

**Guía
para la prevención
del consumo
de cannabis en
población vulnerable
e inmigrantes.
Visión diferencial
para ambos sexos**

GUÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE

CANNABIS EN POBLACIÓN VULNERABLE E INMIGRANTES.

VISIÓN DIFERENCIAL PARA AMBOS SEXOS

COORDINACIÓN GENERAL:

Francisco Santolaya Ochando

COORDINACIÓN TÉCNICA:

Ana Palmerín García

REDACCIÓN:

Elena Ayllón Alonso
Carlos García Torres
Álvaro Olivar Arroyo
Ana Palmerín García

EDITA:

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
C/ Conde de Peñalver, núm. 45 - 5.ª Planta
28006 Madrid
Tel.: 91 444 90 20. Fax: 91 309 56 15
E-mail: secop@cop.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Artes Gráficas Intigraf

IMPRIME:

Artes Gráficas Intigraf

Depósito Legal: M-58.882-2008

Este trabajo ha sido financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

*Agradecemos a Antonio Gamonal,
Débora González, Sonia Moncada
y a la Asociación «Realidades»
sus inestimables sugerencias y opiniones
para la elaboración de esta Guía.*

ÍNDICE

Presentación	9
Capítulo 1. Introducción	11
Capítulo 2. Paradigmas teóricos	15
2.1. Modelos explicativos del consumo de drogas	15
2.1.1. Modelos integrales del consumo de drogas	16
2.1.2. Modelo general explicativo de la conducta.....	18
2.2. Estilo de intervención.....	23
2.3. El modelo de competencia aplicado: la vertiente educativa	26
2.3.1. Fases de la actuación basada en las competencias	29
2.3.2. Ámbito individual: el proceso.....	30
2.3.3. Ámbito grupal: la dinámica de los grupos	32
2.3.4. Ámbito comunitario: investigar y actuar.....	35
2.4. Los ámbitos de actuación del mediador en prevención de drogodependencias.....	37
Capítulo 3. Elementos clave en prevención.....	39
3.1. Breve historia de la prevención en España	39
3.2. En torno a algunos conceptos.....	42
3.2.1. El concepto de mediador social.....	42
3.2.2. El concepto de consumo problemático	44
3.2.3. El concepto de población vulnerable	44
3.3. Factores de riesgo y protección.....	46
3.3.1. Factores de riesgo.....	47
3.3.2. Factores de protección.....	50
3.4. La prevención basada en la evidencia.....	54
Capítulo 4. La situación actual del cannabis.....	59
4.1. Prevalencia del consumo de cannabis en el mundo, Europa y España	59
4.2. Perfiles asociados al consumo de cannabis	62
4.3. Cuestiones a tener en cuenta en torno al cannabis	63
4.3.1. El «gateway effect»: el cannabis como puerta de entrada al consumo de otras drogas ilegales.....	63
4.3.2. La cultura cannábica: una moda, un negocio	65
4.3.3. Las expectativas asociadas al consumo: los mitos del cannabis	66
Capítulo 5. Las poblaciones destinatarias en prevención	69
5.1. Población femenina y prevención de consumo de cannabis: ¿por qué consideramos un enfoque de género?	69
5.1.1. Factores de riesgo generales que afectan a las mujeres de la cultura mayoritaria	71
5.1.2. Factores de riesgo propios de las mujeres de la cultura mayoritaria.....	71
5.2. Población gitana y prevención del consumo de cannabis: ¿Por qué la población gitana presenta vulnerabilidades específicas?.....	74
5.2.1. Factores de riesgo generales que afectan a los varones gitanos.....	75
5.2.2. Los factores de riesgo y de protección en los varones gitanos	76

5.3. La mujer gitana y la prevención del consumo de cannabis: ¿por qué incluir un apartado para este colectivo?	77
5.3.1. Factores de riesgo y de protección generales en la mujer gitana	77
5.3.2. Factores de riesgo de las mujeres que afectan a la mujer gitana.....	78
5.4. Población inmigrante y prevención de consumo de cannabis: ¿por qué consideramos que los conceptos «inmigración» y «vulnerabilidad hacia el inicio del consumo de drogas» están relacionados?	80
5.4.1. Factores de riesgo generales que afectan a la población inmigrante	80
5.4.2. Factores de riesgo propios del hecho migratorio	86
5.4.3. Factores de riesgo de las mujeres en general que afecten a las mujeres inmigrantes	87
5.4.4. Factores de riesgo del hecho migratorio susceptibles de afectar a las mujeres .	88
5.4.5. Factores de riesgo vinculados a cada población de origen	89
5.4.6. Identificación de los diferentes factores de protección	92
5.4.7. Consideración de la generación del inmigrante	95
Capítulo 6. Actuar en la prevención.....	97
6.1. Metodología de la prevención con personas	97
6.1.1. La etapa de captación.....	97
6.1.2. La sistematización del trabajo en prevención con las personas	101
6.1.3. El procedimiento en la mediación en prevención	104
6.2. Pautas generales de actuación con las diferentes poblaciones.....	108
6.2.1. Pautas generales de actuación con la población femenina.....	108
6.2.2. Pautas generales para la prevención en la cultura gitana	109
6.2.3. Pautas generales para la prevención con adolescentes inmigrantes.....	110
6.3. La evaluación	112
Epílogo. Conclusiones	115
Anexo. Lecturas recomendadas	117
Bibliografía	119

PRESENTACIÓN

Con la presente GUÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS EN POBLACIÓN VULNERABLE E INMIGRANTE. VISIÓN DIFERENCIAL PARA AMBOS SEXOS, se ha pretendido abordar este tema desde una perspectiva integradora, poniendo el foco de atención en aquellos colectivos que consideramos más vulnerables y sobre los que casi nunca detenemos nuestras acciones, hablamos de inmigrantes y mujeres, que a nuestro juicio les definen como soportadores de riesgo.

El interés del CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS por la prevención del consumo de las drogodependencias ha motivado a la realización de esta Guía, cuyo objetivo era aportar nuestro granito de arena mostrando un acercamiento desde ambas perspectivas: cultural y de género, aunque las diferencias entre hombres y mujeres, en cuanto al consumo de drogas, se han ido equiparando en algunas sustancias o incluso aumentando (alcohol, tabaco o barbitúricos), en otras siguen estando por debajo en datos de prevalencia (cannabis). Estos datos no pueden hacernos olvidar que, aunque aparentemente chicos y chicas vivan en contextos sociales similares, los códigos de comportamiento, las diferencias en su desarrollo evolutivo, las expectativas de la sociedad ante sus conductas y otros datos distintivos en cuanto a factores de protección y de riesgo en ambos grupos, hacen que deban considerarse no sólo lo que les une, también lo que les diferencia. Todo ello redundará en una mejor adecuación de las estrategias y actuaciones aplicadas por los diferentes grupos diana. Desgraciadamente, tanto las diferencias que se producen en los jóvenes por cuestiones de género como por origen cultural pasan desapercibidos en la mayoría de las intervenciones preventivas que actualmente se llevan a cabo en nuestro país.

El trabajo que proponemos exige un conocimiento profundo acerca de los condicionantes de los comportamientos, su prevención y modificación. La PSICOLOGÍA, ciencia del comportamiento, se presenta como una disciplina que puede proporcionar aportaciones decisivas a la tarea que planteamos, teniendo en cuenta además que el psicólogo es una pieza clave en el asesoramiento a mediadores sociales, así como en el desarrollo metodológico y la ejecución de los programas preventivos. Pero el psicólogo no debe estar solo en esta tarea, debe siempre coordinarse con otros profesionales (educadores sociales, pedagogos, etc) y dentro de equipos interdisciplinarios. Un fenómeno como el de la prevención de las drogodependencias requiere una respuesta compleja e integradora, abordando sus peculiaridades siempre desde las diferentes vertientes que aportan distintas disciplinas y la propia comunidad.

Por último agradecer y manifestar nuestra gratitud una vez más a la financiación de la DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, por su labor de impulso y estímulo en el ámbito de la prevención de las drogodependencias, y sin cuyo apoyo no hubiera visto la luz la presente publicación.

FRANCISCO SANTOLAYA OCHANDO

PRESIDENTE

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

En Europa más de 70 millones de personas entre 14 y 64 años han probado el cannabis al menos una vez a lo largo de su vida (OEDT, 2008). Entre los países con mayor prevalencia de consumo en edades comprendidas entre los 15 y 24 años, tanto en el último año como en el último mes, se encuentra España. Nuestro país sigue teniendo el privilegio de ocupar, durante los últimos años, puestos de gran relevancia en este ranking europeo.

Si revisamos los datos epidemiológicos respecto al consumo de esta sustancia en España, comprobamos que éste se duplicó en la población general en un periodo de ocho años: en 1995 el 14,5% de personas entre 15 y 64 años lo habían probado alguna vez, elevándose esta cifra en el año 2003 a un 29,0% (EDADES, 2003). Desde ese año hasta la actualidad, se ha visto un cambio de tendencia que nos lleva a afirmar que entre el año 2005 y el 2007 el cannabis ha sufrido una disminución en todos los indicadores de consumo propuestos en las encuestas (EDADES, 2007-08). Asimismo, ha disminuido la disponibilidad percibida y aumentado el riesgo percibido en la población cuando este consumo se refiere a un uso continuado.

En el caso de los jóvenes, este incremento se ha producido de forma parecida: del 20,9% de los jóvenes entre 14 y 18 años que decía haber probado el cannabis en 1994 se pasó, 10 años después, a un 42,7%. El consumo en el último año también se duplicó, pasando de un 18,2% en 1994 a un 36,6% en 2004 (ESTUDES, 2004). Al igual que ha ocurrido con la población general, los últimos datos epidemiológicos obtenidos en 2006-07 (ESTUDES, 2007) demuestran que su consumo ha disminuido levemente en estudiantes de enseñanzas secundarias, aunque sigue siendo la sustancia ilegal más consumida entre jóvenes de 14 a 18 años.

Estos datos, por supuesto, deben llenarnos de esperanza y reconocer que quizás vamos por el camino adecuado. El gran impulso surgido en España a la hora de aplicar programas preventivos; el poseer actualmente un núcleo importante de conocimientos técnicos sobre buenas prácticas; el mejorar considerablemente la formación y capacitación de las personas que ejecutan dichos programas; el incremento de recursos económicos y humanos dedicados a la investigación; o el esfuerzo por aplicar la normativa vigente en materia de consumo y proporcionar alternativas más coherentes para evitar consumos posteriores, pueden enumerarse como elementos que están haciendo que se cambien algunas tendencias. Sin embargo todavía no es suficiente. A pesar de lo conseguido queda mucho por conquistar. En este país tenemos experiencia histórica del incremento de sustancias que pensábamos ya ajenas al imaginario y contexto de ocio de los jóvenes (por ejemplo, heroína e inhalantes), sobre las cuáles se dejó de intervenir a nivel preventivo pero que no podemos perder de vista.

Aunque la percepción del riesgo asociada a esta sustancia vaya disminuyendo (EDADES, 2007-08), van apareciendo nuevos consumidores y contextos donde la cultura del cannabis, y todo lo relacionado con ella (lo «alternativo», lo natural, etc.), está emergiendo con fuerza entre los más jóvenes. Ha de recordarse, en ese sentido, que cuanto menor es el riesgo percibido de una sustancia mayor es su consumo. Es obvio, pues, pensar que un objetivo clave a abordar en la prevención de estas conductas es el de modificar dicha percepción. Si queremos incrementar la toma de conciencia del problema en el segmento más joven de la población, debemos incidir en modificar sus actitudes y creencias. Pero estos esfuerzos no servirán si en última instancia no cambiamos sus comportamientos (y el cambio de actitud no basta) y los escenarios donde se producen.

Considerando lo anterior, se hace necesario revisar los modelos teóricos que resuelven el mayor número de interrogantes que nos plantea el fenómeno de las drogodependencias. Modelos que incluyan estos comportamientos dentro de la biografía de un sujeto, y no se analicen de forma aislada para evitar llegar a conclusiones estigmatizadoras de ese individuo o colectivo. Será conveniente, así mismo, analizar el tipo de estrategias que, a nivel metodológico, se han desarrollado con resultados efectivos en el ámbito preventivo al ser evaluadas y fácilmente generalizables a contextos diversos. También aparece importante depurar y significar, de manera específica, aquellas actuaciones que han resultado exitosas a la hora de abordar este tema con poblaciones específicas, resultando especialmente importante las experiencias con menores y jóvenes en situación de riesgo, interpretando este último concepto de manera amplia, desde una perspectiva biopsicosocial y en clave evolutiva.

Sin embargo, pretendemos que nuestro trabajo no quede aquí. España ha recibido en los últimos años un gran número de población extranjera, población que ha aportado su cultura, costumbres y estilos de vida. La manera de reinterpretar y afrontar la realidad que les rodea se hace especialmente revelador a la hora de abordar cualquier dimensión psicológica, educativa o social. Además, esta población no puede ser pensada como un todo homogéneo. Hay diferencias significativas no sólo por lugar de procedencia, también por condiciones en las que se establecen aquí (menores solos o con familia), lugar de nacimiento (aquí o en su lugar de origen), etc. Actualmente estos datos no son recogidos en las encuestas de consumo de drogas que se realizan a jóvenes en este país, y como mucho se utiliza la distinción entre inmigrante o no, pasando desapercibidas otras muchas cuestiones relevantes (país de origen, lugar de nacimiento, años de residencia en el país de destino, personas con las que vive, etc.).

A la hora de establecer actuaciones preventivas se hace urgente e imprescindible el análisis de las características de la población y sus necesidades, los elementos que la pueden definir como vulnerable, y los entornos donde se relacionan y desarrollan sus comportamientos. En ese análisis las variables culturales y de género son ineludibles, ya que esos elementos pueden delimitar, en un momento dado, a un grupo como vulnerable.

En esta Guía pretendemos realizar un acercamiento desde ambas perspectivas: cultural y de género. Aunque las diferencias entre hombres y mujeres (EDADES, 2007-08), en cuanto al consumo de drogas, se han ido equiparando en algunas sustancias o incluso aumentando (alcohol, tabaco o barbitúricos), en otras siguen estando por debajo en datos de prevalencia (cannabis). Estos datos no pueden hacernos olvidar que, aunque aparentemente chicos y chicas vivan en contextos sociales similares, los códigos de comportamiento, las diferencias en su desarrollo evolutivo, las expectativas de la sociedad ante sus conductas y otros datos distintivos en cuanto a factores de protección y de riesgo en ambos grupos, hacen que deban considerarse no sólo lo que les une, también lo que les diferencia. Todo ello redundará en una mejor adecuación de las estrategias y actuaciones aplicadas para los diferentes grupos diana. Desgraciadamente, tanto las diferencias que se producen en los jóvenes por cuestiones de género como por origen cultural pasan desapercibidos en la mayoría de las intervenciones preventivas que actualmente se llevan a cabo en nuestro país.

Estas consideraciones nos animan a proponer la elaboración de una Guía dirigida a mediadores sociales, figura catalizadora de los cambios necesarios, que trabajen en diferentes ámbitos con adolescentes y jóvenes (educadores sociales, responsables y personal de Centro Residenciales o de Internamiento, monitores de tiempo libre, referentes de grupos juveniles de instituciones públicas y privadas que trabajen en educación no formal e informal, responsables deportivos, profesores, etc.) en la que se especifiquen modelos teóricos integradores, factores de riesgo que determinan la vulnerabilidad de un colectivo, procedimientos avalados científicamente sobre la utilización de

estrategias adecuadas para la elaboración y aplicación de actuaciones preventivas psicoeducativas, sobre todo en contextos no formales e informales, y propuestas de actuación que puedan aplicarse en dichos contextos educativos.

El trabajo que proponemos exige un conocimiento profundo acerca de los condicionantes de los comportamientos, su prevención y modificación. La psicología, ciencia del comportamiento, se presenta como una disciplina que puede proporcionar aportaciones decisivas a la tarea que planteamos, teniendo en cuenta además que el psicólogo es una pieza clave en el asesoramiento a mediadores sociales, así como en el desarrollo metodológico y la ejecución de los programas preventivos. Pero el psicólogo no debe estar solo en esta tarea, debe siempre coordinarse con otros profesionales (educadores sociales, pedagogos, etc) y dentro de equipos interdisciplinarios. Un fenómeno poliédrico como el de la prevención de las drogodependencias requiere una respuesta compleja e integradora, abordando sus peculiaridades siempre desde las diferentes vertientes que aportan distintas disciplinas y la propia comunidad.

Es probable que algunos lectores se pregunten por qué no redactar una Guía que aborda la perspectiva de género en su planteamiento, desde un lenguaje donde se asuma esa misma visión. Esta reflexión también nos la hicimos en su momento desde el grupo redactor y no fue fácil tomar una decisión. El sexismo, según la vigésima segunda edición del DRAE (2001), consiste en «la discriminación de personas de un sexo por considerarlo inferior al otro». Somos conscientes de que predominan aquellos discursos en el que se oculta o discrimina a alguno de los sexos. La lengua española no es sexista en sí. Lo es el uso que hacemos de ella los hombres y las mujeres que conforman la sociedad. La desigualdad social es la causa de la lingüística, pero no podemos pensar que si desaparece ésta se suprimirá aquella. No es tan fácil. En español, el masculino es el género no marcado: tiene dos valores, uno específico (varón), y otro genérico (ambos sexos).

Conocedores de que el masculino genérico puede contribuir a la discriminación lingüística, pero en aras de una fluidez en el lenguaje y, dando por supuesto que en ningún momento utilizamos éste para discriminar a uno de los dos sexos, hemos optado por el uso, en la medida de lo posible, de sustantivos colectivos o genéricos. Somos conscientes de que habremos empleado en alguna ocasión masculinos genéricos, pero siempre con el objetivo de mantener la claridad del texto y no con un uso sexista. Sin embargo, cuando hablamos de mujer o chica, y chico u hombre sí nos referiremos a un grupo determinado.

CAPÍTULO 2. PARADIGMAS TEÓRICOS

Una Guía de actuación en cannabis debe tener entre sus objetivos el de identificar aquellos principios teóricos generales que, desde la Psicología y la Educación, se han establecido en cuanto a las actuaciones preventivas más adecuadas como medio para modificar actitudes y comportamientos. Los principios teóricos son los cimientos básicos que nos permiten diseñar cualquier acción enfocada a la salud, ya que nos marcarán las variables a tener en cuenta, los objetivos y las estrategias necesarias para conseguir dichos objetivos. Es por ello preciso que manifestemos la representación de la realidad que pretendemos abordar, posicionándonos en aquel modelo o modelos que den respuesta al mayor número de cuestiones relativas al comportamiento humano, sobre todo a los relacionados con la salud y más concretamente al consumo de drogas, y que nos proporcionen las líneas de actuación más adecuadas para facilitar los cambios deseados. Nuestros resultados, a su vez, permitirán afinar el modelo elegido y comprobar si es realmente el acertado. Este proceso de continua retroalimentación es lo que permite ir elaborando modelos más ajustados a la realidad y programas preventivos más pertinentes.

Numerosos paradigmas y modelos teóricos intentan dar respuesta al consumo de drogas en los últimos años. Algunos parten de enfoques más restrictivos, otros son más generalistas e integradores; los hay que ponen el foco de atención en las drogas como conductas desadaptativas, o que asumen enfoques más orientados a considerar estos comportamientos como un elemento de estilos de vida más generales y complejos, que responden a numerosas cuestiones y no sólo a una. Sin embargo, ya hay numerosos estudios y programas que constatan la eficacia de algunos modelos así como su operatividad, factor altamente relevante a la hora de diseñar programas efectivos.

A la hora de elegir el modelo debemos tener en cuenta al menos dos criterios (Palmerín et al, 2003): que el modelo abarque el mayor número de variables implicadas en los comportamientos adictivos; y que sea fácilmente aplicable o al menos que oriente la acción preventiva de manera precisa. Nosotros añadiríamos un tercer elemento: su flexibilidad y adaptación a los diferentes contextos sociales y culturales que componen la sociedad actual.

Considerando las afirmaciones anteriores, en esta Guía hemos adoptado un modelo explicativo del consumo de drogas que responde de manera integral a esta cuestión; y un modelo que revela el estilo de intervención que debemos adoptar. Ambos modelos van más allá de lo puramente técnico ya que aportan una visión casi ideológica, insertándose en una forma de planificar, participar y modificar la manera en la que en muchas ocasiones se viene trabajando en salud.

De esta forma nos encontramos, por un lado, con aquellas teorías cuya finalidad es explicar los comportamientos no saludables y, por otro, aquellos modelos que provienen tanto de la psicología como de la educación y que arrojan luz sobre cómo desarrollar nuestras actuaciones, qué variables tener en cuenta, en qué contextos y de qué manera. Sin una mención general a los modelos teóricos, esta Guía quedaría sin rumbo, las estrategias se elegirían por criterios no técnicos sino de oportunidad, y las actuaciones propuestas carecerían de valor referencial y por lo tanto de operatividad.

2.1. MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS

Ya hemos comentado que uno de los requisitos que debe cumplir un modelo es el de dar respuesta al mayor número de interrogantes con los que nos encontremos a la hora de concebir cualquier

problema de salud. Nosotros apostamos por un modelo explicativo generalista, con vocación integradora al considerar al mayor número de variables implicadas y donde se recojan, no sólo los factores que aumenten la probabilidad de desarrollar conductas adictivas, sino también aquellos que explican nuestra forma de actuar en general (Modelo ABC). De esta manera el individuo no queda parcelado en diferentes ámbitos, sino integrado en un todo complejo, donde adquiere valor y se mantiene en continua interacción y cambio. Sin embargo, hay modelos más específicos sobre la adicción o las conductas desviadas en general (término algo incorrecto desde nuestra concepción, ya que lo que en un ambiente puede resultar desviado en otros es sumamente adaptativo, por lo tanto la pregunta sería ¿desviada para quién?), que nacen con la intención de ser también totalizadores y que aportan visiones interesantes y complementarias a los modelos de corte más generalistas, que mencionaremos aquí someramente.

Aunque la explicación exhaustiva de estos modelos excede los objetivos de esta publicación, al final de la misma mencionaremos aquellos manuales, artículos, páginas web, etc. que pueden resultar de gran ayuda al mediador social y donde se especifican ampliamente los modelos elegidos, es interesante recoger algunas de sus afirmaciones y recordar al lector cómo integrar sus postulados en el diseño de nuestras actuaciones, además de informarle del posicionamiento teórico y técnico adoptado por esta Guía.

2.1.1. Modelos integrales del consumo de drogas

Hay un gran número de modelos que, desde una perspectiva integral, intentan dar respuesta específicamente al consumo de drogas y que conviene conocer, aunque insistamos que en esta Guía prefiramos adoptar un modelo que aborde tanto comportamientos saludables como no saludables. Mencionaremos muy brevemente sólo los más relevantes por ser los de mayor consenso científico, aunque algunos de ellos (Teoría de la Influencia Triádica) sean altamente complejos en su aplicación y todavía no cuenten con el bagaje aplicado necesario para valorar su capacidad de predicción futura. Si el lector desea profundizar sobre sus postulados teóricos, u otros modelos explicativos del consumo de drogas, existen diferentes Manuales y Guías prácticas a los que puede acudir (Becoña, 1999; Palmerín et al, 2003; Graña, 1994, 1998).

Entre los modelos más importantes señalamos concisamente:

La Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor (1977), que en revisión posteriores y en un intento de ser más integradora derivó en ***La Teoría para la Conducta de Riesgo de los Adolescentes de Jessor (1991)***. Ambas teorías han dado pie a un mayor desarrollo de los factores de riesgo y protección ya que, en su última versión, se centra en las conductas de riesgo y especialmente en los factores de riesgo. La teoría de la conducta de riesgo se fundamenta en la ciencia conductual del desarrollo que analiza la adolescencia de manera holista, donde la interacción entre el sujeto y el contexto se hace imprescindible para la explicación de cualquier comportamiento.

Esta teoría es de una gran complejidad y da un gran peso a indicadores sociales de pobreza y deprivación social como origen de muchas conductas de riesgo. Insiste, además, en la importancia que deben adquirir los factores de riesgo conductuales y no sólo biológicos, y la etapa del desarrollo como base para contextualizar diferentes comportamientos. Presenta cinco grupos de factores de riesgo y de protección (biológicos / genéticos; medio social; medio percibido; personalidad; conducta), basados en la evidencia de la literatura científica y que sirven como marco conceptual general para determinar las conductas de riesgo. La teoría considera el concepto de «conducta de riesgo» desde un punto de vista social, es decir, como aquellas conductas que no están dentro de lo socialmente aceptado y esperable.

Es un modelo fácilmente operativo y permite establecer, previamente, aquellos factores de riesgo y protección sobre los que se va a incidir, disminuyendo la incidencia de los primeros y favoreciendo el incremento presencial de los segundos. Al dar tanta importancia al contexto y a los factores de riesgo sociales (pobreza, tráfico de drogas, etc.), el modelo lleva a posicionarse incluso social y políticamente.

El Modelo del Desarrollo Social de Catalano, Hawkins et al (1996), pretende también ser integradora y nace teniendo como tronco teórico la teoría del aprendizaje social de Bandura (1974). El Modelo intenta predecir tanto la conducta antisocial como prosocial, ya que supone que están basadas en los mismos procesos. Se vuelve a considerar la conducta antisocial desde un punto de vista normativo y aceptable socialmente, creyendo que ésta se genera por la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. El consumo de drogas, por tanto, es considerado como una conducta antisocial, dando una gran importancia en su aparición a los factores de riesgo que se desarrollan en diferentes ámbitos: individuo, familia, escuela, grupo de iguales y comunidad.

El modelo asume la idea principal de que los individuos somos básicamente buscadores de satisfacción y nos implicamos en aquellos comportamientos sobre los que especulamos y esperamos una alta consecución de logros. El desarrollo de conductas prosociales o antisociales dependerá de la intensidad del vínculo que une al sujeto con su entorno. Si ese entorno es favorecedor de conductas prosociales y la fuerza del vínculo con ese entorno es suficientemente potente, entonces ese sujeto desarrollará mayoritariamente conductas de ese tipo y viceversa. Por ejemplo, en la infancia el vínculo que une al niño con su familia es tan potente (o debería serlo), que si el niño es ampliamente reforzado por ella cada vez que realiza una conducta prosocial y además los contextos posibilitan esas actuaciones, este tipo de comportamientos se manifestarán mayoritariamente.

Los contextos vuelven a adquirir una enorme importancia. Sin embargo no es suficiente con que haya oportunidades de desarrollar conductas socialmente aceptables, es necesario que el sujeto las perciba, que haya interacciones reales con el entorno, que tenga suficientes habilidades personales para desarrollarse adecuadamente en esas situaciones y que el sujeto perciba una alta consecución de gratificaciones por la realización de dichas conductas.

Es, al igual que el anterior, un modelo fácilmente operativo donde adquiere una gran importancia el aprendizaje de habilidades personales para lograr un funcionamiento competente en entornos prosociales.

La Teoría de la Influencia Triádica de Flay y Petraitis (1994), proporciona una de las explicaciones más recientes y complejas sobre el consumo de drogas. Parte de una revisión muy exhaustiva de modelos teóricos y comparte con las anteriores la gran relevancia de la interrelación entre el individuo y contexto. En esta teoría intentan explicar el origen del comportamiento atendiendo a varios niveles que van desde los más lejanos a los más próximos a la persona: macroambiente (está en el origen de las actitudes); microambiente inmediato (que determina el contexto social) y predisposiciones genéticas y de personalidad (incide a nivel personal).

Además considera tres tipos de influencia sobre el comportamiento: a) culturales y ambientales, que influyen sobre el conocimiento y las actitudes; b) el contexto social, que influye en las creencias sociales normativas; c) intrapersonales, que afecta a la autoeficacia. A su vez, estas influencias interaccionan con los diferentes niveles en un juego continuo de relaciones.

La teoría aborda tanto los factores directos como indirectos que influyen en la conducta, pretendiendo dar respuesta tanto a los comportamientos nuevos como ya adquiridos (Figura 2.1).

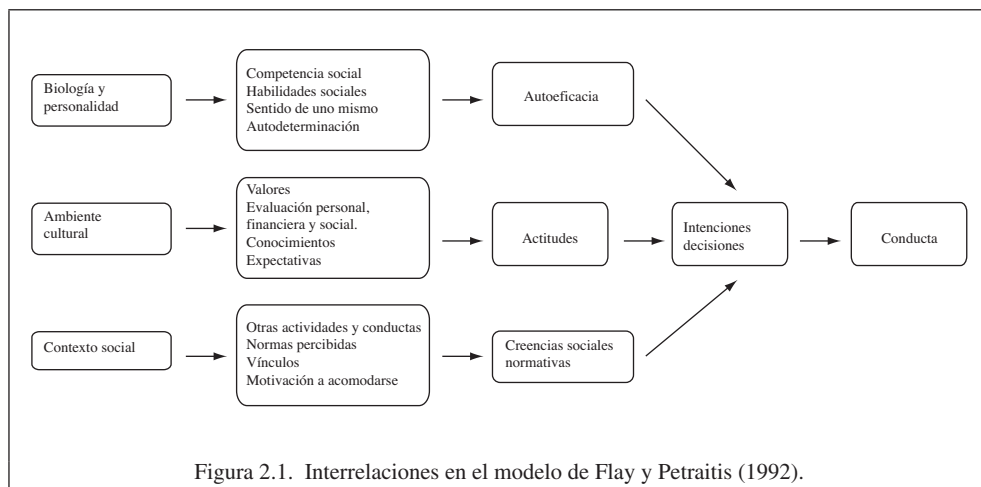


Figura 2.1. Interrelaciones en el modelo de Flay y Petraitis (1992).

Para los autores, las características más importantes de la personalidad se concretan en 5 variables: control personal, control emocional, introversión-extraversión, sociabilidad e inteligencia general. Cuando estos factores se manifiestan de manera positiva en el individuo, es decir, éste tiene una imagen favorable y coherente de sí mismo es difícil que realice conductas de riesgo y actúe más impulsivamente.

Uno de los aspectos más positivos de esta teoría es que exige en cada situación, realizar un análisis lo más extenso posible, no sólo del comportamiento en si, también de las variables que influyen y de la intensidad con la que lo hacen, posibilitando distintos niveles de intervención (en función a la proximidad o lejanía de dichas variables).

2.1.2. Modelo general explicativo de la conducta

El Modelo ABC de Costa y López (2006)

Este modelo nace de una revisión del anterior modelo de los mismos autores denominado didácticamente «El modelo de las 7 esferas» (1996). Se trata de un modelo contextual e integrador que parte de la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1974, 1982, 1987), sobre todo asumiendo conceptos tan relevantes como la autoeficacia y el aprendizaje vicario; participando, además, de otras perspectivas teóricas importantes como: el Conductismo Social (Staats, revisión de 1997), el Modelo Intercultural de Kantor y Ribes (Kantor, 1978; Bayés, 1979; Ribes, 1985) y, por último, los Modelos Ecológicos (Bronfenbrenner, 1979) y Ecológicos-transaccionales (Moos, 2003) a los que luego se hará mención por considerarse enormemente relevantes en el tema que nos ocupa.

Sin embargo la elección del modelo no sólo se produce por el aval que le dan las fuentes de las que bebe, también lo es porque cumple con los requisitos antes expuestos, es decir, dar respuesta a un gran número de interrogantes; ser operativo y desarrollar un estilo de intervención (se integra perfectamente con el modelo de competencias de Albee, 1980; Costa y López, 1983); y ser sensible cultural y socialmente, ya que el papel del contexto en el modelo es uno de los ejes fundamentales sobre los que gira, además de tener en cuenta variables de la biografía y de la historia personal

de un individuo que pueden determinar el comportamiento a desarrollar (por ejemplo, género o pautas culturales).

Aunque el modelo no intenta expresamente explicar los comportamientos adictivos, creemos que permite obtener una visión integral sobre la génesis del comportamiento humano, proporcionando además herramientas útiles para la actuación. Además, parte de autores españoles con una amplia trayectoria en el diseño y aplicación de programas de salud, hecho en absoluto baladí ya que permite conjugar de manera eficaz el conocimiento teórico con la experiencia práctica.

El Modelo ABC pertenece a los llamados modelos contextuales porque sitúa las conductas problemáticas en el contexto donde el individuo se ha ido desarrollando como persona, y a las circunstancias que han rodeado a ese sujeto. El modelo intenta comprender de qué manera cada uno de nosotros nos vamos desarrollando y porqué llegamos a comportarnos como nos comportamos. Para ello, considera que todos **los comportamientos «son integrales, biográficos y contextuales a la vez»** (Costa y López, 2006, p. 28), y vienen determinados por tres componentes estructurales que dan nombre al modelo: **Antecedentes, Biografía y Consecuencias** (figura 2.2)

Los autores establecen que el comportamiento es el resultado de la interacción continua y transaccional entre el contexto y la biografía de un individuo. El **contexto** contribuye con dos elementos que se encuentran situados en el mismo continuo: los **antecedentes**, que son los causantes de movilizar a la biografía; y las **consecuencias**, que vienen a ser el resultante de la interrelación entre el contexto y la biografía, y que provocan un doble efecto modificando ambos elementos y condicionándose recíprocamente. Es decir, toda acción de la biografía repercute en el contexto y a su vez este cambio revierte de nuevo en ella, pasando a ser un elemento más que la configura y define.

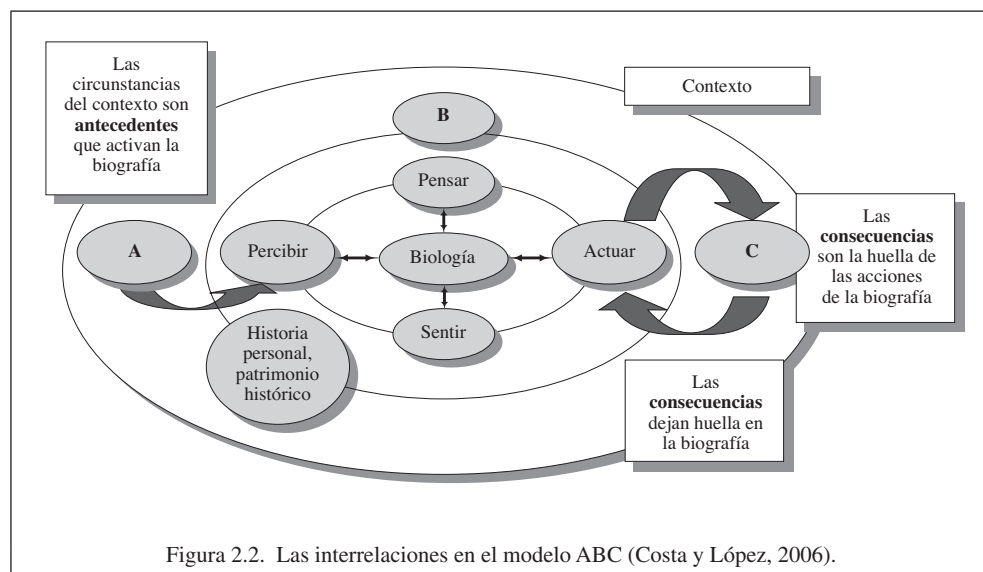


Figura 2.2. Las interrelaciones en el modelo ABC (Costa y López, 2006).

Por su parte, la **biografía** está compuesta por cinco elementos que la nutren y conforman: percepción, pensamiento, sentimiento, acción y biología; y además por su historia biográfica. Es importante señalar que está rodeada de lo que los autores denominan «membrana permeable», que la permite interactuar permanentemente con los otros elementos (contexto, antecedentes y consecuencias).

Así, por ejemplo, cuando a un adolescente se encuentra ante una posible **situación de consumo de drogas** se pone en marcha este conjunto de relaciones. La conducta de sus amigos, la actitud ante el consumo, las normas morales por las que se rige, las experiencias pasadas con la sustancia (si no es la primera vez) y que forman parte de su **historia personal**, etc. pueden actuar como **antecedentes**. Estos activan a los elementos de la **biografía**, donde el sujeto **percibe** o selecciona aquellos componentes del contexto que les son significativos (a favor o no de la conducta de consumir, dependiendo de los resultados de anteriores comportamientos); **piensa** en las posibles consecuencias si sus padres lo descubren o si sus amigos no entienden su rechazo. Pero al mismo tiempo **siente** cierta euforia ante la posibilidad de fumar que incrementa su deseo que repercute en el pensamiento en forma de expectativas positivas, y decide (**acción**) consumir, lo que le produce un gran bienestar físico, además de que sus amigos participan de la situación. Estas **consecuencias** dejan huella en su biografía y condicionarán su conducta futura ya que cuando se produzca un cuadro similar de antecedentes el individuo tenderá a responder de la misma manera, modificando, al mismo tiempo, su entorno o **contexto** más próximo (discusiones en casa si sus padres perciben una actitud diferente, y mayor grado de acercamiento y reconocimiento del grupo que actuará, la próxima vez, como un potente antecedente favorable hacia el consumo si éste actúa como elemento altamente significativo para el adolescente).

En cuanto al **contexto**, y como ya se ha mencionado, el modelo ABC incluye en sus planteamientos postulados de los modelos ecológicos sobre el desarrollo evolutivo (Bronfenbrenner, 1979) y ecológicos- transaccionales (Moos, 2003), de enorme interés para el desarrollo de actuaciones preventivas. Detengámonos un momento en alguno de los razonamientos que serán de gran utilidad para entender la relevancia del contexto (como concepto genérico) en el modelo ABC.

El modelo ecológico propone que el desarrollo humano es el resultado de la progresiva acomodación entre el sujeto (que está en continua acción) y los entornos inmediatos donde se mueve. Pero éstos, a su vez, mantienen relaciones con otros entornos más distales al sujeto el cual se verá afectado por dichas relaciones. Sin embargo, el individuo no es sólo un componente fácilmente influenciable en esta relación, ya que se irá implicando progresivamente en el ambiente y, como consecuencia, influyéndole e incluso reestructurando el medio en el que vive.

La relación es bidireccional. Así, por ejemplo, si el adolescente se relaciona a través de un estilo de comunicación agresivo con su familia, ésta reaccionará inmediatamente con él de la misma manera, dificultando futuros encuentros ya que estarán ambos a la defensiva y se cerrarán los canales de comunicación. Esta predisposición provocará, a su vez, aquello que no quieren pero que esperan (porque en otras ocasiones se ha producido), facilitando de nuevo un estilo de comunicación agresivo que bloqueará toda comunicación presente y futura.

Para el modelo ecológico el contexto, que no es un ente simple, implica una serie de estructuras complejas y concéntricas que definen cuatro niveles que, de una forma u otra, influyen en el sujeto directa o indirectamente. Estos niveles son los siguientes (Bronfenbrenner, 1979):

- **Microsistema:** se refiere al conjunto de relaciones, actividades o experiencias que realiza una persona en un entorno muy determinado (por ejemplo, la familia).
- **Mesosistema:** comprende las interrelaciones de dos o más microsistemas. Estas interrelaciones dependerán del momento del desarrollo evolutivo (por ejemplo, en la infancia los entornos más inmediatos son la familia y la escuela; en la adolescencia el grupo de iguales y la familia, etc.).

- **Exosistema:** se refiere a los sistemas que influyen directamente sobre los entornos más próximos a un individuo y que, por lo tanto, ejercen una influencia indirecta sobre él (por ejemplo, el ambiente laboral de los progenitores o sus amigos, que influyen directamente sobre sus padres e indirectamente sobre los adolescentes).
- **Macrosistema:** las normas culturales, ideológicas y sociales que, transversalmente, influyen en todos los demás sistemas.

La influencia de los sistemas es dinámica y, dependiendo del momento evolutivo en el que nos encontremos, toman relevancia unos contextos u otros o, al menos, algunos de sus elementos. Esta afirmación es sumamente relevante para el diseño de actuaciones, ya que los factores de riesgo y de protección pueden variar en función al momento de desarrollo en el que se sitúe la población. Del mismo modo, las situaciones de mayor riesgo que se afrontan irán variando, ya que los contextos con los que se relacionan y el estilo de relación son cambiantes.

Sin embargo, el modelo no concreta ni especifica los mecanismos a través de los cuales los múltiples factores del contexto influyen en los sujetos. Esta carencia intentan suplirla *los modelos ecológicos-transaccionales* y, con gran éxito según nuestra opinión, el modelo ABC de Costa y López. Para ambos modelos el contexto es maleable, flexible, convirtiéndose el individuo en participante activo de su propio crecimiento. Desarrollan, además, diferentes vías de interrelación entre lo biológico, lo adquirido, el individuo y el ambiente que dan un amplio sentido al concepto de reciprocidad (tal y como estamos viendo en el modelo ABC).

Volviendo de nuevo al Modelo ABC, observamos que en un extremo del continuo que define al contexto se encuentran **las consecuencias** de nuestros comportamientos. Las consecuencias son el componente que determinan la probabilidad y la frecuencia de realización de un comportamiento. Tienen la función de otorgarle fortaleza, de reforzarlo y hacerlo significativo. Si un individuo no obtuviese resultados positivos de cualquiera de sus actos, éstos tendrían una baja probabilidad de volver a repetirse, perderían significado y se debilitarían. Estos resultados positivos no siempre son de la misma categoría o naturaleza, es decir, pueden ser afectivos (mayor atención y reconocimiento por parte de los demás) o de consecución de algún logro tangible (por ejemplo, conseguir llegar a casa una hora más tarde), etc.

Muchos aspectos del entorno provocan experiencias emocionales positivas o negativas, cumpliendo una función reforzadora o debilitadora cuando son el resultado de una acción. Si esas experiencias son positivas van a adquirir, a su vez, un valor facilitador de acciones futuras, provocando expectativas favorables ante la realización de nuevo de esa conducta. Este hecho es fundamental tenerlo presente en cualquiera intervención, considerando además que cuanto más inmediatas sean esas consecuencias más capacidad de reforzar tendrán.

Una vez analizado el contexto y su papel en el comportamiento, vamos a detenernos un momento en **cómo se producen las interacciones** entre los tres puntos que dan nombre al modelo (Antecedentes, Biografía y Consecuencias).

Los tres elementos del modelo se relacionan entre sí en dos niveles de transacción:

- El primer nivel el que se produce entre la biografía con el contexto (antecedentes y consecuencias); donde, como ya hemos explicado ampliamente, se condicionan mutuamente, y donde las consecuencias de la realización o no de un comportamiento determinan su valor en un futuro, siendo las autoras de que permanezca en nuestro repertorio de comportamientos definiendo nuestro estilo de actuación.

- Y un segundo nivel de relación que tiene lugar entre los elementos que conforman la biografía, ya que ésta no es un mero observador de lo que ocurre a su alrededor, explorando, percibiendo, organizando sus microsistemas. Así, nos encontramos con que cada persona tiene su manera de mirar al mundo, de relacionarse con él a través de la acción, y no sólo imaginando o sintiendo cómo es, sino empapándose de él a través de una actuación única que comporta todo lo que es en sí misma (percepciones, sentimientos, pensamientos, biología y acción). De ahí que el cambio en un sólo elemento, aunque necesario, no es suficiente para modificar un comportamiento y éste debe ser el objetivo último de toda actividad preventiva.

Cuando se aplican programas de sensibilización que sólo implican una modificación de actitudes, la mayoría de los programas pretenden alcanzar, a través de ese elemento, un cambio en el comportamiento. Como hemos visto hasta ahora, las actitudes o creencias de salud son elementos que inciden directamente en la biografía de un sujeto y, como tales, son importantes pero no totalizadores y catalizadores del cambio necesario.

El modelo analiza los comportamientos desde cuatro puntos de vista o «miradas»:

- **Mirada biográfica:** el comportamiento se define dependiendo de los sucesos biográficos que aporta cada sujeto y de la relación que establece con el entorno. La biografía está en continua evolución.
- **Mirada contextual:** todos los comportamientos se manifiestan en un contexto, y éste define a su vez al comportamiento.. «Cada biografía es parte del contexto y está siempre en contexto» (Costa y López, 2006, p.36).
- **Mirada transaccional:** el comportamiento es de naturaleza transaccional, es decir, es el resultado de la interacción (calidad, intensidad, estilo) entre la biografía y el contexto.
- **Mirada histórica:** el comportamiento es el resultado de nuestra historia biográfica, de los diferentes sucesos que componen nuestra vida a lo largo del tiempo. Dejan de ser comportamientos o sucesos aislados para formar parte de nuestra biografía.

Estos cuatro ejes constituyen la herramienta fundamental para comprender, explicar, analizar y anticipar las conductas, de ahí que todos deban ser tenidos en cuenta.. Si queremos saber el porqué de un comportamiento analicemos todos los elementos que lo componen (antecedentes, biografía, consecuencias e interacción con el contexto) evitando enfoques parciales y segmentados que nos conducen a error . Investiguemos, con algo más de profundidad, alguno de los elementos que componen estos ejes y que son de gran utilidad para abordar la problemática del consumo de sustancias.

Lo que parece evidente, atendiendo a lo expresando hasta el momento, es que las circunstancias y eventos que definen cualquier entorno (familia, escuela, organización laboral, barrio, etc.), pueden actuar como oportunidades (**factores de protección**), o como murallas que impidan o dificulten comportamientos saludables (**factores de riesgo**). El contexto, por tanto, debe ser también, y sobre todo, objeto de nuestra intervención. El sujeto no se expresa en el vacío y para entender una conducta debemos siempre contextualizarla, integrarla en este marco de relaciones y de miradas, evitando actuaciones arbitrarias o etiquetados que sólo responden a una visión parcial de la realidad.

La capacidad de los factores de riesgo de generar problemas o desajustes personales no permanece estática en el tiempo frente a un mismo sujeto, ni incide en todos los individuos con la misma intensidad. La intensidad de esta influencia dependerá de la proximidad de dicho factor como elemento facilitador de un comportamiento y del proceso transaccional de afrontamiento de cada

persona (Cowan, Cowan y Schultz, 1996), además de la presencia de posibles factores de protección que minimizarán dicha influencia negativa. Más tarde volveremos sobre los factores de riesgo y su importancia a la hora de elaborar programas preventivos.

En el modelo ABC, el concepto de **acción** adquiere una significación especial, siendo el elemento nuclear de la biografía y una de las variables más determinantes en la génesis y mantenimiento del comportamiento. Ya Piaget (1971, p.38) afirmaba que «los conocimientos derivan de la acción». Las situaciones, las personas, las experiencias vitales más significativas son aquellas de las que hemos participado a través de la acción, obteniendo resultados facilitadores de más acciones. La acción permite asimilar la realidad a través de unidades estructurales que nuestro comportamiento es capaz de elaborar y entender.

La acción es la que permite y consolida el aprendizaje de manera más determinante. Pero para ello las buenas intenciones no bastan (el cambio de actitudes y la intencionalidad de cambiar no son suficientes). Es a través de la realización práctica, de la acción, como el sujeto se siente competente para la tarea y como llega a obtener consecuencias que le animan a continuar con nuevas conductas o con el abandono de aquellas de las que no obtiene grandes ganancias personales.

Es por ello que las estrategias didácticas deben ir encaminadas a mejorar las competencias del individuo (aumentando su capacidad de control sobre la situación), y a favorecer entornos donde esos comportamientos puedan realizarse y obtener las ventajas deseadas. Esto queda ampliamente de manifiesto en la aplicación de modelos educativos, que luego se desarrollarán, para favorecer el incremento y consolidación de los aprendizajes.

Difícilmente nos será de utilidad hacer campañas de sensibilización hacia el reciclaje, por ejemplo, si sólo informamos pretendiendo generar una actitud positiva hacia el mismo en los individuos y de ahí provocar el incremento del reciclaje, pero no aumentamos el número de contenedores de reciclaje en la ciudad, no hacemos mucho más accesible «los puntos limpios» a los ciudadanos, o la Administración no informa periódicamente del uso que hace de esos residuos (intervención sobre el contexto). Cada vez que un ciudadano quiera (intencionalidad) llevar elementos potencialmente tóxicos a los Centros adecuados, tenemos garantías de que lo hará si sabe para qué sirven, dónde están, tienen un horario amplio, están cerca de casa, etc. Cuando lo haga la primera vez (acción), apreciará su comodidad y utilidad, sabiendo que hace una buena labor y sintiéndose protagonista de ese pequeño cambio.

2.2. ESTILO DE INTERVENCIÓN

Una vez definido el modelo que nos servirá de guía y establecer cuáles serán los parámetros sobre los que crearemos nuestras hipótesis explicativas, debemos seguir avanzando y preguntarnos: «Y ahora ¿qué hacer?, ¿cómo abordar los objetivos que nos planteamos?, ¿cuál debe ser nuestro papel?», etc. ya que nuestra representación de la realidad va a condicionar la manera de resolverla.

A lo largo de este capítulo hemos ido definiendo algunas de las claves, a través del modelo ABC, sobre cuál puede ser la opción más adecuada a la hora de intervenir con la comunidad y los individuos que la integran. Entre estos elementos referenciales se encuentran:

- La visión ecológica del comportamiento.
- La conducta como resultado de la interacción entre los antecedentes (que encuadran el comportamiento); la biografía del sujeto (y su propia historia personal) y las consecuencias (que determinarán los comportamientos futuros).

- La acción como elemento que facilita y consolida el aprendizaje, ajustándose estos aprendizajes a las características de los individuos y a las situaciones particulares de los mismos .
- La importancia de la observación e imitación de modelos de conducta, reales o simbólicos, significativos para el sujeto.
- La falta de control y «poder» de los sujetos sobre determinadas situaciones vitales y su relación con la desesperanza e incapacidad personal para tomar las decisiones adecuadas y responsables respecto a su propia vida.
- La visión integradora de múltiples componentes en la intervención preventiva, donde no sólo debemos incidir sobre los elementos que conforman la biografía del sujeto, sino también sobre el contexto y su influencia recíproca.

Si consideramos el consumo de drogas como un comportamiento aprendido, que se autorregula por el contexto y las consecuencias que ese comportamiento tiene sobre él a través de su realización (acción), y donde ese aprendizaje se ve profundamente condicionado por la observación de modelos altamente significativos para el sujeto, deberíamos dotar al individuo de los recursos personales y comunitarios necesarios para promover los cambios que favorezcan la elección de comportamientos saludables, logrando además mantenerlos en el tiempo.

Esta perspectiva en la que las personas y las comunidades donde se desarrollan adquieren el protagonismo y una posición activa y, donde tanto los profesionales como mediadores sociales somos un mero «instrumento educativo» para favorecer y posibilitar el incremento de competencias necesario para que se generen los cambios deseados, es la que desarrolla el **Modelo de Competencia (Albee, 1980; Costa y López, 1986, 1996, 2000, 2003, 2006)**.

El Modelo de Competencia o Potenciación es un modelo que nos da pistas sobre cómo intervenir, además de ser un enfoque educativo (Costa y López, 1998) que se concentra en los recursos, tanto personales como sociales. Se coloca en una visión positiva de la salud situando el foco en las posibilidades, en lo que ya se sabe hacer y en lo que se puede llegar a hacer.

Surge de la Psicología Comunitaria y como una estrategia de la promoción de la salud, conceptualizando los problemas no como una fuente de disfunción solamente, sino como una oportunidad para apropiarse de herramientas eficaces de búsqueda de soluciones. La idea no es evitar el afrontamiento a situaciones de riesgo sino hacerlo de la mejor manera posible, adquiriendo habilidades que se incorporen a nuestro repertorio de comportamientos y nos sirvan para afrontar situaciones nuevas o problemáticas.

Sus primeras aplicaciones se concretan en el entorno de la prevención (Albee, 1980), donde se estableció que las actuaciones deben proveer de recursos y posibilidades a las sociedades y sus ciudadanos para rentabilizar sus competencias. Los individuos, de esta manera, intervendrán de forma activa en su entorno potenciando redes de apoyo, controlando los factores generadores de problemas y favoreciendo la percepción de autoeficacia. Esto contribuirá a reducir considerablemente la ocurrencia de los problemas.

El modelo incide directamente sobre el sujeto, dotándole de herramientas personales para aumentar la percepción de control sobre sus circunstancias, favoreciendo elecciones más informadas y facilitándole, a través de experiencias de éxito, la realización y mantenimiento de comportamientos de salud. Pero también actúa sobre las comunidades, diseñando los cambios necesarios para generar entornos saludables, proporcionando experiencias y redes sociales de apoyo que favorezcan

la integración del sujeto y minimicen la elección de comportamientos no saludables, creando un sistema de apoyo profesional más accesible y competente.

Entre las características más significativas que definen este modelo se encuentran:

- Su objetivo primordial es dotar a los individuos y las comunidades de los recursos necesarios para aumentar su percepción de control sobre las situaciones que les rodean, posibilitando su desarrollo y autonomía y su capacidad para influir positivamente en el entorno.
- Asigna un papel relevante al entorno en la génesis y mantenimiento de los comportamientos, exigiéndonos que éste constituya un elemento más de nuestras actuaciones.
- Evalúa y aporta evidencia empírica de la vulnerabilidad, tanto individual como comunitaria, a través del análisis funcional de la conducta como herramienta de análisis (Costa y López, 1983).
- Dota de protagonismo a los ciudadanos en el cuidado de su bienestar, convirtiéndoles en «profesionales de la salud» (modelo pedagógico).
- El foco del diagnóstico está en determinar los recursos y competencias, más que en los déficit.
- El núcleo de la intervención está en los medios y recursos para promover aprendizajes eficaces de afrontamiento (visión proactiva).
- Posibilita la intervención sobre el individuo, el grupo y la comunidad. A ésta última una de la manera más eficaz de acceder es a través del mediador, al que se le dotará de las estrategias adecuadas para generar soluciones a los problemas comunitarios que se planteen, y ejerciendo de modelo positivo frente a la comunidad ayudándola a ser competente. El mediador será, al mismo tiempo, receptor y emisor de competencias.
- Es un modelo claramente orientado a la acción, ya que el aprendizaje de competencias sólo es significativo si tiene resultados gratificantes y exitosos, favoreciendo su incremento de la autoeficacia. Esta variable es la que mejor pronostica un afrontamiento activo y eficaz.

En el modelo de competencia, el papel del profesional cambia radicalmente con respecto a otros modelos de actuación. Éste pasa de ser un detector de deficiencias individuales, de vulnerabilidades solamente, a ser un investigador de recursos personales y sociales.

Al diseñar y planificar los programas los profesionales debemos observar al sujeto en el medio en el que vive y cómo se relaciona con él. Analizar en qué contextos tienen lugar las prácticas de riesgo, qué dificulta su aprendizaje y recabar los conocimientos técnicos y formativos precisos para poder realizar con ciertas garantías de éxito nuestra tarea. Aquí el sujeto opina sobre lo que le interesa o no hacer, sus motivaciones, etc. planificando con el profesional los objetivos a conseguir. Éste se implicará activamente en el diseño de las acciones, le proporcionará situaciones de éxito en la tarea, conocerá su entorno e introducirá los cambios necesarios para conseguir los objetivos propuestos.

La utilidad de este modelo reside en su versatilidad para acomodarse a las diferentes situaciones, su operatividad, la pertinencia de sus acciones y la mirada integral que dirige hacia los individuos y sus contextos. Estos componentes nos consienten diseñar nuestras intervenciones ajustándo-

nos a los individuos con los que trabajamos, individualizando cada una de esas intervenciones, posibilitando cambios en el entorno que permitan la generalización y mantenimiento de los comportamientos y, sobre todo, contribuir a propiciar sociedades más activas e implicadas con su salud, favoreciendo su percepción de control sobre los cambios sociales que continuamente se van produciendo.

El objetivo último o misión en prevención no debería ser eliminar las situaciones de riesgo, sino contribuir a que los individuos las afronten de la manera más adaptativa posible, pasando a ser éstas una fuente de aprendizaje. Para que eso sea así, hagámosles partícipes de su propia vida, démosles las herramientas necesarias, favorezcamos los cambios en el entorno oportunos y dejemos que sea la sociedad la que dé sus propias respuestas.

En esta tarea, el mediador social (profesional o no), como figura referencial de la comunidad o de grupos concretos, será el catalizador de las necesidades y el promotor de los cambios precisos. Es urgente, por tanto, que incorporemos estas figuras en el diseño de los programas, analizando sus potencialidades, proporcionándoles estrategias y acercándoles los recursos técnicos en caso de que los necesiten.

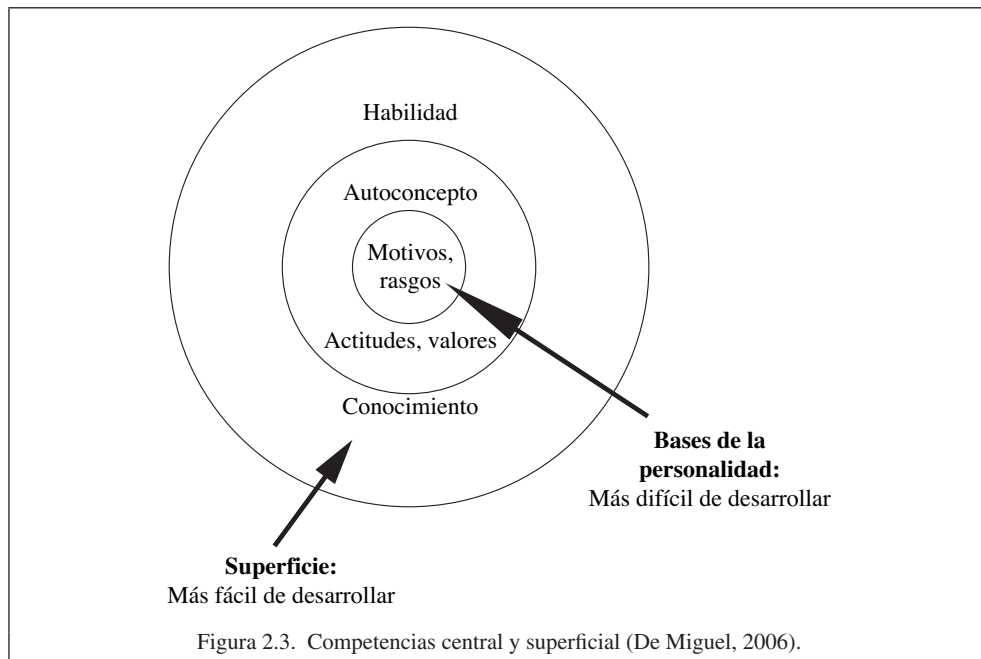
2.3. EL MODELO DE COMPETENCIA APLICADO: LA VERTIENTE EDUCATIVA

Una competencia se define como «la capacidad para actuar con eficiencia, eficacia y satisfacción sobre algún aspecto de la realidad personal, social, natural o simbólica» (Pinto, 1999). Esta definición tan abierta a diversas interpretaciones puede complementarse con otras como «la capacidad de poner en marcha de manera integrada aquellos conocimientos adquiridos y rasgos de personalidad que permiten resolver situaciones diversas» (Marqués, 2000), o «aquello que necesita cualquier persona para dar respuesta a los problemas con los que se enfrenta a lo largo de la vida» (Zabalza y Arnau, 2007).

Las competencias o capacidades personales presentan una serie de particularidades:

- Se adquieren y refuerzan a través del aprendizaje.
- Son acumulativas, ya que a medida que el sujeto se enfrenta con éxito a determinadas situaciones van adquiriendo mayor peso.
- Tanto las capacidades personales como las necesidades que determinan dichas capacidades, evolucionan y se definen en función del periodo evolutivo en el que se encuentra la persona

Retomando lo comentado en el apartado anterior respecto al modelo de Costa y López (2006), de un carácter más situacional, podemos afirmar que las características del individuo relativamente estables y subyacentes a la competencia son de diferentes tipos: motivos, rasgos de la personalidad, autoconcepto, conocimientos y habilidades (De Miguel, 2006) son elementos que interactúan a la hora de poner en marcha dichas competencias. Como puede verse en la figura 2.3, existen zonas con un más fácil acceso por ser más superficiales, como los conocimientos o las habilidades, que son los objetos, en muchos casos, de las actuaciones educativas, manteniéndose sin embargo en una posición más profunda elementos como las bases de la personalidad.



En todo caso, y reintroduciendo el modelo de Costa, existen variables de influencia entre unos y otros elementos, por lo que cambios en conocimientos y habilidades pueden derivar en cambios en actitudes y valores, o en el autoconcepto (en la medida en que el sujeto sienta mayor capacidad, por ejemplo, para dar una respuesta alternativa en función de los conocimientos y destrezas aprendidas).

Un elemento de interés a tener en cuenta es que los trabajos sobre el desarrollo de competencias suelen diferenciar entre competencias genéricas (motivos, rasgos, actitudes, valores) y competencias específicas de los temas tratados (conocimientos, habilidades específicas para cada temática). Así, tanto Bunk (1994) en relación a la formación profesional, Mertens (1996) en el terreno propiamente laboral, Echeverría (2005) en la capacitación de los profesionales de la orientación educativa o el Proyecto Tuning (2004) en el ámbito de la educación mantienen esa diferenciación de una u otra manera.

De esta manera, se plantea la necesidad de aplicar, en el ámbito de la prevención de drogodependencias, un modelo de desarrollo de competencias que incluya de manera conjunta diversas competencias y que actúe de manera interactiva sobre los conocimientos, destrezas y actitudes o valores. Pero, del mismo modo, conviene tener en cuenta la base de la que parte el individuo, tanto en términos de patrón de personalidad como de estilo de aprendizaje. En cuanto a esto último, conviene que los mediadores se adapten en la medida de lo posible al sujeto, para facilitar su aprendizaje a través del estilo de transmisión que más se adapte a su estilo de aprendizaje. La construcción de las competencias se representaría como aparece en la figura 2.4; nos parece una forma adecuada de representación, porque da la idea de desarrollo de diversos elementos que soportan de manera conjunta un techo a alcanzar, aparte de coincidir con tres de los pilares de la educación planteados por Delors (1996): saber, saber hacer y saber ser.

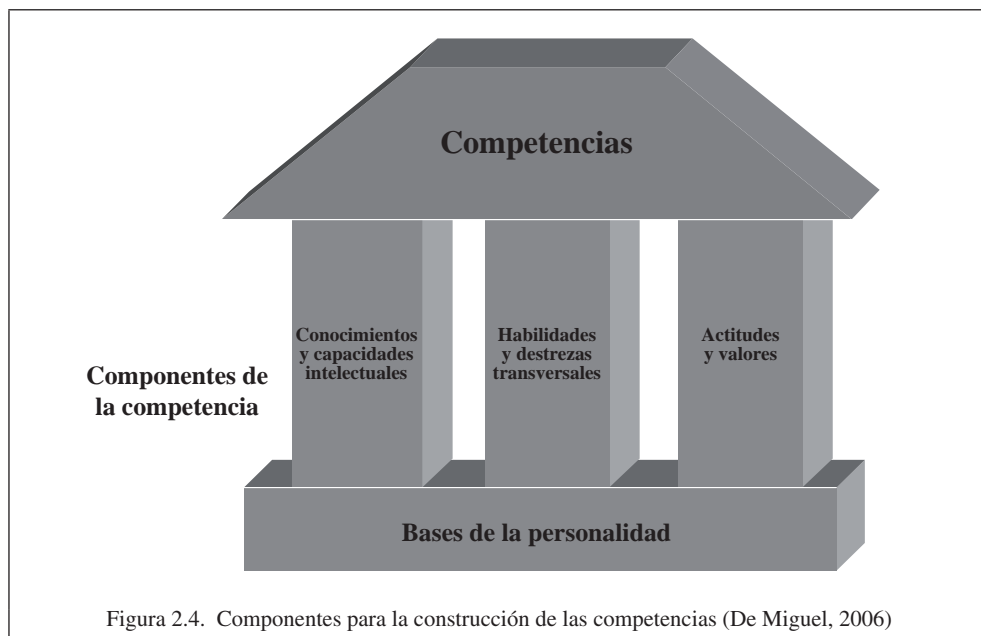


Figura 2.4. Componentes para la construcción de las competencias (De Miguel, 2006)

¿Cómo llevar a cabo esta construcción de las competencias para la prevención de drogodependencias? Desde el ámbito socioeducativo se ha llevado a la práctica desde hace tiempo el Modelo de Potenciación (Costa y López, 1989), cuyo objetivo de fondo es el alcanzar un nivel adecuado de competencia social. Así, el objetivo del modelo de actuación propuesto estaría orientado a alcanzar un nivel óptimo para cada sujeto de la competencia social referida a la relación con el consumo de cannabis.

Aun existiendo diversas definiciones, conceptualizamos la competencia social como la capacidad del sujeto, mediada por variables internas (afectivas, cognitivas y conductuales) y externas (agentes socializadores), para incorporarse de una manera eficaz a la sociedad y a la cultura en la que ha de desenvolverse. Ejemplos de variables afectivas serían la empatía o la expresión de emociones; las cognitivas serían, entre otras, la percepción social o las atribuciones; y como ejemplo de las variables conductuales hablaríamos de la defensa de los derechos o la capacidad para hacer y recibir críticas, tal y como plantean López, Iriarte y González (2008). En cuanto a las agencias de socialización (familia, escuela, grupo de iguales...), nos extenderemos de manera más amplia en el capítulo siguiente al hablar de factores de riesgo y protección. De alguna manera, este enfoque se correspondería, complementando lo anteriormente comentado respecto a los pilares de la educación de Delors (1996), con el cuarto pilar: saber convivir.

Todo esto nos lleva a considerar que las competencias a desarrollar en los sujetos con los que se hace prevención del consumo de sustancias se podrían descomponer en diversos elementos, que se desarrollarán con más profundidad en capítulos posteriores: en el ámbito de los conocimientos, por ejemplo, el derribar ciertos mitos asociados al cannabis; en el de las destrezas, la capacidad para resistir a situaciones en las que la persona se sienta presionada para consumirlo; y en el de las actitudes, la reducción de la actitud favorable al consumo. Todo ello persiguiendo que sea más competente socialmente para desenvolverse en su entorno próximo. Conviene no olvidar, por otra parte, que tan importante como el desarrollo de competencias específicas es el desarrollo de competencias alternativas, como la ocupación activa y creativa del tiempo libre, o el desarrollo de competencias prelaborales.

2.3.1. Fases de la actuación basada en las competencias

Como toda actuación en el ámbito de lo social, podemos establecer una serie de fases a seguir que son comunes a todos los ámbitos, aunque haya diferencias tanto en la denominación como en los objetivos, contenidos, actuaciones y métodos de evaluación a aplicar. Estas fases son:

- 1) Análisis de la realidad.
- 2) Planificación.
- 3) Implementación.
- 4) Evaluación.

En función de si desarrollamos una actuación en el ámbito individual, grupal o comunitario, estas fases recibirán otros nombres o consistirán en actividades diferentes. Para aclararlo de manera concreta, iremos una por una.

Análisis de la realidad

El análisis de la realidad tiene como función el conocer al individuo, grupo o comunidad con la que se va a desarrollar la labor preventiva. Para el mediador emergente, que surge de la propia comunidad, por ejemplo, esta fase es sencilla, en la medida en que cuenta con un mayor conocimiento de partida de esa comunidad. Quizá su tarea se deba centrar en delimitar bien las necesidades que se perciben, por ejemplo. Por el contrario, para un mediador ajeno de inicio a los hábitos y costumbres, será necesario todo un trabajo de investigación para llegar a conocerla en profundidad.

En el ámbito grupal, el análisis de la realidad se llevará a cabo, por lo general, a través de dinámicas que favorezcan la toma de contacto y la presentación. En el ámbito individual, las primeras entrevistas, la fase de aceptación y conocimiento, el proceso de valoración, será determinante para saber qué características de partida tiene esa persona. Todo ello tiene como objetivo conocer el nivel de partida de conocimientos, destrezas, actitudes, y las bases que los van a sustentar, para optimizar la labor preventiva orientada al desarrollo de competencias.

En el fondo, la utilidad de esta fase es común a los tres ámbitos, porque se refiere a analizar la realidad para conocerla en profundidad, detectar las necesidades y las potencialidades y, en resumidas cuentas, como decía Ander-Egg (1993), «conocer para actuar».

También es recomendable en esta fase, especialmente a la hora de trabajar con grupos y comunidades, conocer, a través de un proceso de investigación y documentación, qué se ha hecho en otros lugares con otras poblaciones semejantes a la que aparece como sujeto de la actuación. De esa forma, se pueden conocer acciones previas que pueden haber sido eficaces y útiles para el trabajo que nos espera, así como ir descartando otras que no se han demostrado efectivas.

Planificación

En esta fase se establecerán los objetivos, en la medida de lo posible consensuados con los sujetos, que estarán relacionados con las competencias a adquirir, y por ello, se establecerán respecto a sus diferentes componentes de manera independiente, aunque después las actividades actúen sobre

ellos de manera interdependiente. A partir de ahí, se determinarán las acciones a emprender en cada caso para su cumplimiento. Para ello, se seleccionarán los contenidos, los recursos (materiales, humanos, económicos), los lugares, los momentos, y las acciones a emprender para el desarrollo de la actuación encaminada a alcanzar los objetivos previstos.

En el caso de las comunidades o los grupos, se tenderá a establecer una planificación más concreta y temporalizada con más exactitud, mientras que en el de los individuos, será necesario adaptarse al ritmo de la persona, e ir planteando objetivos de manera más secuenciada y progresiva, en función de que vaya alcanzando niveles adecuados en las diferentes competencias y componentes de las mismas. En este aspecto, conviene revisar en páginas posteriores el concepto de proceso, que se desarrolla con más amplitud. Y, en cuanto a las actuaciones concretas a desarrollar, en los capítulos finales se podrán conocer pautas de funcionamiento concretas.

Tener un plan, saber lo que vamos a hacer, cómo, dónde, cuándo, para qué y con qué vamos a hacerlo es un elemento básico para desarrollar una buena labor preventiva. Pero conviene, en todo caso, que la planificación sea flexible y abierta al cambio, basándonos en procesos de evaluación formativa a desarrollar durante la fase de implementación, que permitan introducir pequeñas correcciones o modificaciones sobre la marcha. Una planificación demasiado cerrada puede suponer problemas si no se han previsto alternativas o si no se han tenido en cuenta de manera realista y ajustada los recursos necesarios.

Implementación

Esta fase es la que supone la puesta en práctica de lo planificado; en ese sentido, debe ir siguiendo las pautas de lo programado y, en caso de detectarse problemas, irlos subsanando sobre la marcha.

Evaluación

Aunque tradicionalmente la evaluación aparezca al final, lo cierto es que es una actividad presente durante toda la actuación. El análisis de la realidad no deja de ser una evaluación inicial de necesidades y posibilidades; la planificación no puede prescindir de una evaluación de recursos disponibles; la implementación debe estar presidida por procesos de evaluación formativa que vayan modificando la acción según se desarrolla; y en la fase final, es necesario evaluar las acciones desarrolladas, en términos de eficacia, eficiencia, efectividad, satisfacción de los sujetos, impacto y potencial de continuidad.

La evaluación es una actividad que por lo general se realiza poco y no siempre con la objetividad que sería deseable. Por ello, resulta necesario incorporar esta práctica como una rutina más, que permita conocer qué funciona, qué no lo hace tan bien como querríamos para poder modificarlo y, finalmente, qué resultado ha tenido lo que hemos hecho, en términos de compararse con la situación inicial a través de parámetros objetivos, como las mejoras cuantificables, y subjetivos, como la satisfacción de los sujetos. Valorar la utilidad práctica de la evaluación es un paso necesario dentro de la elaboración de programas preventivos y del trabajo individualizado en este campo.

2.3.2. *Ámbito individual: el proceso*

En el trabajo individual de carácter preventivo, el concepto de proceso juega un papel importante: es un camino lleno de vaivenes, idas y venidas, en el que el mediador deberá conocer en todo

momento la fase en que se encuentra y, con ello, cuál ha de ser su papel. A continuación, exponemos las fases de dicho recorrido de manera breve.

Aceptación y conocimiento: empatía

En esta primera fase, el mediador debe tender más hacia la aceptación incondicional del otro (Rogers, 1987), a poner en marcha los procesos de empatía, sin juicios de valor y sin prejuicios, asumiendo que el otro es como es, y que interpreta la realidad y el mundo que le rodea de una determinada manera: es esto y no otra cosa lo que el mediador habrá de entender. Las estrategias más adecuadas en esta fase serán la escucha activa, la formulación de preguntas sin juicios de valor (ya sean explícitos o implícitos), la recogida paciente de información, la facilitación de opciones sin que se ejerza ningún tipo de presión en un sentido u otro. El conocimiento sobre el sujeto se centrará en detectar qué competencias no ha alcanzado, los motivos, y cuáles de las que sí posee pueden ayudarle.

Establecimiento y consolidación del vínculo

Esta fase estará más dedicada a que tanto el mediador como el sujeto se vayan conociendo, de forma progresiva, para facilitar que ambos sepan qué pueden esperar del otro. En este momento, el mediador mostrará confianza en lo que el sujeto dice, escuchará cómo lo cuenta, formulará preguntas que permitan aclaraciones, e irá buscando que el sujeto le perciba como alguien interesado no sólo en él, sino también en la perspectiva que tiene sobre el mundo, alguien que trata de apoyarle y ayudarle; en esta fase es importante que el mediador consiga fomentar en el sujeto la sensación de estar a gusto con la relación, y la de posibilidad de trabajo conjunto y compartido. Esta fase servirá para conocer con más profundidad las características de la persona y los elementos de interés para el desarrollo de competencias, y a hacer más estrecho el vínculo de unión con ella, preparando futuras actuaciones.

Apoyo y control: heteronomía

La tercera fase se caracterizaría por una posición más activa del mediador: en ella debe fomentar el alcance de acuerdos y pequeños compromisos concretos que permitan pequeñas mejoras, el análisis conjunto de situaciones que permitan al sujeto ir modificando actitudes y mejorar sus destrezas para la toma de decisiones; también la oferta de alternativas y el desarrollo de las competencias necesarias para ponerlas en práctica; el ajuste de expectativas compartidas, facilitando que el sujeto vaya adecuando sus planes de futuro a su potencial real; transmitir información sobre lo socialmente adecuado, incrementando sus conocimientos y modificando variables cognitivas como la percepción social sobre el tema; y poner en marcha refuerzos y críticas que permitan mejoras procedimentales, basadas en la confianza acumulada en las anteriores fases, además de ir fomentando un análisis crítico de creencias erróneas e ideas irracionales (Ellis y Becker, 1989) que le ayuden a reajustar la imagen que tiene de sí mismo y del entorno.

Autorrefuerzo y autocontrol: autonomía

Esta fase, en algunos procesos (especialmente en aquellos marcados por un carácter meramente asistencial), se omite o se descuida y podríamos decir que es una de las más importantes, junto con la siguiente, del proceso. En ella, la tarea del mediador vuelve a pasar a un segundo

plano en cuanto a su acción: el mediador debe propiciar que lo que se daba en la fase anterior comience a producirse de forma espontánea en el sujeto, facilitando que sea él el que detecte recursos, se haga preguntas, lleve a cabo compromisos *motu proprio*, analice situaciones de forma independiente y tome decisiones en consecuencia: si la fase anterior era en la que los procesos del sujeto estaban basados en una mayor heteronomía, en ésta resulta importante que cada vez sean más numerosos los que se basan en la autonomía. En definitiva, que la persona vaya consolidando sus competencias, y vaya aplicándolas en situaciones reales de manera más independiente, buscando la consecución de una competencia básica como la de aprender a aprender por sí misma.

Despegue y separación

Esta última fase es una de las más complicadas en el proceso: en el fondo, consiste en rematar lo iniciado en la anterior fase, una vez que el sujeto ha alcanzado el nivel adecuado o necesario de autonomía.

La tarea básica sería el fomentar un progresivo distanciamiento temporal de las actuaciones y hacer explícito el nivel de autonomía alcanzado para el propio sujeto. Recordemos que la actuación en este ámbito es provisional y, sobre todo, debe ser consciente de su propia provisionalidad (García-Roca, 1991). En esta última fase se produciría la evaluación de resultados, comprobándose qué competencias se han alcanzado de las inicialmente previstas en los objetivos.

2.3.3. *Ámbito grupal: la dinámica de los grupos*

El grupo de iguales juega un importante papel en la socialización del adolescente, y puede influir en el aprendizaje de comportamientos adaptativos o desadaptativos para el menor (Patterson, 1993).

El trabajo en grupo es una dinámica especial, ya que su propio desarrollo produce un efecto de sinergia: un grupo es más que la suma de sus miembros, dado que incluye todas las interacciones reales y potenciales. Y es precisamente ese aspecto sinérgico del grupo el que permite alcanzar ciertos objetivos más fácilmente que haciéndolo de manera individual.

El conocimiento de la estructura y funcionamiento de los grupos es algo básico para el mediador social. En algunos casos, tendrá que incorporar menores a grupos sociales ya constituidos; en otros, trabajará con grupos inadaptados que rodean al adolescente y una buena parte de su trabajo consistirá en generar grupos en los que ejercer su acción preventiva, a través de diversas actividades o talleres (GID, 1995).

Fases por las que pasan los grupos

Los grupos son, de alguna manera, como organismos en los que sus diferentes componentes interactúan, aportan y reciben; son entes dinámicos y en constante evolución. Conocer esta evolución es de gran utilidad para el mediador social, en la medida en que le sirve para ir facilitando las transiciones entre una fase y la siguiente, además de entender los momentos de crisis y posible ruptura; por ello, entendemos que conocer este proceso evolutivo debe ir acompañado de una gestión natural del grupo, que no consista en forzar momentos, sino en promover que se vayan produciendo, acompañando a los adolescentes en ese camino a recorrer. Pallarés (1993) define una serie de fases como características de un proceso grupal:

- **Orientación:** es la fase en la que se dan los primeros contactos, y se van poniendo en común algunas de las expectativas. En este momento, el mediador puede facilitar el contacto interpersonal a través de actividades y dinámicas que permitan ir conociendo los centros de interés y las características de sus componentes.
- **Establecimiento de normas:** ya sea de manera explícita o implícita, el grupo comenzará a establecer paulatinamente qué comportamientos son propios o no del grupo. Es éste uno de los momentos clave en la labor preventiva, dado que se pueden ir alcanzando pequeños acuerdos que permitan que el grupo vaya haciendo pequeños ejercicios de autorregulación con una orientación más saludable.
- **Responsabilidad grupal:** consiste en la distribución de roles de manera natural en el seno del grupo, en la que el mediador puede gestionar que el grupo vaya asignando a sus líderes o asumir él esa posición, que explicaremos después. Además del papel de líder, se distribuyen otros, que pueden o no aparecer en cada grupo, en función de su composición: el gracioso, la chula, el bruto, etc... El papel del mediador, en algunos de estos casos, consistirá en contribuir a reducir los roles de carácter peyorativo y facilitar una posición más constructiva por parte de los miembros, asumiendo sus responsabilidades y demandando a los otros que cumplan con las suyas.
- **Responder a los demás:** relacionada con las capacidades dialógicas, es la fase en la que se van produciendo cada vez más momentos de diálogo intergrupar; se llega a acuerdos, se funciona de una manera conjunta, se discuten las decisiones a tomar... el papel del mediador en estos casos, se centrará en facilitar procesos de comunicación adecuados, que permitan una interacción asertiva, y que estén orientados, en cuanto a las decisiones a tomar, hacia alternativas saludables.
- **Cooperación:** en esta fase, el grupo descubre —si es necesario, con la ayuda del mediador— que el funcionar como tal ofrece ventajas frente a lo individual; el compartir momentos, colaborar en actividades y desarrollarlas en compañía ha de ser un factor de cohesión para los componentes. Respecto a esto último, el mediador habrá de estar muy pendiente de que los procesos de gregarismo puntual no pasen a ser relaciones de dependencia hacia el grupo, impidiendo una cierta independencia individual en el seno del mismo: dicho de otra forma, ha de ser capaz de equilibrar cooperación y autonomía de una manera adecuada.
- **Toma de decisiones consensuadas:** ésta será una de las fases más complicadas, donde el mediador deberá mantener un papel cada vez más activo, aprovechando el paso por algunas de las fases anteriores para que el grupo vaya autorregulándose, definiendo objetivos comunes y acordando quién o quienes y cómo lo llevarán a cabo; ayudará a llegar a consensos y a adquirir ciertas actitudes como el respeto por la opinión de las minorías, o por la opción del disenso argumentado.
- **Afrontamiento de los problemas:** en este momento, el grupo dejará de mantener un funcionamiento tan intenso de cara a adentro, y comenzará a hacer frente a los problemas exteriores a él. En este aspecto, el vocablo «mediador» adquiere toda su riqueza semántica, en la medida en que deberá situarse como intermediario entre el grupo y la sociedad en que se halla inmerso, jugando un papel de asesor en que ayude a encontrar explicaciones a los componentes del grupo de los motivos por los que surgen ciertas dificultades.
- **Solución de conflictos:** cuando el grupo ha definido de manera clara los problemas a los que hacer frente, es muy probable que surjan conflictos interpersonales que retrasen los avances;

es importante que el mediador, ante estas situaciones, no se convierta en el solucionador ni el pacificador, sino que promueva situaciones comunicativas favorables que permitan que los propios miembros del grupo lleguen a solucionar los problemas que haya entre ellos, y se reduzcan al máximo las posibles situaciones de rechazo o abandono del grupo. El que lo hagan supone un síntoma de madurez grupal que desembocará en la siguiente fase, que es la última.

- **Eficiencia:** esta última parte, a la que no llegan todos los grupos, nos muestra un grupo autónomo y equilibrado entre su parte formal y su parte afectiva. Para el mediador es el momento de ir soltando lazos porque el grupo es capaz de mantener un funcionamiento autónomo y, al menos teóricamente, ha asumido los objetivos de carácter preventivo que se plantearon inicialmente.

El liderazgo en los grupos

Dentro del funcionamiento de los grupos, aparecen figuras que asumen más responsabilidades, especialmente en cuanto a la toma de decisiones, y que, de una manera más o menos explícita, orientan la toma de decisiones grupal, asignan roles y toman un papel protagonista. Son los líderes, elementos que ejercen una cierta influencia sobre los demás y que, de alguna forma, dirigen el destino del grupo.

Para el mediador será necesario ser consciente de que en los grupos que se han formado de manera natural y previa a su actuación, el liderazgo lo ostentará uno de los miembros del grupo; el mediador tratará de facilitar acercamientos hacia él y contar con su colaboración para la labor de prevención, dada su influencia sobre los otros; por el contrario, si es el mediador el que genera y propicia la formación de un nuevo grupo, en los momentos iniciales posiblemente tenga que asumir ese rol, hasta que aparezca un líder emergente del propio grupo que facilite los procesos sinérgicos antes mencionados.

Según Lewin (1946), existen tres tipos básicos de liderazgo, aunque resulta difícil que se den en estado puro (Brunet y Negro, 1991): autoritario, laissez-faire y democrático. Sus características son las siguientes:

Autoritario:

- Estricto control del grupo
- Objetivo: la eficacia
- Da órdenes e impone objetivos
- Monopoliza la información
- Disciplina y orden
- Se considera único responsable
- Juzga/valora las intervenciones
- Fomenta la competición
- No confía en los miembros

Laissez-Faire:

- Deja que todo suceda, de modo pasivo
- No interviene, no aporta
- Autoridad «bondadosa»
- Miedo a comprometerse
- No estimula ni motiva

Democrático/autoritativo:

- Permite que el grupo determine planteamientos generales
- Valora el enriquecimiento mutuo
- Valora las interacciones
- Guía y coordina, propone
- Impulsa la cooperación
- No juzga a las personas
- Presencia afectiva

La presencia de una tendencia más acentuada hacia cada tipo de líder puede acarrear diferentes consecuencias. Por ejemplo, en el caso del líder autoritario, descende el rendimiento cuando él o ella se ausenta, existe poca cohesión dentro del grupo, hay cierta apatía y dependencia, se reduce la iniciativa personal y suelen aparecer tensiones. En el del estilo Laissez-faire, aparecen descontentos e inseguridades, los objetivos no suelen estar definidos de forma clara y concreta, y se suelen generar subgrupos en competición por el poder. Para finalizar con este apartado, el líder democrático es el más cercano al planteamiento preventivo: las consecuencias de su actuación suelen ser un clima agradable, un alto nivel de cohesión, eficacia y motivación, la vivencia del grupo como espacio de aprendizaje, y un nivel de autonomía y responsabilidad alto.

2.3.4. *Ámbito comunitario: investigar y actuar*

Planteado por primera vez por Lewin (1946), el método de Investigación-Acción es un modelo de trabajo comunitario que nos parece que se adecúa de manera ajustada a los objetivos de esta guía. De manera más concreta, entendemos que la ***Investigación-Acción-Participativa*** es un planteamiento que, partiendo desde la participación de la propia comunidad, la ayuda a ser más consciente de los problemas, a definirlos de manera más clara, y facilita que ponga en marcha sus recursos para irlos afrontando y resolviendo.

Su objetivo es, de manera muy genérica, el de forjar comunidades más competentes para resolver sus problemas, reduciendo la dependencia de las instituciones o de los poderes públicos; en el ámbito que nos ocupa, sería la formación de comunidades más competentes para desarrollar, de manera autónoma, acciones preventivas para detectar, reducir y retrasar el consumo de cannabis en sus miembros más vulnerables. Como podemos ver, con esta perspectiva se cierra el círculo con referencia al modelo de Costa y López (2006) planteando anteriormente.

Fases del proceso de investigación-acción (Rodríguez-Villasante, 1998)

- **Fase de diálogo-negociación:** es una puesta en contacto inicial, un pequeño acuerdo previo sobre lo que a corto plazo se va a realizar; para ello, el mediador deberá ir tomando contacto con todos los elementos comunitarios de diferentes ámbitos de interés: asociaciones culturales, deportivas, vecinales, deportivas, religiosas, etc...
- **Fase de recogida de información:** en esta segunda fase, el mediador deberá recoger datos más concretos sobre los problemas y necesidades percibidas por los diferentes elementos que conforman la comunidad; por ejemplo, en el ámbito que nos ocupa, la preocupación que genera el consumo en la comunidad, qué necesidades perciben en los jóvenes, qué problemas sociales ven asociados, etc... vinculándolas a su papel preventivo. También es el momento de hacer acopio de elementos históricos y biográficos que ayuden a entender qué elementos han conducido a la actual situación de la comunidad, o al menos han influido en ella. Hechos, cuanto más recientes mejor, que faciliten el desarrollo de la fase posterior. Algunos ejemplos de los datos a recoger sería la percepción del consumo en la zona, si ha sufrido altibajos, a qué creen que se debe, cómo está afectando a las relaciones vecinales, etc... En cuanto a la manera de recoger esta información, la naturaleza del modelo prioriza que se haga de manera natural y normalizada, en los espacios cotidianos de la comunidad, más que en forma de encuesta o cuestionario, algo más habitual en otros modelos de actuación e investigación.
- **Diagnóstico:** en este momento, con todos datos sobre la mesa, los mediadores, a ser posible de manera conjunta con algunos miembros de la comunidad, comenzarán a analizar los datos recogidos, organizarlos de manera dimensional (espacio-tiempo) y asociativa-causal (causas, efectos, influencias y puntos comunes). Con el resultado de este análisis se elaborará un primer borrador de actuación que facilite la fase siguiente.
- **Propuesta de actuación:** esta fase, de un carácter más práctico, consistirá en la elaboración de una propuesta de actuación concreta que involucre a la mayoría de elementos comunitarios implicados desde la fase de diálogo-negociación en las actuaciones a desarrollar, cada uno desde su posición y sus posibilidades de acción. Con ello, se tratarán de aprovechar de manera sinérgica todas las competencias y potencialidades que, aisladamente, tiene cada elemento de la comunidad, para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable. Ejemplos de esto serían la facilitación de recursos de ocio para los jóvenes de la zona (por ejemplo, ampliando el horario de apertura de los centros educativos y facilitando el acceso a las instalaciones deportivas o culturales); del acceso al trabajo (por ejemplo, que comerciantes de la zona ofrezcan puestos de trabajo como aprendices a jóvenes del barrio, en calidad de aprendices); u otras formas de acceso a la educación, a la cultura y al entorno social más normalizado.
- **Fase de devolución:** en esta fase, de un carácter más asambleario, los mediadores y los colaboradores que han elaborado el diagnóstico y la propuesta de actuación llevan a un espacio plenario la propuesta, en el que se debate su viabilidad, se efectúan compromisos, se consensuan líneas de actuación, se concretan al máximo las tareas a realizar y se establecen plazos de revisión.
- **Ejecución y evaluación continua:** en esta fase se llevan a la práctica las actuaciones acordadas, y se evalúan periódicamente de manera comunitaria, en sesiones plenarias que permitan ir corrigiendo sobre la marcha elementos que se estén mostrando dificultosos, ajustando expectativas sobre los resultados, y proponiendo modificaciones a ir incluyendo. El final de esta fase retrotrae a la inicial donde se ha de dar una nueva fase de diálogo-negociación, para analizar de nuevo la realidad comunitaria y detectar nuevas necesidades y establecer nuevas líneas de actuación.

Un proceso de estas características, de carácter cíclico, tiene evidentes ventajas: cada nueva fase de recogida de información es más sencilla, porque consiste en ir completando la ya recogida; la puesta en marcha previa de actuaciones sinérgicas facilita las posteriores, se incorporan costumbres y hábitos de análisis conjunto, se comparten inquietudes comunes, se desarrollan actitudes cada vez más cooperativas, y se facilita un conocimiento cada vez más profundo, de manera progresiva, de las necesidades, las características y la idiosincrasia de otros elementos de la propia comunidad. Pero, al mismo tiempo, tiene un requerimiento: que los profesionales encargados de la mediación social tengan una cierta estabilidad mantenida a lo largo del tiempo, que permita rentabilizar su conocimiento de la comunidad.

2.4. LOS ÁMBITOS DE ACTUACIÓN DEL MEDIADOR EN PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

El trabajo a desarrollar por el mediador que actúa en la prevención de drogodependencias puede ubicarse en diferentes contextos. Dichos contextos se determinan a través de variables como la planificación previa, la intencionalidad, la sistematización o la existencia de una estructura administrativa o institucional que desarrolle los programas. En el ámbito de la educación, por ejemplo, se diferencia claramente entre los diferentes contextos, como veremos a continuación.

Educación formal, no formal e informal

Si la educación formal es la que se da dentro de las instituciones educativas con el objeto de enseñar a los alumnos (la enseñanza tradicional) y la informal es la que se recibe del entorno de manera espontánea (familia, televisión, etc...), la no formal se situaría en una posición distinta, compartiendo ciertos rasgos con ambas.

Sarramona (1992), comentando un trabajo anterior de Touriñán, distingue claramente la estructura que ocupan la educación formal, la no formal y la informal, representada en la Figura 2.5: en vez de colocarlas, como había sido tradicional, en una situación paralela, donde un extremo estaría ocupado por la educación formal y el otro por la informal, nos habla de dos ejes: uno, relativo a la organización y sistematización de la práctica y la intencionalidad del agente (Eje X) y otro, referido a la ubicación estructural (dentro/fuera de la escuela) y al criterio metodológico (Eje Y).

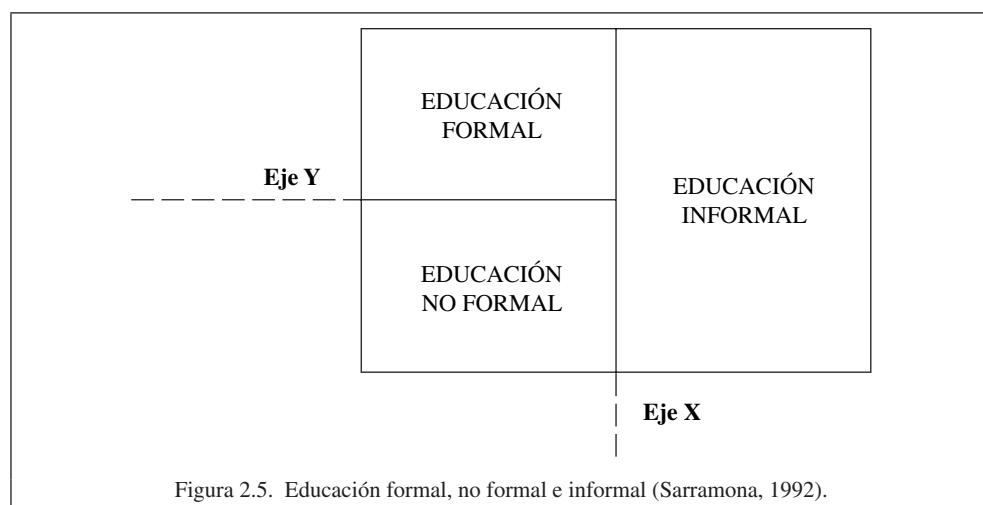


Figura 2.5. Educación formal, no formal e informal (Sarramona, 1992).

Por tanto, la educación no formal se configura como una educación intencional (que, en nuestro caso, estaría orientada a la prevención del consumo problemáticos de cannabis), organizada (según las fases de actuación comentadas anteriormente) y sistematizada (que no responde a intuiciones momentáneas, sino que sigue una serie de principios metodológicos y didácticos), que se produce fuera de la escuela como institución educativa por antonomasia (éste sería un rasgo común con la educación informal) y que se desarrolla con metodologías diferentes a las de la enseñanza tradicional, aun cuando parta de teorías pedagógicas en muchos casos nacidas en el seno de la institución escolar, pero con una presencia poco frecuente y una vigencia muy breve dentro de la Historia de la Educación.

Por ello, cuando a lo largo de esta guía hablemos de contextos formales, nos estaremos refiriendo a aquellos que funcionan como instituciones con una estructura determinada, como la escuela; al referirnos a contextos no formales, estaremos haciendo alusión a los espacios en los que se desarrollan actividades sistematizadas y organizadas fuera del contexto institucional escolar (por ejemplo, un taller de ocio en una asociación de un barrio); y, al hablar de contextos informales, nos situaremos en las agencias de socialización naturales de cualquier ciudadano (la familia, Internet, la televisión...).

CAPÍTULO 3. ELEMENTOS CLAVE EN PREVENCIÓN

El desarrollo y aplicación de actuaciones en prevención ha sido, y sigue siendo, un camino tortuoso, donde el reto que se plantea suele consistir en conjugar diferentes elementos enfrentados entre sí en algunas ocasiones. Entre estos componentes podemos mencionar: la necesidad de llevar a cabo programas que se ajusten a un mínimo de requisitos metodológicos; la sensibilidad política y social ante el fenómeno de las drogodependencias (actualmente en franca decadencia ante otros fenómenos sociales); el incremento en la eficiencia de las acciones; el rápido abordaje de las diferentes realidades que se van sucediendo o la demanda de resultados inmediatos por parte de la sociedad y los poderes públicos. Sin embargo, a pesar de estos condicionantes la prevención en España en la última década ha ido cambiando notablemente, llegando a ser un claro referente en el resto de Europa.

3.1. BREVE HISTORIA DE LA PREVENCIÓN EN ESPAÑA

A finales de los **años setenta y principio de los ochenta**, el fenómeno de las drogodependencias era la primera preocupación de los españoles (Moncada y Palmerín, 2007). Esta respuesta social ante lo que estaba aconteciendo provocó una reacción política que culminó en la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) en 1985 y el desarrollo de Planes Autonómicos y Locales. Aunque se ponía de manifiesto la gran relevancia de la prevención en todos ellos, los primeros pasos que se dieron para abordar este fenómeno fueron básicamente asistenciales. Durante esos años se realizaron los primeros intentos de acercamiento a la prevención, pero no se disponía de conocimientos suficientes que avalaran nuestras acciones. Surgía antes la acción, (arbitraria, inconexa y puntual) y después la reflexión.

Los programas se elaboraban desde una perspectiva inespecífica y comunitaria, donde las mejoras de las condiciones de vida y la prevención de la marginalidad fueron prioritarias (Martín, 2000). Para ello se necesitaba: coordinación entre los diferentes actores implicados, la participación ciudadana o la promoción de la salud como marco general donde incluir a la prevención (elementos referenciales que se han mantenido hasta la actualidad).

Se asumían modelos teóricos donde proporcionar información a los jóvenes era la estrategia fundamental. Se suponía que conociendo los aspectos negativos del consumo, los sujetos se abstendrían de usar y abusar de las drogas (Becoña, 2002). La sustancia sobre la que se actuaba mayoritariamente era la heroína. Ésta era la que con más virulencia se había instalado en nuestro país produciendo ya, en esta época, numerosas muertes y un aumento de la marginalidad y la delincuencia. Este modelo tradicional se mantiene desde los inicios de la prevención hasta nuestros días; siendo además el modelo imperante durante esos años en el resto de países.

Junto a estos modelos informativos se acoplaron, simultáneamente a finales de los años ochenta, modelos cuya pretensión se centraba en las carencias individuales o de personalidad que, asumieron, podrían estar directamente relacionadas con el consumo de sustancias (modelos afectivos). Entre estos constructos se encontraban: los valores y la autoestima. En estos modelos se presupone que el mero cambio de actitudes, o la intención de no realizar una determinada conducta, son elementos suficientes para modificar el comportamiento. Estos modelos dieron lugar a programas afectivos o inespecíficos de desarrollo personal (Gorman, 1996).

Ambos programas (informativos y afectivos) siguen coexistiendo en la actualidad con modelos basados en la evidencia, a pesar de que se ha demostrado en reiteradas ocasiones su ineficacia por sí mismos.

A principios de los **años noventa** ya se había creado una red asistencial suficientemente potente como para dedicar mayores recursos a la prevención. En este ámbito, al contrario que en el asistencial, el perfil del profesional no quedaba claramente definido. En los primeros años de la década convivían programas más complejos, tanto en aplicación como en metodología, con acciones nada sistematizadas y sin ningún rigor científico. El ámbito escolar se va perfilando como un contexto esencial y prioritario para las acciones, recibiendo el impulso necesario con la aprobación de la LOGSE en 1990, donde se establece la transversalidad de la Educación para la Salud en la escuela. Los programas escolares, la formación a profesores y la intervención con la familia comienzan su recorrido.

En 1990 existía aún una gran labilidad metodológica. Desde el PNSD se crearon documentos que intentaban marcar las directrices a seguir a la hora de diseñar y aplicar programas preventivos. En 1996, los Ministerios de Sanidad y Educación firman un Convenio para promover la Educación para la salud en la escuela. A raíz de este acuerdo se inicia el proyecto piloto en prevención escolar. Éste consistía en la aplicación del programa «Habilidades de Vida» de G. Botvin, basado completamente en modelos psicológicos, y que había demostrado su eficacia en Estados Unidos durante numerosos años. Este programa supuso un gran impulso para el diseño de otras actuaciones preventivas y para resaltar la importancia del ámbito educativo.

Además, en estos años, hubo una variación importante en el perfil del drogodependiente. Éste había dejado de pertenecer a las clases marginales, incorporándose otros grupos de población mucho más normalizada. Se diversificaban los consumos, los contextos, la edad, etc, y por ende, se generaban nuevos programas (programas de ocio alternativo, de gestión del riesgo, programas en contextos de consumo activo, etc.). En 1997 se crea el Observatorio Español sobre Drogas (al auspicio del PNSD), órgano que permite analizar los cambios que se van produciendo en la sociedad, en relación con el fenómenos de las drogodependencias, a través de estudios epidemiológicos y encuestas. Esto obliga a extender las estrategias preventivas y a insistir en programas con mayor sensibilidad cultural (el fenómeno migratorio empieza a despuntar en España).

En la Memoria del año 2000, que presenta el PNSD, se contabilizan ya más de 40 programas de prevención aplicados y validados. Al final de esta década se incorporan nuevos ámbitos de prevención (laboral, medios de comunicación y ocio) a los ya existentes (educación y familiar).

Aunque en los años ochenta empiezan a dar sus primeros pasos los programas basados en el modelo de influencia social (Gorman, 1996), que se traduce en el entrenamiento de habilidades sociales y de resistencia, no es hasta la década de los noventa cuando realmente empiezan a aplicarse en toda su extensión. Este modelo está basado en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y en el desarrollo de la psicología social (Becoña, 2002). Para ellos la influencia del ambiente es fundamental a la hora de analizar los comportamientos de riesgo, aunque siempre en interrelación con variables de personalidad y con el propio comportamiento. De ahí la gran necesidad de intervenir sobre los tres factores a través de las habilidades de resistencia (donde está claramente reflejada la necesidad de neutralizar la influencia del ambiente), y las llamadas habilidades para la vida o generales, donde se insiste en la toma de decisiones.

En estos programas se abordan la totalidad de las sustancias (anteriormente se ajustaban los programas en función a la sustancia sobre la que se intervenía), adaptándose a la edad de población y sobre todo a las llamadas drogas de inicio (tabaco, alcohol y cannabis). Al igual que los anteriores, estos programa siguen realizándose actualmente y, además, de manera prioritaria.

A partir del año 2000, y hasta nuestros días, se hacen evidentes los cambios generados en torno a las drogodependencias. La complejidad y diversidad del fenómeno obliga a afrontarlo con nuevas

respuestas y perspectivas. Con el fin de sistematizar los diferentes escenarios y sus alternativas surge, *La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. (PNSD, 1999). En ella se vuelve a dirigir el foco de atención en la prevención, enmarcándola en la promoción de la salud e insistiendo en su enorme influencia. En la redacción de esta estrategia se aprecia la evolución de la prevención y la mejora conceptual y metodológica lograda hasta el momento (Moncada y Palmerín, 2007).

En este documento, elaborado por el PNSD para recapitular sobre lo hecho hasta entonces y lo que quedaba por hacer, permanece de manifiesto la necesidad de consolidar y generalizar los programas de prevención universal, impulsando a la prevención selectiva e indicada (ámbitos que nos ocupan en este Guía). Sin embargo, es necesario seguir avanzando en la calidad de los programas ejecutados generando: nuevos entornos de aplicación; recogiendo el fenómeno migratorio y su influencia en el cambio de algunos patrones de consumo; y asumiendo la perspectiva de género como una constante que debe contemplarse transversalmente en todos los programas.

Por otro lado, desde hace algunos años, se viene editando una gran cantidad de literatura internacional sobre la prevención de las drogodependencias, pero rara vez trasciende a los profesionales españoles debido a la falta de publicaciones y traducciones en español.

Actualmente, sin embargo, poseemos diferentes documentos, publicaciones y sistemas de información, tanto europeos como americanos (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [OEDT], Observatorio Español de Drogas [OED], National Institute on Drug Abuse [NIDA]), suficientes como para elaborar programas preventivos con ciertas garantías de eficacia, aunque la evaluación sigue siendo la gran olvidada. Sólo se evalúa una mínima parte de lo que se hace, a pesar de la insistencia teórica por aplicar programas basados en las buenas prácticas, de insistir sobre las estrategias más eficaces y sobre los criterios metodológicos necesarios para diseñar dichos programas. Sigue dándose, más frecuentemente de lo que sería deseable, una desconexión entre la teoría y la práctica que tiene como resultado la dificultad a la hora de materializar las evidencias preventivas. En resumen, y como sugieren algunos autores, «se apuesta por la prevención pero se cree poco en ella» (Moncada y Palmerín, 2007, p. 24).

Los programas preventivos comienzan a fundamentarse en modelos basados en la evidencia, aunque no tantos como sería deseable. Se opta por programas donde se integran diferentes estrategias, y donde la adaptación de los mismos a la población diana es fundamental (programas de «tercera generación»). La investigación sobre los factores de riesgo y de protección se afianza, lo que supone un gran avance para las intervenciones.

Sin embargo, todavía quedan muchos retos por delante: la generalización de los programas preventivos más allá del ámbito escolar o familiar; la evaluación sistemática de todas las acciones de prevención realizadas; fracasos reiterados para alcanzar a la población en riesgo; la adaptación de los programas y proyectos a los cambios sociales y culturales actuales; mayor implicación y sensibilidad de la sociedad y los poderes públicos hacia este ámbito; o un incremento de la formación y capacitación de profesionales y mediadores en general.

El Plan Nacional, en *La Estrategia Nacional sobre Drogas 2005-2008* establece que «la perspectiva de Género se adoptará en todos los Ejes y medidas impulsadas por el Plan» (PNSD, 2004, p.19). Aunque se recoja sobre el papel, en la práctica los programas preventivos no adoptan esta propuesta de manera clara. También se aboga por dotar a todas las actuaciones de la sensibilidad cultural necesaria, sin embargo, no existen en España programas donde se aborde directamente y ad hoc ambas vertientes.

La generalidad de los esfuerzos, asumiendo ambas perspectivas, se concentra en el ámbito asistencial donde ya existen acciones para afrontar la problemática diferencial de las mujeres y las drogodependencias, así como el desarrollo de estrategias de captación e intervención con la población inmigrante drogodependiente. La prevención, como ha ocurrido históricamente en otras ocasiones,

va a la zaga de los modelos asistenciales. La sensibilidad de la sociedad y de los poderes públicos ante el fenómeno de las drogodependencias sigue adoptando, en algunas ocasiones y a pesar de la experiencia, patrones antiguos de abordaje, es decir, afrontar primero lo que ya se ve, lo inmediato, lo que causa problemas, sin reflexionar sobre lo que hay detrás de estas problemáticas, sin una visión estratégica anticipatoria que permita diseñar líneas futuras más pertinentes.

En la actualidad, la mayoría de las acciones dirigidas a la población inmigrante o a mujeres es realizada por Asociaciones o Entidades sin Ánimo de Lucro, destinándose sus objetivos a cubrir, fundamentalmente, el ámbito del ocio y el tiempo libre. Otros programas plantean recursos y estrategias de apoyo al rendimiento escolar, debido a la problemática añadida que presenta esta población en ese ámbito. Pero la mayoría de actuaciones no dejan de ser puntuales, sin una evaluación consistente que permita establecer algunos principios de buenas prácticas, a pesar del enorme esfuerzo que realizan y de los pocos recursos con los que cuentan. Desgraciadamente la mayoría de las publicaciones con las que nos encontramos se refiere a programas realizados fuera de España, con los que las diferencias culturales y sociales nos hacen ser prudentes a la hora de adoptar dichos programas a nuestro territorio.

Sin embargo, no queremos dejar de mencionar la voluntad de algunas entidades por ajustarse a estos principios. Entre ellas cabe mencionar a la Fundación Secretariado Gitano que realiza, desde hace muchos años, una labor ímproba por adaptar los programas asistenciales y preventivos a esta población. Esta dedicación les ha llevado a publicar algunos programas de prevención dirigidos a la población gitana que intentan asumir los criterios metodológicos necesarios para garantizar su efectividad (por ejemplo, «Romano Sastipen» (1998), «El que más chanela mejor decide» (2003) «MDM Sastipen Drom» (2008).

3.2. EN TORNO A ALGUNOS CONCEPTOS

A la hora de diseñar actuaciones de prevención hemos visto ya la necesidad de manifestar nuestra representación de este fenómeno a través del modelo, o modelos teóricos, en los que se basarán dichas actuaciones. Sin embargo es necesario también explicitar, sin ambigüedades, algunos conceptos que vamos a utilizar en nuestros planteamientos y que nos permitirán transmitir mejor las líneas propuestas.

Hay numerosos manuales (a los que hacemos referencia en las *Recomendaciones* que presenta esta Guía y a los que remitimos al lector para su consulta), donde se recogen los términos más usuales con los que nos manejamos en prevención. Gracias a la compilación de alguno de ellos (Becoña, 2002), podemos hoy en día saber a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de prevención indicada o selectiva, ámbito educativo o el mismo concepto de prevención. Nosotros queremos recordar exclusivamente tres de ellos porque su definición condiciona claramente las actuaciones sugeridas en esta Guía. Estos conceptos se refieren a lo que, desde estas páginas, suponemos significan: «mediador social», «consumo problemático» y «población vulnerable», siendo éste último sobre el que gira el contenido de este documento.

3.2.1. El concepto de mediador social

Este concepto tiene su origen en la sociología y las ciencias políticas de finales del siglo XIX (como consecuencia de los conflictos surgidos, al término de la industrialización, entre obreros y patronos), emergiendo posteriormente como figura relevante en la psicología social, sobre todo en la intervención comunitaria.

El mediador social, en contra de lo que pueda parecer, no es un mero observador de la realidad que traslada desde un punto a otro, sino que transforma y modifica el significado de aquello que transporta (Latour, B. 2005). No es el punto de partida o el origen de una acción, sino el catalizador

de dicha acción, capaz de hacer que otros hagan algo. Esta última afirmación no debemos perderla de vista, ya que es la esencia que da sentido al rol del mediador.

Esta figura, en un programa preventivo, es la encargada de facilitar la actuación y aplicación de las actividades previstas, actuando de transformador de los procesos de cambio social necesarios para lograr los objetivos previstos (Alonso et al. 2004). Su objetivo principal es la de poner, a los individuos o grupos con los que trabaja, en disposición de aprender, evitando ser protagonista de ese aprendizaje (aunque para ello debe manejar todas las herramientas necesarias, según el modelo de potenciación antes descrito). Al mismo tiempo, el mediador actuará como referente de esa colectividad, por lo que debe saberse observado e imitado por ella.

Hay numerosas personas (o agentes sociales) que están en disposición de actuar como mediadores (profesores, profesional sanitario o social, voluntarios, líderes sociales del grupo, religiosos, padres, etc.). Pueden ser profesionales o no profesionales, pero en ambas situaciones su objetivo es el mismo: preparar, predisponer, facilitar los cambios necesarios para lograr los objetivos. Estos cambios pueden darse a nivel grupal o individual dependiendo de los objetivos, pero el mediador no debe perder de vista que su finalidad última es propiciar el aprendizaje necesario para que los sujetos (individual y/o colectivamente) afronten sus problemas y sean los protagonistas de su propia transformación. Para conseguir este propósito deben proporcionar a los individuos las estrategias y recursos necesarios, así como adquirir por su parte la formación imprescindible, ajustada a la población con la que trabajan y los objetivos propuestos, para garantizar la efectividad de cualquier acción.

La calidad de las acciones realizadas por el mediador exigirá que éste se ajuste a un perfil determinado, entre el que destacamos algunas habilidades (Palmerín et. al, 2003; Alonso et al. 2004; Costa y López, 2006):

- Capacidad de análisis continuo de la realidad.
- Conocimiento del entorno inmediato y de las características culturales y sociales de la colectividad en la que ejerce de mediador.
- Conocimientos básicos sobre prevención y drogodependencias.
- Capacidad par dinamizar al grupo.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Conocimiento de estrategias útiles de comunicación (capacidad de escucha, empatía, asertividad, etc.).
- Capacidad para dar testimonio y asesoramiento de los cambios sociales necesarios.
- Conocimiento de técnicas que favorezcan el aprendizaje.
- Asunción de su responsabilidad como modelo continuo de aprendizaje para los demás (sobre todo en la educación informal).
- Control de sus propios intereses, evitando el protagonismo y el paternalismo hacia el grupo o individuo con el que trabaja.

Una de las condiciones necesarias, que se establece como imprescindible en el trabajo comunitario, es la participación de la comunidad en el diseño y desarrollo de las acciones preventivas. Esta colaboración fijará el grado de implicación del grupo en el programa o actuación realizada. Para conseguir este objetivo la figura del mediador se hace imprescindible. Si queremos, además, asegurar la sensibilidad cultural del programa es conveniente que dicho mediador (profesional o no) no sólo conozca las características de la colectividad sino que, siempre que sea posible, pertenezca a ese grupo cultural, racial y/o étnico (Alonso et. al, 2004).

3.2.2. El concepto de consumo problemático

La aproximación al término consumo problemático puede parecer baladí, aunque no lo es en absoluto sobre todo cuando las intervenciones propuestas se concretan en la prevención selectiva e indicada. Gracias a las aportaciones de Gordon (1987), desde la década de los noventa se ha adoptado a nivel internacional una nueva clasificación de la prevención (hasta el momento presidida por la denominación de primaria, secundaria y terciaria, según el modelo formulado por Caplan en 1980, y donde se incluía también el tratamiento).

En esta nueva categorización (universal, selectiva e indicada) la prevención coloca su mirada en el tipo de población con la que se interviene y en el riesgo que ésta manifiesta ante el desarrollo de un posible comportamiento adictivo; y no tanto en las estrategias que se adoptan (primaria, secundaria y terciaria), aunque obviamente el grupo diana determinará claramente las actuaciones. A nuestro entender, esta división permite adaptar mejor los programas a los grupos y no al revés, además de que se centra exclusivamente en el concepto de prevención y en sus diferentes abordajes, enriqueciendo este ámbito y permitiendo incluir estrategias y objetivos muy diversos, que van desde el retraso en la edad de inicio hasta la gestión del riesgo o el consumo responsable.

Es en este planteamiento, y dentro de intervenciones dirigidas a población selectiva e indicada, donde tiene sentido el término que nos ocupa. Esta representación no carece de cierto indeterminismo y puede llevar a confusión a la hora de establecer la frontera entre lo que denominamos un consumo experimental u ocasional, no exento de riesgo pero que exige una actuación determinada, y un consumo problemático donde suponemos que ese individuo ha cruzado la frontera de lo «razonable» y, por tanto, las actuaciones realizadas deban mantener una mayor intensidad. De ahí que consideremos esencial determinar dónde estará ese límite.

Entendemos pues, considerando las diferentes definiciones que se han escrito sobre este concepto, que un consumo problemático es aquel que sea cual sea su frecuencia y la cantidad de sustancia ingerida, producirá cambios no deseados al individuo tanto social (familia, escuela, amigos, etc) como personalmente (física, emocional o afectivamente), siendo estos efectos percibidos por su entorno inmediato, aunque no sean reconocidos por dicho individuo.

En esta definición ocurren dos hechos que, a nuestro juicio, son determinantes para establecer el grado de «peligrosidad» de ese consumo: provocar cambios no deseados en el individuo y en la relación que mantiene con su entorno; y que esos cambios sean percibidos por los demás aunque no lo sean por el propio sujeto. Con esta consideración evitamos cuantificaciones innecesarias de los consumos (tanto en frecuencia como en cantidad) que sólo nos llevan a estigmatizaciones erróneas, personalizando al máximo la relación que mantiene el sujeto con la sustancia, y por lo tanto las estrategias de actuación.

Así, podemos encontrarnos con individuos que, aunque sea muy esporádica la frecuencia de uso de una determinada sustancia, los cambios que se producen en él son tan evidentes y le generan tanto malestar, a él y a los demás, que ya podríamos considerar estos consumos como problemáticos. Por el contrario, habrá sujetos que aún manteniendo el consumo durante cierto tiempo, éste pueda no ser considerado problemático. En ambos supuestos las líneas de actuación serán diferentes, incluso la denominación de las mismas, pudiendo ya considerar el campo terapéutico como el más adecuado en algún caso, sin olvidar que la prevención indicada no debería traspasar la frontera de lo asistencial, ya que posee metodología y herramientas propias.

3.2.3. El concepto de población vulnerable

El último concepto que queremos desarrollar brevemente es el de población vulnerable. Esta terminología está siendo ampliamente utilizada en la actualidad para referirse a aquella población susceptible de ser abordada a través de los programas de prevención selectiva e indicada. Sin

embargo, no es tan fácil como podría parecer en un principio, ya que no hay unanimidad a la hora de concretar el concepto de vulnerabilidad.

Cuando hablamos de población vulnerable nos referimos a aquellos grupos o segmentos de la población que poseen una serie de indicadores de vulnerabilidad o riesgo que identificamos previamente. Estos indicadores (factores e indicadores de riesgo) se establecen según los conocimientos existentes hasta la actualidad, tanto teóricos como prácticos. La identificación de vulnerabilidad es el paso más importante que debemos establecer antes de iniciar cualquier actuación preventiva.

Si construimos un buen perfil de vulnerabilidad garantizamos la adecuación del programa a la población, y no al revés. Este paso lo incluimos, metodológicamente, en la fase de análisis de necesidades (expuesto en el capítulo anterior), donde vamos a investigar sobre la población diana, sus demandas, necesidades, potencialidades, riesgos, etc. De este modo logramos personalizar al máximo dicho perfil.

En esta Guía hemos expuesto los factores de riesgo que creemos relevantes en el consumo de cannabis, que posteriormente detallaremos según diferentes poblaciones (tanto desde la perspectiva cultural como de género). Este análisis se ha realizado compilando no sólo lo aceptado por la literatura científica, si no también lo que algunos mediadores sociales utilizados como informantes clave en este estudio nos han aportado.

Según la clasificación de Gordon, las actuaciones propuestas más adelante se concretan tanto en la prevención selectiva como indicada (grupos o individuos en riesgo y especial riesgo, respectivamente). Sin embargo, no hemos asumido como el factor de riesgo central el consumo o no de sustancias. Consideraremos población vulnerable a aquellos grupos o individuos que presentan una serie de atributos sociales, culturales y de relación individual con su entorno, independientemente de que se hayan iniciado ya en el consumo de drogas. Estos atributos les sitúan en situación de vulnerabilidad a la hora de desarrollar, con una cierta probabilidad, consumos problemáticos o comportamientos adictivos posteriormente (OEDT, 2004). De esta forma podemos diseñar actuaciones más sensibles a la realidad existente, al menos en España, ya que si no consideráramos otros elementos además del consumo de sustancias, la mayoría de la población con la que intervenimos en contextos de riesgo quedaría bajo el paraguas de la prevención indicada o incluso de la intervención asistencial, lo que restaría eficacia a nuestros programas y propiciaría la estigmatización de algunos sujetos o grupos.

Asumimos, en resumen, que el concepto de vulnerabilidad debe establecerse con anterioridad a cualquier actuación, debemos incluir en el proyecto preventivo qué indicadores son los que determinarán esa vulnerabilidad y, además, definir y considerar tanto una vulnerabilidad grupal como individual. Si aceptamos estas premisas será más probable no caer en el error de generalizar determinados comportamientos individuales o viceversa, interviniendo con cada uno de los miembros de un grupo de forma diferente si fuera necesario ya que cada sujeto tendrá un índice de vulnerabilidad diferente dependiendo de otros factores (tal y como se ha venido reivindicando a lo largo de estas páginas). Vulnerabilidad (prevención selectiva e indicada) no tiene porque implicar necesidad de tratamiento.

En esta doble vertiente que adopta la vulnerabilidad (individual y grupal) se especula también sobre la premisa de ésta como de un **estado de vulnerabilidad colectivo** (Costa y López, 1986) más que de un rasgo permanente e inamovible de algunos grupos e individuos. Este estado se refiere a la mayor influencia que tienen algunos factores estresores del ambiente sobre el grupo, donde el peso de la vulnerabilidad no es exclusivo del grupo, más bien son los recursos los que se manifiestan vulnerables para reducir la incidencia de los factores de riesgo sobre la población. Esta perspectiva es la adoptada por la psicología social, donde se apuesta por aquellos cambios sociales y organizacionales necesarios que favorezcan la participación y el control de los ciudadanos sobre sus propios recursos. Esto supone, a la larga, propiciar un mayor acercamiento entre el individuo y las instituciones (centros educativos, de salud, culturales, etc.), lo que redundará positivamente sobre el grupo y cada uno de sus miembros (objetivo que contempla el modelo de competencia antes expuesto), pudiendo modificarse el estado de vulnerabilidad inicial hacia un estado de fortaleza.

Por último, no debemos perder de vista que la vulnerabilidad, tanto de un individuo como de una colectividad, es una situación inestable. Ésta variará en función del peso que adquieran los diferentes factores de riesgo según determinados aspectos (etapas evolutivas, cambio en los entornos sociales, incremento de recursos, etc.), por lo que estaremos obligados a un análisis continuo de estos factores de riesgo y su influencia en la población diana. No todos los jóvenes en situación de riesgo desarrollarán comportamientos adictivos. La vulnerabilidad no es causa de esos comportamientos, sólo se mueve en el marco de la probabilidad de ocurrencia de los mismos.

3.3. LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

La posibilidad de que la interacción entre la persona, las sustancias y el contexto sea más o menos nociva para ella, depende de la presencia y combinación de una serie de elementos propios o externos denominados Factores de Riesgo.

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

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

Los factores de riesgo y protección no suponen determinación, sino posibilidad. Y no son independientes entre ellos, sino que aparecen relacionados, en algunos casos de manera más cercana y, en otros, más alejada de la persona, aun siendo influyentes de manera remota (Wills et al, 1996). Por ejemplo, aunque hay estudios que plantean que la separación de los padres es un factor de riesgo, podríamos calificarlo como distal, porque no es un factor de influencia directa; los factores de riesgo que pueden afectar al sujeto directamente, que calificaremos como próximos, son la ausencia de supervisión familiar, un bajo nivel de comunicación o la falta de afecto, que pueden estar influidos por una separación familiar... o no. Para ver una representación de esto, puede observarse la figura 3.1.

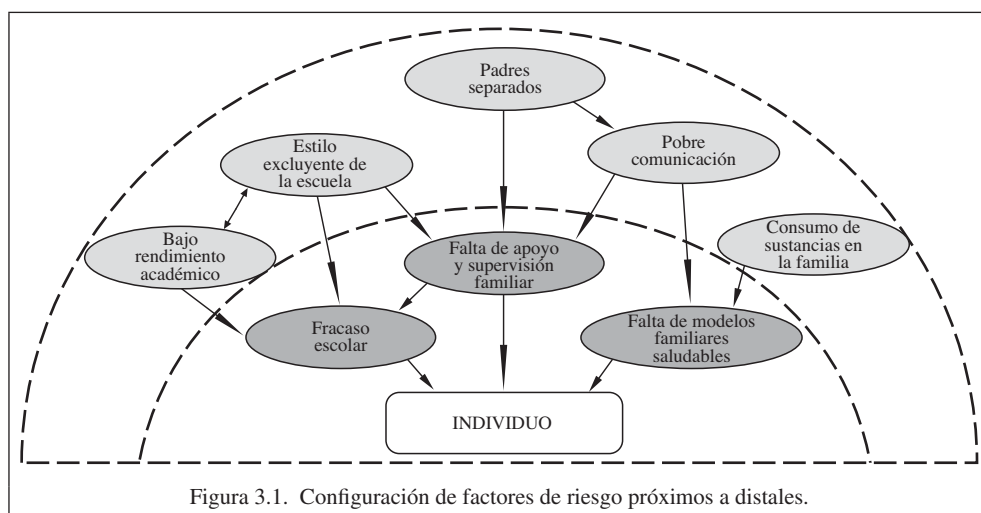


Figura 3.1. Configuración de factores de riesgo próximos a distales.

Del mismo modo, los factores de riesgo y protección no tienen la misma influencia a lo largo del desarrollo evolutivo de la persona; en la infancia, los factores familiares tienen mucho más peso que los demás, mientras que, a medida que avanza el desarrollo, la escuela, el grupo de pares o el ámbito laboral van ganando importancia. En ese sentido, resulta necesario asociar el peso de los factores de riesgo y protección a las etapas del proceso de socialización (Gerstein y Green, 1993; Dishion et al, 1999; Cava et al, 2008); y, por ello, cuanto más temprana sea la actuación preventiva, más probabilidades habrá de reducir el nivel de riesgo y aumentar el de protección (Ialongo et al, 2001).

A continuación, revisaremos los factores de riesgo y protección que más influencia pueden tener en el consumo de cannabis para la población más vulnerable, partiendo de la compilación realizada por Becoña (2002). Sobre todo, teniendo en cuenta que la labor preventiva desde este modelo es la reducción de los factores de riesgo, en la medida de lo posible, y el incremento de los factores de protección (Hawkins et al, 2002).

3.3.1. Factores de riesgo

CONTEXTO FAMILIAR

Pautas educativas inadecuadas (Moncada, 1997)

Se ha pasado, en los últimos años, a expresar una cierta añoranza respecto a estilos parentales autoritarios, frente a otros más permisivos que parecen dominar las relaciones paternofiliales actuales. La ausencia de límites es tan perjudicial para el desarrollo del niño como el exceso de autoritarismo dado que, en el primer caso, no cuenta con referencias estables sobre lo que se debe o no hacer, mientras que en el segundo, no razona los motivos para hacer lo que se debe. Las pautas erráticas y las consecuencias inconsistentes suman al niño en una situación de constante desorientación, dificultando su desarrollo moral y posterior socialización, aumentando así las posibilidades de que se implique en conductas de riesgo.

Pobre supervisión familiar (Pollard et al, 1997)

Aun cuando a veces se confunden supervisión y autoritarismo, lo cierto es que los niños necesitan, en el contexto familiar, una cierta sensación de seguridad que les permita ir consolidando aprendizajes; así, la supervisión tiene más que ver con el control y la aprobación o desaprobación de lo que el niño hace, y la expresión de estos sentimientos que con modelos autoritarios. En muchas de las familias de los niños en situación de vulnerabilidad, apenas hay esfuerzo por saber con quién está, qué hace, dónde va... Si, además, el niño tiene dificultades para controlar sus impulsos, o mantiene conductas conflictivas en el domicilio familiar, sólo recibe atención mediante castigos, agresividad verbal y, en algunas ocasiones, física. Pero no se generan espacios de observación del niño, de acompañamiento, de interés por sus actividades.

Disfuncionalidad familiar (Muñoz-Rivas, 2000)

El modelado es uno de los procesos de aprendizaje básicos para los niños; frente a la tendencia a recurrir al término «familia desestructurada» para definir los problemas familiares, entendemos que la disfuncionalidad es el verdadero factor de riesgo. Al igual que hay hijos de padres separados que, con una buena relación entre ambos, no ven incrementado el riesgo, hay otros que crecen en familias de estructura tradicional pero con conflictos entre los padres, o entre padres y hermanos, que las convierten en facilitadoras de futuras situaciones de riesgo. Se ha demostrado su influencia concreta en el consumo de cannabis (Fergusson y Horwood, 2000), y a través de un elemento mediador como los problemas escolares (Butters, 2002).

Uso de drogas por parte de los padres (Hawkins et al, 1992)

Como en el apartado anterior, el aprendizaje basado en el modelado es la clave para este factor; el mensaje «haz lo que yo diga, pero no lo que haga» no se corresponde con una realidad en la que el niño se fija más en la conducta de los padres que en su discurso. Además de esto, las relaciones de los padres con personas vinculadas al consumo, el propio estilo de vida asociado, y los problemas de comportamiento relacionados con los efectos de las sustancias, no dejan de ser un contexto de alto riesgo que dejan al niño en una situación de alta vulnerabilidad.

Actitudes positivas hacia el consumo de drogas por parte de los padres (Hawkins et al, 1992)

Además de las actitudes positivas hacia el consumo, que puede haberlas, se podrían incluir en este apartado las actitudes permisivas o desentendidas del consumo; asociado a lo planteado anteriormente, los niños aprenden mediante la imitación no sólo de las conductas sino también de los discursos, a través de la construcción de actitudes, sobre todo cuando éstas son coherentes con los comportamientos. Así, si en un contexto cultural se mantiene una actitud familiar positiva hacia el consumo de una sustancia (como es el caso del alcohol en España, en muchos casos), el niño se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad que en el caso contrario. La presencia de actitudes positivas hacia el consumo de cannabis en la familia (o, al menos, la ausencia de actitud negativa hacia ese consumo) parece influir de manera más clara en las chicas adolescentes cuando en su grupo de iguales consume drogas que en los chicos (Butters, 2004).

CONTEXTO ESCOLAR

Pobre apego a la escuela (Hawkins et al, 1992; Petterson et al, 1992; Pollard et al, 1997)

El pobre apego a la escuela, aun siendo un factor más propio del individuo (Hops et al., 1999), se relaciona con otros de carácter propiamente académico como las dificultades de aprendizaje y, muy especialmente, las medidas que se pongan en marcha para abordar esta situación. Este apego se deteriora en la medida en que no se perciba a la escuela como un elemento positivo de aportación cultural, seguridad y desarrollo personal, sino como un espacio de coerción, obligación y conflicto en algunos casos. A esta falta de apego tampoco ayuda el estilo educativo autoritario y excluyente de una parte del profesorado, la dejación de funciones por parte de la familia en cuanto a la motivación hacia la escuela y las expectativas académicas respecto a los hijos e hijas, o la estructura rígida del propio sistema educativo que, en algunos casos, no facilita de la manera más adecuada ni efectiva la integración de estos alumnos.

Fracaso académico (Hawkins et al, 1992; Petterson et al, 1992; Moncada, 1997; Pollard et al, 1997; Kumpfer et al, 1998; Muñoz-Rivas et al, 2000)

En el caso del fracaso académico, muy vinculado al factor anterior, resulta necesario clarificar si este fracaso se va produciendo a lo largo de la evolución dentro del sistema educativo o si llega con la aparición de los primeros consumos en la etapa adolescente. Cuando hay todo un historial de dificultades de aprendizaje, repetición de cursos, problemas de rendimiento, etc... podría interpretarse de manera adecuada que las dificultades escolares hacen que el sujeto se desvincule de la escuela, comience a mostrar conductas absentistas o antisociales, y comience a darse un cierto tipo de *asociación diferencial* (Sutherland, 1978) con el alumnado en una situación similar, donde el consumo de sustancias es una conducta más que refuerza este vínculo, y el sujeto pasa a formar parte del grupo de «los que no valen para estudiar», con lo que supone de identificación personal

como rebelde, y de exclusión con respecto a los que mantienen una buena evolución escolar. Y esto, a partir de un determinado momento, tiende a convertirse en un círculo en el que a menor contacto o mayor conflicto con el centro educativo, mayor consumo y, a mayor consumo, mayores problemas de aprendizaje y para el seguimiento de las clases de manera normalizada. En los casos en el que sea el inicio en el consumo de sustancias (especialmente las que tienen la consideración de legales en el contexto en que se da el consumo, que por ello tiende a ser más permisivo) el que vaya dificultando el progreso escolar sin que hayan existido dificultades previas, se puede dar una dinámica semejante a la anteriormente planteada, en que consumo y rendimiento escolar sean inversamente proporcionales de manera progresiva.

CONTEXTO DEL GRUPO DE IGUALES

Consumo de sustancias en el grupo de iguales (Hawkins et al, 1992; Petterson et al, 1992; Moncada, 1997; Pollard et al, 1997; Muñoz-Rivas et al, 2000)

Especialmente en la época adolescente, el grupo de iguales pasa a jugar un papel importante dentro de los intereses de los sujetos; el grupo de iguales ofrece tanto la opción de seguir un comportamiento gregario que diluya la responsabilidad personal como la de desempeñar un rol de liderazgo que en el contexto familiar resulta difícil. El consumo de sustancias (en este caso, el cannabis) dentro del grupo de amigos puede tener un papel cohesionador para el grupo, que se asocie al sentido de pertenencia al mismo, y que se pueda convertir en un ritual de funcionamiento asociado al tiempo libre. La relación entre el consumo del grupo de iguales y el inicio en el consumo de cannabis ha sido documentada (Kosterman et al, 2000; Tot et al, 2004), aunque queda por acabar de clarificar si se produce la *asociación diferencial* a la que antes aludíamos, siendo el sujeto el que busca grupos consumidores o, simplemente, alternativos, o si el consumo surge de manera natural dentro de un grupo ya constituido (Coggans y McKellar, 1994). La influencia del consumo de los iguales parece ser de especial relevancia en el caso de las chicas (Agrawal et al, 2007).

CONTEXTO COMUNITARIO

Disponibilidad y accesibilidad de la sustancia (Hawkins et al, 1992; Petterson et al, 1992; Moncada, 1997; Pollard et al, 1997; Muñoz-Rivas et al, 2000)

En el caso del cannabis, la sustancia de la que trata esta Guía, las cifras recogidas en las sucesivas encuestas realizadas por el PNsD a estudiantes (ESTUDES) y población adulta (EDADES) muestran que es la sustancia ilegal con más disponibilidad y accesibilidad percibida en el contexto español, como veremos posteriormente en el capítulo dedicado a esta sustancia. No deja de ser cierto, por otra parte, que el desarrollo de lo que se ha llamado «cultura cannábica» ha contribuido a modificar la visión social de esta sustancia; y que también la defensa de su utilización como herramienta terapéutica ha influido. Pero conviene no confundir, en este último caso, su disponibilidad para una finalidad recreativa con otra de carácter médico.

Deprivación social (Hawkins et al, 1992; Petterson et al, 1992; Moncada, 1997; Muñoz-Rivas et al, 2000)

La situación de pobreza, o un nivel socioeconómico bajo suponen riesgo en diversos aspectos: las situaciones de hacinamiento o de mala salubridad en la vivienda, las dificultades económicas para la adquisición de material escolar, la asociación con iguales en una situación social semejante,

el choque entre los fines socialmente establecidos y los medios disponibles siguiendo las teorías anómicas, convierten a los colectivos más empobrecidos también en los más vulnerables. Si a esta situación estructural se le añade otra de carácter coyuntural como una crisis económica, que se asocia al desempleo y a una mayor carestía en estas franjas de la población, puede entenderse que sean los jóvenes inmersos en estos colectivos los que más expuestos están al inicio en el consumo de sustancias, y más en estas situaciones.

Movilidad (Pettersen et al, 1992; Moncada, 1997; Pollard et al, 1997; Muñoz-Rivas et al, 2000)

Es éste un factor que, aun siendo de carácter comunitario, también se relaciona con el contexto familiar; y se asocia, en algunos casos, a la privación social a la que antes se hacía referencia; cada movimiento migratorio, en busca de una oportunidad laboral, o más ampliamente social (como en el caso de los refugiados), supone una ruptura con un modelo social, con un contexto comunitario, y un nuevo inicio en otro; en el caso de los menores, supone, en muchos casos, la ruptura con un entorno percibido como conocido y, por ello, más o menos seguro, para iniciar de nuevo un proceso de conocimiento del medio, establecimiento de relaciones interpersonales, etc... Un ejemplo claro de esto se da también en el ámbito escolar: si ya de por sí un cambio de centro educativo dentro de la misma ciudad e incluso de la misma barriada, supone todo un ejercicio de superación de dificultades ¿qué no supondrá un cambio de lengua, de sistema educativo, de normativa de funcionamiento, de contenidos, de profesorado, de compañeros...?

3.3.2. Factores de protección

El propio Becoña (2002) dice que, por lo general, se han estudiado menos los factores de protección que los de riesgo, existiendo por ello una menor variedad; por el contrario, desde nuestra perspectiva, es necesario dar a conocer los factores que ayudan a reducir la vulnerabilidad, en la medida en que, dentro del modelo de competencias, la actitud a mantener está más cerca de la construcción de elementos saludables que de la evitación de los que no lo son.

A continuación, reflejamos los factores de protección que, a nuestro juicio, más tienen que ver con el consumo de cannabis para la población más vulnerable:

CONTEXTO FAMILIAR

Modelos adecuados en resolución de conflictos

Aun cuando el factor como tal se refiere a la resolución de conflictos, entendemos que una de las líneas de actuación del mediador ha de orientarse, dentro del trabajo con familias, a concienciar a los progenitores y hermanos y hermanas mayores de su responsabilidad como modelos de comportamiento. No sólo las situaciones de violencia en el hogar están abocadas a transmitirse generacionalmente, sino también otras cuestiones como la no expresión de sentimientos, o los estilos de comunicación pasivos o agresivos. La búsqueda continua de referentes adultos en el entorno es una de las señas de identidad en las fases iniciales de la vida. Por ello, resulta necesario que los adultos que rodean a la población infantil y adolescente sean conscientes y le den la importancia debida a su potencial como modelos saludables en todos los aspectos relacionados con la socialización. En este sentido, el papel del mediador estará orientado en dos líneas de actuación: la capacitación y toma de conciencia por parte de los adultos de la familia de su papel como modelos para el niño o adolescente, y la presencia del propio mediador como modelo adulto a seguir.

Supervisión y seguimiento familiar

Cuando se pregona la necesidad de recuperar la autoridad familiar, como si el problema actual se debiera exclusivamente a la ausencia de normas y límites, se suele partir de un análisis parcial y sesgado. El actual modelo económico y el mercado de trabajo han supuesto, entre otras cosas, un deterioro en el tiempo que las familias pasan con sus hijos. Y las mismas voces que claman por un retorno a los tiempos autoritarios son las que atribuyen ese deterioro a la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, tratando de regresar a un *statu quo* anterior a la realidad que vivimos, quizá por motivos que nada tienen que ver con el bienestar de los niños. Lo cierto es que, desde una perspectiva realista, los niños pasan cada vez menos tiempo con su padre y su madre; y éstos tienen cada vez más dificultad para atenderlos de una manera adecuada. Porque la clave es la atención, y no tanto el control o las normas. Los niños y niñas necesitan atención por parte de los padres, que éstos estén atentos a sus necesidades, que los acompañen en su descubrimiento del mundo, que los orienten en cuanto a valores, actitudes y conductas para desenvolverse de manera adecuada en la sociedad que vivimos... La comprobación, por ejemplo, de que el niño realiza las tareas escolares, el apoyo durante su realización, la compañía en momentos de juego o el conocimiento de los amigos con los que comparte juegos y aficiones, son ejemplos de atención, seguimiento y supervisión que ayudan como factor de protección frente al consumo de drogas; el papel del mediador para potenciarlo estará centrado en orientar a los padres para que incrementen esa atención, y deberá evitar ofrecerla él como sustituto, porque podría estar contribuyendo a perpetuar la situación en vez de compensarla.

Comunicación asertiva y escucha activa

También relacionado con el modelado y con la atención, es de gran importancia que los procesos de comunicación dentro de la familia se rijan por estilos de educación democráticos y por un estilo de comunicación asertivo. La respuesta a la necesidad de escucha de los niños, y el que esa respuesta sea adecuada, demuestre interés, y que se mueva por parámetros que no sean agresivos ni inexpresivos en la forma, y que contengan calidez y afectividad en el contenido, son elementos que facilitan una mayor confianza en los adultos que lo rodean y, a medio y largo plazo, una mayor posibilidad de hablar de los temas que preocupan al adolescente (como, por ejemplo, el consumo de cannabis) huyendo de tabúes y secretos. En este aspecto, la labor del mediador consistirá en ayudar a la familia a desarrollar maneras adecuadas de comunicarse con el hijo o hija, utilizando «mensajes yo», expresando sentimientos de manera adecuada, ofreciendo alternativas a la hora de hacer críticas, etc...

CONTEXTO ESCOLAR

Buen rendimiento escolar

La obtención de buenas calificaciones (reflejo, al menos parcial, de los avances en el aprendizaje) resulta un factor de protección importante de cara a la prevención del consumo de sustancias. Suponen un incremento en la autoestima del niño o adolescente, un reconocimiento a su esfuerzo y/o a su capacidad, y generan un mayor interés por nuevos aprendizajes de cara al futuro. La ruptura del «efecto halo» que, a veces, arrastran algunos chicos sería uno de los objetivos de la actuación del mediador: nos encontramos, a veces, con adolescentes que llevan un historial de escolarización conflictivo y que, a pesar de realizar un esfuerzo importante para dar un giro a la situación estudiando, ven que los resultados de su trabajo no se reconocen como debería, por la «fama» ganada a pulso en años anteriores frente a algunos profesores. La motivación hacia el estudio, la asociación de éste con la perspectiva de un mejor trabajo, son elementos de importancia sobre los que el mediador deberá focalizar la tarea preventiva.

Apego a la escuela

Relacionado con lo anterior, un buen rendimiento mejora el apego del adolescente al centro educativo, pero no es la única manera. La participación en la vida del centro educativo a través de actividades de mejora del entorno, pertenencia a asociaciones de alumnos, presencia en órganos de representación como el consejo escolar, la facilitación del acceso a las instalaciones deportivas, la colaboración en proyectos del centro, son diversas estrategias que mejoran el aprecio que el adolescente tiene hacia el centro. Además de esto, la valoración positiva del profesorado y el aprendizaje, así como la de compañeros de clase, incrementan la cercanía afectiva y reducen las posibilidades de consumo. Potenciar todos estos aspectos con el adolescente y que se faciliten desde la institución educativa serán los objetivos generales del mediador.

Buena supervisión y seguimiento en el centro

También relacionado con lo anterior, para alcanzar un buen rendimiento escolar es preciso detectar el estilo de aprendizaje del niño, las posibles dificultades, las necesidades educativas que pueda presentar y, muy especialmente, los centros de interés que tiene. En ese sentido, será necesario que desde el centro educativo se lleven a cabo las medidas necesarias para que se produzca una buena evolución. Conocemos casos en que, por ejemplo, se minimiza la importancia del absentismo de algunos alumnos desde el propio centro educativo, apareciendo asociada la sospecha de que esto es así porque prefieren que esté fuera, aun siendo conocedores de que puede estar exponiéndose a situaciones de riesgo, en vez de dentro, por la posible conducta disruptiva; en estos casos, los centros renuncian a su función de supervisión y seguimiento, dejando al adolescente en una situación de riesgo incrementada. Por el contrario, en otros centros, se muestra un alto interés por mantener el carácter de contención de la institución educativa, siendo conocedores de que es mejor para el adolescente estar dentro, aun resultando problemático su manejo, que desentenderse de él. En ese sentido, el mediador tratará de colaborar de manera coordinada con los profesionales del centro, aportando posibles medidas que apoyen su evolución positiva en el ámbito escolar, reduciendo los episodios de absentismo y conflicto, y facilitando un aprendizaje más satisfactorio.

CONTEXTO COMUNITARIO

Cohesión social

La fragmentación de las redes sociales de carácter comunitario, la pérdida progresiva de poder y prestigio social de las organizaciones no gubernamentales, la mayor tendencia al individualismo frente a la cooperación y la delegación de las responsabilidades sociales en las instituciones locales, autonómicas y estatales, ha dado como resultado un descenso importante en la cohesión social, especialmente, de las zonas que más se movilizaban en su momento, frente a los problemas asociados al consumo de sustancias. Así, toda la labor que el mediador pueda desarrollar en el contexto comunitario, llevando a la práctica lo que se planteaba en capítulos anteriores respecto a fomentar comunidades que muestren una mayor competencia a la hora de afrontar estos problemas, contribuirá de manera activa para incrementar la cohesión social en ese contexto.

Políticas de integración e inclusión social

Es éste uno de los factores protectores clave para reducir las posibilidades de consumos problemáticos; el desarrollo de políticas que reduzcan la deprivación social y la movilidad de las que hablábamos anteriormente; que fomenten la inclusión social de los más desfavorecidos (que, en

gran medida, coinciden con la población más vulnerable frente a los riesgos asociados al consumo de cannabis); que promuevan la protección social ante el desempleo; que amortigüen, en definitiva, los efectos negativos del modelo económico y social en que vivimos en la actualidad, serán elementos protectores de primer orden. En este caso, el mediador deberá conocer la legislación vigente, conocer los trámites necesarios para los sujetos, y orientarlos y ayudarlos para que puedan beneficiarse de lo que ofrecen este tipo de medidas; y, además de ello, solicitar de los poderes públicos que pongan en marcha y generalicen estas políticas.

Apoyo social y protección al menor

Relacionado con lo anterior, se hace necesario que las políticas prioricen los cuidados y la protección a los menores, entendiendo la necesidad de aplicar el principio de precocidad y anticipándose a la aparición de problemas futuros. Así mismo, la percepción social sobre el colectivo de jóvenes puede tener un peso decisivo en el apoyo social que la sociedad en conjunto, o cada comunidad, pueda ofrecer a los adolescentes; verlos como elementos problemáticos, disruptivos, y alteradores del orden sólo contribuye a que se dificulte que la comunidad ofrezca su apoyo social en casos de necesidad. Por ello, será importante que el mediador no sólo centre su labor en el trabajo directo con los propios adolescentes, sino también con el entorno comunitario, adecuando la imagen social de este colectivo y de otros en situación de especial vulnerabilidad, facilitando una mayor colaboración en la cobertura de sus necesidades.

CONTEXTO DEL GRUPO DE IGUALES

Apego a iguales no consumidores

Especialmente en la etapa adolescente, la referencia que supone el grupo de iguales es básica; a la hora de evaluar la protección, la pertenencia a un grupo de amigos donde no se consuma ha demostrado su peso. Respecto a esta cuestión, el papel del mediador irá en dos líneas: facilitar al adolescente el contacto interpersonal con iguales no consumidores, a través de la detección de centros de interés comunes sería la primera; la segunda, facilitar el acercamiento, dentro del propio grupo de iguales, hacia aquellos sujetos que hayan optado por el no consumo, o el consumo menos problemático como opción personal. Una de las dificultades con las que se encontrará será la necesidad de reconocimiento que adolescentes tienen por parte de su grupo de iguales, por lo que tendrá que estar muy atento a cómo funciona el nivel afectivo dentro del grupo, y si el no consumo puede suponer un deterioro de este nivel; pero el desarrollo de competencias personales puede orientarse, también, a que el sujeto obtenga reconocimiento grupal por otras vías que no sean necesariamente las del consumo problemático. Y, en el peor de los casos, si la ruptura afectiva con el grupo de referencia es inevitable en el caso de que el consumo sea una señal de identidad grupal, quizá la opción sería la que antes se planteaba: facilitar el contacto con otros grupos alternativos donde las señales de identidad sean otras.

Actitud grupal negativa hacia el consumo de sustancias

Si el factor anterior estaba planteado desde la perspectiva del individuo hacia el grupo de iguales, en este caso nos referiremos a la actitud general del grupo hacia el consumo de cannabis. En este caso, la función del mediador será, principalmente, la de sondear el nivel de consumo del grupo, y ofrecer informaciones alternativas a las manejadas por los componentes del mismo hacia el consumo de esta sustancia. Para ello, habrá de estar atento a las conversaciones que se generen

sobre el tema, y ofrecer información de carácter lo más objetivo y actualizado posible, partiendo de las evidencias científicas, facilitando la discusión sobre el tema, siguiendo las indicaciones que se plantean en otros apartados de esta guía. Esto supone la necesidad de que el mediador tenga unos conocimientos actualizados y las habilidades necesarias para presentar los argumentos que ayuden a un cambio de actitud hacia el consumo, de ser ésta favorable. En el caso de que el grupo mantenga una actitud negativa hacia el consumo de la sustancia, el papel del mediador consistirá en reforzar la misma.

Conocimiento y acceso a recursos de ocio y tiempo libre saludables

Este factor es, posiblemente, uno de los centrales en el ámbito de la prevención de drogodependencias; aunque desde algunas perspectivas, las estrategias de prevención inespecífica sean algo cuestionable, lo cierto es que el desarrollo de las comunidades y, dentro de éstas, la adopción y el mantenimiento de conductas saludables por parte de los grupos de jóvenes que a ellas pertenecen, está muy relacionado con la existencia de alternativas de ocio y tiempo libre saludables, variadas, creativas, potenciadoras, flexibles y accesibles. Saludables en la medida en que sean comportamientos que contribuyan a mejorar o, cuando menos, no deteriorar la salud. Variadas, para que permitan hacer uso de la opción de elegir a los sujetos, para que éstos cuenten con un amplio abanico de opciones. Creativas, para que los sujetos puedan romper con la dinámica homogeneizadora que ofrecen las actividades consumistas al uso, importadas acríticamente desde un modelo mercantil proveniente de otra realidad social. Potenciadoras, para que no sólo sean actividades que permitan ocupar el tiempo –como alternativa al aburrimiento– sino que también ofrezcan posibilidades de mejora y desarrollo personal (educativo, cultural, etc...). Flexibles, en la medida en que den cabida a diferentes personas con diferentes perfiles e intereses, facilitando la heterogeneidad de los grupos y respetando su diversidad. Y accesibles, en la medida en que sean económicas, o gratuitas, y que no coarten el acceso de los jóvenes si no cuentan con recursos económicos, más aún cuando las poblaciones más vulnerables son las que más probablemente se encuentren con esa dificultad. En este apartado, la tarea del mediador se centrará en obtener y proporcionar información actualizada sobre las actividades existentes en la zona con la mayoría de estas características, o en la creación de alternativas que permitan a los grupos de jóvenes acceder a las mismas para reducir la vulnerabilidad existente.

3.4. LA PREVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA

Como se ha puesto de manifiesto en páginas anteriores, existe un gran esfuerzo y preocupación en este momento, por adaptar los programas y proyectos preventivos a un mínimo de criterios metodológicos que garanticen su calidad. Habida cuenta de la gran documentación existente sobre las buenas prácticas en prevención (Alvira, F. 1991; PNSD, 1997; FEMP, 2003, BIP, 2003), sorprende la cantidad de programas que aún no presentan dichos requisitos. Es posible que la falta de recursos humanos y materiales dedicados a este ámbito, o la escasa formación y capacitación de algunos de los profesionales que diseñan y aplican estos programas, estén entre los motivos por los que no acaben de aplicarse estas buenas prácticas. Creemos que éste es un argumento para la reflexión, en el que se deberá seguir profundizando en aquellos foros y encuentros donde se delibere sobre la eficacia de las intervenciones preventivas.

Ya en La Estrategia Nacional sobre Drogas de 1996 (PNSD, 1996), se ponía de manifiesto que los programas de prevención debían intentar ajustarse, al menos, a tres criterios básicos:

- Realizar un análisis del colectivo al que va dirigido y sus necesidades.

- Cumplir las exigencias metodológicas adecuadas en cuanto a su planificación, implementación y evaluación.
- Basarse en modelos y teorías contrastadas.

Conviene, pues, recapitular sobre algunos de los hechos preventivos que están reconocidos por la comunidad científica, sobre todo en lo referente a la prevención selectiva e indicada, y que nos serán de gran utilidad a la hora de rentabilizar nuestras acciones. Pero antes de relatar algunas de esas evidencias, es interesante hacer hincapié en la necesidad de ajustar estos criterios a la realidad y a los recursos con los que trabajamos día a día. Es oportuno insistir, de nuevo, en la necesidad de aunar los criterios científicos de eficacia (condiciones ideales), con los de efectividad (donde se demuestra el verdadero pulso del programa) y, fundamentalmente, la teoría con la práctica, con el fin de que los datos obtenidos de esa realidad sean atendidos y reviertan sobre la teoría diseñando modelos e intervenciones más ajustadas y realistas.

Existen numerosos autores, informes y guías de organismos oficiales o científicos de prestigio, tanto nacionales como internacionales (NIDA, Center for Substance Abuse Prevention [CSAP], PNSD, Tobler, N., Irefrea, etc.), que nacen con el objetivo de analizar algunas evidencias del ámbito preventivo, así como sus limitaciones. No queremos profundizar en el tema conscientes de que esos documentos pueden ser consultados con facilidad, bien cada uno de ellos por separado o en una interesante compilación que realizó E. Becoña en 2002 (pp 121-158). Sin embargo es acertado examinar y recordar algunas de esas afirmaciones referidas básicamente a poblaciones en riesgo.

Los principios que se enumeran a continuación son algunos de los que han obtenido más acuerdo en los diferentes estudios realizados (Slodoba y David, 1997; NIDA, 2003; CSAP, 1997; Gardner et al., 2001; Tobler et al., 2000; Alonso, 2007), y están referidos a los programas y a las poblaciones en riesgo o con características más específicas (inmigrantes y género).

Respecto a los programas en general:

- Los programas preventivos deben ir dirigidos a incrementar los factores de protección y minimizar la influencia de los factores de riesgo.
- Los programas deben adaptarse a la población diana (edad, género, diferencias culturales y grado de vulnerabilidad), poniendo el énfasis en aquellos factores de riesgo que pueden modificarse y fortaleciendo los de protección que se conocen.
- Las intervenciones tempranas sobre los factores de riesgo tienen mayor impacto que aquellas que se aplican tardíamente.
- Cuanto más vulnerable es un colectivo, más intensivos deben ser las intervenciones y más tempranamente emplearse.
- Desarrollar programas y proyectos mantenidos en el tiempo e integrados en la comunidad, implicando al mayor número de sectores de esa población (profesores, familia, medios de comunicación, poderes públicos y privados, etc.).
- Plantear objetivos basados en los resultados.
- Los programas comunitarios tendrán como objetivo último generar una mayor percepción del riesgo ante el consumo de sustancias (legales e ilegales), en todos los ámbitos de la comunidad.

- Los programas que incluyan cambios en la política (leyes más restrictivas) y campañas en los medios de comunicación, son más eficaces si se acompañan con programas dirigidos al ámbito familiar y escolar.
- Los programas dirigidos sólo a familias o a jóvenes son menos eficaces por separado que si se refuerzan mutuamente.
- La eficacia aumenta cuando se emplean técnicas interactivas.
- Algunas intervenciones deben realizarse en la población general y no sólo en los grupos de riesgo para evitar la estigmatización de éstos (sobre todo en momentos de transición evolutivos que implican cambios educativos. Por ejemplo, paso de educación primaria a secundaria o de ésta al bachillerato).
- Los programas escolares deben al menos constar de 10 sesiones. Un número mayor no es significativamente más eficaz. Sin embargo, deben diseñarse sesiones de refuerzo posteriormente para afianzar las metas preventivas originales.
- Los programas más eficaces son aquellos que muestran diferentes estrategias a la vez (programas multicomponentes) y son reforzadas por diferentes ámbitos de aplicación al mismo tiempo.
- Los programas preventivos eficaces incrementan el coste-eficacia.

Respecto al contenido de los programas:

- Los programas familiares deben desarrollar componentes de entrenamiento sobre estilos educativos, establecimiento de límites, estrategias de comunicación, incremento de la supervisión familiar y habilidades de crianza.
- Los programas familiares serán más eficaces si ayudan a las familias de culturas diferentes a integrarse en la comunidad de destino, favoreciendo la comprensión de estas nuevas pautas culturales.
- Los programas deben incluir entrenamiento a profesores en manejo de grupos e incremento del rendimiento escolar, a través de programas de refuerzo y motivación escolar (tanto a los profesores, reconociendo curricularmente su implicación, como a los estudiantes).
- Los programas dirigidos a la educación primaria tendrán como objetivos incrementar el aprendizaje académico y socio-emocional que están implicados en el desarrollo de comportamientos agresivos, fracaso escolar y absentismo escolar. Estos comportamientos actúan como factores facilitadores del consumo de sustancias. Algunos de los contenidos versarán sobre: técnicas de autocontrol, solución de problemas sociales y apoyo académico.
- En los programas aplicados en secundaria los contenidos a desarrollar serán: aumentar la competencia social a través del abordaje de habilidades de comunicación interpersonales; autoeficacia; modificación de actitudes ante las drogas (sobre todo las legales); y fortalecimiento del compromiso personal frente al consumo de sustancias.
- En los programas dirigidos al consumo de drogas ilegales muestran más eficacia aquellos que unen las estrategias basadas en el entrenamiento y mejora de habilidades para la vida

(habilidades de toma de decisiones y pensamiento crítico; habilidades de comunicación e intrapersonales como autoestima y modificación de actitudes; y habilidades de afrontamiento y autocontrol) junto con las referidas a minimizar el impacto de la influencia social (información; habilidades de rechazo y creencias normativas). Estos contenidos no se muestran tan eficaces en los programas dirigidos a drogas legales, no pudiendo determinarse hoy en día aún qué estrategias serían las más significativas.

- Si a estos dos componentes (habilidades para la vida y estrategias referidas a la influencia social) les unimos simultáneamente acciones en otros ámbitos: familiar, medios de comunicación, cambios normativos, etc., los programas logran aumentar significativamente su efectividad.
- Proporcionar a los jóvenes oportunidades reales o ensayos interactivos para practicar las nuevas habilidades a través de situaciones donde garanticemos, en un principio, la eficacia de dichos comportamientos (incremento de la autoeficacia).
- En los programas dirigidos a los chicos, las habilidades sociales referidas especialmente a mejorar las relaciones con las chicas se muestran muy eficientes.
- En los programas orientados a chicas estas habilidades deben ir dirigidas a resolver eficazmente la desaprobación parental y la elección de su propio grupo (al margen de otros condicionantes), así como la influencia de éste en su comportamiento.
- Incluir en los programas actividades alternativas que permitan incorporar oportunidades de mostrar las habilidades sociales y personales adquiridas, sobre todo en jóvenes de ambientes de alto riesgo que no tienen tales opciones.
- Implicar a los jóvenes en el desarrollo de programas alternativos y en intervenciones donde los referentes sean los iguales (educación entre iguales).
- Incrementar la desaprobación ante normas y conductas desviadas, creando contextos donde puedan interactuar jóvenes con conductas problemáticas con otros jóvenes no problemáticos.

Como podemos comprobar, ya hay algunos hechos que deben ser considerados a la hora de planificar las acciones preventivas. Cuando se diseñan programas normalmente olvidamos aquellas acciones que tiene ciertas garantías de calidad, que vienen avaladas por evaluaciones continuas (y no sólo de resultado también de proceso, atestiguando así que el programa se está aplicando tal y como se diseñó y que los monitores tienen las herramientas metodológicas y formativas precisas). Pensemos pues, antes de embarcarnos en proyectos nuevos, qué programas existen de características similares, con qué avales cuentan, cómo se pueden adaptar a nuestra población (manteniendo su estructura y metodología para así poder ser evaluado en las mismas condiciones), etc. Así podremos concentrar nuestros esfuerzos en incrementar la eficiencia de las acciones, rentabilizando los recursos y no empeñarnos en inventar de nuevo lo ya inventado.

Sin embargo, hay todavía muchos aspectos en el ámbito preventivo que merecen una mayor investigación y revisión, fundamentalmente por lo cambiante del fenómeno de las drogodependencias y del gran número de actores implicados. Entre estos retos nos encontramos (CSAP, 1997; Arco y Fernández, 2002):

- Profundizar sobre la mayor accesibilidad e idoneidad de los recursos a los jóvenes en riesgo, favoreciendo su captación.

- Analizar aquellas variables que tienden a diferir en las intervenciones realizadas con chicas o con chicos.
- Conocer por qué aumenta la probabilidad de mayor efectividad de los programas específicos de género cuando éstos se aplican en población de alto riesgo.
- Analizar la pertinencia o no de adaptar los programas preventivos a los distintos grupos culturales y étnicos. Para ello sería útil conocer la relación funcional que se establece entre las características de los sujetos y las características de los programas a tratar.
- Incrementar la implicación de la comunidad, y sobre todo la familia, en los programas.
- Realizar un mayor número de intervenciones preventivas con las familias disfuncionales motivadas, y explorar su relación con el menor uso posterior de servicios comunitarios para personas desfavorecidas, por parte de dichas familias.
- Incrementar las competencias de los referentes adultos cercanos a los jóvenes en riesgo, ya que esta mejor preparación y la implicación de estos adultos parece que redundan favorablemente en los resultados del programa preventivo.
- Reducir las barreras entre la escuela y la comunidad.
- Mayor esfuerzo en generar programas preventivos globales e integrados y los desafíos que esto representa. Estos programas corren el riesgo de diluirse en el tiempo, además son difíciles de mantener a largo plazo a causa del gran número de recursos humanos que se necesitan y de la alta implicación necesaria.
- Mejorar el entrenamiento y la motivación del personal que aplican los programas. Este entrenamiento debe ir acompañado de un alto nivel de supervisión.
- Incrementar la fiabilidad y validez de las conclusiones de los programas. Para ello debemos investigar sobre los diseños de evaluación en el ámbito preventivo y otros aspectos metodológicos (concordancia del modelo teórico elegido con los objetivos, operatividad de éstos, consideración de variables intervinientes durante el proceso de aplicación, etc.)
- Continuar investigando sobre los factores de riesgo y como éstos varían en relación a procesos temporales y poblacionales.

En resumen, los avances son muchos pero los retos aún son más. Esperemos que la sociedad y los poderes públicos tengan la sensibilidad necesaria para ir implicándose en este proceso, y la comunidad científica la motivación y recursos necesarios para mejorar las investigaciones. Si los profesionales dedicamos nuestra energía a diseñar programas eficientes y eficaces, mejorar las estrategias preventivas y nuestra capacitación, estaremos más cerca de hacer ver a la sociedad que invertir en prevención merece la pena.

CAPÍTULO 4. LA SITUACIÓN ACTUAL DEL CANNABIS

A lo largo de este capítulo, comentaremos algunos aspectos que nos parecen de interés para el trabajo preventivo sobre el consumo de esta sustancia; entendemos que los temas más cercanos a la realidad social son los de más interés, y no le dedicaremos demasiado espacio a cuestiones más relacionadas con los efectos fisiológicos de la sustancia, o su relación con los trastornos psiquiátricos. Este tipo de informaciones pueden ser ampliadas a través de la lectura de trabajos como los del Grupo de Estudios sobre el Cannabis del PNsD (2004) o el Informe de la Comisión Clínica (2006), pero nos parece que la Guía ha de ser un instrumento de manejo ágil y directo, menos relacionado con algunos trabajos de laboratorio.

4.1. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE CANNABIS EN EL MUNDO, EUROPA Y ESPAÑA

El consumo de cannabis no se reparte de una forma igual en todas las zonas del mundo; aparecen mayores porcentajes en América del Norte y Oceanía, siendo los porcentajes más bajos los que presentan Asia y América del Sur, como aparece en la tabla 4.1.

	Número de consumidores	Proporción de la población de 15 a 64 años (porcentaje)
Europa	30.800.000	5,6
Europa occidental y central	23.400.000	7,4
Europa sudoriental	1.900.000	2,3
Europa oriental	5.500.000	3,8
América	36.700.000	6,4
América del Norte	29.400.000	10,3
América del Sur	7.300.000	2,6
Asia	52.100.000	2,1
Oceanía	3.200.000	15,3
África	39.600.000	8,1
Total	162.400.000	4,0

Fuentes: Cuestionario para los informes anuales de la ONUDD, informes de los gobiernos, informes de los órganos regionales y estimaciones de la ONUDD.

Como referencia, en los Estados Unidos, la National Survey on Drug Use and Health (Encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud, NSDUH) (Samhsa, 2005) estimaba una prevalencia de consumo de cannabis al menos una vez en la vida del 49% en los jóvenes adultos (entre 15 y 34 años, recalculada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías - OEDT) y una prevalencia durante el último año del 21%. Para el mismo grupo de edad, la prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida en Canadá (2004) era del 58%, y la prevalencia durante el último año ascendía al 28%, mientras que en Australia (2004) los porcentajes eran del 48% y

el 20%, respectivamente. Frente a estas cifras están las correspondientes medias europeas, que se sitúan, respectivamente, en el 31% y el 13%.

El cannabis es la sustancia ilegal más consumida en Europa. Encuestas recientes indican que entre 2 y el 37% de los adultos (15-64 años) han consumido la sustancia al menos una vez en la vida. Las estimaciones más bajas del consumo a lo largo de la vida pertenecen a Rumania (el 1.7%), Malta (el 3.5%) y Bulgaria (el 4.4%) y las más altas, del Reino Unido (el 29.8%), Francia (el 30.6%) y, especialmente, Dinamarca (el 36.5%). Esta información, extraída del monográfico recientemente editado sobre el cannabis por la EMCDDA (2008), supone la estimación de que más de 70 millones de adultos (un 22% del total) han probado alguna vez esta sustancia.

Las cifras se van reduciendo a medida que hablamos de consumo en el último año (23 millones de adultos, un 7% del total) y en el último mes (13,5 millones de adultos, un 4% del total), e incluso en el rango de edades, situándose la mayoría de estos consumidores en el rango entre 15 y 34 años (Vicente et al, 2008).

En lo que se refiere a las diferencias de género, entre los adultos europeos se perciben diferencias en la población que ha consumido cannabis alguna vez en su vida, que van de 1 mujer por cada 4 hombres en Portugal hasta 1 mujer por cada 1,25 hombres en Finlandia; entre los jóvenes, las diferencias de género se reducen de manera significativa, apareciendo tres países (Noruega, Finlandia e Irlanda) en que hay más mujeres que hombres que lo hayan probado. Nuevamente es Portugal el país en el que hay más diferencias entre ambos sexos.

Si hablamos del consumo en el último año, o en el último mes, las diferencias se incrementan, dando a entender que la igualdad que aparece en términos de experimentación va desapareciendo a medida que se intensifica el consumo, hasta alcanzar, de nuevo en Portugal, una proporción de 1 mujer por cada 6 hombres adultos. Esta ampliación de las diferencias también se da entre los jóvenes al intensificarse el consumo.

En cuanto al contexto español, el 27,2% de los españoles de 14 a 65 años lo ha probado alguna vez en la vida, el 7,1% lo ha consumido alguna vez en el último mes y el 1,5% lo ha consumido diariamente en los últimos 30 días (PNsD, 2008). Estas cifras sitúan a España dentro de los países en los que más porcentaje hay de consumo de cannabis alguna vez en la vida, en el último año y último mes.

Refiriéndonos a los jóvenes, basándonos en los datos de la Encuesta ESTUDES (PNsD, 2007) del año 2006, la prevalencia de jóvenes que habían consumido cannabis alguna vez en la vida alcanzaba el 36,2%, descendiendo en los que lo habían consumido en el último año al 29,8% y los que lo habían consumido en el último mes al 20,1%. Aun siendo cifras altas, cabe destacar que en el año 2006 se experimentó un cambio de tendencia con respecto a los datos recogidos anteriormente, produciéndose un descenso respecto a dichas referencias. Para comprobarlo, puede observarse la tabla 4.2.

Sin embargo, la edad media de inicio en el consumo de esta sustancia ha ido descendiendo paulatinamente a lo largo de los últimos 12 años: del 15,1 de 1994 se ha pasado al 14,6.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Alguna vez en la vida	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2
Último año	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8
Último mes	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1

En lo que se refiere a las diferencias entre sexos, puede observarse en la Tabla 4.3 que las diferencias se han ido reduciendo lentamente a lo largo de la última década, aunque siempre ha sido más frecuente el consumo en los varones que en las mujeres. Así, aparece un 3,4% menor de mujeres que lo han probado alguna vez en la vida, el mismo porcentaje relativo a los últimos 12 meses, y un 4,3% menos en el último mes.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Alguna vez en la vida	23,8	18,0	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	40,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6
Último año	21,2	15,2	25,9	21,1	28,2	23,5	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7	31,6	28,2
Último mes	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	28,5	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0

En cuanto al riesgo asociado al consumo, el 89% de la población encuestada consideraba que fumar cannabis habitualmente podría producir bastantes o muchos problemas, mientras que para el consumo esporádico el porcentaje descendía al 70%. En este caso, se acentuaban algo más las diferencias entre varones (85,7%) y mujeres (91,7%).

La percepción de accesibilidad del cannabis también mostró una tendencia descendente en la última encuesta, frente a la ascendente que había dominado la última década, como puede observarse en la Tabla 4.4.

1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
30,8	53,9	60,4	59,7	67,9	71,8	66,8

Por tanto, de todos estos datos podemos extraer las siguientes conclusiones:

- El consumo de cannabis está extendido en todo el mundo: los porcentajes más elevados de consumo aparecen en los países occidentales, especialmente América del Norte y Oceanía.
- En Europa, la situación es muy semejante: son los países más desarrollados económicamente los que muestran una mayor prevalencia.
- En el contexto español, las cifras son semejantes: algo menos de un tercio de los adultos ha probado el cannabis, más de 1 de cada 20 lo ha consumido en el último año, y un 1,5% lo ha hecho en el último mes.

- En el ámbito de los jóvenes, tras una tendencia al alza durante los últimos diez años, los últimos datos informan de un descenso.
- Entre los jóvenes, ha probado el cannabis más de un tercio; algo menos de un tercio lo ha consumido en el último año, y 1 de cada 5 lo ha consumido en el último mes.
- Se han ido reduciendo paulatinamente las diferencias entre sexos en el consumo de cannabis.
- Los últimos datos apuntan a un descenso en la accesibilidad percibida, y un aumento en el wriesgo asociado al consumo, tras una década de la tendencia contraria.

4.2. PERFILES ASOCIADOS AL CONSUMO DE CANNABIS

Durante las décadas finales del siglo XX se le atribuyó al consumo de sustancias la función básica de reducir el malestar, presuponiendo con ello que los consumidores llevaban a cabo esta conducta porque en su origen existía una sensación de disconfort o una mala situación personal y con el consumo conseguían aliviarla. Es el ejemplo que, en el ámbito de la cultura cinematográfica, se representaba por el típico protagonista que va a beber alcohol a un bar para «ahogar las penas». Este tipo de planteamientos han llevado a formular, desde la psiquiatría, hipótesis como la de la automedicación, relacionando la conducta adictiva con la necesidad de paliar el malestar o el sufrimiento ocasionado por trastornos diversos (Khantzian, 1997).

Pero lo cierto es que el consumo de sustancias en las últimas décadas nos está ofreciendo una visión diferente, alejada de esos prejuicios simplistas, prejuicios en muchos casos mediatizados por una evidencia científica basada en investigaciones con poblaciones demandantes de tratamiento y, por ello, ya con problemas frente a los estudios con consumidores no problemáticos, más habituales en la actualidad.

El consumo del cannabis aparece asociado, en un amplio perfil de jóvenes, no tanto a la necesidad de reducir un posible malestar, sino a la intención declarada de incrementar el bienestar experimentado en momentos lúdicos a través de la incorporación del consumo a un estilo de ocupación del tiempo libre basado en la vida recreativa (Calafat et al, 2000).

En dicho contexto, un mayor consumo de cannabis se asocia a una mayor frecuencia de visitas a lugares como bares, discotecas y locales after hours, al número de noches de salida por fin de semana, a las salidas durante la semana, a las horas dedicadas a cada salida nocturna, al número de locales visitados o al número de amigos participantes en estas salidas; aunque resulta importante destacar, dentro de estos datos, que el cannabis no es la única droga consumida por la población estudiada en dicho trabajo. La media de edad de la población objeto de estudio de Calafat y otros es de 22,6 años.

Pero, en la población adolescente que consume cannabis con cierta frecuencia, la vida recreativa tal y como se describe en el párrafo anterior es, de alguna manera, un horizonte, una aspiración; con toda seguridad, el poder adquisitivo es menor, siendo mucho más dificultoso el acceso a muchas de las actividades que se relacionaban. Existe una mayor dependencia económica de los padres, y éste es un freno notable para ello.

Por otro lado, añadido a lo anterior, la familia ejerce, en la mayoría de los casos, una cierta supervisión de la vida adolescente, existiendo una mayor cantidad de límites, y siendo éstos de un carácter más restrictivo; por ejemplo, respecto a la hora de llegada a casa, días de salida, etc.

Basándonos las observaciones llevadas a cabo a través del trabajo en medio abierto, podemos afirmar que los antecedentes de ese estilo de vida recreativa se sitúan, dentro del segmento de

población adolescente, en las salidas durante los fines de semana a ciertos locales habilitados para ellos (aunque en algunos casos acuden a otros a los que legalmente no podrían acceder por motivos de edad) o a consumir alcohol en la vía pública («botellón») aunque con una permanencia menor fuera del domicilio familiar que en el caso de los adultos jóvenes.

Y, durante la semana, la principal característica sería una mayor tendencia a estar en la calle, en parques, espacios abiertos aunque no demasiado expuestos, donde el consumo de cannabis puede llevarse a cabo, siendo menor en cantidad, y realizarse al margen de miradas adultas. Nos referimos a espacios de consolidación de la identidad grupal y del distanciamiento con respecto a los adultos que establecen las restricciones, de una manera muy parecida a lo que hace dos décadas ya planteaba Funes (1990).

Esta mayor asociación del consumo de cannabis a lo recreativo, frente a las propiedades paliativas del disconfort o minimizadoras de los problemas, se reflejaba en uno de los estudios dedicados al tema (Olivar y Carrero, 2007), dado que tanto la creencia que asociaba el cannabis a la reducción del malestar como la que lo relacionaba con olvidar los problemas presentaban signo negativo, incluso entre el propio grupo de consumidores.

En dicho trabajo se planteaba la hipótesis de que, dentro de los propios consumidores, pudieran coexistir dos perfiles diferenciados:

- uno, más mayoritario, que estaría más centrado en el incremento de la diversión, mediante la asociación del consumo con la vida recreativa. Este perfil, de una tendencia más hedonista, tendría mayor tendencia al consumo en grupo, y no mostraría grandes dificultades de integración social, sencillamente habría incluido esta actividad de manera normalizada en sus actividades.
- otro, menor en número, que sí lo utilizaría con fines más cercanos a la reducción de un malestar relacionado con los posibles problemas familiares, académicos o sociales experimentados. En este caso, sería más frecuente la presencia de episodios de consumo en soledad, abuso, futura dependencia y otras actividades de riesgo.

De comprobarse la existencia de estos dos perfiles, sería necesario facilitar la detección temprana de los sujetos de cada grupo, por las implicaciones que esto puede tener de cara a la labor preventiva frente a las diferentes necesidades de ambos grupos. En el caso del primero, la labor del mediador se orientaría más a la oferta de actividades alternativas de ocio y el trabajo en el ámbito grupal, mientras que en el segundo, las prioridades serían un trabajo de carácter más individualizado, y la revisión de necesidades en otras áreas, como las relaciones familiares o el desarrollo personal. En todo caso, es muy raro que se presenten estos perfiles de manera pura, con lo que es muy probable que se haga necesaria la combinación de ambas cosas.

4.3. CUESTIONES A TENER EN CUENTA EN TORNO AL CANNABIS

4.3.1. El «gateway effect»: el cannabis como puerta de entrada al consumo de otras drogas ilegales

El consumo de cannabis es conceptualizado por parte de diversos investigadores como «puerta de entrada» (gateway effect) para el consumo de otras drogas ilegales (Lynskey et al, 2003). De hecho, esta creencia ha sido la base de algunas campañas de prevención, asimilando el consumo de cannabis al paso a otras drogas como la cocaína o la heroína.

Una gran parte de este planteamiento se basa en el modelo teórico formulado por Kandel (1975), la «hipótesis de la escalada», en el que se plantea el consumo de drogas como un proceso secuencial en el que se producen cuatro estadios de desarrollo: a) consumo de bebidas alcohólicas fermentadas; b) consumo de bebidas alcohólicas destiladas o tabaco; c) consumo de marihuana, y d) consumo de otras drogas ilegales.

De todas formas, hay que dejar claro que, dentro de este planteamiento, aunque se ha identificado una secuencia clara en el desarrollo de las relaciones con las drogas, cada uno de esos «escalones» no supone necesariamente el uso de otras que están en los escalones siguientes. Como dicen Vázquez y Becoña (2000), muchos jóvenes se quedan en un determinado estadio y no progresan a otros.

La investigación de Lynskey (2003) con gemelos australianos concluía que el uso precoz de cannabis se asocia a un riesgo incrementado de progresión al consumo de otras drogas ilegales; aun así, este estudio fue criticado por diversos motivos (Schier et al, 2003; McLeod et al, 2003). Esta cuestión, abierta a debate de manera continua, sigue sin resolverse, especialmente debido a tres motivos:

- En primer lugar, el cannabis es una droga considerada ilegal por una serie de motivos; pero su condición legal no debe distraer del papel que otras drogas juegan, a su vez: si el cannabis es la «puerta de entrada», es porque se la ha colocado ahí. Porque, si el alcohol fuera ilegal ¿no sería la «puerta de entrada» al resto de drogas ilegales? Por tanto, la consideración depende de factores que están muy relacionados con cuestiones de Derecho y Política, y no tanto científicas.
- En segundo lugar, tanto en términos diacrónicos como sincrónicos, el consumo de cannabis no se produce de una manera aislada; el consumo de otras sustancias como tabaco o alcohol, al mismo tiempo, o de manera previa, pueden ser tan influyentes en el paso al consumo de otras drogas ilegales como el cannabis. De hecho, una de las críticas al estudio de Lynskey al que antes aludíamos reflejaba este hecho: era dudoso atribuir al consumo de cannabis el efecto, cuando en los consumidores el porcentaje de dependencia del alcohol era 7 veces mayor que en la población normal.
- En tercer lugar, se tiende a interpretar las relaciones de asociación o correlación entre el consumo precoz de cannabis y el posterior de otras drogas ilegales como relaciones de causalidad del primero sobre el segundo. Quizá los que consumen cannabis hayan consumido drogas legales, y los que hayan llegado a consumir otras drogas ilegales es probable que hayan usado con anterioridad cannabis (Sayeed et al, 2005). Pero la probabilidad no tiene por qué implicar causalidad. Algunos autores asocian estos dos elementos a través de dos posibles hipótesis: la relación con personas asociadas al consumo de drogas (amigos consumidores, traficantes...) y el incremento hacia la experimentación con otras drogas, una vez superado el límite que supone consumir una droga considerada ilegal (Fergusson et al, 2002).

En este sentido, resulta necesario para el mediador no perder de vista que para muchos adolescentes su referencia es el mundo que les rodea; e insistir en el mensaje (que, por otra parte, como hemos visto, no está demostrado) de que el consumo de cannabis necesariamente lleva al de otras drogas puede resultar contraproducente, en la medida en que no se corresponde con lo que los adolescentes perciben en su entorno inmediato. Además de que no parece que las consecuencias negativas a largo plazo sean un factor decisivo en la toma de decisiones de los adolescentes más vulnerables.

Resulta de interés, para finalizar este apartado, no perder de vista lo que se plantea en un trabajo desde otra perspectiva completamente diferente, la económica (Melberg et al, 2007); los resultados dicen que el efecto de «puerta de entrada» puede que se de en algunos jóvenes en situación de especial vulnerabilidad, mientras que no se da en una gran mayoría de jóvenes que han consumido la droga pero no pasan a utilizar otras; algo que refuerza la hipótesis sobre los dos perfiles antes comentados.

4.3.2. La cultura cannábica: una moda, un negocio...

A lo largo de los últimos años, en España y el resto de Europa, principalmente, se ha desarrollado un movimiento favorable a la legalización del consumo de cannabis que ha ido impregnando de ciertas ideas el discurso social sobre esta sustancia.

Diversos argumentos, de índole muy variada, han sido aportados por parte de los defensores de esta postura, y acogidos con cierto entusiasmo por algunos consumidores. Consumidores que han reducido de esta forma su disonancia cognitiva (Festinger, 1975), encontrando motivos añadidos para consumir la sustancia. Incluso en el ámbito de los adolescentes, algunas de estas ideas van calando, a través de los líderes de opinión de los grupos de referencia, y las acogen con el mismo entusiasmo.

Pero resulta necesario realizar un análisis quizá más prosaico, pero no menos necesario de esta argumentación. Lo que se ofrece a la sociedad como un modelo filosófico o ideológico respecto al consumo de esta sustancia no deja de ser una reivindicación de ciertas libertades que van asociadas también a un negocio.

Las revistas especializadas en el tema del cannabis cuentan, como el resto de publicaciones, con espacios dedicados a la publicidad; en estos espacios, se pueden observar anuncios de semillas, papel de fumar, y muchos otros complementos que están vinculados al cultivo y al consumo de la sustancia.

Por ello, no deberíamos dejarnos llevar por un impulso idealista y pensar que quienes defienden el consumo de cannabis no están sujetos a otro tipo de intereses que mueven la sociedad actual; hay toda una red de beneficios económicos que también salen beneficiados de este movimiento, en la medida en que el cannabis y muchos de los elementos que lo rodean son un producto más que se inserta en la sociedad por vía del mercado, a través de la tendencia hacia el consumo propia del sistema social en que vivimos; y, a pesar de ser algo legalmente prohibido, compiten con otros productos para cubrir necesidades (Calafat et al, 2000).

Un buen ejemplo de lo que se comenta son todos los productos asociados al marketing del cannabis: la hoja de marihuana, el rastafari fumado, la bandera afroamericana (que algunos adolescentes creen que es la de Jamaica, para que se note la confusión entre lo que se sabe y lo que se adivina), puestos en mecheros, camisetas, gorras, chapas o mochilas, no dejan de ser anuncios andantes que representan una inversión rentable por diversos motivos: la asociación cannabis-ideología antisistema, por ejemplo. Pero asociar la rebeldía con el consumo de cannabis no deja de ser una idea anacrónica.

De esta manera, se va cerrando el círculo y lo que inicialmente parece una forma de pensar, pasa a ser una defensa de un producto en el mercado, con su *merchandising* asociado, que publicita el producto y, al igual que otras campañas publicitarias, lo asocia a un perfil: rebelde, ecológico, intercultural... De esos y otros mitos tratará el siguiente apartado.

4.3.3. Las expectativas asociadas al consumo: los mitos del cannabis

Cuando hablamos de expectativas, no sólo nos referimos a las expectativas asociadas a los efectos fisiológicos de la sustancia (Robert et al, 2006), sino a todo lo que tiene que ver con lo que se espera con el consumo. Pero, además, también el contexto influye en los efectos percibidos (Haller et al, 2004): no es lo mismo consumir cannabis en soledad, que hacerlo en grupo; no es lo mismo, hacerlo en un lugar quieto y calmado, que en un bar. Por ello, el cruce de unos y otros aspectos resulta de interés en el caso de los adolescentes que se inician en el consumo de cannabis; se hace necesario conocer qué esperan de ese consumo y dónde se suele producir, en qué situaciones, para desarrollar una labor preventiva adecuada.

Lo que se espera del consumo puede determinar la creencia de ciertas informaciones o mitos que no se corresponden necesariamente con la realidad; además, contribuyen a crear alrededor de la sustancia un cierto envoltorio mítico pero irreal. De cara al trabajo del mediador, vamos a ir desgranando esas ideas, con el objeto de que pueda contar con argumentos para modificar, dentro del modelo de competencias anteriormente propuesto, ciertas ideas y conceptos que no son tan evidentes como parece. Por tanto, estos contenidos pueden ser comunes a la actuación preventiva con cualquiera de los colectivos vulnerables a los que posteriormente nos referiremos, aun cuando planteemos contenidos específicos para cada uno de ellos.

Consumir cannabis es ecológico, porque sale de una planta

El hecho de que los porros o la marihuana se extraigan de la planta del cáñamo (cannabis sativa) no convierte en más natural ni menos dañino para la salud. La mayor parte de las sustancias que denominamos drogas, tanto legales como ilegales, se extraen de una planta, ya sea el tabaco o la adormidera; pero consumir estas sustancias no nos convierte en más ecológicos que, por ejemplo, comer espinacas.

Consumir cannabis es de rebeldes y demuestra que se está contra el sistema

Los adolescentes, de por sí, muestran comportamientos tendentes a la rebeldía, aunque no todos, ni siquiera la gran mayoría. Pero no deja de resultar peculiar que se le atribuya al consumo de una sustancia con los efectos del cannabis la condición de rebelde; cabe pensar si no será una construcción social más, que, dentro del ámbito adolescente, deba interpretarse a la inversa. Quizá algunos adolescentes utilizan el consumo de cannabis para parecer el rebelde que no son por otros medios más propiamente asociados a la rebeldía.

Consumir cannabis no es nocivo, porque tiene poder terapéutico

Es éste uno de los mitos más fáciles de trabajar para el mediador. Se está demostrando la capacidad de ciertos compuestos derivados del cannabis como analgésicos en personas con problemas de salud graves, como cáncer; su sorprendente utilidad a la hora de actuar sobre tumores. Pero de ahí a pensar que fumando un porro se quita el dolor de cabeza va un abismo. También la morfina tiene propiedades analgésicas, pero a muchos de los adolescentes no se les ocurriría consumirla para quitarse el dolor de cabeza. Las capacidades terapéuticas del cannabis se están aplicando en campos muy concretos que no tienen nada que ver con los contextos recreativos en que lo hacen los adolescentes. Y sobre los efectos físicos nocivos del cannabis, puede consultarse una de las obras que citábamos al principio de este capítulo (PNsD - Informe de la Comisión Clínica, 2006).

Consumir cannabis te hace más sociable

Respecto a esto, podría invertirse la pregunta: «¿necesitas consumir cannabis para ser más sociable?». Esto está muy relacionado con la autoeficacia percibida para las relaciones sociales. Si el mediador se encuentra con sujetos que utilizan el cannabis de manera vehicular en el ámbito de las relaciones sociales, le resultará fácil ser consciente de que uno de los objetivos a alcanzar con la persona será mejorar las habilidades sociales, de manera que no necesite el consumo para relacionarse con otros. Y, una vez más, las expectativas y la autosugestión son las que influyen de manera más determinante en los efectos: si un sujeto cree firmemente que será más sociable si consume cannabis, es muy probable que acabe siéndolo... porque se lo esperaba, no por el efecto en sí de la sustancia.

Consumir cannabis te hace ser más creativo

En general, no sólo el cannabis, se le atribuye a las sustancias psicoactivas en general la capacidad de incrementar la creatividad; algunos artistas han afirmado que su creatividad ha mejorado gracias al consumo de sustancias. Pero eso no supone necesariamente que sea así, porque una vez más nuestras expectativas nos pueden. Así ocurre con el consumo de alcohol, por ejemplo, con el que se ha demostrado que las expectativas influyen de manera más determinante que el hecho de consumir o no (Lang et al, 1984; Lapp et al, 1984). Atribuirle al consumo de cannabis una mayor creatividad es poco realista, en la medida en que influyen más las expectativas que otra cosa.

Consumir cannabis te hace divertirte/Consumir cannabis te hace relajarte

Aun cuando se pueda dar el caso, nada garantiza que sea así: las expectativas de la persona, el contexto en el que se da el consumo, y la propia situación del adolescente influirán de forma decisiva en los efectos del consumo. Hay jóvenes que fuman un porro en una reunión de amigos y se amuerman, mientras que otros fuman uno solos para relajarse y, sin embargo, se excitan. Los efectos son más impredecibles de lo que algunos consumidores desearían y la diversión no depende de la sustancia, sino más del individuo y su predisposición.

El mensaje general a trabajar con los adolescentes estaría orientado en tres sentidos, respecto al cannabis:

- En primer lugar, conviene ayudarles a pensar hasta qué punto han convertido o piensan convertir el cannabis en un elemento de influencia en sus vidas para poder ser más sociables, más ecológicos, más divertidos, o incluso más rebeldes. Cuanto más se haya dado este proceso, más posibilidades hay de que haya problemas de identidad personal, ya sea en forma de inseguridad o malestar.
- En segundo lugar, resulta necesario facilitar procesos de reflexión con respecto a las consecuencias del consumo: no asustarlos con cuentos de ogros sobre lo que les pasará cuando tengan 40 años, porque está claro que las *fear tactics* no funcionan con una parte de este colectivo, justo la que más necesita del trabajo del mediador. Pero sí que sepan las relaciones entre el consumo de cannabis y los problemas de concentración y atención (y las dificultades escolares asociadas), los conflictos familiares, etc... y cómo su vida a corto plazo puede sufrir cambios que quizá no desean.

- Y, por último, y relacionado con lo anterior, marcar objetivos realistas: la abstinencia no es un objetivo a alcanzar con algunos adolescentes, y es conveniente plantearse objetivos intermedios como retrasar la edad de inicio o dar pautas de consumo responsable para gestionar mejor riesgos potenciales como accidentes de tráfico, conflictos, etc...

CAPITULO 5. LAS POBLACIONES DESTINATARIAS EN PREVENCIÓN

5.1. POBLACIÓN FEMENINA Y PREVENCIÓN DE CONSUMO DE CANNABIS: ¿POR QUÉ CONSIDERAMOS UN ENFOQUE DE GÉNERO?

Las personas que diseñamos esta guía nos dimos cuenta de que, aunque el paradigma psicoeducativo y el método de actuación no son diferentes según el colectivo o la persona a quien nos dirijamos, si nos parecía interesante intentar averiguar si en los colectivos susceptibles de actuación existían diferencias en cuanto a factores de riesgo o rasgos de vulnerabilidad característicos de cada uno de ellos y circunstancias propias a tener en cuenta para establecer una labor de prevención del modo más adecuado posible.

Así, hace ya tiempo que se considera que en la relación que las mujeres establecen con las drogas, en este caso el cannabis, hay diferencias con los hombres. Un repaso a este aspecto nos ayudará a establecer un mejor abordaje preventivo con el colectivo femenino en general. Cuando se habla de «género», en muchas ocasiones, se piensa que se va a hablar solamente de las mujeres, y no es así (Meneses, 2004).

Se habla realmente de los roles que se le asignan a cada sexo (hombre o mujer), los comportamientos esperables y atribuidos a cada sexo y por supuesto, la sanción o el nivel punitivo que el no cumplimiento de esa expectativa social de cada uno de ellos, acarree consigo. Así pues, la reproducción, la maternidad, el potencial sexual de la mujer, su labor como ama de casa, el cuidado hacia los demás, etc., marcaron durante un tiempo el modo de tratar la prevención en las mujeres. Mientras que en el hombre la prevención del consumo de drogas se genera desde la persona, como centro de interés, en la mujer, se genera desde la expectativa social que se deposita en ella (Meneses, 2007): mala o buena «madre», buena «mujer»- mala «mujer» (no buena o mala «persona», como cuando se habla de un hombre, etc.). Así, la sociedad advertirá peor a una chica que fume porros y descontrola que a un chico que fume porros y descontrola; la chica, además de correr los mismos riesgos de sufrir un accidente o un «amarillo» (bajada brusca de la tensión arterial) por la embriaguez, si mantiene relaciones sexuales sin protección puede, además de contagiarse o ser contagiada con alguna ITS (Infección de Transmisión Sexual), quedarse embarazada, cosa que en ningún caso le va a ocurrir al chico.

O si una mujer consume sistemáticamente cannabis y ese consumo le lleva a descuidar las tareas «propias de su sexo», en el hogar (esfera de lo privado), va a ser censurada con más severidad que un hombre, cuyas tareas «propias de su sexo», no son domésticas si no ubicadas en otros contextos (la esfera de lo público). La familia, al ser testigo de la «dejación de funciones» femenina, va a establecer una mayor severidad en el juicio hacia el consumo de la chica que al del chico. También se da la circunstancia de que, aunque la mujer se haya incorporado con mejor o peor fortuna al mundo laboral (y desarrolle funciones, que el consumo de drogas podría dificultar, al igual que le ocurre a los varones), el hombre no ha hecho lo mismo en el contexto doméstico, manteniendo tanto en la vida familiar como en la pareja un estatus de «ayudante» y no de «actuante» en el «mantenimiento de la casa». Es muy común valorar muy positivamente a un hombre implicado de manera efectiva en el contexto doméstico y, en cambio, esa valoración no tener lugar, en ningún caso, con las mujeres ya que se da por hecho ese nivel de implicación en ellas. En caso contrario, la minusvaloración de la mujer siempre ocurriría y la del hombre, nunca.

El comienzo del consumo en las adolescentes también suele ser diferente al comienzo del consumo en varones. Un aspecto común del perfil femenino clásico al comenzar el consumo de cannabis es la de tener pareja consumidora e iniciarse junto a ella por diversos motivos:

- Suele ser la pareja la que consigue la sustancia psicoactiva.
- Suele ser la pareja la que dispone de recursos económicos.
- Suele ser la pareja la que domina las habilidades y las actitudes en la esfera pública para posibilitar el consumo.

Existe un vínculo afectivo y éste posibilita la vivencia común del consumo.

La forma de vivir el consumo y percibir si éste comienza a ser problemático, es diferente en chicos y en chicas también. Las chicas tienen una vivencia manifiesta del problema antes que los chicos; por regla general, tardan menos tiempo en darse cuenta del mal uso de la sustancia, aunque no lo reconocen abiertamente hasta mucho más tarde. Ese reconocimiento pertenece a la esfera de lo público y los rasgos intimistas femeninos no hacen fácil la exteriorización de los problemas. Las experiencias vitales en torno al consumo son más intensas y más dolorosas, experimentando más activamente los efectos indeseables del consumo. Las vivencias de su imagen corporal y de sus experiencias sexuales están mediatizadas por el consumo y es muy común la existencia de trastornos autoperceptivos en su imagen corporal, lo cual influye en su autoestima (Sancho, 2007). Si a todo esto añadimos las relaciones dependientes, ya comentadas, extraemos una buena proporción de vulnerabilidad en el colectivo femenino. «Las mujeres han sido educadas en la sobreexigencia («sé para los demás») y los hombres en la sobreprotección (para «llegar a ser» el que se es)» (Urbano y Arostegui, 2004).

Aunque es evidente que las mujeres han conquistado aspectos y territorios de la vida que hasta hace poco les estaban vedados, lo han hecho desde la equiparación a los parámetros masculinos. No existiendo antecedentes femeninos significativos, a la mujer se le exige «como si fuera un hombre», siendo todavía «lo masculino» el referente válido.

Las mujeres han de construir su propio modelo de desarrollo y permanencia social que actualmente se debate entre la representación tradicional de roles, contenidos en la clasificación que figura en la Tabla 5.1.

Tabla 5.1. Características de los roles socialmente atribuidos y desempeñados en hombres y mujeres	
Rol Masculino (prestigiado):	Rol femenino (poco prestigiado)
Ámbito público Socialmente bien considerado Económicamente remunerado Conceptos ligados a transición y cambio Fomenta habilidades como buscar, sopesar, decidir, elegir diversidad de posibilidades y opciones Promoción personal por lo social Adaptación Requiere autoexigencias Ámbito público muy competitivo	Ámbito privado No reconocimiento social Desigual remuneración económica Conceptos ligados a estabilidad y permanencia Favorece el continuismo, el conformismo, la aceptación situacional sistemática, y la ausencia proactiva vital Ámbito reducido y restringido Adaptación Supone autonegaciones Ámbito limitado
(*) Adaptado de Conde, 2000.	

Para finalizar este apartado, se ha de señalar que se incluyen especificaciones hacia los colectivos femeninos de las diferentes poblaciones destinatarias de las que se ocupa esta guía, en las tareas de prevención del consumo del cannabis.

5.1.1. Factores de riesgo generales que afectan a las mujeres de la cultura mayoritaria

En el caso de la población femenina mayoritaria (oriunda del Estado Español, hija de pareja oriunda y de cultura no gitana), no podemos afirmar la ausencia significativa de algún factor de riesgo general. Es decir, los factores de riesgo general corroboran esta facultad, al afectar en su totalidad al colectivo femenino mayoritario. Es decir, todas las circunstancias que se han expuesto previamente (véase capítulo 3), pueden influir en que las mujeres comiencen a consumir drogas, concretamente, cannabis. Los factores de riesgo que se señalaban entonces eran los vinculados al contexto familiar (tales como: pautas educativas inadecuadas; pobre supervisión familiar; disfuncionalidad familiar; uso de drogas por parte de los padres; actitudes positivas hacia el consumo de drogas por parte de los padres), al contexto escolar (como pobre apego a la escuela o fracaso académico); el contexto del grupo de iguales (consumo de sustancias en el grupo de iguales) o el contexto comunitario (disponibilidad y accesibilidad de la sustancia; deprivación social; movilidad).

5.1.2. Factores de riesgo propios de las mujeres de la cultura mayoritaria

De este modo, ¿cabe preguntarse sobre la pertinencia de hablar de factores de riesgo y factores de protección propios de las mujeres? Desde esta guía, pensamos que sí. A continuación exponemos una clasificación de, lo que entendemos, son factores de riesgo eminentemente femeninos con respecto a la población en general.

Tipos de factores de riesgo frecuentes en el colectivo de mujeres, extraídos de Navarro (2000) y Spiral (2000) que consideramos más importantes:

FACTORES CONDICIONANTES DE LA RELACIÓN ENTRE EL CONTEXTO Y LA PERSONA

Insatisfacción con el rol femenino atribuido.

Situaciones de soledad y tristeza.

Peor gestión de los riesgos que los varones.

Autoimagen distorsionada en relación a los cambios en la pubertad.

Menor eficacia autopercebida.

Estilo de relación: menos gregario y más emocional.

Baja autonomía.

MICROSOCIALES

Familia

- Estilos comunicativos diferenciales hacia niños y niñas.
- Fomento de la desigualdad estructural entre hombres y mujeres.

Escuela

- Desigualdad en el trato hacia chicos y chicas ante el fracaso escolar y las expectativas en torno a sus actitudes y sus conductas.

Grupo de iguales

- Presión sexual por parte de los varones del grupo.
- Grupos de referencia altamente agresivos.
- Existencia de estereotipos femeninos despectivos y degradantes en el grupo.
- Sobrevaloración de la imagen femenina estereotipada dentro del grupo.
- Potenciación del rol femenino proactivo a los intereses masculinos.

MACROSOCIALES

Sociedad

- Mayor censura del consumo de la mujer, frente al consumo del hombre.
- Culto a la imagen.
- «Esencialismo» hacia la mujer (la mujer se reduce a lo que su rol marca: dulce, pasiva, cuidante, maternal, protectora...).

Resulta muy interesante la aparición de un nuevo perfil de consumidora de drogas (entre ellas, el cannabis), que se escapa del perfil tradicional y cuyos factores de riesgo no provienen tanto del trato que el entorno dispensa a las mujeres, ni del rol asignado socialmente. Son chicas jóvenes, denominadas «fiesteras», que asisten a «raves» (fiestas nocturnas en grandes espacios y música sonando continuamente). Consumen solas o con amigas o amigos, trabajan, tienen buen nivel formativo: «*En general, han roto el perfil de mujer dependiente del varón que han popularizado otras usuarias de drogas y en el que se han centrado los estudios sobre los usos de drogas por las mujeres.*» (Romo, 2003, p.152).

Este tipo de consumidoras se sienten legitimadas para consumir por el placer de consumir y éste está asumido como una conducta normalizada en su ocio. Sin embargo, las mujeres reducen el riesgo por vías diferentes a los varones y, normalmente, no demuestran sus consumos en lo público y no superan ciertos límites.

Tabla 5.2. Factores de riesgo y de protección propios del colectivo de mujeres	
Factores de riesgo	Factores de protección
Factores condicionantes de la relación entre el contexto y la persona	
Insatisfacción con el rol femenino atribuido Situaciones de soledad y tristeza Peor gestión de los riesgos que los varones Autoimagen distorsionada en relación a los cambios en la pubertad Menor eficacia autopercebida Estilo de relación: menos gregario y más emocional Baja autonomía	Satisfacción con el propio rol femenino Pertenencia a grupos compatibles con sus intereses Alta autoestima Pertenencia a grupos compatibles con sus intereses Alta autonomía
Factores microsociales	
Familia	
Estilos comunicativos diferenciales hacia niños y niñas Fomento de la desequivalencia estructural entre hombre y mujeres	Estilos comunicativos no discriminatorios hacia niños y niñas
Escuela	
Desequivalencia en el trato hacia chicos y chicas ante el fracaso escolar y las expectativas en torno a sus actitudes y sus conductas	Procedimientos actitudes equivalentes en el currículo educativo de centro
Grupo de iguales	
Presión sexual por parte de los chicos Grupos de referencia altamente agresivos Existencia de estereotipos femeninos despectivos y degradantes en el grupo Potenciación del rol femenino proactivo a los intereses masculinos	
Macrosociales: Sociedad	
Mayor censura del consumo de la mujer, frente al consumo del hombre Culto a la imagen “Esencialismo” hacia la mujer (la mujer se reduce a lo que su rol marca: dulce, pasiva, cuidante, maternal, protectora...)	

5.2. POBLACIÓN GITANA Y PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS: ¿POR QUÉ LA POBLACIÓN GITANA PRESENTA VULNERABILIDADES ESPECÍFICAS?

Existen dos rasgos muy presentes en la población gitana que dificultan la prevención del consumo de drogas, en este caso el cannabis, y que en la documentación consultada y en el trabajo de actuaciones preventivas se encuentran reconocidos (ASGG, 1993):

- El inmediatez vital.
- La prevalencia de lo emocional sobre lo racional.

El inmediatez vital («vivir al día», como ellos mismos señalan) favorece el desarrollo de pautas de funcionamiento que permiten la convivencia cotidiana, pero dificultan la planificación a medio plazo. Este fenómeno es extensivo a todos los aspectos vitales. Este enfoque vital produce una serie de actitudes y conductas que valoran y potencian la experimentación directa de los actos y sus consecuencias inmediatas. El concepto «prevención» precisa de un componente anticipatorio eminentemente ideográfico y un trazo de desarrollo decididamente cognitivo. De hecho, la prevención se refiere a hechos, conductas y situaciones que podrían ocurrir, pero que aún no han acontecido.

Los chicos gitanos «se meten rápido a todo» (ASGG, 1993): el inmediatez vital, antes señalado y la inevitable, en muchas ocasiones, interacción con el entorno producen una suerte de «curiosismo» (curiosidad ligada a la acción, con escasa valoración de consecuencias negativas) que es, en sí mismo un rasgo de vulnerabilidad.

Al no anticipar de modo competente consecuencias negativas y ser muy fuerte la atracción hacia la conducta probatoria o experimental, el riesgo de consumo es alto. Es bastante común que un chico gitano, cuando maneja la tecnología, se encargue personalmente de la reparación de aparatos de su interés. Sobre todo de su automóvil. Es una cultura donde la acción está muy presente y la reflexión suele servir para solucionar o remediar (los «hombres de respeto» cumplen la función de ser los consejeros cuando se da un conflicto) y no para anticipar o prevenir. Suelen ser personas muy eficaces en la búsqueda de soluciones, pero no muy eficientes en el planteamiento apriorístico de sus realidades. La toma de conciencia del impacto negativo de las conductas arriesgadas es vivencial. El uso de modelos de perjuicio suelen ser efectivos con los adolescentes gitanos.

También son muy útiles las actividades que cursen con manipulación manual, aporten experiencia física y obtengan resultados sin esperar a otra jornada.

Las acciones preventivas que apelen a lo emocional, también son útiles con los menores de cultura gitana.

El poder adquisitivo también es un factor diferenciador del trazo vital de las personas. Dentro de la comunidad gitana, la deprivación económica ha marcado la relación con las drogas a lo largo de los años. La marginación que el colectivo gitano sufrió durante años por parte de la sociedad mayoritaria y los asentamientos periféricos que favoreció durante décadas la inmigración interior, permitieron que, desde los años ochenta, el tráfico de drogas en algunos poblados, se convirtiera en una fuente de recursos económicos muy rentables y eficaces. Esto produjo una ruptura interna en el pueblo gitano: los miembros con capacidad económica «legal» contaron con la posibilidad de mantener la pureza de la «condición» gitana. Con lo cual, la estructuración social conservada conformaba un continente de factores de protección, mientras que el gitano pobre y atrapado en el tráfico ilegal se desestructuraba sin alternativa (Monturiol y De Silva, 2000).

Esta desestructuración supuso la perversión del orden de respeto hacia los adultos veteranos y la emergencia de una franja económicamente poderosa, que estableció un autoritarismo competitivo con la autoridad tradicional, basado en el dominio económico y no en el prestigio derivado de la

sensatez y la experiencia. Además, los gitanos jóvenes de zonas no desestructuradas que se iniciaron en consumos que acabaron siendo abusivos, ensancharon la grieta abierta en su seno social, haciendo que los gitanos honrados, padres y madres de estos consumidores, adoptaran una actitud hostil hacia las familias traficantes de los poblados.

La forma de uso de las drogas legales ha supuesto un rasgo de vulnerabilidad muy presente a lo largo de los años: el consumo como una forma de «ser adulto» en los varones gitanos. En el colectivo masculino gitano el consumo hasta la embriaguez «controlada» (el «saber beber») suele estar muy reputado. La euforia y la mencionada embriaguez se encuentran muy identificadas con la fiesta: en la cultura gitana, las celebraciones duran días (se come, se bebe, se fuma, se canta, se baila). El consumo inhalado del tabaco y la cultura de la embriaguez como vehículo del festejo pueden dar pie rápidamente a otros consumos inhalados.

En su momento, también se dio un hecho que dificultó mucho la capacidad de la cultura gitana para poder afrontar los consumos problemáticos de drogas ilegales: la «ley gitana» no servía «para prevenir la droga», ya que la estructura que la conformaba se basaba en el buen hacer y la honorabilidad reconocida hacia el gitano de respeto. Si este respeto no se guardaba, no se acataban las sanciones y la ley no se aplicaba. Así, una decisión de gitanos de respeto hacia el destierro (una pena contemplada en la «ley gitana») de una familia traficante, se podría encontrar con la resistencia de las personas beneficiarias de esa red de distribución y, muy posiblemente, el castigo no se cumpliera. La unidad del pueblo gitano, a la hora de acatar las decisiones, era crucial para la vigencia de las mismas (Monturiol y De Silva, 2000).

Actualmente la percepción de riesgo del consumo de cannabis por los jóvenes varones gitanos es equiparable a la percepción de riesgo de los jóvenes de la población mayoritaria oriunda: sólo el 36,9% de estudiantes de 14 a 18 años de todo el Estado piensa que fumar esporádicamente porros es perjudicial. El resto no piensa así (63,1%) (PNSD, 2004).

La adolescencia gitana es una adolescencia enmarcada entre la adolescencia paya (la población mayoritaria) y la juventud gitana. La adolescencia paya es una adolescencia que admite perfectamente los parámetros de la cultura mayoritaria, mientras que la adolescencia gitana está encorsetada por las normas gitanas, que el menor ha de afrontar en aras de su propia evolución y las normas payas, que no siente propias, y que, a veces, trasgrede. Para esta trasgresión se sirve de su propia cultura y de esa normativa que ha de afrontar, como el lugar donde están sus referentes. Esto produce una disonancia en el adolescente que, a veces, le confunde y desorienta. Son chicos que han de vivir con unas reglas que pueden percibir como anticuadas y otras que no sienten que les pertenezcan. *«El colectivo gitano mantiene una pérdida muy significativa de funcionalidad en su organización social al estar instalada y ser dependiente de una sociedad dominante y asimiladora. En este contexto los modelos identificadorios que el mundo gitano ofrece a sus jóvenes son muy limitados y responden a un funcionamiento pretérito.»* (Monturiol y De Silva, 2000, p. 75).

Este escenario ha ido evolucionando en los últimos años y el pueblo gitano también ha recreado parte de sus estructuras y modos de desarrollo, confrontando posibilidades y cultivando oportunidades, presentando nuevas facetas (sobre todo en lo que atañe a la población masculina) y manteniendo actitudes y roles hacia la mujer, que no han adquirido el ritmo alcanzado en otros aspectos de su evolución que en la actualidad les representan.

5.2.1. Factores de riesgo generales que afectan a los varones gitanos

En el caso de la población masculina gitana, podemos afirmar que todos los factores de riesgo generales contemplados en esta guía (capítulo 3), se encuentran presentes en este colectivo, excepto el

factor de movilidad. Es decir todos los factores de riesgo generales, excepto el señalado, corroboran esta facultad al afectar también a los varones gitanos.

Tal y como se ha expuesto, los factores pueden enmarcarse en diferentes contextos:

- Contexto familiar (entre ellos, las pautas educativas inadecuadas, la pobre supervisión familiar, la disfuncionalidad familiar, el uso de drogas por parte de los padres o las actitudes positivas hacia el consumo de drogas por parte de los padres).
- Contexto escolar (el pobre apego a la escuela o el fracaso académico).
- Contexto grupo de iguales (el consumo de sustancias en el grupo de iguales).
- Contexto comunitario (la disponibilidad y accesibilidad de la sustancia o la privación social).

El factor referido a la «movilidad», no afecta significativamente a la población gitana. A pesar de que su tradición trashumante actualmente esté muy mermada, ha dado como resultado, a lo largo de los años, amplias ramificaciones familiares, muy extendidas geográficamente, que reducen el impacto de riesgo, al no ser traumática la ruptura con el modelo social de origen ni con el contexto comunitario del que provienen, en el caso de migración dentro del territorio del Estado Español.

5.2.2. Los factores de riesgo y de protección en los varones gitanos

Si hacemos una lectura comparada de la literatura existente en torno a esta cuestión, en los últimos años, podemos comprobar cómo los factores de riesgo propios de los gitanos han evolucionado hasta poderse considerar actualmente que no existen diferencias entre los factores de riesgo de la población mayoritaria y de la población gitana masculina (a partir de ASGG, 1987 b y Alza, 2008).

Tabla 5.3. Evolución de los factores de riesgo propios del colectivo de gitanos hacia los de la población general	
1987 (PASS)	2008 (Alza)
Cercanía de las redes de distribución de las drogas ilegales: fácil acceso y disponibilidad desde edades tempranas	Asimilado a factor de la población general
Existe un general desconocimiento del valor “salud” y de las medidas básicas de conservación de la salud	Residual, en poblados muy marginales
Muy alta percepción de riesgos hacia la heroína	Desaparición del consumo significativo de heroína
Baja percepción de riesgo hacia el cannabis	Asimilado a factor general
Desestructuración de la sociedad gitana	Asimilación de la población masculina gitana a la factorialidad de riesgo mayoritaria

5.3. LA MUJER GITANA Y LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS: ¿POR QUÉ INCLUIR UN APARTADO PARA ESTE COLECTIVO?

El papel de la mujer gitana sufre la misma disonancia entre la tradición (encarnada por su cultura) y la novedad (con todos sus desajustes), representada por la cultura mayoritaria. En las adolescentes gitanas se dan dos tipos de situaciones:

- Las chicas que son fiscalizadas intensamente por la familia y dejan de estudiar a los 16 años (o incluso antes) dedicándose exclusivamente a la esfera doméstica, cuidando de la familia, y perpetuando el papel tradicional de la mujer.
- Las menores que continúan los estudios o trabajan (bajo la aprobación familiar), en contextos consonantes con la feminidad esperada en una chica gitana.

En ambas situaciones el hecho de que una adolescente gitana comience a consumir cannabis es muy poco probable, ya que este consumo es incompatible con el desempeño de los roles asignados tanto en lo público, como en lo privado y con las expectativas que su entorno deposita en ella.

Además, la autoridad, encarnada siempre por una figura masculina, ejercerá una férrea tutela que suele resultar exitosa en lo que a conductas desviadas se refiere, y el consumo de cannabis es una de ellas.

Existe un perfil específico de mujeres gitanas relacionadas con consumo de drogas ilegales. Pertenecen a las mujeres incluidas en redes de tráfico de drogas ilegales. Pero no es el cannabis una sustancia significativa que circula en estos contextos. Aquí hablaríamos de drogas cuya percepción de riesgo es más alta (cocaína, heroína, drogas de síntesis, etc.) y de personas en edades más avanzadas¹.

5.3.1. Factores de riesgo y de protección generales en la mujer gitana

El tutelaje al que las adolescentes gitanas se ven sometidas, produce un efecto de cobertura que dificulta que algunos factores de riesgo general puedan darse de modo significativo en esta población.

Vamos qué sucede con estos factores de riesgo y cómo pueden superar el marcado control familiar:

CONTEXTO FAMILIAR

- **Pautas educativas inadecuadas.** No en el caso del consumo de drogas. Con los varones sí pueden darse.
- **Pobre supervisión familiar.** Al contrario. La joven se encuentra fiscalizada.
- **Disfuncionalidad familiar.** La niña puede pasar a vivir con una extensión familiar, ya que en el hogar de esa extensión familiar será una ayuda y no una carga. Es menos frecuente en los varones.
- **Uso de drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el consumo de drogas por parte de los padres.** Las niñas gitanas manifiesta superior resiliencia que sus pares varones

¹ A este respecto, resulta muy interesante la lectura del capítulo «La problemática de la droga», en *Mujeres gitanas y sistema penal* (Equipo Barañi, 2001, pp.188 - 229).

CONTEXTO ESCOLAR

- **Pobre apego a la escuela y fracaso académico.** La supervisión familiar supera este factor. La niña «se siente educada» en casa.

CONTEXTO GRUPO DE IGUALES

- **Consumo de sustancias en el grupo de iguales.** Las adolescentes gitanas no consumen de modo significativo cannabis con sus pares.

CONTEXTO COMUNITARIO

- **Disponibilidad y accesibilidad de la sustancia.** No es común.
- **Deprivación social.** En los casos que ocurre, la supervisión familiar y el contexto doméstico, actúan como factor de protección.

Como ya se señaló en el apartado referido a los varones gitanos, el factor referido a la «movilidad», no afecta significativamente a la población gitana.

De todos modos, no queremos decir que no sea necesario trabajar la prevención del consumo de drogas, y más específicamente el cannabis, con las adolescentes gitanas, sino que esa labor se optimizará desde la prevención inespecífica, es decir definiendo objetivos desde la prevención, pero con actuaciones periféricas.

En edades más tardías, es probable que aparezcan consumos. Pero estos cursarán desde las drogas legales (tabaco frecuentemente y alcohol en contadas ocasiones). Esto no significa que las mujeres gitanas no presenten conductas adictivas (ludopatía, trastornos alimentarios compulsivos, consumo mismo desenfrenado, etc.), pero ante el consumo de cannabis sí suelen presentar una batería de factores de protección eficaz.

5.3.2. Factores de riesgo de las mujeres que afectan a la mujer gitana

En este apartado quisiéramos señalar que todos los factores de riesgo que se han observado en las mujeres de la población mayoritaria, se dan también en la mujer gitana. Como podemos recordar, éstos se podían agrupar en:

Los factores condicionantes de la relación entre el contexto y la persona. Como la insatisfacción con el rol femenino atribuido, las situaciones de soledad y tristeza; la peor gestión de los riesgos que los varones; la autoimagen distorsionada en relación a los cambios en la pubertad; la menor eficacia autopercibida; el estilo de relación: menos gregario y más emocional o la baja autonomía.

Los factores a nivel microsocia. Los que afectan en la familia: los estilos comunicativos diferenciales hacia niños y niñas o el fomento de la desigualdad estructural entre hombres y mujeres. Los que se dan en la escuela: la desigualdad en el trato hacia chicos y chicas ante el fracaso escolar y las expectativas en torno a sus actitudes y sus conductas. Los que aparecen en el grupo de iguales: la presión sexual por parte de los varones del grupo; la existencia de grupos de referencia altamente agresivos y de estereotipos femeninos despectivos y degradantes en el grupo; la

sobrevaloración de la imagen femenina estereotipada dentro del grupo o la potenciación del rol femenino proactivo a los intereses masculinos.

Los factores a nivel macrosocial. Aquellos que afectan a la sociedad en su conjunto: la existencia de una mayor censura del consumo de la mujer, frente al consumo del hombre; el culto a la imagen o el «esencialismo» hacia la mujer (la mujer se reduce a lo que su rol marca: dulce, pasiva, cuidante, maternal, protectora...).

No nos parece que estas circunstancias no vayan a afectar a las mujeres gitanas de una manera diferencial de cómo afectan al resto de las mujeres.

Sin embargo, creemos que aquellos factores de protección que hemos señalado como propios de esta población, les ayudan a evitar los primeros consumos. Además, hay otra cuestión que se debe valorar y es que la cultura gitana tiene una fuerte tradición en la transmisión de normas, costumbres y roles, de manera que muchas mujeres gitanas pueden no sentir tanta contradicción con su rol de mujer.

5.4. POBLACIÓN INMIGRANTE Y PREVENCIÓN DE CONSUMO DE CANNABIS: ¿POR QUÉ CONSIDERAMOS QUE LOS CONCEPTOS «INMIGRACIÓN» Y «VULNERABILIDAD HACIA EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS» ESTÁN RELACIONADOS?

La consideración de la inmigración como una característica que puede incidir en la vulnerabilidad hacia el inicio del consumo de drogas no es una cuestión explícitamente asumida en los manuales de prevención. Sin embargo, sí se abordan ciertas características que comparten la mayoría de las personas inmigrantes como factores que aumentan la vulnerabilidad hacia el inicio de los consumos. Se trata de una cuestión delicada: es peligroso relacionar directamente ambos términos: «inmigración» y «consumo» dado el riesgo que se corre de simplificar y caer en la consideración de una relación de tipo causa-efecto.

Nosotros negamos la existencia de una relación causal entre el hecho de ser inmigrante y el de iniciarse en el consumo de sustancias. Sin embargo, consideramos que es pertinente señalar ciertos factores vinculados al hecho migratorio que pueden influir en el inicio del consumo de drogas.

A pesar de que hacer referencia a «grupos de riesgo», puede implicar perder la objetividad al respecto, así como caer en la estereotipia, considerar la vulnerabilidad de ciertos colectivos nos facilita actuar con ellos de manera preventiva (Sierra, 2000).

El conjunto de inmigrantes no es un todo. Existen ciertas características que son propias de cada grupo, si bien estas personas comparten algunas circunstancias que consideramos que pueden afectar a su vulnerabilidad; nos referimos a aquellas ligadas al abandono de su país de origen y a la llegada al país de acogida (véase epígrafe Factores de riesgo propios del hecho migratorio).

Consideramos, por tanto, que el hecho de que la población destinataria cumpla con la característica de ser inmigrante, es una circunstancia que debe ser valorada de cara a plantear las actividades preventivas. No se trata de un factor de riesgo en sí mismo tan significativo que por sí solo conduzca inevitablemente al consumo; su grado de incidencia dependerá de cómo se conjuguen otras circunstancias (como puede ser la maduración del individuo, su relación con la familia, con los amigos o su capacidad asertiva, por ejemplo). A pesar, por tanto, de que el inicio en los consumos es un fenómeno multicausal, creemos oportuno rescatar que el hecho migratorio puede comprender

un cierto nivel de riesgo, al incidir en la vulnerabilidad de estas personas. De hecho, la mayoría de los estudios, recogen que la aproximación cultural al grupo con el que se trabaja es un factor fundamental de cara a realizar una intervención preventiva exitosa (Weissberg, Kumpfer y Seligman, 2003; Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybolt, Morrisey-Kane y Davino, 2003; Reese y Vera, 2007).

Dado que estamos hablando de *prevención*, en este capítulo hacemos referencia a la población inmigrante en el momento en el que normalmente se inician los consumos. No descartamos la posibilidad de hacer una labor preventiva en diferentes franjas de edad. Sin embargo, en este caso aludiremos a los inmigrantes adolescentes. Destacamos el hecho de que en los últimos años, esta población viene experimentando un aumento considerable: de un total de 72.335 alumnos matriculados en el curso de 1997-98, se ha pasado a un total de 695.190 en el curso de 2007-2008. Esto supone que la población inmigrante infantil y adolescente se ha multiplicado casi por 10 en los últimos años.

5.4. El alumno extranjero: Evolución				
	Cursos			
	1977-98	2002-03	2006-07	2007-08
TOTAL	72.335	307.151	609.611	695.190
E. Infantil / Preescolar	12.260	60.040	104.207	118.007
E. Primaria	34.923	132.453	262.415	292.457
Educación Especial	235	965	2.205	2.760
E.S.O.	15.167	80.286	169.490	197.184
Bachilleratos	6.711	12.099	25.120	27.181
Formación Profesional	2.855	10.467	29.549	34.616
Enseñanzas de Régimen Especial	6.656	16.625	18.397
No consta enseñanza	184	4.183	4.588

(*) Fuente: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (2008). Datos y cifras: Curso escolar 2008/2009. Madrid: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Información y Publicaciones.

Por otro lado, el colectivo que llega a España a una edad más temprana es el africano, mientras que los latino-americanos suelen venir a edades más avanzadas².

5.4.1. Factores de riesgo generales que afectan a la población inmigrante

En este apartado pretendemos rescatar, de entre todos los factores de riesgo señalados en el capítulo 3, aquellos que más específicamente pueden estar afectando a la población de la que nos ocupamos

² Según datos de la *Encuesta Nacional de Inmigrantes de 2007*.

aquí: los menores inmigrantes. No se trata, por lo tanto, de repetir todos los aspectos que influyen potencialmente en el inicio de los consumos; en este caso pretendemos centrarnos en aquellas circunstancias que por diferentes motivos pueden afectar a este colectivo. Antes de ello, debemos señalar que, a priori, cualquiera de los factores de riesgo que ya se han recogido, pueden influir. Sin embargo, existen condicionantes que podrían aumentar el peso de estos factores de riesgo (por ejemplo, no encontrar un grupo de pares de referencia, no adaptarse a las normas grupales, no contar con un apoyo familiar, etc.).

En primer lugar, insistimos en que nuestro interés no es caer en tópicos: no entendemos la inmigración como un todo. Las personas que llegan al país receptor pueden tener circunstancias muy diferentes, en función del lugar del que provienen, o estar viviendo momentos vitales completamente distintos: el hecho migratorio no tiene el mismo significado ni las mismas consecuencias para un adolescente magrebí que no tiene una familia estructurada y que llega aquí indocumentado, que para una niña polaca cuyos padres han logrado un trabajo en España.

Por ello, pretendemos hacer una breve exposición de cómo entendemos que los factores que afectan a cualquier menor, tendrán una incidencia mayor en aquellos muchachos que han vivido un proceso migratorio. En cualquier caso, en este mismo capítulo, haremos referencia a las circunstancias consideradas factores de riesgo que son más específicas de cada colectivo.

Tabla 5.5. Factores de riesgo generales que afectan a la población inmigrante
Factores de riesgo generales
Contexto familiar Pautas educativas inadecuadas Pobre supervisión familiar Disfuncionalidad familiar
Contexto escolar Pobre apego a la escuela Fracaso académico
Contexto grupo de iguales Consumo de sustancias en el grupo de iguales
Contexto comunitario Disponibilidad y accesibilidad de la sustancia Deprivación social

CONTEXTO FAMILIAR

En este punto, debemos considerar las diferentes circunstancias familiares que podrían acompañar a un menor inmigrante. En primer lugar, el chico puede haber llegado al país receptor sin su familia; en este caso, muchos de ellos son menores destutelados, en el sentido de que no cuentan con ningún adulto de referencia que les proteja y cuide. Tal y como se expondrá más adelante, algunos de estos chicos ya estaban de algún modo destutelados en el país del que provienen, pero otros, no. Evidentemente, esta circunstancia influye de manera muy directa en el resto de los contextos del individuo: si no existe una familia que supervise, los menores tendrán más posibilidades de verse afectados por los factores de riesgo del entorno educativo, del grupo de iguales o de la comunidad.

En segundo lugar, el menor puede emigrar con parte de la familia nuclear (un progenitor, por ejemplo), dejando al resto de los familiares más cercanos en el país del que provienen. Por último, el chico puede llegar junto con la familia nuclear al completo (por ejemplo, sus progenitores y hermanos).

Es evidente que las circunstancias familiares que tienen una potencial influencia negativa afectarán de manera diferencial a estos menores. Lógicamente, cualquier factor de riesgo puede influir en ellos, pero el hecho de separarse de parte de la familia, es una circunstancia añadida. La ruptura con las personas de referencia puede influir negativamente en el desarrollo de la convivencia diaria y en las relaciones entre los miembros de la familia que emigran.

De entre las circunstancias que se habían destacado como factores de riesgo en el contexto familiar, consideramos que hay algunas que deben ser rescatadas en este apartado, como factores que pueden influir específicamente en los menores inmigrantes. Al riesgo que pueden suponer para cualquier muchacho, hay que añadir las condiciones peculiares que puede implicar la llegada a un nuevo país.

Pautas educativas inadecuadas

Si las pautas educativas eran inadecuadamente desarrolladas por parte de los progenitores ya en el país de origen, la emigración no va a colaborar en que se mejore este aspecto. Precisamente, el hecho migratorio puede conllevar factores estresantes que dificulten la transmisión de la normatividad educativa: padres que intentan educar en un entorno desconocido, con diferentes reglas, costumbres y valores o padres que quieren trasladar sus hábitos educativos al lugar donde llegan sin que éstos sean adecuados en este contexto.

Pobre supervisión familiar

Creemos que este factor puede estar influyendo entre la población inmigrante, debido a las circunstancias que, en muchas ocasiones, acompañan a estas familias. Es habitual que los progenitores (cuando vienen ambos), tengan que trabajar durante gran parte del día. En muchas zonas, es habitual que la familia extensa (abuelos, tíos, primos, etc.) se haga cargo de la supervisión del menor. Sin embargo, normalmente, estas personas no estarán cerca en el país al que llegan. En el lugar del que provienen, se dan las características propias de la familia tradicional: con redes familiares que viven en el mismo barrio y colaboran en la educación de los menores (Calabozo, 2004). Esta circunstancia es característica de los menores latino-americanos y también de los magrebíes.

El riesgo que supone este factor se hace aún más patente cuando el menor ha venido únicamente con una de sus figuras adultas de referencia. Esta circunstancia se da, en ocasiones, entre las familias latino-americanas, para las que es especialmente costoso trasladar a la familia nuclear completa al país receptor.

No es pertinente recoger aquí el caso de los menores que entran en España destutelados, puesto que aquí no estamos haciendo referencia a una «pobre supervisión familiar», sino a una nula supervisión. Evidentemente, este es el factor de mayor riesgo entre estos chicos, que se desarrollan sin un entorno familiar que le transmita pautas educativas. En este caso, puede ocurrir que los muchachos mantengan contacto (por teléfono o correo) con sus familias, pero es dudoso que se pueda hablar aquí de que se ejerce una «supervisión familiar», dado que probablemente, ni siquiera les mantengan informados de su verdadera situación.

Disfuncionalidad familiar

La disfuncionalidad de la familia no constituye un factor de especial riesgo para los menores inmigrantes, sino que puede afectar a cualquier persona que se desarrolle en un entorno poco adecuado, más allá de las circunstancias que tradicionalmente se han considerado negativas (padres divorciados, familias monoparentales, etc.). Sin embargo, algunas investigaciones publicadas al respecto, lo señalan como un factor de riesgo muy importante de cara al consumo de drogas (Muñoz-Rivas y Graña-López, 2001).

Algunos menores latino-americanos tienen una circunstancia característica: en ocasiones, sólo uno de los progenitores emigran hasta que pueden reunir el dinero suficiente para reunirse todos. Muchas veces, esto sólo se da transcurridos algunos años. En otras ocasiones, ambos adultos emigran y dejan a sus hijos al cargo de otros familiares. Este factor es, en sí mismo, una desestructuración de la dinámica familiar.

Curiosamente, podemos hacer referencia a este factor como un posible aliciente para la emigración, al menos en el caso de los menores del Magreb, debido a la cercanía geográfica de esta tierra (Calabozo, 2004). La llegada al país receptor puede ser una oportunidad para iniciar una nueva vida o para relacionarse con otras personas adultas; sin embargo, hay que tener en cuenta que han carecido de unos vínculos afectivos y educativos durante una etapa muy importante.

En ocasiones, la familia puede manifestar su existencia a través de la demanda del envío de dinero; este hecho, indudablemente, influirá en que se desarrollen relaciones en entornos poco adecuados y en que se inicien consumos de drogas. Entre ellas, el cannabis, como relajante y evasor de la realidad cotidiana. En este hecho puede influir, igualmente, la ansiedad que produce la presión de ver que no han alcanzado determinados objetivos.

CONTEXTO ESCOLAR

En general, entre los menores inmigrantes, aquellos que vienen de los países del Este de Europa destacan por tener un elevado nivel académico en el lugar de donde provienen; las familias de estos muchachos tienen una mayor vinculación con las escuelas de los menores. Sin embargo, en ocasiones, las relaciones que la familia y el propio menor mantenían con el entorno escolar, son muy diferentes de las que se esperan aquí.

Pobre apego a la escuela

Los menores inmigrantes pueden verse pronto desvinculados del entorno escolar si fallan sus expectativas sobre el mismo. Muchas veces, esperan una mayor transmisión de contenidos «de utilidad» para encontrar un trabajo pronto: una educación más técnica o basada en la proyección profesional inmediata. Esto sucede, especialmente, entre aquellos que habían acudido a España con la intención de trabajar y ganar dinero lo antes posible. En estos casos, además, suele suceder que los menores que llegan aquí con un nivel de escolarización más bajo, ante la exigencia de adaptarse a unas circunstancias tan diferentes (entre ellas, puede que el idioma), se sienten fracasados y se desvinculan pronto de la escuela. Estas circunstancias promueven que estas personas se desilusionen con las posibilidades que se les ofrece aquí como adolescentes; esta situación posibilita que se inicien relaciones con otros entornos en donde se sienten más próximos al papel de «adultos».

Evidentemente, éstas no son circunstancias propias de todo el colectivo inmigrante: insistimos en que nos referimos aquí a los menores que presentan problemas en el entorno escolar, lo cual puede incidir en su inicio al consumo de drogas. El conjunto mayoritario de los menores inmigrantes no tienen por qué desarrollar problemas y convive con el sistema.

Fracaso académico

El hecho de verse «fuera» del sistema debido a un continuo fracaso con respecto a lo que de ellos se espera, puede propiciar el acercamiento a otros entornos, entre ellos, el del consumo de drogas. La escuela intenta, en ocasiones, ofertar una alternativa real para estas personas, pero no siempre lo consigue. En general, no está preparada para afrontar la realidad de la inmigración. Según el *Informe sobre la situación social de los inmigrantes y refugiados en 2007*:

«El sistema educativo español es fiel reflejo del momento actual de la sociedad en cuanto al tratamiento de la inmigración, a pesar de las buenas prácticas que se vienen desarrollando en determinados centros, falta realizar intervenciones más integrales que comprometan en la medida de lo posible a todos los sectores implicados en la educación.» (p. 97).

Según refleja este mismo informe, en el nivel de Educación primaria se aprecia «una aceptable convivencia dentro de la diversidad», mientras que es en Secundaria cuando comienzan a suceder situaciones de dificultad.

Contexto grupo de iguales

En este caso, estamos haciendo referencia al grupo de iguales, tanto inmigrantes como autóctonos. El menor que ha llegado a España, sentirá la necesidad de aproximarse a otros jóvenes, socializarse en un entorno de iguales. Si para cualquier adolescente esta fase es importante, para aquellos que se encuentran fuera de su entorno conocido, puede ser crucial. Evidentemente, la relación de cada menor con el grupo dependerá de su personalidad y de sus recursos.

Gregorio, Díaz y Rivas (1994) señalan dos variables psicosociales que desembocan en dos posibles situaciones:

- El mantenimiento de la identidad cultural de referencia: la permanencia de actitudes, creencias y conductas para preservar los valores del grupo de referencia inmigrante.
- La existencia de relaciones con otros grupos que no son sus referentes culturales.

La forma en que combinen estas dos variables dará lugar a diferentes situaciones adaptativas positivas o negativas. Muchos menores se agrupan en torno a otros menores en función de sus características socioculturales, principalmente, según su país de origen (Calabozo, 2004). Los chicos recién llegados perciben las diferencias y contradicciones entre las actitudes y costumbres de sus familias y las de los adolescentes del país receptor. Esto genera en ellos una disonancia entre el hecho de mantenerse fiel a lo que conocían hasta entonces y acercarse a los nuevos iguales.

Consumo de sustancias en el grupo de iguales

Más allá de las especificidades que podemos destacar de cada colectivo (que serán tratadas más adelante), quisiéramos rescatar el hecho de que el entorno de iguales del menor consuma, como un

importante factor de riesgo. Los adolescentes inmigrantes, como el resto de adolescentes, atraviesan una fase de desarrollo vital en la que la vinculación con personas de una edad similar a la suya, es fundamental. Y la presión que el grupo de iguales ejerce puede conducirles a vivir situaciones de riesgo. De hecho, la mayoría de los programas de prevención que se están realizando en la actualidad, atienden a este factor (Burkhart y Calafat, 2008).

CONTEXTO COMUNITARIO

Al llegar, se produce un contraste entre las realidades del entorno social y comunitario conocido y del país receptor. Evidentemente, este contraste se multiplica cuando se emigra de una zona rural de un determinado país, por ejemplo, a una ciudad de otro. Generalmente, en las sociedades de origen, las relaciones familiares y vecinales se encuentran más asentadas. En sociedades como la latino-americana o la magrebí, la vida en la calle es una costumbre social muy arraigada: aquí han crecido y establecido sus referentes sociales y es donde muchos han obtenido recursos, funcionando como una colectividad (Calabozo, 2004).

En esta ocasión, rescatamos los factores de riesgo de la «disponibilidad y accesibilidad de la sustancia» y de la «deprivación social». Consideramos que el factor «movilidad» (destacado por Petterson et al, 1992; Moncada, 1997; Pollard et al, 1997 ó Muñoz-Rivas et al, 2000) es la esencia del propio fenómeno migratorio. Por ello, consideramos que queda suficientemente referenciado a lo largo de todo este capítulo.

Disponibilidad y accesibilidad de la sustancia

El hecho de permanecer mucho tiempo en la calle supone un factor de riesgo en los grandes espacios urbanos. En primer lugar, los menores pueden exponerse a la presencia de las drogas con más facilidad. De entre éstas, el cannabis, dado que su venta no está restringida a lugares suburbanos ni marginales de las ciudades.

Existe una percepción generalizada entre los menores inmigrantes de que aquí es mucho más fácil conseguir sustancias ilegales. A esta percepción se le asocian determinadas creencias: estos consumos (también el de cannabis) están más generalizados que en su país de origen y no se limitan a personas marginales. Evidentemente, el consumo se dificulta si la sustancia no está próxima.

Deprivación social

En ocasiones, los inmigrantes atraviesan situaciones de precariedad que les aproximan a los entornos donde la presencia de esta sustancia es habitual. Lógicamente, esto no constituye una característica de la inmigración en general e, igualmente, constituye un factor de riesgo para las familias autóctonas. Sin embargo, sí lo hemos querido rescatar como una circunstancia que, afecta a un buen número de personas que llegan aquí en una situación de precariedad. Algunos menores inmigrantes padecen problemas y situaciones de exclusión, pobreza o precariedad, que dificultan su desarrollo en un entorno adecuado.

A este respecto, Calabozo, señala: *«La mayoría de los profesionales subrayan la idea de la falsedad del «determinismo cultural», según el cual las personas actuarían como una especie de embajadores de su propia cultura, poniendo más el acento en que son las condiciones en que se realiza el*

proceso migratorio y sobre todo las dificultades socioeconómicas para la subsistencia, las que en realidad dificultan la adaptación al nuevo contexto social y viene a incrementar la vulnerabilidad de los menores ante las drogas.» (Calabozo, 2004, p. 76).

Cabe señalarse un fenómeno vinculado a este factor y que se ha destacado como una vía de socialización, que es la pertenencia a determinados grupos marginales o bandas juveniles.

Hemos querido destacar en este apartado, de entre los factores que, tal y como se ha visto anteriormente, implican un riesgo de consumo para cualquier persona, aquellos que pueden estar próximos a los menores inmigrantes por el propio hecho migratorio. Quisiéramos insistir en este punto en el peligro vinculado a considerar la inmigración como un todo, que se puede describir en base a unas características tópicas. Por ello reiteramos la importancia de no generalizar; en nuestra tarea preventiva nos será de mayor utilidad conocer las circunstancias de cada menor antes que atribuirle unas características sociales preconcebidas.

5.4.2. Factores de riesgo propios del hecho migratorio

En este apartado queremos destacar algunas circunstancias que provocan una mayor vulnerabilidad entre la población inmigrante y que están vinculadas, específicamente, al proceso migratorio.

En primer lugar, ha de señalarse que salir del país donde uno ha nacido y se ha desarrollado implica, en la mayoría de las ocasiones, la ruptura y el abandono de ciertos vínculos que constituyen, en sí mismos, factores de protección en la medida en que están sanamente contruidos. Nos referimos, por ejemplo, a las relaciones con parte de la familia, el apego y la amistad con el grupo de iguales y el hábito ligado a una serie de normas y costumbres, que no con siempre coincidentes con las del país de acogida.

En segundo lugar, la llegada al nuevo país, hace que se plantee la necesidad de la «integración». La integración con los nuevos pares y con los nuevos usos y costumbres. Las normas y hábitos del país de acogida no siempre son conocidos ni comprendidos y pueden provocar cierto rechazo por cuanto implican un estilo de comportamiento con el que no siempre se está de acuerdo.

Es decir, existen factores que, potencialmente, podrían influir en la vulnerabilidad hacia el inicio de los consumos. En primer lugar, aquéllos que tienen que ver con la separación de la red socializadora conocida (grupos de amigos, compañeros, familia,...) y con las dificultades para encontrar una nueva estructura que posibilite la integración. En segundo lugar, las circunstancias ligadas al hecho de desligarse de determinados hábitos y costumbres y tener que adoptar unas nuevas normas de comportamiento, incluso, unos criterios y valores diferentes. Por lo tanto, el hecho migratorio se considera un factor de riesgo en sí mismo (Jiménez y Puerta, 2008): existe una serie de hechos comunes al fenómeno migratorio que no sufren las poblaciones autóctonas que son considerados estresantes.

A estos factores se les pueden añadir otros acontecidos, como puede ser la precariedad económica y laboral y determinadas circunstancias vinculadas a las peculiaridades de su cultura (Casals, Collazos y Quershi, 2004).

A propósito de la condición «ser inmigrante», se ha estudiado el conjunto de síntomas que componen el llamado Síndrome de Ulises o síndrome del emigrante con estrés crónico y múltiple³. Los hechos que explican la aparición de estos síntomas son, entre otros: la ruptura con el país de origen,

³ *Guía para la prevención de drogodependencias en el colectivo inmigrante, desde la perspectiva cultural (2008).*

la soledad, la sensación de fracaso (por incumplimiento de expectativas), la escasez de recursos económicos (que puede tener como consecuencia una mala alimentación, el hacinamiento o la infravienda, por ejemplo), las diferencias culturales, la indefinición identitaria, las dificultades idiomáticas, los obstáculos laborales y legales o la pérdida de orgullo grupal.

Se han descrito algunos síntomas que pueden aparecer como consecuencia de estas circunstancias⁴; se trata de ciertas sensaciones a nivel emocional y cognitivo que pueden somatizarse en algunas alteraciones físicas. Algunos de estos síntomas, son: tristeza y llanto, sentimiento de culpa, falta de interés sexual, ansiedad de anticipación, pensamientos recurrentes, insomnio, irritabilidad, tensión, nerviosismo, sentimientos de soledad, déficits de memoria, desorientación, problemas de sueño, etc.

En la Tabla 5.6 recogemos los factores de riesgo que son específicos del hecho migratorio en sí mismo.

Tabla 5.6. Factores de riesgo vinculados al hecho migratorio
Factores de riesgo inmigración
Factores condicionantes de la relación entre el contexto y la persona: Síntomas vinculados con el síndrome del inmigrante: sensación de soledad, de fracaso, de tristeza de culpa...
Contexto familiar: Ruptura de vínculos familiares
Contexto grupo de iguales: Ruptura de vínculos entre pares Dificultad para encontrar una nueva red socializadora
Contexto comunitario: Ruptura de hábitos y costumbre Dificultad para adaptarse a los nuevos hábitos y costumbres Ruptura de normas Dificultad para adaptarse a la nuevas normas

5.4.3. Factores de riesgo de las mujeres en general que afecten a las mujeres inmigrantes

Veamos qué sucede con las mujeres inmigrantes. Una vez que se han señalado los factores de riesgo que se consideran específicos de las mujeres, en general, pasamos a hacer referencia a aquellos que afectan a las mujeres inmigrantes. En primer lugar, debemos destacar que todos los factores de riesgo que se han recogido como propios de las mujeres en general, influyen en las inmigrantes.

Tal y como se ha expuesto, estos factores de riesgo se pueden agrupar en:

Los factores condicionantes de la relación entre el contexto y la persona (insatisfacción con el rol femenino atribuido, situaciones de soledad y tristeza, peor gestión de los riesgos que los varones,

⁴ Véase *Guía para la prevención de drogodependencias en el colectivo inmigrante, desde la perspectiva cultural* (2008).

autoimagen distorsionada en relación a los cambios en la pubertad, menor eficacia autopercibida, estilo de relación: menos gregario y más emocional y baja autonomía).

Los **microsociales**; entre los cuales destacamos los propios de:

- La familia: estilos comunicativos diferenciales hacia niños y niñas, fomento de la desequivalencia estructural entre hombres y mujeres.
- La escuela: desequivalencia en el trato hacia chicos y chicas ante el fracaso escolar y las expectativas en torno a sus actitudes y sus conductas.
- El grupo de iguales: presión sexual por parte de los chicos, grupos de referencia altamente agresivos, existencia de estereotipos femeninos despectivos y degradantes en el grupo, sobrevaloración de la imagen femenina estereotipada dentro del grupo, potenciación del rol femenino proactivo a los intereses masculinos.

Los **macrosociales**: mayor censura del consumo de la mujer, frente al consumo del hombre, culto a la imagen, «esencialismo» hacia la mujer.

Cualquiera de ellos puede afectar a las mujeres inmigrantes por su condición de mujeres. Sin embargo, también es cierto que algunos de estos factores tienen un efecto más destacado entre las mujeres de ciertas culturas debido a la connotación preponderantemente masculina de las mismas. Entre las circunstancias que influyen más directamente en los estilos educativos, el fomento de la desequivalencia estructural entre hombres y mujeres, es especialmente remarcable en determinadas culturas (e, igualmente, las expectativas en torno a las actitudes y roles femeninos y masculinos).

A este respecto, cabe señalarse un caso especial, que es la transmisión de normas y valores cuando los menores han nacido ya en el país receptor, hijos de inmigrantes. Al final de este capítulo se ahonda más en este tema; sin embargo, creemos relevante hacer aquí una breve reflexión acerca de la forma en que puede afectar a las niñas nacidas en España de padres (o padre o madre) inmigrantes, el hecho de que las culturas en las que se van a socializar, generen expectativas diferentes en torno a los roles de género.

En ocasiones, este hecho no supondrá ningún problema, y por lo tanto, no comportará un mayor riesgo. Sin embargo, en otras ocasiones, las niñas pueden ser víctimas de una situación especialmente estresante: su condición de mujer, unido a su condición de niña o adolescente sobre la que se proyectan expectativas contradictorias, dobla su victimización y también su riesgo.

5.4.4. Factores de riesgo del hecho migratorio susceptibles de afectar a las mujeres

Debemos señalar que algunas mujeres inmigrantes pueden ser afectadas por factores de riesgo específicos, que no serían propios de los hombres (inmigrantes o autóctonos) ni de otras mujeres (autóctonas). De manera que cuentan con factores de riesgo (así como también con factores de protección) específicos (véase Tabla 5.7). Uno de los principales factores estresantes de la llegada al país de acogida, tal y como hemos señalado, se trata del choque cultural y la urgente necesidad, percibida y real, de entender y adaptarse a las «nuevas» normas, costumbres y hábitos. Pues bien, una de las cuestiones que se ven modificadas es la de los roles de género y los equilibrios/desequilibrios de las relaciones de poder entre hombres y mujeres. La llegada a una sociedad en la que las relaciones de género estén, supuestamente, más equilibradas, no implica necesariamente una mejora inmediata de la situación de la mujer frente al hombre. La asunción de las nuevas costumbres ligadas a este estatus relacional puede ser muy costoso en algunos casos, y concluir en un proceso exitoso o no.

A este factor, se debe añadir la sobrecarga emocional y física relacionada con la responsabilidad del cuidado de la familia aquí, pero que puede extenderse al país de origen. En ocasiones, las mujeres

inmigrantes ejercen de cuidadoras de aquellos a los que deja, en la distancia, a través de gestos como enviar dinero o estar al tanto de la salud de los miembros de su familia (por ejemplo, padres, hijos o marido) y de las relaciones entre ellos.

La cuestión es que a las niñas y adolescentes inmigrantes o, incluso, a las hijas de inmigrantes, se les va a educar, en muchas ocasiones, en base a estos roles y valores.

Algunos estudios indican que la mujer inmigrante tiene una mayor propensión a presentar alteraciones psicológicas causadas por el desarraigo, el estrés, la ansiedad y la adaptación (Informe sobre la situación de los inmigrantes y refugiados en 2007).

Tabla 5.7. Factores de riesgo del hecho migratorio susceptibles de afectar a las inmigrantes
Factores de riesgo del hecho migratorio en mujeres
Factores condicionantes de la relación entre el contexto y la persona: Ansiedad y estrés
Contexto familiar: Responsabilidad del cuidado de la familia en ambos países
Contexto comunitario: Adaptación a los nuevos roles de género Adaptación al equilibrio/desequilibrio de las relaciones de poder entre hombres y mujeres

5.4.5. Factores de riesgo vinculados a cada población de origen

Además de estos elementos comunes que el hecho migratorio contiene, entendemos que cada uno de los colectivos de origen presenta características o rasgos que pueden representar vulnerabilidad para las personas que los conforman y conducirlos a inicios de consumo de drogas, entre ellas el cannabis. No se trata de una realidad uniforme, puesto que son colectivos con un carácter plural, con realidades sociales muy diferentes. Algunos estudios han destacado la necesidad de distinguir los grupos de la forma más precisa posible, dada la variabilidad entre las circunstancias de los mismos, a pesar de que tradicionalmente se han tratado de manera conjunta (Casals, Collazos y Querishi, 2004).

Considerar la población inmigrante como un todo, es un error; creemos importante atender a las características específicas de cada colectivo, o cuando menos, tenerlo en cuenta de cara a la prevención de los consumos. Tal y como ya se ha sugerido, esto nos permite contar con un análisis más detallado de la realidad, lo cual es muy positivo en el trabajo preventivo. Sin embargo, encontrar estudios precedentes que hayan abordado este fenómeno, no es tarea fácil.

Consideramos tres colectivos definidos por su origen, a partir de su representatividad en nuestro entorno:

- Latinoamericanos (Ecuador y Colombia).
- Norteafricanos (Marruecos principalmente).
- Europeos de Este (Rumania principalmente).

A continuación comentamos algunos de los rasgos que aumentan la vulnerabilidad hacia el inicio del consumo de drogas y que están presentes con frecuencia en los colectivos mencionados.

MENORES LATINOS

En el país de acogida aparece la resocialización en el grupo de pares consumidores, con grandes ingestas de alcohol y, con frecuencia, consumo de cannabis. En el colectivo de adolescentes latinoamericanos existe la siguiente identificación: «consumo de cannabis es igual a comportamiento socialmente desviado» (no siendo así con el alcohol). Para ellos es sorprendente la baja percepción de riesgo que el adolescente autóctono tiene sobre el cannabis y el grado de inserción social de los consumidores, tan lejano de la desviación que supone, en sus lugares de origen, el consumo de cannabis. Ya habíamos aludido a esta cuestión al referirnos a los factores de riesgo generales, cuando se señalaba que el hecho de disponer de la sustancia de una manera más inmediata, es algo sorprendente para estos muchachos e, igualmente, supone un factor de riesgo.

Así pues, si el adolescente latino frecuenta un grupo de consumidores de alcohol y cannabis es muy probable que su autoconcepto se enmarque desde la ilegalidad y la exclusión. Aspecto que no es frecuente en los menores de la cultura mayoritaria en España.

En muchas ocasiones, además, la madre que convive con el adolescente latino mantiene relación con un hombre que no es la figura masculina de referencia que reconoce el menor (Calabozo, 2004). Ante esta situación se produce un sentimiento de culpa en la madre que hace que sea especialmente permisiva hacia los comportamientos de su hijo. Hacia todos los comportamientos, con una marcada ausencia de límites, tanto si éstos se consideran positivos como negativos.

Otro aspecto que se observa en el menor latino y que está relacionado con el concepto de comportamiento desviado que incluye el consumo de porros, es la (para él, sorpresiva) disponibilidad de la droga en la calle, sin tener que visitar lugares ilegales ni inseguros para conseguirla. Este hecho legitima el consumo en el menor, naturalizando algo que para él era delictivo en su lugar de origen.

MENORES MAGREBÍES

Debemos aclarar, en primer lugar, que los chicos de los que se habla en este apartado son los que vienen indocumentados, sin tutela adulta ni figuras de autoridad en la sociedad de acogida. Vamos a prestar una especial atención a éstos porque entendemos que son los más vulnerables. El hecho de que España y el Magreb sean dos zonas tan próximas geográficamente, posibilita que los menores lleguen aquí sin adultos responsables; esta circunstancia no se suele dar entre los chicos latino-americanos ni aquellos que proceden del Este de Europa. Hay que tener en cuenta que existen ciertas diferencias entre los menores en función del lugar exacto de procedencia. En el Norte de Marruecos, por ejemplo, la presencia y el consumo de cannabis es algo mucho más habitual que en el Sur.

Los menores marroquíes *destutelados*, suelen reunir ciertas características (Calabozo, 2004), que podemos rescatar como factores que propician su vulnerabilidad hacia el consumo de drogas, entre ellas el cannabis. Los chicos que, en su lugar de origen vivían con sus familias, tratan de mantener vínculos con la misma, pero no desean iniciar el proceso de retorno; la familia se preocupa por ellos, pero normalmente no les reclama, puesto que consideran que los muchachos han emigrado para mejorar su situación socio-económica. Hacemos referencia, en este caso, a «los chicos» magrebíes, aludiendo al género masculino, porque es muy poco frecuente que las chicas lleguen al país receptor de manera destutelada.

Estos menores provienen de un entorno familiar bastante normalizado y de familias extensas, que han ejercido el papel de control y supervisión de la conducta del menor en el país de origen. Por ello, han tenido una fuerte vinculación con las familias. Hay que tener en cuenta, que en sus lugares

de origen, no eran «niños de la calle», mantengan o no contacto con sus familias en el país receptor. Sin embargo, al llegar a España, se encuentran sin este control y supervisión.

Existen otros menores destutelados. Hay muchachos que aquí sin abandonar ningún vínculo familiar. Se trata de menores que ya en Marruecos estaban, de alguna manera, destutelados; son procedentes de familias desestructuradas, que no ejercían ningún control ni supervisión sobre los chicos. Éstos no tienen un sistema de hábitos arraigado como los otros menores y tienen más dificultades para relacionarse con las instituciones públicas. Suelen relacionarse con personas en situación de riesgo y desconfían de los adultos, lo cual aumenta su vulnerabilidad.

Al respecto de esta cuestión, se ha de señalar la propensión de los medios de comunicación por destacar al colectivo de menores destutelados, no acompañados e indocumentados, como el grupo numéricamente más importante: esto puede redundar en la estigmatización de todo el colectivo (Calabozo, 2004).

La principal característica de vulnerabilidad con la que cuenta este colectivo es la idiomática, que además transforman en una magnífica herramienta para comunicarse entre ellos en el medio abierto ocultando el mensaje a oídos nativos. El uso de un idioma común y diferenciado de la sociedad de acogida favorece dos aspectos de la vulnerabilidad: perpetúa la endogamia en el grupo de pares y no favorece la integración en la cultura mayoritaria.

Aquí aparece otro rasgo de vulnerabilidad para el consumo de cannabis: la endogamia grupal. El grupo es el contexto de permanencia en la sociedad mayoritaria. Al no haber adultos tuteladores, la socialización se autorregula en el grupo, con sus normas, jerarquías y rangos⁵. Estas características se sustentan en una violencia que responde a la inmediatez que su propia situación comporta, ya que «vivir al día» es la norma en la supervivencia de estos grupos naturales y este «vivir al día» conduce a conductas delictivas con mucha frecuencia.

La escolarización ha sido escasa antes de llegar a España y su principal interés es conseguir los papeles de regularización, trabajar y ganar dinero. Tiene un proyecto migratorio claro y que es propio, es decir, no es el proyecto de sus padres, como sucede normalmente con los menores procedentes de otros países. El chico marroquí destutelado vive una espiral de contradicción, ya que viene a España con la intención de trabajar. Pero se encuentra con que hasta los 16 años no va a poder hacerlo y, además, ha de estar documentado. El proyecto de trabajar y enviar dinero a su familia no se certifica y la institucionalización le ofrece una educación que él no demanda: sus expectativas no se ven cumplidas. En el lugar de donde procede era tratado como un adulto y tenía ciertas responsabilidades: trabajar, ganar dinero, mantener y cuidar de la familia, etc.

Si a esto se añade que todos los que se encuentran en esta situación tienden a formar grupos naturales y la única forma de vivir fuera de la tutela de las instituciones es el pequeño hurto, con uso frecuente de violencia, la urgencia de la situación favorece que en el seno del grupo se consuman drogas. Con frecuencia, hachís. Sin embargo, la motivación de estos consumos no suele ser recreativa, como la de los menores autóctonos, sino que la droga cumple la función de relajación y evasión.

La contrastación entre el recuerdo del proyecto de venir, trabajar y enviar dinero a su país con la realidad que le circunda produce frustración, y ésta induce al consumo abusivo de sustancias, entre ellas el cannabis.

⁵ A diferencia de las bandas latinas, donde la estructura está organizada, en los grupos naturales de marroquíes de la calle no existe tal. Es la ley del más fuerte.

MENORES DEL ESTE

La mayoría de los menores provenientes del Este de Europa, llegan al país receptor acompañados por sus familias, a pesar de que parece estar aumentando la incidencia de aquellos que vienen destutelados⁶.

Uno de los rasgos de vulnerabilidad de los adolescentes inmigrantes de los países del Este es, aunque resulte paradójico, la facilidad que tienen de asimilarse a la cultura mayoritaria española. La principal ventaja con la que cuentan en este sentido, es la facilidad para aprender el idioma. Pero no sólo esto. Se trata de menores que no suelen sufrir xenofobia y son bien aceptados en la cultura dominante. De hecho, los hijos españoles de personas del Este que emigraron aquí en su día, tendrán menos problemas a la hora de ser percibidos como españoles y probablemente sufran menos problemas de identidad por este motivo.

Es, precisamente, en el excesivo celo en el deseo de equipararse a los adolescentes del país receptor, donde reside la vulnerabilidad hacia la propiciación de los primeros consumos de alcohol, tabaco... y cannabis. Si el menor se integra con sus pares nativos y domina el idioma, los factores de riesgo que le afectarán serán prácticamente los mismos que a un nativo de su misma edad.

5.4.6. Identificación de los diferentes factores de protección

A lo largo de este capítulo se ha hecho referencia a los diversos factores de riesgo que podemos vincular con el difícil proceso que supone la inmigración. Se ha señalado en repetidas ocasiones que nuestro ánimo no ha sido el de relacionar las categorías «inmigración» y «consumo de drogas» a través de un nexo causa-efecto, sino describir algunos factores que pueden implicar un riesgo hacia el consumo de drogas, concretamente de cannabis, en el hecho migratorio.

Sin embargo, también queremos proponer otros factores que pueden combatir el riesgo. Se trata de los llamados «factores de protección».

Se habían expuesto, en primer lugar, aquellas circunstancias señaladas en los primeros capítulos de esta guía y que se admiten, en la literatura revisada, como «factores de riesgo», resaltando aquellas que consideramos que pueden afectar más directamente a los muchachos inmigrantes. Entre éstas, se habían recogido las de las áreas familiar, escolar, del grupo de iguales y del contexto comunitario.

Veamos, a continuación, cuáles son los factores de protección que proponemos que se potencien con el fin de contrarrestar estos factores de riesgo que, sin ser exclusivos de la población de adolescentes inmigrantes, les pueden afectar directamente. En la Tabla 5.8, se exponen ambos tipos de factores, con el fin de facilitar su comprensión.

En segundo lugar, se ha hecho referencia a aquellas circunstancias más específicas de los menores inmigrantes, que podrían representar factores de riesgo de cara al inicio en el consumo de drogas, más específicamente, de cannabis.

A continuación, se exponen qué factores de protección se proponen para contrarrestar este riesgo (Tabla 5.9).

⁶ Informe sobre la situación social de los inmigrantes y refugiados en 2007.

Por último, se ha hecho referencia a los factores que pueden suponer un riesgo para las mujeres, especialmente las inmigrantes, por la combinación que supone su condición de mujeres y de inmigrantes.

Tabla 5.8. Factores de protección frente a los factores de riesgo generales que afectan a la población inmigrante	
Factores de riesgo generales	Factores de protección generales
Factores microsociales	
Contexto familiar	
Pautas educativas inadecuadas Pobre supervisión familiar Disfuncionalidad familiar	Modelos adecuados en resolución de conflictos Modelos de alta supervisión familiar Comunicación asertiva y escucha activa
Contexto escolar	
Pobre apego a la escuela Fracaso académico	Entorno del menor vinculado con la escuela Buena supervisión y seguimiento en el centro
Contexto grupo de iguales	
Consumo de sustancias en el grupo de iguales	Apego a iguales no consumidores Actitudes grupal negativa hacia el consumo de sustancias Conocimiento y acceso a recursos de ocio y tiempo libre saludables
Contexto comunitario	
Disponibilidad y accesibilidad de la sustancia Deprivación social	Alternativas al consumo en el entorno de ocio

Por último, veremos qué factores de protección se sugieren para combatir el riesgo asociado a los factores citados (Tabla 5.10).

Más allá de los factores de protección que permiten contrarrestar los factores de riesgo más específicos, quisiéramos destacar algunas características propias de ciertos colectivos que les refuerzan frente a los consumos.

Se ha venido señalando que uno de los principales factores de riesgo es la ruptura con los vínculos afectivos, especialmente con la estructura de socialización creada en el país de origen. Sin embargo, en ocasiones, los inmigrantes llegan al lugar receptor con redes de acogida conformadas, constituidas por familiares u otros inmigrantes provenientes del mismo país (Foro para la integración social de los inmigrantes, 2007). Esto proporciona a la persona o a la familia que llega una orientación muy útil en un país del que desconocen los usos, las costumbres y las normas asociadas a las mismas.

Tabla 5.9. Factores de riesgo y de protección propios de la población de inmigrantes	
Factores de riesgo inmigración	Factores de protección inmigración
Factores condicionantes de la relación entre el contexto y la persona	
Síntomas vinculados con el síndrome del inmigrante: sensación de soledad, de fracaso, de tristeza, de culpa, ...	Herramientas personales: alta autonomía y autoestima
Factores microsociales	
Contexto familiar	
Ruptura de vínculos familiares	Vías de comunicación con la familia
Contexto grupo de iguales	
Ruptura de vínculos entre pares Dificultad para encontrar una nueva red socializadora	Recursos para vincularse a una red socializadora
Contexto comunitario	
Ruptura de hábitos y costumbres Dificultad para adaptarse a los nuevos hábitos y costumbres Ruptura de normas Dificultad para adaptarse a las nuevas normas	Compatibilidad de hábitos y costumbres Espacios para comprender nuevos hábitos y costumbres

Tabla 5.10. Factores de protección frente a los factores de riesgo más específicos de la población inmigrante	
Factores de riesgo del hecho migratorio en mujeres	
Factores condicionantes de la relación entre el contexto y la persona	
Ansiedad y estrés	Alta autonomía y autoestima Capacidad para resolver conflictos
Factores microsociales	
Contexto familiar	
Responsabilidad del cuidado de la familia en ambos países	Responsabilidad repartidas
Contexto comunitario	
Adaptación a los nuevos roles de género Adaptación al equilibrio/desequilibrio de las relaciones de poder entre hombres mujeres	Espacios para comprender los nuevos roles asignados

Los menores que llegan al país receptor en una situación de destitela, la mayoría magrebíes, tienen ciertos hábitos y valores estructurados, que aunque se hayan abandonado temporalmente, pueden

ser recuperados (Calabozo, 2004). Las personas que trabajan con estos chicos, deben contar con este punto de partida, por muy malas que sean las condiciones con las que se encuentren.

Por otro lado, estos mismos menores, también poseen hábitos, habilidades, conocimientos y aptitudes muy útiles para desenvolverse de manera autónoma. Este factor, que puede separarles del entorno escolar, a la vez les impulsa a tener muchas expectativas sobre su proyecto vital y laboral: el deseo de trabajar y ser autónomos les acerca a un ambiente de inserción laboral (Calabozo, 2004).

Por último, se ha destacado la diferenciación entre las culturas acerca de los hábitos de supervisión familiar, como un factor de riesgo. Sin embargo, en aquellos casos en los que sea posible mantener este hábito, funcionará como un potente factor de protección.

5.4.7. Consideración de la generación del inmigrante

Entendemos que el trabajo de prevención con adolescentes inmigrantes debe considerar el momento en que han llegado al país de acogida. Cuando un niño nace en España, es español y no un «inmigrante de segunda generación», como se ha dado en llamar. Pretendemos huir de la terminología extendida que tiene en cuenta el grado de la inmigración, puesto que consideramos que favorece que se perpetúe la connotación (muchas veces negativa) del hecho migratorio. Sin embargo, sí creemos que tener en cuenta esta circunstancia, puede favorecer el trabajo preventivo, dado que nos permite tener un conocimiento en mayor profundidad de la persona hacia la que dirigimos nuestras actividades. Saber cuándo ha llegado el muchacho o la muchacha o si ha nacido aquí, nos podría acercar a la realidad que está viviendo en su entorno más cercano, lo que facilitaría conocer hacia dónde debemos encaminar nuestros esfuerzos.

El hecho de que los padres no hayan nacido aquí puede hacer que difieran en algo las circunstancias y las pautas educativas de sus hijos. O no. Sin embargo, el hecho de tener más información no entorpece nuestro trabajo, al contrario, lo enriquece y posibilita que pueda ser más efectivo.

Se han estudiado los factores potencialmente estresantes en las transiciones culturales (Ripoll-Millet, 2001). Así, y en lo que afecta al tema que nos ocupa, los menores nacidos en España, hijos de inmigrantes, difieren de sus progenitores en que aquéllos tienen un modelo étnico integrado, frente al modelo dividido o idealizado de los adultos. Esto supone que tengan mayores posibilidades de integrarse, ya que no perciben el choque cultural de manera tan dramática como lo han hecho sus padres. Una característica en la que algunas de estas generaciones difieren es que, mientras muchos de los adultos que emigran sufren una separación total o parcial de su familia, amigos y otras redes sociales, sus hijos e hijas, no.

El principal inconveniente con el que se encuentran los chicos y las chicas que han nacido aquí y cuyos progenitores no, es la percepción que el resto de la sociedad española tiene de ellos y de ellas⁷. No es fácil deshacer el símil que se establece entre inmigrantes e hijos de inmigrantes, a pesar de que estos últimos sean jóvenes que viven actualmente una realidad social más cercana a la realidad española que aquella que vivieron sus padres, en el sentido de que al haber nacido en este entorno, no han tenido que «adaptarse» a él. A este respecto, cabe señalar que tampoco todos estos menores tienen las mismas circunstancias: cuanto más se asemeje el fenotipo del nacido en España al fenotipo característico de inmigrante, más tendencia habrá a que se le considere originario de España.

⁷ Informe sobre la situación de los inmigrantes y refugiados en 2007.

Se ha señalado que, con el paso del tiempo, se produce un proceso de asimilación que conduce a que las pautas de consumos se van acercando progresivamente a las de las personas del país receptor (Johnson, Van Geest y Cho, 2002).

En cualquier caso, el número de menores nacidos en España de progenitores inmigrantes, es una cifra relevante, puesto que en el año 2004 suponía ya el 16% del total de nacimientos. El mayor número de estos nacimientos se da en Cataluña, Madrid, la Comunidad Valenciana y Andalucía; en total, en estas comunidades, se concentra el 68% del total de los nacidos de padre y/o madre extranjeros⁸.

La existencia de un número creciente de chicos y chicas nacidos en España de padres y/o madres inmigrantes, nos lleva a valorar la normalidad de este factor y su potencialidad para integrarse en la sociedad de una manera positiva: *«Poco a poco las hijas y los hijos de familias inmigrantes se han ido convirtiendo en nuevos protagonistas de la realidad migratoria española, despertando una creciente atención en todos aquellos ámbitos donde se han ido incorporando: la educación, el trabajo, los espacios de ocio y tiempo libre, etc. Si esta presencia no ha sido percibida antes es porque estos menores y jóvenes eran relativamente pocos y, o bien estaban en el sistema escolar o en el mundo laboral como adultos. Son nuevas generaciones cuyo objetivo se sitúa, de una manera mucho más evidente que para sus padres, en una dinámica de permanencia, participación y adscripción en la sociedad en la que se han formado o se están formando como personas.»* (Informe sobre la situación de los inmigrantes y refugiados en 2007, p. 95).

⁸ Foro para la Integración Social de los Inmigrantes: *Informe sobre la situación social de los inmigrantes y refugiados en 2007*.

CAPÍTULO 6. LA ACTUACIÓN EN PREVENCIÓN

En este capítulo vamos a explicar los niveles y actuaciones en prevención actualmente reconocidas; los ámbitos de la prevención; la forma de trabajar con las personas la prevención del consumo de cannabis; y algunas orientaciones a la hora de trabajar con los diferentes colectivos que hemos visto. La prevención actualmente está clasificada en tres niveles, respondiendo cada uno de ellos a un perfil diferente de la población, siendo más especializada cuanto menor es la población destinataria.

Los niveles en prevención (Gordon, 1987), son los siguientes:

- Universal. Dirigida a la población adolescente, en general
- Selectiva. Dirigida a grupos de más riesgo que la media de la población.
- Indicada. Dirigida a grupos de consumidores o de comportamiento desviado o de ambas características.

En las labores de prevención podemos actuar en los tres niveles. Si damos sesiones de prevención en centros de enseñanza o a padres y madres del barrio, estaremos realizando prevención universal. Si hacemos una actividad grupal con adolescentes de una zona deprivada económicamente y alto nivel de paro, estaremos ubicados en prevención selectiva. Si en una persona con la que tratamos, se dan consumos, estaremos hablando de prevención indicada. En el trabajo cotidiano los tres niveles se cruzan constantemente, por la propia heterogeneidad social.

Además de los niveles de prevención, está el modo de realizar las acciones en prevención. Se entiende que las acciones en prevención del consumo de drogas pueden realizarse de modo específico o inespecífico (Comas y Arza, 2000). Si se habla o se trata directamente de las sustancias, en este caso el cannabis, los patrones de consumo de las mismas, el nivel de adicción que producen, la dependencia de la sustancia, su metabolización, etc., estamos ante un abordaje específico.

Cuando lo que se realiza en la acción preventiva es potenciar las competencias de la persona, mejorar la gestión del ocio y el tiempo libre, educar para la salud, optimizar su modo de relacionarse, etc., estamos ante un abordaje inespecífico.

El modo de abordar la prevención estará siempre relacionado con los objetivos que hayamos definido y siempre enmarcados en la prevención del consumo de drogas, en este caso el cannabis. Hay colectivos destinatarios con los cuales el abordaje inespecífico es, en algunos momentos más eficaz, en prevención, que el abordaje específico. Esto puede deberse al tabú que represente el trato directo de los temas relacionados con las drogas, que en algunos entornos sociales o culturales no se expresan, por considerar que lo que no se nombra, no existe.

6.1. METODOLOGÍA DE LA PREVENCIÓN CON PERSONAS

6.1.1. La etapa de captación

Si recordamos, en el capítulo 3 de esta guía se reflejaban las cinco fases del trabajo individual en prevención (*aceptación y conocimiento: empatía, establecimiento y consolidación del vínculo;*

apoyo y control: heteronomía;; *autorrefuerzo y autocontrol: autonomía y, por último, despegue y separación*). En la llamada etapa de captación se llevan a cabo dos de las fases arriba mencionadas: la de Aceptación y conocimiento: empatía y la de Establecimiento y consolidación del vínculo. La superación de estas fases nos permitirá comenzar a actuar con las personas para superar las tres etapas restantes, que son donde van a implementarse verdaderamente las estrategias preventivas del consumo. Esta es la etapa del contacto con la persona con la que vamos a trabajar y los encuentros posteriores hasta la creación del vínculo.

Los perfiles de las posibles intervenciones individuales son muy complejos, pero aún así vamos a intentar sistematizar el modo de poder contactar con personal tan heterogéneo y que nos sea de utilidad.

Recursos que nos facilitan la captación

Es muy probable que en nuestra zona geográfica, dispongamos de cinco tipos de recursos:

- Centros educativos.
- Recursos de la administración.
- Recursos sociocomunitarios.
- El medio abierto.
- Nuestros propios recursos (autogenerados).

Los centros educativos, públicos, concertados o privados conforman uno de los recursos más importantes para la prevención del consumo, en adolescentes. Cumplen con muchas condiciones para facilitarnos el trabajo y pueden ser una buena puerta de entrada para conocer familias (a través de las AMPAs u otras formas) o a grupos de adolescentes con los que poder desarrollar nuestra labor. Son muy útiles para conectar con todo tipo de población adolescente.

Los recursos de la administración son todos aquellos que pertenezcan al Ayuntamiento, comunidad autónoma o al Estado: Nos pueden ser de utilidad los centros de servicios sociales, los centros culturales, los polideportivos y la Policía municipal. Estos recursos son de tipo profesionalizado. Algunos, como los centros de servicios sociales nos pueden presentar adolescentes con un perfil de primeros consumos o a sus familias. En estos recursos encontraremos población autóctona e inmigrantes.

Otros, como la Policía municipal, nos pueden orientar sobre nivel de tráfico de sustancias en el barrio o lugares de consumo, contrastar información, etc. Los polideportivos y los centros culturales nos interesan como lugar de encuentro de la población juvenil y como recursos para el ocio y el tiempo libre. También dependiendo de las zonas en las que nos encontremos tendremos accesibilidad a otros recursos de este tipo: centros de atención a la infancia (hasta dieciocho años), centros de atención al inmigrante, centros de apoyo a las familias, etc.

Los recursos sociocomunitarios son todos aquellos que surgen de la iniciativa particular, o social, que existan en la zona. Aquí incluiríamos asociaciones barriales, grupos de tiempo libre, locales recreativos de especial interés, cafeterías, bares.

Se entiende como medio abierto, el espacio público urbano. En él siempre hay lugares, rincones, zonas, donde los chicos y chicas adolescentes acuden a estar, pintar graffittis, consumir, bailar. Son lugares de encuentro, que conviene que incluyamos en el repertorio de zonas de interés, para poder desarrollar mejor las acciones en prevención y aumentar nuestro conocimiento sobre al barrio.

Recursos autogenerados: son los que podemos organizar desde nuestra propia mediación social, rentabilizando los recursos mencionados anteriormente. Un recurso autogenerado podría ser un punto de información sobre el consumo de cannabis en una zona frecuentada por grupos juveniles, o en el patio de un centro educativo en las horas de recreo, coordinándonos con la dirección del centro. Ese punto de información podríamos gestionarlo en persona o podría hacerlo en el caso del medio abierto, un grupo de adolescentes del propio barrio, o alumnado del propio centro educativo, en el segundo caso.

El encuentro

Es muy importante saber como establecer el encuentro. La persona no nos conoce y posiblemente nos haya oído en alguna charla sobre prevención, o nos la presenta alguien que ya nos conoce o sencillamente viene a hablar con la persona de la que la han dado referencias positivas y «que sabe de drogas». Lo cierto es que de este primer encuentro y del resultado de los siguientes que se produzcan depende que acabe de modo satisfactorio la etapa de captación.

En esta guía aparece una heterogeneidad de personas muy extensa. Se habla de adolescentes, varones y mujeres, nacidos aquí, de cultura mayoritaria; de cultura gitana, adolescentes de ambos sexos hijos de inmigrantes y adolescentes inmigrantes también. Incluimos, además a personas adultas (padres y madres o familiares de todas estas poblaciones o profesionales que nos sean de utilidad).

Esto no nos ha de importar si seguimos unas pautas que nos puedan ayudar a confirmar el interés hacia nuestra figura, ya suscitado en algunas personas o motivar a las que no conocemos en absoluto pero con las que podríamos trabajar en prevención de consumos.

La motivación

«El terapeuta centrado en el paciente necesita ofrecer tres características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad.» (Carl Rogers).

En el trabajo de prevención del consumo de drogas, lo que sustenta toda la labor en el proceso, es la buena comunicación y la creación del vínculo. Es muy importante que la persona se sienta bien cuando está con nosotros. No hay que olvidar que la relación que vamos a establecer con ella es una relación de ayuda. Para que esta relación de ayuda funcione de un modo satisfactorio debemos conseguir que la persona se sienta motivada.

Si una persona se nos acerca porque siente que tiene un problema o está angustiada por algún aspecto relacionado con el consumo de cannabis, propio o ajeno, va a resultar bastante fácil, a priori, trabajar la prevención con esa persona. Es más difícil cuando se contacta con personas en las que intuimos, o sabemos por terceros, que puede ser susceptible de actuar en prevención con ellas. En estos casos es muy importante realizar una buena motivación.

Vamos a utilizar los ejes que conforman toda labor socioeducativa. (Contenidos, procedimientos y actitudes) y los factores contemplados en la entrevista motivacional, para dar unas orientaciones a la hora de motivar a la persona en las tareas de prevención.⁹

⁹ Recomendamos la lectura de publicaciones como la de Costa y López o Caballo, sobre habilidades de comunicación que resultan muy útiles a la hora de abordar la tarea de motivación de la persona.

Contenidos a tratar

Los contenidos conforman la información que vamos a recibir de la persona y que vamos a enviarle nosotros a ella. Debemos tener presente que en el proceso de captación resulta de mucha utilidad extraer información sobre la cota de percepción negativa que mantiene hacia la embriaguez, la frecuencia de experiencias negativas que la persona cree tener sobre su consumo, cuál es la impresión que tiene la persona sobre la circunstancia que ha suscitado su curiosidad sobre nuestra figura; cuánto tiempo lleva consumiendo, en caso de que lo haga; qué grado de percepción del problema tiene, etc.

Lo importante no es enumerar o «recitar» los contenidos; hay que proceder con cautela y comprobar si algún tema es penoso para la persona. Hay que asegurar y transmitirle, a través de nuestra actitud, la suficiente confianza para que se pueda abordar cualquier asunto de un modo cómodo y relajado.

Metodología a seguir

Es muy poco útil decirle a la persona lo que debe o no debe hacer. Lo que conviene es aumentar su nivel de concienciación del problema y que ella misma vaya tomando una actitud contemplativa hacia la situación. Por ello debemos:

- Emplear mensajes claros y directos.
- Utilizar un lenguaje accesible a la persona, ni ampuloso, ni grosero o barrial.
- No responder taxativamente a preguntas. Favorecer su reflexión con resúmenes y sugerencias, recordarle de vez en cuando hechos sobre lo que nos está contando, etc.
- Escuchar activamente. La persona ha de percibir que le estamos escuchando de modo interesado, con la mirada, la empatía emocional, y los silencios pertinentes; sin juzgar, interrumpir o aconsejar precipitadamente.

Actitudes del mediador

Aunque la persona nos refiera algún asunto que no dominemos, debemos dotarle de importancia, ya que para ella seguramente será significativo. Más tarde recopilaremos información al respecto preguntándole. Debemos mantener una actitud absolutamente respetuosa con lo que la persona nos cuente. De manera que:

- No debemos nunca cuestionar a la persona sobre sus consumos, si los hubiera.
- Nos debe percibir próximos a ella. No necesitamos mostrar que estamos de acuerdo con ella, si no que la entendemos. Que comprendemos los motivos que la mueven, estemos de acuerdo o no con ellos.
- Todo lo que nos quiera contar, relacionado con el motivo de su acercamiento a nuestra figura, es bienvenido.
- Por muy dura, novedosa o disonante que nos resulte la información que nos trasmite, mantener concordancia emocional con la persona, sin favorecer la exacerbación o la pérdida de control de esas mismas emociones.
- Si se nos pide opinión, devolver la petición, preguntando por la suya.

- Si nos da su opinión, esto nos dará la pista para ser muy directos o emitir una opinión abierta, que no condicione negativamente su actitud hacia nosotros.

La importancia de la mediación intercultural para el abordaje preventivo en la cultura gitana y en las personas inmigrantes

Aunque el trabajo y la coordinación con profesionales a nuestro alcance, que nos ayuden en la prevención del consumo del cannabis, es siempre muy importante, hay que contar de modo casi ineludible con una figura que nos es de suma utilidad en el trabajo con minorías étnicas y con las personas inmigrantes: el profesional de la mediación intercultural.

El o la mediadora intercultural manejará el idioma de la persona inmigrante, conocerá aspectos del colectivo en que esté especializada, Nos situará ante nuestra labor según la población con la que trabaje. Son profesionales que conocen los rasgos culturales, sociales o antropológicos, que pueden hacer a los diferentes colectivos, más o menos vulnerables hacia el consumo abusivo o el mal uso del cannabis. Nos pueden ayudar a definir factores de riesgo, que nos orienten a sistematizar la tarea de prevención con las diversas poblaciones destinatarias, relacionadas con la su tarea.

6.1.2. La sistematización del trabajo en prevención con las personas

Una vez que hemos captado a la persona y la sentimos motivada, continuaremos con ella realizando más encuentros en los que la persona irá percibiendo vinculación hacia nosotros y nuestra figura. Posiblemente podamos comenzar en ese momento con la tercera fase del proceso de trabajo individual con la persona. (Apoyo y control: heteronomía).

Aquí, el o la mediadora intercultural comienza a planificar y prever acciones, cuyo curso y cumplimiento potenciaran a la persona, alcanzando cada vez mayores cotas de autonomía y de manejo de habilidades, que favorezcan que el tutelaje que la mediación ejerce al comienzo de la intervención se transforma más en un acompañamiento (cuarta fase del proceso del trabajo con la persona , Autorrefuerzo y autocontrol: autonomía), para finalizar con la separación del mediador, al poder esa persona autogestionar de modo más competente su propia vida y haber constatado los cambios que hacen posible esa aseveración. Aquí tendríamos la quinta y última fase: Despegue y separación, donde evaluaríamos el trabajo realizado en prevención con esta persona y si la evaluación es positiva, dejar la actuación con ella, porque ya no sería necesaria.

Pasamos a explicar la utilidad de conocer los factores de riesgo y de protección; que son los ámbitos de actuación, como trabajamos la planificación en las actuaciones de prevención con personas y qué es la evaluación. Para que sirva y los tipos de evaluación más convenientes para nuestra labor.

Para saber qué hacer en prevención del consumo de drogas, hay que localizar los factores de riesgo que la persona reúne y trazar las estrategias necesarias para que estos factores de riesgo sean neutralizados en lo posible, mediante el cumplimiento de los objetivos que definamos para ello.

La localización de los factores de riesgo pertenece a la primera fase de la actuación basada en las competencias (capítulo 3 de esta guía), es decir en la fase de análisis de la realidad. Los factores de riesgo se definen desde los diferentes contextos en los que han sido clasificados, como se ha ido viendo a lo largo de la guía, en su propio apartado o cuando se han tratado los diferentes colectivos a los que se refiere esta guía.

- Factores de riesgo presentes en la familia.
- Factores de riesgo presentes en la escuela.
- Factores de riesgo presentes en el grupo de iguales.
- Factores de riesgo presentes en el contexto comunitario.
- A veces se pueden dar unos factores de riesgo presentes en la relación que la persona establece con su entorno.

Los factores de protección, son los factores que favorecen que la persona no consuma, en este caso cannabis. Al igual que los factores de riesgo, se ubican en los contextos familiar, escolar, grupal y comunitario.

En la relación que la persona establece con su entorno pueden darse factores de protección, como por ejemplo, un sentido de autoestima y autoconfianza, la creencia en la propia autoeficacia, un repertorio de habilidades de solución de problemas, una capacidad de adaptación favorable ante los cambios adversos, etc. Si se da una combinación muy óptima de factores de protección en un persona, se da lo que se ha dado en llamar *Resiliencia* (Rutter, 1985).

Literalmente resiliencia significa «la resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe» (Kotliarenco et al, 1997). Esta definición nos da una idea de la atribución de «megafactor» de protección, que la resiliencia suele tener en los textos sobre prevención de consumo de drogas. En el capítulo 3 de la guía se ofrece un repertorio de factores de protección muy útil y sugerencias de actuaciones para potenciarlos dentro de las acciones en mediación.

Se podría decir que en la labor de la mediación en prevención de consumos de drogas, a los factores de riesgo hay que intentar «apagarlos», mientras que a los factores de riesgo hay que asegurar «avivarlos».

Los ámbitos de actuación

Los ámbitos de actuación son los espacios desde donde vamos a actuar en prevención con las personas. Es decir, si una persona es afectada por un factor de riesgo en el contexto del grupo de iguales y ese grupo de iguales van a clase con esa persona, podemos abordar ese factor de riesgo desde el ámbito individual, desde el ámbito grupal y desde el ámbito comunitario, ya que se pueden realizar acciones de prevención con la persona (ámbito individual), con el grupo de iguales (ámbito grupal) y con la escuela (ámbito comunitario).

Así pues, reconocemos cuatro ámbitos de actuación en este tipo de trabajo

Ámbito individual. Se trabajan todas las actuaciones, derivadas de los objetivos que definamos, que tengan que realizarse en el ámbito personal del adolescente. A estas actuaciones las llamaremos «actuaciones individuales» de aquí en adelante.

Ámbito grupal. Se trabajan todas las actuaciones derivadas de los objetivos que definamos, que tengan la familia como espacio de desarrollo.

Ámbito familiar. Se trabajan todas las actuaciones derivadas de los objetivos que definamos que hayan de ejercerse con la familia.

Ámbito comunitario. Se trabajan la gestión de recursos, la coordinación con las entidades y todo lo que este relacionado con la mejora de la infraestructura en la que se apoya nuestra labor y mejore el barrio donde trabajemos.

Este trazado nos permite afrontar, desde uno o más ámbitos de actuación cada uno de los factores de riesgo que detectemos. El procedimiento hace posible planificar e implementar nuestra labor de mediación y además; nos va a facilitar elementos para evaluar el proceso y los resultados del trabajo que hemos realizado. Una vez hemos definido los ámbitos de actuación, veamos qué papel juega cada uno en la prevención del consumo de drogas, en este caso, el cannabis.

El ámbito individual

Como ya se ha señalado, una vez que la etapa de captación ha finalizado y la persona mantiene cierto vínculo con nosotros, podemos comenzar a profundizar en su conocimiento. En las diversas citas o sesiones que mantengamos con la persona, iremos detectando factores de riesgo que nos definirán objetivos a medio o corto plazo para minimizar o anular los factores de riesgo detectados. A la par, comenzaremos a detectar los factores de protección que más probablemente se encuentren en la persona con la que trabajamos.

Las actuaciones desde el ámbito individual han de estar muy registradas, para asegurar su optimización en el transcurso de la aplicación. Así, si se detectase alguna consecuencia desfavorable, prevista o no, de la propia acción preventiva, en un momento concreto, se podría rehabilitar la planificación y su desarrollo, con la mayor eficacia posible.

El ámbito grupal

Se refiere a las actuaciones que realizaremos en los grupos que conformemos para trabajar en actividades grupales de prevención. Se trabajaría desde dos tipos de grupo (no excluyentes):

- El grupo natural.
- El grupo creado.

El grupo natural es el grupo de pares al que pertenecen una o más actuaciones individuales. Los factores de riesgo grupales se pueden afrontar de un modo muy favorable en los grupos naturales.

Las actividades grupales, con uno o más grupos naturales de menores en riesgo de consumo de drogas, se organizan teniendo en cuenta los centros de interés de los y las adolescentes. Por ejemplo: talleres de medios audiovisuales (radio, TV, cómic), actividades deportivas, taller de grafitis, música, teatro, ciclos formativos sobre drogas, etc.

Los talleres o actividades con grupos naturales no son cerrados. Esto nos permite que otros chicos y otras chicas conocidas de los asistentes a la actividad, puedan acudir si ésta es de su interés, y llegar a un número mayor de adolescentes. Este tipo de actividades tendrían continuidad en el tiempo en ciclos semestrales con revisión de cumplimiento de objetivos cada tres meses.

Las actividades con grupos creados suelen responder a demandas desde los recursos de la zona. Un recurso (una asociación, por ejemplo), o un centro educativo de la zona, nos puede tramitar la petición de formar en prevención, a padres y madres de la entidad; a menores del propio centro, al personal docente o a cualquier colectivo relacionado con él.

El ámbito familiar

Se trabaja prevención con las familias de las actuaciones individuales que tenemos o con familias que estén preocupadas por posibles consumos de sus adolescentes.

No siempre vamos a contar con la aprobación del chico o la chica, sobre la posibilidad o la certeza de que trabajemos los posibles factores de riesgo presentes en su familia. También puede ocurrir que, aunque el adolescente con el que trabajemos desee que actuemos con su familia, ésta no esté de acuerdo. Las variables son muchas. De todos modos, siempre que sea posible, conviene trabajar con los familiares cercanos al menor, ya que es muy común constatar factores de riesgo y factores de protección propios de este contexto.

El ámbito comunitario

Aquí se incluyen todas las coordinaciones y gestiones necesarias con los recursos de la zona, para facilitar el trabajo en los otros ámbitos. Además se realizan desde este aquí, abordajes que afronten los factores de riesgo comunitarios o que potencien los factores de protección. Este ámbito también acoge las actuaciones en las que las entidades del barrio están presentes.

Se tratará de planificar, programar y llevar a cabo eventos, acciones conjuntas, días monográficos, programas de actuación conjunta y todo aquello que interese al barrio y que aporte objetivos, contenidos y actividades relacionadas con la prevención en el consumo de drogas (por ejemplo, la conmemoración del día sobre el VIH, unas jornadas sobre hábitos saludables en el barrio, un ciclo de cine sobre drogodependencias, debates abiertos sobre alternativas en el ocio y el tiempo libre, etc.).

Los factores de riesgo comunitarios que hayamos detectado en el análisis de la realidad (expuesto en el capítulo 3) del barrio, darán el sentido de las propuestas que llevemos a las actividades del ámbito comunitario.

6.1.3. El procedimiento en la mediación en prevención

Una vez superada la fase del análisis de la realidad y entramos en la planificación y en la implementación, debemos contar con un procedimiento que sistematice ambas y que no nos resulte farragoso en el manejo.

Ese procedimiento debe, además, poderse plasmar en un soporte que nos permita, de un golpe de vista, ver los todos los elementos implicados en la labor de mediación y entender en que momento nos encontramos y poder concebir el paso siguiente o corregir el actual.

En la Tabla 6.1, vemos la interrelación entre los factores de riesgo, los factores de protección y los ámbitos de actuación. En el ejemplo tenemos un cuadro de doble entrada donde las variables verticales representan los tipos de factores de riesgo y de protección; y las horizontales los objetivos, insertados por ámbitos de intervención, que los definimos para contrarrestar esos factores de riesgo y potenciar los de protección, en la labor de mediación. Otra variable horizontal la forman las acciones que vamos a emprender para lograr los objetivos. La siguiente variable horizontal es la temporalización de los plazos marcados para realizar lo programado. En esta variable podemos indicar el tiempo que nos hemos señalado para la realización de las

Tabla 6.1. Cuadro de interrelación entre los factores y protección, y ámbitos de actuación.

DATOS DE ADOLESCENTE /GRUPO / FAMILIA.		FECHA:					
	FACTORES DE RIESGO POR CONTEXTOS	ÁMBITO INDIVIDUAL	ÁMBITO FAMILIAR	ÁMBITO GRUPAL	ÁMBITO COMUNITARIO	ACTUACIONES	TEMPORALIZACIÓN
		OBJETIVOS	OBJETIVOS	OBJETIVOS	OBJETIVOS		
RELACIÓN INDIVIDUO/ ENTORNO							
FAMILIA							
ESCUELA							
GRUPO DE PARES							
COMUNITARIO							
	FACTORES DE PROTECCIÓN POR CONTEXTOS						
RELACIÓN INDIVIDUO/ ENTORNO							
FAMILIA							
ESCUELA							
GRUPO DE PARES							
COMUNITARIO							

estrategias, acciones o actividades para la prevención, o el tiempo que hemos considerado para conseguir los objetivos propuestos. O las dos variables, si añadimos una columna de casillas más, a la derecha de la original. Por último tenemos el espacio para señalar el factor de protección a mejorar, el cual se alcanzaría si las acciones propuestas hubieran servido y los objetivos se hubiesen alcanzado.

Este tipo de planificación nos permite definir los factores de riesgo y de protección, delimitar los objetivos por ámbitos de actuación, definir si son a corto o a medio plazo, diseñar las estrategias de la intervención y reflejar el tiempo estimado para sus cumplimientos. También nos permite, constatando el tipo de objetivos, en su nivel de consecución, en la potenciación adquirida por la persona en cada paso, en su grado de autonomía, etc.; concretar por que fases del proceso individual hemos pasado y en cual estamos en el momento.

Si al observar en las revisiones, que los tiempos estimados se van agotando y los objetivos no se cumplen, este procedimiento permite la revisión tanto de los objetivos como de los plazos, permitiendo oportunos ajustes en el programa de actuaciones. También nos permite reflejar el orden de los objetivos, ya que una vez alcanzado uno se puede plantear el siguiente en un enfoque constructivista en el proceso de potenciación de la persona.

Para la intervención con familias sin adolescentes en seguimiento individual, también es válido este procedimiento. Si tomamos la tabla y eliminamos el ámbito individual, (ya que no vamos a trabajar directamente con el adolescente), la definición de factores (de riesgo y de prevención), la definición de objetivos (excepto en el ámbito individual), las acciones consecuentes con ellos y los tiempos previstos para su realización, estarían presentes en la planificación. Si diésemos pautas de actuación a los familiares, dirigidas al menor que les preocupa, estas se realizarían desde el ámbito familiar y estarían ubicadas en las acciones de ese ámbito.

Podría ser que conociésemos al grupo de iguales de ese o esa adolescente en concreto, porque alguna de nuestras acciones individuales perteneciese a ese grupo natural. Si hubiésemos programado alguna actividad o taller con este grupo, estaríamos trabajando indirectamente con el o la menor en cuestión, desde el ámbito grupal. Este trabajo indirecto también quedaría reflejado en la tabla.

Para el trabajo desde el ámbito grupal exclusivamente (grupos creados o grupos naturales, sin seguimiento individuales), también sirve, por las mismas razones arriba expuestas. Aunque no exista el ámbito individual, se pueden marcar objetivos en el grupal y en el comunitario. En el ámbito familiar sería difícil al no haber acciones individuales que nos enlazaran con sus familias.

En la tabla 6.2, tenemos un adolescente que presenta factores de riesgo en todos los contextos, en alguno de ellos más de uno, por lo cual se definen objetivos y estrategias para poder abordarlos. También presenta un factor de protección para el cual se definen objetivos de potenciación del factor y como hacerlo. Además se marca realizar la potenciación del factor de protección sin límite de tiempo. A la hora de evaluar este procedimiento nos es muy útil, como se verá en el apartado dedicado a la evaluación del trabajo realizado.

Una tabla como esta, con las casillas en blanco y los mismos epígrafes, podría ser un buen instrumento de registro, si se añadiese un espacio para la identificación del menor para actuaciones individuales o un espacio para la identificación del grupo, para actuaciones en el ámbito grupal. Habría que incluir también un espacio para la fecha de cumplimentación del registro para calcular cuando hacer la revisión en la siguiente ficha.

Tabla 6.2. Ejemplo de cuadro de interrelación cumplimentado.

Tabla 6.2. Ejemplo de cuadro de interrelación cumplimentado.							
CONTEXTO	FACTORES DE POR CONTEXTO	ÁMBITO INDIVIDUAL	ÁMBITO FAMILIAR	ÁMBITO GRUPAL	ÁMBITO COMUNITARIO	ACTUACIONES	TEMPORALIZACIÓN
		OBJETIVOS	OBJETIVOS	OBJETIVOS	OBJETIVOS		
RELACIÓN INDIVIDUO/ ENTORNO	- Altas expectativas en el consumo de cannabis. - Percepción de hija autosuficiente.	- Redujar las expectativas positivas en el consumo de porros. - Potenciar la percepción de autosuficiencia.	- Contrarior el uso de dingas en la familia. - Extinguir las actitudes positivas hacia las dingas			Hablar de malos consumos. Asignarle responsabilidades Comentar experiencias de autosuficiencia.	Para cada objetivo el que estemos oportuno. Esto nos permitirá evaluar parte del proceso.
FAMILIA	- Uso de dingas en la familia. - Actitudes positivas hacia las dingas.		- Contrarior el uso de dingas en la familia. - Extinguir las actitudes positivas hacia las dingas			Hablar con los padres sobre el uso de las dingas en casa. Conocer la vivienda. Invitar a escuela de padres. Organizar una escuela de padres.	
ESCUELA	- Fracaso académico.		- Buscar apoyo escolar.		- Conocer el medio escolar. - Averiguar por qué fracasó el/ la menor.		
GRUPO DE PARES	- Consumo de cannabis.			- Hacer un taller de consumo responsable		Conocer a su grupo natural. Crear vinculo. Organizar un taller de consumo responsable.	
COMUNITARIO							
	FACTORES DE PROTECCIÓN POR CONTEXTO						
RELACIÓN INDIVIDUO/ ENTORNO							
FAMILIA	- Modelo adecuado de resolución de conflictos.		- Tratar aspectos de la vida familiar usando el modelo adecuado de resolución de conflictos.	- Aplicar en el grupo, en su presencia el modelo de resolución de conflictos.		- Ejercer con el modelo de resolución de conflictos todas las veces posibles, con familia y pares.	- El tiempo que se estime necesario. Para potenciar un factor de protección debería mantenerse en el tiempo.
ESCUELA							
GRUPO DE PARES							
COMUNITARIO							

6.2. PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN CON LAS DIFERENTES POBLACIONES

Como colofón a esta parte dedicada al procedimiento en la implementación del trabajo en prevención, vamos a incluir unas pautas para trabajar con según que colectivos de los que hemos hablado en la guía. Estas pautas se enmarcan dentro de los ejes que la actuación socioeducativa reconoce como pertinentes, apelando a la integralidad de la persona y respondiendo al modelo de potenciación de competencias soporte teórico básico presente a lo largo de todo el contenido de esta guía.

6.2.1. Pautas generales de actuación con la población femenina

La diferencia en la expectativa social hacia las mujeres y los hombres debe estar muy presente en los abordajes de la prevención, sobre todo en los niveles de prevención selectiva y prevención indicada en la actuación con las mujeres.

Selección de contenidos

Todos los que consideremos pertinentes en la prevención de consumo del cannabis. En el caso de las chicas es conveniente extraer temática relacionada con la desigualdad en la pareja y el consumo, como vive la embriaguez propia y grupal, cotas de protagonismo femenino y masculino en ese consumo grupal, etc.

Consignas metodológicas

En los momentos en que se trabaje individualmente (tutorías, seguimientos individuales, entrevistas motivacionales, etc.) no hay que observar ninguna especificidad tratemos con un chico o con una chica. La cosa será diferente a la hora de trabajar en grupo.

Los grupos mixtos son útiles cuando trabajamos aspectos propios de la prevención del consumo de drogas. Pero si en un grupo mixto detectamos una merma en la participación de las chicas, al tocar algún aspecto del tema (sexo y consumos, embriaguez provocada en las chicas, por parte de los chicos, etc.), u observamos actitudes vergonzosas en las mujeres del grupo, por presión o simple presencia masculina, convendría plantearse alguna sesión únicamente con ellas. También podría ser buena idea, si ocurriese alguna situación así, comentarlo con los varones, en un aparte o en sesión exclusiva también, para ver que opinan de la situación y observar si es una actitud general de todos los chicos del grupo o solo de unos cuantos.

Actitud del mediador

Plantearnos continuamente, al dirigirnos tanto a chicos como a chicas, si lo estamos haciendo de forma diferente según el sexo, y si lo hacemos, tomar conciencia de ello intentando averiguar por qué nos ocurre esto.

Debemos observar si nos dirigimos con la mirada o mostramos más cercanía a los chicos o a las chicas en las sesiones, si nuestros mensajes y conductas son discriminatorios (si hay que limpiar la sala, después de la actividad «suelen» ser las chicas las que lo hacen, si hay que llevar o traer

bancos o una televisión para la sesión «suelen» ser los chicos, etc.), si usamos más los neutros, que los masculinos generalistas (Ej. Usar «¡grupo...!» en vez de «¡chicos...!»), cuando queramos llamar la atención de todo el colectivo de adolescentes con el que estemos trabajando, al exponer ejemplos en la sesiones, etc.

6.2.2. Pautas generales para la prevención en la cultura gitana

En la cultura gitana no nos es tan útil la localización específica de factores de riesgo propios como sí el tener en cuenta rasgos antropológicos, sociales o culturales que nos pueden ayudar en la tarea de potenciar factores de protección que prevengan el consumo de cannabis.

Así pues, es conveniente mantener ciertas consideraciones a la hora de actuar con adolescentes de la cultura gitana.

Selección de contenidos

Hay que tener cuenta que el colectivo gitano se encuentra en plena evolución y es en sí mismo muy heterogéneo. Si trabajamos con un grupo compuesto por varones únicamente es bastante común hablar del cannabis, al comienzo, como un tabú, que luego no es tal, del que tienen cercanía y algunos de ellos experiencia. No es un tema problemático para hablar con un grupo masculino de gitanos. Se puede hacer de modo explícito.

Consignas metodológicas

Es recomendable que el mediador o mediadora sean gitanos. Si no es así, contar con figuras de mediación gitanas.

No suele ser conveniente trabajar con grupos mixtos de gitanos y gitanas, sobre todo al principio. Es muy costoso establecer sesiones provechosas en prevención de abuso de drogas con un grupo mixto, en esta cultura. Aparte del abordaje, explícito para ellos e implícito para ellas, se da el llamado «efecto platea» (todo el mundo observa a todo el mundo), cada adolescente suele tener la atención focalizada en miembros del otro sexo. Además la presencia masculina generalmente hace que haya temas cuya expresión femenina va a resultar muy fiscalizada por los chicos presentes, que suelen presentar un sesgo muy significativo en sus opiniones y expresiones.

Si se trabajara por grupos separados varones – mujeres, sería muy interesante que la figura de mediación en el grupo de chicas fuese una mujer, al tener mejor aceptación que un mediador.

Los mensajes emitidos en grupos de jóvenes de cultura gitana han de ser siempre muy consistentes y claros, con buen tono de voz e ignorando las interferencias y distractores que nos puedan plantear (jolgorio gratuito, llevarte a «su terreno», etc.).

Actitud del mediador

Mantener la distancia pedagógica adecuada. Es decir, la cercanía afectiva ha de ser muy medida, para ganarse el respeto, como ellos lo entienden. Con las chicas, la mediadora puede mantener más cercanía, de modo gradual.

La información ha de ser significativa, relacionada con sus centros de interés experiencias y expectativas. Mantener los acuerdos, sobre todo los que establezcamos con el grupo. Cumplir los compromisos («tener palabra»).

En los grupos de trabajo, se suelen acordar normas y sanciones con el propio grupo. Si hay sanciones, ser consecuentes al explicarlas y al aplicarlas. Hacer ver que la persona mediadora es un referente adulto. Es muy conveniente, dentro de lo posible, conocer a sus familias, mantener buena relación con ellas y que el colectivo de menores lo sepa. Desde el ámbito comunitario hay que conocer todos los recursos barriales que sean significativos o útiles para el menor para esta población.

Por este motivo, es muy importante para la cultura gitana actual que tengamos en cuenta dos tipos de entidades cuya colaboración nos va a resultar muy útil en la labor preventiva del consumo del cannabis: La Iglesia Evangélica del barrio, llamada comúnmente «El Culto» y la asociación gitana más próxima a nuestra zona. Las dos entidades han sostenido la modernización del pueblo gitano en los últimos años y han pasado a establecer la cobertura de buena parte del vacío social, normativo y comportamental de las personas gitanas, dejado por la desnaturalización sufrida por la ley gitana desde hace tiempo.

Las estructuras de ambas entidades han sabido adaptarse a la naturaleza y formas del pueblo gitano, aportando a su vez, códigos y normas morales, en el caso de El Culto, o articulando las relaciones interfamiliares o barriales en el caso de la asociación. Las personas responsables de estas entidades suelen ser personas mediadoras naturales, reconocidas y respetadas en el barrio.

El Culto nos puede aportar ideas y aportar sugerencias sobre las normas a respetar y el conjunto de principios y nociones que nos puedan ser útiles para localizar factores de protección en nuestro trabajo con la cultura gitana.

Por su parte, en la asociación, una buena labor de conocimiento y coordinación nos permitiría el acceso a más recursos, al vecindario gitano y no gitano y una movilidad operativa muy provechosa.

6.2.3. Pautas generales para la prevención con adolescentes inmigrantes

El colectivo de inmigrantes es tan heterogéneo que vamos dar unas pautas extraídas de la experiencia directa de trabajo con este colectivo, aplicables a prácticamente todos los perfiles de adolescentes inmigrantes.

Selección de contenidos

No se han localizados contenidos «difíciles» por regla general en ningún colectivo de inmigrantes. Si ha ocurrido en alguna ocasión, ha sido a título meramente individual y solo con carácter personal, casi siempre debido a una experiencia directa negativa con el tema abordado.

Consignas metodológicas

Lo idóneo sería como en el colectivo gitano, que la persona que vaya a ejercer la mediación fuera compatriota (de la misma cultura, en el caso gitano) de las personas con las que va a trabajar. De no ser así, habría que contar con la colaboración de un o una mediadora intercultural. Es muy conveniente conocer el idioma de la población a la que nos vamos a dirigir.

Si la presencia masculina coarta expresión en las chicas, se tratará la sesión por separado y se hablará de los motivos de este tratamiento. Si nos encontramos con grupos rivales, en actividades o sesiones trabajar resolución de conflictos.

Actitud del mediador

Evitar los favoritismos en los grupos. Se hieren sensibilidades con mucha facilidad. Mantener en todo momento una actitud equivalente hacia todos los y las adolescentes con los que trabajemos, sean de cualquier etnia, país o región del mundo.

A continuación, presentamos las competencias específicas a desarrollar con los colectivos en situación de vulnerabilidad que se han planteado anteriormente:

Tabla 6.3. Competencias a desarrollar de manera específica con los colectivos en situación de vulnerabilidad tratados en esta Guía			
	Contenidos	Procedimientos	Actitudes
Población femenina	<ul style="list-style-type: none"> - Derechos de las mujeres - Conocimiento del propio cuerpo (fisiología y aspectos diferenciales: menstruación, sexualidad, etc...) - Recursos específicos dedicados a la mujer y vías de acceso a los mismos - Funciones de las sustancias (específicamente cannabis) para las mujeres y alternativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexión sobre roles de género y formas de cambiarlos dentro de los grupos y familias - Manejo de la ansiedad: técnicas de relajación - Técnicas de abordaje asertivo de situaciones de conflicto y presión grupal/masculina - Técnicas de gestión de riesgos y resolución de problemas próximos a su realidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo más racional y funcional de las situaciones (reducción del componente emocional) - Confianza en los propios recursos personales, por encima de la apariencia externa - Vivencia positiva de la identidad femenina - Autonomía y capacidad de decisión independiente, defensa de los propios derechos
Población gitana	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento del papel de la mujer en la comunidad gitana (respeto, transmisión de pautas de vida y principios, etc...) - Conocimiento de la experiencia y sabiduría de los mayores del colectivo (experiencias, recuerdos y aprendizajes vitales). - Recursos específicos dedicados a la etnia gitana, vías de acceso a los mismos y pasos para la creación de otros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Educación intergeneracional sobre asuntos históricos o recuerdos y extracción de conceptos éticos o morales de esos recuerdos. - Realización y asimilación de un código de convivencia gitano basado en esos conceptos. - Potenciación del asociacionismo, como articulación y defensa de derechos. - Potenciación del desarrollo comunitario desde la tradición de su cultura (yacimientos laborales propios). 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de unidad y solidaridad ante la adversidad - Vivencia positiva de ser gitano o gitana (resiliencia ante la deprivación social) - El pensamiento mágico-religioso-supersticioso (naturalización de las adversidades) - Valoración positiva del papel de la mujer en la comunidad gitana - Valoración positiva de la experiencia y sabiduría de los mayores del colectivo

Tabla 6.3. Competencias a desarrollar de manera específica con los colectivos en situación de vulnerabilidad tratados en esta Guía (cont.)

	Contenidos	Procedimientos	Actitudes
Adolescentes inmigrantes	<ul style="list-style-type: none"> – Derechos de los inmigrantes en el país receptor – Recursos dedicados a los inmigrantes: redes de apoyo en el momento de la llegada, asociaciones relacionadas con la cultura del país de origen, recursos educativos y de inserción en el mercado laboral, etc. – Normas y hábitos propios del país receptor que les interesen y que puedan desconocer 	<ul style="list-style-type: none"> – Reflexión grupal sobre las expectativas generadas en torno a su llegada y la realidad cotidiana – Manejo de la ansiedad provocada por su llegada aquí y su ruptura con sus vínculos afectivos – Técnicas de gestión de riesgos desde una perspectiva cultural no disonante – Técnicas de gestión de conflictos desde una perspectiva cultural no disonante 	<ul style="list-style-type: none"> – Vivencia positiva de las situaciones disonantes: entrada tardía en el mercado laboral, contacto con nuevas redes sociales, etc.

6.3. LA EVALUACIÓN

La evaluación es la última fase en el trabajo de mediación en prevención. Nos sirve para averiguar dos cosas principalmente:

Si lo hemos hecho bien (o de modo mejorable) y si hemos conseguido lo que queríamos, como lo queríamos.

El haberlo hecho bien significa que hicimos un buen proceso y si conseguimos lo que queríamos hemos obtenido un buen resultado.

Los dos tipos de evaluación que más nos interesa en prevención son la evaluación de proceso y la evaluación de resultado (Becoña, 2002).

La evaluación de proceso la haríamos tomando como instrumento de extracción de datos, los registros realizados con la ficha, que incluimos en el apartado dedicado al procedimiento en la mediación. Habría que explicar como se detectaron los factores de riesgo y de protección, porque se marcaron los objetivos que se marcaron, como surgieron las estrategias, si fueron validas, o no y porqué, si el tiempo estimado para cumplir cada objetivo y cada estrategia fue correcto o no y por qué, las variaciones que sufrió el trabajo, si fueron útiles o no y por qué, etc. También es importante saber la cota de satisfacción de las personas con las que trabajamos, de las que han colaborado con nosotros y las nuestras; hacia el programa. Hay que reflejar si las actividades han gozado de alta o baja participación y por qué.

Que no se cumpla el trazo de la planificación en su totalidad no significa que el proceso haya sido un fracaso, ya que uno de los criterios en el trabajo en prevención es la flexibilidad. Un buen proceso es aquel en el que las variaciones y adaptaciones permiten lograr los resultados previstos.

La evaluación de resultados, extrayendo información del contenido de las fichas de los registros, describiría los cambios en los diferentes contextos. Donde antes aparecían unos factores de riesgo,

ahora no deberían aparecer, o por lo menos no con tanta intensidad. Señalar los cambios desde el comienzo de la actuación preventiva hasta el momento de la evaluación, resaltar las mejoras en la potenciación de los factores de protección. Constatar si ha habido cambios (de comportamiento, de conducta, de opinión, de actitud) positivos en las personas o en los grupos y si estos coinciden con los planeados, etc.¹⁰

Si al final la evaluación de resultados resulta positiva, nos daremos por satisfechos y satisfechas y volveremos al análisis de la realidad y al comienzo de un nuevo ciclo de mediación en prevención de consumo de cannabis, aportando las mejoras conseguidas a la planificación y adaptándonos continuamente a las novedades que nuestros contextos presenten.

¹⁰ Desde aquí recomendamos, como material de interés para profundizar en la evaluación, el Banco de instrumentos para la evaluación de intervenciones preventivas (BIP) de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. 2003

EPÍLOGO. CONCLUSIONES

El consumo de cannabis en España sigue manifestándose como un fenómeno del que no sólo debemos preocuparnos, también ocuparnos y sin ambigüedades. Sin embargo, esta dedicación no puede llevarnos a situar este fenómeno en una órbita diferente a la real, es decir, magnificándolo o minimizando su impacto.

En estas páginas hemos pretendido abordar este tema desde una perspectiva más integradora, pero al mismo tiempo más específica, poniendo el foco de atención en aquellos colectivos que consideramos vulnerables y sobre los que casi nunca detenemos nuestras acciones (inmigrante y mujeres). Para ello hemos realizado un esfuerzo sintetizador de aquellos factores que, a nuestro juicio, les definen como soportadores de riesgo; pero no centrándonos exclusivamente en las características del propio colectivo, sino también en los escenarios donde se muestran e interrelacionan.

Nuestra representación de la realidad que representa el consumo de drogas y su origen (modelo ABC), y el estilo de intervención adoptado (modelo de competencia o de «empoderamiento»), pretenden ser nuestra tarjeta de presentación ya que determinan las propuestas de actuación expuestas. En ambos modelos se pone de manifiesto la gran influencia del contexto en el origen de cualquier comportamiento, siendo éste producto de una interacción continua, y recíprocamente determinante, entre el individuo y sus entornos. De ahí nuestra insistencia en no perder de vista ambas variables y orientar nuestras intervenciones a investigar y modificar todos los componentes de esa relación.

El mediador social se erige como figura referencial para potenciar dicho cambio. Por ello debe ser también objeto de nuestra mirada, procurando que tenga todas las herramientas posibles para propiciar esa metamorfosis, y que pueda dotar a la comunidad del protagonismo y «poder» que la corresponde en dicha transformación.

A la hora de trabajar con la comunidad debemos analizar muy claramente sus características, evitando caer en estigmatizaciones inútiles, pero no obviando aquellos factores que van a definir nuestra intervención. En esta Guía hemos pretendido recoger los que consideramos más importantes a la hora de definir la vulnerabilidad de un grupo ante el consumo de cannabis. Muchos de ellos son comunes para los comportamientos adictivos en general, aunque algunos se manifiestan más determinantes (por ejemplo, el grupo de iguales, el fracaso escolar y el absentismo escolar o a la actitud tolerante de la familia ante los consumos).

Esta concreción hemos pretendido también explicitarla con algunos colectivos (inmigrantes y mujer). El análisis que hemos realizado de los diferentes programas de prevención que se aplican en España y la ausencia de éstos para abordar dichos colectivos, nos ha llevado a detenernos en estas poblaciones y sus elementos diferenciadores. Así hemos encontrado:

- La población inmigrante no debe considerarse como un todo homogéneo, con características propias que les diferencian, no solo de la población autóctona, sino también de otros colectivos de inmigrantes.
- Se han observado factores de riesgo específicos para los inmigrantes, aunque estas variables son de tipo social, más relacionadas con la deprivación del contexto en el que suele situarse este colectivo, que con sus propias características diferenciadoras.

- Los factores de protección de la población inmigrante, por el contrario, son más atribuibles al propio colectivo y sus peculiaridades.
- Es necesario recoger en los estudios epidemiológicos sobre el consumo de drogas algunas variables relacionadas con estos grupos, ya que su percepción, contextos sociales y perfiles de consumo varían en ocasiones con respecto a otros grupos poblacionales. Si queremos realizar un buen abordaje de su problemática debemos conocer ésta a fondo.
- El consumo de cannabis puede presentarse en dos perfiles, dentro de un intervalo continuo, en el que nos encontramos aquellos jóvenes donde contextualizar su consumo en situaciones de ocio y relacionado con la diversión; y el perfil asociado a situaciones de malestar emocional (tristeza, ansiedad, etc.).
- La población femenina de origen español (pero no perteneciente a la etnia gitana) presenta los mismos factores de riesgo que los varones; sin embargo, aparece un nuevo perfil de mujer joven consumidora que rompe esquemas tradicionales, tanto en etiología del consumo como en el mantenimiento del mismo (la denominada «fiestera»).
- Los factores de riesgo que manifiestan la población general afectan de igual medida en los varones gitanos, excepto el factor movilidad.
- Las mujeres gitanas presentan factores de protección sociales muy potentes frente al consumo de drogas, aunque cercenen considerablemente su autonomía (supervisión parental).
- Las intervenciones deben ajustarse a las poblaciones con las que trabajamos. Siendo estructuralmente la misma metodología, las estrategias, actividades e incluso los mediadores van a variar.

Durante la elaboración de esta Guía hemos corroborado la escasez de material e investigaciones referentes tanto a mujeres como a población inmigrante, no así en población gitana gracias a la Fundación Secretariado Gitano. Es posible que sea porque el fenómeno migratorio no se ha interiorizado aún en la sociedad como debiera, y menos aún en el ámbito científico. Hemos pretendido hacer una aproximación al tema pero somos consciente de que queda mucho camino por recorrer. Animamos desde estas páginas, a la sombra de nuestras conclusiones, a seguir analizando y estudiando aquellos factores de riesgo y protección que se demuestren diferenciales, así como aquellas estrategias que mejor se ajusten a estos colectivos, habida cuenta de los cambios demográficos y culturales que están aflorando en España en los últimos años.

ANEXO: LECTURAS RECOMENDADAS

Manuales y otras obras de consulta

Agencia Antidroga (2003). *Banco de instrumentos para la evaluación de intervenciones preventivas (BIP)*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Alvira, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Arza, J. (2002). *Las drogas: princesas y dragones*. Madrid: Ediciones Eneida.

Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para El Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para El Plan Nacional sobre Drogas.

Costa, M. y López, E. (1998). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.

Costa, M y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.

Equipo Barañi (2001). *Mujeres gitanas y sistema penal*. Madrid: METYEL.

Jiménez, J.; Puerta, C. (dirs.); Balsalobre, A.; Martínez, M. y Villar, A.B. (2008). *Guía para la prevención de drogodependencias en el colectivo inmigrante, desde la perspectiva cultural*. Murcia: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.

OEDT (2003). El consumo de drogas entre la población joven más vulnerable. *Drogas en el punto de mira. nº de septiembre-octubre*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). En: www.emcdda.eu.int

Páginas web

www.pnd.msc.es	Plan Nacional sobre Drogas
prevention.samhsa.gov/	CSAP – Center for Substance Abuse Prevention
www.fad.es	Fundación de Ayuda a la Drogadicción
www.emcdda.europa.eu/	Observatorio Europeo sobre Drogas
www.institutospiral.com/	Fundación Instituto Spiral
www.gitanos.org	Fundación Secretariado General Gitano
www.nida.nih.gov/NIDAEspanol	Instituto Nacional de Drogodependencias de EEUU

BIBLIOGRAFÍA

- Agrawal, A.; Lynskey, M.T.; Bucholz, K.K.; Madden, P.A.; Heath, A.C. (2007): Correlates of cannabis initiation in a longitudinal sample of young women: the importance of peer influences. *Preventive Medicine*, 45: 31–34.
- Albee, G. W. (1985). The argument for primary prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 5, 213-219.
- Alonso, C.; Salvador, T.; Suelves, J.M.; Jiménez, R. y Martínez, I. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario de términos de prevención*. Madrid: CEPS.
- Alonso, C. (2007). *Prevención de drogodependencias basada en la educación en habilidades para la vida*. Tenerife: II Seminario Internacional de habilidades para la vida.
- Alvira, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ander-Egg, E. (1993): *Planificación Educativa*. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata.
- Arbex, C. (1998). *Romano Sastipen*. Madrid: Asociación Secretariado General Gitano.
- Arco, J.L. y Fernández, A. (2002). Porqué los programas de prevención no previenen. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, vol. 2, nº2, 209-226. Obtenido el 27 de julio de 2008 en: www.unavarra.es.
- Arza, J. (2003). *El que más chanela mejor decide*. Madrid: Fundación Secretariado General Gitano.
- Arza, J. (2008). *MDM Sastipen Drom: Manual para Agentes Preventivos*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- Arza, J. (2008). *MDM Sastipen Drom: Cómic para la Prevención*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (1979). *Psicología y Medicina*. Barcelona: Fontanella.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para El Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para El Plan Nacional sobre Drogas.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3, 333-356. (En Becoña, E. 2002).
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo Humano*. Barcelona: Piados.
- Brunet, J. J. y Negro, J. L. (1998): *Tutoría con adolescentes*. Madrid: Ed. San Pio X.

Bunk, G.P. (1994): La transmisión de las competencias en la formación y el perfeccionamiento profesional de la R.F.A. *Revista Europea de Formación Profesional*, 1, 8-14.

Burkhardt, G. y Calafat, M. (2008). Cannabis prevention in the EU. En: *A cannabis reader: global issues and local experiences, Monograph series 8, Volume 1*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Butters, J. E. (2002): Family stressors and adolescent cannabis use: a pathway to problem use. *Journal of Adolescence* 25: 645–654.

Butters, J. E. (2004): The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11(5): 381–390.

Calabozo, L. (coord.) (2004). *Menores inmigrantes y consumo de drogas: un estudio cualitativo*. Madrid: Proyecto Hombre.

Calafat, A.; Juan, M.; Becoña, E.; Fernández, C.; Gil, E.; Llopis J.J. (2000). Estrategias y organización de la cultura pro-cánnabis. *Adicciones*;12(2):231-274.

Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Píados.

Casals, M.; Collazos, F. y Querishi, A. (2004). *Encuentros de profesionales en drogodependencias en la población emigrante*. Encuentros de profesionales en drogodependencias y adicciones. Cádiz: Centro Provincial de Drogodependencias. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción)

Catalano, R.F. y Hawkins, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (Ed), *Delinquency and crime. Current theories* (pp198-235). New York: Cambridge University Press, (en Becoña, E. 1999).

Cava, M.J.; Murgui, S.; Musitu, G. (2008): Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20 (3): 389-395.

Center for Substance Abuse Prevention, 1997. *Selected findings in prevention. A decade of results from the Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)*. Washington, DC: Department of Health and Human Services. (En Becoña, E. 2002).

Coggans, N. y McKellar, S. (1994), ‘Drug use amongst peers: peer pressure or peer preference?’ *Drugs: Education, Prevention and Policy* 1(1): 15–26.

Comas, D. y Arza, J. (2000). «Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas». En Grup Igia, *Contextos, sujetos y drogas*. Barcelona: Pla d’Acció sobre drogues de Barcelona. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona y FAD.

Conde, F. (2000) *El estrés en las mujeres trabajadoras: sus causas y sus consecuencias*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Costa, M. y López, E. (1983). Aportaciones de la ciencia del comportamiento en un Servicio Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo. Junio, nº 9*. 1983. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Costa, M. y López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.

Costa, M. y López, E. (1991): *Manual para el educador social*, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Costa, M. y López, E. (1998). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.

- Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
- De Miguel, M. (Coord.) (2006). *Metodologías de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias*. Madrid, Alianza Editorial.
- De Pablo, M. L. (1993). *El fenómeno de las drogas y la comunidad gitana: orientaciones para un planteamiento constructivo*. Madrid: Asociación Secretariado General Gitano.
- Delors J. et al. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana. Ediciones UNESCO.
- Dishion, T.J., McCord, J. y Poulin, F. (1999) When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54(9): 755-764.
- Echeverría, B. (2005): *Competencia de acción de los profesionales de la orientación*. Pozuelo de Alarcón (Madrid): ESIC.
- Ellis, A.; Becker, I. (1989): *La felicidad personal al alcance de su mano*. Deusto. Madrid.
- Equipo Barañí (2001): *Mujeres gitanas y sistema penal*. Madrid: Editorial Metyel.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. (2000): Prospective childhood predictors of deviant peer affiliations in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40(4): 581–592.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. Swain-Campbell, N. (2002): Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 97:1123-1135.
- Festinger, L.(1975) *Teoría de la disonancia cognitiva*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
- Flay, B, R. y Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, pp 19-44, (en Becoña, E. 1999).
- Foro para la integración social de los inmigrantes (2007). *Informe sobre la situación social de los inmigrantes y refugiados en 2007*. Madrid: Dirección General de Integración de los Inmigrantes. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Fundación Salud y Comunidad. *Manual para la prevención de drogas entre jóvenes y menores marroquíes sin acompañamiento familiar*. Obtenida el 1 de Agosto de 2008 en: <http://www.lwl.org/ks-download/downloads/searchII/spanien.pdf>
- Funes, J. (1990): *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- García, M. (2008). Masculino y femenino en los consumos ¿existe una realidad de género? *Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha*, 4: 19-25.
- García-Roca, J. (1991): «Pedagogía de la marginación». En Martínez Sánchez, A. (coord.): *Metodología de la intervención social*. Madrid: Popular.
- Gardner, S. E., Brounstein, P. J. y Winner, C. (2001). *Guide to science-based practices 3. Principles of substance abuse prevention*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention. (En Becoña, E. 2002).
- Gerstein, D.R. and Green, L.W. (eds.) (1993): «Evaluating Prevention Program Effects.» In *Preventing Drug Abuse: What do we know?* 76-117. Washington, DC: National Academy Press.

GID (1995): *Los servicios sociales generales y la atención a drogodependientes*. Madrid: PNsD-GID.

Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J.A. Steinberg y M.M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders*, 20-26. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. (En Becoña, E. 2002).

Gorman, D. M. (1996). Etiological theories and the primary prevention of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 505-520. (en Becoña, E. 2002).

Graña, J.L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.

Gregorio, C.; Díaz, M^a C. y Rivas, M. (1994). *Guía de apoyo para el profesional de la intervención social con inmigrantes económicos y refugiados*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos, Monografía nº 1. (En Calabozo, 2004).

Grupo Pass (1987): *Gitanos y drogas*. Madrid: Secretariado General Gitano.

Haller, J.; Varga, B.; Ledent, C.; Barna, I.; Freund, T.F.(2004). Context-dependent effects of CB1 cannabinoid gene disruption on anxiety-like and social behaviour in mice. *European Journal of Neuroscience*: 19:1906-12.

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, 64-105.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27, 951-976.

Hops, H., Davis, B., Lewin, L. M. (1999): The development of alcohol and other substance use: a gender study of family and peer context. *Journal of Studies on Alcohol*, Suppl. 13: 22–31.

Ialongo, N., Poduska, J., Werthamer, L. y Kellam, S. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 9(3): 146-160.

Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. New York: Academic Press. (en Becoña, E. 1999).

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and actino. *Journal of Adolescent Health*, 12 pp 597-605, (en Becoña, E. 1999)

Jiménez, J. y Puerta, C. (2008). *Guía para Inmigrantes en el Ámbito Sanitario. Prevención de Drogodependencias*. Obtenido en: http://www.lasdrogas.net/catalogo/product_info.php?products_id=1505

Johnson, T. P.; Van Geest, J. B. y Cho, Y. I.(2002). Migration and substance use: Evidence from the U.S. National Health Interview Survey. *Substance Use Misuse*, 37, 941-972. (En Tortajada et al, 2008).

Kandel, D. (1975): Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190:912-914.

Kantor, J.R. (1978). *Psicología Interconductual*. México: Trillas, (en Costa, M y López, E, 2006).

Khantzian, E.J. (1997): The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*,4:287-289.

- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Guo, J., Catalano, R. F., Abbott, R. D. (2000): The dynamics of alcohol and marijuana initiation: Patterns and predictors of first-use in adolescence. *American Journal of Public Health* 90(3): 360–366.
- Kotliarenco, M.A.; Cáceres, I.; Fontecilla, M. (1997): *Estado del arte en resiliencia*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Kumpfer, K. L., Szapocznik, J., Catalano, R., Clayton, R. R., Liddle, H. A., McMahon, R., Millman, J., Orrego, M. E. V., Rinehart, N., Smith, I., Spoth, R. y Steele, M. (1998). *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Laespada, T.; Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Editorial Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Lang, A.R.; Verret, L.D.; Watt, C. (1984). Drinking and creativity: Objective and subjective effects. *Addictive Behaviors*:9:395-399.
- Lapp, W.M.; Collins, R.L.; Izzo, C.V. (1994). On the enhancement of creativity by alcohol: Pharmacology or expectation? *American Journal of Psychology*:107:173-206.
- Latour, B. (2005). Reassembling the social. *Rev. Política y Sociedad*, 2006. Obtenido el 14 de noviembre de 2008 en: www.revistas.ucm.es
- L.O.G.S.E. *Ley 1/1990 de 3 de Octubre* .B.O.E. de 4 de Octubre de 1.990. Obtenido el 12 de septiembre de 2008 en: www.mec.es
- López, N.; Iriarte, A. y González, M.C. (2008). *Competencia social y educación cívica*. Madrid: Síntesis.
- Lynskey, M.; Heath, A.; Bucholz, K.; Slutske, W.; Madden, P.; Nelson, E.; Statham, D.J.; Martin, N.G. (2003): Escalation of drug use in early-onset cannabis users versus co-twin controls. *J Am Med Assoc*, 289: 427–33.
- Marqués, P. (2000). Sociedad de la información y educación: funciones y competencias del profesorado. Recuperado el 20 de septiembre de 2008 en <http://dewey.uab.es/pmarques/si.htm>
- Massot, P. y Feisthammel, D. (2003): *Seguimiento de la competencia y del proceso de formación*. Madrid: AENOR.
- Macleod, J; Hickman, M; Davey Smith, G. (2003): *Letters to the editor*. *JAMA*, 290:330.
- Martín, E . (2000). Psicología y drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro. El papel del psicólogo en los equipos de Intervención Social. *Papeles del Psicólogo*, noviembre , nº 77. Obtenido el 12 de septiembre en: www.papelesdelpsicologo.es
- Melberg, H. O.; Bretteville-Jensen, A. L.; Jones, A. M. (2007): Is Cannabis a Gateway to Hard Drugs? (June 16, 2007). iHEA 2007 6th World Congress: Explorations in Health Economics Paper. Recuperado el 25 de noviembre de 2008 de SSRN: <http://ssrn.com/abstract=994696>
- Meneses, C. (2004). Usos diferenciales de drogas: una perspectiva desde las mujeres. XV Jornadas Andaluzas de Asociaciones de Drogodependencias y Sida.- Córdoba: Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida ENLACE. p. 231-257.

Meneses, C. (2007). «Invisibilidad y estigmatización del consumo de drogas en las mujeres». En: Mina, A.G. y Carrasco, M.J. (eds). *Diferencias de género en el uso de las drogas*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Mertens, L. (1996): *Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos*. Montevideo: Cinterfor/OIT.

Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Moncada, S y Palmerín, A (2007). La prevención del consumo de drogas en España: El papel de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, vol.28, 22-23. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Monturiol, F. y de Silva, A. (1998): *Los usos de drogas y su impacto en la cultura. El caso gitano*. Madrid: Asociación Secretariado General Gitano.

Moos, R.H. (2003). Social contexts: transcending their power and their fragility. *American journal of Community Psychology*, 31.

Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L. y Cruzado, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.

Muñoz-Rivas, M.J . y Graña-López, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.

Nation, M.; Crusto, C.; Wandersman, A.; Kumpfer, K. L.; Seybolt, D.; Morrisey-Kane, E. y Davino, K. (2003). What Works in Prevention: Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*, 58, 6/7, 449-456.

National Institute on Drug Abuse, 2003. *Preventing drug use among children and adolescents, a research-based guide for parents, educators and community leaders, second edition*. Obtenido el 12 de octubre de 2008 en: www.drugabuse.gov/Infofacts/Lecciones-Sp.html

Navarro, J. (2007). *El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres: Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares*. Madrid: Instituto de la Mujer.

OEDT (2003). El consumo de drogas entre la población joven más vulnerable. *Drogas en el punto de mira. nº de septiembre-octubre*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Obtenido el 12 de septiembre de 2008 en: www.emcdda.eu.int

OEDT (2008). *Informe Anual 2008: el problema de la drogodependencia en Europa*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. OEDT. Obtenido el 14 de julio de 2008 en www.pnsd.msc.es

Olivar, Á. y Carrero, M.V. (2007): Análisis de la intención conductual de consumir cannabis en adolescentes: desarrollo de un instrumento de medida basado en la teoría de la conducta planificada. *Trastornos Adictivos*, 09:184-205.

Palmerín, A. (coord) (2003). *Manual práctico sobre el uso de la información en programas de prevención del abuso de alcohol en jóvenes*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Pallarés, M (1993). *Técnicas de grupo para adolescentes*. Madrid: Publicaciones ICCE.

Patterson, G.R. (1993): Orderly change in a stable world: The antisocial trait as a chimera. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 911-919.

Petterson, P. L., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.

Piaget, J. (1971). *Psicología y pedagogía*. Barcelona: Ariel.

Pinto, L. (1999) Currículo por competencias. Necesidad de una nueva escuela. *Revista Tarea*, 43.

Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Prevención de las Drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas. (1999). *Estrategia Nacional 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan Nacional sobre Drogas (2001). *Memoria 2000*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas y Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) (2003). *Primer catálogo de buenas prácticas en drogodependencias*. Madrid: FEMP.

Plan Nacional sobre Drogas (2003). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)*. Madrid: Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Ministerio de Sanidad.

Plan Nacional sobre Drogas (2004). *Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundaria 2004 (ESTUDES)*. Madrid: Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Ministerio de Sanidad.

Plan Nacional Sobre Drogas - Grupo de estudios sobre el cannabis (2004): *Informe sobre el cannabis 2004: análisis de situación y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del PNsD. Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas. (2005). *Evaluación intermedia de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2005-2008. Plan de Acción 2005-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan Nacional Sobre Drogas – Comisión Clínica (2006): *Cannabis: Informe nº1 de la Comisión Clínica*. Madrid: Delegación del PNsD. Ministerio de Sanidad.

Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundaria 2006-2007 (ESTUDES)*. Madrid: Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Ministerio de Sanidad.

Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2007-08 (EDADES)*. Madrid: Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Ministerio de Sanidad.

Pollard, J. A., Catalano, R. F., Hawkins, J. D. y Arthur, M. W. (1997). *Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent population*. Manuscrito no publicado.

Ramos, R. (1999): Prometeo y las flores del mal: el problema del riesgo en la sociología contemporánea. En Ramos, R y García Selgas (comp.) *Globalización, reflexividad y riesgo*, Madrid: CIS.

Reese, L. R. y Vera, E. M. (2007). Culturally Relevant Prevention: The Scientific and Practical Considerations of Community-Based programs. *The Counseling Psychologist*, 35, 6, 763-778.

Reher, S. (dir). (2008). *Informe Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI-2007)*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas, (en Costa, M y López, E, 2006).

Robert, A.; Torres, A.; Tejero, A.; Campo, C.; Pérez de los Cobos, J. (2006) Efectos esperados y adversos del consumo de cannabis en sujetos dependientes de los tetrahidrocannabinoides. *Trastornos Adictivos*, 8:148-154.

Rodríguez-Villasante, T. *Del Desarrollo Local a las Redes para Mejor Vivir*. Ed. Lumen. Buenos Aires, 1998.

Rogers, C. R. (1987): *El camino del ser*. Barcelona: Kairos.

Romo, N. (2003). Reducir riesgos desde la perspectiva de género: personas usuarias de drogas de síntesis en la fiesta. En: *Drogas: exclusión o integración. II Conferencia de Consenso sobre la Reducción de riesgos relacionados con las drogas*. 1ª ed. Vitoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2003.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611.

Sarramona, J. (1992): *La educación no formal*. Barcelona: Ediciones CEAC.

Sayeed, S.; Fishbein, M.; Hornik, R.; Cappella, J.; Kirkland Ahem, R. (2005): Adolescent marijuana use intentions: Using theory to plan an intervention. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 12:19-34.

Sancho, J.L. (2007) «Intervención con mujeres adolescentes consumidoras y sus familias. La experiencia del programa soporte». En: Mina, A.G. y Carrasco, M.J. (eds). *Diferencias de género en el uso de las drogas*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Schier, J.G.; Nelson, L.S.; Hoffman, R.S. (2003): *Letters to the editor*. JAMA, 290:329.

Sierra, E. (2000). Colectivos de riesgo: ¿Un concepto útil? *XIV Jornadas Estatales sobre Drogodependencias*. (Barcelona, 6-8 de noviembre). Cruz Roja.

Sloboda, Z. y David, S. L. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse. (En Becoña, E. 2002).

Staats, A. W. (1997). *Conducta y personalidad. Conductismo psicológico*. Bilbao: Desclée de Bouwer, (en Costa, M y López, E, 2006).

Sutherland, E.H. y Cressey, D.R. (1978): *A sociological theory of criminal behavior*. Chicago: Lippincott.

Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochsorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. y Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336. (En Becoña, E. 2002)

Tortajada, S.; Valderrama, J. C.; Castellano, M.; Llorens, N.; Agulló, V.; Herzog, B. y Aleixandre, R. (2008). Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos. *Psicothema*, 20, 3, 403-407.

Tot, S., Yazici, K., Yazici, A., Metin, Ö., Bal, N., Erdem, P. (2004): Psychosocial correlates of substance use among adolescents in Mersin, Turkey, *Public Health* 118: 588–593.

Urbano, A. y Arostegui, E. (2004). *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Vázquez, F. y Becoña, E. (2000): Factores de riesgo y escalada cannabinoide. *Adicciones*, 12, Supl 2:175-184.

Vicente, J., Olszewski, D. y Matias, J. (2008): Prevalence, patterns and trends of cannabis use among adults in Europe. En EMCDDA (2008), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph series 8, Volume 1. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

VV.AA. (2008). *Guía para la prevención de drogodependencias en el colectivo inmigrante, desde la perspectiva cultural*. Murcia: Consejería de Sanidad. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.

Weissberg, R. P.; Kumpfer, K.L. y Seligman, M. E. P. (2003). Prevention that Works for Children and Youth: An Introduction. *American Psychologist*, 58, 6/7, 425-432.

Wills, T. A., y Cleary, S. D. (1996). How are social support effects mediated? A test with parental support and adolescent substance use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 937–952.

Zabalza, A. y Arnau, L. (2007). La enseñanza de las competencias. Graó. *Aula de innovación educativa*, 161.

