

FORMACIÓN EN:
**PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
Y HÁBITOS SALUDABLES**
"INTERACTUANDO CON RESPONSABILIDAD"



Del 3 al 5 de Octubre de 2014
Guadarrama, Madrid



© FUNDADEPS
© madrid salud

Estos materiales forman parte del Programa de Prevención en Madrid, que desarrolla el departamento de Prevención de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid), y que sirven como modelo en el desarrollo de las intervenciones que ejecutan los Agentes de Salud de FUNDADEPS, tanto en lo que se refiere a las acciones directas entre grupos de jóvenes y adolescentes como en el desarrollo de la formación de formadores: Mediadores Sociales, Monitores de Tiempo Libre, Agentes de Salud, en la Prevención de Drogas. (Convenio Marco de Colaboración FUNDADEPS-MADRID SALUD, para el desarrollo de acciones conjuntas de fomento de la Prevención y la Promoción de la Salud.).

ÍNDICE

EDUCACIÓN PARA LA SALUD	4
ADOLESCENCIA.....	14
DROGAS Y CONCEPTOS ASOCIADOS.....	25
PREVENCIÓN.....	36

EDUCACIÓN PARA LA SALUD



INTRODUCCIÓN

A través de los contenidos de este módulo, se facilita al mediador social el desarrollo de conceptos y contenidos relacionados con la Educación para la Salud y las implicaciones que éstos tienen en la población destinataria (adolescentes y jóvenes).



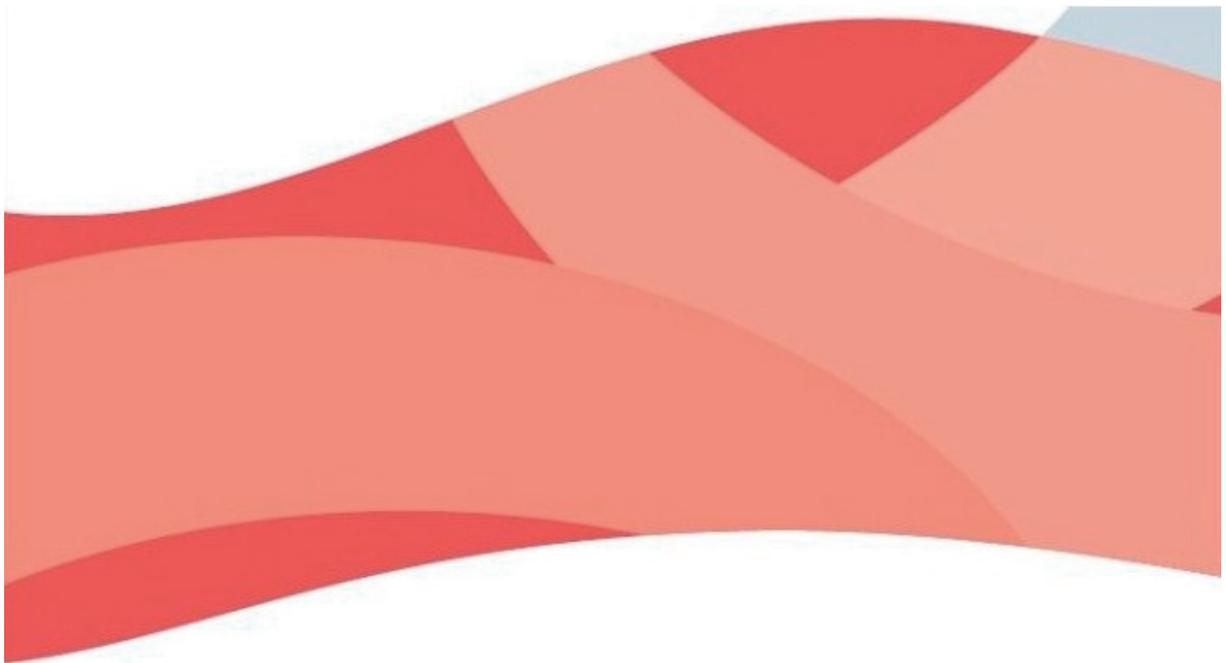
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☞ Impulsar la importancia de la Educación para la Salud entre los mediadores sociales en la prevención de las conductas de riesgo enfocada a la adolescencia y juventud.
- ☞ Recordar y/o aumentar la información sobre la necesidad del mediador social en conocer los parámetros conductuales que determinan la salud.
- ☞ Ayudar a los mediadores sociales a incorporar en su plan de actuación la EpS a través de una metodología transversal y continua con los adolescentes.
- ☞ Incentivar una actitud reflexiva y crítica sobre la comprensión de la adquisición de conductas y hábitos saludables para alcanzar un óptimo nivel de salud y su implicación en la prevención de las adicciones.
- ☞ Facilitar una visión actual de las líneas de actuación en los programas de EpS y reducción del daño en nuestra comunidad.



ESQUEMA DE LOS CONTENIDOS

- ➔ Concepto de Salud y desarrollo
- ➔ Educación para la Salud: definición, características y objetivos
- ➔ Comportamientos y estilos de vida saludables. Hábitos de autocuidado
- ➔ Enfoques y modelos de Educación para la Salud
- ➔ La Educación para la Salud y los jóvenes
- ➔ Educación para la Salud y prevención en reducción del daño





CONTENIDOS

CONCEPTO DE SALUD Y DESARROLLO

Salud no es ausencia de enfermedad; ya en 1948, la OMS la definió como estado completo de bienestar físico, mental y social, y más recientemente se la considera como una condición de armónico equilibrio funcional, físico y psíquico, del individuo dinámicamente integrado en su medio natural y social.

Salud y enfermedad son conceptos dinámicos, existiendo diferentes niveles de salud positiva y enfermedad, formando un continuo cuyos extremos serían la muerte y el estado óptimo de salud respectiva. Desde el punto de vista dinámico, salud se puede definir como *“el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”* (Salleras, 1985). Así mismo, desde una perspectiva de salud, en un sistema bien cohesionado e integrado (auto-regulado), el proceso de enfermedad (alteración, trastorno...) permite al sistema, una vez superada la dificultad, funcionar a niveles superiores de adaptación.

Actualmente, la Educación para la Salud interviene como herramienta de promoción de la salud, como proceso de comunicación interpersonal e intervención social, dirigido a proporcionar las informaciones necesarias y movilizar actitudes positivas, con el objetivo último de instaurar, mantener o modificar el comportamiento de manera consciente y duradera en relación con los problemas de salud.

Es por todo esto que, además de las acciones para promover un medio ambiente sano y asegurar servicios de atención de calidad, hay que proporcionar a la población **conocimientos, capacidad y motivaciones** necesarias para preservar y mejorar su salud.

La OMS, en su Declaración Alma-Ata de 1978 define la salud “un estado de completo bienestar físico, mental y social que no consiste sólo en la ausencia de enfermedades”. Esta descripción idealista fue reformulada por la OMS en su “Carta de OTTAWA” para la promoción de la salud. En Noviembre de 1986 todos los gobiernos miembros de la OMS se comprometen mediante dicha Carta a la promoción de la salud: “Reconocer que la gente es el principal recurso de la salud, apoyarles y capacitarles para que se mantengan sanas a sí mismas, a sus familias y a sus amigos...”, “...No se trata sólo de vencer la enfermedad sino de conquistar la salud y, para ello, hay que abordar la salud y la enfermedad desde el punto de vista colectivo y no exclusivamente individual. Es necesaria la colaboración y participación de todos los ciudadanos en el análisis y propuesta de soluciones con el fin de alcanzar un mayor nivel de salud”.

Así, la noción de salud ha ido evolucionando hacia una educación sanitaria que debería encaminarse a lograr el desarrollo pleno de las capacidades del individuo (físicas, mentales y sociales), en armonía con su entorno. Por tanto, el fomento de esta actitud positiva hacia la iniciativa individual, tiene el objeto de:

Hacer que cada individuo sea consciente de su propia responsabilidad hacia el mantenimiento y la promoción de la salud

Animar a cada individuo a desarrollar y alcanzar la plenitud física, emocional y social

Ayudar a cada sujeto a integrarse en la vida laboral y en la sociedad y lograr su autorrealización

Animar a cada sujeto que participe responsablemente y de forma constructiva en la vida comunitaria

Apoyar a la familia y la escuela como estructuras sociales dedicadas a la enseñanza de los patrones de conductas deseables en niños y jóvenes.

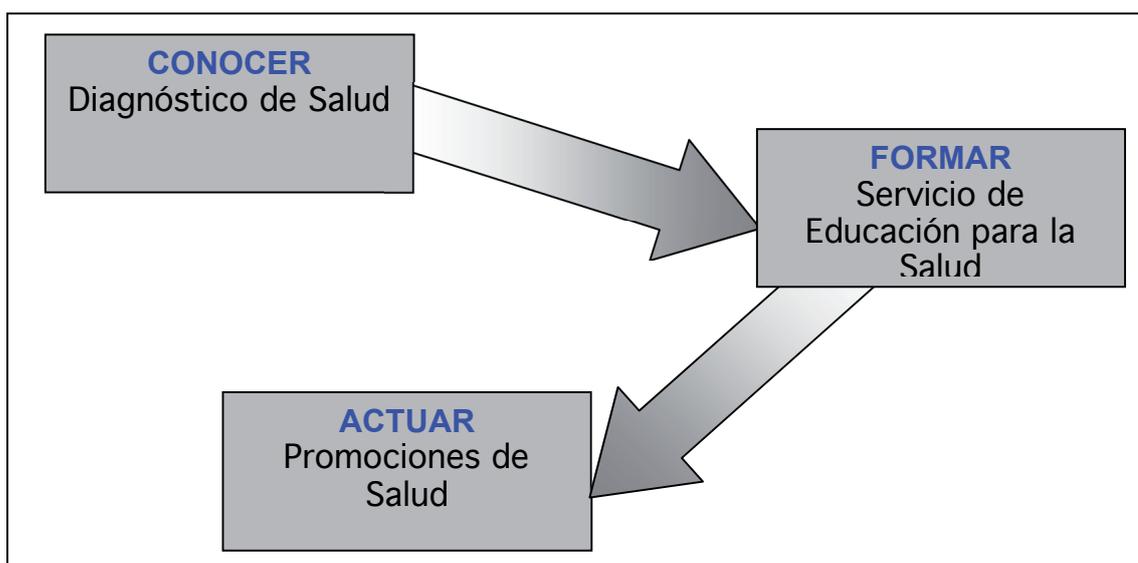
Por **Educación para la Salud** (EpS) se entiende, siguiendo a Green (1976), cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamiento que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud. La EpS no se superpone ni coincide con la simple información acerca de la salud, es decir, que la EpS no se limita a la aplicación de recursos pedagógicos, en su sentido tradicional. Entre otras cosas, porque tales recursos han demostrado ser ineficaces. La EpS supone un nuevo conocimiento que se dirige a la formación y adquisición de habilidades para la toma de decisiones por parte del educando, de manera que se adopte y refuerce la implantación de hábitos o comportamientos sanos. La EpS supone un derecho, que no es algo impositivo, sino algo que permite, a la vez que garantiza la libre elección del comportamiento más adecuado por parte de los educandos.

Se han dado muchas **definiciones de la EpS** (Salleras, 1985; Costa y López, 1986), pero la mayor parte de ellas coinciden en señalar que se trata de procesos y experiencias de aprendizaje con la finalidad de influir positivamente en la salud.

Algunas **características de la EpS** son las siguientes (Mendoza, 1990):

- 1 No es un acto, es un proceso que requiere de situaciones de aprendizaje continuada en el tiempo.
- 2 Pretende proporcionar las informaciones que permitan un análisis crítico de los problemas de salud. Esto supone utilizar la información como un recurso para tomar decisiones con respecto a la salud, pero nunca como un fin en sí mismo.
- 3 Debe relacionarse con políticas saludables. El que niños/as y jóvenes puedan elegir las opciones más saludables en su vida cotidiana, dependerá de que el entorno físico y social haga fácil el elegir dichas opciones.

Así, el objetivo básico de la Educación para la Salud es pues la promoción de la salud. Pero, ¿cómo conseguirlo? Para inducir el cambio, lo primero es conocer lo que hay que potenciar, y lo que es susceptible de mejora y lo que hay que eliminar. En segundo lugar procede el diseño y elaboración de las medidas educativas necesarias para conseguir los objetos identificados en el primer paso. En tercer lugar, y como consecuencia necesaria, será la puesta en marcha de los programas o intervención.



La mayor parte de las definiciones de EpS asumen dos objetivos grandes: enseñar conocimientos adecuados sobre la salud y proporcionar conductas o comportamientos facilitadores de salud.

No obstante, el complejo entramado económico, político y social en que se enmarcan los determinantes de la conducta, señalan la insuficiencia de las estrategias puramente educativas para lograr los objetivos de la EpS. Por ello, al hablar de objetivos de la Eps se debe aludir también necesariamente a objetivos de promoción de salud. Son estos **objetivos** (Costa y López, 1986; Salleras, 1985):

- 1 Hacer de la salud un patrimonio de la colectividad, y para ello, ésta habrá de asumir responsabilidades y control de muchas circunstancias y condiciones que le afectan.
- 2 Desarrollar hábitos y costumbres sanos en la gente.
- 3 Modificar las pautas de comportamiento de la gente cuando los hábitos o costumbres individuales y sociales son insanos o peligrosos para la salud.
- 4 Promover la modificación de aquellos factores externos al individuo que influyen negativamente en su salud.
- 5 Lograr que los individuos y los grupos organizados de la comunidad acepten la salud como un valor fundamental y capacitarles para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la salud de su comunidad.

El conocimiento no implica necesariamente sabiduría, y ésta requiere un contexto positivo para poder progresar. Los objetivos de la EpS no deben limitarse a la simple transmisión del conocimiento, sino que deben abordar cuestiones tales como valores, actitudes, responsabilidad y cometido.

Así, es necesario diseñar acciones que actúen a **nivel familiar, escolar y comunitario** en cualquiera de los ejes de la prevención: primaria, secundaria y terciaria. Se espera que el nuevo concepto de salud y la duración para la misma, integrado a nivel de escuelas, familias y comunidades, conduzca al logro de un cambio fundamental: **permitir al individuo estar a cargo de su propia salud**, en lugar de ser simplemente un consumidor pasivo de los servicios sanitarios, y tener capacidad de tomas de decisiones en cuestiones sociales y de salud.

Sin embargo, promover **comportamientos saludables** no es tarea fácil. Bayes (1985), identifica tres tipos de **obstáculos** que dificultan el que las personas desarrollen hábitos y comportamientos sanos.

- A** Algunos comportamientos no saludables suelen proporcionar una satisfacción inmediata y real (inactividad, algunas comidas, drogas, etc.) y por el contrario, los efectos nocivos son remotos y sólo probables (especialmente entre los y las adolescentes). En estas condiciones lo más posible es que a las personas, si se les da a elegir escogerán la estimulación placentera cierta e inmediata, a no ser que hayan aprendido desde pequeños a demorar sus satisfacciones o a encontrar satisfacciones igualmente placenteras e inmediatas a través de comportamientos alternativos.
- B** Los valores y el estilo de vida de nuestra cultura consumista occidental no tienen mucho que ver con la cultura de la salud que proponemos desde nuestro sistema social.
- C** La salud no es un valor preponderante para la población adolescente. Por tanto, la salud no puede ser “la palabra mágica” de la prevención.

No hay que olvidar la importancia de los **Hábitos de Salud y Autocuidado** en los que toman importancia la propia forma de crear dicho hábito y mantenerlo. Se debe cuidar los hábitos de sueño, la salud bucodental, la alimentación, la sexualidad, los exámenes periódicos de salud y la toma de medicamentos, sustancias tóxicas o drogas.

Es importante indicar que la EpS no sólo tiene como población objetiva a aquellos sujetos que no tienen problemas de “salud” (entendida ésta de manera global), sino, también a aquéllos que están “enfermos”; tomando como ejemplo el consumo de drogas, se dirigiría a los no consumidores, a los que se encuentran en el inicio de su abuso y a quienes ya han desarrollado tolerancia y dependencia a la/s droga/s.

Con relación a la prevención del uso de drogas, se anota que tratar aspectos aislados de la EpS no es por sí preventivo: una actuación que se limite a intervenir, por ejemplo, sobre la salud bucodental, no puede influir por sí sola sobre el complicado sistema de factores que intervienen en el uso de drogas y, por otro lado, existen grupos que, por su cercanía a las drogas precisan de una intervención que las contemple de forma específica y no sólo a través de la salud. Sin embargo, muchos factores asociados al uso de drogas son comunes a otros problemas de salud. Igualmente, los factores de protección correlacionan en muchos casos con la búsqueda de un desarrollo integral y equilibrado de la salud individual y comunitaria. Por tanto, la EpS, si tiene en cuenta las características específicas del uso de drogas, se convierte en una estrategia fundamental para la educación sobre drogas. No obstante, conviene recordar “que el objeto central de los programas preventivos en drogodependencias no es la salud, y como derivado de ello, las drogas. Es al revés; el objeto central es las drogas o la prevención de las drogodependencias y, el enfoque o estrategia, la salud, o la EpS” (PPD, 1992).



NOMEOLVIDES...

Se espera que el nuevo concepto de salud y la duración para la misma, integrado a nivel de escuelas, familias y comunidades, conduzca al logro de un cambio fundamental: permitir al individuo estar a cargo de su propia salud, en lugar de ser simplemente un consumidor pasivo de los servicios sanitarios, y tener capacidad de tomas de decisiones en cuestiones sociales y de salud.

ENFOQUES Y MODELOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Modificar un sistema de salud en el sentido de compatibilizar la especialización y tecnificación para llegar a un estilo más psico-pedagógico ha llevado diferentes enfoques y modelos.

Enfoques socio-ambientalistas

Enfoques psicologicistas (Teoría Sociocognitiva, Teoría del Conductismo Social y Modelo Interconductual)

Enfoques biologicistas

Enfoques integradores

Con el tiempo aparecen **modelos de actuación** más integradores, que respetan las aportaciones de las diferentes disciplinas y los diferentes niveles de análisis e intervención.

Modelo de “Creencias para la Salud”

Formulado por Rosenstock en 1966, que a través de una teoría de expectativas de valores, intenta predecir y explicar el comportamiento de salud. Según este autor, los seres humanos generaríamos nuestro “comportamiento de salud” en

función de la susceptibilidad y severidad percibido, esto es, en función de la expectativa que tengamos de cómo/cuánto/ y en que medida nos puede afectar una enfermedad.

Este modelo de creencias para la salud ha recibido críticas que apuntan a que se soporta sobre la mera información como estrategia fundamental para cambiar el comportamiento de salud de las personas, y que se basa en la necesidad de que se tomen decisiones cognitivas, siendo poco eficaz.

Sin embargo, aportó un avance decisivo en la EpS al proporcionar un método sencillo y racional para que, a pesar de la complejidad del comportamiento humano, el profesional tuviese una guía para ir construyendo un programa coherente.

Modelo "Precede"

Ideado por Green (1980) se refiere a los factores que predisponen, que refuerzan, que facilitan el desarrollo del programa. Este modelo insiste sobre la fase previa de estudio de las necesidades, y se ha constituido no solamente en herramienta de conceptualización, sino que rebasa ampliamente el marco de la Educación para la Salud para alcanzar al de toda la problemática de los servicios de salud y de los cambios sociales. Hace ver así que los resultados esperados deben ser definidos antes, y esto "precede" a la elaboración del programa de actuación.

Existen otros modelos, pero no se trata en este módulo de analizarlos todos. Así, a modo de conclusión, los modelos se pueden agrupar en tres categorías: unos insisten sobre el proceso de cambio personal que se consigue a través de la educación, otros subrayan la importancia de responsabilizar a la gente de su estado de salud, y por fin otros que se preocupan de modificar aspectos culturales de la comunidad.

Sin embargo, en un proyecto de formación global no parece deseable que el interés se centro sólo en uno de ellos. El tratamiento educativo de la prevención de la drogodependencia ha de ser global e interdisciplinario. Por eso desde la EpS, es preciso enfocar este problema desde una perspectiva más amplia de manera que abarque la promoción de un estilo de vida adecuado.

EpS Y DESARROLLO EVOLUTIVO CENTRADO EN LOS JÓVENES

La EpS con niños y adolescentes plantea dos consideraciones de especial relevancia con respecto a otras poblaciones, consideraciones que están en estrecha relación con el desarrollo evolutivo de los menores y con los escenarios relevantes de su socialización y desarrollo.

Con respecto a la naturaleza evolutiva del proceso de aprendizaje hay que destacar, por un lado, la fase evolutiva de la dependencia-independencia y responsabilidad de los niños (padres, responsables de su tutela...) que actuarán de mediadores críticos de cuantas acciones educativas se programen y se realicen, con quienes, en lo fundamental, habrá que negociar y tomar decisiones conjuntamente con relación a los objetivos, contenido y estrategias utilizadas en la EpS, y ante quienes habrá que rendir cuentas de los resultados y efectos del programa. Queda claro que cualquier intento por modificar los hábitos de toda una vida debería iniciarse a edad temprana preferiblemente antes de que las conductas perjudiciales puedan enraizarse. Así, muchos programas de prevención deberían centrarse en el escolar, en el adolescente y en el adulto joven (de 6 a 23 años) y en su entorno.

La adolescencia es la única etapa en la que prevalece una importante tasa de patología relacionada con un estilo de vida en el que predomina un comportamiento nocivo, responsable de la creación de problemas de salud en la segunda década. Son conductas que surgen de la interacción entre el proceso de maduración biopsicosocial del adolescente y su ambiente. Los individuos sin experiencia se embarcan en formas de vivir que de antemano parecen beneficiosas, sin entender ni pensar en las consecuencias inmediatas o a largo plazo. Los principales comportamientos de riesgo para la salud en los y las adolescentes son los siguientes (Brañas, 2001: 18):

- Hábito de fumar
- Consumo de alcohol
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Conducción temeraria de vehículos
- Actividad sexual temprana
- Hábitos dietéticos inadecuados

Así, algunos factores que afectan adversamente a los jóvenes para el bienestar de su salud son:

Sociales y psicológicos: Valores cambiantes (falta de certeza ética), dificultades de integración y de adaptación, desempleo y escasez de trabajo, presiones de mercado, conductas violentas.

Peligros para la salud: malnutrición y alteraciones nutricionales, accidentes, enfermedades de transmisión sexual, adicciones precoces, servicios sociales y de salud mal organizados y presentados.

Es importante que todas las personas que están en contacto con los y las jóvenes estimulen la creación de valores. Tienen un gran poder de motivación y sirven para distinguir lo principal de lo accesorio. La figura del educador, tiene un papel relevante; debe reunir unas características básicas. Es necesario trabajar los aspectos positivos y desechar los negativo e inculcar estilos de vida saludables.



NOMEOLVIDES...

Queda claro que cualquier intento por modificar los hábitos de toda una vida debería iniciarse a edad temprana preferiblemente antes de que las conductas perjudiciales puedan enraizarse. Así, muchos programas de prevención deberían centrarse en el escolar, en el adolescente y en el adulto joven (de 6 a 23 años) y en su entorno.

EpS Y PREVENCIÓN EN REDUCCIÓN DEL DAÑO

Es importante rescatar los siguientes aspectos:

- Gran parte de los problemas actuales en materia de sociedad y salud no responden a las medidas de curación existentes, ni a las medidas tradicionales de prevención. Se requiere de un nuevo enfoque con un **origen multifactorial** en el que para afrontar dichos problemas tendrá que contar seguramente con acciones en varios frentes.
- Actualmente las necesidades individuales y colectivas sólo se pueden cubrir si se incorpora una auténtica política de **promoción de la salud al mismo tejido de la comunidad** en su conjunto, convirtiéndola en una parte integral de los esfuerzos de la comunidad por mejorar la calidad de vida. Esto conlleva igualmente a ayudar a todo el mundo a entender sus propias aspiraciones y capacidades de automejora.
- Esta forma de integración no puede lograrse imponiendo soluciones, o tomando medidas que ignoren las **expectativas tanto individuales como colectivas**. Al contrario: los métodos a adoptar deberían tener en cuenta estas aspiraciones, en su vertiente constructiva.
- Las responsabilidades gubernamentales en materia de salud tendrían que verse reflejadas en una **transferencia específica de recursos del sector curativo al preventivo**, y desde otras actividades estatales al área de la salud. Sólo de esta manera cabe hacer realidad las nuevas iniciativas educacionales y programas de prevención.

Hay que prestar una atención especial a **los y las jóvenes**. Para resolver estos problemas, se requieren medidas que abarcan a toda la comunidad y el entorno, no sólo a los jóvenes como tales. Estas medidas preventivas deberían asociarse a la educación en temas de salud. La sociedad en general, y los jóvenes en particular, deberían poder edificar una actitud positiva ante la vida, y cada sociedad deberá satisfacer las necesidades fundamentales de trabajo productivo, vida familiar y mejoras en la calidad de vida.

La propuesta preventiva, se realiza teniendo en cuenta que la información y consejos están disponibles para las personas que los buscan; que dichas propuestas informativas toman en consideración las necesidades y experiencias expresadas por los consumidores y participantes más asiduos de los espacios de ocio; que la actividad informativa está implicada con la propuestas cultural, la música, la imagen, etc.; se respetan los diferentes estilos de vida, sobre todo en términos de sexualidad y uso de drogas; se mantiene un escrupuloso respeto a la confidencialidad de las personas a quienes se ofrece servicios.

La EpS se plantea como promoción del desarrollo personal y social:

- 1 La salud como promoción del bienestar personal y social: condiciones personales y sociales de la salud y recordando que la salud depende en gran parte de nosotros mismos.
- 2 Promoción de procesos y habilidades que mediatizan la salud: factores estables de personalidad (autoestima...), proceso afectivos mediadores (empatía...), mediadores cognitivos (toma de decisiones...), y habilidades sociales e interpersonales.
- 3 Satisfacción de necesidades básicas: alimentación adecuada, sueño, actividad física e higiene.
- 4 Prevención de los principales riesgos para la salud física: alcoholismo, tabaco, otras drogas y riesgo de accidente
- 5 El estilo de vida personal como determinante de la salud
- 6 Los recursos de la comunidad con los que colaborar y a los que se deben recurrir.

Aludiendo a estas medidas preventivas, se observa que desde la segunda mitad de los años 90 han aparecido en nuestra comunidad diferentes asociaciones y/o proyectos que bien desde una vertiente de acción comunitaria y de proximidad, bien desde la pertenencia al movimiento techno y de clubs o desde una vertiente de aproximación al medio festivo de fin de semana, se han movilizado y organizado para promover propuestas pragmáticas de reducción de riesgos. La acción de éstas ha pretendido producir un proceso aperturista en los modelos de acción preventiva a fin de que éstos fuesen más acordes con la realidad y necesidades de los jóvenes que acuden a espacios de música y baile.

La amplitud del fenómeno de consumo en el medio festivo, el desconocimiento existente hacia las particularidades de identidad y representación cultural que existen de éste y la dificultad por parte de los profesionales para introducirse en este medio, ha hecho que la mayoría de los poderes públicos hayan decidido acompañar y sostener estas iniciativas comunitarias.

Todas las iniciativas existentes en España presentan peculiaridades que las diferencian. Aún así, cabe destacar que muchas comparten las siguientes líneas:

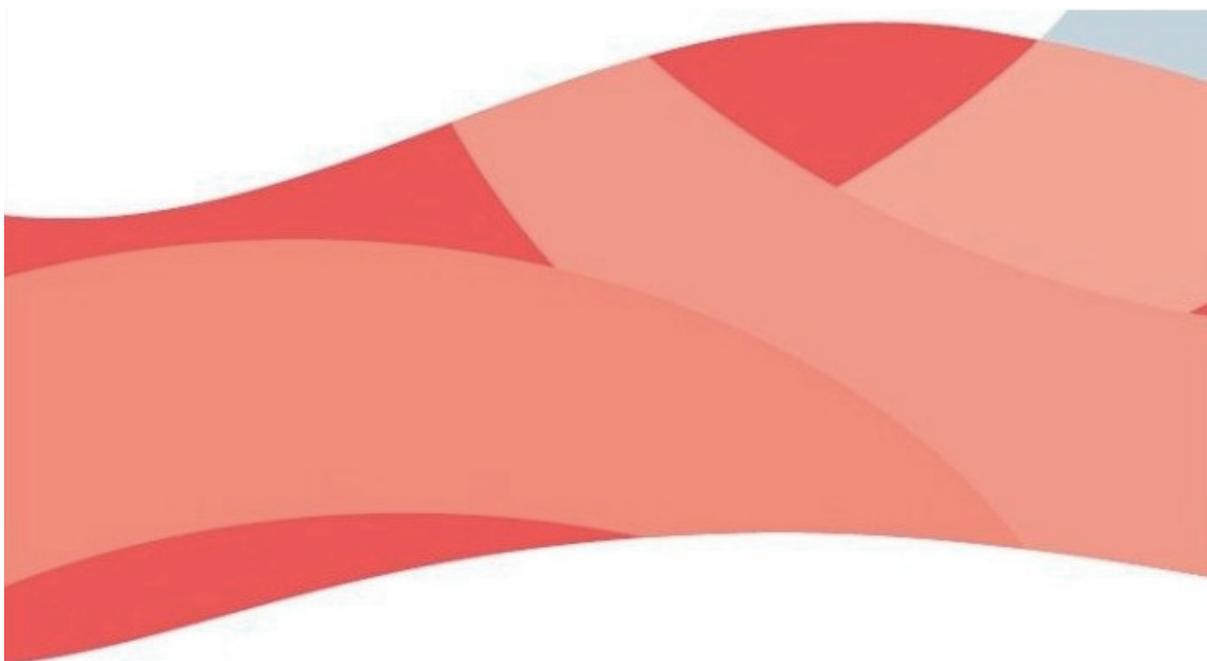
- Su trabajo preventivo lo realizan a partir de la relación y contacto entre iguales.
- Su propuesta preventiva se realiza a menudo a partir de una dinámica entre la expresión artística, el compromiso cultural y la reducción de riesgos.
- La mayoría de estos grupos elaboran y editan materiales de información objetiva relacionados con el uso de drogas y establecen una comunicación directa con el público.
- Algunos grupos complementan esta actividad con otras muchas propuestas, como pueden ser, la creación de espacios chill-out, el análisis de sustancias, intervenciones en situación de crisis, las técnicas de comunicación multimedia y los talleres de DJ.

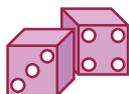
En todas estas acciones, la labor del agente de intervención social es fundamental, en la que no debe actuar bajo clichés ni modelos preestablecidos y someterlos a un análisis crítico, y sí reflexionar sobre la coherencia que con los cambios se pretenden provocar. Es fundamental generar conciencia en las personas con las que se intervienen sobre la multicausalidad de las necesidades, ser conscientes de las posibilidades de incidencia de cambios propuestos, y proponer la construcción de modelos de salud propios de acción colectiva mediante el cual la participación de los y las diferentes agentes, personas, colectivos e instituciones implicados es imprescindible.



NOMEOLVIDES...

Queda claro que cualquier intento por modificar los hábitos de toda una vida debería iniciarse a edad temprana preferiblemente antes de que las conductas perjudiciales puedan enraizarse. Así, muchos programas de prevención deberían centrarse en el escolar, en el adolescente y en el adulto joven (de 6 a 23 años) y en su entorno.





ACTIVIDADES

ACTIVIDAD 1

TÍTULO	Un viaje por mi organismo
DURACIÓN APROXIMADA	60 minutos
MATERIALES NECESARIOS	Papel continuo, rotuladores de diferentes colores, post-it de diferentes colores
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	<p>1) Sobre papel continuo colocado en el suelo se tumba a un voluntario. El resto del grupo dibuja el contorno de su silueta sobre el papel con ayuda de un rotulador. Una vez perfilada la silueta de la figura humana, el resto de los miembros/as del grupo, dibujan con rotuladores de diferentes colores los órganos del cuerpo, el cerebro y el Sistema Nervioso Central, Sistema Circulatorio y Sistema Digestivo.</p> <p>2) A continuación, se elige una sustancia y una vía readministración a modo de ejemplo. A través de pequeñas pegatinas de color o representada con puntitos, se dirige el recorrido de la sustancia elegidas, desde su punto de administración y absorción, hasta el punto de eliminación.</p> <p>3) Si el tiempo de la sesión lo permite se escribirá al lado de cada órgano el efecto que la sustancia tiene sobre cada uno de los órganos afectados.</p> <p>4) Se concluye la sesión analizando y reflexionado sobre el conjunto de órganos por donde ha pasado la sustancia y lo que le va ocurriendo al organismo con la introducción de dicha sustancia. También se podrá hacer alusión a los riesgos y daños en la salud asociados a los estimulantes y se darán pautas para su prevención.</p> <p>5) Durante todo el desarrollo de la dinámica el formador va aportando la información correcta que sea necesaria y da una visión holística del funcionamiento del organismo.</p>

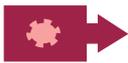
ACTIVIDAD 2

TÍTULO	Efectos a corto y largo plazo
DURACIÓN APROXIMADA	60 minutos
MATERIALES NECESARIOS	Tres cartulinas, papel celofán, un rotulador, bolígrafos y post-it de dos colores diferentes.
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	<p>1) Previamente, se pegan en una pared de la sala dos cartulinas. En una de ellas se escribe "Efectos a corto plazo", y en la otra "Efectos a largo plazo". El educador repartirá posits de un color entre los/as miembros del grupo en los que deberán escribir los efectos a corto plazo de malos hábitos de salud y los pegarán en la cartulina de "Efectos a corto plazo". Después, el educador repartirá posits de un color distinto al anterior en el que los/as asistentes escribirán efectos a largo plazo sobre la permanencia de un mal estilo de vida; los/as participantes colocarán dichos posits sobre la cartulina de "Efectos a largo plazo".</p> <p>2) El formador irá clarificando con el grupo y escribiendo en una nueva cartulina, los efectos a corto y a largo plazo señalados anteriormente sobre comportamientos poco saludables, pero graduándolos por gravedad. Con esta dinámica se refuerza la visión de que a más tiempo se mantenga malos hábitos o consumo de sustancias, más riesgos y más daños reproducen en la salud.</p>

ACTIVIDAD 3

TÍTULO	¿Qué me pasa?
DURACIÓN APROXIMADA	60 minutos
MATERIALES NECESARIOS	-
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	<ol style="list-style-type: none"> 1) 2) Se pide a todo el grupo que piense en un hábito relacionado con la salud (si son pequeños por ejemplo: lavarse los dientes, circular con la bici, la alimentación..... si son mayores: usar casco con la moto, emborracharse, no dormir lo suficiente, beber coca cola, uso de preservativo.....) y se divide al grupo en subgrupos. Se pide un hábito de salud al azar, y unos grupos trabajaran sobre los efectos a largo y corto plazo positivos, otros negativos, y otro observara (pueden ser dos personas). Posteriormente, un representante de cada grupo contará al grupo observador sus conclusiones, siendo éste el que decidirá que hacer. 3) Posteriormente, se realizará una reflexión en el grupo acerca de las impresiones que ha generado esta dinámica en los miembros, las posibles consecuencias que tienen los distintos hábitos de salud, y la interferencia que producen en la vida cotidiana. 4) El formador mantendrá una actitud positiva, animadora y reforzante con respecto a los/as participantes a lo largo del transcurso de la sesión. 5)

ADOLESCENCIA



INTRODUCCIÓN

A través de los contenidos de este módulo, se pretende facilitar el conocimiento de las características de la población diana, los y las adolescentes: la comprensión de la situación vital en que se encuentran, sus necesidades, sus potencialidades... para así poder actuar de una manera más ajustada a las mismas.



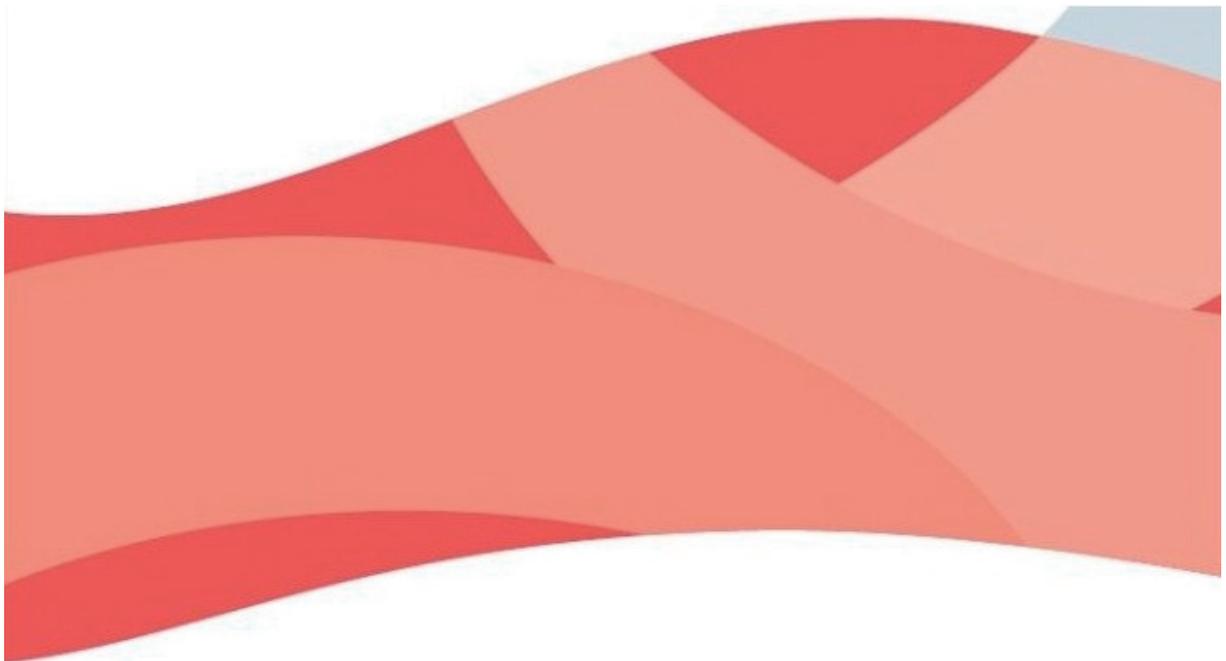
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☞ Facilitar que los mediadores sociales analicen la adolescencia como proceso y sus implicaciones en diferentes aspectos.
- ☞ Favorecer la adquisición y el manejo de conceptos relacionados con la adolescencia y la visión evolutiva de este periodo, en cuanto a cambios fisiológicos, psicológicos y sociales.
- ☞ Promover una actitud empática respecto a la adolescencia y práctica con respecto a las posibilidades de actuación al respecto.
- ☞ Proporcionar una visión realista y actual de los adolescentes y favorecer un análisis en profundidad de los motivos que subyacen a la situación social de los mismos, para favorecer los procesos de empatía.
- ☞ Propiciar la reflexión sobre la relación existente entre la adolescencia y la prevención de drogodependencias.
- ☞ Capacitar para la intervención con adolescentes a través del conocimiento más profundo de este momento vital.



ESQUEMA DE LOS CONTENIDOS

- La adolescencia: ¿qué es?
- Cambios en la adolescencia:
 - Fisiológicos: ➔ la pubertad
 - Psicológicos: ➔ la abstracción, la identidad
 - Sociales: ➔ La responsabilidad
 - ➔ La independencia
 - ➔ La relación con el grupo de pares
 - ➔ Las relaciones afectivas y sexuales
 - ➔ La búsqueda de referentes
- La conciencia de la adolescencia como proceso de cambio:
 - ➔ Ajuste de la exigencia de crecimiento a la realidad
 - ➔ Acompañamiento para promover la maduración
- Reflexión sobre la propia adolescencia
- La adolescencia en la sociedad actual
- Influencia del entorno social:
 - ➔ Individualismo
 - ➔ Estimulación
 - ➔ Imagen
 - ➔ Consumo





CONTENIDOS

¿POR QUÉ LA ADOLESCENCIA?

La inclusión de este módulo viene dada por la necesidad de conocer con la mayor profundidad posible a una de las poblaciones con la que se lleva o se va a llevar a cabo la acción preventiva. Como plantea Becoña (2002), la importancia concedida al conocimiento de esta fase vital se debe a que “para el consumo de drogas la adolescencia puede ser considerada el periodo crítico ya que es en esos años cuando se dan los primeros consumos y cuando se pueden producir los procesos de abuso y dependencia”. Ahora bien, una consideración que hay que tener en cuenta desde el principio es que “no existe la adolescencia, sino adolescentes diferentes” (Funes, 1990).

¿QUÉ ES LA ADOLESCENCIA?

La adolescencia se define por parte de algunos autores como una etapa de la vida que ocupa aproximadamente el periodo que va de los 10 a los 19 años (Kimmel y Weiner; Arnett, citados por Becoña, 2002); más allá de lo que son definiciones que podríamos llamar temporales, otros se decantan por definirla, especialmente, como una época de cambio, de transición, variable según individuos, contextos y culturas, “un conjunto de años vitales sin límite preciso y con el encargo oculto de ser adolescente” (Funes, 1990). El mismo autor defiende que “sólo podemos definir la adolescencia como un proceso de transición entre la vida infantil y la vida adulta [...] Lo sustancial de la adolescencia es, por lo tanto, ser un **proceso de transición**” (ibid).

Esta transición de la que habla Funes no se queda en un mero proceso acumulativo, ni en una especie de “evolución ontogénica, algo que se producirá pase lo que pase”. El adulto que resulte del proceso de transición al que se hace referencia será consecuencia de su experiencia (pensamientos, sentimientos, actos, relaciones) adolescente. Entre otras cosas, porque, abundando en lo planteado más arriba, “cada adolescente vive esta etapa de una manera particular y subjetiva. En este sentido, podemos afirmar que no existe “el adolescente” sino “los adolescentes”, ya que cada uno de ellos es resultado directo del medio social en que se desenvuelve, es decir, espacios y comunidades humanas que producen diferentes maneras de ser adolescente.”(Arbex, 2002)

Este periodo de cambios citado se divide en tres aspectos cambiantes: los fisiológicos, los psicológicos y los sociales, cambios que se producen en diferentes parcelas de la persona pero que mantienen entre sí una relación importante.

CAMBIOS

	FISIOLÓGICOS : Pubertad. Duración: unos 4 años. “proceso por el que se llega a ser física y sexualmente maduro y se desarrollan las características de adulto de un género concreto” (Becoña, 2002)	Aspecto exterior Forma corporal Órganos reproductivos Crecimiento Menarquía (mujeres) Primera eyaculación (varones)	
	PSICOLÓGICOS: Desarrollo de la personalidad	Desarrollo del pensamiento abstracto Individuación Incertidumbre vital Formación de la identidad Actitudes opuestas: oposición/imitación	
	SOCIALES: De la familia al grupo	Sube la exigencia de responsabilidad Desvinculación respecto a la familia Aproximación al grupo de pares Mayor interés por el sexo opuesto: sexualidad y afectividad	
		Búsqueda de referentes y modelos	



NOMEOLVIDES...

“El adulto que resulte del proceso de transición al que se hace referencia será consecuencia de su experiencia (pensamientos, sentimientos, actos, relaciones) adolescente.”

CAMBIOS FISIOLÓGICOS

En lo corporal, se producen cambios tan radicales como los expuestos, en un margen de tiempo corto, que a veces no permite la adecuada integración de los mismos; y no hemos de olvidar que son cambios referentes no sólo a la fisonomía aparente, sino también a la sexualidad como mundo íntimo, con todo lo que ello conlleva de inquietud asociada, por ser éste un tema que resulta difícil de compartir con los referentes más cercanos –la familia o algunos amigos- debido a su percepción social. Ello nos encamina a otro tipo de efectos, los de carácter psicológico. Los cambios corporales a los que hacíamos referencia suponen para el adolescente la necesidad de hacerse con una nueva identidad, con la que no tiene necesariamente que sentirse a gusto. “Los cambios hormonales que se producen durante la pubertad cambian totalmente a la persona. Se siente distinta y puede hacerse distinta también por dichos cambios. Esto incide directamente en sus emociones y en sus conductas” (Becoña, 2002). Es una nueva persona, partiendo del niño que era, pero está sufriendo transformaciones en su físico que pueden ser difíciles de aceptar: en el caso de las mujeres, la aparición de problemas de alimentación puede estar relacionada con los cambios experimentados y la difícil aceptación de los mismos, dado que la maduración temprana en las mujeres tiene un efecto negativo en su autoestima y están más preocupadas por su peso y por su imagen. Otra cuestión a tener en cuenta es que en esta etapa, el adolescente está muy atento a su cuerpo y a los estereotipos de belleza propios de su cultura (Alonso et al, 1996).

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

La formación de la personalidad -o “la conquista”, según Calafat y Amengual (2003)-, por tanto, se ve mediatizada por diversas circunstancias. Esta formación de la personalidad viene favorecida por lo que Alonso (et al, 1996) denomina el desarrollo del pensamiento abstracto y, con él, “la posibilidad de trabajar con operaciones lógico-formales, lo que permite la resolución de problemas complejos”, siguiendo los planteamientos de Piaget. Pero también aparece una necesidad: la de representación de sí mismo, que pasa a constituir un tema fundamental, puesto que el adolescente tiene una gran necesidad de reconocimiento y aceptación para formarse un concepto positivo de sí mismo. Atravesar esta etapa de incertidumbre, en la que uno ya no es un niño, según manifiesta su físico, pero tampoco un adulto, porque, entre otras cosas, aún no tiene claro quién es, resulta complicado si no se cuenta con el apoyo necesario. El de la formación de la identidad es un proceso continuado, que se va desarrollando de forma paulatina, y que culmina al final de la etapa adolescente. Como dice Becoña (2002), “cuando la persona ha formado su identidad es cuando sabe quien es, sabe lo que piensa, en lo que cree y lo que puede hacer en la vida por sí mismo”. Y no es hasta el final de esta etapa que todas estas posibilidades son reales. Otra cuestión a tener en cuenta es cómo se va dando este proceso. Y según Funes (1990) es, al mismo tiempo, una necesidad y un problema: “la única manera de conseguir identidad es identificándose, encontrándose con personas que lleguen hasta ellos, que consigan “prestigio”, que despierten su interés”; pero para llegar hasta aquí, Funes plantea la búsqueda de la identidad a través de la “dualidad inevitable entre oposición e imitación”; es decir, los adolescentes van adquiriendo su identidad a través de una de estas dos opciones: o se oponen al adulto o lo toman como modelo y referente, algo que será desarrollado posteriormente.

CAMBIOS SOCIALES

En este periodo de transición, de cambio, el adolescente se halla en una situación de cierta perplejidad, por diferentes motivos:

-
- | | |
|---|---|
| Mayor exigencia de responsabilidad | <ul style="list-style-type: none">› Cambios físicos: imagen externa de adulto› Las demandas deben acompañarse de un proceso de responsabilización paulatina› La sobreprotección reduce las posibilidades de responsabilizarse› El concepto de salud de un adolescente no es el de un “estado ideal al que se accederá algún día”, sino “llegar a encontrarse bien consigo mismo y con los demás en ese momento, no como algo futurible que otros le sugieren” (Funes, 1990). |
|---|---|
-

Independencia frente a la familia

- › No es real la percepción de que el adolescente para obtener la independencia tenga que generar conflicto (Becoña, 2002)
- › Dependencia en la niñez ➤ Proceso de individuación ➤ Proceso de autonomía personal
- › Los adolescentes actuales son mucho más autónomos, o pretenden serlo, que los adolescentes de generaciones anteriores (Elzo, 2003)

Cercanía al grupo de pares

- › Las relaciones interpersonales con personas de la misma edad ganan en calidad y profundidad
- › La relación con el grupo de iguales se intensifica al identificarlos como más cercanos a la comprensión del momento vital
- › El adolescente necesita “encontrarse entre iguales que pasan por la misma situación, que le sirven de referencia sobre su normalidad y de mecanismo de defensa ante los que no son como él” (Funes, 1990)
- › “los amigos conforman el espacio en el que las relaciones están menos formalizadas, son más horizontales, son más próximas” (Elzo, 2003)
- › participación de experiencias comunes, muchas veces en un marco no normativo (socialización desde espacios informales), percepción de vivir en libertad (Elzo, 2003)

Interés por el sexo

- › Relacionado con los cambios físicos y hormonales
- › La identidad también se forja en el terreno sexual y afectivo
- › dificultades a la hora de:
 - › establecer relaciones de pareja
 - › vencer la timidez
 - › superar complejos personales
 - › experimentar las primeras relaciones sexuales

Búsqueda de referentes

- › Los referentes pueden ser:
 - › Adolescentes más mayores
 - › Adultos cercanos
- › Si consumen o no drogas, tendrán un papel determinante para el joven
- › Existe la necesidad de referentes saludables para el adolescente, modelos de comportamiento que supongan una referencia positiva
- › Figura que transmita tranquilidad, comprensión, seguridad...
- › “un adulto que se aproxima a un adolescente es un educador, alguien que ejerce una influencia educativa, aunque acabe siendo negativa y a regañadientes” (Funes, 1990)

LA CONCIENCIA DE LA ADOLESCENCIA COMO PROCESO DE CAMBIO

El que la adolescencia sea un proceso de cambio tiene una influencia, como hemos visto, muy importante en la estabilidad de los adolescentes: el objetivo, en este caso, no sería tanto hacerles conscientes del proceso por el que están pasando, sino más bien, que los adultos que los rodean, al serlo, sepan llevar a cabo las actuaciones necesarias para que este proceso se desarrolle de la manera menos traumática y más adecuada posible. Existen dos líneas básicas de acción en este sentido.

1. Ajuste de la exigencia de crecimiento a la realidad

- ☞ Este ajuste ha de darse, especialmente, por la propia dificultad que entraña para los adultos el situar al adolescente en el momento vital real en el que se encuentra: los cambios fisiológicos a los que se hacía referencia anteriormente, el crecimiento, la apariencia como adulto, en algunos momentos confunden a quienes están cerca, haciéndole pensar que se encuentra ante alguien que ya ha pasado por los procesos anteriormente descritos.
- ☞ En algunos momentos, las dificultades vienen dadas por la actitud percibida en los adolescentes por parte de los adultos, como retardadora, amenazante, y hay que tener en cuenta que en bastantes ocasiones sólo provocan,

esperan, buscan la escucha ecuaníme por parte de los adultos.

- ☞ Otro aspecto a tener en cuenta es la irregularidad de los cambios descritos: en la adolescencia hay momentos que presentan una mayor complejidad; la transición adolescente, aun interpretándola como una etapa global, no es uniforme y cabe tener en cuenta que “no es fácil salir así de la adolescencia para entrar en el mundo adulto. Dos mundos cuyos confines están confusos y contaminados” (Funes, 1990).
- ☞ Es necesario que los adultos que rodean al adolescente tengan conciencia de la irregularidad de este proceso, ya que durante el mismo se producen transformaciones y, por lo tanto, organizaciones y desorganizaciones. “Se deja de ser y se intenta ser; se avanza y se retrocede; se busca la seguridad para paliar la más perenne de las inseguridades; se tiene la sensación de que algo de uno mismo se va con cada una de las crisis cotidianas” (Funes, 1990).
- ☞ La demanda de crecimiento que los adultos llevan a cabo con los adolescentes, así, debe ajustarse, y tener muy en cuenta el momento personal por el que el adolescente atraviesa: no debe apresurarse la exigencia, ni eliminarse. Sencillamente, adaptarse a la realidad adolescente que se tiene al lado.

2. Acompañamiento para promover la maduración

- ☞ El proceso de maduración al que antes se hacía referencia no es algo casual, ni que se da espontáneamente, como quedaba planteado: ese proceso se va produciendo a través de la educación; y no se debe olvidar que, en el fondo, educar a un adolescente es “posibilitar la evolución y el desarrollo de sus capacidades, intentar que vaya obteniendo un balance positivo de sus experiencias vitales (que se sienta bien dentro de su piel), procurar que logre un conjunto de conductas sociales que no le reporten excesivos conflictos con la sociedad en la que está y, finalmente, que se sienta miembro de un grupo social, de una comunidad, que tenga la vivencia de que “pertenece”, que es miembro de algo” (Funes, 1990).
- ☞ Esta labor educativa –y ha de recordarse que, como se decía anteriormente, todo adulto que se acerca a un adolescente es educador, mal que le pese- ha de ser una suerte de acompañamiento; Funes, para ello, apuesta por el concepto de mentor del adolescente, definiéndolo como “aquel que siendo vivido como cercano y disponible actúa desde la distancia –sin intromisiones y confiando en la evolución positiva- para ordenar las crisis y las dudas del adolescente, ofreciéndole propuestas, recursos, líneas de salida; aquel que le ayuda a que incorpore en su persona las experiencias, los elementos positivos que se decantan de su paso por las instituciones, los servicios, los recursos”. No tanto apostando por la “creación” de una figura de estas características, sino basándose en la “necesidad de conseguir que los adultos que inciden en la adolescencia ejerzan esas funciones; a la necesidad de potenciar (crear, estimular, enseñar...?) entre esos adultos, que están o deberían estar presentes, la parte de personaje empático, de personaje que conecta [...] con la realidad adolescente”.
- ☞ Para él, esta cuestión está en relación con el papel del educador no para transmitir simplemente conocimientos, sino para “responder” a las preocupaciones adolescentes, preocupaciones e implicaciones que surgen incluso de la supuesta simple transmisión de conocimientos asépticos, algo muy relacionado con la búsqueda de referentes de la que anteriormente se hacía mención.
- ☞ En cuanto a la manera en que el mediador social ha de llevar a cabo este proceso, Funes afirma que debe basarse en lo conocido por los educadores que tienen experiencia de trabajo en este campo: se trata de ser un adulto entre los adolescentes, no de ser uno más ni un amigo: “se trata de ponerse en el lugar del adolescente sin ser un adolescente”.
- ☞ Aun así, hay que señalar con respecto a la aparición de los adultos en el medio adolescente que cabe tener en cuenta que “la razón de nuestra posible intervención [...] debe basarse en la necesidad de ofrecerle la posibilidad progresiva de que construya su propia identidad”, y que para ello hemos de respetar su propio ritmo de maduración, manteniendo una actitud de espera, de esperanza de cambio, de evitar intervenciones prematuras o precipitadas que contribuyan a fijar al adolescente en su condición problemática.
- ☞ Como conclusión de este apartado, cabe afirmar que la intervención de los adultos que mejor puede facilitar la maduración del adolescente es la de acompañarle en ese camino sin paternalismos ni exigencias desmedidas, sencillamente ofreciéndose como posible consultor en determinados momentos y respetando que su proceso de crecimiento es propio e intransferible y, como mucho, puede ser contemplado desde la cercana distancia, ofreciendo alternativas ante situaciones de crisis o bloqueo.

REFLEXIÓN SOBRE LA PROPIA ADOLESCENCIA

Una de las circunstancias que habitualmente contribuyen a que se dificulte el proceso que se describe en el apartado anterior es la tendencia de los adultos a evaluar la adolescencia actual comparándola con la propia. Es éste un error a considerar debido a que “cada medio social y cada época tienen su adolescencia, los escenarios de los diversos recorridos van cambiando, la socialización está sometida a un gran devenir no exento de dificultades” (Funes, 1990). Esto

es, la adolescencia de los años 60 o 70 no era parecida prácticamente en nada a la de la primera década del siglo XXI: las circunstancias políticas, sociales y económicas determinan ineludiblemente el contexto de desarrollo de los adolescentes, que no pueden sustraerse a esta realidad.

Aun así, la relación entre las características del macrosistema (utilizando términos propios del modelo ecosistémico) y el colectivo de adolescentes no se da de una manera directa en todos los casos: existen mediadores entre un sistema y el otro que condicionan la vivencia, las experiencias y los perfiles de esta etapa vital, porque “la realidad adolescente es fundamentalmente una realidad definida por los adultos que la envuelven”; así, son los propios adultos que rodean al adolescente los que condicionan la actitud del mismo, a través de ese papel mediador al que se hacía referencia.

Dentro de este esquema de pensamiento, cabe señalar que, para Funes, existen seis elementos a estudiar en cada adolescente:

1. Percepción del adolescente sobre el mundo adulto.
2. Percepción de su futuro.
3. Estilo y capacidad de manejo intelectual de su realidad.
4. Vías de expresión de tensiones y conflictos.
5. Influjo del grupo juvenil cercano a él.
6. Momento concreto que cada adolescente vive de su transición.

En el análisis de estos aspectos individuales podrá basarse parte de la intervención, aunque se hace necesario también tener en cuenta los aspectos sociales que rodean a los adolescentes en la época actual, revisar las redes sociales que traman su época (Núñez, 1990), para promover una educación más adecuada a sus necesidades. En el siguiente apartado se tratará este aspecto.

LA ADOLESCENCIA EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Dado que la adolescencia, teniendo en cuenta lo anteriormente planteado, no es un proceso único ni uniforme, y que la estructura social tampoco lo es, no sólo en cuanto a clases sino también en cuanto a metas sociales, fines, valores y medios, llega el momento de reflexionar sobre el momento actual. Algunas características determinan ciertas tendencias entre los jóvenes del momento histórico que vivimos: uno de los más importantes es la puesta en marcha de leyes educativas, en el ámbito formal, que abogan por una finalización más tardía de la educación obligatoria: “la adolescencia en la actualidad estaría definitivamente condicionada por una larga permanencia en el sistema escolar [...] Grupos muy numerosos de los adolescentes que están en el sistema escolar permanecen en él a su pesar; están reproduciendo y repitiendo su fracaso escolar anterior” (Funes, 1990).

ESPACIOS

“La gran cantidad de tiempo “disponible”, así como la pérdida de significación de las instituciones más tradicionales, confieren peso y significación a las actividades en relación con el ocio, con las relaciones de grupo, con la diversión, con la información y la cultura que llegan por otros canales. Es en esos espacios y contextos donde surgirán una gran parte de sus identificaciones, de sus estilos de vida” (Funes, 1990).

Esto supone, implícitamente, que muchos y variados sectores de adolescentes sean socializados por lo que llamamos las “nuevas instituciones educativas”: la calle, los espacios que se viven como tranquilos, los lugares donde se sienten relativamente acogidos, los lugares de diversión, los terrenos de nadie entre edificios, o en los límites sin urbanizar de las manzanas urbanas. Pero también algunos bares y salas de juego, así como lugares más masivos, desde el metro hasta las discotecas o los polideportivos, convertidos por un día en espacios roqueros. Espacios en los que el adolescente no se siente fracasado y conflictivo con los sistemas dominantes, el escolar y el productivo. La alarma adulta asociada a este fenómeno también es tratada por este autor, manifestando que “la mayor parte de esa nueva socialización se va a producir fuera de las instituciones clásicas, y será vivida por los adultos como extraña y conflictiva”. Se produce fuera de la escuela, de la familia, “se va a producir en un contexto de sospecha y recelo continuo por parte de los adultos que le rodean” (Funes, 1990).

Como conclusión, resulta fácil entender que “la calle es a menudo el único lugar en el que pueden estar –o al menos que pueden estar como les gusta estar- cuando abandonan, o son excluidos, de la escuela; o cuando la casa es un lugar conflictivo y en otros lugares más “normales” no son vistos con buenos ojos” (Funes, 1990).



NOMEOLVIDES...

“La mayor parte de esa nueva socialización se va a producir fuera de las instituciones clásicas, y será vivida por los adultos como extraña y conflictiva”.

INFLUENCIAS SOCIALES

Los adolescentes en la sociedad actual están sujetos a mensajes continuos que influyen definitivamente su forma de ser, de pensar y de comportarse. Los medios de comunicación influyen, de forma decisiva, en este aspecto: “esta influencia [la de los medios de comunicación] no es un mero impacto propagandístico sobre modas, gustos o estilos juveniles. [...] estabiliza al adolescente como sujeto consumidor (sujeto que difícilmente será algo si no consume), por otro añade componentes básicos a determinados comportamientos”. Y no puede aislarse esta evidencia de lo que es el mundo interior y próximo del adolescente, dado que “la dependencia respecto a los productos se inscribe en un contexto de dependencia social y personal. Personalizarlo, estimularlo a ser él, conseguirle un espacio de decisión y autonomía, supone posibilitar su independencia con respecto a los consumos”. Y resulta importante no olvidar que al hablar de consumo, también se está haciendo referencia al consumo de drogas, en la medida que cubra la función de pertenencia al grupo de iguales, de herramienta relacional o de otro tipo.

El objetivo de trabajo que se planteaba con los adolescentes se ve entorpecido, irremediablemente, porque “se viven a sí mismos también en función de los medios de comunicación. Son vividos más por como son presentados en sociedad que por lo que realmente son y hacen” (ibid). La importancia de la imagen no sólo que dan, sino también y muy especialmente que tienen de sí mismos, como se comentaba con anterioridad, tiene un peso indiscutible en esta cuestión. Los adolescentes se comportan como se espera de ellos: y si los medios los muestran como transgresores, consumidores, individualistas, ellos tenderán hacia la profecía autocumplida, porque necesitan identificarse como algo, y ese algo es ser adolescente tal y como se entiende socialmente. Y si los medios ofrecen una imagen del adolescente como consumidor abusivo de alcohol en espacios abiertos, el adolescente tenderá a adaptarse a esa imagen.

Esta invalidación se da también en otros aspectos: el decremento progresivo de la lectura frente a la utilización de medios audiovisuales y nuevas tecnologías limita en gran manera la capacidad de los adolescentes para encontrar alternativas. Este fenómeno requiere de una explicación en profundidad: la profusión de películas sobre libros juveniles (el “fenómeno” Harry Potter, por ejemplo), de videoconsolas con juegos de carácter supuestamente interactivo (algunos de ellos de contenido violento), la utilización cada vez más frecuente de la informática y los teléfonos móviles (todo ello promovido por fines puramente comerciales disfrazados de “desarrollo” tecnológico) está popularizando una cultura de la imagen que supone que la capacidad de abstracción, la imaginación y la creatividad disminuyan en relación inversamente proporcional a la utilización de estos medios. La lectura requiere de un esfuerzo cognitivo consistente en representar mentalmente las imágenes que se describen en el texto, los personajes, establecer una relación verdaderamente individual con la historia; la sustitución progresiva de los estímulos del lenguaje por los de la imagen van suponiendo, progresivamente, una disminución de esas capacidades, que acaba derivando en una dificultad real para imaginar alternativas a lo “normal”. Y, si en un determinado contexto, lo “normal” es el consumo de drogas, resulta difícil encontrar otras posibilidades creativas y que resulten verdaderamente alternativas.

Otro efecto asociado a lo anteriormente comentado es la dependencia estimular: muchos adolescentes aficionados a este tipo de tecnología se encuentran a la espera de los estímulos que los movilizan, por el tipo de actividades que se asocian a estas prácticas; la cultura audiovisual que se promueve desde la sociedad de consumo se está mostrando abiertamente incompatible con valores que, por otra parte, se defienden de manera teórica como el esfuerzo, la responsabilidad, la disciplina... No hemos de olvidar que esta necesidad de estimulación externa se puede cubrir, entre otras cosas, con el consumo de drogas, ya sea de drogas decididamente estimulantes como la cocaína u otras con un efecto euforizante en bajas dosis, como el alcohol.



NOMEOLVIDES...

Los adolescentes se comportan como se espera de ellos: y si los medios los muestran como transgresores, consumidores, individualistas, ellos tenderán hacia la profecía autocumplida, porque necesitan identificarse como algo,

VALORES

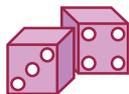
Es éste uno de los asuntos más discutidos, por lo general desde una perspectiva puramente adulta: se dice de los jóvenes que no tienen valores, que los valores tradicionales han sido sustituidos por otros de carácter “postmoderno”. Como dice Elzo (2003), “la ausencia de modelos exteriores claros, la constante experimentación, hace que, a la postre, el último referente [...] sea el propio joven, según las cosas le vayan o no bien. [...] el adolescente y joven español de hoy construye su identidad, en gran medida, teniéndose a sí mismo como modelo, hasta que lo que vaya construyendo en su puzzle particular, autónomo, le satisfaga, le centre, le de identidad, consistencia, seguridad. Obviamente, en este proceso, no es fácil llegar a construir sistemas de valores relativamente potentes, relativamente estables y seguros”. Pero tampoco hemos de caer en una trampa tan sutil como la de ser críticos con los adolescentes sin revisar el papel que los adultos juegan a nivel social en esa dificultad para establecer un sistema de valores sólido.

Se plantea que “algunas notas características del joven de hoy son las del “presentismo”, la dificultad de proyectarse en el futuro, así como la casi imposibilidad de adquirir compromisos duraderos”, pero no ha de olvidarse que lo que está naufragando es la responsabilidad de los adultos a la hora de transmitir otro modelo: los estímulos a los que antes nos referíamos determinan irremediabilmente que los jóvenes más vulnerables a esos estímulos, entren en el juego consumista, de inmediatez, de escaso valor de lo anterior, de lo “antiguo”, de lo que permanece, y valoren con mayor intensidad todo lo que suponga “novedad”, inmediatez y riesgo. En el fondo, los adolescentes son como los adultos estamos diciéndoles que deben ser en la práctica.



NOMEOLVIDES...

Pero tampoco hemos de caer en una trampa tan sutil como la de ser críticos con los adolescentes sin revisar el papel que los adultos juegan a nivel social en esa dificultad para establecer un sistema de valores sólido.



ACTIVIDADES

ACTIVIDAD 1

TÍTULO	Entre dos aguas...
DURACIÓN APROXIMADA	90 minutos
MATERIALES NECESARIOS	Folios, bolígrafos, pizarra, tiza/rotulador, una copia de cada uno de los gráficos del Documento 1 del Anexo Documental.
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	<p>1) Se forman 5 grupos con los asistentes: a cada uno de los grupos se les dan dos gráficos de los incluidos en el Anexo y se les pide que analicen detenidamente lo que en él aparece, y lo relacionen con las características que ellos conocen de los adolescentes. (20 minutos)</p> <p>2) Se lleva a cabo una exposición de cada lámina y se pone en común las características que se han ido señalando; el formador aprovecha para ir introduciendo información sobre los <i>Cambios en la adolescencia, tanto fisiológicos como psicológicos y sociales</i>. (40 minutos)</p> <p>3) Se abre un turno de debate, partiendo de una reflexión sobre lo recogido y los mensajes ambivalentes que los adolescentes reciben desde diferentes ámbitos. El papel del formador será el de canalizar el debate e ir aprovechando las diversas opiniones para hablar del tema <i>La adolescencia en la sociedad actual</i>. Así mismo, servirá como breve evaluación de la sesión (30 minutos)</p>
RECOMENDACIONES/CONSEJOS	<p>Es importante haber confeccionado los grupos con anterioridad al inicio de la actividad: de este modo se agilizará posteriormente la organización del espacio.</p> <p>Se hace una propuesta de temporalización con una previsión aproximada. La actividad puede alargarse si se estima oportuno.</p>

ACTIVIDAD 2

TÍTULO	Perfil contraestadístico del adolescente
DURACIÓN APROXIMADA	60 minutos
MATERIALES NECESARIOS	4 copias de los listados de estadísticas sobre consumo en adolescentes (Documento 2 del Anexo Documental), 4 copias de la hoja de soluciones en blanco, folios y bolígrafos.
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	<p>1) Se forman 4 grupos con los asistentes. A cada grupo se le da una copia de los listados de estadísticas y otra de la hoja de soluciones en blanco. A continuación se les pide que analicen en profundidad el listado estadístico y se les propone hacer el perfil "normal" del adolescente respecto al consumo de drogas: para ello, han de llevar a cabo dos tareas: la primera, responder "sí" o "no" en función de si la respuesta a la pregunta excede o no el 50% estadísticamente (parte superior de la hoja); la segunda, calcular, cuántos de cada 10 adolescentes responden a la pregunta correspondiente (parte inferior de la hoja). (30 minutos)</p> <p>2) Se pone en común el resultado obtenido y se elabora el perfil de los adolescentes por edad y sexo respecto al consumo de drogas. A partir de ahí se procede a analizar los resultados y se abre un turno de debate. El papel del formador será el de canalizarlo e ir aprovechando las diversas opiniones para promover una <i>Reflexión sobre la propia adolescencia</i>. También aprovechará para fomentar una comparación entre la adolescencia que recuerdan los mediadores, usos y costumbres de ese momento, y relación con sus actividades en aquel momento. Así mismo, servirá como breve evaluación de la sesión.(30 minutos)</p>
RECOMENDACIONES/CONSEJOS	<p>En caso de que el nivel cultural de los mediadores sociales limite las posibilidades del cálculo estadístico, se puede realizar la actividad utilizando únicamente la parte superior de la hoja de soluciones.</p>

?

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS

	V	F
1 La adolescencia es un proceso evolutivo que se da por igual en todas las personas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Los adolescentes están dejando de esforzarse por culpa de la educación que reciben en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 Los adolescentes españoles, según los últimos estudios, tienden a ser cada vez menos presentistas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 La adolescencia es un proceso diferente en cada cultura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 La adolescencia es un periodo muy vulnerable a la presión sobre el consumo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales no están interrelacionados	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7 La capacidad para las operaciones complejas se ve incrementada en la adolescencia a través de procesos lógico-formales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Pubertad es sinónimo de adolescencia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 La proliferación de nuevas tecnologías está sirviendo para mejorar la educación de los adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10 Algunos adolescentes son transgresores, entre otras cosas, por la imagen social que se transmite y a la que tratan de ajustarse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DROGAS Y CONCEPTOS ASOCIADOS



INTRODUCCIÓN

A través de los contenidos de este módulo, se pretende facilitar el conocimiento de las diversas sustancias, sus efectos, características y acciones a emprender ante ciertas situaciones.



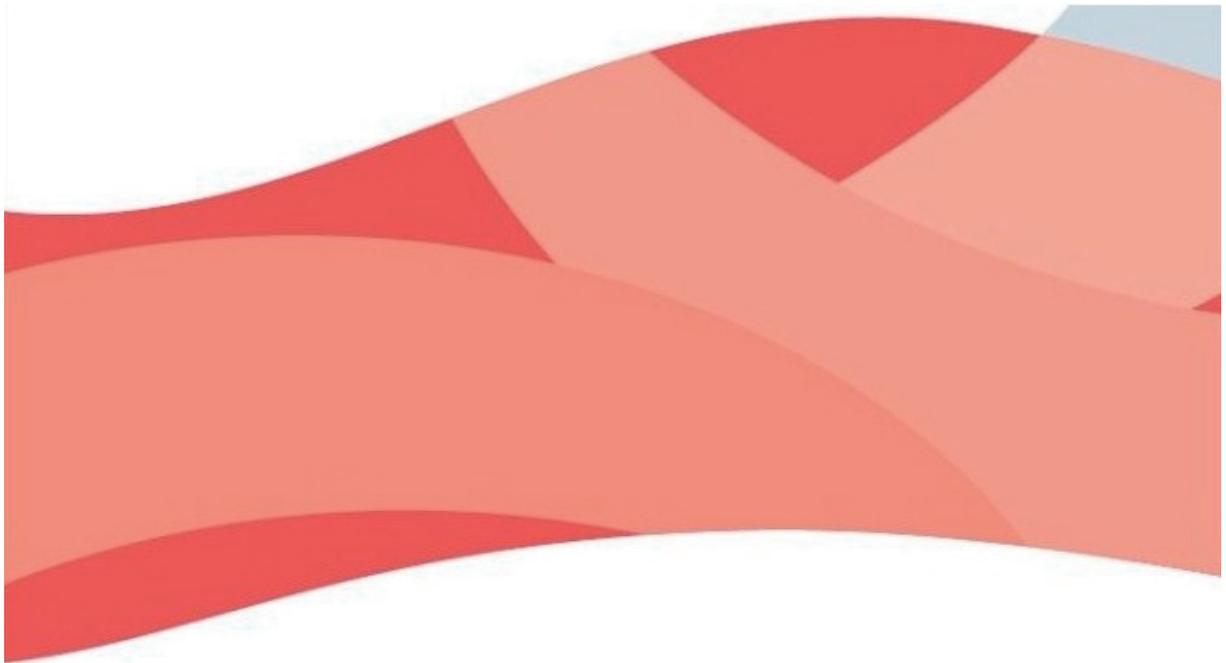
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☞ Conocer y significar el concepto droga y diferenciar las diversas clases y tipos que hay.
- ☞ Conocer diferentes conceptos asociados a las drogas.
- ☞ Diferenciar entre uso, uso problemático, abuso, intoxicación y dependencia.
- ☞ Conocer que es un patrón de consumo
- ☞ Conocer que debe hacerse al encontramos con cuadros de intoxicación por algunas drogas
- ☞ Manejar un lenguaje común con respecto a las drogas



ESQUEMA DE LOS CONTENIDOS

- ¿Qué es droga?
 - ➔ medicina
 - ➔ droga
- Conceptos asociados a las drogas
- La abstinencia, el uso, el uso problemático, el abuso
- La intoxicación
- La dependencia
- Tipos de drogas según efectos
- Patrones de consumo
- Que hacer en caso de intoxicación según las sustancias





CONTENIDOS

Tratar la prevención de drogas desconociendo las más usadas en el Estado Español y más concretamente en Madrid no tendría mucho sentido, sobre todo porque una de las acusaciones más repetidas (infundada o no) desde el mundo de los menores es el desconocimiento de los adultos sobre todo lo relacionado con las drogas (efectos inmediatos, modos de administración, embriaguez, abuso, efectos a corto y largo plazo...).

Entendemos que para que la información en prevención sea significativa para cierto perfil de jóvenes, con los que se ha de trabajar a menudo, los mediadores han de conocer cierta información que facilite la comunicación entre ellos y los menores, les permita discriminar entre abstinencia, uso, uso problemático y abuso, para poder abordar de modo útil aspectos de la prevención que solo se pueden trabajar cuando el/la adolescente recibe un mensaje creíble, es decir cuando el mediador o mediadora demuestra que sabe de qué está hablando y es una referencia para el/la menor.

En este módulo se quiere conseguir un objetivo muy claro: Dar a conocer las características de las drogas más consumidas en el contexto actual. Las drogas existen y están presentes a nuestro alrededor en múltiples contextos y presentaciones y cuanto más adecuada sea la información que se posee sobre ellas, más y mejor se podrá hacer frente a los problemas derivados de su consumo problemático y/o abusivo.

Conocer las drogas, no consumirlas o consumirlas de manera más responsable, saber que hacer ante cuadros de abuso... Estas situaciones se pueden convertir en factores de que reduzcan los riesgos asociados. Este programa de formación se plantea el trabajo desde la localización de los factores de riesgo que rodean al individuo o que él presenta y el desarrollo de los factores de protección que puedan contrarrestarlos.

Las personas que ejercen tareas de mediación social deberían manejar información sobre las drogas más consumidas por la sociedad que les rodea. El mundo que rodea al consumo de drogas es dinámico, cambiante, y se encuentra en un proceso de constante modificación y evolución, lo que obliga a manejar de forma constante información actualizada con respecto a este tema.

Así pues, entendemos que un mediador social ha de estar capacitado para hablar, de forma natural e indicada, sobre todos aquellos temas que puedan afectar a los menores, grupal o individualmente, con los que esta persona mantiene contacto.



NOMEOLVIDES...

El mundo que rodea al consumo de drogas es dinámico, cambiante, y se encuentra en un proceso de constante modificación y evolución, lo que obliga a manejar de forma constante información actualizada con respecto a este tema.

¿QUE ES DROGA?

Una droga es una sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía, hace que este organismo perciba su interior y/o su entorno de forma diferente a como los percibiría en ausencia de la sustancia.

Hay fuentes o autores que hablan de la sustancia ligada indefectiblemente a la dependencia (OMS, 1964) "Toda sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste, capaz de generar dependencia, caracterizada por la pulsión a tomar las sustancia de un modo continuado o periódico, a fin de obtener y, a veces, de evitar las molestias de su falta".

También se pueden encontrar otras definiciones como ésta: "sustancia que, por su naturaleza química, afecta a la estructura o el funcionamiento de un organismo vivo, por lo que, desde el punto de vista farmacológico, una droga es siempre una droga, independientemente de cómo y por qué se le use y como se le llame" (Nowlis, 1975). Como puede verse en esta definición, la condición legal, el efecto o el uso no influyen en la consideración de una sustancia como droga.

Esta última es interesante, ya que en nuestro entorno existen dos sustantivos que pueden definir la misma sustancia y que diferencian dos formas de relación de la persona con esa sustancia.

medicina	↔	una sustancia que se administra bajo las instrucciones de un médico, con una posología (modo de administración) definida, para atajar una patología o enfermedad determinada
droga	↔	puede ser la misma sustancia, administrada por cualquier sujeto a otro o hacia si mismo, con el único fin de sentir percepciones o estados de ánimo deseados a priori por el sujeto y con la

esperanza de lograrlos.

CONCEPTOS ASOCIADOS A LAS DROGAS

Hay algunos términos que aparecen en documentación, artículos o publicaciones referidos a las drogas o a conceptos asociados a ellas que a veces hay que conocer. Los siguientes no vienen de definiciones de autores, sino que más bien son adaptaciones de muchas de ellas a un lenguaje más accesible, sin otro fin que el de aclarar lo más posible su significado:

DROGA	⇒	Cualquier sustancia que, introducida en nuestro organismo, por cualquier vía, nos hace percibir la realidad que nos rodea, o nuestro interior, de forma diferente a como los apreciaríamos en ausencia de la misma. Su uso sistemático puede producir dependencia física, psíquica y social.
TOLERANCIA	⇒	Capacidad del organismo humano de admitir mayor cantidad de droga en cada consumo, para obtener los mismos efectos
DEPENDENCIA	⇒	Cuando la persona no ejerce autocontrol en el consumo y ha de consumir, lo desee o no, para paliar un cuadro sintomático (síndrome) no deseado.
ABSTINENCIA	⇒	No consumo.
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	⇒	Cuadro sintomático de efectos producidos por la ausencia de sustancia en el organismo, existiendo una dependencia física previa.
INTOXICACIÓN	⇒	Cuando se produce un consumo por encima del nivel de tolerancia admitido por el organismo y se alcanza a un estado de embriaguez.
HABITUACIÓN	⇒	Cuando el individuo ha incorporado la ingesta de una sustancia de manera continuada a su comportamiento cotidiano.
DESHABITUACIÓN	⇒	Proceso seguido para abandonar el consumo problemático de una sustancia.
REINSERCIÓN	⇒	Proceso por el cual una persona se socializa pertinentemente según el contexto donde vive y el cuerpo legal que lo define.
TOXICIDAD	⇒	Capacidad de una sustancia para producir efectos en el organismo, una vez consumida.
DOSIS	⇒	Cantidad unitaria de consumo personal.
PUREZA	⇒	Proporción (medida en porcentaje) de sustancia pura que lleva la dosis.
ABUSO	⇒	Consumo de la sustancia que genera consecuencias negativas para el individuo.
POLITOXICOMANÍA	⇒	Consumo de varias drogas con posibles cuadros de dependencia física y/o psíquica, o abuso.
ADICCIÓN	⇒	



NOMEOLVIDES...

Una droga es una sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía, hace que este organismo perciba su interior y/o su entorno de forma diferente a como los percibiría en ausencia de la sustancia.

CLARIFICACIÓN DE ALGUNOS CONCEPTOS

En muchas ocasiones no está clara la frontera entre uso y uso problemático, abuso, intoxicación y dependencia.

Por uso de drogas, se puede entender aquel consumo que no reporta consecuencias negativas para el sujeto (CREFAT, 1994: 20). Es decir su cuerpo no acusa los efectos tóxicos, ni siquiera de forma moderada, de la sustancia. Existen sustancias cuyas posibilidades de uso son reducidas por la rápida tolerancia que provocan y por su elevado "riesgo de uso" (Melero, 1993). Aquí hablaríamos de sustancias de alto poder tóxico o de muy alta capacidad adictógena, para la media de las personas, por ejemplo la cocaína o la nicotina.

El uso problemático y el abuso, hoy día no están específicamente diferenciados. Un patrón patológico de uso, el deterioro de la actividad laboral y social y la duración de la alteración (producida por la droga), definen para Sans (1988), la categoría de abuso. Para otros esta sería la definición perfecta de uso problemático, mientras que una intoxicación (sin más consecuencias) cuadraría más con la de abuso. Según otros (CREFAT, 1994: 20) el abuso se refiere a usar excesiva, injusta, impropia o indebidamente una sustancia. Se podría entender de nuevo abuso, como uso excesivo y uso problemático.

Una definición más ajustada se referiría al abuso como la relación cantidad/tiempo/tolerancia. Para comprender mejor esta relación, se incluye la siguiente tabla con la relación entre los elementos.

- En el mismo espacio de tiempo, una mayor cantidad puede suponer abuso con más probabilidad que una menor.
- La misma cantidad, en un tiempo menor, puede suponer abuso: consumir 7 vasos de vino semanales puede ser un consumo abusivo si todos se consumen en una sola tarde de esa semana, mientras que no lo sería si se consumiera uno cada día.
- Para dos personas con umbrales de tolerancia diferentes, la misma cantidad en el mismo tiempo puede suponer abuso en un caso y no en el otro.

Es éste, posiblemente, uno de los ejemplos más claros de la presencia del planteamiento de Zimberg, al aparecer factores de la sustancia (cantidad), del individuo (tolerancia) y del contexto (tiempo) a la hora de precisar qué es el abuso.

El uso problemático haría referencia al consumo de sustancia (s) que afecta a una o varias áreas de la persona de forma negativa, sin que llegue a existir dependencia o abuso.

La intoxicación se produce cuando se toma una cantidad excesiva de una droga y el cuerpo es incapaz de transformarla o eliminarla (CREFAT, 1994: 25). También puede darse, aunque la cantidad de droga sea pequeña, porque la dosis esté adulterada con sustancias tóxicas que puedan dañar al organismo en cierta concentración, o porque el organismo sea muy sensible a la sustancia en sí.

La Dependencia se define como la necesidad de seguir tomando la droga, una querencia, una compulsión que conduce al usuario a seguir utilizando tal sustancia (CREFAT, 1994). Desde el enfoque médico-sanitario se suelen utilizar las definiciones que para cada caso apunta el DSM-IV-TR, o a otras clasificaciones diagnósticas, como la CIE-10 (OMS). En el trabajo cotidiano, a veces es más complicado definir de modo cerrado, ya que el estatus de riesgo de un chico o de un grupo es inestable a lo largo del tiempo, los grupos son mixtos (aparecen varios diversos perfiles de chicos en un mismo grupo) y sobre todo las variables pueden llegar a ser tantas o a mezclarse que a veces (no siempre) es francamente difícil determinar si un chico/a responde a un perfil de prevención indicada o un perfil de abuso.

A continuación incluimos los criterios de abuso de sustancias y de dependencia de sustancias según el DSM-IV-TR:

CRITERIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS

A) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:

1. consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo conducir el automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

A) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresados por tres (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia definida por cualquiera de los siguientes ítem:
 - a) el síndrome de abstinencia característico de la sustancia (...)
 - b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia).
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

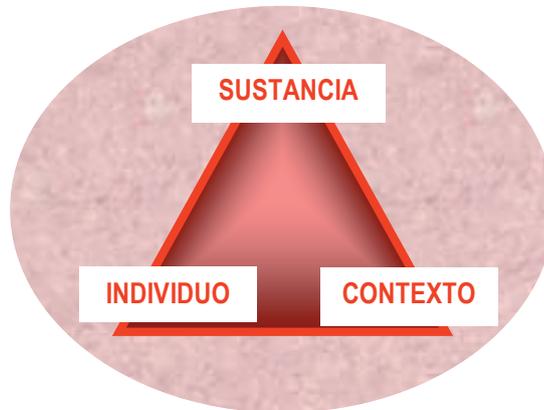
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
 5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
 6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
 7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes (que aparecen y desaparecen) o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).
-



NOMEOLVIDES...

El uso problemático haría referencia al consumo de sustancia (s) que afecta a una o varias áreas de la persona de forma negativa, sin que llegue a existir dependencia o abuso.

La dependencia psíquica está directamente relacionada con el triángulo de Zimberg (1984), a través de factores físicos, psíquicos y sociales.



LAS DROGAS SEGÚN SUS EFECTOS

Existen muchas clasificaciones de drogas. Algunas se basan en los diferentes tipos de dependencia física y psíquica que crean (Varenne, 1973, basada en la de Isbell, 1959), otras nos hablan de la peligrosidad de la sustancia (OMS, 1975), otras de su legalidad o ilegalidad... pero parece especialmente interesante para un mediador social que conozca las drogas por sus efectos (Laporte, 1976), en la medida en que están muy asociados a las expectativas del colectivo destinatario de la prevención. Según esta clasificación resultan tres tipos diferentes de sustancias:

- DEPRESORAS (PSICOLÉPTICOS)** ➔ sustancias que bloquean el funcionamiento del cerebro provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición, la sensación de relajación y la disminución de la ansiedad hasta el coma, en el abuso, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral.
- PERTURBADORAS (PSICODISLÉPTICOS)** ➔ sustancias que alteran el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, malos viajes, en el abuso.
- ESTIMULANTES (PSICOANALÉPTICOS)** ➔ sustancias que activan el funcionamiento del cerebro proporcionando sensaciones de excitación y euforia, pudiendo llegar a problemas de hiperactivación, ataques de ansiedad, taquicardia..., en el abuso.

Esta última clasificación puede ser la más clarificadora para los agentes sociales, mediadores, técnicos, etc. que trabajan en prevención de drogodependencias.

En la siguiente tabla aparecen las drogas más comunes según esta clasificación.

DEPRESORAS	PERTURBADORAS	ESTIMULANTES
Alcohol	Cannabis	Cocaína
Opiáceos (Heroína, morfina)	LSD	Anfetaminas
Benzodiazepinas	Setas alucinógenas	Metaanfetaminas (Speed)
GHB	Inhalantes (pegamentos, disolventes)	Nicotina
Nitritos de alquilo (Poppers)	MDMA (Éxtasis)	Cafeína
	Ketamina	

Es importante, aun así, matizar una cuestión: en muchas ocasiones, los efectos experimentados no se corresponden necesariamente con los reflejados en esta clasificación; esta circunstancia tiene que ver con dos variables bastante influyentes en el consumo, como son las expectativas asociadas al mismo y el entorno en el que se produce. Así, si un adolescente consume cannabis con su grupo de amigos buscando un efecto asociado a la euforia y la diversión, es más probable que lo experimente, al igual que otra persona que lo consuma solo, y que espere relajarse, es más probable que obtenga dicho efecto.



NOMEOLVIDES...

“Si un adolescente consume cannabis con su grupo de amigos buscando un efecto asociado a la euforia y la diversión, es más probable que lo experimente, al igual que otra persona que lo consuma solo, y que espere relajarse, es más probable que obtenga dicho efecto.”

PATRONES GENERALISTAS DE CONSUMO

Una de las consecuencias de la interacción producida entre La Sustancia, El Individuo y El Contexto es el patrón de consumo que muestra el individuo, siendo este patrón difícilmente extrapolable de una persona a otra. Los factores que inciden en la definición de un patrón de consumo son múltiples y no se repiten con la misma intensidad y cantidad en las personas, en los contextos y en las sustancias. Un patrón de consumo es producto de una combinación aleatoria de factores de riesgo y factores de protección y de la interacción entre ellos.

En el Documento 2 del Anexo Documental se muestran posibles trazados adictivos en relación a patrones de consumo, que no son determinantes pero sí clarificadores. No obstante, aunque es cierto que cada persona es única y que no hay dos modos de consumo exactamente iguales, se pueden mostrar patrones de consumo generalistas que ayuden a determinar modos de uso y abuso, que nos permitan tener una perspectiva de posibles trazos procesuales hacia las drogodependencias. Esto no quiere decir que las diferentes progresiones que aparezcan en el cuadro sean inexorables. Hay personas que permanecen años o siempre en uno de los estadios, otras fluctúan en unos pocos, hay personas que ascienden y descienden de unos cuadros a otros, etc.

Mención especial merece últimamente el consumo de ciertas drogas legales como son las benzodiazepinas, tranquilizantes que se venden en farmacias vía prescripción facultativa y que se encuentran en multitud de hogares y al alcance de los ocupantes de la casa, adolescentes incluidos. Las benzodiazepinas se dividen en dos tipos diferentes: Tranquilizantes e hipnóticos. Los tranquilizantes se recetan para estados de ansiedad, depresiones.... Los hipnóticos son inductores al sueño, para personas que padecen insomnio.

Son tóxicos que gozan de muy baja percepción de riesgo por parte de la población, ya que no están consideradas como drogas al ser legales. Pero tiene alta capacidad adictógena, desarrollan mucha tolerancia y su falta, en un organismo habituado produce síndrome de abstinencia. Las benzodiazepinas son consumidas, como el tabaco, prevalentemente por la población femenina y se han convertido en la sexta droga en orden de precocidad en el inicio de consumo, antes que el éxtasis y detrás del tabaco, el alcohol, los inhalantes, la cocaína y el cannabis. (DGPNSD: Encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias, 2004)

Otro patrón de consumo de reciente aparición es el llamado *Consumo Recreativo* o uso recreativo, en el que nos encontramos con una cada vez más frecuente forma de consumo abusivo, en el tiempo libre de los menores en fines de semana. Es un patrón de consumo que puede producir intoxicaciones, ingresos hospitalarios, violencia, descontrol... Es un tipo de consumo muy ligado a pasar la noche, a *aguantar el tirón*, a resistir horas y horas en lugares de diversión que además, mantienen horarios muy distorsionados: los llamados *after hours*, discotecas que abren por la mañana... (Becoña, 2002). Este tipo de uso recreativo es peligroso en dos aspectos: en la medida impactiva de las intoxicaciones que produce, y también, porque con el tiempo, el consumo puede extenderse a más jornadas, entre semana, o “comenzando” el fin de semana el jueves, con los problemas asociados a un abuso sistemático cada vez a más días, hasta poder convertirse en cotidiano.

MANEJO DE SITUACIONES DE URGENCIA RELACIONADAS CON LA INTOXICACIÓN POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Es importante que los formadores conozcan las medidas a tomar en situaciones de urgencia asociadas al consumo de sustancias. En muchas ocasiones las personas consideradas en los ámbitos de la mediación social, pueden encontrarse con situaciones de abuso de drogas en muchos de los lugares dónde actúan.

No todo el mundo sabe hacer lo correcto cuando se presentan estas situaciones. En muchas ocasiones se tiene la sensación de que si no se sabe de algo, esa ignorancia va a evitar que ocurra ese algo.

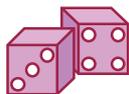
No es muy abundante la información, fuera de la literatura clínica o alguna publicación que hable sobre reducción del riesgo, sobre como se debe atender a alguien que está intoxicado con alguna o algunas de las drogas, que son de uso más común entre los consumidores con los que nos podemos encontrar. La experiencia indica que si se dispone de información sobre algo, este algo se manejará de mejor forma que de modo contrario.

Como Documento 3 en el Anexo Documental, se incluyen ciertos consejos que pueden evitar el empeoramiento de alguna mala situación derivada del consumo abusivo de sustancias y que proporcionan información sobre las medidas a tomar en estas situaciones.



NOMEOLVIDES...

“Los factores que inciden en la definición de un patrón de consumo son múltiples y no se repiten con la misma intensidad y cantidad en las personas, en los contextos y en las sustancias.”



ACTIVIDADES

ACTIVIDAD 1

TÍTULO	Aclarando conceptos...
DURACIÓN APROXIMADA	60 minutos
MATERIALES NECESARIOS	Folios, rotuladores, cinta adhesiva, pizarra y material para escribir sobre ella
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	<ol style="list-style-type: none"> 1) Se parten los folios por tantas mitades como participantes haya y se reparten seguidamente. 2) Los participantes escribirán en letra grande la primera palabra que les venga a la cabeza al pensar en el término droga (pueden ser dos palabras). 3) Se pegan los papeles en la pared, con la cinta adhesiva y se copian las palabras en la pizarra. 4) Finalmente se comentan todas las palabras aparecidas en los escritos, aclarando dudas, rectificando opiniones sesgadas, colocando conceptos...
RECOMENDACIONES/CONSEJOS	Es muy importante que los participantes se expresen con absoluta libertad. si en lugar de palabras se desea escribir una frase o dos, o dibujar, se puede hacer.

ACTIVIDAD 2

TÍTULO	Servicio de urgencias
DURACIÓN APROXIMADA	60 minutos
MATERIALES NECESARIOS	Folios, bolígrafos, pizarra y material para escribir sobre ella
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	<ol style="list-style-type: none"> 1) Se hacen 5 subgrupos y se les entrega a cada uno un folio. 2) Los participantes escribirán en el folio las acciones a emprender ante una posible intoxicación de cada una de las 5 siguientes sustancias: alcohol, cannabis, alucinógenos, pastillas o pegamento. 3) Se hace una puesta en común de las acciones propuestas, aprovechando la misma para que otros grupos den su opinión también. 4) El mediador/a irá aprovechando la puesta en común y las aportaciones de los participantes para dar la información adecuada con respecto a qué hacer en cada una de las situaciones. 5) Finalmente se comentan todas las acciones adecuadas, analizando dificultades e inconvenientes que puedan presentarse y alternativas a los mismos.
RECOMENDACIONES/CONSEJOS	Pueden utilizarse casos prácticos con características especiales (los amigos no quieren que se llame a los padres, etc.), para que las situaciones sean más realistas.

ACTIVIDAD 3

TÍTULO	Cada mochuelo a su olivo
DURACIÓN APROXIMADA	60 minutos
MATERIALES NECESARIOS	Folios, bolígrafos, papel celo, pizarra, materiales para escribir en ella y tarjetas como las que aparecen en el Documento 4 del Anexo Documental.
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	<ol style="list-style-type: none"> 1) Se divide al grupo en 3-4 subgrupos y se les hace entrega a cada subgrupo de un tercio de las tarjetas con los nombres de las drogas. 2) Cada subgrupo debate a qué categoría pertenecen las drogas que les han tocado: "estimulantes", "perturbadoras" o "depresoras". Mientras, el formador divide la pizarra en tres apartados, correspondientes a cada uno de estos tres tipos de sustancias. 3) Por turnos, los miembros de cada grupo van saliendo uno por uno a la pizarra y colocan la tarjeta en el apartado que su grupo ha decidido conveniente, explicando los motivos para su inclusión en dicho apartado. El formador pregunta al resto del grupo si están de acuerdo. En caso contrario, se discute hasta llegar a un consenso. El formador aprovecha este espacio para explicar los efectos básicos de cada sustancia y su clasificación correcta. 4) Una vez acabada la puesta en común, se evalúa el desarrollo de la actividad conjuntamente.
RECOMENDACIONES/CONSEJOS	Es importante que las drogas que pueden resultar más equívocas (alcohol, cannabis, tabaco) estén repartidas en subgrupos diferentes.

?

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS

	V	F
1 Las drogas son sustancias ilegales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 La medicina cura y la droga no, así que han de ser forzosamente sustancias diferentes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 La intoxicación con una droga es lo mismo que la dependencia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 El uso de una droga siempre es peligroso	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Un patrón de consumo es una moda que cambia cada cierto tiempo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 El alcohol no es una droga	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7 El consumo abusivo de alcohol no puede producir la muerte	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8 El iniciarse en el consumo de cannabis supone llegar a consumir otras drogas ilegales como la cocaína	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 El abuso es perjudicial en todos los casos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Los efectos de las sustancias son los mismos siempre, sin que influyan el ambiente o las expectativas del que las consume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

PREVENCIÓN



INTRODUCCIÓN

A través de los contenidos de este módulo, se pretende promover una visión global sobre la prevención de drogodependencias: qué es y qué componentes tiene, qué tipos existen y qué objetivos persigue. También dotar a los mediadores sociales de una serie de contenidos, habilidades y procedimientos, desde unas actitudes concretas, que sirvan para abordar la prevención de las drogodependencias en adolescentes, desde los enfoques Biopsicosocial y Ecosistémico.



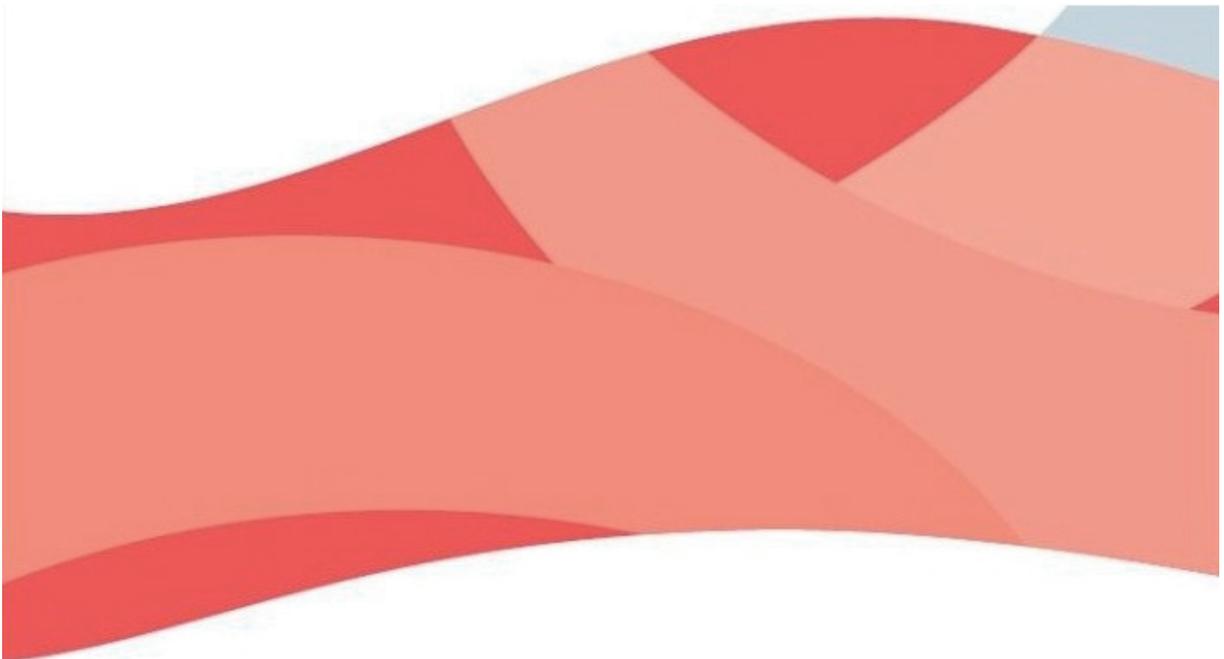
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☞ Conocer y significar el concepto Prevención de drogodependencias.
- ☞ Conocer diferentes enfoques preventivos existentes
- ☞ Conocer los diversos componentes de la prevención
- ☞ Conocer que tipos y modos de prevención se dan actualmente
- ☞ Conocer que se entiende por factores de riesgo y factores de protección
- ☞ Conocer la percepción social del fenómeno de las drogas y como influye en la prevención.
- ☞ Manejar un lenguaje común con respecto a la prevención



ESQUEMA DE LOS CONTENIDOS

- ➔ ¿Qué es prevención?
- ➔ Diversos enfoques sobre la prevención
 - ➔ Ético jurídico
 - ➔ Médico sanitario
 - ➔ Sociocultural
 - ➔ Psicosocial
- ➔ El modelo Multidimensional.
- ➔ Tipos de prevención
 - ➔ Universal
 - ➔ Selectiva
 - ➔ Indicada
- ➔ Modos de prevención
 - ➔ Específica
 - ➔ Inespecífica
- ➔ Concepto de riesgo y protección
- ➔ Factores de riesgo / factores de protección
- ➔ Como afecta el discurso social a la prevención de drogodependencias





CONTENIDOS

Es necesario que los mediadores sociales sepan qué es y para qué sirve la Prevención en drogodependencias con menores y manejar una serie de factores para favorecer la implementación de este tipo de prevención.

En primer lugar, como no todo el mundo maneja el mismo concepto de Prevención, se cree conveniente precisar todo lo que se pueda acerca de ello. Prevenir es anticiparse, adelantarse, actuar para evitar que ocurra algo que no queremos que pase, en este caso, que se consuman drogas. Pero si ya se están tomando drogas, prevenir es evitar que el problema vaya a más y, en caso de existir alguna situación de dependencia, ayudar a la persona a recibir tratamiento para superarla y salir de ella (Plan Nacional Sobre Drogas –PNSD-, 2005).

Deseamos exponer, analizar y manejar de modo adecuado los diferentes componentes de los paradigmas más correctos a la hora de trabajar en prevención con menores. En este módulo pretendemos dotar a los mediadores de los conocimientos básicos sobre los que trata la prevención de drogodependencias.

Es importante para una persona que se dedica a la mediación social conocer contenidos y procedimientos que le ayuden a enfrentar situaciones cotidianas, alejándose de los estereotipos sociales o prejuicios al uso y manejando un enfoque más serio y profundo.

La prevención implica una actitud abierta, receptiva y participativa. Ejercer la prevención es abordar diversas facetas de lo personal, de lo grupal, de lo comunitario, aportando al individuo herramientas y sentido, para que vea que el consumo de drogas no es la muleta imprescindible con la que afrontar situaciones cotidianas, ni en el ocio, ni en el trabajo, ni en ningún contexto. Significa ser crítico y conocer las limitaciones de una situación donde el consumismo (Becoña, 2002) es pieza fundamental de la maquinaria. Significa mostrar la posibilidad de que la persona puede tomar sus propias decisiones, pese a las presiones y modos sociales mayoritarios.

ENFOQUES HISTÓRICOS DE PREVENCIÓN

A lo largo de la Historia nos encontramos con distintos enfoques de la prevención, respondiendo en según que casos a una visión jurídica, biologicista, crítica... de la realidad (FAD, 2000). Las teorías, pues, proporcionan la base para diseñar las intervenciones, no solo en el ámbito preventivo sino también en el de reducción de consumo o del abuso de drogas (Gorman, 1996)

Estos son los más importantes:

ENFOQUES HISTÓRICOS EN PREVENCIÓN			
ÉTICO-JURÍDICO	MÉDICO-SANITARIO	SOCIOCULTURAL	PSICOSOCIAL
Se limita la oferta Se controla el tráfico Se discrimina entre unas drogas y otras Se definen conductas atentatorias contra el orden social Se legisla entre sustancias legales e ilegales	Efecto de la sustancia sobre el individuo No distingue entre drogas legales e ilegales	Aspectos indeseables de la organización social Desigualdades sociales Diferencias de roles sociales Cuotas de poder mal repartidas	El sujeto es responsable de su proceso La sustancia tiene significado y función para la persona Papel importante de las agencias de socialización
Drogodependiente = Delincuente	Drogodependiente = Enfermo	Drogodependiente = Víctima	Drogodependiente = Corresponsable

El modelo de actuación actual es un modelo integrador de algunos de los anteriores. Se basa en la interacción que se produce entre tres elementos que mantienen relación en el fenómeno del consumo de drogas.

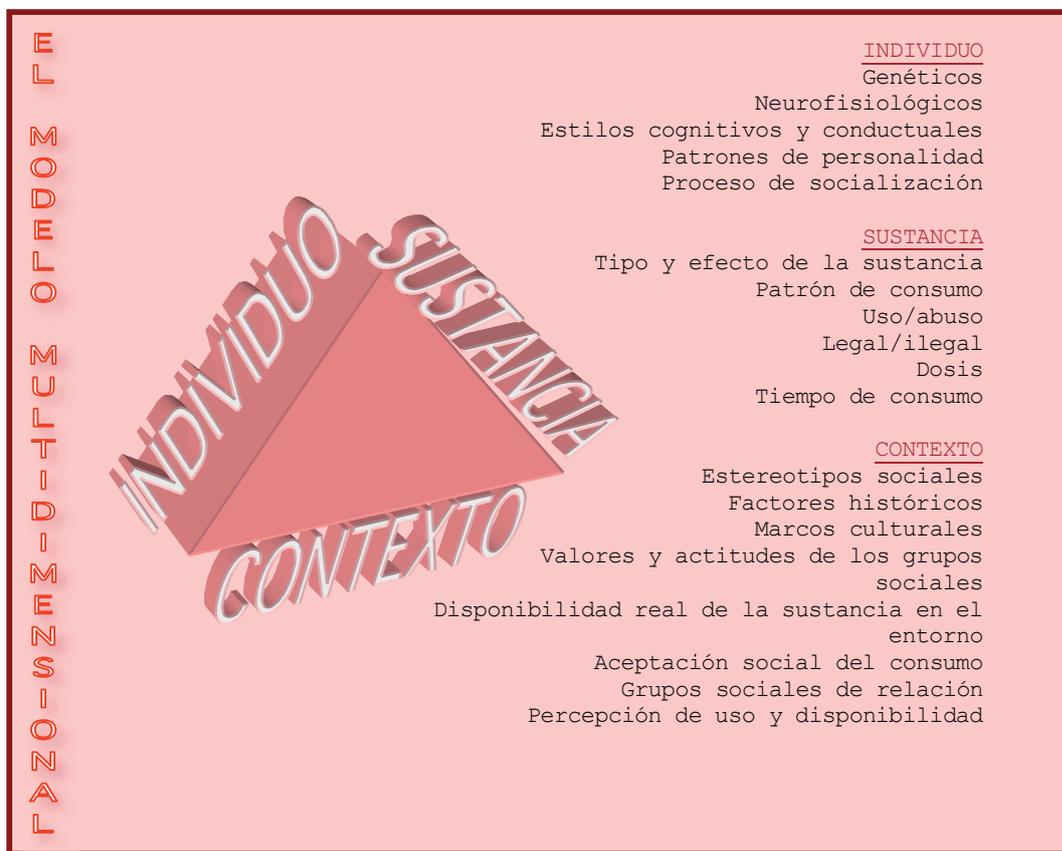
Estas tres dimensiones son:	<ul style="list-style-type: none"> ☞ La sustancia ☞ El individuo. ☞ El contexto.
-----------------------------	---

Desde este modelo podemos observar como los efectos de una sustancia no tendrán que ver únicamente con sus características farmacológicas, sino también con las características del sujeto que la consume, el contexto en el que se produce esta relación entre el sujeto y la sustancia y el momento histórico en el que se produce la interacción (Salvador y Martínez, 2000).

Este paradigma argumenta que la prevención de drogodependencias debe tener en cuenta la relación que articula la persona con la droga y en un entorno determinado y las influencias que interaccionan entre los tres.

El modelo está basado en dos planteamientos integrados. El primero es la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1982), que trata de explicar el origen de la conducta humana (en este caso el consumo de drogas), en función de su pertenencia a un ámbito relacional, en el que varios sistemas interactúan dando lugar a sistemas más complejos. En este caso el sistema complejo sería el consumo de drogas y los subsistemas que lo conforman serían los vinculados a la persona, el contexto y la sustancia.

El segundo planteamiento es el modelo de salud que defiende la OMS, que explica que la salud no es solo la ausencia de enfermedad sino la combinación positiva, en la persona, de factores biológicos, psicológicos y sociales (enfoque biopsicosocial). Este enfoque es la base actual de los programas de educación para la salud y, por ende, de los programas de actuación sobre drogas. Es el llamado Modelo Multidimensional o Multisistémico, circunscrito en el triángulo de Zimberg (1984). Este enfoque dispone del modelo que aparece en el siguiente cuadro con sus correspondientes factores:



NOMEOLVIDES...

El modelo de salud que defiende la OMS, que explica que la salud no es solo la ausencia de enfermedad sino la combinación positiva, en la persona, de factores biológicos, psicológicos y sociales (enfoque biopsicosocial).

TIPOS DE PREVENCIÓN

Los tipos de prevención de drogodependencias también han cambiado con el tiempo. En los años 80 se acuñaron tres tipos de prevención que venían a ser los siguientes (Caplan, 1980):

Prevención PRIMARIA	➔	Su acción se basa en evitar que aquellas personas que no han tenido experiencias de consumo las tengan
Prevención SECUNDARIA	➔	Su acción se basa en evitar el consumo problemático, por lo que actúa en población que ya ha tenido el primer contacto
Prevención TERCIARIA	➔	Busca evitar que la situación de consumo empeore y disminuir los daños asociados a éste.

Esta clasificación equivalía más o menos a lo que desde la medicina se entiende por PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN.

Prevención primaria	➔	Prevención
Prevención secundaria	➔	Tratamiento
Prevención terciaria	➔	Rehabilitación

Actualmente se usa otra clasificación de tipos de prevención que responde al tipo de interacción que la persona o los grupos articulan con el riesgo para el consumo de sustancias, más que a un enfoque epidemiológico, como el anterior. Sería el siguiente (Gordon, 1987):

Prevención UNIVERSAL	➔	se dirige a toda la población que se desea prevenir, no consumidora y es un tipo de prevención que desea fomentar habilidades, clarificar valores, dotar de habilidades para la vida, etc.
Prevención SELECTIVA	➔	se dirige a grupos que tienen más posibilidades de consumir que la media de sus pares, los llamados grupos de riesgo. No consumen, pero el riesgo de que lo hagan es muy evidente.
Prevención INDICADA	➔	se dirige a algún grupo en concreto de la comunidad que ya cuenta con miembros consumidores o experimentadores y que además, presentan problemas de comportamiento que les afectan

¿Hasta donde hablamos de prevención indicada y desde donde de abuso o dependencia en el consumo de drogas? En este sentido sería oportuno clarificar la diferencia entre riesgo (posibilidad de que ocurra algo nocivo) y daño (seguridad de que éste se está produciendo).

LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

El Enfoque multidimensional, como ya hemos visto, enmarca al individuo, a la sustancia y al contexto en una relación interactiva. La posibilidad de que esta interacción sea perniciosa o no, depende de la presencia y combinación de unos factores, los llamados Factores de Riesgo.

El Riesgo se define, básicamente, desde tres características básicas: debe haber una exposición consciente a daños, los daños deben ser eventuales y existe libertad de decisión para asumirlos o no. (Ramos, 1999).

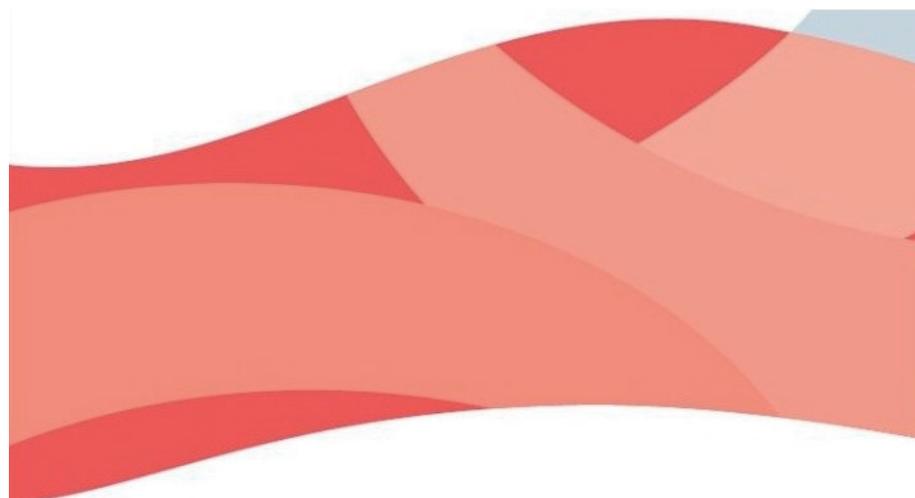
Los Factores de Riesgo son características del individuo, de su entorno o de la sociedad en su conjunto que incrementan la posibilidad de que se produzca el consumo de drogas; frente a ellos, existen los Factores de Protección, que son características del individuo o condiciones ambientales que reducen dicha posibilidad.

Los Factores de Riesgo no son determinantes en si mismos, sino posibilitantes. Sobre el consumo de drogas los factores de riesgo se pueden encontrar en el contexto (entorno macrosocial y microsocioal), en el individuo y en menor medida, vinculados a la sustancia (Plan Nacional sobre Drogas, 2005). Según este planteamiento la prevención será más acertada cuantos más Factores de Protección puedan potenciarse frente a los Factores de Riesgo ya definidos. En la siguiente página ofrecemos un cuadro resumen que recoge diverso factores de riesgo y de protección aparecidos en diversas fuentes (CSAP, 2001; Becoña, 2002; ADES, 2002; PNsD, 2005) en los últimos años.



NOMEOLVIDES...

La prevención será más acertada cuantos más Factores de Protección puedan potenciarse frente a los Factores de Riesgo.



CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE USO PROBLEMÁTICO O CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS EN ADOLESCENTES FRENTE A LOS FACTORES DE PROTECCIÓN

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCION
FACTORES CONTEXTUALES MICROSOCIALES		
LA FAMILIA	Desestructuración familiar Rigidez en las normas familiares Padre/madre drogodependiente(s) Abuso de drogas en la familia Ausencia de límites Exceso de protección Falta de comunicación Falta de reconocimiento	Familia de comportamiento saludable Estilo democrático de educación Dar confianza, cercanía y apoyo Núcleo familiar estable Promoción de la autonomía Habilidades de comunicación y de negociación Establecimiento de normas claras, razonables y consistentes
LA ESCUELA	Autoconcepto del joven como fracasado Bajo rendimiento escolar Actitudes educativas rígidas por parte de los profesores Modelo permisivo de las sustancias adictivas	Apropiado rendimiento escolar Buen autoconcepto Modelado educativo desde el profesorado Modelo educativo que favorezca el análisis crítico de la realidad
EL GRUPO DE PARES	Dependencia del grupo Presión del grupo El grupo es consumidor de sustancias	Mantiene su propia personalidad dentro del grupo El grupo respeta las decisiones individuales El grupo no consume sustancias
FACTORES CONTEXTUALES MACROSOCIALES		
SOCIEDAD	Competitividad Superficialidad Mercantilismo Consumismo Sobrehedonismo Creación de necesidades desde los deseos	Cooperación Definición real de necesidades Análisis Correcta gestión emocional
FACTORES INDIVIDUALES		
EN LA PERSONA	Falta de autoestima Actitud pasiva ante la vida Impulsividad Agresividad Desconfianza Incapacidad para resolver problemas	Adecuada autoestima Autocontrol Actitud activa ante la vida Asertividad Adecuada resolución de los problemas Confianza
FACTORES VINCULADOS A LA SUSTANCIA	Oferta de la sustancia Propiedades farmacológicas de la sustancia Vía de administración Capacidad adictógena de la misma	Reducción de la oferta

MODOS DE PREVENCIÓN

La prevención se puede hacer de modo Específico o Inespecífico (Calafat, 1992; Comas, 1992; Ferrer, 1991; Vega, 1992, 1993).

Inespecífico	↔	apunta al sentido de minimizar las condiciones contextuales que aboquen al uso indebido de drogas, desde un planteamiento más generalista y cercano a la Animación Sociocultural o a la Educación Social. La principal característica es que no se habla de drogas de forma directa y clara ni los participantes son conscientes de que se está haciendo prevención, aunque sí quien desarrolla la actuación
Específico	↔	trata sobre la prevención que habla claramente de las drogas y todos los elementos asociados o de la que se presenta explícitamente como relativa al consumo de drogas

Actualmente hay autores englobados en cierta perspectiva que defienden que esta división no es correcta, ya que no hay modo de establecer una relación comprobable entre lo que se dice que es una actividad preventiva inespecífica y la evaluación o medición de dicho cambio en el consumo de drogas después de dicha actividad (Becoña, 2002). A la inversa, también podría criticarse que en la evaluación de los programas de prevención específica tampoco se contemplan, en la mayoría de los casos, el posible efecto de otras variables contextuales que influyen, como pueden ser factores de riesgo y/o protección ambientales.

Sin embargo, desde un enfoque socioeducativo, toda aquella acción que se oriente hacia objetivos de mejora social y que defina indicadores de evaluación que sirvan para comprobar el nivel de consecución de estos objetivos, permite hablar de prevención inespecífica, ya que la acción educativa no se limita a la focalización en un solo plano de la persona (en este caso, el consumo de drogas o la posibilidad de hacerlo) dado que se entiende la realidad como un todo complejo e interrelacionado.

Dice Quintana (1984): "La pedagogía social enseña a preparar a los individuos para su vida social y a intervenir educativamente en algunas circunstancias sociales especialmente conflictivas para la calidad básica de la vida humana de ciertos grupos sociales".

De hecho, la naturaleza de los factores de riesgo es múltiple y se los define como factores de riesgo para el consumo de drogas, pero muchos de ellos tienen naturaleza social, de modo que son factores de riesgo no ya para el consumo de drogas, sino para un número mayor de situaciones de conflicto y/o desadaptación social.

LA PERCEPCIÓN SOCIAL DEL FENÓMENO DE LAS DROGAS Y SU INFLUENCIA EN LA LABOR PREVENTIVA

Desde la Prevención de las drogodependencias existe un factor interferente a la hora de implementarla, y es la percepción social del fenómeno de las drogas.

La tolerancia social hacia algunas drogas (las legales), los mitos sobre otras, los mensajes poco significativos que reciben las personas, la experiencia personal, que los individuos suelen extender a los demás (y que al ser personal, casi nunca es transferible), conforman una amalgama de ruido que no ayuda precisamente a la labor preventiva.

Así, se identificarían diversos aspectos como los siguientes (PPD, 1995):

☞ Se percibe de más alto riesgo el consumo de drogas ilegales.

Esta circunstancia reafirma la idea errónea de drogadicto igual a delincuente. Es algo muy común en extensas capas sociales, donde personas con abuso o uso problemático de drogas legales se perciben diferentes a las personas que consumen drogas ilegales.

☞ Una alta percepción de riesgo sobre una droga contribuye a minimizar esa percepción sobre otras (p. ej. La cocaína sobre el tabaco).

Esta visión se refleja en el estereotipo diferenciador entre drogas duras y drogas blandas. Esta clasificación, además de ser errónea, por no tener en cuenta ningún factor del modelo biopsicosocial que define las condiciones de la interacción entre sustancia, individuo y contexto y no solo a la sustancia, contribuye, decimos, a mantener el anterior estereotipo.

☞ Las sustancias más aceptadas socialmente son también las más consumidas.

Esta circunstancia responde a la propia dinámica social en la que las drogas con mayor aceptación social (baja percepción de riesgo, moda, uso potenciado por líderes mediáticos, novedad en el mercado, baja amplificación sobre efectos adversos en los medios de comunicación, etc.), son más consumidas que las que caen en desgracia. La fama también afecta a las drogas.

☞ Los jóvenes se drogan más que los mayores

En este aspecto, aparece una trampa, que Elzo (2002) califica como de doble moral de la sociedad, a través de la cual los adultos, de forma muy crítica, proyectan en los jóvenes la responsabilidad en el consumo problemático de sustancias y, de

forma paralela, justifican dicho consumo en otros momentos defendiendo que la juventud es el momento en el que uno puede hacerlo. La propia paradoja se retroalimenta de manera continuada, de esta forma.

☞ **Todas las drogas generan dependencia desde el primer consumo**

Dejando aparte las características farmacodinámicas de cada sustancia y el mayor o menor potencial adictivo que pueden tener, esta creencia no tiene en cuenta las variables del sujeto del contexto que se integran en el modelo multidimensional anteriormente explicado.

☞ **El inicio en el cannabis es determinante para el consumo de otras drogas ilegales o más perjudiciales.**

Esta creencia se asocia a la hipótesis de la escalada, formulada por Kandel (1975), que afirma que se da todo un proceso que va desde el inicio en el consumo de drogas legales hasta el de drogas ilegales. Aun así, se tiene en cuenta sólo una parte de esta hipótesis, dado que en el planteamiento original se plantea el consumo de drogas como un proceso secuencial en el que se producen cuatro estadios de desarrollo: 1) consumo de bebidas alcohólicas fermentadas; 2) consumo de bebidas alcohólicas destiladas o tabaco; 3) consumo de cannabis; y 4) consumo de otras drogas ilegales. Cabe clarificar que, desde este planteamiento, si bien se ha identificado una secuencia clara en el desarrollo de las relaciones con las drogas, el consumo de una droga es un estadio particular en la secuencia, que no conduce siempre al uso de otras drogas que se encuentran en una posición superior en la jerarquía de esa secuencia. Muchas personas se quedan en un determinado estadio y no progresan a otros (Vázquez y Becoña, 2000).

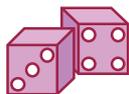
Otras creencias populares erróneas:

- ☞ **Las personas que consumen drogas menos aceptadas socialmente son marginadas por la mayoría.**
- ☞ **Las drogas más perjudiciales son las ilegales.**
- ☞ **Los drogadictos son siempre gente marginal...**

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Torjan Sherri (1986) plantea cuatro tipos de estrategias complementarias en las que se deben basar los programas de prevención:

Estrategias de INFLUENCIA	⇒ Incremento de conocimientos y cambio de actitudes
Estrategias para el DESARROLLO DE COMPETENCIAS	⇒ Mejora de los recursos y habilidades para el afrontamiento de lo cotidiano (autoconocimiento, valores, toma de decisiones, autocontrol...)
Estrategias de CONTROL	⇒ Dirigidas al individuo o a su contexto. Medidas legislativas, judiciales, policiales... Para reducir la exposición a riesgos y la aparición de daños o peligros.
Estrategias de ADECUACIÓN DEL MEDIO	⇒ Mejora de los entornos en los que viven los individuos, creando recursos, desarrollando los existentes, fomentando la participación social, etc....



ACTIVIDADES

ACTIVIDAD 1

TÍTULO	El modelo multidimensional
DURACIÓN APROXIMADA	45 minutos
MATERIALES NECESARIOS	Rotuladores finos, papel continuo, tijeras y 4 tacos de post-it
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	<ol style="list-style-type: none"> 1) Se divide el gran grupo en cuatro subgrupos. 2) A cada grupo se le da un taquito de post-its y se apuntan factores relacionados, a juicio del grupo, con el consumo de drogas en la juventud (cada factor en un post-it). 3) Cada grupo nombra un portavoz y este se encargará de pegar sobre un trozo de papel continuo adherido previamente a la pared, todos los post-its de su grupo y explicará a los otros grupos por que han considerado que esos que aparecen ahí son factores incidentes en el consumo de drogas. 4) Se puede generar debate a este respecto entre el gran grupo. 5) Luego, el formador o formadora separará todos los post-its de sus papeles continuos y los concentrará en tres grupos diferentes (los relacionados con el individuo, los relacionados con el contexto y los relacionados con la sustancia), pegándolos en otro papel continuo. 6) El gran grupo debería deducir la respuesta, reconociendo al final los tres factores que conforman el modelo multidimensional.
RECOMENDACIONES/CONSEJOS	El formador o formadora debe dinamizar y dar pistas al gran grupo, sobre todo en la última parte de la actividad

ACTIVIDAD 2

TÍTULO	¿...Y esto cómo se arregla?
DURACIÓN APROXIMADA	60 minutos
MATERIALES NECESARIOS	Pizarra, rotuladores de pizarra, papelógrafo, rotuladores gruesos
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	<p>El gran grupo se divide en cuatro. Seguidamente cada uno de estos subgrupos elige un caso que conozca bien y que sea difícil. Se elige un portavoz que expone el caso.</p> <p>Una vez todos los grupos han expuesto el suyo, el gran grupo elige el caso más interesante de los expuestos.</p> <p>Seguidamente se definen todos los factores de riesgo que el caso pueda presentar.</p> <p>Se van apuntando en la pizarra y se irán definiendo según su naturaleza agrupándolos en las diversas clases de factores de riesgo que existen.</p> <p>De nuevo, los grupos debatirán los factores de protección para reducir la influencia de los factores de riesgo definidos.</p> <p>Se debatirá al final sobre la viabilidad de los factores de protección propuestos</p>
RECOMENDACIONES/CONSEJOS	<p>El formador debe dinamizar y dar pistas al gran grupo, sobre todo en la última parte de la actividad.</p> <p>En el caso de que no exista conocimiento previo de casos de estas características, se facilitan dos casos ejemplo que pueden servir para el desarrollo de la sesión, en el ANEXO I.</p>

ACTIVIDAD 3

TÍTULO	El cuento de la cueva
DURACIÓN APROXIMADA	60 minutos
MATERIALES NECESARIOS	Bolígrafos, pizarra, tizas o rotuladores de pizarra y 3-4 copias del Cuento (en el ANEXO I)
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	<p>Se divide al grupo en 3-4 subgrupos, en función del número de asistentes, y se le da a cada grupo una copia del Cuento.</p> <p>Se les pide que, en un tiempo aproximado de 15-20 minutos, busquen las estrategias más adecuadas para resolver el problema planteado en el cuento.</p> <p>Pasado ese tiempo, se hace una puesta en común donde los grupos comentan las soluciones propuestas; el formador va colocando cada propuesta en la pizarra en función del enfoque preventivo (ético-jurídico, médico-sanitario, socioambiental o psicosocial) en el que se enmarcarían.</p> <p>Cuando todos los grupos han planteado sus propuestas, el formador explica cada uno de estos enfoques históricos en prevención, señalando sus características, ventajas, inconvenientes y el paradigma de drogodependiente al que se asocian.</p> <p>Acabada la exposición de los enfoques, se discute de manera grupal la tendencia que ha dominado en cada subgrupo y se revisa la complementariedad de las diferentes propuestas, relacionándola con las diferentes estrategias de prevención.</p>
RECOMENDACIONES/CONSEJOS	El formador debe dinamizar y dar orientaciones a los grupos, sobre todo en la primera parte de la actividad

?

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS

	V	F
1 La prevención es sólo evitar que ocurra algo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Hay tres tipos de prevención	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Solo se puede hacer prevención desde el ámbito individual	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 Cada uno domina su vida, el ambiente no le influye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Los drogadictos lo son solamente porque lo han elegido así de forma libre y voluntaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 Es posible la ausencia total de riesgo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7 Conocer las consecuencias negativas de un comportamiento es suficiente para no realizarlo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8 La prevención es sólo para los jóvenes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 Sólo pueden hacer prevención los especialistas en el tema de las drogas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10 La prevención no es efectiva ni eficaz	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

FORMACIÓN EN:

PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y HÁBITOS SALUDABLES

“INTERACTUANDO CON RESPONSABILIDAD”

