones en las que los comportamientos de éstos no son adecuados. G. Moreno Arnedillo (2002) explica cómo los **castigos** pueden servir para eliminar comportamientos molestos, pero siempre teniendo en cuenta ciertas consecuencias derivadas de éstos:

- Normalmente, el comportamiento deja de realizarse en presencia de la persona que castiga, pero se mantiene, o puede incluso reforzarse en ausencia de éste.
- El castigado tiende normalmente a evitar relacionarse con la persona que le ha castigado, de modo que éste pierde buena parte de su capacidad para influir positivamente en él.
- El castigo llama la atención sobre el comportamiento negativo, pero no ofrece información útil respecto a lo que se debe hacer.
- Cuando se utiliza el castigo, se pueden poner en juego emociones muy negativas que pueden deteriorar las relaciones interpersonales, y además, se favorece una baja autoestima en quien es castigado.

¿Sabías que... el castigo es una técnica indispensable cuando trabajamos con niños y adolescentes?



## Sí, claro tan indispensable como poner la técnica en práctica “correctamente”.

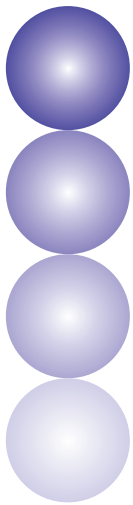


Para que los castigos, o mejor llamaremos “consecuencias”, sean eficaces debemos tener en cuenta las siguientes indicaciones:

- » **Empatiza** y reconoce las dificultades que algunos niños y adolescentes pueden tener para modificar su comportamiento.
- » Utiliza los “**mensajes yo**” para concretar las acciones que queremos que cambien, al definir por qué nos molestan y cómo queremos que se modifiquen. Este sería el esquema:

Concretar	“Cuando tú “
Mostrar nuestros sentimientos	“Yo me he sentido...”
Explicar los motivos de ese sentimiento	“Porque...”
Especificar el cambio	“Por eso te pido...”

- » Estate atento y reconoce tanto los cambios como los aspectos positivos de esa persona y házselos saber. Ten en cuenta que los **refuerzos sociales** (la aprobación, una sonrisa...) **son los reforzadores más potentes**.
- Buscar la **retroalimentación o feedback**, es decir, las respuestas que tienen nuestros mensajes en nuestros interlocutores.
- **¡Termina con una sonrisa!** En cualquier intervención con grupos es muy recomendable acabar con una sonrisa por parte de todos ya que refuerza el conjunto de las actividades que se hayan realizado y deja un buen recuerdo que predispone para aceptar cambios y para las sesiones posteriores, en el caso de que las haya.



## 9.5. Niveles de funcionamiento en un grupo

El **Manual de Formación de Mediadores Sociales del Instituto de Adicciones de Madrid Salud**, expone cómo todo grupo funciona en dos niveles distintos, el nivel de la tarea y el nivel emocional o afectivo (Brunet y Negro 1991). Estos niveles incluyen:

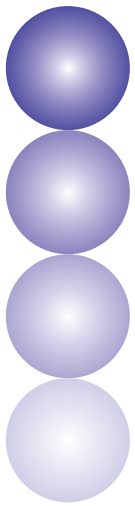
Nivel tarea	Nivel emocional o afectivo
<ul style="list-style-type: none"><li>• El trabajo.</li><li>• Objetivos.</li><li>• Ideas.</li><li>• Organización formal del grupo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relaciones.</li><li>• Comunicación.</li><li>• Satisfacción de cada miembro.</li><li>• Sentimiento de grupo.</li><li>• Confianza...</li></ul>

**Un grupo funciona bien en el nivel de tarea si tiene objetivos y estrategias claras**, y si todos sus miembros son partícipes de esos objetivos y estrategias. El funcionamiento interno del grupo incluye las normas por las que se rige el grupo, es decir, los modos de interacción, de distribución de responsabilidades, de discusión y de toma de decisiones.

**El nivel afectivo viene definido por** los fenómenos de orden afectivo que se dan dentro del grupo: **el clima de grupo y el grado de cohesión.**

El funcionamiento de un grupo está ligado a los dos niveles y su buen desarrollo depende de que en él se dé cabida a las necesidades de sus miembros, atendiendo tanto a los aspectos interpersonales como a la tarea.

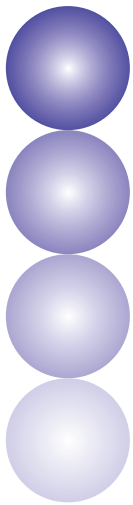
En prevención de drogodependencias, los procesos internos de un grupo dependen en gran medida de estos dos niveles de funcionamiento y la importancia que cada miembro le da a uno u otro. Hay momentos en que la **presión de grupo**



**explícita** (verbal) empujan a uno de sus miembros a mantener ciertas conductas, como el consumo de sustancias, siendo, en la mayor parte de situaciones, el fenómeno de la **presión implícita** el que actúa: el grupo tiene como hábito ciertas actividades y no es necesario que se produzcan procesos de presión abiertos o explícitos, puesto que todos los miembros conocen la costumbre y las practican sin planteárselo más.

Este aspecto del funcionamiento de los grupos lo tendremos en cuenta tanto en el estilo de dirección como en las técnicas a utilizar en la intervención con grupos.

¿Sabías que... la presión de grupo se da en todos los grupos, aunque muchas veces de forma “oculta”?

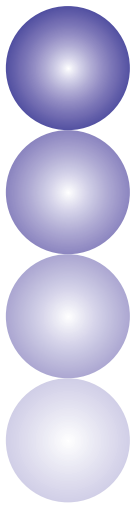


## 9.6. El animador de grupo. Estilos de dirección de grupos

La bibliografía relacionada con la dinámica de grupos cita **tres tipos de liderazgo** cuyas características se resumen en el siguiente cuadro:

Autoritario	“Laissez-Faire”	Democrático
<ul style="list-style-type: none"><li>• El líder determina toda política.</li><li>• La autoridad dicta, de uno en uno, las técnicas y los pasos de la actividad de modo que los pasos futuros serán en gran medida inciertos.</li><li>• Por lo general, el líder dicta el trabajo por hacer y designa el compañero de cada uno.</li><li>• El líder tiende a “personalizar” sus alabanzas o críticas al trabajo de cada miembro; permanece separado y no participa activamente en el grupo excepto en las demostraciones.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Libertad completa para la decisión de grupo o de individuo, con mínima participación del líder.</li><li>• El líder proporciona varios materiales y aclara que dará la información cuando se le pida. Fuera de esto no participa en la discusión.</li><li>• El líder no participa en absoluto.</li><li>• Los comentarios espontáneos sobre las actividades son poco frecuentes, a menos que se le pida; no intenta valorar ni regular el curso de los acontecimientos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Toda política es asunto de la discusión y decisión de grupo, que el líder anima y asiste.</li><li>• Se gana perspectiva sobre la actividad durante el período de discusión. Se esbozan los pasos generales hacia la meta de grupo y el líder sugiere dos o más procedimientos alternativos.</li><li>• Los miembros son libres de trabajar con quien deseen. El grupo divide las tareas.</li><li>• Al alabar o criticar, el líder es “objetivo”, es decir, “se basa en los hechos” y trata de ser un miembro regular del grupo sin imponer su presencia y sin realizar él el trabajo.</li></ul>

Fuente: White, R. y Lippit, R. Conducta del líder y reacción del miembro en tres “climas sociales”. En Cartwright, D. y Zander, A. (Eds.) (1971). Dinámica de grupos. Investigación y Teoría. Madrid: Trillas.



El **líder de un grupo** es una de las personas que ejerce mayor influencia dentro del grupo. Por tanto, puede ser tanto el monitor, como cualquier otro miembro del grupo que pueda llegar a ejercer esta influencia.

Los estudios demuestran cómo el funcionamiento de los grupos depende del tipo de liderazgo que se ejerza.

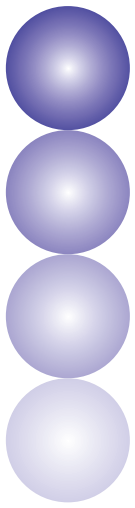
Estas son las **repercusiones de los diferentes estilos** de liderazgo (Antons 1978 y otros):

### Sobre el ESTILO AUTORITARIO

- Puede ser útil al inicio de la formación de algunos grupos, por ejemplo, en grupos con personas inhibidas ya que facilita la integración de los miembros.
- Tiene al principio buenos resultados, pero pronto se produce un descenso del rendimiento, un descontento no manifiesto y tendencia a la hostilidad.
- Los miembros demuestran mayor dependencia y menor individualidad, tendiendo a ser las conversaciones menos variadas.
- El líder que ha acogido un estilo autoritario debe preguntarse si: ¿lo hace por su satisfacción personal?, porque le gusta que todos le aprecien, porque sin él “las cosas andan mal” o ¿adopta la posición central conscientemente para desligarse de ella tan pronto sea posible?, con el fin de que puedan desplazarse al punto central del grupo otras relaciones.

### Sobre el estilo “LAISSEZ-FAIRE”

- Los miembros del grupo pueden sentirse inseguros y desamparados, sobre todo los más sumisos.
- El rendimiento es bajo, tanto en cantidad como en calidad.
- Puede ser interesante aplicar este estilo en situaciones “controladas”, por ejemplo, en actividades de observación del grupo por parte de alguno de los miembros.

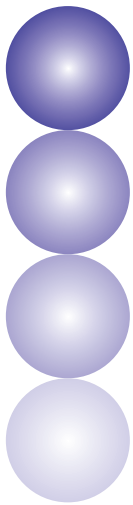


### Sobre el estilo DEMOCRÁTICO

- El grupo es el lugar donde escuchar opiniones y tolerar la diferencia.
- Los miembros del grupo defienden sus propias opiniones e intereses, al mismo tiempo que posponen los propios intereses a los de otros a través de procedimientos como la discusión, la votación y la redacción de conclusiones.
- A medio y largo plazo, el rendimiento es alto, tanto en cantidad como en calidad.
- Con facilidad en el grupo surge el sentimiento de amistad y el elogio mutuo.
- El grupo aprende y/o sabe tomar decisiones, siendo tarea del líder proponer los problemas para discutir, en lugar de proponer soluciones, ofreciendo algunas alternativas e indagando otras entre los miembros del grupo a través de preguntas.
- Nace en el grupo un sentimiento de “nosotros”, creciendo la actividad espontánea y la predisposición al trabajo en común.

## 9.7. Funciones del animador de grupo

El **Programa para la prevención del consumo de drogas Nexus**, enfatiza la **eficacia de los métodos educativos interactivos**, en los que el papel del animador del grupo cobra especial relevancia. Las siguientes serían sus **funciones principales**:



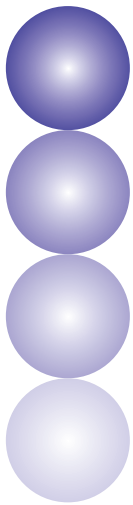
## 9.7.1. Procurar la cohesión del grupo

Es importante que los asistentes se sientan valorados y seguros dentro del grupo. Para ello hay que animarles a participar y reforzar en todo momento sus comentarios adecuados, ignorando aquellos que sean graciosos o desafortunados. Se debe aceptar a cada miembro del grupo tal y como es, valorando lo que hacen bien y evitando criticar sus errores y sus opiniones. Para fortalecer el grupo es fundamental propiciar un **clima de cooperación, apoyo y de respeto** mutuo.

### Algunas “recetas” para empatizar con un grupo:

- Diles siempre la verdad, no manipules por nada del mundo, todo se basa en la confianza que tengan en ti y si descubren que tienes otras intenciones, se acabó.
- Haz de tus reuniones o encuentros un marco para que se expresen libremente. Pon las condiciones adecuadas (espacio, metodología, clima de confianza) para que puedan comunicarse de la forma más fácil posible. Si lo consigues habrás ganado mucho tiempo y esfuerzo.
- Trabaja sobre la práctica, no sobre la teoría. Analiza situaciones reales, ponles encima de la mesa puntos de vista que hasta ahora no se habían planteado, hazles pensar, reflexionar.
- Que participen en la propia organización del grupo y de las actividades, no conviertas la actuación en el consumo de un programa de actividades ya hecho en el despacho. Cuesta, sí, no estamos acostumbrados (ni los profesionales ni la población joven) pero si lo consigues estarás en un momento único; déjales que se equivoquen y acierten y siempre tendrás que estar ahí para la felicitación o para que reflexionen sobre sus errores. Olvídate del típico monitor/a que todo lo hace, ahora tu trabajo es la mediación.
- Tú no formas parte de su grupo. Eres mediador/a. No lo olvides.

Fuente: *Módulo básico de formación sobre prevención de las drogodependencias para mediadores/as juveniles.* (Berenguer, J.F. y Puerta, C., 2009).



## 9.7.2. Manejar los debates en grupo

Un criterio, a tener muy en cuenta en cualquier intervención grupal con jóvenes, es **estimular los debates en grupo** y permitir que los participantes se expresen espontáneamente sin desviarse de los objetivos de la sesión. Al mismo tiempo, el animador debe estar atento a los mensajes que emite el grupo y corregir la información o las creencias erróneas que puedan surgir.

Es conveniente recordar a los participantes que deben intervenir ordenadamente, escuchar con atención todas las intervenciones y respetar las opiniones y aportaciones de sus compañeros. El grupo debe saber que puede expresarse y debatir con libertad, llegando a sus propias conclusiones sobre los temas que sean objeto de discusión.

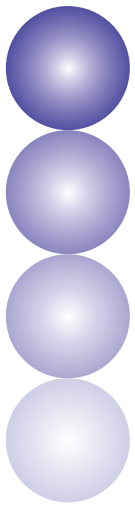
En las sesiones debe intervenir el mayor número posible de participantes, evitando que unos pocos monopolicen los procesos de debate. En ocasiones puede resultar de gran utilidad para facilitar la participación formar grupos pequeños que al final se reúnan para poner en común sus conclusiones.

Es probable que en algún momento sea necesario que el mediador ayude al grupo a emitir y verbalizar sus argumentos y a centrarlos en el tema de debate.

## 9.7.3. Pedagogía inductiva o del descubrimiento

Siempre que sea posible, las actividades deben enfocarse de modo inductivo, de forma **que el grupo “descubra” los contenidos clave** de la sesión por medio de su propia reflexión, experiencia y **a través de sus propias conclusiones**. No hay que olvidar que los más jóvenes deben tener tiempo suficiente para hacer sus juicios acerca de las situaciones o ejercicios que se les planteen.

Es muy importante estimular la curiosidad para descubrir o aprender los contenidos que se aborden. En todo momento hay que reforzar los descubrimientos del grupo y actuar con sumo cuidado para que **las intervenciones del monitor no se interpreten como una crítica** o como una descalificación de lo dicho o hecho por los participantes.



## 9.7.4. Estímulo de la participación activa

Es un requisito de los programas interactivos que los grupos sean pequeños, con el propósito de que todos los participantes puedan intervenir.

Formando parejas, tríos o **pequeños grupos** se puede hacer **más probable la participación de todos** los miembros del grupo a la hora de debatir o tratar de resolver las situaciones que se propongan en las distintas actividades. Con esta forma de proceder no sólo se estimula la participación y la interacción entre los miembros del grupo, sino que también se puede enriquecer y mejorar la calidad de sus aportaciones.

Se debe procurar **que las actividades tengan un carácter lúdico, participativo e interactivo**, y que se desarrollen **en un clima desenfadado en el que los participantes se sientan cómodos y en un contexto de aprendizaje informal**.

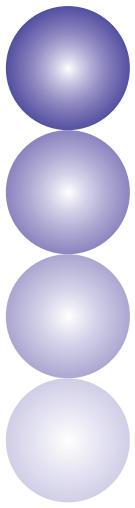
Es muy aconsejable apoyarse en los propios jóvenes para desarrollar las actividades del programa. Actuando así, se incrementa la motivación y la participación del grupo, se mejora la asimilación de los contenidos y, en definitiva, se aumenta la eficacia del programa.

Hay que señalar, asimismo, que **reforzando a los miembros del grupo se estimula su papel activo**, al tiempo que se consolidan sus logros y sus aciertos.

## 9.7.5. Promoción del aprendizaje de habilidades: Práctica guiada

**Todos los participantes deben tener la oportunidad de practicar la adquisición de habilidades** y de observar cómo sus compañeros las ejercitan (competencia social). En ocasiones será necesario que el monitor haga de **modelo competente** para demostrar cómo hay que desempeñar la habilidad, especialmente cuando los jóvenes se bloqueen o no sepan cómo seguir.

Tras un ensayo, todos los actores deben recibir una adecuada evaluación correctora y de apoyo que les capacite para utilizar las habilidades fuera de las sesiones en condiciones naturales.



Los **progresos** que se vayan observando, por pequeños que sean, **deben ser reforzados**.

Los errores que se cometan deben corregirse con mucho tacto, utilizando siempre un lenguaje positivo que facilite el cambio.

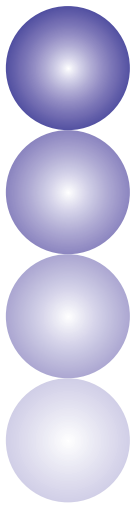
¿Sabías que... un monitor tiene que estar pendiente de que todos los miembros del grupo participen y den sus opiniones, descubran, experimenten y practiquen las habilidades o contenidos que se trabajen, entre otras tareas?

¡Pues sí tiene trabajo el monitor!

## 9.7.6. Papel del monitor

En un grupo interactivo para la prevención del consumo de drogas, el papel del monitor debe ajustarse a las siguientes funciones:

- Guiar los debates en grupo y promover la participación activa de todos sus miembros.
- Facilitar las interacciones positivas y de apoyo entre los participantes.
- Asumir un papel de autoridad sólo cuando sea imprescindible.

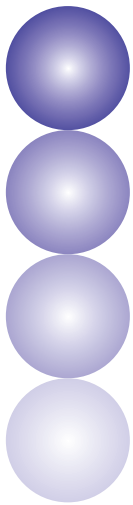


- Promover la adquisición de habilidades y competencias personales.
- Mantener la actividad del grupo y velar porque las actividades se desarrollan conforme a su estructuración, orden previsto y con la carga de tiempo que se ha planificado.
- Introducir los reajustes y modificaciones en las actividades que se consideren necesarias, sin desvirtuar por ello los propósitos del programa y los elementos nucleares que conformen cada sesión.
- Desempeñar un papel de modelo de salud, en especial en lo que al consumo de drogas se refiere, que promueva un estilo de vida saludable entre los participantes.

## 9.8. Técnicas de intervención con grupos de jóvenes

En función de los objetivos que deseemos conseguir, podemos utilizar diferentes tipos de técnicas. A continuación las exponemos con algunos ejemplos extraídos de diferentes fuentes bibliográficas:

**¡No dejes de consultar la bibliografía recomendada ya que hay cantidad de técnicas interesantes que pueden serte útiles!**



## 9.8.1. Técnicas de presentación

**OBJETIVO:** ayudar a los miembros del grupo a conocer sus nombres, afinidades y gustos, eliminar posibles prejuicios e integrar a todos los miembros.

**CADENA DE NOMBRES** (adaptado de Fuentes y colaboradores, 1997)

**MATERIALES:** no se requiere material específico.

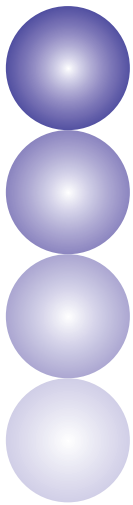
**TIEMPO APROXIMADO:** según el número de participantes y el grado de participación.

**DESARROLLO:** los jóvenes y el monitor se sientan en círculo.

**CONSIGNA:** “yo empezaré diciendo mi nombre y una afición y el participante de mi izquierda lo tiene que repetir y añadir su nombre y su afición. Cada uno debe repetir los nombres y las afición de las personas que le han precedido y añadir su nombre y afición”.

**OBSERVACIONES:** si el grupo es poco numeroso podemos hacerlo más divertido añadiendo más cosas a recordar, por ejemplo: nombre “ afición “ color favorito. Si el grupo es muy numeroso podemos hacer solamente la cadena de nombres.

**EVALUACIÓN:** ¿Han participado todos?, ¿Cómo se han sentido?, ¿Les ha costado decidir su afición?, ¿Se han divertido?



## ¿QUÉ HACE UN/A CHICO/A COMO TÚ EN UN LUGAR COMO ÉSTE? (adaptado de Las respuestas están en nosotros/as, 1997)

**MATERIALES:** fichas preparadas con las preguntas y bolígrafos.

**TIEMPO APROXIMADO:** entre 1/2 hora y 3/4 de hora, dependiendo del tamaño del grupo.

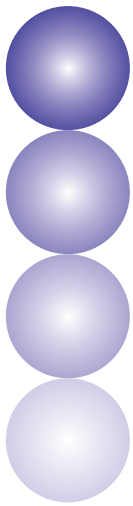
**DESARROLLO:** el monitor reparte las fichas de búsqueda, explica las instrucciones de la actividad y anima a los participantes a desplazarse libremente y conversar.

**CONSIGNA:** “cada participante debe conversar con los/las demás tratando de seguir las instrucciones de la ficha y así escribir los nombres de las personas que haya encontrado que responden a las preguntas de la hoja. El orden es indiferente y tendremos en cuenta que no se pueden repetir nombres en la hoja para permitir que todo el grupo interactúe entre sí.”

La idea es intentar terminar todas las preguntas, pero no importa si no se logra.

### EJEMPLO DE PREGUNTAS

- Busca a la persona que viva más cerca de ti:
- Localiza a cuatro personas que procedan de lugares diferentes:
- Busca a alguien que tenga tu mismo tamaño de mano:
- Busca a alguien con quien compartas tu afición favorita:
- Busca a alguien que cumpla años el mismo mes que tú:
- Busca a alguien que necesite cariño. Dáselo:
- Busca a alguien que se sienta inhibido/a porque nunca ha hecho este tipo de dinámicas o porque viene por primera vez:



- Busca a alguien que te enseñe el ombligo:
- Busca a alguien que piense que este mundo tiene solución y le gustaría hacer algo al respecto:
- Busca a alguien que no sepa quién es... (algún famoso del momento):
- Busca a alguien que te cuente porqué está aquí:
- Busca a alguien que piense que esto es una chorrada:

**OBSERVACIONES:** el número de asistentes hará variar el número de preguntas. Las preguntas pueden variar según el tipo de grupo y el contenido del curso y algunas preguntas pueden servir de introducción para trabajar algún tema o entablar algún debate.

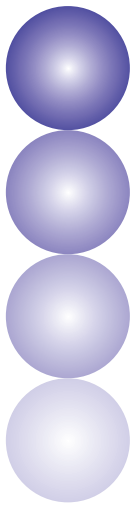
**EVALUACIÓN:** ¿Ha resultado fácil la comunicación en el grupo?, ¿Se ha encontrado dificultad en rellenar alguna de las preguntas?, ¿Las hemos contestado todas?, ¿Tenemos coincidencias con el resto de los miembros del grupo?

## 9.8.2. Técnicas de distensión

**OBJETIVO:** favorece el buen clima entre los miembros del grupos, la confianza y el mutuo conocimiento, a la vez que potencia la autoestima y el conocimiento personal.

**SÉ DE TI NO SÉ DE TI** (adaptado de Fuentes y colaboradores, 1997)

**MATERIALES:** ninguno.



**TIEMPO APROXIMADO:** para cada respuesta se estiman unos 50 segundos, dependiendo el tiempo total del número de intervenciones.

**DESARROLLO:** los participantes se colocan en círculo.

**CONSIGNA:** “de forma espontánea y sin orden establecido, tenéis que dirigiros en voz alta a alguna de las personas conocidas, con una frase que comience por “sé de ti (p.ej. que te llamas Carmen)” y continuar diciendo “y no sé de ti (p. ej. si te gusta el cine)”. La otra persona tiene que ratificar lo expuesto y dar la información que le han pedido”.

Si la persona es desconocida pueden comenzar diciendo “no sé de ti (p.ej. tu nombre) y sé de ti (p. ej. que tienes unos ojos muy bonitos)”.

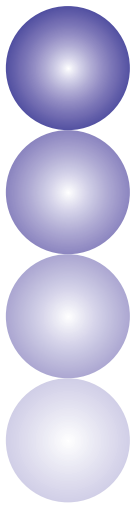
**EVALUACIÓN:** ¿Les ha costado expresar sus ideas acerca de los compañeros?, ¿Han hecho más preguntas superficiales o personales?, ¿Han cambiado alguna opinión sobre algún compañero?, ¿Han sentido que los demás los conocían?, ¿Sienten que ahora los conocen mejor?

### **EL MASAJE ANÓNIMO** (adaptado de Análisis y resolución de conflictos, 1994)

**MATERIALES:** ninguno.

**TIEMPO APROXIMADO:** 15 ó 20 minutos.

**DESARROLLO:** formamos dos círculos concéntricos con igual número de participantes en cada uno. Las personas de los dos grupos están con los ojos cerrados y de cara al centro. Antes de comenzar pedimos a las personas del círculo de fuera que se desplacen hacia la izquierda (para que no sepan con quién van a trabajar).



**CONSIGNA:** “las personas que estáis en el círculo de fuera tenéis que extender las manos y dar un masaje en la espalda y brazos al/a compañero/a de dentro. Cuando os avise os desplazareis a la izquierda y daréis el masaje a otros.”

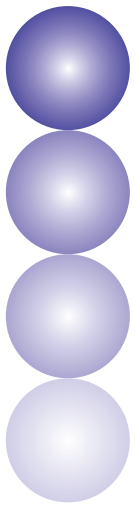
- Repiten el proceso dos o tres veces.
- Posteriormente los dos grupos se situarán mirando hacia fuera y los participantes del círculo interior repetirán el proceso de masaje con los del círculo exterior.

**EVALUACIÓN:** ¿A quién creéis que le habéis dado el masaje?, ¿Quién creéis que os ha dado el masaje y por qué?, ¿Cómo nos hemos sentido mejor: siendo masajistas o recibiendo los masajes?, ¿Qué formas de comunicación podemos utilizar con los demás?, ¿Qué nos han transmitido y hemos transmitido en los masajes?, ¿Cómo nos sentimos en el grupo: igual, con más confianza?

### 9.8.3. Técnicas de habilidades sociales y de comunicación

**OBJETIVO:** entrenarse y aprender habilidades que permitan a los participantes relacionarse de una forma adaptativa en su entorno social, estableciendo y manteniendo relaciones interpersonales gratificantes y potenciando sus recursos personales.

Goldstein y col. (1989) proponen el listado de cincuenta habilidades para situaciones muy variadas:

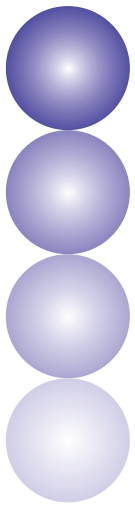


### **GRUPO 1: PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES**

1. Escuchar
2. Iniciar una conversación
3. Mantener una conversación
4. Formular una pregunta
5. Dar las gracias
6. Presentarse
7. Presentar a otras personas
8. Hacer un cumplido

### **GRUPO 2: HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS**

- 9. Pedir ayuda**
- 10. Participar**
- 11. Dar instrucciones**
- 12. Seguir instrucciones**
- 13. Disculparse**
- 14. Convencer a los demás**

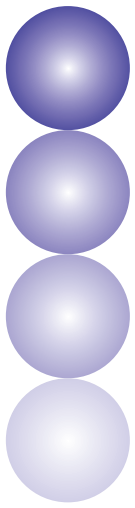


### **GRUPO 3: HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS**

- 15. Conocer los propios sentimientos**
- 16. Expresar los sentimientos**
- 17. Comprender los sentimientos de los demás**
- 18. Enfrentarse al enfado de otro**
- 19. Expresar afecto**
- 20. Resolver el miedo**
- 21. Autorrecompensarse**

### **GRUPO 4: HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN**

- 22. Pedir permiso**
- 23. Compartir algo**
- 24. Ayudar a los demás**
- 25. Negociar**
- 26. Emplear el autocontrol**
- 27. Defender los propios derechos**
- 28. Responder a las bromas**
- 29. Evitar los problemas con los demás**
- 30. No entrar en peleas**

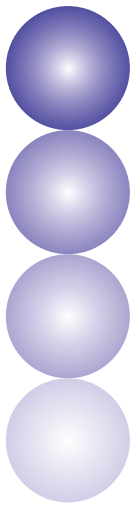


### **GRUPO 5: HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS**

- 31. Formular una queja**
- 32. Responder a una queja**
- 33. Demostrar deportividad después de un juego**
- 34. Resolver la vergüenza**
- 35. Arreglárselas cuando lo dejan de lado**
- 36. Defender a un amigo**
- 37. Responder a la persuasión**
- 38. Responder al fracaso**
- 39. Enfrentarse a los mensajes contradictorios**
- 40. Responder a una acusación**
- 41. Prepararse para una conversación difícil**
- 42. Hacer frente a las presiones del grupo**

### **GRUPO 6: HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN**

- 43. Tomar iniciativas**
- 44. Discernir sobre la causa de un problema**
- 45. Establecer un objetivo**
- 46. Determinar las propias habilidades**
- 47. Recoger información**
- 48. Resolver los problemas según su importancia**
- 49. Tomar una decisión**
- 50. Concentrarse en una tarea**



**El monitor elegirá las habilidades a entrenar** según las necesidades del grupo y seguirá el siguiente esquema de entrenamiento:

### 1. Presentación de la habilidad

Se comienza **describiendo** brevemente el contenido a aprender en la sesión (por ejemplo, cómo iniciar una conversación, o cómo decir no). Además de describirla, es importante enfatizar su importancia. El alumno debe percibir que esa habilidad es fundamental, para que su implicación en el aprendizaje sea máxima.

### 2. Modelado

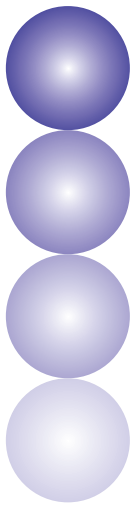
Consiste en que uno o varios actores previamente entrenados (generalmente el propio instructor) llevan a cabo una representación de papeles donde **se muestra la habilidad en cuestión**. Es preferible utilizar un modelo de conducta inadecuada y uno o dos modelos de conducta adecuada, para facilitar el proceso de discriminación de los elementos esenciales que componen la habilidad. Se modelan todos los pasos en la secuencia correcta.

### 3. Representación de papeles o “role-playing”

Consiste en que cada uno de los participantes ponga en práctica la habilidad en cuestión. Para ello **se ensayan diversas situaciones**, preferiblemente sacadas de la experiencia real de los propios participantes; cuando más similar sea la escena representada a la situación real, más fácil y más probable será la práctica real, la transferencia a la vida cotidiana y la consolidación del aprendizaje. En esta ejecución se insiste en seguir los pasos uno a uno, mecánicamente al principio, hasta que se adquiera soltura y se personalicen.

### 4. Retroalimentación o “feedback”

Una vez ejecutado cada ensayo, el actor recibe retroalimentación (**información objetiva**) sobre su ejecución. La retroalimentación puede tener varias fuentes: el resto de los participantes y el monitor. Su objetivo es consolidar los elementos desempeñados adecuadamente y dar indicaciones **para mejorar**, paso a paso, los deficitarios. Debe referirse, pues, a cuestiones muy concretas u observables; una retroalimentación del tipo “has estado muy amable” es poco descriptiva y poco útil, frente a “has hecho un comentario empático muy bueno”. Conviene incluso llevar a cabo, previamente, un breve entrenamiento sobre cómo ofrecer la retroalimentación.



## 5. Tareas para casa

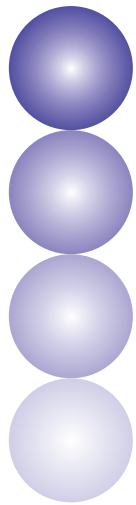
Mediante las tareas para casa se pretende que la **habilidad aprendida se transfiera a la vida real** del sujeto. No hay que contar con que esto va a ocurrir sin más; que una persona lo haga bien en la situación de aprendizaje no significa que lo haga igual de bien, ni siquiera que lo intente, en las situaciones espontáneas de su vida. Por lo tanto, este proceso de **generalización** debe ser planificado. Por ello trataremos de:

- Repetir varias veces la práctica en la sesión para ir automatizándola: **sobreaprendizaje**.
- Entrenar sobre situaciones lo más parecidas posibles a las del entorno real.
- Utilizar situaciones de entrenamiento variadas, para facilitar la flexibilidad en el uso de los elementos aprendidos.
- La **planificación** de las tareas para casa: Establecer, al final de la sesión, dónde, cuándo o con quién se va a practicar. También implica que cada sesión nueva empieza con una revisión de las tareas planificadas en la sesión anterior.

Estas son **algunas situaciones** propuestas por un Programa de intervención en Habilidades Sociales llevado a cabo dentro del marco del Plan Regional sobre Drogas en la Comunidad de Madrid (1995).

Hemos seleccionado una habilidad de cinco de los grupos de habilidades sociales y de comunicación expuestos más arriba, con dos situaciones diferentes:

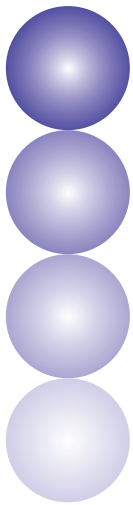
<b>GRUPO I</b>	<b>HABILIDAD Nº5</b> Dar las gracias.	En tu grupo de amigos. Agradece a un amigo el haberte dado un consejo. En casa. Da las gracias a tu madre por haberte planchado la camiseta que te querías poner.
<b>GRUPO II</b>	<b>HABILIDAD Nº9</b> Pedir ayuda.	En casa. Pides a tus padres que te ayuden en un problema personal. En tu grupo de amigos. Pide a tus amigos que te aconseje para una cita que tienes con un chico/a.



<b>GRUPO III</b>	<b>HABILIDAD Nº15</b> Conocer los propios sentimientos	Un compañero te hace un elogio. Sientes vergüenza. Identifica las sensaciones. En casa. Tus padres te acusan de algo que no has hecho. Te sientes enfadado, rabioso. Identifica las señales.
<b>GRUPO IV</b>	<b>HABILIDAD Nº27</b> Defender los propios derechos	Estás en una cola y ves que otra persona se pone delante de ti. Has comprado unos zapatos y observas al llegar a casa que tienen un defecto. Vuelves a la tienda a devolverlos.
<b>GRUPO V</b>	<b>HABILIDAD Nº31</b> Formular una queja (expresión de sentimientos negativos)	En casa. Le dices a tu madre/padre lo molesto que te sientes cuando te tratan como a un niño. Estás con un grupo de amigos y amigas en un pub. No te agrada el sitio ni la conversación que se está llevando. Identificas tu emoción como aburrimiento. Expresa adecuadamente esta emoción.

Mención especial merecen las **técnicas del DISCO RAYADO y el BANCO DE NIEBLA**, imprescindibles en el ámbito de la prevención de las drogodependencias **como estrategias para decir “NO” ante presiones sociales** y, en especial, ante situaciones relacionadas con drogas. No se puede discutir el derecho personal a **DECIR NO**, pero para ello hay que desmontar temores e ideas irracionales relacionadas con el “miedo a que el otro se enfade” y a “perder la buena relación”.

El hecho de autoafirmarnos no tiene porqué poner en peligro la relación con la otra persona, siempre que se ejecute adecuadamente: Decir “No” no conlleva una crítica, ni quiere decir que la otra persona nos caiga mal o tengamos algo contra ella.



Los temores e ideas irracionales a las consecuencias de decir “No” o a no saber decirlo, están relacionados con la propia autoestima y las posibles consecuencias para el futuro en una relación (acumulación de sentimientos de frustración o ira).

Estas técnicas tienen en cuenta que existe una tasa de “noes” limitada. Simplemente se trata de tener un “No” más que nuestro interlocutor. Estas técnicas se exponen en el siguiente cuadro:

**DISCO RAYADO** (Fuente: Programa de intervención en Habilidades Sociales, Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 1995)

**MATERIALES:** no se requiere material específico, aunque es interesante grabar en vídeo los ensayos para aprender a manejar tanto la comunicación verbal como la no verbal.

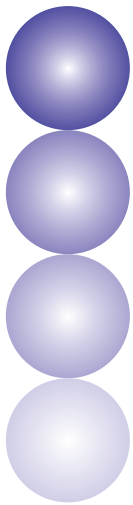
**TIEMPO APROXIMADO:** según el número de ensayos que se planifiquen.

**DESARROLLO:** el grupo se sienta en forma de “U”, colocándose los actores en la parte superior. Los actores ensayan una situación de presión de grupo entre adolescentes: Dos, tres o más jóvenes intentan convencer a otro de que les acompañe a realizar algo, generalmente relacionado con hacer algo peligroso, insano o fuera de la ley, y este otro mantiene una postura diferente de manera asertiva, sin enfadarse ni ofender.

**CONSIGNAS:**

- Repetir una y otra vez lo que queremos, sin enojarnos, irritarnos, ni levantar la voz, acabando las frases siempre con nuestro objetivo.
- Darnos permiso para no justificarnos, si es eso lo que queremos.
- Mantenernos en nuestro objetivo. Esto facilita el llegar a un acuerdo, mejorando la relación o al menos no empeorándola.

**OBSERVACIONES:** en el caso de dificultades por parte del adolescente para mantener su posición en el ensayo, el monitor detendrá la representación y en voz baja le dará instrucciones para evitar el fracaso de la técnica, apoyando el ensayo.



**BANCO DE NIEBLA** (Fuente: Programa de intervención en Habilidades Sociales, Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 1995)

**MATERIALES:** no se requiere material específico, aunque es interesante grabar en vídeo los ensayos para aprender a manejar tanto la comunicación verbal como la no verbal.

**TIEMPO APROXIMADO:** según el número de ensayos que se planifiquen.

**DESARROLLO:** el grupo se sienta en forma de “U”, colocándose los actores en la parte superior. Los actores ensayan una situación de presión o “chantaje” emocional con el propósito de forzar la conducta de otro: Un actor o varios intentan, utilizando críticas manipulativas, forzar a otro para que tenga una conducta peligrosa, poco saludable o ilegal, cuando este manifiesta su negativa.

**CONSIGNAS:**

- Reconocer cualquier verdad en las declaraciones que emplean:

AMIGO: “¿Cómo puedes dejarme así?, con la de veces que yo lo he hecho por ti”.

YO: “Es verdad que muchas veces tú me has acompañado”.

Observad cómo no se ha respondido nada, se extiende un “banco de niebla”.

- Convenir con la posibilidad:

AMIGO: “Creo que eres un egoísta”.

YO: “Puede que tengas razón”.

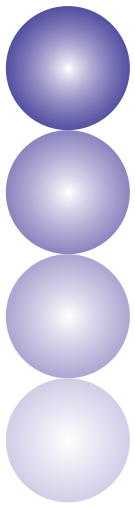
Observad que la aceptación no es del “ser” sino del comportamiento.

- Convenir en principio:

AMIGO: “Más te valdría que “.

YO: “Lo tendré en cuenta”, “Lo pensaré”...

Observad que se pospone la respuesta.



**OBSERVACIONES:** consecuencias que produce el uso de esta técnica: Obliga a escuchar exactamente lo que dice el que chantajea con su crítica; se responde sólo a lo que dice, no a lo que lleva implícito; enseña a ser un buen oyente.

## 9.8.4. Técnicas de participación y debate grupal

En este apartado se exponen varias técnicas que pretenden **estimular la participación** del grupo creando la situación óptima para que la tarea tenga éxito. El monitor elegirá la técnica en función del objetivo que pretenda conseguir y del contenido que quiera trabajar en el grupo.

### BRAINSTORMING O TORMENTA DE IDEAS

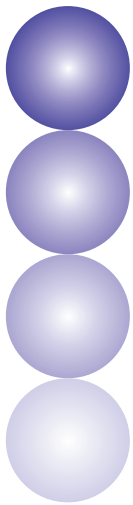
**FINALIDAD:** promover la producción de ideas sobre un tema o problema, permitir identificar opiniones, creencias y actitudes del grupo.

**MATERIAL:** pizarra o panel donde escribir o recoger las ideas del grupo.

**TIEMPO APROXIMADO:** aproximadamente una hora, dependiendo del tamaño del grupo.

**DESARROLLO:** se desarrolla en tres fases:

1. Exposición: se presenta el tema o problema con claridad y bien delimitado.
2. Producción de ideas: cada participante del grupo comunica sus ideas y se van anotando en la pizarra durante 5-15 minutos. Si es necesario y hay dudas se hace alguna aclaración por parte de la persona que produce la idea.



- Se trata de producir la mayor cantidad de ideas posibles en un tiempo mínimo.
  - Cualquier idea emitida es válida. Debe evitarse todo tipo crítica o autocrítica.
  - Se pueden aportar ideas por asociación con otras.
  - Toda idea se considera un emergente grupal y no una opinión a título personal.
3. Selección: Se analizan las ideas y se extraen las conclusiones más relevantes de acuerdo al objetivo prefijado. Se pueden clasificar en función de diversos criterios. Se realiza un resumen y se extraen las conclusiones correspondientes.

## PANEL DE DISCUSIÓN

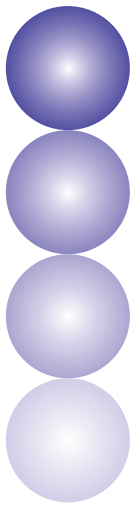
### FINALIDAD

- Permitir conocer diferentes formas de considerar y enfrentar un problema.
- Ayudar a identificar y clarificar un problema o sus posibles soluciones.
- Mostrar las ventajas y desventajas de una posible línea de acción.

**MATERIAL:** ningún material específico.

**TIEMPO APROXIMADO:** la primera exposición de los ponentes debe ser de unos 10 o 15 minutos, no debiendo superar las intervenciones posteriores los 5 minutos. En total la actividad puede durar una hora.

**DESARROLLO:** se asigna el papel de expertos en un tema determinado a algunos de los miembros del grupo para que dialoguen entre sí, expongan sus ideas y diversos puntos de vista delante de un supuesto auditorio formado por el resto del grupo.



Se compone de cuatro fases:

1. Preparación: el coordinador distribuye los diferentes papeles a los miembros del grupo y los distintos aspectos del tema a tratar en la discusión con los designados como expertos.
2. Presentación y desarrollo: presenta el tema a tratar y a los “expertos” a los Demás participantes. Durante el diálogo el coordinador puede intervenir preguntando o animando al grupo, pero no debe opinar.
3. Resumen de las ideas principales: después de un tiempo razonable de discusión cada persona en el rol de experto resume su idea principal.
4. Conclusiones: finalmente se resumen las ideas y conclusiones, se anima a todo el grupo a participar para que pregunten o expresen su opinión. Antes y durante la discusión los que hacen de público se abstienen de intervenir.

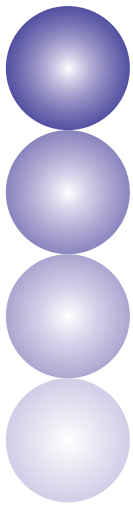
## PANEL INTEGRADO

### FINALIDAD

- Estudiar y analizar un tema determinado mediante la participación activa del grupo y el intercambio de opiniones.
- Fomentar la participación y el debate grupal.
- Permitir conocer diferentes formas de considerar y enfrentar un problema.

**MATERIAL:** ficha para cada uno de los participantes con la figura y el número o letra para formar los 2 subgrupos.

**TIEMPO APROXIMADO:** aproximadamente hora y media.



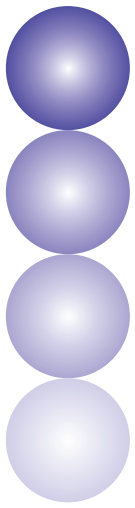
**DESARROLLO:** se divide en cinco fases:

1. Formación de subgrupos: cada miembro del grupo debe participar en dos subgrupos distintos. Se asigna a cada uno una ficha con dos distintivos diferentes (figura y número o letra). Las figuras son el distintivo para el primer grupo y el número o letra para el segundo. Se forman los subgrupos en función de los distintivos asignados y teniendo todos el mismo número de personas (de 3 a 6).
2. Formación de los primeros subgrupos: estarán en el mismo subgrupo los que tengan la misma figura.
3. Fase de discusión: cada subgrupo discute el tema propuesto y todos los participantes escriben lo que se ha dicho.
4. Formación de los segundos subgrupos: las personas que tienen el mismo número o letra forman grupos nuevos y cada uno expone lo dicho en su grupo anterior y a partir de ello continúan la discusión. Uno de los miembros recoge las ideas, decisiones o conclusiones finales.
5. Fase de síntesis: por último se hace una puesta en común de lo dicho en los segundos subgrupos y el monitor extrae conclusiones.

## **PHILLIPS 66**

### **FINALIDAD**

- Detectar intereses, opiniones, deseos, problemas o sugerencias de un grupo grande en poco tiempo.
- Fomentar la comunicación y la participación grupal.



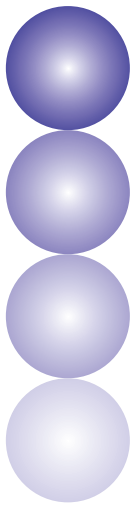
- Disponer de un sondeo rápido de las opiniones o disposición del grupo.
- Potenciar el funcionamiento democrático en el interior del grupo

**MATERIAL:** documentación necesaria para fundamentar el debate, pizarra, folios y bolígrafos.

**TIEMPO APROXIMADO:** aproximadamente hora y media.

**DESARROLLO:** se divide al grupo en subgrupos de 6 personas que discuten un tema durante 6 minutos aproximadamente:

1. Se explica al grupo el objetivo y el procedimiento.
2. Se formula una pregunta o se indica el tema a tratar.
3. Se forman los subgrupos, mejor con personas que no se conozcan previamente.
4. Cada subgrupo designa un coordinador y un portavoz que recoja y exponga las conclusiones al grupo grande.
5. Cada miembro expone sus ideas en su subgrupo durante un minuto más o menos, se discute lo expuesto y se anotan las conclusiones.
6. Concluido el tiempo previsto, se reúnen los subgrupos y cada portavoz expone sus conclusiones y las discrepancias surgidas.
7. Se anota la síntesis de las aportaciones y el monitor hace un resumen general.
8. Se puede concluir realizando un debate grupal sobre las conclusiones.



## 9.8.5. Técnicas de educación en valores

En el ámbito de la Educación en valores podemos trabajar las siguientes técnicas expuestas aquí de forma general, acompañadas de algunos ejemplos.

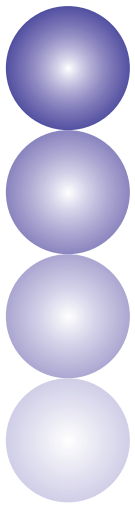
### OBJETIVOS

- Descubrir los valores en uno mismo, tomar conciencia de ellos y analizar hasta qué punto orientan nuestra propia vida.
- Analizar los valores de la sociedad en general, a veces cambiantes y contradictorios.
- Analizar los valores facilitadores del consumo de drogas: hedonismo, vivencia del presente sin planificación futura, valor del éxito frente al esfuerzo, consumismo, individualismo,
- Analizar los valores protectores del consumo de drogas: idealismo, responsabilidad, valor del esfuerzo frente al éxito, proyecto de vida definido, autonomía, igualdad, solidaridad,

### CLARIFICACIÓN DE VALORES - Lista de valores

**DESARROLLO:** esta técnica se suele aplicar de la siguiente forma:

1. A cada asistente se le presenta un listado de valores o una historia con valores en conflicto.
2. Cada participante ordena los valores de mayor a menor importancia para él/ella.
3. Cada participante elige tres valores de especial interés.



4. Los participantes expresan las razones que justifican su elección.

#### **MODALIDADES**

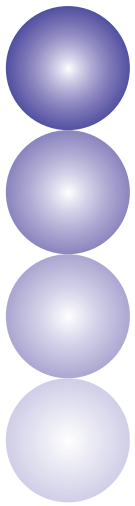
- Frases inconclusas.
- Cuestionario de valores.
- Preguntas esclarecedoras.
- Barómetro de valores.
- Foto-palabra.

#### **ESTUDIO DE CASOS**

DESARROLLO: se presenta a los participantes una situación real o ficticia, investigada y adaptada de modo que posibilite el análisis e intercambio de ideas en el grupo y como elemento final, la toma de decisiones y la resolución del problema.

#### **DILEMAS MORALES**

DESARROLLO: se presenta a los participantes una pequeña historia en la que se plantea un conflicto entre valores. El conflicto puede resolverse de varias maneras, debiendo cada participante posicionarse y argumentar su elección.



## ANÁLISIS CRÍTICO DE LA REALIDAD

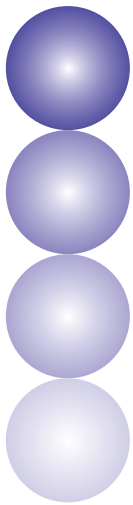
**DESARROLLO:** se analiza un problema completo, hechos o experiencias que implican un gran número de factores y sus consecuencias.

### **ALGUNOS TEMAS** POSIBLES SOBRE LOS QUE DESARROLLAR EL ANÁLISIS

- Publicidad y consumo.
- Malos tratos en la familia.
- Inmigración.
- Formas de divertirse.
- Jóvenes y consumo de drogas.
- Medio ambiente.

### **MODALIDADES**

- Investigación de problemas de carácter social.
- Discusión dirigida.
- Debate.
- Realización de murales.
- Video-forum, disco-forum y libro-forum.
- Role-playing.



## AUTORREGULACIÓN DE LA CONDUCTA

### DESARROLLO

1. Cada participante analiza la faceta del comportamiento que queremos trabajar (estilo de vida saludable, cuidado del medio ambiente...)
2. Según el criterio personal de cada participante, éste se compromete a realizar algún cambio en su comportamiento basado en sus valores.
3. Se revisa el compromiso en sí y si se ha llevado a cabo.

### MODALIDADES

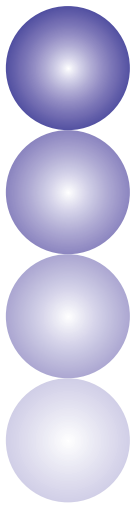
- Ejercicios de autoobservación.
- Ejercicios de autoevaluación.
- Ejercicios de autorrefuerzo.
- Autoregulación de la conducta.

## COMENTARIO CRÍTICO DE TEXTOS

**DESARROLLO:** se presenta a los participantes un texto (cuento, historia o fábula) en la que se plantean situaciones reales o imaginarias con mensajes relevantes o significativos, en muchos casos, “moralejas”.

### MODALIDADES

- Diálogo a partir de la lectura de un texto
- Comentario escrito, cuestionario, resumen de las ideas principales, postura personal...  
(Comentario de Textos: comentario de un cuento).



## 9.8.6. Técnicas de Cooperación

**OBJETIVO:** Fomentar el trabajo colectivo y en grupo valorando las ventajas de la colaboración frente a la competición.

### CUADROS COMPARATIVOS

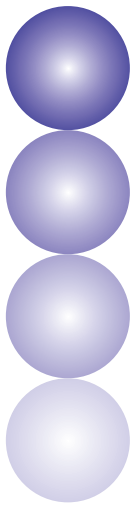
#### MATERIAL

- Cartulinas o papel con las figuras dibujadas proporcionalmente según el modelo y recortadas.
- Bolígrafos.
- Para cada subgrupo, 5 sobres marcados con las letras A, B, C, D y E para meter las figuras correspondientes:
  - » Sobre C: pieza j.
  - » Sobre D: piezas b, c, f, g.
  - » Las piezas se pueden distribuir de forma diferente en sucesivos juegos

**TIEMPO APROXIMADO:** aproximadamente media hora.

**DESARROLLO:** se divide el grupo en subgrupos de 5 participantes, recibiendo cada participante un sobre que abrirá al recibir la señal.

**CONSIGNA:** “cada uno de vosotros/as tiene un sobre que contiene piezas para formar cuadrados, como si de un puzzle se tratara. El juego finaliza cuando todos/as tengáis delante un cuadrado del mismo tamaño. Las normas a seguir son:



- Durante el juego no se puede hablar, ni comunicarse por gestos ni de ninguna otra forma.
- No se pueden tomar piezas de otro jugador/a, pero sí ceder piezas a otro/a”.

Si son varios grupos a la vez los que están realizando el juego, los que vayan finalizando pueden observar en silencio a los demás.

Este puzzle permite formar cuadros diferentes, pero sólo existe una combinación válida que requiere la colaboración de todos/as. Para niñas/os más pequeños se puede facilitar haciendo que las piezas que forman cada cuadro sean de un mismo color, pero diferente a las de otros cuadros.

### **EVALUACIÓN**

¿Cómo se han sentido?

¿Cómo se ha sentido el jugador que tenía el sobre C?

¿Quién se dio cuenta de que el sobre C sólo tenía una pieza?

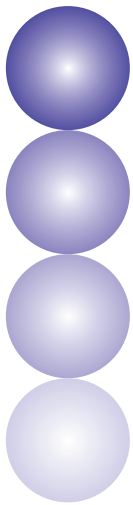
¿Cómo se ha llegado a la solución final?

¿Cómo se ha procedido cuando alguien no cumplía las reglas?

¿Percibe el grupo la importancia de la búsqueda de soluciones colectivas y la necesidad de cooperación del grupo para afrontar con éxito el problema?

## **9.8.7. Técnicas de evaluación**

**OBJETIVO: Recoger y analizar sistemática información sobre una actividad con la intención de constatar los resultados y mejorarla.**



## EL TELEGRAMA

**MATERIAL:** una copia del telegrama para cada uno de los miembros. Pizarra o papel continuo.

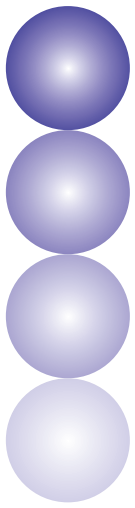
**TIEMPO APROXIMADO:** media hora.

**DESARROLLO:** se entrega a cada participante el telegrama. En él expresarán qué les ha supuesto la pertenencia al grupo, aspectos positivos y negativos, qué ha fallado y qué se puede mejorar. El tiempo objeto de evaluación puede ser un año, un trimestre, un mes o una reunión. Debe escribirse de forma breve.

Una vez terminados los telegramas se entregan en la “oficina de telégrafos” -que es el animador- se procede a su lectura y se recoge en pizarra o papel continuo el mensaje de cada uno. Por último, el monitor hace una lectura comentada de los distintos mensajes pudiéndose elaborar un telegrama síntesis que puede servir de partida para la próxima revisión-evaluación.

### EVALUACIÓN

- ¿A qué tipo de conclusiones se ha llegado?:
- ¿Qué hay que mejorar?
- ¿Qué hay que potenciar?
- ¿Qué hemos conseguido?
- ¿Qué fallos se pueden evitar en el futuro?
- ¿Qué aspectos positivos destacamos? ¿Y negativos?



## REGRESO A CASA (Fuente: adaptado de Antons, 1979)

**MATERIAL:** folios y bolígrafos.

**TIEMPO APROXIMADO:** media hora.

**DESARROLLO:** se dividen los participantes en 2 grupos (o más, según el número de asistentes) entre los que se establecerá un juego de roles en el que cada uno de los grupos defenderá las siguientes posturas basándose en su experiencia como participantes:

- Argumentación a favor de la necesidad de realizar el tipo de actividad en la que han participado.
- Argumentación en contra de este tipo de actividad.

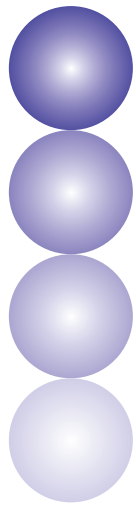
Un miembro de cada grupo tendrá el papel de secretario, debiendo recoger las opiniones vertidas en el grupo y las conclusiones, que después expondrá en el gran grupo.

Por último, a través de las conclusiones responderemos a la pregunta ¿Qué me llevo a casa?

### **EVALUACIÓN:**

- ¿Cómo se transmiten las vivencias subjetivas?
- ¿Se han sentido parte del proyecto?
- ¿Qué se critica de las actividades?
- ¿Qué se valora?
- ¿Son capaces de comunicar su experiencia?

### **Bibliografía recomendada**



## 9.9. Diseño de un programa de ocio y tiempo libre desde la óptica de la prevención de las drogodependencias

El programa es una herramienta básica para cualquier tipo de intervención sociocomunitaria y ha de tomarse como una referencia básica y no sólo como un documento que sólo utilizamos para presentarlo a la hora de conseguir una subvención o para justificar una actuación dentro de nuestra entidad o institución.

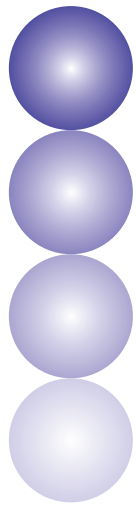
Los diferentes agentes implicados en cualquier actuación han de saber todos los parámetros de la planificación y debe existir un nexo de unión para que lo conozcan la totalidad de profesionales que intervienen.

Los programas no son documentos rígidos y deben de contener los procesos adecuados para corregir errores durante su aplicación.

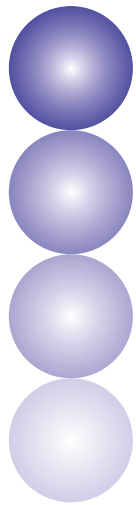
A continuación os damos un modelo de cómo realizar un programa de estas características. A la hora de programar cualquier actuación específica en prevención de las drogodependencias tendremos en cuenta todos los siguientes apartados:

### 9.9.1. Guión para la programación de actuaciones

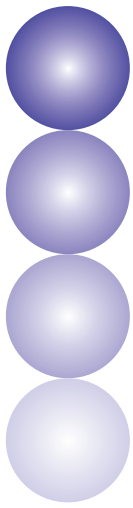
APARTADO DE LA PROGRAMACIÓN	CONTENIDO A DESARROLLAR
DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA	Es necesario denominar el programa (ponerle un nombre). Si éste va a tener varias actividades o proyectos concretos hemos de buscar un nombre que pueda recoger la idea global del mismo.



<b>IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA</b>	Hacer constar de dónde viene el programa, cuál es su origen. Los principios rectores del mismo y, de forma indispensable, incluir un diagnóstico de la realidad, basándonos en estudios de referencia, informes oficiales que podamos aplicar o nuestras propias herramientas (análisis realizado al efecto, recogida de información en el medio donde vamos a trabajar a través de diversos medios e indicadores: encuestas, reportajes...). Este apartado ha de recoger, siempre, información objetiva de la realidad.
<b>JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y FUNDAMENTACIÓN</b>	En este apartado interpretaremos los datos objetivos del anterior punto y pondremos las bases contextuales de nuestro programa. Veremos, en base al análisis, qué carencias existen en el ámbito donde vamos a trabajar, a qué necesidades vamos a dar respuesta y qué función va a tener nuestro programa en el territorio en donde vamos a realizar nuestra intervención. Igualmente, la viabilidad del programa, deberemos de contemplarla para poder formular objetivos realistas.
<b>FINALIDAD Y OBJETIVOS</b>	<p>En función de la amplitud de nuestro programa (recordar la diferencia entre plan, programa y proyecto) formularemos nuestros objetivos. Los objetivos han de ir en función de las necesidades a las que queremos dar respuesta y deben de cubrir todos los apartados y actuaciones.</p> <p>Distinguiremos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Finalidad:</b> idea final a la que se aspira. Es siempre a largo plazo.</li><li>• <b>Objetivo general:</b> da respuesta a lo que se quiere conseguir con la ejecución de la totalidad de las acciones que contenga un programa.</li><li>• <b>Objetivos específicos:</b> objetivos correspondientes a cada una de las áreas de intervención del programa. Ej.: si nuestro programa contempla acciones en diversos campos (información, formación, intervención sociocomunitaria ) debemos establecer estos objetivos para cada una de las áreas.</li><li>• <b>Objetivos operativos:</b> son los más concretos y se corresponden con las actividades que vamos a realizar para cumplir con los objetivos marcados. Estos han de ser medibles al concluir la actividad.</li></ul> <p>Es también necesario introducir un apartado en donde especifiquemos los resultados y cambios que pretendemos con estos objetivos y cómo se van a constatar o medir estos cambios.</p>



<b>POBLACIÓN DESTINATARIA</b>	<p>Describiremos de la forma más detallada posible quién es la población destinataria de nuestro programa. Características socioeconómicas, socioculturales, ámbito territorial, grupos concretos pertenecientes a centros escolares, asociaciones... Cuanto más detallado sea el público al que nos dirigimos más eficaz será nuestra intervención. Es interesante valorar los factores de riesgo que puedan estar presentes. (Ver punto 9.5.)</p>
<b>MODELO DE GESTIÓN Y AGENTES QUE PARTICIPAN</b>	<p>Debemos de establecer las funciones de todos los agentes que participen en nuestro programa (entidades, administración, instituciones, grupos...) y especificar su papel dentro del mismo. De la misma forma, expresaremos todos los factores organizativos y de recursos humanos y su rol.</p> <p>Se recogerá el modelo de gestión económica, su funcionamiento y, también será necesario contemplar, los factores éticos y deontológicos para todas las personas que van a trabajar en el marco del programa.</p>
<b>METODOLOGÍA</b>	<p>Describir cómo vamos a realizar todas las actuaciones y el funcionamiento orgánico y del grupo promotor del proyecto.</p> <p>Sin olvidar que si ponemos que nuestra metodología va a ser participativa, activa, dinámica... tendremos que poner porqué va a ser así y que recursos vamos a utilizar para demostrar que, efectivamente, la metodología será como hemos enunciado.</p>
<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES</b>	<p>La concreción del programa. Detallaremos los contenidos de cada una de las actividades que vayamos a realizar. En este apartado podemos, a su vez, incluir denominación, temporalización, participantes directos, lugar, objetivos operativos que deseamos conseguir y todos los detalles que veamos puedan aclarar el sentido y explicación de la ejecución de la actividad.</p>



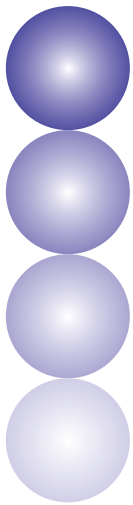
## EVALUACIÓN

Deberemos prever qué tipo de evaluación vamos a realizar de nuestro programa y establecerla en el mismo. Un modelo que os aconsejamos es el siguiente:

- **Mecanismos de control, seguimiento y corrección del programa.** Evaluación continua, en donde veremos cómo vamos a realizar el seguimiento de las acciones que estamos realizando y también los elementos correctores necesarios para cambiar el mismo si se detectan situaciones a las que hay que hacer frente o si las circunstancias que se plantearon al principio se han visto modificadas, junto con la detección de errores.
- **Evaluación de impacto.** Observar qué impacto ha tenido el programa en el ámbito territorial, buscar los indicadores adecuados para la medición.
- **Evaluación de resultados.** Comprobación de la consecución de objetivos, evaluación del producto diseñado. Tomar decisiones sobre la continuidad, finalización o modificación del programa y analizar los resultados imprevistos.

### 9.9.2. Ejemplos de Objetivos Generales en el marco del ocio y la mediación

- Promover la adopción de actividades de ocio libres del uso de drogas entre adolescentes y jóvenes.
- Reducir el consumo de drogas en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.
- Retrasar la edad de inicio de los primeros consumos en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.
- Reducir los problemas relacionados con el uso de drogas que se producen en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.
- Incrementar la percepción de riesgo relacionado con el uso de drogas en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.



- Disminuir la percepción normativa del uso de drogas asociado al ocio en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.
- Mejorar las habilidades sociales y de resistencia a la presión a consumir drogas en contextos de ocio en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.
- Reducir los problemas relacionados con el consumo de drogas en contextos de ocio entre la población que consume sustancias psicoactivas.
- Minimizar en lo posible el impacto del daño derivado del consumo de drogas en contextos de ocio en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.

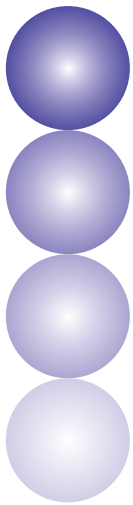
### 9.9.3. Niveles preventivos en los programas

En el marco de la mediación, resultan de especial utilidad los **paradigmas teóricos** que, partiendo de la perspectiva general de la salud pública y de la promoción de la salud, responden a las necesidades de los programas de prevención universal y a los programas de prevención selectiva e indicada, establecidos en base al riesgo soportado por cada grupo de población y por cada persona:

- **Prevención universal:** se dirigen a grupos de **población general** (regional, local, escuela, barrio, grupos familiares, etc.) sin tener en cuenta situaciones específicas de riesgo. Tienen como finalidad retrasar o prevenir el inicio o disminuir el uso de drogas, con objetivos intermedios (aclarar mitos, incrementar habilidades sociales, mejorar la capacidad crítica, incrementar la percepción de riesgo del consumo de drogas, etc.). Tienen un coste menor. Ejemplo: programas comunitarios que intentan movilizar a todos los sectores sociales para el desarrollo de planes preventivos globales y coordinados entre todos los sectores sociales.

Ejemplo: programas escolares dirigidos a un nivel educativo concreto.

- **Prevención selectiva:** estos programas se dirigen a **subgrupos que se estima que están expuestos a factores de riesgo** asociados al consumo de drogas porque presentan mayor vulnerabilidad que la población general. Se supone que un individuo es vulnerable por pertenecer a ese grupo de riesgo. Se diseñan programas específicos en períodos medios o largos y requieren más dedicación e inversión.

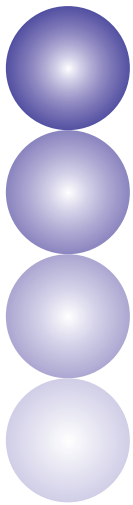


Ejemplo: intervenciones para acceder a poblaciones que se reúnen en clubes, discotecas, fiestas, etc. de tipo informativo para reducción de riesgos, como el testado de pastillas.

- **Prevención indicada:** programas dirigidos a personas que **no presentan criterios diagnósticos de adicción pero muestran signos previos por estar expuestos a situaciones de alto riesgo** como: problemas mentales, inicio de consumo regular, hijos de consumidores, etc. Están diseñados para detener el paso del uso esporádico hacia el consumo regular, trabajando los factores de riesgo individuales y los problemas de conducta personales. Son extensos en el tiempo, intensivos y costosos por requerir también personal especializado.

Ejemplo: grupos específicos como los de personas que cumplen penas no privativas de libertad por accidentes de tráfico o conducta violenta debido al consumo de alcohol u otras drogas.

TIPO DE PREVENCIÓN	MARCO TEÓRICO	INTERVENCIÓN
UNIVERSAL	<ul style="list-style-type: none"><li>• Modelo del aprendizaje social, modelo de desarrollo social.</li><li>• Posibilitan identificar factores de riesgo y protección presentes en todo lo relacionado con la ocupación del tiempo libre en menores.</li><li>• Facilitan la ruptura de la asociación la asociación del consumo de drogas con otras actividades placenteras como las que se dan en los contextos de ocio.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permite el entrenamiento en habilidades sociales en general.</li><li>• Propone en entrenamiento en habilidades específicas de resistencia ante la presión de grupo para consumir.</li><li>• Y de habilidades específicas de resistencia ante las diversas estrategias de promoción de drogas.</li><li>• Facilita el ensayo de otras formas de buscar gratificaciones y placer en la utilización del tiempo libre.</li></ul>

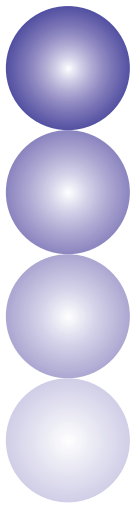


## SELECTIVA E INDICADA

- Modelo de reducción de riesgos.
  - Modelo de reducción de daños.
  - Permite proporcionar información, estrategias y herramientas para minimizar o afrontar los riesgos y/o daños derivados de los usos de drogas a población que asocia la diversión con el consumo.
- Se puede realizar en contextos normativos de ocio nocturno.
  - También en contextos asistenciales de atención a los daños derivados del uso de drogas en contextos recreativos (ej.: servicios hospitalarios de atención a personas que han sufrido un accidente de tráfico por consumo de alcohol u otras drogas).

La escasa base en la evidencia científica en el ámbito del ocio y el tiempo libre en jóvenes y adolescentes, nos dice que **para obtener resultados positivos es necesario que se den las siguientes condiciones en los programas de prevención** en este ámbito:

<b>Para los programas de prevención universal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Que estén combinados con otros programas preventivos, como escolares.</li><li>• Que tengan contenidos específicos sobre drogas.</li></ul>
<b>Para los programas de prevención selectiva</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Que se lleven a cabo en contextos de consumo, como el testado de pastillas que pueden ayudar a reducir comportamientos de riesgo.</li></ul>
<b>Para los programas de prevención indicada</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Que se desarrollen intervenciones breves que incluyan el trabajo de aspectos motivacionales en personas que han sufrido accidentes de tráfico por el consumo recreativo de alcohol u otras drogas. A través de la mediación se puede contribuir a la disminución del consumo y de los problemas relacionados.</li></ul>



## 9.9.4. Estructura de la intervención

Para concluir este apartado, es necesario que sepamos que para que una acción concreta tenga un sentido y sobre todo, sea eficaz, hemos de ubicarla en un escenario más amplio. El esquema: plan, programa, proyecto, nos puede ser de mucha utilidad.

Esquema-ejemplo de la estructura de intervención:

<b>PLAN DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS (Regional / Local / etc.)</b>	<b>PROGRAMA DE FORMACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proyecto Curso de formación para mediadores.</li><li>• Proyecto Talleres de prevención para jóvenes.</li><li>• Proyecto Escuela de Padres.</li></ul>
	<b>PROGRAMA DE INFORMACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proyecto de edición de materiales informativos.</li><li>• Proyecto de campaña de prevención en MM.CC.</li><li>• Proyecto Jornadas para informadores juveniles.</li></ul>
	<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proyecto de Jóvenes del barrio.</li><li>• Proyecto puesta en marcha de una red juvenil.</li><li>• Proyecto de actuación intergeneracional.</li></ul>



# Capítulo 10. Bibliografía

## CAPÍTULO 1

- De Silva, A., Salvador, T. Guía de buenas prácticas. Calidad en la prevención de drogodependencias en la Región de Murcia. Murcia. Unidad Técnica de Coordinación de Drogodependencias, Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2008.
- Rodríguez, A. M., Hernández, R. A. Informándonos para actuar. La Palma. Excmo. Cabildo Insular de La Palma. Área de Asuntos Sociales y Sanidad, 2008.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. B.O.E. 13 de febrero de 2009. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.
- Plan Regional Sobre Drogas 2007-2010. Aprobado por Consejo de Gobierno el 9 de mayo de 2008. Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2008.
- Glosario de términos de alcohol y drogas. O.M.S. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Gobierno de España, 1994.
- Caballo, V. E. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid. Siglo Veintiuno de España, 1993.
- López de Haro, M., Puerta Ortuño, C. Los Valores en la literatura. Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. 2000.
- Soto Baño, M. A., Muñoz García, C., Marín Vera, M. C., Martí Prieto, F. Guía pedagógica “Consalud”: cerebro, drogas y conducta. Murcia. Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo, Consejería de Sanidad y Consumo, 2008.
- Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD). Alcohol y otras drogas, Guía Informativa. Madrid, 1998.
- Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones. Mano a mano: Programa de Prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral -Alcohol, Tabaco y otras Drogas-, 2003.

## CAPÍTULO 2

- De Silva, A., Salvador, T. Guía de buenas prácticas. Calidad en la prevención de drogodependencias en la Región de Murcia. Murcia. Unidad Técnica de Coordinación de Drogodependencias, Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2008.
- Rodríguez, A. M., Hernández, R. A. Informándonos para actuar. La Palma. Excmo. Cabildo Insular de La Palma. Área de Asuntos Sociales y Sanidad, 2008.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. B.O.E. 13 de febrero de 2009. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.
- Plan Regional Sobre Drogas 2007-2010. Aprobado por Consejo de Gobierno el 9 de mayo de 2008. Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2008.
- Glosario de términos de alcohol y drogas. O.M.S. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Gobierno de España, 1994.
- López de Haro, M., Puerta Ortuño, C. Los Valores en la literatura. Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. 2000.
- Plan integral de drogodependencias y otras conductas adictivas en Extremadura. PiDCA 2008-2012. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud. 2009.

## CAPÍTULO 3

- De Silva, A., Salvador, T., Dirección Puerta, C. Guía de buenas prácticas. Calidad en la prevención de drogodependencias en la Región de Murcia. Murcia. Unidad Técnica de Coordinación de Drogodependencias, Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2008.
- Rodríguez, A. M., Hernández, R. A. Informándonos para actuar. La Palma. Excmo. Cabildo Insular de La Palma. Área de Asuntos Sociales y Sanidad, 2008.
- Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. B.O.E. 13 de febrero de 2009. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.
- Plan Regional Sobre Drogas 2007-2010. Aprobado por Consejo de Gobierno el 9 de mayo de 2008. Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2008.
- Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre “Drogas, para la prevención, asistencia e integración social” Consejería de Sanidad, Región de Murcia. B.O.R.M. 12 noviembre de 1997, núm. 262, [pág. 12.155].
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal. B.O.E. 24 noviembre 1995, núm. 281, [pág. 33.987].
- Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana. B.O.E. 22 febrero 1992, núm. 46, [pág. 6209]. Sección cuarta: Art. 13. 3. Capítulo III: Art. 19, 21, 22. Capítulo IV: Art. 23, h), 24, 25, 26. d), Sección segunda: Art. 28,29 y 30.
- Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. B.O.E. 29 marzo 1995, núm. 75, [pág. 9654], Art. 54, f).
- Estatuto Trabajadores: Ley Orgánica 7/2006, de 21 de noviembre, de protección de la salud y de lucha contra el dopaje en el deporte.
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. B.O.E. 27 de diciembre 2005, núm. 309, [pág. 42.241].
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al abaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
- Ley 17/2005, de 19 de julio, por la que se regula el permiso y la licencia de conducción por puntos y se modifica el texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial. B.O.E. 20 de julio 2005, núm. 172, [pág. 25.781]. Art.11. 1, Art. 5. a) y b), Art. 67, Anexo II: 1, 2, 3.
- Observatorio Español Sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

- Orden de 1 de febrero de 2007 de la Consejería de Sanidad por el que se crea el Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia. BORM 16 de febrero de 2007 núm. 39 [pág. 5151].
- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Observatorio Sobre Drogas de la Región de Murcia - 2012. Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Política Social. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en la Región de Murcia (EDADES). Observatorio Sobre Drogas de la Región de Murcia - 2011. Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Política Social. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Informe mundial sobre drogas 2013. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen. ONU.
- El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2008. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga 2005-2012. 22 de noviembre de 2004. Consejo de la Unión Europea. Bruselas.
- Informe de la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2013. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2011. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

## **CAPÍTULO 4**

- American Psychiatric Association (2009): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Consejería de Sanidad y Consumo (2005). Memoria del Curso de Mediadores en Murcia 2005. Unidad Técnica de Coordinación de Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

- Consejería de Sanidad y Consumo (2008). CD - Consalud. El conocimiento es Salud. Cerebro, Drogas y Conducta. Unidad Técnica de Coordinación de Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Regional Sobre Drogas. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- De Silva, Almudena y Salvador, Teresa. (2009). Guía de buenas prácticas. Calidad en la prevención de drogodependencias en la Región de Murcia. Unidad Técnica de Coordinación de Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia.
- Dopaje (2006). Folleto educativo. UNESCO.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. B.O.E. 13 de febrero de 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Glosario de términos de alcohol y drogas. OMS (1994). Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España.
- Guía de drogas (2007). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Resolución de 10 de diciembre de 2012, de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes, por la que se aprueba la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). Clasificación internacional de las enfermedades (10<sup>a</sup> ed.) (CIE-10). Madrid: OMS.
- Página Web de la *Fundación de Ayuda contra la Drogadicción*.
- Página Web del *Consejo Superior de Deportes*.
- Página Web del *Instituto para el Estudio de las Adicciones* (Tenerife).
- Por un deporte limpio: Guía del deportista (2009). Consejo Superior de Deportes.
- Rodríguez, Antonio M. y Hernández, Rosario, A. (2008). Informándonos para actuar. La Palma: Excmo. Cabildo Insular de La Palma. Área de Asuntos Sociales y Sanidad.
- Washton, Arnold. (2005). Querer no es poder. Comprender y superar las adicciones. Barcelona: Paidós Ibérica.

## **CAPÍTULO 5**

- De Silva, A., Salvador, T. Guía de buenas prácticas. Calidad en la prevención de drogodependencias en la Región de Murcia. Murcia. Unidad Técnica de Coordinación de Drogodependencias, Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2008.
- Plan Regional Sobre Drogas 2007-2010. Aprobado por Consejo de Gobierno el 9 de mayo de 2008. Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2008.
- Manual de buenas prácticas en mediación comunitaria en el ámbito de las drogodependencias. Instituto de Adicciones de Madrid, Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) y Asociación Proyecto Hogar (APH). Madrid, 2008.
- Sepúlveda M., Báez F., Montenegro M. No en la puerta de mi casa. Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias. Grupo IGÍA, 2008.

## **CAPÍTULO 6**

- De Silva, A., Salvador, T., Dirección Puerta, C. Guía de buenas prácticas. Calidad en la prevención de drogodependencias en la Región de Murcia. Murcia. Unidad Técnica de Coordinación de Drogodependencias, Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2008.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. B.O.E. 13 de febrero de 2009. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.
- Observatorio Español Sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

## CAPÍTULO 7

- Sánchez Pardo, Lorenzo. (2009). Género y drogas. Drogas y perspectiva de género. Documento marco. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade.
- Sánchez Pardo, Lorenzo. (2009). Género y drogas. Intervenciones preventivas sensibles a la perspectiva de género. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade.
- Sánchez Pardo, Lorenzo. (2009). Género y drogas. Guía informativa: Drogas y género. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. B.O.E. 13 de febrero de 2009. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.
- Plan Regional Sobre Drogas 2007-2010. Aprobado por Consejo de Gobierno el 9 de mayo de 2008. Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2009.
- “La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada”. Artículo Rev. Latino-Am. Enfermagem v.12 n.spe Ribeirão Preto mar./abr. 2004.

## CAPÍTULO 8

- De Silva, Almudena y Salvador, Teresa. (2008). Guía de buenas prácticas. Calidad en la prevención de drogodependencias en la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Unidad Técnica de Coordinación de Drogodependencias.
- Comas, Domingo. Las drogas, Guía para mediador. Instituto de la Juventud. Madrid, 1986.
- Comas, Domingo. Las drogas, Guía para mediadores juveniles. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1992.
- Rodríguez, Antonio M. y Hernández, Rosario, A. (2008). Informándonos para actuar. La Palma: Excmo. Cabildo Insular de La Palma. Área de Asuntos Sociales y Sanidad.
- Plan Regional Sobre Drogas 2007-2010. Aprobado por Consejo de Gobierno el 9 de mayo de 2008. Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2008.
- Manual para la prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones en Andalucía. Ciudades ante las Drogas.

(2006). Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía.

- Berenguer, J.F. y Puerta, Consuelo (2009). Módulo básico de formación sobre prevención de las drogodependencias para mediadores/as juveniles. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo.
- Guía para educadores. Prevención de drogodependencias (2003). Programa de Prevención de Drogodependencias. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Región de Murcia.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C. (2007). Mediadores recreativos y drogas. Nueva área para la prevención. IREFREA. Proyecto de investigación financiado por el Plan Nacional sobre Drogas.
- Manual de buenas prácticas en mediación comunitaria en el ámbito de las drogodependencias. (2008). Instituto de Adicciones de Madrid Salud, Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) y Asociación Proyecto Hogar (APH).
- Sepúlveda, M., Báez, F. y Montenegro, M. (2008). No en la puerta de mi casa. Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias. Grup IGIA.
- Fernández Millán, J.M., Ortiz Gómez, M.M. (2008). Los conflictos. Cómo desarrollar habilidades como mediador. Madrid: Psicología Pirámide.
- Carnero Peón, A. (2006). La formación de educadores en el tiempo libre: campamentos y centros de vacaciones. Revista de Estudio de Juventud. Nº 72.
- LEY 8/1995, de 25 de abril, de Promoción y Participación Juvenil. BORM núm. 102 de 4/5/1995.
- DECRETO nº 36/1999, de 26 de mayo, de reconocimiento de escuelas de animación y educación en el tiempo libre de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y de creación del registro de certificaciones, títulos y diplomas en esta materia. BORM núm. 133 de 12-6-1999.
- De Miguel Badesa, S. (1995). Perfil del animador sociocultural. Madrid: Narcea.
- Ley 2/2000, de 12 de julio, del Deporte de la Región de Murcia. BORM núm. 175 de 29/07/2000.
- Acero, A. y col. (2002). La prevención de las drogodependencias en el tiempo de ocio. Manual de formación. Madrid: Asociación Deporte y Vida.
- Página Web del [Ministerio de Educación](#)/qué estudiar/Formación Profesional.

## **CAPÍTULO 9**

- Alcover de la Hera, C.M. (1998). Aproximaciones al concepto de grupo y tipos de grupos. En Introducción a la Psicología de los Grupos. Gil Rodríguez, F. Y Alcover de la Hera, C.M. Madrid: Pirámide.
- Antons, K. (1978). Práctica de la dinámica de grupos. Ejercicios y técnicas. Barcelona: Herder.
- Berenguer, J.F. y Puerta, C. (2009). Módulo básico de formación sobre prevención de las drogodependencias para mediadores/as juveniles. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo.
- Fuentes, P., Ayala, A., de Arce, J.F., Galán, J.I. (1997). Técnicas de trabajo individual y de grupo en el aula. De la teoría a la práctica. Madrid: Pirámide. Colección Ojos Solares.
- Vallés Arandiga A. y Vallés Tortosa C. (1994). Programa de refuerzo de las habilidades sociales III. EOS.
- Golstein, Arnold P. y col. (1989). Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza. Barcelona: Martínez Roca.
- Fernández Millán, J.M., Ortiz Gómez, M.M. (2008). Los conflictos. Cómo desarrollar habilidades como mediador. Madrid: Psicología Pirámide.
- Acero, A., Moreno Arnedillo, G., Moreno Arnedillo, J. y Sánchez Pardo, L. (2002). La prevención de las drogodependencias en el tiempo de ocio. Manual de formación. Asociación Deporte y Vida. Madrid.
- Martínez González, F., Pérez Mulet, E. y de las Heras Renero, M.D. Nexus. Programa para la prevención del consumo de drogas. Asociación Deporte y Vida. Madrid.
- White, R. y Lippit, R. Conducta del líder y reacción del miembro en tres “climas sociales”. En Cartwright, D. y Zander, A. (Eds.) (1971). Dinámica de grupos. Investigación y Teoría. Madrid: Trillas.
- Torrecilla Jiménez, J.M. y col. (2006). Manual de Formación de Mediadores Sociales. Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Las respuestas están en nosotros/as en la prevención de drogodependencias. No esperes que caigan del cielo. Consejo de la Juventud de España, 1997.
- Análisis y resolución de conflictos. Educación Intercultural. Colectivo AMANI. Ed. Popular, 1994.
- Programa de Intervención en Habilidades Sociales. Plan Regional sobre Drogas. Comunidad de Madrid. Consejería de Integración Social, 1995.