

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES, JÓVENES Y FAMILIAS EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA DE PROYECTO HOMBRE



Financiado por:



AUTORÍA COMISIÓN NACIONAL DE PREVENCIÓN

ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE:

Aránzazu Fernández Rodríguez, *Proyecto Hombre Asturias*

Ana Macías Rodríguez, *Proyecto Hombre Valladolid*

Garikoitz Mendigutxia Sorabilla, *Proyecto Hombre Navarra*

COORDINACIÓN COMISIÓN NACIONAL DE PREVENCIÓN

ASOCIACION PROYECTO HOMBRE:

Reyes Caro de Iraola, *Proyecto Hombre Sevilla*

Nicolás Condés Balboa, *Proyecto Hombre Alicante*

Sara Gallardo Rolín, *Proyecto Hombre Canarias*

Yoana Granero Salas, *Asociación Proyecto Hombre*

Miguel Ángel Martínez Caballero, *Proyecto Hombre Córdoba*

Nuria Parada Ferreiro, *Asociación Proyecto Hombre*

Belén Pardo Esteban, *Proyecto Hombre Málaga*

Virginia Pérez Fernández, *Proyecto Hombre Málaga*

Miguel Rubio Colomer, *Proyecto Hombre Valencia*

Olga Vicente Pascual, *Asociación Proyecto Hombre*

AGRADECIMIENTOS:

Al grupo de trabajo de prevención indicada:

Nicolás Condés Balboa, *Proyecto Hombre Alicante*

M^{ra} Paz de la Puente Martín, *Proyecto Hombre Valladolid*

Oriol Esculies i Plou, *Proyecto Hombre Cataluña*

Sonia Fernández Conde, *Proyecto Hombre Asturias*

Virginia Fernández Pérez, *Proyecto Hombre Málaga*

Noemí García Fleitas, *Proyecto Hombre Canarias*

Pablo Llama Sierra, *Proyecto Hombre Madrid*

Ana Macías Rodríguez, *Proyecto Hombre Valladolid*

Jonatan Martínez Mirón, *Proyecto Hombre Baleares*

Garikoitz Mendigutxia Sorabilla, *Proyecto Hombre Navarra*

Gorka Moreno Arnedillo, *Proyecto Hombre Navarra*

A Marianella Lorenzo Toyos, *Proyecto Hombre Canarias*

Al Grupo de Conductas Adictivas (GCA) del departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo: Jose Ramon Fernández Hermida, Susana Al-Halabí, Sergio Fernández Artamendi y Sara Eva Weidberg López.

DÉPOSITO LEGAL:

ISBN:

ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE
C/ Sánchez Díaz, 2. 28027 Madrid

TELÉFONO: 91 357 16 84

E-MAIL: asociacion@proyectohombre.es
centroformacion@proyectohombre.es

www.proyectohombre.es

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES, JÓVENES Y FAMILIAS EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA DE PROYECTO HOMBRE

INDICE

PRIMERA PARTE: ASPECTOS GENERALES	04
1.1.- Presentación de la guía	06
1.2.- La prevención indicada: concepto, características y objetivos	08
1.3.- Modelos teóricos más relevantes en prevención indicada	10
1.4.- La evidencia de la eficacia en las intervenciones de prevención indicada	19
SEGUNDA PARTE: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	22
2.1.- Población destinataria	25
2.2.- Objetivos	26
2.3.- Fases	27
2.3.1. Demanda inicial: primer contacto	27
2.3.2. Acogida y valoración	28
2.3.3. Elaboración del Plan Individualizado de intervención (P.I.I.)	31
2.3.4. Desarrollo de la intervención: seguimiento del P.I.I. del o de la adolescente o joven y familia	33
2.4.- Evaluación	40
2.4.1. Información general: algunos aspectos claves de la evaluación	40
2.4.1.1. Evaluación de proceso	41
2.4.1.2. Evaluación de resultados	42
2.4.1.3. Evaluación de impacto	42
2.4.2. Propuesta de evaluación a desarrollar en los programas de prevención indicada	43
2.4.2.1. Diseño de la evaluación	43
2.4.2.2. Variables	44
BIBLIOGRAFÍA	22



ASPECTOS GENERALES

1

PARTE

Presentación de la guía

Desde el comienzo de la andadura de Proyecto Hombre en España se ha venido atendiendo a menores y jóvenes dentro de los programas de intervención de los centros que conforman la Asociación Proyecto Hombre. Estas atenciones, que en principio eran puntuales, han ido apareciendo cada vez con mayor frecuencia, lo que ha impulsado el diseño de una respuesta adaptada a las necesidades de menores y/o jóvenes cada vez más específica. En el año 2019, se atendieron en tratamiento 895 menores, mientras que en prevención indicada en ese mismo año se atendieron 1.571. Estas 2.466 personas suponen un aumento del 25% en la atención a menores respecto a los últimos 5 años.

En un inicio, las intervenciones con menores con consumo de sustancias y sus familias se realizaban desde el programa de tratamiento para personas adultas, ofreciendo pequeñas adaptaciones que el perfil de la población atendida requería. Sin embargo, a lo largo de estos años, estas intervenciones se han ido perfilando fruto del trabajo en los ámbitos escolar y familiar, que ha favorecido la adquisición de experiencia en el trabajo con menores, jóvenes y familias; estar en contacto con perfiles con comportamientos potencialmente adictivos relacionadas con las adicciones y tomar conciencia de sus necesidades; establecer una coordinación con instituciones y entidades que trabajan con menores y familias y, simultáneamente, desarrollar un marco de intervención teórico y metodológico, basado en la evidencia científica disponible, que nos permite desarrollar intervenciones preventivas de calidad.

La experiencia acumulada, tanto en el ámbito del tratamiento como en el de prevención, nos ha posibilitado crecer en eficacia en los dos principios que nos mueven en esta Asociación: atender a la persona en su integridad, no solo dentro de la perspectiva biopsicosocial, sino también incluyendo su faceta trascendental; y apoyar nuestro trabajo en el método y el conocimiento científicos, que asegure que nuestra intervención está verdaderamente orientada en favor de las personas.

La evidencia, hoy en día, nos dice que, si trabajamos con cada menor y joven que presenta indicadores altamente correlacionados con problemas asociados al consumo de drogas a lo largo de sus vidas, o que presentan consumos tempranos, tendremos más probabilidad de impedir que las consecuencias derivadas de ello se produzcan (IOM, 1994). Sumado a este compromiso, se unen las características propias de Proyecto Hombre, a saber: la visión global del abordaje de la prevención; el enfoque humanista de la intervención; la base educativa de su metodología; la potenciación de la autonomía personal y de los valores; la familia, como agente indispensable de la intervención, y la implicación social en todas las intervenciones (APH, 2015). Este es el modelo que define el trabajo en prevención indicada de la Asociación Proyecto Hombre.

Con el compromiso de ser fieles a nuestra identidad y de desarrollar programas con evidencia científica en las intervenciones, tanto de prevención como de tratamiento, esta guía pretende ser un referente en el abordaje con menores y jóvenes y/o con sus familias desde la prevención indicada en Proyecto Hombre. Es una guía que, como un faro, pretende exponer dónde estamos, para que, si queremos, sepamos a dónde queremos llegar.

Los contenidos que se exponen han sido elaborados tras una revisión bibliográfica, y por tanto incorporan aquellos conocimientos en los que la investigación ha podido demostrar su eficacia, por lo que cuentan con un fuerte soporte en la evidencia científica.

Más allá de un planteamiento centrado en los consumo de drogas, no debemos obviar que vivimos en una sociedad cambiante y expuesta a nuevas situaciones que pueden activar nuevas intervenciones preventivas. En este sentido, resulta significativo que la nueva Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 ha abandonado el término “drogas” de sus planes anteriores, incorporando nuevas conductas adictivas sin sustancia o comportamentales. Entre ellas, destacan los juegos de apuestas, tanto presenciales como online, así como los videojuegos y otros problemas derivados del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Si bien existe una preocupación importante sobre los usos y abusos de las tecnologías, existe hoy en día una importante controversia en la comunidad científica en relación con la consideración o no de tales usos como conductas adictivas.

Asumiendo que el enfoque biopsicosocial es fundamental para todos los modelos etiológicos de adicción y partiendo del hecho de que la mayoría de las comportamientos potencialmente adictivos en jóvenes comparten muchos factores de riesgo y de protección, este modelo es aplicable a comportamientos potencialmente adictivos como el uso problemático de las TIC, los videojuegos, los juegos de apuestas o las conductas antisociales. Cada una de estas conductas puede tener sus propias especificidades, pero también comparten elementos comunes que deben servir de guía en los programas de prevención indicada.

El objetivo final de esta guía es dotar a los diferentes programas de prevención indicada de la Asociación Proyecto Hombre de un marco de referencia común basado en la evidencia.

La prevención indicada: concepto, características y objetivos

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), siguiendo con la clasificación de los programas de prevención propuesta por Gordon (1983), define e identifica tres niveles de prevención en función de la vulnerabilidad o riesgo de la población a la que se dirige.

- ▶ **Prevención Universal:** se refiere a los programas o actuaciones orientadas a la población general, independientemente de su nivel de riesgo. Las campañas de sensibilización a la juventud, programas preventivos desarrollados en centros escolares o acciones preventivas dirigidas a familias son ejemplos de este tipo de prevención.
- ▶ **Prevención Selectiva:** son programas dirigidos a grupos con mayor exposición de riesgo y que pueden estar relacionados con situaciones de exclusión social, problemas de adaptación escolar o entornos familiares problemáticos. Tienen la ventaja de actuar sobre un grupo previamente identificado y con factores de riesgo comunes a todos sus miembros.
- ▶ **Prevención Indicada:** se diferencia básicamente del resto de actuaciones en que están centradas en las dificultades concretas de cada individuo y de su entorno particular. La intervención parte de una evaluación individual y el posterior desarrollo de un plan de actuación adaptado a cada caso.

Una revisión sistemática realizada recientemente sobre la eficacia de los programas de prevención universal señala que este tipo de programas desarrollados en el ámbito escolar pueden ser efectivos para prevenir el consumo de tabaco, alcohol, el consumo de drogas ilícitas y el comportamiento antisocial (MacArthur et al., 2018).

Las acciones de prevención universal, y en concreto las centradas en el ámbito escolar, son más numerosas que las de prevención selectiva e indicada debido a su facilidad para llegar a un sector muy amplio de la población juvenil y a su menor coste. Aunque existe cierta discusión con respecto a la eficiencia y la efectividad de los diferentes tipos de prevención, además de la prevención universal resulta necesario disponer de otros programas dirigidos a poblaciones diferentes y altamente vulnerables (Shamblen & Derzon, 2009).

Según el Observatorio Europeo de Drogas (2011), la prevención indicada tiene por objetivo identificar e intervenir con individuos que presentan indicadores altamente correlacionados con los problemas ligados con el consumo de drogas a lo largo de sus vidas (por ejemplo, problemas psicológicos, fracaso escolar o conducta antisocial), o que presentan consumos tempranos de drogas (aunque sin reunir criterios clínicos de drogodependencia). El objetivo de los programas de prevención indicada no es necesariamente prevenir el inicio del consumo



de drogas, sino prevenir el desarrollo de la dependencia, disminuir la frecuencia de uso, o la progresión hacia patrones de consumo más perjudiciales.

Otras características de este tipo de programas son:

- ▶ Están diseñados para detener la progresión del abuso de sustancias y otras conductas adictivas o problemas relacionados.
- ▶ Se pueden dirigir a múltiples conductas simultáneamente (absentismo escolar, uso problemático de las TIC, etc.).
- ▶ Valoran específicamente los factores de riesgo y de protección particulares y los problemas de conducta, teniendo en cuenta las variables diferenciadoras entre géneros.
- ▶ Son extensos en el tiempo e intensivos. Se desarrollan en largos periodos (meses) con altas frecuencias y requieren un gran esfuerzo por parte de los y las participantes.

Modelos teóricos más relevantes en prevención indicada

El consumo de drogas en la adolescencia constituye un comportamiento de riesgo que, por lo general, forma parte de un abanico más amplio de conductas o situaciones-problema entre las cuales son frecuentes el absentismo escolar, el bajo rendimiento o la conflictividad en el instituto, el desafío a las normas convencionales, los conflictos familiares, o la implicación en comportamientos delictivos o predelictivos. Esta constatación tiene su reflejo en la teoría de la conducta problema (Jessor and Jessor, 1977), que subraya además la idea de que todas estas conductas responden a factores de riesgo comunes, en la mayoría de los casos con un fuerte componente social. La prevención indicada con adolescentes que presentan conductas adictivas y/o consumo de drogas debe por tanto asumir el reto de ofrecer respuestas globales y no compartimentadas a este tipo de situaciones, frente a planteamientos centrados preferentemente en el consumo de drogas.

La investigación en relación con los factores de riesgo y de protección asociados al consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo subraya la importante asociación entre las dificultades en la adolescencia y la calidad de los escenarios en los que viven, principalmente los próximos como la familia, la escuela, el grupo de iguales o el barrio. También diferentes variables de carácter global como las costumbres sociales, la disponibilidad de drogas o su accesibilidad. Por otra parte, los llamados “factores personales” como la autoestima y las competencias personales, entre otros, mantienen una relación con estos factores del entorno, con los que interaccionan y establecen una influencia recíproca.

Los factores de riesgo no hacen referencia a las causas de sus problemas, sino que representan aquellas circunstancias o condiciones personales y sociales que incrementan la probabilidad de que aparezcan. Los y las adolescentes que no están expuestas a estos factores de riesgo tienen por tanto una probabilidad mucho menor de implicarse en comportamientos potencialmente adictivos. Por su parte, los factores de protección hacen referencia a las condiciones que reducen esa probabilidad aún en presencia de importantes factores de riesgo, neutralizando su influencia.

A partir del modelo de Desarrollo Social de Catalano y Hawkins (1996), se elaboró un cuestionario para evaluar los factores de riesgo y protección más importantes. Todos ellos fueron divididos en cuatro grupos (comunidad, escuela, familia e individual-iguales), y su relación, junto a la aportación de otros autores, se presenta en la Tabla 1. Dicho cuestionario nos permite enfocar la mirada en variables que ayudan a amortiguar la influencia de determinadas circunstancias de riesgo.

Tabla 1: Factores de riesgo y protección más importantes

Sector	Factores de riesgo	Factores de protección
<p>La persona/ El grupo social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de conducta precoces y persistentes, p. ej., la edad temprana del primer consumo de drogas • Sensación general de desesperanza vital • Predisposición genética: conducta bajo control • Baja expectativa de éxito • Asociación con amistades/compañeros y compañeras que son modelos de conducta problemática, p. ej., consumir drogas • Actitudes favorables al consumo de sustancias • Conductas delictivas como el robo o las peleas • Baja autoestima • Aprobación del consumo de drogas y/o de otras conductas problema por parte del grupo de iguales, conductas relacionadas con el consumo de drogas • Personalidad: falta de vínculos sociales, alienación, rebeldía y resistencia a la autoridad • Factores psicológicos, como la búsqueda de sensaciones, la curiosidad, el aburrimiento o el control escaso de los impulsos • Escasa adaptación social • Pocas habilidades socio-emocionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias y valores morales • Optimismo y orientación positiva hacia la salud • Percepción de riesgo ante el consumo de sustancias • Percepción de fuertes actitudes y conductas contrarias al consumo de drogas entre iguales • Relación con iguales que son modelos de conducta convencional y adopción de normas convencionales sobre el consumo de sustancias/apoyo positivo del grupo • Habilidades socio-emocionales como la empatía, la resolución de problemas o el locus de control interno • Intolerancia ante las actitudes hacia la desviación • Percepción de fuertes controles sociales o sanciones contra las transgresiones • Relación positiva con las personas adultas • Creencias y prácticas religiosas • Habilidades de competencia social, p. ej., las habilidades de interacción social y los valores



<p>La Familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ambientes familiares caóticos • Conflictos familiares • Escasos vínculos, falta de cariño mutuo y relaciones familiares pobres • Los padres/madres y/u otros miembros de la familia consumen sustancias o muestran una actitud favorable al consumo de sustancias • Habilidades parentales limitadas e inconsistentes, p. ej., crianza ineficaz, y patrones negativos de comunicación • Altas expectativas y poco realistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades educativas y el apoyo social a las familias, p. ej., enseñar a las familias cómo establecer normas y límites y manejar los conflictos • El seguimiento de las familias con normas claras de conducta e implicación paterna en la vida de sus hijos e hijas • Una familia segura y estable • Lazos fuertes/apego entre los hijos e hijas y sus familias • Sólidas normas y moralidad de la familia • Familias comprensivas y cariñosas; armonía familiar
<p>La comunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de sustancias • Exposición a la violencia • Privación económica extrema • Falta de legislación y aplicación de la ley • Leyes y normas indulgentes sobre el consumo de drogas (incluido el alcohol) • Vecindad desorganizada • Percepción de la aprobación de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias en el entorno de la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a los servicios de apoyo • Normas de la comunidad/culturales contra la violencia y el consumo de sustancias • Creación de una red comunitaria • Actividades de ocio saludables • Fuertes lazos con instituciones prosociales como las organizaciones religiosas u otros grupos de la comunidad • Fuerte identidad cultural y orgullo étnico
<p>La escuela</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fracaso académico, escasos logros escolares • Bajo grado de compromiso con la escuela • Rechazo del grupo de iguales durante la educación primaria • Adaptación y compromiso académico escasos • Altas expectativas poco realistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios organizativos en la escuela, p. ej., las tutorías, la mejora de la relación escuela-facultad-comunidad o protocolos de absentismo • Orientación positiva hacia la escuela, el sentido de pertenencia, vínculos afectivos • Clima escolar positivo • Grupo de iguales prosocial • Normas escolares que desalientan la violencia y el consumo de sustancias • Buen rendimiento escolar y reconocimiento de los logros

Elaboración propia Comisión Nacional de Prevención Asociación Proyecto Hombre, 2020, extraído de: Jessor, 1991; Spooner, Hall y Lynskey, 2001; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Jessor et al., 1995; Robertson, David, y Rao, 2003.

Los factores de riesgo y de protección no ejercen su influencia aisladamente. Entre ellos existe una importante relación de interdependencia. A veces, la capacidad de influencia de un factor no reside tanto en su valor en sí mismo, sino en su relación con otros factores con una influencia más poderosa en el desarrollo de los problemas. Además, algunos factores de riesgo de carácter personal, como por ejemplo la falta de seguridad, la pobre competencia social o una baja tolerancia a la frustración pueden deberse a la poderosa influencia de otros factores de carácter familiar, como por ejemplo unas pautas educativas inadecuadas o la exposición a modelos también poco competentes o con comportamientos inadecuados. En este sentido, también los factores de riesgo de carácter personal tienen por lo general una importante carga social, resultado de las interacciones con el grupo de iguales y sus contextos de socialización a lo largo de toda su vida (Moreno, 2020).

Por lo general, en la adolescencia los comportamientos de riesgo no se dan aisladamente, sino que forman parte de un abanico más amplio de “conductas problema” (como el consumo de drogas, el absentismo o la trasgresión de normas en el instituto, en la familia o en la sociedad) que se suelen presentar de forma simultánea, y existen evidencias de que este tipo de comportamientos responden a factores de riesgo comunes. Esto implica que la prevención y el abordaje de sus problemas no debe realizarse de forma compartimentada, sino de forma global (Moreno, 2020).

Así, por ejemplo, siguiendo el planteamiento de Hawkins y Catalano (2004) se identificaron determinados factores de riesgo comunes a diferentes comportamientos de riesgo que presentamos en la siguiente tabla:

Tabla 2: Factores de riesgo en relación a diferentes comportamientos potencialmente adictivos

		DROGAS	DELINCUENCIA	VIOLENCIA	ABANDONO ESCOLAR	TIC	JUEGO Y APUESTAS
COMUNIDAD	Pobreza económica extrema	✓	✓	✓	✓		✓
	Altas tasas de comportamientos problema (consumo de drogas, delincuencia...)	✓	✓				
	Leyes y normas comunitarias favorables al uso de drogas, delincuencia o al juego	✓	✓	✓			✓
	Desorganización comunitaria	✓	✓	✓	✓		
	Transiciones y movilidad	✓		✓	✓		



		DROGAS	DELINCUENCIA	VIOLENCIA	ABANDONO ESCOLAR	TIC	JUEGO Y APUESTAS
FAMILIA	Baja supervisión familiar	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Baja disciplina familiar	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Conflictos familiares	✓	✓	✓	✓	✓	
	Actitudes parentales favorables al consumo de drogas	✓	✓	✓			
	Actitudes parentales favorables a la conducta antisocial	✓	✓	✓			✓
ESCUELA	Bajo rendimiento académico	✓	✓	✓	✓	✓	
	Falta de apego a la escuela	✓	✓	✓	✓		
IGUALES E INDIVIDUALES	Comportamiento antisocial temprano y persistente	✓	✓	✓	✓		
	Iniciación temprana en los problemas de comportamiento	✓	✓	✓	✓		
	Amigos implicados en problemas de comportamiento	✓	✓	✓	✓		✓
	Baja autoestima	✓		✓	✓		
	Impulsividad	✓	✓	✓		✓	✓
	Búsqueda de sensaciones	✓		✓	✓	✓	✓

Elaboración propia a partir de CARE (Communities That Care prevention strategies guide, Hawkins y Catalano, 2004) y (Schneider y Preckel, 2017; Schatz, 2017; Rehbein y Baier, 2013; Pérez et al., 2012; Kwon et al., 2011; Kuss et al., 2013; Gómez Salgado et al., 2014; Fioravanti et al., 2012; Echeburúa y De Corral, 2010; De la Villa Moral y Suárez, 2016; Brunborg et al., 2014; Bonnaire y Phan, 2017; Billieux et al., 2008; Aarseth et al., 2017; Zhu et al., 2015).

Respecto a las diferencias entre chicos y chicas en relación con los factores de riesgo y protección, la investigación reciente señala la existencia de factores comunes que operan de forma diferente en función del género, en lugar de factores específicos para unos y otras. Por ejemplo, en el caso de los consumo de drogas, en los adolescentes tienen más peso los factores de riesgo de tipo personal y contextual (escuela y comunidad), mientras que en las adolescentes tendrían una mayor influencia los factores de riesgo de tipo personal y familiar (Tabla 3) (López y Rodríguez-Arias, 2010; Schinke et al., 2008).



Tabla 3: Factores de riesgo con mayor influencia en chicos y chicas

	Chicas	Chicos
Relacionados con la COMUNIDAD		<ul style="list-style-type: none"> • Normativa social tolerante con el consumo de drogas
Relacionados con la ESCUELA		<ul style="list-style-type: none"> • Escasa vinculación y compromiso con la escuela
Relacionados con la FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes parentales favorables al consumo de drogas • Consumo de drogas por parte de padres/madres 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes parentales favorable al consumo de drogas
INDIVIDUALES y Relacionados con los IGUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Autoconcepto y autoimagen negativa • Imagen corporal desajustada • Transiciones vitales clave • El abuso sexual y la violencia de género • Estados emocionales y sintomatología de tipo psicológico relacionada con los trastornos de depresión y ansiedad • Actitudes favorables al uso de drogas por parte de amistades y parejas • Uso de drogas por parte de sus parejas 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculación temprana con conductas antisociales • Conducta antisocial del grupo de iguales • Escasa percepción de riesgo asociado al consumo de drogas

Elaboración propia a partir de Sánchez, 2014.

Por otro lado, algunas investigaciones han puesto de relieve que determinados roles de género pueden actuar como factor de riesgo o de protección. Desde esta perspectiva, se señala que rasgos asociados al modelo tradicional de feminidad como la preocupación y cuidado por las demás personas o el mayor interés por la salud actuarían como factores de protección. Por el contrario, características asociadas al modelo de masculinidad tradicional, como la valentía y la agresividad, operan como factores de riesgo (Sánchez, 2014). A este respecto, conviene señalar que las formas de afrontar los roles y mandatos de género son diversas y cambian en función del momento histórico, así como de cada sociedad, persona, e incluso etapa evolutiva. Sin embargo, y aunque no siempre se reproduzcan, lo que parece claro es que influyen en nuestras conductas y estilo de vida (Cantos et al., 2017).

Las dificultades en la adolescencia y los problemas de conducta no son fruto de trastornos psicopatológicos que los explican por sí mismos. Tampoco son efectos de una determinada estructura o funcionamiento cerebral particular. Son más bien, fruto de una biografía que llega

a la adolescencia como una historia particular de aprendizaje a partir de múltiples experiencias, de la influencia recibida, de sus características particulares, y de los efectos obtenidos con su comportamiento en sus contextos vitales. Este enfoque, uno de cuyos referentes teóricos más significativos en España es el modelo biográfico o modelo ABC (López y Costa, 2012, 2014) basado a su vez en referentes como la teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977, 2001), nos obliga a ser especialmente prudentes en el “diagnóstico”, más aún en el caso de menores, por su efecto generador de estigma y sobre todo por su escasa capacidad de explicar su comportamiento (más allá de explicaciones circulares), y de ofrecer alternativas para la solución de sus problemas.

El Análisis Funcional de la Conducta, desarrollado entre otros por Kantor (1978) y Bayés (1979), que establece la relación del comportamiento de cada adolescente particular con toda su historia de aprendizaje, con los escenarios en los que dicho comportamiento se manifiesta, con su sistema de recursos personales y sociales, y con los resultados obtenidos, puede resultar de gran utilidad para sentar las bases de la intervención.

Los comportamientos de riesgo suelen tener un marcado carácter funcional, suelen cumplir una función, al menos a corto plazo. Consumir drogas puede servir, por ejemplo, para ganar estatus en el grupo, vencer la timidez, olvidar los problemas o divertirse. Y estos efectos, por su inmediatez y por el valor que se les concede, pueden tener un efecto mucho más influyente que los mensajes de prevención que les advierten de sus riesgos. Del mismo modo, lograr que los y las adolescentes se impliquen en comportamientos saludables haciéndolos más accesibles y facilitándoles recursos para hacerlo, y conseguir además que obtengan resultados positivos y reconocimiento por ello, constituyen dos elementos clave de la intervención en prevención indicada.

En línea con lo expuesto en los párrafos anteriores, el Modelo de Desarrollo Social (Catalano y Hawkins, 1996, 2002) subraya la importancia de los contextos de socialización en el desarrollo de estilos de vida saludables/prosociales, o de riesgo/antisociales. El modelo parte de que ambos tipos de conductas responden a procesos de desarrollo prácticamente idénticos y dependen de los vínculos que se establezcan con los entornos de socialización. Cuando la persona adquiere una fuerte vinculación con ámbitos prosociales, el resultado será un comportamiento prosocial. Cuando se genera una fuerte vinculación con entornos antisociales, aparecerá un comportamiento antisocial. Algo similar ocurriría en relación con los comportamientos de salud y de riesgo.

Básicamente, el modelo pone el acento en las oportunidades de las personas para implicarse en actividades prosociales o antisociales, saludables o de riesgo, y en la calidad y cantidad de refuerzos obtenidos como consecuencia de esa implicación. Estos refuerzos se asocian así a la conducta, y este hecho redundará nuevamente en las oportunidades percibidas por las personas para implicarse en conductas similares en el futuro, y en sus expectativas correspondientes para obtener nuevos refuerzos. La percepción de que los entornos prosociales son recompensantes creará vínculos afectivos con ellos y, finalmente, se interiorizarán valores convencionales. Estos valores inhibirán, de un modo directo, la aparición de conductas de riesgo como la delincuencia o el consumo de drogas.

Uno de los elementos clave en prevención pasaría de esta manera por conseguir que jóvenes y adolescentes mantengan vínculos afectivos estrechos y de calidad con al menos alguna de sus “instituciones convencionales” de referencia, siendo las principales la familia, la escuela y el barrio o comunidad (Moreno, 2020), y todo esto mediante la promoción de su participación y

reconocimiento por ello, la existencia de modelos positivos de referencia, la gestión adecuada de normas y límites a su conducta y la existencia de fuertes lazos afectivos. La familia representa sin duda el factor social de mayor influencia, y por este motivo, su participación en los programas de atención a adolescentes debería considerarse como una prioridad, siempre que fuera posible.

Estudios sobre resiliencia a partir del trabajo clásico de Emily Werner y Ruth Smith en Hawaii con adolescentes en desventaja social (reflejado en su famoso libro “Vulnerables pero Invencibles”) vienen a demostrar que la existencia de, al menos, alguna persona adulta positiva de referencia, capaz de establecer fuertes lazos afectivos y de generarles confianza en sí mismos y establecer límites claros a su conducta, constituye un factor de protección particularmente potente y capaz de neutralizar la influencia de los factores de riesgo, incluso en ambientes especialmente difíciles. En prevención indicada con adolescentes es clave la disponibilidad de personas adultas significativas capaces de acercarse y prestarles apoyo, lo cual exige tiempo, recursos y oportunidades para conversar sobre sus cosas, empatizar con sus problemas y preocupaciones, clarificar sus valores u objetivos, ayudarles a pensar y a decidir y, en su caso, ofrecerles ayuda.

El modelo de competencia o potenciación (principalmente Costa y López, 2008) constituye un planteamiento alternativo de la intervención a los modelos basados en los riesgos y en los déficits. Se trata de un modelo orientado a la acción, centrado en el desarrollo de recursos, de forma que la balanza de factores de riesgo/protección se incline a favor de la presencia de los del segundo tipo. El modelo parte de que las personas son competentes para resolver sus problemas y tomar decisiones si se les permite disponer de recursos para conseguirlo, y pone el acento en las oportunidades y en la calidad de los escenarios de socialización como influencia principal en el desarrollo de los problemas de salud, incluidos los de drogas. El modelo surge como alternativa al modelo clínico tradicional, de corte médico, mentalista, intraindividual y psicopatológico de los problemas, para poner el acento en las relaciones recíprocas que se producen entre las personas y los escenarios sociales en los que viven. La prevención pasará, por consiguiente, por favorecer el desarrollo de recursos personales y sociales que faciliten la adopción de comportamientos saludables y hagan más difíciles los de riesgo.

No toda la responsabilidad de la prevención debe, por tanto, ponerse en manos de los y las adolescentes, ni en sus familias, ni en las personas que trabajan con esta población en entornos diversos, sino que debe ser considerada una tarea a abordar por parte de la sociedad en su conjunto. Además de los entornos sociales más próximos como la familia, la escuela o el barrio, los planteamientos más recientes en relación con la Prevención Ambiental señalan la importancia del contexto cultural, físico y económico en los que las personas toman sus decisiones en relación con sus comportamientos potencialmente adictivos. Estas decisiones están también fuertemente influenciadas por factores ambientales, como lo que se considera normal, aceptado o esperado por la comunidad, las leyes que regulan la disponibilidad y el consumo, la publicidad, la accesibilidad de drogas o la facilidad para implicarse en comportamientos saludables alternativos a los de riesgo. La prevención debería incluir también la modificación de estos condicionantes ambientales que, además de resultar eficaces, reducen el gradiente social al afectar positivamente al conjunto de los y las adolescentes, con independencia de su nivel de riesgo (Oncioiu et al., 2018).

Por otro lado, desde el Modelo Biopsicosocial adoptado por Proyecto Hombre como marco teórico en su intervención y que define el consumo de drogas como el resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales, con un enfoque holístico, se explica la variabilidad entre

las personas que padecen trastornos adictivos, así como la variación en la prevalencia entre diferentes poblaciones.

En este sentido, tenemos que hacer referencia al enfoque de género en el ámbito de la salud y adicciones para tener en cuenta, a la hora de diseñar y desarrollar cualquier tipo de actuación, algunas cuestiones como el papel del género a la hora de entender la percepción y el acercamiento a las conductas de riesgo, la relación existente entre consumo de drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos con la construcción de las identidades y el desempeño de los roles, las desigualdades que el género establece a la hora de acceder a la red asistencial, entre otras.

La incorporación del enfoque de género en el ámbito de las adicciones ha ido adquiriendo relevancia en las dos últimas décadas, cuestión favorecida por los avances que se han ido produciendo en el ámbito de la salud pública en relación con este asunto (Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en drogas y adicciones, 2019; Velasco, 2008). A este respecto, la actual Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 incluye la perspectiva de género como uno de los principios rectores, planteándose ya en este texto el género como categoría de análisis y factor determinante en los consumo de drogas y otras conductas potencialmente adictivas, lo que se traduce en una mayor visibilidad de las mujeres y de los hombres en relación con este fenómeno y, por tanto, de sus diferencias y necesidades particulares.

Por otro lado, diferentes investigaciones han constatado la influencia de los roles de género, tanto en el tipo de sustancia consumida como en las actitudes hacia el consumo (Artazcoz y Borrell, 2007; Fernández, Dema y Fontanil, 2019; Romo, 2010), así como diferencias entre ambos sexos en relación con los factores de riesgo y de protección (López y Rodríguez-Arias, 2010; Sales et al., 2003), con la percepción de riesgo asociada a estas conductas y el valor que se atribuye a la salud y al autocuidado (Artazcoz y Borrell, 2007), y con las consecuencias del propio consumo (Díaz-Mesa et al., 2016; Poole, Urquhart y Gonneau, 2010), entre otras cuestiones.

También se ha analizado la influencia de los condicionantes de género en la red de atención, identificando barreras en el acceso a los programas y en la continuidad en los mismos relacionadas con un menor apoyo familiar y una mayor estigmatización social, entre otras cuestiones (Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez y Tubert, 2007). Otras investigaciones han identificado situaciones de vulnerabilidad condicionadas por el género, que deben ser tenidas en cuenta en el diseño de las propias intervenciones como la violencia machista. En el caso particular de las estrategias preventivas, se apunta la necesidad de prestar atención a la asociación entre el consumo intensivo de alcohol en jóvenes, la violencia de género y el uso de la tecnología en los contextos de ocio nocturno (Fernández, Dema y Fontanil, 2020; Romo-Avilés, García-Carpintero y Pavón-Benítez, 2019).

Por lo tanto, y atendiendo a lo comentado anteriormente, se podría decir que la incorporación del enfoque género no solo hace referencia al diseño de intervenciones específicas que atiendan las necesidades de las mujeres, sino también a la incorporación del análisis de la influencia que los condicionantes de género tienen tanto en los consumo de drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos, como en las desigualdades en la atención.



La evidencia de la eficacia en las intervenciones de prevención indicada: componentes clave

1.4

Son pocas las investigaciones que evalúan la eficacia de los programas de prevención indicada relacionados con los consumo de drogas y otras conductas potencialmente adictivas. En cualquier caso, existe cierto consenso en la necesidad de implementar programas de prevención multicomponentes que intervengan en las diferentes áreas de la vida psicosocial de menores con problemas de comportamiento (Olchowski, Foster y Webster-Stratton, 2007). En esta línea la evaluación de un programa de prevención indicada, “EmPeCemos” (Romero et al., 2009) que incluye sesiones para las familias, el profesorado y los y las menores, ha demostrado su eficacia en la reducción de los problemas de conducta, así como menores frecuencias e intensidad en los consumos de tabaco y de alcohol (Romero et al., 2017).

Más allá de este análisis de la eficacia general de los programas de prevención indicada, a continuación se describen recomendaciones metodológicas con evidencia científica que inciden y refuerzan el marco teórico citado en el apartado anterior.

Uno de los temas estudiados ha sido el formato de la intervención dividiéndolo en individual y/o grupal. En el ámbito de las drogodependencias, las intervenciones grupales han acumulado muchos avales en cuanto a su eficacia a través de numerosos estudios y evidencia científica. En cambio, cuando la intervención se hace con población adolescente, aparecen divergencias entre las autorías en cuanto a la idoneidad de esta herramienta de intervención.

Un estudio realizado para evaluar la eficacia de las intervenciones individuales vs. grupales en prevención del abuso del alcohol con adolescentes en riesgo en Reino Unido, mostró que dos años después de realizar la intervención, los y las adolescentes que recibieron intervenciones individualizadas mostraron un 29% menos de riesgo de consumir alcohol, un 43% menos de riesgo de tener un consumo excesivo y un 29% menos de riesgo de llegar a tener problemas con el alcohol respecto a los y las adolescentes que habían recibido charlas o talleres de manera grupal. (Conrod et al., 2013).

Algunos estudios proponen que la inclusión de adolescentes en grupos de iguales, en algunas circunstancias, tiene un efecto iatrogénico en la medida en que refuerza las conductas desadaptativas, y se corresponde con una mayor frecuencia de actividades delictivas en la edad adulta (Dishion, McCord y Poulin, 1999; Dishion, Poulin y Barraston, 2001). Sin embargo, Kaminer (2005) realizó una exhaustiva revisión, concluyendo que no se puede considerar a la intervención grupal como “dañina” en todos los casos si se tienen en cuenta sus probados resultados. Pero este autor hace hincapié en que la composición de los grupos de adolescentes debe tener en cuenta una serie de medidas que prevengan su potencial peligrosidad: reclutamiento de los y las participantes de diversas fuentes, mantener la heterogeneidad del grupo incluyendo adolescentes

prosociales, emplear a terapeutas entrenados y entrenadas y competentes, mantener un aparato de supervisión efectivo y desarrollar intervenciones manualizadas que incluyan protocolos de resolución de problemas que puedan aparecer en el grupo. Por ello, se entiende que si se elige el formato grupal como herramienta de intervención con adolescentes se deben tener en cuenta estas limitaciones anteriormente descritas para poder evitar un sobreaprendizaje de conductas antisociales y desadaptativas.

En cualquier caso y como conclusión con respecto a la eficacia de las acciones preventivas individuales vs grupales, convendría tener en cuenta que lo que caracteriza a la prevención indicada es el hecho de diseñar intervenciones adaptadas a cada adolescente, más allá del riesgo o los problemas asociados inherentes a la mayoría de ellos o ellas. Por lo tanto, resulta necesaria la incorporación en los programas de diferentes componentes específicos para cada adolescente.

El siguiente punto metodológico que se quiere analizar es el que tiene que ver con los diferentes enfoques dependiendo de las teorías que los sustentan. En este sentido habría que detenerse, principalmente, en la intervención cognitivo conductual y en el trabajo con las familias ya que son las dos con más estudios y que más se utilizan en el abordaje de los problemas de consumo de sustancias y otras conductas de riesgo en adolescentes.

El planteamiento cognitivo conductual se ha mostrado eficaz en adolescentes con consumo de cannabis (Dennis et al., 2004). Es recomendable incluir a las familias junto a la intervención cognitiva conductual en adolescentes para prolongar en el tiempo los cambios generados (Becoña y Cortés 2008).

Tanto la intervención cognitivo conductual en formato grupal dirigida a los y las adolescentes como una modalidad psicoeducativa (que incluía también elementos cognitivo-conductuales: comunicación, autocontrol y habilidades de resolución de conflictos) fueron eficaces en la reducción del consumo en adolescentes, pero la modalidad que incluía a los familiares mostró mayor capacidad de mantener los logros a lo largo del tiempo (Liddle et al., 2001).

Existe numerosa evidencia científica que apoya la idea de la inclusión en la intervención de la familia de los y las adolescentes. Las intervenciones basadas en la familia con adolescentes, comparadas con aquellas que no se focalizan en la familia, muestran beneficios en la adherencia y retención, mejores resultados en la reducción del consumo y problemas de conducta, mejora de la dinámica familiar y menor adscripción a grupos de iguales en los que se consumen drogas (Liddle, 2004; Becoña y Cortés, 2008).

Girón, Martínez Delgado y González Saiz (2002) analizaron los estudios sobre abordajes basados en la intervención familiar en adolescentes de drogas en tres estudios recopilatorios de trabajos y dos meta - análisis. Los abordajes basados en la familia frente a otros tipos de intervención han demostrado su eficacia. Confirman su superioridad al añadirlos a otras intervenciones en las drogodependencias. Las intervenciones basadas en la familia han mostrado su eficacia para conseguir aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de prevención, así como para aumentar la adherencia al programa (incrementar la retención) y disminuir el consumo de drogas después de la intervención, mejorar el funcionamiento familiar y facilitar la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social.

En este campo han sido estudiadas y evaluadas especialmente la "Terapia Familiar Breve Estratégica" (TFBE), la "Terapia Familiar Multidimensional" (TFMD) y la "Terapia Familiar Funcional" (TFF). Todas han desarrollado programas específicos para la intervención de carácter familiar



con adolescentes y jóvenes con consumo de drogas y conductas asociadas. En particular, la TFMD y la TFF se consideran con una buena evidencia de su eficacia para el abordaje de las adicciones infantjuveniles (Fernández-Artamendi et al., 2021), mientras que la TFBE muestra algunos resultados positivos en ciertas áreas, pero su eficacia en la reducción del consumo es más limitada.

En particular, la TFMD (Liddle et al., 2009) busca ayudar a los y las adolescentes y jóvenes a mejorar el vínculo familiar. Se considera eficaz para reducir la frecuencia de consumo de sustancias en menores, así como los problemas asociados al mismo, ofreciendo además unos buenos resultados de retención (Fernández-Artamendi et al., 2021). Asimismo, la TFMD muestra mayor eficacia que el trabajo con grupo de iguales en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en las áreas individual y familiar, escolar y grupo de iguales, además de reducir el consumo de drogas a lo largo de la intervención. Por otro lado, consolidar una alianza duradera entre adolescente, profesional y familiares correlaciona con el éxito de la acción preventiva (Shelef, Diamond, Diamond y Liddle, 2005).

Según Fernández-Artamendi et al. (2021), la TFF (Sexton, Alexander y Gilman, 2004) trabaja con el objetivo de entender y modificar la función que el consumo tiene dentro del sistema familiar con el objetivo de reducir los conflictos familiares y el consumo, incrementando así las posibilidades de mantener unido el núcleo familiar. Se considera una estrategia bien establecida para el abordaje de los problemas adictivos graves y los comportamientos disruptivos, ofreciendo reducciones significativas en la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol y marihuana entre otros.

Otra de las estrategias de intervención eficaces son las de intervenciones breves de corte motivacional (Fernández-Artamendi et al., 2021). En particular, se ha mostrado eficaz como intervención breve en exclusiva para la reducción de los problemas de consumo de alcohol en jóvenes, y en combinación con otras intervenciones para el abordaje de otras adicciones. La evidencia científica señala que las intervenciones de corte motivacional son eficaces para promover cambios, siendo un elemento de gran utilidad para mejorar la adherencia y participación, involucrando a los y las adolescentes en la puesta en marcha de acciones relacionadas con el control de consumos. La entrevista motivacional está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio en la línea base (Becoña y Cortés, 2008). Su utilidad parece focalizarse en la potenciación de variables de proceso (adherencia, retención, participación, satisfacción). La conversación constituye, por ello, una valiosa herramienta para la prevención, sobre todo en el abordaje de los problemas de conducta en la adolescencia. Son clave, por tanto, las estrategias encaminadas a dotar a las personas adultas de referencia de adolescentes en dificultad, como por ejemplo profesionales de enseñanzas secundarias o de recursos sociales, de habilidades y recursos para “tutorizar” a estos y estas adolescentes y conversar sobre sus riesgos (Moreno, 2020).

Dadas las características de la entrevista motivacional y su utilidad para reducir las resistencias por parte de los y las adolescentes, así como por su eficacia para mejorar la retención y la reducción de los problemas de consumo de drogas, es un enfoque particularmente útil para las primeras fases de los programas de prevención. Tal y como se plantea en el protocolo establecido por Fernández-Artamendi et al. (2021), es conveniente comenzar de forma estandarizada por sesiones de entrevista motivacional con los y las menores en los primeros encuentros, antes de comenzar incluso el proceso de evaluación inicial, para garantizar, si fuera necesario, que se reducen al máximo las resistencias y para garantizar la retención y participación activa en el posterior proceso de evaluación e intervención. Dado el carácter abierto y exploratorio de la entrevista motivacional, esto permitiría comenzar parcialmente una recogida de información relevante sobre la situación de los y las menores de cara al diseño individualizado del programa.



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

2

PARTE

El Programa de prevención indicada que a continuación se presenta, es una propuesta que pretende dar respuesta educativa intensiva a menores y jóvenes entre 14 y 20 años que conviven con la familia o están bajo la tutela de otras personas adultas y que presentan consumo de drogas u otro tipo de conductas potencialmente adictivas, como abuso de las TIC, los juegos de apuestas (online/presenciales) y los videojuegos, además de otros problemas como la inadaptación familiar, escolar y/o social.

Este programa realiza intervenciones ambulatorias integrales e intensivas de tipo educativo.

El trabajo con las familias es imprescindible. Este se centra fundamentalmente en contrarrestar los factores de riesgo existentes y en dotar a la familia de información y estrategias educativas efectivas.

En la intervención con menores es particularmente importante el trabajo de coordinación en red con otros dispositivos de la comunidad que mantienen el contacto con la población diana. Es el caso de los Servicios Sociales Básicos y especializados, Departamentos de Orientación de los centros escolares, Equipos de Salud Infanto-Juvenil, Equipos de Atención Primaria, Secciones de Protección a la Infancia, Unidades de Intervención Educativa o Juzgado de Menores.

Se incorpora además en esta propuesta la perspectiva de género; las intervenciones incidirán en tratar la forma diferencial en que operan los factores de riesgo y protección en chicos y en chicas, también harán hincapié en las diferencias en la etiología de los consumos u otros comportamiento potencialmente adictivos, las pautas/prácticas y sus consecuencias.

Población destinataria

Adolescentes y/o jóvenes

Dirigido a adolescentes y/o jóvenes con factores y/o conductas de riesgo como consumo de drogas, abuso de juegos de apuestas, videojuegos, absentismo y/o fracaso escolar, conductas antisociales, etc.

Por lo tanto, los criterios de inclusión serán:

- ▶ Tener entre los 14 y los 20 años.
- ▶ Presencia de abuso de drogas y otras situaciones de riesgo.
- ▶ Convivencia con la familia o centro de protección o reforma.

De manera excepcional se trabajará con:

- ▶ Otras personas adultas de referencia de los y las menores y jóvenes.
- ▶ Jóvenes mayores de 18 años solos o sin apoyos.
- ▶ Educadores y educadoras de referencia de menores que residan en centros de protección o centros de reforma.

El foco en prevención indicada se centra principalmente en los períodos de la adolescencia media y tardía, es decir, en el tramo de edad desde los 14 a los 20 años, aunque estos límites pueden ser flexibles atendiendo a las circunstancias personales del y de la adolescente.

Familias o responsables legales

Dirigido a familias o responsables legales que están teniendo dificultades en el desarrollo de su tarea educativa con sus hijos e hijas inmersos en comportamientos potencialmente adictivos y/o situaciones que favorecen la aparición o el incremento de factores de riesgo.

En el caso de los y las menores de centros de protección y de reforma, se trabajará en estrecha coordinación con el equipo técnico responsable.

Objetivos

El objetivo principal de los programas de prevención indicada es evitar el desarrollo de problemas asociados al consumo de sustancias y otras conductas potencialmente adictivas como los juegos de apuestas, los videojuegos y el uso indebido de TIC.

A partir de una evaluación pormenorizada de las variables particulares y del entorno de cada menor o joven se establecerán los objetivos específicos en relación a diferentes áreas, con la finalidad de establecer un Plan Individualizado de Intervención (P.I.I) en cada caso.

Las áreas básicas en las que establecer objetivos serían: área de consumo de drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos (reducir y/o eliminar el consumo de drogas, abuso de TIC, juego problemático, desarrollar una actitud crítica ante dichas conductas); el área personal (fortalecer la autoestima, autocontrol); el área socio-relacional (promover competencias individuales y sociales para la interacción social); el área formativa/laboral (fomentar actitudes positivas hacia la escuela/trabajo, normalizar el ámbito escolar/laboral, poner en contacto con actividades de formación y empleo llevadas a cabo en la comunidad); el área de Ocio y Tiempo Libre (realizar actividades alternativas al consumo y contactar con los recursos de la comunidad); el área familiar (estabilizar el sistema familiar, fortalecer la vinculación entre los miembros de la familia, analizar la dinámica y funcionamiento familiar, poner en marcha un sistema normativo coherente).



Fases

2.3.1. DEMANDA INICIAL: PRIMER CONTACTO

Fase en la que se produce la localización del o la joven o menor en espacios de su vida cotidiana: centros educativos, a través de las familias, servicios sociales, centros de acogida, entre otros. La primera demanda también se puede originar por parte de las propias familias que soliciten ayuda.

Es fundamental lograr disposición y motivación de la familia y del o de la joven para poder realizar el proceso de valoración y la inclusión al programa. En la población adolescente es frecuente que inicialmente aparezca la negación de su problemática y la resistencia al cambio de las conductas de riesgo.

En este primer contacto es importante:

- ▶ Insistir a la familia en la posibilidad de acceder al recurso para solicitar información y aclarar las dudas surgidas, sin necesidad de establecer un compromiso previo de vinculación al programa.
- ▶ Clarificar que el programa tiene un importante calado educativo y que se trabajará en función de los factores de protección y riesgo presentados por la familia y el o la adolescente o menor. El enfoque está muy alejado de un programa de intervención en adicciones con población adulta.
- ▶ Favorecer la accesibilidad al programa teniendo en cuenta la disponibilidad de la familia. Remarcar la posibilidad de que la familia acuda al programa, aunque el hijo o hija se niegue, ya que en un momento posterior se podrán establecer estrategias con la familia para adherir al o la menor si fuera necesario.

Objetivos:

- ▶ Generar un clima cálido, cercano y de escucha en la recepción de la primera demanda.
- ▶ Recoger la primera demanda de la familia y adolescente o joven.
- ▶ Citar.
- ▶ Informar sobre los contenidos clave a tratar en la primera cita.

Tabla 4: Contenidos, métodos y técnicas en la demanda inicial

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none">• Breve presentación del programa• Características de la primera cita (lugar, fecha, hora...)	<ul style="list-style-type: none">• Escucha activa• Empatía

Elaboración propia.

Instrumentos:

- ▶ Registro primera demanda.
- ▶ Informe de derivación (para los casos que estén en esta situación).

Temporalidad:

- ▶ El tiempo transcurrido entre la primera demanda y la 1ª entrevista de acogida y valoración ha de ser lo más breve posible, intentando que no transcurra más de una semana. Una vez conseguido el compromiso de participación de la familia en el programa, se les recibirá en una primera cita.

2.3.2. ACOGIDA Y VALORACIÓN

La primera entrevista es un momento clave, algunos aspectos a tener en cuenta son:

La ubicación y características del centro de atención: preferiblemente ha de ser un espacio exclusivo para este tipo de población, al margen de los servicios de atención a personas adultas en situación de adicción. Buscar un espacio adecuado, con una atmósfera agradable que estimule confianza. En algunos casos, podría desarrollarse la primera entrevista en los entornos propios de los y las adolescentes (colegio, calle...).

El o la adolescente irá en compañía preferiblemente de su familia, o en su defecto por otra persona adulta de referencia (con los consentimientos oportunos que velen por su protección). La voluntariedad de los familiares para participar es clave, pero no solo en los meros aspectos formales, sino una implicación activa y comprometida en el proyecto socioeducativo del y de la adolescente. Contar con el apoyo de la familia es lo más deseable.

En el primer encuentro, adolescentes y menores han de ser informados de los motivos por los que acuden al programa y motivar su participación. Transmitir que el programa contribuirá a la mejora de su situación personal y familiar. Se eliminarán ideas en las que se establezcan similitudes con un programa de rehabilitación.

Se realizará una acogida cálida y cercana, generando un contexto facilitador para familia y adolescente o joven. En la entrevista es necesario tener presente la influencia de los condicionantes de género en todos los aspectos descritos en la evaluación que se presenta a continuación.

En el caso en el que el o la adolescente o joven no acuda a esta primera entrevista se recogerá la información aportada por los familiares o tutores o tutoras en relación a las áreas que se

describen a continuación. Además, se trabajarán distintas estrategias para poder vincularles al recurso. Algunas de estas estrategias pueden consistir en tener un primer contacto fuera del centro (parque, colegio, videoconferencia), asistir sólo a una segunda cita (con el consentimiento de la familia en el caso de que sea un menor o una menor) o negociar, por ejemplo, la asistencia a las primeras citas en función de la obtención de determinados refuerzos.

Se debe incorporar la prudencia en la valoración de la información, conviene realizar un análisis en clave adolescente y teniendo en cuenta el contexto particular de cada caso.

En las entrevistas realizadas en esta fase se profundizará sobre el conocimiento de las siguientes áreas:

- ▶ Área de consumo de sustancias, juego de apuestas (online/presenciales), uso de las TIC y videojuegos: explorar su historia de consumo de drogas y de las conductas potencialmente adictivas (juego de apuestas, abuso de las TIC y videojuegos) así como la funcionalidad de las mismas atendiendo a la influencia de los condicionantes de género. Además, revisar las expectativas de consumo y uso de TIC/videojuegos a corto medio-plazo y sus creencias normativas.
- ▶ Área personal: conocer las habilidades personales, las competencias socio-relacionales, así como su autoestima y autoconcepto, la gestión emocional y la resolución de conflictos.
- ▶ Área familiar: revisar los factores de protección (fuerte vinculación afectiva, disciplina positiva, comunicación asertiva y posicionamiento familiar en relación a las drogas, juego de apuestas, supervisión y control de las TIC/videojuegos) y riesgo en la familia (baja supervisión familiar, expectativas altas o poco realistas, conflictividad familiar, actitudes favorables al consumo de sustancias, relaciones familiares pobres, habilidades parentales limitadas e inconsistentes).
- ▶ Área relacional o social: red de amistades, tipo de relaciones, grado de influencia y actividades y valores del grupo.
- ▶ Área de ocio y tiempo libre: tipo de actividades realizadas (mientras se consume y sin consumo), frecuencia de las mismas...
- ▶ Área académica o prelaboral: vinculación al centro educativo, resultados académicos, grado de conflictividad en el centro, motivaciones y expectativas. Orientación vocacional.

La familia aportará información de su propia dinámica de funcionamiento a nivel educativo, así como del o la adolescente o joven de su vivencia de lo ocurrido y de cómo afecta esta situación en la dinámica familiar. Algunos aspectos a revisar son:

- ▶ Estructura y dinámica del funcionamiento familiar.
- ▶ Detección del problema y soluciones intentadas.
- ▶ Grado de vinculación familiar con el hijo o hija.
- ▶ Funcionamiento del hijo o hija: indicadores de riesgo.
- ▶ Pautas educativas y disciplina familiar.
- ▶ Manejo de situaciones de conflicto.
- ▶ Expectativas sobre el hijo o hija e imagen que tienen de él o de ella.

- ▶ Sesgos de género en las pautas educativas.
- ▶ Actitud respecto a su colaboración e implicación en el plan de apoyo y seguimiento al o la menor o joven.

Es recomendable recoger la información de manera independiente, por un lado, con el o la menor y por otro con sus familiares, para evitar posibles condicionamientos. Al final de la sesión, se puede volver a trabajar con toda la familia para cerrar con el balance y clarificar la demanda por parte de cada uno de los miembros.

Disponer de esta información será necesario para verificar los criterios de inclusión al programa y valorar la pertinencia de iniciar o no el programa. Si se detectan inicialmente problemas psicológicos sería conveniente la aplicación de algún instrumento específico de evaluación.

En este proceso de valoración, sobre todo en los casos derivados, es conveniente obtener información de los recursos que tengan o hayan tenido relación con adolescente/joven y familia de cara a conocer el funcionamiento del sistema familiar, así como el tipo de intervenciones previas.

Esta fase puede funcionar como contención emocional para las familias; el mero hecho de acudir al centro y contar lo que les pasa puede resultarles liberador, suelen acudir con una importante carga emocional debido al alto nivel de angustia producida por varios factores, como la falta de información o la incapacidad de manejar la situación.

Objetivos:

- ▶ Promover un clima de acogida y escucha con familia y adolescente o joven.
- ▶ Recoger y definir la primera demanda de cada uno de los miembros de la familia.
- ▶ Explicar las características fundamentales del programa (encuadre).
- ▶ Recabar información sobre la problemática de la familia y adolescente o joven para valorar la idoneidad de su inclusión al programa.
- ▶ Evaluar la situación actual del o de la adolescente o joven y su familia respecto de sus factores de riesgo/protección teniendo en cuenta la influencia de la variable género, así como los recursos existentes en su entorno.
- ▶ Conseguir el compromiso de colaboración y participación en el programa.

Tabla 5: Contenidos, métodos y técnicas de la acogida y valoración

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none"> • Elementos y características del programa (objetivos, contenidos, metodología, enfoque...) • Demanda inicial de la familia y adolescente o joven • Presentación del/a profesional y equipo de referencia • Información por áreas 	<ul style="list-style-type: none"> • Principios de la entrevista motivacional • Técnicas de la entrevista motivacional: <ul style="list-style-type: none"> • Preguntas abiertas • Escucha reflexiva • Información y consejo • Sumarios y resúmenes • Autoafirmaciones, motivaciones

Elaboración propia.



Instrumentos:

Para el desarrollo de esta fase se recomiendan instrumentos que exploren todos los factores de protección y riesgo de las áreas de relación del adolescente y de la adolescente y joven. Esta información se puede complementar con otros instrumentos que midan aspectos como: asertividad, autoestima, impulsividad, habilidades de afrontamiento, motivación, problemas psicológicos y grado de problemática de las sustancias más consumidas, etc.

Con las familias se explorarán las áreas referidas al funcionamiento, roles, satisfacción familiar, estrés parental, etc.

Además, se recogerá el compromiso de participación en el programa (contrato educativo) así como el consentimiento relacionado con aspectos que velen por la protección de los datos.

Algunas propuestas pueden ser:

- ▶ Registro de Información familiar (RIF). Asociación Proyecto Hombre, 2005.
- ▶ Registro de Información adolescente (RIA). Asociación Proyecto Hombre, 2006.
- ▶ Índice de gravedad de la Adicción en Adolescentes (T-ASI) (Kaminer et al., 1991; Díaz et al., 2008).
- ▶ Cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes (FRIDA) (Secades et al., 2006).

Temporalidad:

La duración de esta fase puede ser de entre dos a cuatro entrevistas, tratando que este periodo de valoración no sea superior a un mes.

Una vez recogida toda la información se procederá a realizar el Plan de Intervención con adolescente/joven y familia. Dicho plan es una herramienta dinámica y consensuada, donde participa toda la familia y el resultado de la elaboración del mismo es comentado por la persona profesional de referencia. En él se plantean objetivos de trabajo para ambas partes en algunas o todas las áreas anteriormente citadas, fundamentalmente en las que se hayan detectado factores de riesgo significativos en los que es necesario intervenir. Se reforzarán y abordarán igualmente los factores de protección de adolescente/joven y familia.

Paralelamente, la labor del o la profesional debe contemplar la necesidad de evaluar la actuación llevada a cabo, por lo que se recomienda realizar registros de carácter interno donde se recogerá la información tanto cualitativa como cuantitativa que se considere oportuna en cada caso.

2.3.3. ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN (P.I.I.)

A partir de la valoración mencionada en el apartado anterior se elabora el P.I.I. del o la adolescente/joven y familia. En él se reflejarán los objetivos a alcanzar en cada una de las áreas, así como las tareas para conseguir esos objetivos y la temporalidad. Este plan ha de ser trabajado y consensuado con la familia y el o la adolescente o joven.

- ▶ A nivel metodológico se recomienda tener en cuenta que:
- ▶ Desde un enfoque integral, el área de las conductas adictivas no se recomienda que se recoja en primera instancia ni que sea el eje central del P.I.I.
- ▶ La influencia de la variable género en los consumos de drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos condicionando aspectos como: el tipo de sustancia consumida y sus formas de uso; las motivaciones, expectativas y actitudes hacia el consumo; el impacto de los diferentes factores de riesgo y protección; así como las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del consumo, entre otras cuestiones. En este sentido, es importante señalar la existencia de situaciones de vulnerabilidad condicionadas por el género como puede ser la violencia de género. Desde esta perspectiva, se hace necesario trabajar contenidos específicos en función de esta variable, y por tanto procesos diferenciados para chicos y chicas que atiendan las necesidades específicas de unos y otras.
- ▶ Individualización de los procesos: incidir en las áreas más disfuncionales y personalizar al máximo la intervención teniendo en cuenta su grado de motivación, su situación y su nivel madurativo, entre otros aspectos.
- ▶ Dinamismo: el P.I.I. es un instrumento revisable, en el que será necesario realizar ajustes.
- ▶ Coordinación: para un mayor avance y engranaje de la intervención, es recomendable tener en cuenta el trabajo en red desde las diferentes instancias socializadoras en las que está o va a estar implicado o implicada cada adolescente o joven.
- ▶ En el caso de que la situación del o de la adolescente o joven revista gravedad (nivel de consumo, abuso de las TIC, videojuegos, juegos de apuestas, violencia familiar, inestabilidad emocional...), se podrá realizar una intervención “en crisis” tratando de frenar la severidad de la situación, para ello se revisarán las pautas de contención, la coordinación con otros y otras profesionales, la red social de apoyo y se podrán establecer contratos de conducta.

Objetivos

- ▶ Desarrollar el P.I.I. con el/la adolescente o joven y familia.
- ▶ Establecer la metodología a trabajar (entrevistas, grupos, periodicidad, etc.).

Tabla 6: Contenidos, métodos y técnicas para la elaboración del P.I.I.

Contenidos	Métodos y Técnicas
• Información por áreas	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas Entrevista Motivacional • Refuerzo positivo • Negociación • Toma de decisiones

Elaboración propia.

Instrumentos:

Para el desarrollo de esta fase se recomiendan instrumentos para el trabajo con el o la adolescente o joven y familia como el registro del P.I.I y el autorregistro.

Temporalidad:

La duración de esta fase puede ser de entre una a dos entrevistas, tratando de que este periodo de valoración no sea superior a un mes.

2.3.4. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN: SEGUIMIENTO DEL P.I.I. DEL O DE LA ADOLESCENTE O JOVEN Y FAMILIA

Una vez elaborado el P.I.I., se va desarrollando dicho programa con la familia y con el o la adolescente o joven.

En esta fase, tal y como se ha reflejado en anteriores apartados, la intervención se desarrollará desde un marcado enfoque educativo y se tendrán en cuenta los modelos de referencia más relevantes, según la evidencia para trabajar con este tipo de población.

Si se prevé desarrollar el programa desde una metodología grupal, es necesario tener en cuenta que tiene limitaciones, como el riesgo de un sobreaprendizaje de conductas antisociales y desadaptativas, tal y como se ha descrito en un apartado anterior.

La intervención se puede plantear desde diferentes itinerarios:

- ▶ Adolescente/joven: se trabajarán aspectos personales, familiares, de relaciones o de ocio y tiempo libre que dificulten la disminución o mantenimiento de la abstinencia.
- ▶ Unidad familiar (padre, madre, tutor, tutora e hijo o hija): se abordarán aspectos concretos del P.I.I. de cada familia: consumo, abuso TIC, personal, familiar, formativo-laboral, social y ocio y tiempo libre.

Grupo de padres/madres/tutores/tutoras: en formato grupal y con perfiles homogéneos, se entrenan estrategias educativas que les permitan empoderarse frente a las dificultades con sus hijos e hijas.

A continuación, se expone cómo abordar el trabajo desde los diferentes módulos en los que se va a intervenir en los itinerarios individual y familiar. Metodológicamente se sugiere que se realice una intervención en paralelo con cada uno de los módulos, graduando la intensidad en función de los objetivos conseguidos, aunque también se puede valorar la incorporación progresiva de los módulos en función del grado de motivación y la demanda inicial de la familia y el o la adolescente o joven. A tener en cuenta que el área referida al consumo de sustancias y abuso de las TIC no tiene por qué abordarse en primer lugar ni ser el componente con más peso.

Módulo 1: Educación y motivación

Objetivo: Promover procesos motivacionales de cambio.

Tabla 7: Educación y motivación con el o la adolescente o joven

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none">• Definición de metas• Generar inicio de cambio• Organización de hábitos diarios• Beneficios y desventajas del consumo de drogas o del uso de las TIC, videojuegos o juegos de apuestas	<ul style="list-style-type: none">• Reforzar automotivación• Balance decisonal• Lista de metas negociadas• Autorregistros• Negociación• Apoyo educativo individual• Técnicas de motivación

Elaboración propia.

Tabla 8: Educación y motivación con la familia

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none">• Funcionalidad y riesgos de consumo, abuso de TIC, juegos de apuestas y videojuegos• Información sobre drogas• Información sobre uso de riesgo y abuso de las TIC, juegos de apuesta y videojuegos• Regulación de la ansiedad familiar	<ul style="list-style-type: none">• Hetero-observación familiar• Apoyo educativo familiar• Pautas de detección y manejo de consumo• Pautas de detección de riesgo de las TIC, juegos de apuestas y videojuegos

Elaboración propia.

Módulo 2: Intervención en el área del consumo de drogas y abuso de las TIC, juegos de apuestas y videojuegos

Objetivo: Favorecer la reducción/eliminación del consumo de drogas, abuso de TIC, juegos de apuestas y videojuegos a partir de los criterios establecidos en la valoración inicial.

Tabla 9: Intervención con el o la adolescente o joven

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de autocontrol • Revisión de estrategias de afrontamiento inadecuadas ante el consumo de drogas y abuso de TIC, juegos de apuestas / videojuegos • TIC y videojuegos: uso desadaptativo y adaptativo, beneficios y desventajas, percepción de la realidad • Distorsiones cognitivas e ideas irracionales en relación al control de la conducta problema • Identificar, definir y resolver situaciones de consumo de drogas y abuso de TIC/ juegos de apuestas y videojuegos • Riesgos personales y sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Control estimular • Refuerzo positivo/autorreforzamiento • Técnicas de tolerancia al malestar • Imaginación de situaciones y ensayo de conducta • Role-playing • Lista de pensamientos de afrontamiento • Prevención de recaídas • Análisis de riesgos

Elaboración propia.

Tabla 10: Intervención con la familia

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none"> • Normas, límites y manejo de contingencias • Posicionamiento frente al consumo/ abuso de las TIC, juegos de apuestas y videojuegos • Regulación de la ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato de conducta • Hetero-observación • Apoyo educativo

Elaboración propia.

Módulo 3: Área personal

Objetivo: Conseguir la estructuración personal en relación al momento evolutivo en el que se encuentra el o la adolescente o joven.

Tabla 11: Trabajo del área personal con el o la adolescente o joven

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none">• Niveles de identidad• Control de impulsos• Autoimagen/ autoestima• Estrategias de autogestión y regulación emocional• Solución de problemas• Estereotipos y mandatos de género	<ul style="list-style-type: none">• Actividades de autoconocimiento• Autobiografía/línea del tiempo• Autorreforzamiento• Técnicas de regulación emocional• Mindfulness• Ensayo de conducta• Análisis de la influencia de los estereotipos y los mandatos de género

Elaboración propia.

Tabla 12: Trabajo del área personal con la familia

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none">• Tipos de habilidades sociales• Toma de decisiones• Resolución de conflictos• Estereotipos y mandatos de género	<ul style="list-style-type: none">• Role-playing• Refuerzo• Roles y estereotipos de género en la dinámica familiar• Apoyo educativo

Elaboración propia.



Módulo 4: Área Socio-relacional

Objetivo: Desarrollar competencias individuales y sociales para la interacción que permitan mejorar las relaciones que establecen con las demás personas y enfrentarse a los problemas que surgen en sus relaciones personales, familiares, sociales, etc.

Tabla 13: Trabajo del área socio-relacional con el o la adolescente o joven

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none">• Comunicación interpersonal• Asertividad• Derechos humanos• Estilos de respuesta• Presión e influencia de grupo/pareja• Valores	<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducación sobre la comunicación• Role-playing• Escucha activa• Actividades relacionadas con la asertividad• Estrategias de afrontamiento frente a la presión del grupo de iguales

Elaboración propia.

Tabla 14: Trabajo del área socio-relacional con la familia

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none">• Habilidades de comunicación• Normas y límites en relación a las salidas y a las relaciones online	<ul style="list-style-type: none">• Estrategias de comunicación• Role-playing• Refuerzo• Psicosocioeducación• Supervisión

Elaboración propia.

Módulo 5: Área familiar

Objetivo: Proporcionar espacios de encuentro y formación familiar, para fortalecer la relación afectiva y desarrollar pautas educativas que mejoren la convivencia familiar.

Tabla 15: Trabajo en el área familiar con el o la adolescente o joven y la familia

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none">• Comunicación familiar• Establecimiento de los límites familiares: el valor de los límites familiares, funcionamiento familiar• Vínculos afectivos• Roles de género	<ul style="list-style-type: none">• Escucha activa• Resolución de problemas en la familia• Educación: adolescencia, vínculos afectivos• Refuerzo positivo• Role-playing• Tareas para casa (generalización de lo aprendido)

Elaboración propia.

Módulo 6: Ocio y Tiempo Libre

Objetivo: Revisar y educar en la gestión del tiempo libre hacia actividades saludables.

Tabla 16: Trabajo en el área del ocio y tiempo libre con el o la adolescente o joven

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none">• Definición de ocio y tiempo libre• Recursos y asociaciones de ocio del entorno• Gestión del ocio saludable• Riesgos y consecuencias del consumo de drogas y/o abuso de las TIC, juegos de apuestas y videojuegos en las actividades de ocio.	<ul style="list-style-type: none">• Guía de recursos• Autorregistro de actividades de ocio• Planificación• Toma de decisiones• Exposición a actividades• Análisis de riesgos

Elaboración propia.

Tabla 17: Trabajo en el área del ocio y tiempo libre con la familia

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none">• Definición de ocio y tiempo libre• Ocio en familia• Recursos comunitarios de ocio	<ul style="list-style-type: none">• Planificación de actividades de ocio familiar• Supervisión de las tareas de ocio comunitarios

Elaboración propia.



Módulo 7: Área escolar

Objetivo: Mejorar la actitud del o de la adolescente o joven hacia la escuela/trabajo, estimulando el desarrollo de intereses en relación a su capacidad formativa y laboral.

Tabla 18: Trabajo en el área escolar con el o la adolescente o joven

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none">• Hábitos de estudio y organización de tareas• Actitudes en la escuela (vinculación y compromiso)• Orientación vocacional	<ul style="list-style-type: none">• Agenda y programaciones• Técnicas de estudio• Toma de decisiones• Análisis y entrenamiento en role-playing de situaciones conflictivas en el centro escolar

Elaboración propia.

Tabla 19: Trabajo en el área escolar con la familia

Contenidos	Métodos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none">• Herramientas de supervisión escolar• Contacto con los recursos educativos• Información sobre itinerarios educativos y prelaborales	<ul style="list-style-type: none">• Planificación y organización de las actividades educativas• Supervisión y apoyo

Elaboración propia.

Paralelamente a la intervención familiar, las familias pueden acceder a una intervención grupal (multifamiliar), donde la metodología sería mixta. Por un lado, estaría basada en el entrenamiento de habilidades parentales y, por otro, en el desarrollo de grupos de apoyo mutuo. Los contenidos a abordar serían los factores de protección familiar: comunicación, información sobre drogas, abuso de las TIC, juegos de apuestas y videojuegos, normas y límites (manejo de contingencias), gestión emocional, resolución de conflictos y posicionamiento familiar respecto a las drogas, TIC y videojuegos.

Temporalidad: la duración del desarrollo del P.I.I. puede oscilar entre los seis y nueve meses, en función de las características del caso.

Seguimiento

Al final del proceso, una vez conseguidos los objetivos del P.I.I., se establece un periodo de seguimiento del caso, con el fin de verificar la adquisición de las habilidades trabajadas durante la intervención con el o la adolescente o joven y familia. El seguimiento se realizará de forma presencial o telefónica a los tres y seis meses de finalizar la intervención.

Evaluación

2.4.1. INFORMACIÓN GENERAL: ALGUNOS ASPECTOS CLAVES DE LA EVALUACIÓN

La evaluación de programas consiste en un proceso sistemático de recogida de información para emitir un juicio de valor sobre una intervención, con el objetivo de averiguar cómo se está trabajando para lograr los objetivos previstos y cuáles han sido los resultados encontrados (Arbex, 2013).

Los programas deben incluir una descripción precisa de sus distintos componentes y una explicación de por qué y cómo funcionan, teniendo una base teórica y una planificación coherentes. Además, la forma en que se abordan los factores de riesgo y de protección como un medio para lograr los resultados debe ser clara (la sistematización de estos elementos de implementación facilita el proceso de evaluación de los programas).

La Guía “Estándares Europeos de calidad en prevención de drogas” del Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías (Sumnall y Brotherhood, 2010), o la “Guía Metodológica para la Implementación de una Intervención Preventiva Selectiva e Indicada” (Arbex, 2013), son un ejemplo de herramientas que pueden facilitar pautas para la evaluación en la prevención de drogas.

Font Mayolas, Gras y Planes (2010), proponen seis fases para la evaluación de las intervenciones preventivas:

- ▶ Fase 1: Planteamiento de la evaluación
- ▶ Fase 2: Selección de las variables
- ▶ Fase 3: Selección del diseño
- ▶ Fase 4: Recogida de la información
- ▶ Fase 5: Análisis de datos
- ▶ Fase 6: Elaboración del informe

Existen diferentes tipos de evaluación y es importante decidirse sobre qué preguntas se quieren responder y los cambios que se quieren medir. En definitiva, habría que responder a la pregunta ¿cuáles son las necesidades más importantes que se quieren resolver con la evaluación?

2.4.1.1. Evaluación de proceso

La evaluación de proceso describe cómo se está implementando el programa. Analiza todos los aspectos relacionados con el funcionamiento y la ejecución de una determinada política o programa. Es fundamental determinar el grado de fidelidad de la aplicación del programa y que se está implementando como estaba previsto.

Una evaluación de proceso puede proporcionar numerosa información sobre el proceso de implementación utilizado para mejorar el desarrollo de un programa y mejorar su calidad. También puede ayudar a identificar las diferencias entre el diseño y la ejecución del programa. Una intervención puede ser metodológicamente muy sólida, pero si se produce una desviación injustificada en la implementación sobre lo pretendido, es probable que no tenga éxito.

La evaluación del proceso puede ayudar a otros y otras profesionales a diseñar, establecer o realizar intervenciones similares, señalando una hoja de ruta que garantice los resultados positivos de los programas.

Aunque la evaluación del proceso es importante, y debe ser fundamental en cualquier programa de prevención de conductas adictivas, no es suficiente para valorar la eficacia de los programas. Una evaluación del proceso, por lo general, no trata de demostrar si un programa es eficaz, aunque puede arrojar datos de por qué un programa funciona o no funciona.

Algunas preguntas que ha de responder este tipo de evaluación son (Samsha, 2012):

En relación con la fidelidad de la intervención:

- ▶ ¿Qué estrategias, componentes y métodos se han aplicado?
- ▶ ¿Cómo se comparan con el plan diseñado originalmente?
- ▶ ¿En qué medida lo están desarrollando o llevando a cabo según lo previsto?

En relación con el grupo destinatario:

- ▶ ¿A cuántas personas se ha llegado gracias a la intervención?
- ▶ ¿Cuáles eran las características sociodemográficas de las personas participantes en la intervención?
- ▶ ¿Cómo se va a recoger esta información?
- ▶ ¿Los y las participantes son capaces de entender el programa, los objetivos previstos y participar plenamente en los componentes necesarios de este?

En relación con la participación en el programa:

- ▶ ¿Cómo se ha valorado y medido el grado de exposición de los y las participantes en el programa?
- ▶ ¿Se utilizaron las fuentes de datos, instrumentos o indicadores?
- ▶ ¿Cuánto duró la intervención preventiva?
- ▶ ¿Cuántas actividades de prevención se llevaron a cabo?
- ▶ ¿Hasta qué punto se ha logrado acceder e implicar al grupo objetivo?

En relación con la calidad de la intervención:

- ▶ ¿Qué grado de satisfacción mostraron los y las participantes con el programa y sobre la calidad de la intervención?
- ▶ ¿Qué indicadores e instrumentos se utilizaron para evaluar la calidad de la intervención?
- ▶ ¿Cuáles son los resultados de las mediciones de dicha calidad?

En relación con los hallazgos de la evaluación:

- ▶ Comparar la aplicación efectiva y la evaluación: ¿hubo discrepancias y cuáles son las posibles razones de ellas?
- ▶ ¿Qué aspectos del proceso de implementación están facilitando el éxito o están actuando como obstáculos en el camino?
- ▶ ¿Cuál es el impacto de estas diferencias en la intervención?
- ▶ ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades de la forma en que la intervención se ha implementado?
- ▶ ¿Fueron estos comparables con los resultados de otras intervenciones?

2.4.1.2. Evaluación de resultados

En una evaluación de resultados resulta interesante distinguir entre productos (lo que produce o genera el programa) y los efectos que tienen dichos productos, tanto esperados como no esperados (Bustelo, 2001). Entre los efectos, se podría distinguir entre efectos directos (los producidos sobre el grupo destinatario previsto) y los efectos indirectos (los producidos sobre grupos de destinatarios más amplios o en la sociedad en general). La evaluación de esos efectos indirectos se denomina evaluación de impacto.

Una evaluación de resultados investiga si se han producido cambios en las personas que participan en un programa, se cuantifica la magnitud y la dirección de esos cambios y las circunstancias asociadas con ellos. Asimismo, busca vincular estos cambios a los elementos o componentes específicos del programa. Esta es una manera de comprobar si la lógica del modelo o fundamento teórico del programa es válida. Básicamente responde a las preguntas:

- ▶ ¿Qué efectos está teniendo el programa en los grupos diana o en los y las participantes?
- ▶ ¿Qué resultados inesperados han resultado del programa?
- ▶ ¿Qué se puede modificar para que el programa sea más eficaz?
- ▶ ¿Hay alguna evidencia que demuestre que se debe continuar apoyando este programa económicamente?

2.4.1.3 Evaluación de impacto

Este tipo de evaluación responde a las preguntas: ¿está produciendo el programa a largo plazo los cambios previstos? y ¿se están cumpliendo las metas a largo plazo? Para ello, se recogen datos sobre los efectos a largo plazo o de mayor alcance del programa.

A menudo se confunden la evaluación de impacto y la evaluación de resultados. La diferencia clave es que una evaluación de resultados da cuenta de los resultados a corto plazo o inmediatos, mientras que una evaluación de impacto se centra en el largo plazo, los cambios más globales, previstos o imprevistos.

En este tipo de evaluación se responderá a las preguntas:

- ▶ ¿Qué efecto está teniendo el programa en las metas o finalidades a largo plazo?
- ▶ ¿Qué efecto tuvieron las actividades del programa sobre los componentes del sistema en el que se han sustentado sus actividades?
- ▶ ¿Ha habido resultados negativos? ¿Son el resultado de fallos en los procesos de implementación del programa o algún aspecto del propio programa?
- ▶ ¿Qué grado de seguridad se tiene de que los resultados están directamente relacionados, es decir, son consecuencia del programa?

2.4.2. Propuesta de evaluación a desarrollar en los programas de prevención indicada

2.4.2.1. Diseño de la evaluación

El programa plantea un diseño pre-post.

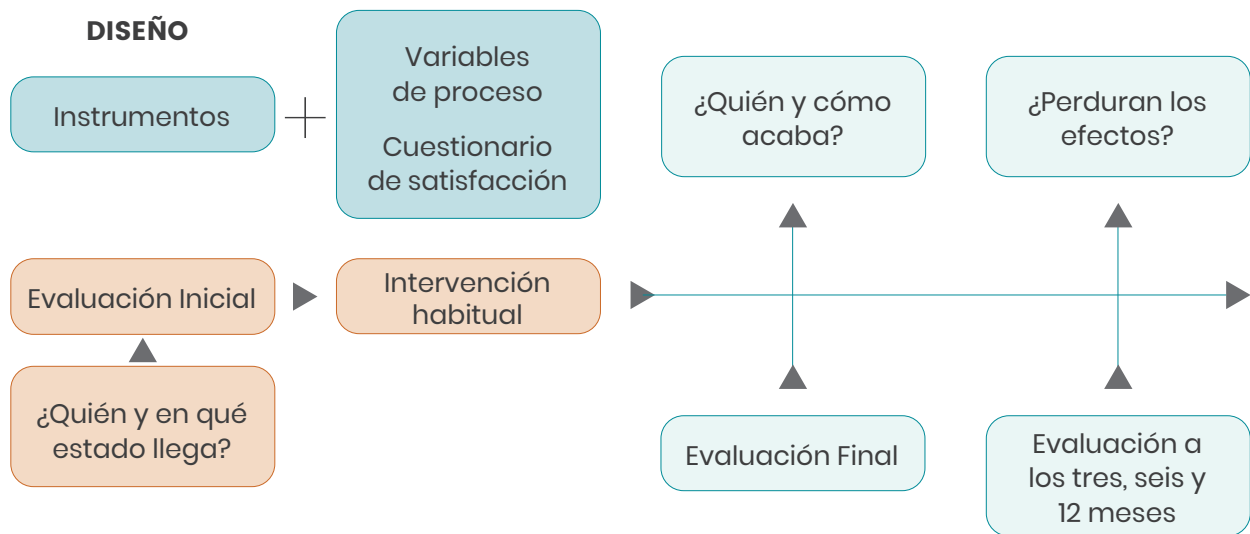
En la fase inicial se recogerá la información de la familia y del o de la adolescente o joven a través de diferentes instrumentos de medida (preferiblemente validados) donde se exploren las variables motivo de estudio. Esta evaluación permitirá conocer el punto de partida, es decir, saber en qué estado llega.

Posteriormente, se desarrollará la fase de intervención, propiamente dicha, donde se revisarán las variables del proceso, así como el grado de satisfacción con el programa.

Al final de la intervención se realizará una evaluación final, para conocer los cambios acontecidos. En esta fase, familia y menor volverán a cumplimentar los cuestionarios iniciales para valorar la eficacia de la intervención.

Se recomienda que una vez finalizada la intervención se realice una fase de seguimiento para conocer si los cambios perduran. Estos seguimientos se pueden establecer a los tres, seis y doce meses.

Figura 1: Diseño de la evaluación



Elaboración propia.

2.4.2.2. Variables

Con adolescentes o jóvenes:

1. Variables sociodemográficas: sexo, edad, núcleo de convivencia, nivel de estudios, etc.
2. Variables psicológicas:
 - a. Factores de protección y riesgo
 - b. Problemas psicológicos
 - c. Rasgos de personalidad asociados a las comportamientos potencialmente adictivos
 - d. Estrés subjetivo/bienestar psicológico
 - e. Motivación para dejar el consumo de drogas u otras conductas de riesgo
3. Variables del ámbito familiar:
 - a. Comunicación
 - b. Supervisión
 - c. Normas, límites y consecuencias
 - d. Conflictividad familiar
4. Variables escolares:
 - a. Rendimiento académico
 - b. Grado de vinculación a la escuela



5. Variables asociadas a las conductas adictivas:

- a. Variables asociadas al consumo de drogas
- b. Variables asociadas al uso de las TIC y videojuegos
- c. Variables asociadas al juego online

6. Variables predictoras del éxito de la intervención y áreas de mejora:

Con la familia:

Variables sociodemográficas:

1. Estilos familiares de crianza

- a. Estilos educativos parentales
- b. Estilos de comunicación parental

2. Situación emocional de los padres y madres o tutores y tutoras al inicio de la intervención y al finalizarla

- a. Malestar psicológico de los padres, madres o tutores y tutoras
- b. Afectación en las diferentes áreas de la vida personal
- c. Nivel de estrés parental

3. Variables predictoras de éxito de la intervención y áreas de mejora

Con la Evolución del Programa:

1. Asistencia a las sesiones

2. Finalización o no del programa

3. Impresión del beneficio de la participación en el programa

Con la Satisfacción del Programa

1. Calidad de la atención de los y las profesionales

2. Intensidad de la ayuda recibida

3. Satisfacción con el programa

4. Recomendación a otras familias

BIBLIOGRAFÍA

B

- Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder Carras, M., Coulson, M., Das, D., ... y Van Rooij, A. J. (2017). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of behavioral addictions*, 6(3), 267-270.
- Abuse, S. (2012). Results from the 2011 national survey on drug use and health: mental health findings. In United States. Department of Health and Human Services; United States. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. United States. Department of Health and Human Services; United States. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Arbex, C. (2013) Guía Metodológica para la Implementación de una Intervención Preventiva Selectiva e Indicada. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas España.
- Artazcoz, L. y Borrell, C. (2007). Género y Salud. En I. Nerín y M. Jané, (Ed.). Libro blanco sobre mujeres y tabaco: Abordaje con una perspectiva de género (pp. 9-22). Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Asociación Proyecto Hombre (2005). Registro Inicial Familiar (RIF).
- Asociación Proyecto Hombre (2006). Registro Inicial Adolescente (RIA).
- Bandura, A., & McClelland, D. C. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall: Englewood cliffs.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52(1), 1-26.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., y Tomás, V. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Barcelona: Socidrogalcohol, 100.
- Billieux, J., Van der Linden, M., y Rochat, L. (2008). The role of impulsivity in actual and problematic use of the mobile phone. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, 22(9), 1195-1210.
- Bonnaire, C., y Phan, O. (2017). Relationships between parental attitudes, family functioning and Internet gaming disorder in adolescents attending school. *Psychiatry Research*, 255, 104-110.
- Brunborg, G. S., Mentzoni, R. A., y Frøyland, L. R. (2014). Is video gaming, or video game addiction, associated with depression, academic achievement, heavy episodic drinking, or conduct problems? *Journal of behavioral addictions*, 3(1), 27-32.
- Bustelo, M. (2001). La evaluación de las políticas de igualdad de género de los gobiernos central y autonómicos en España: 1995-1999. Madrid: Universidad Complutense.
- Cantos, R., Altell, G., Tudela, M., Martínez, P., González, I., y Romero, V. (2017). Hombres, Mujeres y Drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Recuperado de: <https://pnsd.sanidad.gob.es/eu/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., y Tubert, S. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Catalano, R. F., y Hawkins, J. D. (1996). The social development model: a theory of antisocial behavior.

- Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre (APH, 2015). Proyecto hombre: el modelo bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (mbps).
- Conrod, P. J., O'Leary-Barrett, M., Newton, N., Topper, L., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C., y Girard, A. (2013). Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: a cluster randomized controlled trial. *JAMA psychiatry*, 70(3), 334-342.
- Costa Cabanillas, M., & López Méndez, E. (2008). Educación para la salud: guía práctica para promover estilos de vida saludables. Madrid: Pirámide, 2008.
- De la Villa Moral, M., y Suárez, C. (2016). Factores de riesgo en el uso problemático de Internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista iberoamericana de psicología y salud* 7(2), 69-78.
- Kaminer, Y. (2005). Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: A critical review. *Addictive behaviors*, 30(9), 1765-1774.
- Díaz-Mesa, E. M., García-Portilla, P., Fernández-Artamendi, S., Sáiz, P. A., Bobes, T., Casares, M. J. y Bobes, J. (2016). Diferencias de género en la gravedad de la adicción. *Adicciones*, 28, 221-230. <https://doi.org/10.20882/adicciones.829>
- Díaz, R., Castro-Fornieles, J., Serrano, L., González, L., Calvo, R., Goti, J., ... y Gual, A. (2008). Clinical and research utility of spanish teen-addiction severity index (t-asi). *Addictive behaviors*, 33(1), 188-195.
- Dishion, T. J., McCord, J., y Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American psychologist*, 54(9), 755.
- Dishion, T. J., Poulin, F., & Burraston, B. (2001). Peer group dynamics associated with iatrogenic effect in group interventions with high-risk young adolescents. *New directions for child and adolescent development*, 2001(91), 79-92.
- Echeburúa, E., y De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). European prevention quality standards; a manual for prevention professionals. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Pág. 22.
- Fernández-Artamendi, S.; López-Núñez, C.; Coloma-Carmona, A. y Carballo, J.L. (2021). Tratamientos psicológicos para las conductas adictivas en población infanto-juvenil. En Fonseca-Pedrero, E. *Manual de Tratamientos Psicológicos. Infancia y Adolescencia*. Madrid: Pirámide
- Fernández, M. A., Dema, S. y Fontanil, Y. (2019). La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones* 31 (4), 206-273. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1003>
- Fernández, M. A., Dema, S. y Fontanil, Y. (2020). Género y políticas sobre drogas en España: avances y limitaciones. *Revista Española de Drogodependencias*, 45 (1), 10-25.
- Fioravanti, G., Dèttore, D., y Casale, S. (2012). Adolescent Internet addiction: testing the association between self-esteem, the perception of Internet attributes, and preference for online social interactions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(6), 318-323.



- Font Mayolas, S. Gras, M.E. y Planes, M. (2010) Programas preventivos de las drogodependencias. Guía de evaluación. Diputación de Barcelona.
- Girón García, S. S., Martínez Delgado, J. M., y González Saiz, F. (2002). Young substance abusers: review on usefulness of family based therapeutic approaches. *Trastornos adictivos*, 4(3), 161-170.
- Gómez Salgado, P., Rial Boubeta, A., Braña Tobío, T., y Varela Mallou, J. (2014). Evaluation and early detection of problematic Internet use in adolescents.
- Gordon Jr, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports*, 98(2), 107-109.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112(1), 64.
- Hawkins, J. D., y Catalano, R. F. (2004). *Communities That Care prevention strategies guide*. Channing Bete Company.
- Institute of Medicine. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of adolescent Health*.
- Jessor, R., y Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth.
- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M., y Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental psychology*, 31(6), 923.
- Kaminer, Y. (2005). Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: A critical review. *Addictive behaviors*, 30(9), 1765-1774.
- Kaminer, Y.; Buckstein, O.; y Tarter, RE The Teen-Addiction Severity Index: Justificación y confiabilidad. *The International Journal of the Addictions*, 26 (2), 219-226. 1991.
- Kantor, J. R. (1978). *Psicología interconductual*. México: Trillas.
- Kuss, D. J., Griffiths, M. D., y Binder, J. F. (2013). Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29(3), 959-966.
- Kwon, J. H., Chung, C. S., y Lee, J. (2011). The effects of escape from self and interpersonal relationship on the pathological use of Internet games. *Community mental health journal*, 47(1), 113-121.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., y Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 27(4), 651-688.
- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: Research contributions and future research needs. *Addiction*, 99, 76-92.

- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., y Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(1), 12.
- López, E., y Costa, M. (2012). *Manual de consejo psicológico. Una visión despatologizada de la psicología clínica*. Madrid: Síntesis.
- López, E., y Costa, M. (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades*. Madrid. Pirámide.
- López, S., y Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J. y Pasch, K. (2018). Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane database of systematic reviews*, (10).
- Moreno, G. (2020). *Conversar con adolescentes en dificultad social*. Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas
- Oncioiu, S.I., Burkhart, G., Calafat, A., Duch, M., Perman-Howe, P., y Foxcroft, D.R. (2018). Environmental substance use prevention interventions in Europe. Technical Report. EMCDDA, Lisbon, February 2018. [Fecha de acceso 22 oct 2019]. Disponible en http://www.emcdda.europa.eu/publications/technicalreports/environmental-substance-use-prevention-interventions-in-europe_en.
- Olchowski, A.E., Foster, E.M., y Webster-Stratton, C.H. (2007). Implementing behavioral intervention components in a cost-effective manner: Analysis of the Incredible Years program. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 4(1), 284.
- Pérez, E. J. P., Monje, M. T. R., y De León, J. M. R. S. (2012). Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. *Adicciones*, 24(2), 139-152.
- Poole, N., Urquhart, C., y Gonneau, G. (2010). Girl-centred approaches to prevention, harm reduction and treatment. *Gendering the National Framework Series (Vol.2)*. Recuperado de: http://bccewh.bc.ca/wpcontent/uploads/2012/05/2010_GenderingNatFrameworkGirlCentred.pdf
- Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y adicciones (RIOD). (2019). Un enfoque de salud pública en materia drogas. Recuperado de: <https://riod.org/wp-content/uploads/2019/06/UN-ENFOQUE-DE-SALUD-P%C3%9ABLICA-EN-MATERIA-DROGAS.pdf>
- Rehbein, F., y Baier, D. (2013). Family-, media-, and school-related risk factors of video game addiction. *Journal of Media Psychology*.
- Robertson, E. B., David, S. L., y Rao, S. A. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders*. Diane Publishing.
- Romero, E., Villar, P., Luengo, M. A., y Gómez-Fraguela, J. A. (2009). EmPeCemos: Un programa multicomponente para la prevención indicada de los problemas de conducta y el abuso de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 4, 420-447.
- Romero, E., Rodríguez, C., Villar, P., y Gómez-Fraguela, X. A. (2017). Intervention on early-onset conduct problems as indicated prevention for substance use: A seven-year follow up/ Intervención sobre problemas de conducta tempranos como prevención indicada del consumo de drogas: Siete años de seguimiento. *Adicciones*, 29(3), 150-162.



- Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 269-272.
- Romo-Avilés, N., García-Carpintero, M. Á., y Pavón-Benítez, L. (2019). Not without my mobile phone: alcohol binge drinking, gender violence and technology in the Spanish culture of intoxication. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1585759>
- Sales, E., Sambrano, S., Springer, F.J. y Turner, C. (2003). Risk, protection, and substance use in adolescents: A multi-site model. *Journal Drug Education*, 33(1), 91-105. <https://doi.org/10.2190/LFJ0-ER64-1FVY-PA7L>
- Sánchez, L. (2014). Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género recomendaciones con base en la evidencia. Guía para el desarrollo de programas de prevención. Alicante: Diputación de Alicante.
- Schatz, M. T. (2017). Training Effects on Recovering Parents' Self-Efficacy to Identify Problems, Solutions and Resources to Prevent Internet Addiction in Youth.
- Schinke, S. P., Fang, L., y Cole, K. C. (2008). Substance use among early adolescent girls: Risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 191-194.
- Schneider, M., y Preckel, F. (2017). Variables associated with achievement in higher education: A systematic review of meta-analyses. *Psychological bulletin*, 143(6), 565.
- Secades, R., Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., García, O. y García, E. (2006). Cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes (FRIDA). Madrid: TEA.
- Sexton, T. L., y Alexander, J. F. (2004). *Functional family therapy clinical training manual*. Baltimore, MD: Annie E. Casey Foundation.
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., y Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(4), 689.
- Shamblen S.R., Derzon J.H. (2009): A preliminary study of the population-adjusted effectiveness of substance abuse prevention programming: towards making IOM program types comparable. *Journal of Primary Prevention*; 30: 89-107.
- Smith, S. J., Burdette, P. J., Cheatham, G. A., y Harvey, S. P. (2016). Parental Role and Support for Online
- Spooner, C., Hall, W., y Lynskey, M. (2001). The structural determinants of youth drug use.
- Sumnall, H., y Brotherhood, A. (2010). European drug prevention quality standards.
- Velasco, S. (2008). Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer.
- Werner, E. E., y Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
- Zhu, J., Zhang, W., Yu, C., y Bao, Z. (2015). Early adolescent Internet game addiction in context: How parents, school, and peers impact youth. *Computers in Human Behavior*, 50, 159-168.

**PRO
YEC
TO** 
HOMBRE

PROYECTO HOMBRE

Financiado por:

