

Intervención con menores en situación de riesgo para el abuso de drogas

M.ª Nieves Herrero Yuste

Jefe del Departamento del Plan Municipal contra las Drogas (Ayuntamiento de Madrid).

El artículo recoge la experiencia del Programa de Intervención con Menores que se lleva a cabo desde el Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid. Se parte de una breve reflexión acerca de la necesidad de intervenir de forma precoz con los adolescentes en situación de riesgo para el abuso de drogas, que justifica la plena vigencia de este tipo de programas.

Tras un análisis y reflexión acerca de los principales factores de riesgo, se describen las líneas de actuación del programa: Coordinación con entidades y recursos de la zona, intervención con menores en situación de riesgo, tratamiento de menores drogodependientes en los C.A.D.s. (Centros de atención a las Drogodependencias) y orientación y asesoramiento familiar.

Paralelamente, se ofrecen algunos datos que ilustran cada una de ellas en cuanto a la metodología de trabajo utilizada y las características de las zonas de actuación, las familias y los propios menores objeto de intervención.

1. Intervención con menores en situación de riesgo. Programa de intervención con menores del Plan Municipal contra las Drogas. (Ayuntamiento de Madrid)

La intervención en el área de las drogodependencias exige, tal vez más que en ningún otro tema, un esfuerzo de flexibilización y adaptación continua de las técnicas, los programas y los servicios, tanto en el ámbito de la atención como en el de la prevención. La complejidad de esta realidad y los rápidos cambios que se suceden en ella, como la evolución que se ha producido en los patrones de uso de determinadas sustancias, el contacto tan generalizado de los adolescentes con el alcohol, o el incremento en el consumo de drogas de síntesis, hacen necesaria la búsqueda de nuevas fórmulas en el abordaje de esta problemática.

El Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid no se ha mostrado ajeno a esta necesidad. El gran volumen de atención

registrado en los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD's.) ha colocado a sus técnicos en un lugar privilegiado para conocer y analizar la cambiante realidad de este fenómeno. En su seno se ha venido estableciendo una reflexión y un debate permanente, con el objetivo de buscar soluciones y alternativas que permitieran enriquecer y diversificar la oferta asistencial, haciéndola más acorde con las nuevas necesidades que la población drogodependiente ha ido planteando.

Otro tanto ha ocurrido en el ámbito de la prevención, en el que se han ido generando programas y actuaciones dirigidos a disminuir la incorporación de nuevos jóvenes a los hábitos de abuso de alcohol y de otras sustancias. El Programa Municipal de Prevención del Alcoholismo Juvenil, más conocido por su slogan "Beber no es Vivir", que se puso en marcha ya en 1994, surgió ante la necesidad de atajar la extensión entre la población joven de unos nuevos patrones de consumo de esta sustancia, que aumentaban sensiblemente el riesgo de alcoholismo y de otras drogodependencias.

Ahora bien, entre los programas generales de prevención, fundamentalmente dirigidos a la Comunidad Escolar, y aquellos otros orientados a la rehabilitación y reinserción de drogodependientes, se sitúa una amplia franja de trabajo, que constituye hoy día una prioridad; me refiero a la intervención con menores en situación de riesgo para el abuso de drogas y con aquellos otros que están manifestando ya una clara conducta de abuso o dependencia. Esta prioridad vendría determinada por algunos hechos de fundamental importancia.

En primer lugar, y si hacemos un somero repaso a los resultados de los últimos estudios realizados en el país respecto al consumo de drogas, constatamos la existencia de unos niveles de prevalencia importantes en el consumo de determinadas drogas, tanto legales como ilegales, entre adolescentes y jóvenes. Según datos de la Encuesta Domiciliaria sobre el Consumo de Drogas (1994), entre los adolescentes de 15 a 18 años, cerca de un 28% beben frecuentemente alcohol y más de un 8% sufre episodios de embriaguez con frecuencia o habitualmente.

Por otra parte, los datos obtenidos a partir de las historias de consumo de los usuarios que acuden a los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD's. municipales) indican que en la mayoría de los casos, el contacto con sustancias como el alcohol, el cánnabis o las drogas de síntesis, se produce antes de los 18 años.

En segundo lugar, aunque no por ello menos importante, hemos de mencionar la dramática relación existente entre el consumo de sustancias tóxicas y los accidentes de tráfico, relación que está presente en una proporción altamente significativa de ellos y que se acentúa, en los últimos años, durante los fines de semana y entre la población más joven.

En un reciente estudio realizado por la Universidad de Valladolid y la Dirección General de Tráfico (Rodríguez, J. I. y González, M. 1997), más de la mitad de los fallecidos en accidentes de tráfico habían consumido alcohol y un 16% había

consumido otras drogas. Por lo que se refiere a las denominadas drogas de síntesis, si bien solo se encontraron muestras en tres de los 285 fallecidos estudiados, las muertes se produjeron en los tres casos durante los fines de semana.

Todo ello avala la necesidad de intervenir de forma precoz, con el objetivo de detectar aquellas situaciones de riesgo para el abuso de drogas y actuar antes de que las conductas incipientes de abuso se cronifiquen y se produzcan daños, a veces irreparables, en la salud y en el bienestar de los individuos.

2. Factores de riesgo para el abuso de drogas

Las investigaciones sobre el tema y la experiencia acumulada por los profesionales de la atención a las drogodependencias han permitido identificar una multiplicidad de factores: cognitivos, emocionales, conductuales y ambientales, que podrían explicar las causas de por qué un determinado grupo de jóvenes se muestra más vulnerable ante la oferta de drogas y pasa a desarrollar diferentes formas de drogodependencia.

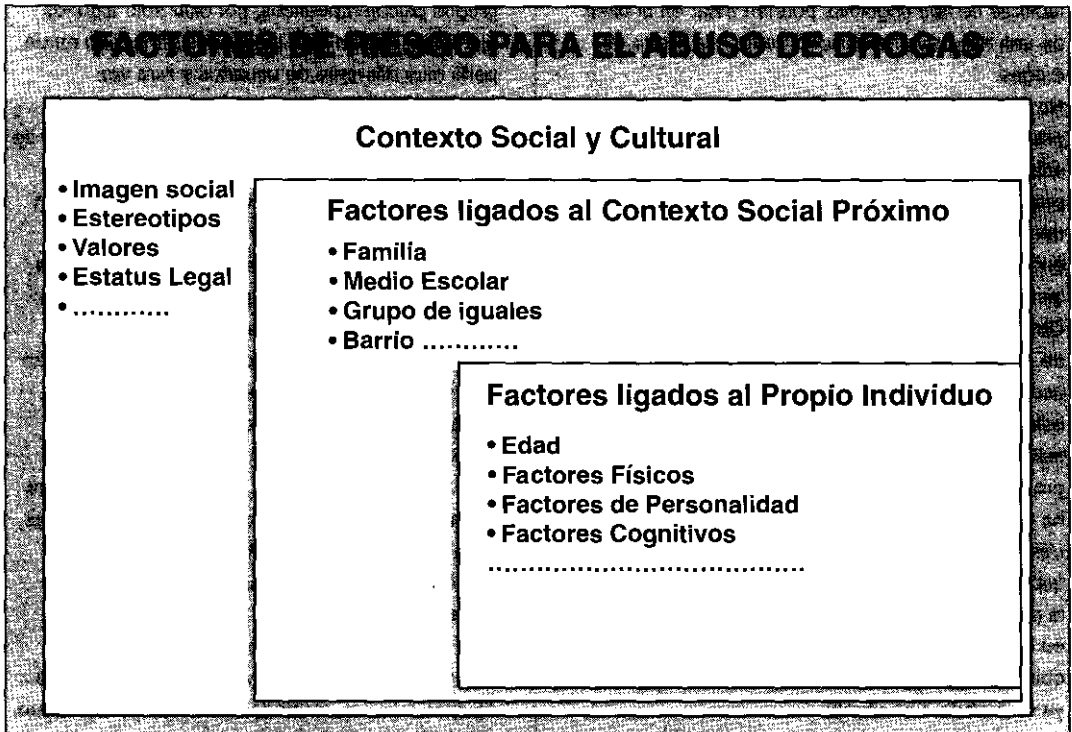
Con fines organizativos, podríamos agrupar estos factores de riesgo en las siguientes categorías (Figura 1):

- **Factores ligados al contexto social y cultural;**

Englobaría aquellas condiciones ambientales, sociales y culturales que están presentes en un momento histórico determinado y que conforman un escenario macrosocial capaz de influir en la conceptualización del problema de la droga. A la configuración de este escenario contribuyen muchos factores entre los cuales los medios de comunicación tienen, sin duda, un importantísimo papel.

La imagen social de las drogas en un momento dado, los estereotipos que tan frecuentemente acompañan esta imagen, la situación legal de las sustancias o los sistemas de valores dominantes en el grupo social serían exponentes de este tipo de factores.

Figura 1. Factores de riesgo para el abuso de drogas



• **Factores ligados al contexto social próximo;** Serían aquellos enmarcados en el entorno inmediato del adolescente y que van a tener una influencia directa sobre su conducta... En este apartado hay que hacer mención a las variables relacionadas con **la familia:** estructura familiar, estilo educativo, cantidad y calidad de la comunicación, capacidad de la familia para generar autoestima, seguridad, responsabilidad, valores positivos, etc. Variables relacionadas con el **medio escolar,** como el gusto e interés por los estudios, la relación del centro escolar con el alumno y con la familia, etc. Variables relacionadas con el **grupo de iguales:** el efecto de la presión del grupo sobre las actitudes, los valores y la conducta de sus miembros y, no menos importantes, las variables relacionadas con el "**hábitat**" donde se desenvuelve el grupo de menores, características del barrio en relación a

factores urbanísticos, dotación de recursos y equipamientos, accesibilidad en el mismo a las diferentes drogas, etc.

• **Factores ligados al propio individuo;** La etapa de la adolescencia puede ser considerada en sí misma como un factor de riesgo para el consumo de drogas, no porque suponga una alteración o patología sino por las características que la acompañan y que colocan al joven en una situación de mayor vulnerabilidad, máxime si tenemos en cuenta que se suele producir una mayor permeabilidad a las influencias del mundo social más amplio.

Algunos autores como **O'Connell (1989)** señalan también otros factores de riesgo personales: Así, factores físicos como la maduración precoz en las chicas o la maduración tardía en los varones

influirían negativamente sobre la autoestima de los jóvenes y factores emocionales, de personalidad o factores de tipo cognitivo, podrían estar en la base de una mayor vulnerabilidad frente a la oferta de drogas.

No parece factible deducir sin más que la mera presencia de factores de riesgo en la vida de los adolescentes conduzca necesariamente a un problema de drogodependencia, pero si parece demostrarse la relación altamente significativa entre el uso de sustancias tóxicas y el número de factores de riesgo presentes.

Otra cuestión interesante surge en relación al tema de si la experimentación con drogas lleva al mal uso de las mismas. Según **Gutierrez, S. E.** (1994) esto no suele confirmarse. Sin embargo, dicha tesis ha tenido una gran influencia sobre los programas de prevención, ya que, generalmente, ha venido determinándose como objetivo de los mismos la abstinencia. Esta reflexión cobra una especial relevancia cuando el interés se centra en la planificación de programas dirigidos a menores en situación de riesgo social, entre los que el objetivo de la abstinencia a una o varias drogas es, ya de partida, una utopía.

3. Antecedentes del programa de intervención con menores

En el año 1992, la Red de Atención a las Drogodependencias del Ayuntamiento de Madrid, registraba ya una demanda incipiente de menores de 18 años, que se acercaban a los CAD's. municipales para realizar un tratamiento de su dependencia a diferentes drogas. Este colectivo de menores no era muy importante en cuanto al número, particularmente si lo comparábamos con el resto de la población adulta que acudía a los centros, pero si presentaba unas características bien diferenciadas, que hacían plantearse a los técnicos la necesidad de buscar estrategias y metodologías acordes con el momento evolutivo de este grupo de población.

Por otra parte, era necesario reconocer que los dispositivos y recursos que funcionaban en los CAD's., como el "aula de actividades",

fundamentalmente basado en distintos tipos de abordaje de terapia ocupacional, o los diferentes grupos psicoterapéuticos, por citar solo algunos ejemplos, habían sido diseñados pensando en un perfil muy diferente de usuarios y rara vez resultaban útiles cuando se trataba de un adolescente. Incluso, el abordaje de las familias de estos menores consumidores presentaba unas especiales dificultades, que hacían necesario un planteamiento novedoso y que pudiera proporcionar a estas familias herramientas útiles para el manejo de sus hijos adolescentes y con problemas de consumo; las situaciones que se planteaban en ocasiones con estos menores eran mas complejas y problemáticas que las que se observaban en las familias con un drogodependiente adulto.

Este programa se diseñó, pues, inicialmente para el tratamiento de los menores drogodependientes y, para ello, se constituyeron de forma piloto, en tres de los siete CAD's. que conforman la Red Asistencial, unos equipos interdisciplinares que iban a especializarse progresivamente en el abordaje de los menores y de sus familias. A los equipos iniciales, formados por médico, enfermero, psicólogo, trabajador social y terapeuta ocupacional, se añadió la figura de un educador social, figura que iba a facilitar la proyección en el exterior, del trabajo de este equipo y permitiría un mayor acercamiento a los menores y a las situaciones familiares y sociales en las que se producía las situaciones de riesgo para el abuso de drogas, detectar precozmente los consumos y favorecer la integración de los menores en recursos normalizados del propio barrio o distrito. Así, en la actualidad, este programa pretende cumplir dos funciones básicas:

1. Detectar de forma precoz a los menores que se inician en el consumo de drogas y desarrollar estrategias para evitar la consolidación de la drogodependencia mediante el análisis y la intervención en las diferentes situaciones de riesgo.
2. Ofertar un tratamiento integral a los menores drogodependientes y a sus familias, teniendo en

cuenta el momento evolutivo y las características especiales de este sector de población.

El programa, que se inició de forma piloto en los CAD's. Sector I (Latina y Carabanchel), Sector II (Usera y Villaverde) y Sector III (Puente de Vallecas, Moratalaz y Villa de Vallecas), se amplió, en Julio de 1995 al resto de los sectores, teniendo en cuenta la buena implantación y aceptación del mismo.

4. Descripción del programa, las primeras intervenciones

Para la consecución de los objetivos del programa era necesaria una planificación que partiera de las diferentes necesidades que se detectaban en cada sector y que tuviera en cuenta los recursos existentes en los mismos. No se trataba de partir de cero, haciendo tabla rasa de los recursos y actividades que venían funcionando en las distintas zonas de actuación, sino de apoyarse en ello y complementar en lo posible la labor que venía desarrollándose y en la que intervenían una complejísima variedad de instituciones de carácter educativo, sanitario, social, cultural, recreativo, etc.

La función del equipo de menores, en cada sector de actuación, debía por lo tanto lograr incardinarse como una pieza clave en materia de drogodependencias, pero como una pieza más dentro de la Comunidad.

En una primera fase de intervención, el trabajo se centró, fundamentalmente, en un recogida de información acerca de las expectativas y de las necesidades sentidas en la zona en lo referente a la intervención con menores desde el ámbito de las drogodependencias. Esta información recogía además otros aspectos de interés en relación con el mundo de los menores, que venía a completar los datos de que se disponía en los Centros acerca de los recursos del tipo de los mencionados y acerca de las peculiaridades y características que definían a la población que podríamos denominar "de riesgo" en cada zona.

El grado de conocimiento de los jóvenes, de las

familias y de toda la comunidad, de que disponían las entidades con un importante nivel de asentamiento y arraigo en determinados barrios, debido fundamentalmente al nivel de cercanía en el que desarrollaban su labor, nos aportó siempre una información esencial, que nos iba a facilitar enormemente nuestra tarea, no solo para la planificación de actividades y actuaciones adecuadas a las necesidades y características de cada colectivo, sino también en la propia tarea de acercamiento a los menores y a sus familias.

Asimismo se consideró como objetivo fundamental, en esta primera fase, el dar a conocer el programa y los servicios que ofertaba a la comunidad. A pesar de que los CAD's. eran ya centros perfectamente conocidos e identificados en cada zona, la imagen de los mismos no se correspondía con esta nueva línea de trabajo en la que, ante todo, se ofertaba una mayor posibilidad de acercamiento a las situaciones de riesgo que propiciaban el abuso de drogas y una mayor normalización de las intervenciones. La incorporación al programa de la figura del educador, iba a ser un punto clave que facilitaría un contacto más directo y cercano con estas entidades, con las familias y con los propios menores.

Por otra parte, la flexibilidad de la que se dotaba al programa desde su diseño, permitía la intervención, no solo con el menor drogodependiente en el propio Centro, sino también con otros actores y mediadores sociales.

A fin de lograr estos dos objetivos iniciales en cada sector de actuación (primeramente en los tres sectores que iniciaron la experiencia piloto y, posteriormente, en todos los demás), se desplegó una gran actividad que consistió fundamentalmente en una serie de visitas a los recursos, servicios y entidades diversas que venían trabajando en cada zona en el ámbito de los menores. En dichas visitas se ofrecía información acerca de los objetivos del programa y de los recursos que ponían en marcha, al mismo tiempo que se recogía la información que mencionaba más arriba.

Generalmente, y ya desde estas primeras visitas, se esbozaban algunos canales y fórmulas de

coordinación, que nos iban a permitir intervenir con los primeros menores o familias. Frecuentemente se solicitaba la visita periódica a los barrios o a las entidades por parte del educador o de otros miembros del equipo de menores. Otro tipo de demandas como la petición de "charlas sobre las drogas a los menores", la desintoxicación inmediata de los mismos ó el ingreso de algunos de éstos en instituciones del tipo "comunidades terapéuticas", eran también frecuentes en estos primeros contactos, fundamentalmente por parte de las entidades que se encontraban más desbordadas por la tarea en las zonas más conflictivas, en las que la presencia de menores drogodependientes y de alto riesgo era bastante frecuente.

El trabajo en esta primera fase, por lo tanto, iba más allá de un mero intercambio de información, ya que era necesario trabajar con un tipo de demanda masiva, en ocasiones cargada de angustia y que exigía soluciones omnipotentes, sobre todo en aquellas zonas con una especial dificultad social (zonas de realojo reciente, de barrios vinculados al tráfico de drogas, de graves problemas de desestructuración familiar, etc.). Bajo la demanda de intervenir sobre un problema de drogodependencias en un menor, aparecían también otras demandas de soluciones a problemas más de fondo, como graves conflictos familiares, complicaciones judiciales, carencias a nivel de formación y capacitación para el empleo, escasez de recursos económicos, graves déficits educativos, etc. Era necesario, pues, trabajar desde el inicio de forma coordinada, tratando de modificar esa tendencia a la delegación, tan frecuente en una problemática como la de las drogodependencias y que se hacía más acuciante cuando las características especialmente conflictivas de algunas zonas, desbordaban, no solo a las familias, sino a otros profesionales cercanos a la problemática como educadores, trabajadores sociales, etc.

Otro factor a trabajar que solía presentarse frecuentemente en esta primera fase era la desconfianza en el servicio y en la tarea que les proponíamos. En las zonas de especial dificultad

social se había vivido demasiadas veces la experiencia de acciones puntuales o con escasa continuidad, que no habían permitido realizar un trabajo a medio plazo y cuyos resultados, por lo tanto, habían sido escasos o nulos. Esta desconfianza abarcaba también otros aspectos, como el temor a una intromisión en la tarea que venían desarrollando otras entidades e incluso servicios públicos, o a la posibilidad de que se tratase de un "programa fachada", vacío de contenido que, en la realidad del día a día, no incorporase nada nuevo.

Por todas estas razones, el trabajo en una primera fase era especialmente importante y delicado, siendo en muchos casos un imposible lograr desde el inicio un adecuado nivel de colaboración. Sin embargo, esto era considerado por el equipo más que como un punto de partida, un objetivo a lograr a través de la seriedad en la tarea y de la estabilidad en las relaciones y coordinaciones que en ese momento se estaban estableciendo desde el programa.

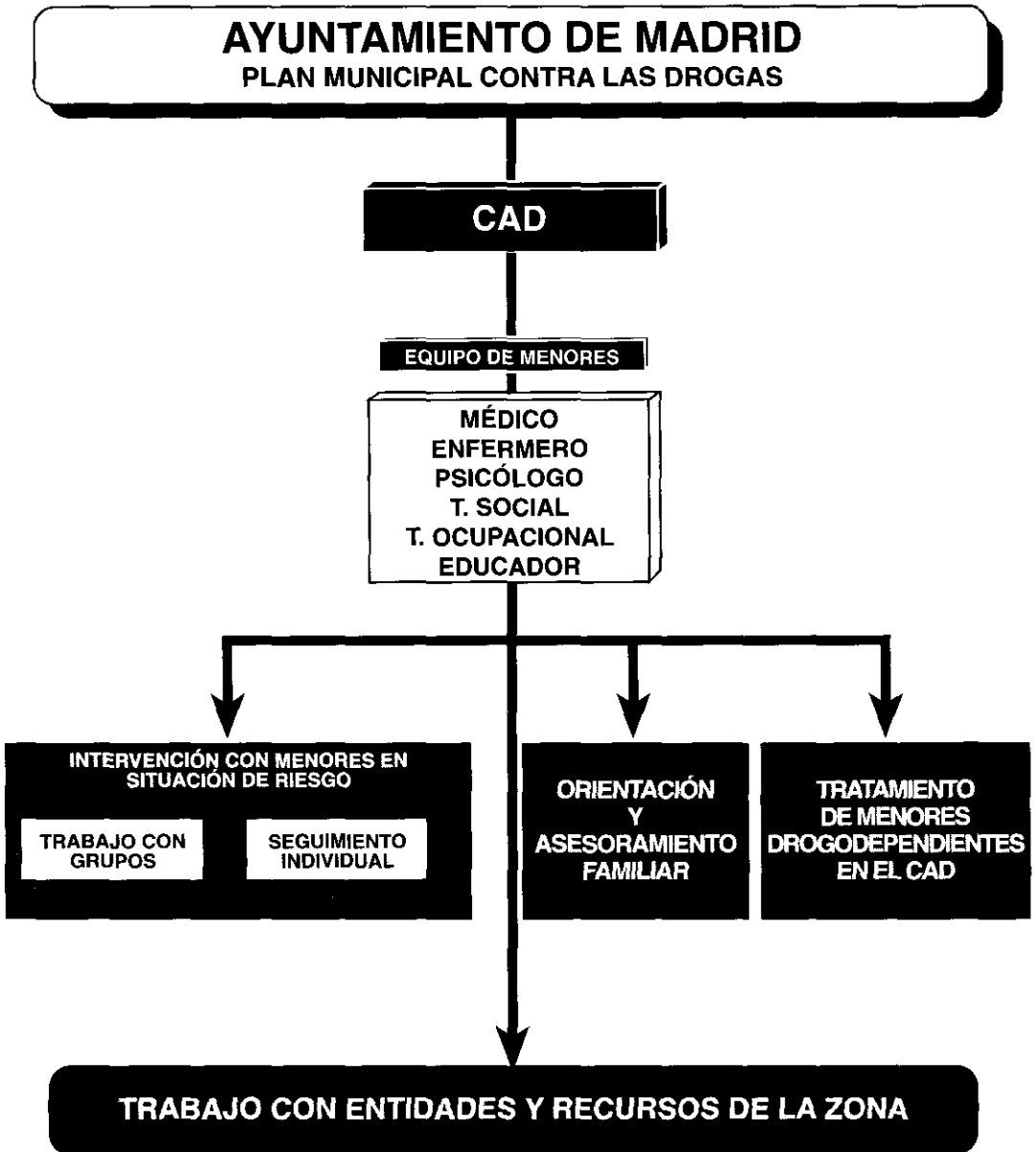
5. Principales líneas de actuación

Tras un primer periodo de funcionamiento, el programa ha ido enriqueciéndose a partir de las experiencias desarrolladas en cada sector, que han sido muy ricas y diversificadas, como también lo era la realidad con la que nos enfrentábamos. Poco a poco ha ido produciéndose un proceso de adaptación a las necesidades y a las peculiaridades y se han ido priorizando una serie de intervenciones que facilitaban el logro de los dos objetivos básicos del programa: La detección y la intervención precoz con menores que se inician en el consumo de drogas y el tratamiento de las casos con una drogodependencia consolidada. Así, en este momento el programa se desarrolla en base a los siguientes niveles de intervención (Figura 2):

5.1. Coordinación con entidades y recursos de la zona

Esta línea de trabajo se ha mostrado como la base y el soporte del resto de las actuaciones que se

Figura 2. Principales líneas de actuación



realizan en el marco del programa de intervención con menores. Ya he mencionado la importancia que tuvo en el inicio para la puesta en marcha e implantación del mismo en los diferentes sectores.

En la actualidad continua constituyendo una pieza fundamental que permite que las acciones que se llevan a cabo tanto con las familias como con los propios menores, no se realicen de forma

descontextualizada, tengan una continuidad en el tiempo y faciliten las derivaciones a los servicios oportunos en cada caso, la utilización de los recursos con los que cuenta el barrio y la normalización e integración del menor en la propia comunidad.

Lógicamente, y con el transcurrir del tiempo, desde el programa se ha ido priorizando la estabilidad en la coordinación con aquellos servicios e instituciones que tienen un papel de mayor protagonismo en el campo de los menores y jóvenes, y con aquellos otros cuyo campo de acción está más cercano a las zonas de especial riesgo social para el abuso de drogas en menores. Tal es el caso de los equipos de trabajadores del Consorcio para el realojo de la población marginada, los Servicios Sociales Generales, los Centros de Atención la Infancia, dependientes también del área de Servicios Sociales, los Centros Educativos con un mayor nivel de conflictividad o de riesgo, etc. Con el resto de los servicios y entidades se mantiene una coordinación más puntual, que muchas veces gira en torno a demandas concretas de actuación con algún menor, charlas informativas, etc.

Podríamos, por lo tanto, concretar los objetivos a conseguir desde este nivel de intervención en dos aspectos fundamentales: Favorecer, a través de las entidades, la captación de menores en situación de riesgo para el abuso de drogas y coordinar todos los recursos disponibles en el sector para dar una respuesta eficaz a los mismos, evitando el solapamiento de funciones y rentabilizando los recursos.

A lo largo del año 1996, y en esta línea de actuación, se ha logrado contactar con un total de 403 entidades, entre las que destacan los Centros Escolares (25%), los Servicios Sociales Generales y otros servicios comunitarios (17%) y toda una serie de Asociaciones y Organizaciones no Gubernamentales. Todo ello ha permitido dotar al programa de una importante dimensión comunitaria, que ha favorecido la detección de necesidades y la articulación de respuestas desde ámbitos más cercanos a la realidad cotidiana del menor.

Es necesario destacar el alto nivel de participación y colaboración que se ha apreciado en la mayoría de estas organizaciones sociales, lo que se ha plasmado en el logro de un conocimiento cada vez mayor de las actividades realizadas por cada una de ellas, avanzando en la delimitación de funciones de cada servicio para mejorar la eficacia del conjunto. Solo desde el entendimiento de la necesidad de este trabajo coordinado y desde el establecimiento de cauces de apoyo y asesoramiento mutuo, es posible realizar un seguimiento conjunto de los menores consumidores y lograr una efectividad en el trabajo con los mismos y con sus familias.

5.2. Intervención con menores en situación de riesgo

Dentro de esta línea de actuación, podemos distinguir dos formas diferentes en el abordaje con los menores; la primera se refiere al trabajo con grupos en los que se han detectado factores de riesgo para el abuso de drogas, la segunda se dirige al seguimiento individualizado de menores. Desarrollaré brevemente cada una de ellas.

5.2.1. Trabajo con grupos

De todos es conocida la influencia que el grupo de iguales (compañeros, amigos) ejerce sobre el individuo, particularmente cuando se trata de adolescentes. En esta época de la vida se produce una mayor separación del joven de la esfera familiar, los padres pierden, hasta cierto punto, su influencia y su posición de proximidad con el hasta entonces niño, produciéndose paralelamente un proceso de acercamiento del adolescente a otros entornos sociales que adquieren un peso cada vez mayor.

Pues bien, el grupo de amigos y compañeros cobra entonces una especial trascendencia, ya que viene suponer para el joven una especie de estructura auxiliar de una personalidad incipiente, de un "yo" inmaduro, que busca nuevos modelos de identificación al margen de su familia de origen. En algunos casos, en los que podríamos hablar una especial debilidad del "yo" del adolescente, las relaciones de dependencia que pueden crearse

con respecto al grupo, pueden arrastrarle a realizar cualquier actividad que éste le proponga, por arriesgada que sea, con tal de obtener a cambio un sentimiento de pertenencia y de aceptación. Este fenómeno de "conformismo grupal" se encuentra en la base de toda una serie de conductas inadaptadas, entre las cuales se encuentra el abuso de drogas.

Diferentes programas de intervención con jóvenes de riesgo se basan en la gran influencia que el grupo de iguales ejerce sobre la conducta, las actitudes y los valores del adolescente y pretenden rentabilizar el efecto positivo del grupo a través de la realización de actividades saludables, que conformen un nuevo sistema de valores y supongan una alternativa a todo tipo de conductas inadaptadas.

Johnson (1980) sugiere que los programas basados en los grupos de iguales promueven una motivación más alta para la asistencia al centro educativo, mejores resultados académicos, una mejor autoestima y una buena capacidad para las relaciones sociales.

Desde esta perspectiva teórica, el trabajo con grupos que se desarrolla desde el programa de intervención con menores va encaminado a conseguir el objetivo de prevenir el consumo abusivo de drogas y otras conductas de riesgo, mediante acciones como las siguientes:

- Planificación de actividades interesantes para los adolescentes, a través de las cuales se facilite el desarrollo de responsabilidades personales y la participación de los mismos en actividades de la comunidad (actividades deportivas, excursiones, asistencia a actividades culturales del barrio, participación en talleres de radio de emisoras locales, etc.)
- Canalización del efecto de la presión de grupo y el gusto por el riesgo de los adolescentes hacia fines constructivos.
- Desarrollo de una serie de acciones educativas que proporcionen a los jóvenes los conocimientos y habilidades interpersonales y sociales que le

ayuden a enfrentarse con mayor eficacia a los problemas y situaciones que les plantea la vida.

- Creación de un entorno afectivo que permita a los adolescentes adquirir una confianza básica entre ellos mismos o con la figura de los educadores o responsables de los grupos, a fin de facilitar su crecimiento personal y su autoestima.

La formación de estos grupos suele realizarse a partir del trabajo del educador del programa, ya sea en colaboración con las organizaciones y entidades del sector: Centros escolares(38%), asociaciones comunitarias (20%), Servicios Sociales Generales (7%), parroquias (5%), o bien a partir de pandillas ó grupos naturales que el educador ha captado en su trabajo de calle (30%). Otra parte importante de este trabajo lo constituyen también las actividades de colaboración que el educador u otros miembros del equipo de menores realizan con grupos previamente formados por las entidades de la zona y con los que ya se venía desarrollando una labor. En estos casos el trabajo del educador se limita a sugerir o realizar actividades que complementen las acciones desarrolladas con el objetivo de prevenir el abuso de drogas.

5.2.2. Seguimiento individualizado de menores

El trabajo con menores requiere, en ocasiones, una intervención más específica e individualizada con los mismos, ya sea porque se requiere un trabajo más intenso, debido a las especiales circunstancias de riesgo que concurren en un caso dado, o porque la intervención grupal resulta insuficiente e incluso, implantable en una primera fase de abordaje.

Si bien la atención a menores en situación de riesgo social requiere siempre, en alguna medida, un vínculo afectivo por parte del educador o de otros miembros del equipo, gracias al cual el joven o la joven puedan sentirse reconocidos y valorados desde sus aspectos más personales, se prefiere dentro de lo posible la intervención grupal, ya que permite, sin renunciar al vínculo referido,

rentabilizar la tarea y llegar a un mayor número de sujetos. No obstante, en un determinado número de casos, la incorporación a un grupo es un objetivo a conseguir en una segunda etapa, una vez que se hayan conseguido algunas mejoras que permitan al menor en cuestión estar en condiciones de adaptarse a la actividad y a las exigencias grupales.

Por otra parte, los propios grupos no están muchas veces en condiciones de aceptar a miembros especialmente conflictivos o que generen demasiada tensión. Un ejemplo que puede ilustrar este hecho lo encontramos en algunos grupos en los que se tolera el consumo de cannabis entre sus miembros siempre y cuando se respeten ciertas "normas" y se cuide la relación grupal.

Paralelamente, se rechaza la presencia en ellos de menores que consumen otras drogas, como la heroína porque "esos no son legales", considerando que no respetan unos mínimos en el tipo de relación exigida por el grupo.

La intervención y el seguimiento individualizado se realiza, generalmente, por parte de la figura del educador, el cual trata de conseguir unos objetivos previamente definidos por el equipo de menores.

Por lo general, este tipo de intervención viene a complementar una estrategia más general, en la que intervienen otros miembros del equipo y en la que se ven implicados otros mediadores sociales, profesores o la propia familia del menor. El objetivo de todas las actuaciones será dotar al menor de los medios que le permitan apartarse de las situaciones de especial riesgo para el abuso de drogas, creando en torno a él las ocasiones educativas, los vínculos afectivos y los apoyos personales necesarios, que puedan permitirle un cambio en su conducta. Trabajar facilitando la comunicación personal y desde la aceptación del menor con todas sus circunstancias son, muchas veces, los primeros pasos necesarios para conseguir un vínculo de confianza sobre el cual apoyar las posteriores intervenciones.

Lógicamente, se trata de una tarea compleja, que requiere de una gran dosis de ilusión, de creatividad y de esfuerzo. Sin embargo, cuando los resultados son positivos, la satisfacción que genera

en los equipos compensa con creces el esfuerzo realizado.

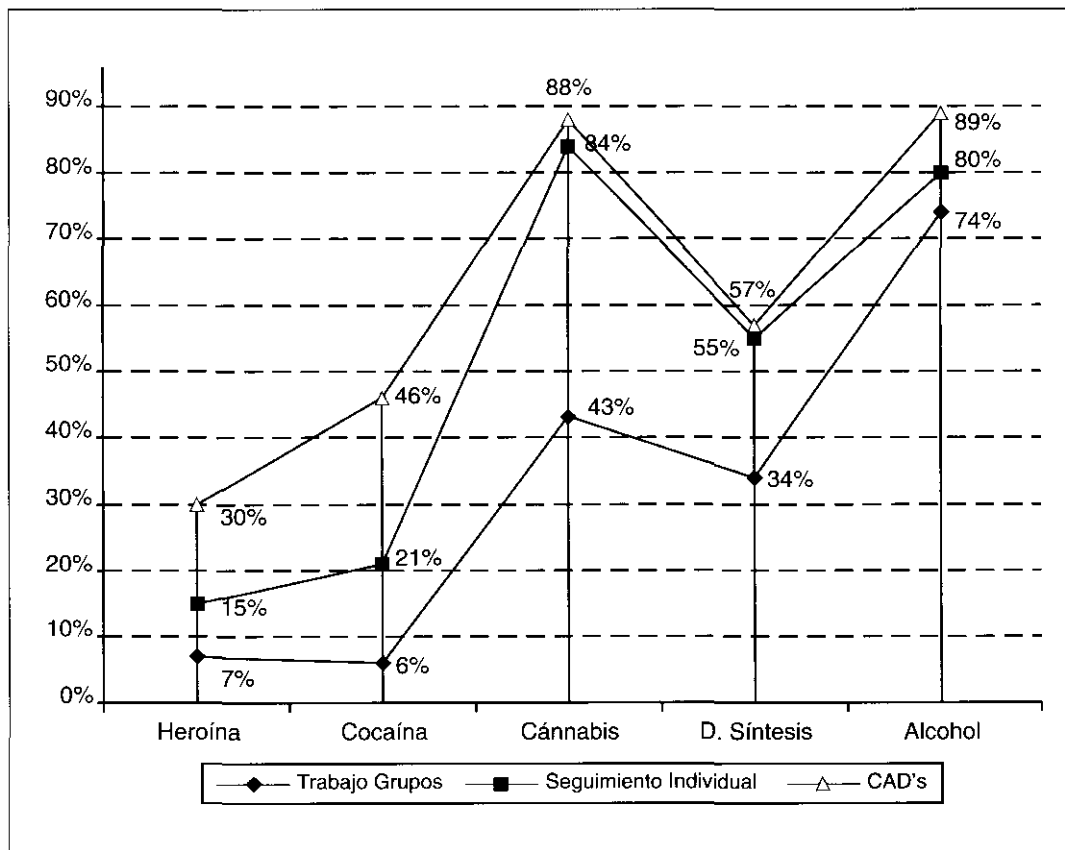
Ambas formas de intervención: el trabajo con grupos y el seguimiento individualizado de menores, son complementarias entre sí y son utilizadas en algunos casos de modo paralelo en el tiempo, ya que hay objetivos que son más fácilmente alcanzables con una modalidad de intervención que con otra, si bien esto puede cambiar a lo largo del proceso. Para la valoración, el diseño de las intervenciones y el seguimiento del proceso, es fundamental la visión interdisciplinar del equipo de menores, ya que va a permitir el análisis de un gran número de variables y la decisión colegiada acerca de las posibles actuaciones que deben llevarse a cabo en un determinado momento.

Durante el año 1996 la intervención con menores en situación de riesgo, tanto en la forma de seguimiento individualizado como en la forma grupal, ha alcanzado a 1699 menores, 1.401 integrados en 82 grupos y 298 de forma individualizada.

Los perfiles de estos menores dan idea de algunos de los factores de riesgo que han motivado la necesidad de la intervención (Memoria del Plan Municipal contra las Drogas, 1996).

El nivel de experimentación con drogas aparece reseñado en la figura 3. Se ha comparado la experimentación con las drogas de uso más habitual entre los diferentes grupos de menores con los que se interviene desde el programa: Grupos de menores en situación de riesgo, menores en seguimiento individual y menores drogodependientes en tratamiento en los CAD's. Como puede observarse los consumos siguen una evolución similar. No obstante, existen diferencias entre los tres grupos, apreciándose los consumos más elevados en el caso de los menores tratados en los CAD's. y una prevalencia menor, pero también importante, entre los menores que integran los grupos del programa, colocándose en una situación intermedia los menores que requieren un seguimiento individualizado. Además de la experimentación con drogas, los principales factores de riesgo detectados en estos

Figura 3. Consumo experimental de drogas en los distintos niveles de intervención



menores son los siguientes: Antecedentes familiares por abuso y/o dependencia de alcohol y otras drogas, barrios vinculados al consumo y tráfico de drogas, expectativas personales y laborales negativas, conductas inadaptadas en el medio escolar y en el tiempo libre, escaso desarrollo de habilidades personales y sociales, absentismo y fracaso escolar y falta de continuidad en el proceso formativo.

El tipo de actividades diseñadas para la intervención con estos menores, tanto las realizadas a nivel grupal como las llevadas a cabo de forma individualizada, se han diseñado de acuerdo con las necesidades y las características de estos menores (Memoria Plan Municipal contra las Drogas, 1996), de forma que pudieran suscitar

en los mismos el interés suficiente que facilitase el logro de los objetivos del programa.

5.3. Tratamiento de menores drogodependientes en los CAD's

Este nivel de intervención tiene como objetivo garantizar a los menores drogodependientes que acuden a los CAD's. una atención integral y especializada, que garantice la adecuación de las intervenciones a las características especiales que presentan, al mismo tiempo que se ofrece el apoyo y la intervención paralela con el medio familiar. La mayor parte de las veces es la familia del menor la que detecta el problema y acude al centro con el hijo o la hija drogodependiente. Otras veces, sin embargo, son los profesores o

educadores que están en contacto con los menores los primeros en conocer la situación y acuden al CAD en busca de una orientación sobre cómo intervenir, particularmente en los casos provenientes de familias con un mayor nivel de desestructuración, en las cuales encuentran dificultades para que asuman la responsabilidad de la situación en la que se encuentra el menor. No olvidemos que, en no pocos casos, uno o los dos progenitores tienen, a su vez, problemas de abuso de alcohol o de otras drogas, o bien aparecen problemáticas muy importantes a nivel familiar (padre encarcelado, madre desbordada por el cuidado del resto de los hijos y de la economía familiar, etc.), que dificultan un papel activo por parte de la familia para apoyar el tratamiento. La función del equipo de menores consiste en hacer una valoración del caso, que tenga en cuenta todas las variables individuales, familiares y sociales y diseñar un programa individualizado de intervención que contemple estas peculiaridades. La valoración incluirá, no solo los problemas de consumo y otras dificultades o carencias sino también la capacidad de la familia para abordar la situación, la existencia de otras figuras importantes de referencia en la vida del menor y todos aquellos factores positivos en los que poder apuntalar las intervenciones: Medio educativo, relación con el educador del programa o con otros mediadores sociales, grupo o grupos de pertenencia, intereses y habilidades del menor, etc.

Las intervenciones se organizan desde una perspectiva de normalización, evitando, dentro de lo posible, apartar al menor de su ambiente habitual (colegio, barrio, grupo de amigos no consumidores, etc.). Los recursos a utilizar van a ser, preferentemente, los que le ofrezca el propio entorno social, abordando la desintoxicación de modo ambulatorio y con el apoyo del medio familiar y/o social más cercano. Cuando se precisa la utilización de recursos más especializados, como las unidades de desintoxicación hospitalaria ó una alternativa convivencial a la familia, se tratará de trabajar paralelamente con la unidad familiar a fin de conseguir una mayor y más efectiva colaboración

en el tratamiento, lo cual es también un objetivo del mismo.

Otro de los requisitos que debe reunir el tratamiento de los menores drogodependientes es la coordinación con otros servicios comunitarios: Servicios Sociales Generales, Centro de Atención a la Infancia, servicios de salud, educativos, etc. Solo la implicación y la coordinación entre todos ellos va a permitir generar soluciones integradoras que respondan a las múltiples problemáticas que pueden encontrarse en esta familias.

El objetivo finalmente perseguido será, en primer lugar, la superación de la drogodependencia del menor, pero también el logro de una serie de cambios en el entorno cercano al mismo, y más concretamente en el medio familiar, de forma que esté más capacitado para hacer frente a las situaciones problemáticas que puedan plantearse en relación al abuso de drogas por parte de los miembros más jóvenes. Cuando la familia colabora y se consigue de ella una implicación activa en el tratamiento del hijo o la hija adolescentes, podemos partir ya de una situación muy ventajosa de cara al éxito del tratamiento.

En 1996 han sido tratados en los CAD's. un total de 82 menores drogodependientes, con una edad media de 16 años. La droga principal de abuso que ha generado la demanda de tratamiento ha sido el cánnabis (45%), la heroína (25%), las drogas de síntesis (25%) y la cocaína (7%), distribuyéndose el 5% restante entre los alucinógenos, el alcohol y las anfetaminas. A pesar de que el alcohol apenas es declarado como droga principal que motiva la demanda, sí aparece como sustancia de abuso en más de la mitad de los menores tratados, lo que hace pensar en una conceptualización del mismo como "sustancia menos peligrosa". Esto es fácilmente comprensible si tenemos en cuenta que el 33% de los padres, el 16% de las madres y el 35% de los hermanos abusan a su vez el alcohol. Por lo que se refiere al grupo de iguales, existe abuso-dependencia de alcohol en el 63% de los casos.

Otros datos significativos del perfil de estos menores (Memoria Plan Municipal contra las Drogas, 1996) son el alto porcentaje de ellos que

se encuentran sin actividad definida o con asistencia irregular al centro educativo, la integración en pandillas con conductas inadaptadas (61%) o las complicaciones del estado físico relacionadas con el consumo, que aparecen ya en un 20% de los casos.

Las intervenciones que se han realizado en el marco del tratamiento de estos menores abarcan la atención individual con el menor en sus distintas vertientes:

- Social, que contempla la detección y el abordaje de las situaciones socioambientales que repercuten directa o indirectamente en la situación de consumo.
- Sanitaria, orientada a la modificación de hábitos higiénico-sanitarios que supongan riesgo de consecuencias negativas para la salud del menor.
- Educativa, que tiene como objetivo la modificación de aquellos aspectos de índole personal, formativa u ocupacional que influyen en la situación de consumo dada, mediante intervenciones de índole educativa.
- Psicológica, que supone la evaluación de la situación personal del sujeto y su relación con el entorno familiar, orientando y modificando actitudes y conductas de riesgo y facilitando el proceso de maduración y de responsabilización personales.

Paralelamente, y en la línea que he mencionado más arriba, se realiza un trabajo con la familia, a fin de conseguir su participación activa en el tratamiento y devolverle la confianza en su capacidad educativa y preventiva de nuevas problemáticas que puedan surgir; todo ello enmarcado en el trabajo comunitario de coordinación con los recursos de la zona.

5.4. Orientación y asesoramiento familiar

Esta línea de trabajo ha ido cobrando cada vez una mayor relevancia, en la medida en que el programa de intervención con menores va consiguiendo un mayor nivel de implantación en los barrios.

La alarma social creada por los nuevos estilos de consumo tan extendidos entre la población joven, fundamentalmente en lo que se refiere al abuso de alcohol o a la aparición de las drogas de síntesis, han planteado en los Centros de atención a las drogodependencias la necesidad de ofrecer a las familias y otros mediadores importantes en la vida de los menores, un servicio de información, orientación y asesoramiento en todo lo referente al consumo de sustancias y sus riesgos asociados. La orientación familiar se dirige tanto a familias individuales que demandan asesoramiento en relación con alguno de sus miembros, como a grupos de familias constituidos en el seno de asociaciones comunitarias (Asociaciones de vecinos, de padres de alumnos, etc.).

Las características que suelen acompañar a estas demandas de orientación familiar son las siguientes:

- Preocupación por el posible consumo del hijo.
- Dificultades en el manejo de los hijos adolescentes.
- Deficiente información sobre drogodependencias y estilos de consumo.
- Presencia de otras situaciones de riesgo (alcoholismo de un progenitor, fracaso escolar, dificultades de comunicación en la familia, etc.)

Cuando la demanda surge de un colectivo, suele solicitarse de los profesionales una información acerca de los tipos de consumos que realizan los jóvenes, los efectos sobre la salud de las sustancias y los modos de detección que pueden tener a su alcance.

Al igual que ocurre con las demandas de tratamiento, también en estas ocasiones se realiza una valoración de la situación, que tenga en cuenta las necesidades manifiestas o latentes que aparecen en la familia o en el grupo de que se trate. En ocasiones es necesario realizar un trabajo previo de reconversión de la demanda inicial, fundamentalmente cuando viene provocada por un alto nivel de angustia o de alarma desproporcionada.

Un grupo familiar excesivamente preocupado por el consumo de drogas en sus hijos puede constituir

en si mismo un factor de riesgo sobreañadido, ya que induce a los padres a actuar como espías de la conducta del hijo, llevándoles incluso a un registro de los cajones o los bolsillos en busca de indicios del supuesto consumo. Lógicamente, este tipo de actuaciones por parte de los padres van en detrimento de la relación de confianza y de respeto por la intimidad del joven y en nada ayudan a prevenir éstas u otras conductas de riesgo.

A lo largo de 1996 se han recibido 105 demandas de asesoramiento familiar. La mayor parte de estas familias han accedido directamente a los centros o bien lo han hecho a partir de otras intervenciones realizadas en el marco del programa. En algo más de la mitad de las ocasiones, es la pareja de padres la que realiza la consulta, si bien es significativo también el porcentaje de consultas (32%) que realiza la madre sola.

Las respuestas que, desde el Programa de Intervención con Menores, se articulan frente a este tipo de situaciones, una vez hecha la valoración inicial, incluyen entrevistas con la unidad familiar o con los padres para orientar sobre posibles intervenciones en relación con la conducta del hijo, intervenciones del educador con el menor, con la familia o con el centro educativo, derivación a otros recursos cuando existen problemáticas susceptibles de ser abordadas desde los mismos, etc.

Como puede apreciarse, las diferentes líneas de intervención del programa son complementarias, si bien, con fines expositivos, es necesario describirlas por separado. Sin embargo, es necesario dejar patente la necesidad de no emprender en ningún caso acciones aisladas o desconexionadas. En este sentido, el equipo interdisciplinar responsable del programa en cada sector, es el referente para la valoración, el seguimiento y la coordinación con los recursos necesarios, de forma que son frecuentes las actuaciones paralelas en dos o más niveles de intervención: Entrevistas con la familia, seguimiento individual con el menor y coordinación con los profesores de su centro educativo son ejemplos de un trabajo que, en no pocas ocasiones, es necesario realizar simultáneamente.

6. Conclusiones

La intervención con menores drogodependientes o en situación de riesgo es siempre un tema complejo, tanto por la diversidad de situaciones y factores intervinientes, como por la propia dificultad que entrañan las actuaciones y la coordinación de los agentes implicados.

El Programa de Intervención con Menores del Ayuntamiento de Madrid aúna una serie de características, como son su carácter integral y multidimensional, la flexibilidad y capacidad de adaptación de las intervenciones a cada situación concreta, la apertura a la coordinación y colaboración con otros servicios y entidades, la cercanía a las zonas, barrios o centros educativos con mayor nivel de conflictividad o de riesgo, la tendencia a la normalización de las actuaciones, etc. La experiencia nos muestra que este tipo de intervenciones son posibles y rentables siempre que se realicen con un mínimo de rigor y con una planificación realista basada en las necesidades, que facilite la participación y la evaluación de las acciones emprendidas.

A pesar de que en un programa tan complejo como éste, hay siempre aspectos que deben ser mejorados, es necesario destacar, como dato especialmente significativo, la capacidad desarrollada por los distintos actores de la intervención para coordinarse, respetar la tarea de los demás y priorizar, por encima de cualquier interés particular, las necesidades de esta población, lo que ha permitido el desarrollo paralelo y no solapado de actuaciones desde colectivos muy diferentes entre si.

Esta tarea conjunta, que no se ha mostrado fácil desde el principio sino que ha precisado de un esfuerzo de ajuste por todas las partes, creo que debería animar a intervenir incluso sobre aquellas realidades en las que, de entrada, cualquier proyecto parece un imposible.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury y cols. (1978): Adolescencia. Kargieman.

Funes, J. (1990): Nosotros, los adolescentes y las drogas. P.N.D.

- Gutierrez, S. E. et al.** (1994): The international Journal of the adictions, 29 (12), 1559-1579.
- Haley, H.** (1979): Trastornos en la emancipación juvenil y terapia familiar. Gedisa.
- Instituto de la Juventud** (1993): Los jóvenes y el uso de drogas en los años 90.
- Johnson, D.** (1980): Group processes: Influences of students. Student interaction of School outcomes. In **Mc. Millan, J.** (ed) "The Social Psychology of School Learning". New York, Academic Press.
- Kalina, E.** (1988): Adolescencia y drogadicción. Nueva Visión.
- O'Connell, D. I.** (1989): Training the high risk adolescent: A survey of effective programs and intervention. The Haworth press, London.
- Olievenstein, C.** (1985): La toxicomanía. Fundamentos.
- Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid** (1997): Memoria de 1996.
- Plan Nacional sobre Drogas** (1994): Encuesta sobre drogas a la población escolar.
- Recio Adrados, J. L.** (1992): El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas. Cruz Roja.
- Rodríguez, J. I. y González, M.** (1997): Mezcla explosiva. Tráfico, Marzo, 97. N.º 122.
- Urra Portillo, J.** (1997): Violencia, memoria amarga. Siglo XXI de España editores, S. A.
- Vega, A.** (1986): Adolescencia y drogas. En **Ayestarán y otros.** Psicopsicología del adolescente vasco. Vitoria. Gobierno Vasco.
- Winnicott, D. W.** (1982): El proceso de maduración en el niño. Laia.