

Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo

Coordinadores:

Ana González Menéndez
José Ramón Fernández Hermida
Roberto Secades Villa

*Este libro se edita merced a un convenio de colaboración
suscrito con el Plan Nacional sobre Drogas*

Edita: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias
Preimpresión: Asturlet, s.l. (Gijón)
Imprime: Gráficas Apel (Gijón)
Depósito legal: AS-4.441/04
I.S.B.N.: 84-923717-5-7

Relación de autores	11
Prólogo	13
Capítulo 1	
Definición y concepto de menor en riesgo	15
<i>Ana González Menéndez, José Ramón Fernández Hermida y Roberto Secades Villa</i> (Universidad de Oviedo)	
1. Aproximación al concepto de menor en riesgo	19
2. Directrices de la prevención de menores en riesgo.....	22
2.1. <i>Características de la investigación sobre «factor de riesgo»</i>	22
2.2. <i>Identificación de las conductas/condiciones de riesgo del menor..</i>	23
2.3. <i>Identificación de conductas/condiciones de protección</i> <i>del menor</i>	28
2.4. <i>Factores de riesgo y protección en interacción en contextos</i> <i>diferentes</i>	29
3. Detección e intervención temprana en menores en riesgo.....	33
3.1. <i>Problemas conductuales co-ocurrentes. Un modelo explicativo.</i>	33
3.1.1. Implicaciones para el diseño de programas de prevención temprana	36
3.1.1.1. Intervenciones familiares	36
3.1.1.2. Intervenciones individuales.....	37
3.1.1.3. Intervenciones escolares.....	38
3.1.1.4. Intervenciones combinadas.....	42
3.2. <i>Psicopatología antecedente</i>	42
3.2.1. Implicaciones para el diseño de los programas preventivos indicados.....	45
4. Conclusiones	47
5. Referencias bibliográficas.....	49

Capítulo 2

Principios y dimensiones de la intervención con menores en riesgo..... 57

José Pedro Espada Sánchez*, Xavier Méndez Carrillo** y Mireia Orgilés Amorós**

(* Universidad Miguel Hernández y ** Universidad de Murcia)

1. Introducción.....	61
2. Niveles de intervención con menores en situación de riesgo.....	62
2.1. Definición y tipos de prevención.....	62
2.2. Aproximaciones tradicionales de la prevención	64
2.3. Aproximaciones actuales.....	65
2.4. Intervención temprana	67
3. Ámbitos de la intervención con menores en riesgo.....	68
3.1. Individual	68
3.2. Familiar	69
3.3. Escolar y comunitario.....	70
4. Principios de la intervención con menores de riesgo.....	71
5. Consideraciones finales	79
6. Referencias bibliográficas.....	80

Capítulo 3

Detección e intervención con jóvenes en riesgo en el ámbito escolar..... 85

Mafalda Santos Fano

(Colegio Internacional Meres, Asturias)

1. Introducción.....	89
2. Los factores de riesgo y de protección como fundamento de los programas de intervención.....	91
3. Diseño de programas de intervención en el ámbito escolar	93
4. Estrategias efectivas de los programas escolares.....	95
5. Prevención universal en el ámbito escolar	98
6. Prevención selectiva e indicada.....	102
6.1. El papel del profesor en la detección y captación de los menores en riesgo	103
6.2. Intervención temprana	106

6.3. Programas eficaces de intervención selectiva e indicada.....	109
6.3.1. Características generales	109
6.3.2. Objetivos de los programas selectivos e indicados	111
6.3.3. Estrategias efectivas de los programas	111
6.3.4. Ejemplos de programas eficaces.....	113
7. Conclusiones	117
8. Referencias bibliográficas.....	118
9. Anexo	121
Capítulo 4	
<i>Detección e intervención temprana en Atención Primaria.....</i>	127
<i>Ana Arranz Velasco* y Julio Antonio Puente**</i>	
(* Centro de Salud Cangas del Narcea y ** Centro de Salud Perchera-La Braña. Gijón (Asturias)	
1. Introducción.....	131
2. Programa del niño sano	133
3. Contacto médico con el niño en riesgo y/o adicto.....	134
4. Factores de riesgo y factores protectores.....	137
5. Prevención desde la Atención Primaria	137
6. Coordinación entre Servicios.....	145
7. Conclusiones	147
8. Referencias bibliográficas.....	148
Capítulo 5	
<i>Intervención con menores en riesgo desde los Servicios Sociales.....</i>	149
<i>Jorge Fernández del Valle</i>	
(Universidad de Oviedo)	
1. El concepto de menor en riesgo desde el sistema público de Servicios Sociales	153
2. El sistema público de Servicios Sociales.....	154

3. Desarrollo reciente de la atención a menores en riesgo	156
4. Perfil actual de familias, niños y jóvenes en riesgo	162
5. Programas comunitarios de intervención con familias en riesgo	166
6. Otros programas comunitarios dirigidos a menores en riesgo	170
7. El trabajo con niños y adolescentes en acogimiento residencial	171
8. Conclusiones	175
9. Referencias bibliográficas	177

Capítulo 6

Detección e intervención temprana en salud mental infantil y juvenil... 179

*José Pedro Espada Sánchez**, *Mireia Orgilés Amorós*** y *Francisco Javier Méndez Carrillo***

(* Universidad Miguel Hernández, de Elche, y ** Universidad de Murcia)

1. Detección temprana en salud mental infanto-juvenil	183
2. Intervención psicológica en trastornos exteriorizados	184
2.1. <i>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</i>	184
2.1.1. Protocolo terapéutico: manejo de contingencias	185
2.2. <i>Trastornos negativista desafiante y disocial</i>	190
2.2.1. Protocolo terapéutico: ayudando al niño desobediente ...	191
3. Intervención psicológica en trastornos interiorizados	197
3.1. <i>Fobia específica</i>	197
3.1.1. Protocolo terapéutico: terapia de juego	198
3.2. <i>Trastornos de ansiedad generalizada y de ansiedad por separación</i>	206
3.2.1. Protocolo terapéutico: el gato que se las arregla	207
3.3. <i>Trastornos depresivo mayor y distímico</i>	210
3.3.1. Protocolo terapéutico: programa emoción-acción-cognición	211
4. Referencias bibliográficas	217

Capítulo 7**Detección, evaluación e intervención temprana en el tratamiento de jóvenes por abuso de drogas** 225

Cesáreo Fernández Gómez, Amador Calafat Far y Montserrat Juan Jerez
(IREFREA)

1. Introducción.....	229
2. Evaluación inicial (<i>Screening</i>) y evaluación diagnóstica (<i>Assessment</i>) ..	231
2.1. <i>Instrumentos de filtrado (screening). Cuestionarios y entrevistas breves</i>	236
2.2. <i>Evaluación (Assesment). Cuestionarios estandarizados y entrevistas estructuradas</i>	238
3. Evaluación multidimensional de necesidades en menores consumidores en situación de riesgo para el abuso y uso problemático de drogas....	241
3.1. <i>Objetivos</i>	241
3.2. <i>Material y método</i>	241
3.3. <i>Resultados</i>	243
3.4. <i>Conclusiones</i>	248
4. Programas de intervención temprana y tratamiento de menores con abuso o dependencia de drogas	250
4.1. <i>Programas más efectivos en la intervención temprana y tratamiento de menores y adolescentes en situación de riesgo para el abuso de drogas</i>	251
4.1.1. Programas en América.....	251
4.1.2. Programas en Europa	256
4.2. <i>Conclusiones</i>	260
5. Resumen y conclusiones.....	264
6. Referencias bibliográficas.....	265

Capítulo 8**Estado actual y retos de futuro de la intervención con menores en riesgo..** 269

Ana González Menéndez, José Ramón Fernández Hermida y Roberto Secades Villa
(Universidad de Oviedo)

1. Estado actual.....	273
2. Cuestiones pendientes	277
3. Conclusiones	279

Relación de autores

Ana González Menéndez

Profesora Titular de Universidad. Universidad de Oviedo

José Ramón Fernández Hermida

Profesor Titular de Universidad. Universidad de Oviedo

Roberto Secades Villa

Profesor Titular de Universidad. Universidad de Oviedo

José Pedro Espada Sánchez

Profesor Asociado. Universidad Miguel Hernández, de Elche

Xavier Méndez Carrillo

Catedrático de Universidad. Universidad de Murcia

Mireia Orgilés Amorós

Profesor Asociado. Universidad de Murcia

Mafalda Santos Fano

Psicóloga. Departamento de Orientación del Colegio Internacional Meres (Asturias)

Ana Arranz Velasco

Pediatra. Centro de Salud Cangas del Narcea (Asturias)

Julio Antonio Puente

Pediatra. Centro de Salud Perchera-La Braña. Gijón (Asturias)

Jorge Fernández del Valle

Profesor Titular de Universidad. Universidad de Oviedo

Cesáreo Fernández Gómez

Psicólogo. Irefrea. Palma de Mallorca (España)

Amador Calafat Far

Psiquiatra. Irefrea. Palma de Mallorca (España)

Montserrat Juan Jerez

Socióloga. Ph.D. Irefrea. Palma de Mallorca (España)

Los últimos avances en la investigación sobre prevención de las drogodependencias ponen de manifiesto que si bien es necesario desarrollar actuaciones de prevención universales, es decir, dirigidas al conjunto de la población, resulta urgente potenciar intervenciones dirigidas a los colectivos más vulnerables y entre ellos, y de manera muy especial, los menores en situaciones de riesgo.

Si bien es cierto que muchos adolescentes y jóvenes viven en entornos favorables y disponen de oportunidades para su desarrollo e integración social, existe, no obstante, un colectivo que no disfruta de estos ambientes de apoyo, que no se integra en el sistema educativo ni en el mundo laboral y que se enfrenta a unas condiciones que les abocan a un futuro que puede resultar problemático.

En este colectivo, el consumo de drogas suele ser una conducta de riesgo más que se añade a otras y frecuentemente las agrava (el fracaso escolar, los problemas con la justicia, los embarazos no deseados, las conductas de riesgo para la salud, o el comportamiento violento); y es que, en la raíz de todas estas conductas, se pueden encontrar procesos comunes. La conducta desviada, y dentro de este conjunto, el abuso de drogas, es un proceso que suele ir conformándose a lo largo del desarrollo del individuo, a veces desde las primeras etapas, a través de sucesivos fracasos en los procesos de integración social.

Estos procesos tienen como punto de arranque, en unas ocasiones, las dificultades del propio individuo para adaptarse de forma positiva a dicho entorno; en otras, las carencias del propio entorno que dificultan dicha integración, pero siempre, en todos los casos, la interrelación entre la situación del individuo y la capacidad del entorno para responder de forma positiva e integradora frente a estas dificultades.

La intervención, en estos casos, ha de contemplar dos vías: por una parte, hay que actuar sobre los individuos facilitándoles las oportunidades para integrarse y capacitándoles para lograrlo; por otra parte, sobre los

entornos y sobre las comunidades que los componen para hacer factible todo este proceso.

Ayudar a estos menores para que superen las barreras que dificultan su desarrollo es un objetivo básico de todos aquellos que estamos implicados en la promoción de la salud y para conseguirlo es imprescindible poner en marcha medidas que ayuden a identificar tempranamente las diversas condiciones de riesgo tanto personales como ambientales e intervenir sobre ellas potenciando los factores protectores a través de la educación, la formación, la orientación y el apoyo.

Una gran cantidad de profesionales de muy diversos ámbitos (la educación, la salud, los servicios sociales, el sistema judicial) tienen contacto en su labor diaria con estos menores y tienen también oportunidades y una gran capacidad para actuar de forma preventiva con ellos. De hecho, muchos de estos profesionales están demandando ya ayuda y orientación para poder realizar esta tarea.

En España las intervenciones preventivas con menores en situación de riesgo tienen ya una amplia trayectoria. Se ha avanzado mucho en el conocimiento de las raíces de este problema y en las pautas para su intervención; pero, a pesar de ello, es indudable que existe la necesidad de ordenar y rentabilizar los conocimientos acumulados sobre este campo.

Ésta es precisamente la intención del Colegio de Psicólogos con la elaboración de este nuevo libro, que sigue a «Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias», y que son, ambos, fruto de la colaboración entre esa institución y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Esta nueva obra pretende ofrecer pautas para la identificación precoz de menores en situaciones vulnerables y protocolos de intervención eficaz en los distintos ámbitos: la escuela, los servicios sociales, los servicios de atención primaria, servicios de salud mental, el sistema judicial, etc.

Creo que los textos aquí recogidos suponen un material de gran ayuda para todas aquellas personas que trabajan, viven, o comparten su tiempo con menores que presentan esta situación de vulnerabilidad. Por todo ello, mi felicitación a los autores de los mismos, al tiempo que mi confianza en que podamos seguir colaborando en el futuro.

Carmen Moya García

Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

CAPÍTULO 1

Definición y concepto de menor en riesgo

Ana González Menéndez
José Ramón Fernández Hermida
Roberto Secades Villa
Universidad de Oviedo

▣ Índice del capítulo

1. Aproximación al concepto de menor en riesgo
2. Directrices de la prevención de riesgos en menores
 - 2.1. *Características de la investigación sobre «factor de riesgo»*
 - 2.2. *Identificación de conductas/condiciones de riesgo del menor*
 - 2.3. *Identificación de conductas/condiciones de protección del menor*
 - 2.4. *Factores de riesgo y protección: interacción en contextos diferentes*
3. Detección e intervención temprana en menores en riesgo
 - 3.1. *Problemas conductuales co-ocurrentes. Un modelo explicativo*
 - 3.1.1. Implicaciones para el diseño de programas de prevención temprana
 - 3.1.1.1. Intervenciones familiares
 - 3.1.1.2. Intervenciones individuales
 - 3.1.1.3. Intervenciones escolares
 - 3.1.1.4. Intervenciones combinadas
 - 3.2. *Psicopatología antecedente*
 - 3.2.1. Implicaciones para el diseño de los programas preventivos indicados
4. Conclusiones
5. Referencias bibliográficas

1. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE MENOR EN RIESGO

Durante los últimos años la noción de riesgo/factor de riesgo para diferentes problemas conductuales ha comenzado a ser objeto de uso generalizado, debido en gran parte a su extraordinaria trascendencia en todo cuanto concierne a la prevención. Este interés se ha trasladado también al ámbito de la infancia y la adolescencia, como etapas de la vida donde la tarea preventiva cobra su sentido natural. Durante la niñez, y fundamentalmente durante la adolescencia, aparecen y se consolidan patrones de comportamiento de gran trascendencia para la salud del resto de la vida (Jessor y Jessor, 1977). Una buena parte de los problemas de la adolescencia comienza y se cronifica en la infancia. Igualmente, una buena proporción de problemas en la vida adulta tiene su inicio en cambios drásticos acaecidos durante la adolescencia. Así pues, la necesidad de intervención temprana parece obvia.

Al mismo tiempo, aunque estas etapas de la vida presentan una situación de riesgo especial para la incidencia de ciertos comportamientos y problemas, también suponen una excelente oportunidad para estudiar la formación de hábitos de salud, de manera que con su análisis es posible llegar a conocer la génesis y/o consolidación de determinados repertorios reconocidos en la época adulta tanto como conductas de riesgo como de protección.

Aunque la justificación de la intervención preventiva en menores se parcela en distintas razones, todas ellas confluyen en el propósito general de hacer más fácil la vida de los niños y adolescentes, y la de los adultos con quienes conviven. Entre las razones que justificarían una intervención preventiva en menores se destacan las siguientes:

1. Distintos estudios sociológicos y psicológicos constatan la elevada incidencia del número y tipo de problemas que sufren los niños y adolescentes; algunos con consecuencias individuales o familiares y otros con efectos comunitarios. Entre los más comunes

se citan las conductas adictivas, los problemas académicos (abandono y fracaso escolar), los problemas afectivos y emocionales, las conductas delictivas y agresivas, y el embarazo y las conductas sexuales de riesgo (Hurrelmann, 1994; Kazdin, 1993; Takahashi, 1993). En nuestro país, los escasos datos existentes ofrecen un panorama similar al de la sociedad americana origen de aquellos estudios¹.

2. En especial, destacan la prevalencia y persistencia de algunos problemas psicológicos recogidos bajo el paraguas «desórdenes de conducta», que se ven asociados a muchos otros problemas formando una cascada que aísla al individuo del entorno adaptativo y le conduce paulatinamente hacia ambientes y tendencias desadaptadas (James y Javaloyes, 2001). Los mecanismos preventivos

¹ Por ejemplo, el Observatorio Español del Plan Nacional sobre Drogas (2002) encontró que: a) las drogas más consumidas por los escolares (edades entre 14-18 años) son el alcohol y el tabaco (el 58% ha consumido alcohol en los últimos 30 días, mientras el 30,5% ha fumado en ese tiempo; b) el consumo de cannabis continua creciendo, y es, después del alcohol y el tabaco, la droga más consumida (el 31,2% de los escolares son consumidores experimentales); y c) el resto de drogas ilegales se ordena de mayor a menor porcentaje de consumo, durante el último año, del siguiente modo: cocaína (2,2%), speed y anfetaminas (1,8%), éxtasis (2,5%), sustancias volátiles (1,4%) y alucinógenos (1,9%).

Por lo que respecta a datos de prevalencia de otras conductas problemáticas, como la delincuencia, los datos son dispares en los diferentes estudios disponibles y prácticamente ausentes en nuestro país. La desobediencia es la queja más frecuente de los padres (Rin y Markle, 1984) y uno de los problemas de conducta para el que se solicita más atención psicológica (Peine y Howarth, 1982). En España, los escasos datos existentes sobre prevalencia de los actos delictivos (vandalismo, robo, agresión y conducta contra las normas) señalan que: a) los mayores porcentajes de cualquiera de estas actividades delictivas corresponden a los varones; b) la conducta contra las normas es el comportamiento disocial más frecuente en la adolescencia (16,5% de los varones y 10,2% de las mujeres, seguido por las conductas de vandalismo [13,8% y 2,9% hombres y mujeres, respectivamente] y agresión [14,7% en hombres y 4,8% en mujeres]); (c) el robo es el comportamiento menos exhibido (8,3% y 1,3% de hombres y mujeres, respectivamente [Otero López, 1997]).

Por último, y respecto a las estimaciones de prevalencia de otros problemas psicopatológicos, tenemos que las cifras del T. Disocial son del 4% de la población de menores, y del 2-6% para el T. Negativista Desafiante (APA, 2002; Jensen, Watanabe, Richters, Cortes et al., 1995). Además, la presencia de conducta negativista y desafiante, o agresión social, es la más estable de las psicopatologías infantiles a lo largo del desarrollo y constituye el elemento predictor más significativo de un amplio conjunto de problemas sociales y académicos (Barkley, 1997; p. 33). Las cifras del T. por déficit de Atención con Hiperactividad oscilan en torno al 5% de la población infantil (De Corral, 2003).

- que se pongan en marcha son de mucho interés, en gran medida porque evitarán la cronificación de estos comportamientos y la ramificación posterior de algunos de ellos en trastornos y conductas adictivas, agresivas, desafiantes, antisociales, de abandono del hogar, fracaso escolar, y un largo etcétera (Kazdin, 1993; Dryfoos, 1990; Patterson, 1986; Kendall y Panichelli-Mindel, 1995).
3. Se ha constatado también que el desarrollo de muchos de estos problemas tiende a ocurrir a edades cada vez más tempranas (Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber y Van Kammen, 1998; Webster-Stratton y Taylor, 2001) y que la configuración (frecuencia, severidad y tipos) de los mismos se incrementa conforme lo hace la edad. Como señala Loeber, en general y como regla, el comienzo de un nuevo problema conductual ocurre cuando existen problemas anteriores no resueltos (Loeber et al., 1998).
 4. Por último, el 60% de los adolescentes que cumplen los criterios diagnósticos de abuso y dependencia de sustancias también presenta comorbilidad psiquiátrica con Trastorno Disocial (TD), T. Negativista Desafiante (TND) y con Depresión (Armstrong y Costello, 2002), y los menores en riesgo mayor de conductas violentas, delictivas y de abuso de drogas son aquellos que ya exhiben un TND y un TD a edades tempranas (Webster-Stratton y Taylor, 2001; Cicchetti y Rogosch, 1999). Aunque aún no se ha cerrado el debate sobre el tipo de relaciones que subyacen a estos problemas, y sobre las conductas y condiciones que funcionan como causa de la ocurrencia de las demás (Glantz y Leshner, 2000), estos trastornos psicopatológicos sitúan a los *menores en riesgo* de emitir otras conductas problemáticas (Cicchetti y Rogosch, 1999), y sin duda deben contemplarse como marcadores de riesgo futuro directamente relacionados con necesidades de la prevención (Glantz y Leshner, 2000; White, Xie, Thompson, Loeber y Strouthamer-Loeber, 2001; Webster-Stratton y Taylor, 2001).

En esta *Guía de Intervención de Menores en Riesgo*², el abuso de sustancias, las conductas violentas y la delincuencia en la etapa adolescente se contemplan como resultados de riesgo, y su interpretación se realiza con base en el análisis y evaluación de los factores que las preceden. Los comportamientos mencionados se abordan conjuntamente

² Según el Código Civil, menor es aquel individuo que no ha cumplido los 18 años. Esta edad se toma como tope de la Ley Penal del Menor, y sirve como precepto para establecer muchos de los artículos que les protegen constitucionalmente.

porque los factores de riesgo explicativos son similares y porque a menudo éstos se solapan e interrelacionan (Becoña, 2002; Cohen, Brook, Cohen, Velez y García, 1990). La presencia de cualquiera de estos comportamientos, así como de los factores o condiciones que hacen probable su emisión, serán contempladas como «señales» a las que prestar atención para iniciar intervenciones preventivas que cuenten con apoyo empírico.

En este capítulo se describen las estrategias de prevención (universal, selectiva e indicada) que cuentan con apoyo empírico. En las intervenciones universales se incluye a toda la población de menores sin un criterio de selección; en las intervenciones selectivas se incluye a la población de menores en riesgo debido a factores familiares y contextuales, y en la prevención indicada se incluye a los menores que presentan un Trastorno Negativista Desafiante o un Trastorno Disocial antecedente.

Una empresa como ésta exige la implicación de múltiples acciones paralelas, en las que las intervenciones escolares, familiares, sanitarias, de servicios sociales e incluso mediáticas jueguen un papel coordinado. La propuesta de la *Guía de Intervención de Menores en Riesgo* pretende implicar en la prevención a la mayor parte posible de los agentes de cambio. Las que siguen a lo largo del manual pretenden ser páginas en donde se elabore un modelo de partida que sirva como guía de *actuación en consecuencia*, es decir, siempre que se detecte la presencia de ciertas interacciones, repertorios, conductas y/o situaciones de conflicto esperadas (situaciones sociales problemáticas) que cumplan con el criterio de *factor de riesgo* para el desarrollo de estos problemas, y que, por tanto, pueden llegar a ser objeto de prevención a través de diferentes escenarios (ámbito sanitario, escolar, servicios sociales, salud mental...).

2. DIRECTRICES DE LA PREVENCIÓN DE MENORES EN RIESGO

2.1. Características de la investigación sobre «factor de riesgo»

La mayor parte de las actuaciones preventivas arrancan con la identificación y examen del conjunto de *factores* y *condiciones* que sitúan a los menores *en riesgo* de conductas problemáticas que comprometan la consecución de un desarrollo adaptado y prosocial. Ciertamente, se trata de información clave en la programación del contenido de la prevención.

Con el término «riesgo» se recoge el incremento de la probabilidad de un resultado o consecuencia negativa dentro de una población de individuos (por ej., el riesgo de consumo de drogas en una población de

hijos de alcohólicos; el riesgo de cáncer de pulmón en una población de fumadores). Al mismo tiempo, las características que incrementan dicho riesgo se definen como «factores de riesgo» (Kazdin, 1993). Por otra parte, el término «factor de protección» se utiliza para referirse a las condiciones o características asociadas a un descenso en la probabilidad de estas consecuencias, y en ese sentido tienen un uso paralelo al de «factor de riesgo».

En nuestra Guía, el enfoque va dirigido al estudio de los factores y condiciones que sitúan a los menores en riesgo de manifestar alguno de estos tres comportamientos (delincuencia, criminalidad, abuso de drogas), así como a los factores o condiciones que los protegen de su emisión.

Los factores de riesgo y protección no son eventos discretos ni características estáticas que puedan identificarse y clasificarse como si de plantas o animales se tratase. Las propiedades de riesgo en sí mismas tampoco residen necesariamente dentro de las características o eventos referidos como factores de riesgo. La naturaleza de los factores de riesgo sólo puede entenderse a través de la consideración de tres de sus principales características (Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer y Offord Kazdin, 1997).

Primero, el término factor de riesgo es un concepto *co-relacional*. En consecuencia, referir que una característica actúa como factor de riesgo no significa que necesariamente tenga que producirse el resultado.

Segundo, su estatus es *condicional* y *probabilístico*. La relación *factor de riesgo-resultado* depende de un número determinado de variables. Algunas son características del propio riesgo (por ej., duración, intensidad, tiempo de exposición), otras son características de la población a la que se asocia (edad, sexo, clase social), y otras son variables que pueden estar asociadas con el propio factor de riesgo (por ejemplo, presencia o ausencia de otras características, experiencias del individuo).

La investigación del «factor de riesgo» ha alentado también el estudio de los componentes eficaces en el diseño de los programas preventivos (véase Cap. 2 de la Guía).

2.2. Identificación de las Conductas/Condiciones de Riesgo del Menor

En general, el término conducta de riesgo engloba al conjunto de actividades que incrementan la probabilidad de consecuencias negativas para la personalidad, el desarrollo adaptado o la salud biopsicosocial (Kazdin, 1993).

El uso y abuso de sustancias es un ejemplo sencillo de comportamiento de riesgo. Esta conducta se practica con relativa frecuencia, debuta a edades cada vez más tempranas, y se relaciona con toda una serie de importantes consecuencias negativas para la salud (Dryfoos, 1990; PNSD, 2002). Los menores que abusan de las drogas también están *en riesgo* de fracaso escolar, actos delictivos, ciertos trastornos psicopatológicos y bajos niveles de competencia y autonomía en la edad adulta (Chassin, Pitts y De Lucia, 1999).

La noción de *menor en riesgo* indica que estas consecuencias no resultan inevitablemente del uso o abuso de drogas a edades tempranas, sino que el uso y abuso de sustancias forma parte de una secuencia conductual que a menudo conduce a nuevas consecuencias negativas que también precisan intervención.

Al igual que otros comportamientos de riesgo, el abuso de sustancias no tiene una ocurrencia súbita; aparece en el contexto del desarrollo e influye en su curso posterior. Por ello, y a pesar de su importancia como único objetivo de intervención, el consumo de drogas no es el punto de partida ni debe contemplarse siempre como el resultado final. Esto nos ayuda a considerar las conductas de riesgo desde una perspectiva más amplia y no tan lineal, es decir, como comportamientos que también tienen efectos (en el sentido de riesgos) en el desarrollo posterior.

Otros ejemplos de conductas de riesgo a quienes dirigir la atención son el sexo sin protección, la conducta violenta, antisocial o delictiva; el abandono y fracaso escolar; y el escaparse de casa (Dryfoos, 1990; Hechinger, 1992). Estos comportamientos covarían entre sí, están asociados con problemas de salud física y psicológica durante la niñez/adolescencia, y tienen graves consecuencias en la edad adulta (Kazdin, 1993).

Las conductas mencionadas también pueden distinguirse de los *factores* o *condiciones* a las que están expuestos algunos menores. Consideremos, por ejemplo, el abandono familiar o la deprivación económica como ejemplos de exposición a condiciones de riesgo. El abandono familiar tiene múltiples consecuencias físicas y psicológicas. Además de algunas sobresalientes con relación a la salud física (malnutrición, por ejemplo), la tasa de problemas psiquiátricos y conductuales (depresión, ansiedad, abuso de drogas) es tres veces mayor en niños/adolescentes sin hogar que en sus controles con hogar, y la presencia de disfunciones académicas (fracaso y abandono escolar) es notablemente más elevada en los menores expuestos a estas condiciones (Brooks-Gunn, Duncan y Aber, 1995). Otras características estructurales de la comunidad (p. ej., desempleo y tasa de criminalidad) que impactan en la incidencia de pro-

blemas infantiles internalizados y externalizados, mediatizan su influencia a través del comportamiento de familias y grupos de iguales (Boyce et al., 1998). Aunque el peso independiente de las influencias del abandono, del desempleo o de la deprivación económica no se han podido aislar en la mayor parte de los estudios disponibles, un amplio rango de condiciones sociales incrementan a su vez el *riesgo* de realizar comportamientos de *riesgo*.

El abandono y el descuido de los padres es uno de los factores que sitúan a los menores en riesgo de emitir conductas desadaptativas. Otros ejemplos son el abuso físico, sexual y emocional, el desamparo, determinados cambios en la composición y estructura familiar, como el divorcio o la separación de los padres, la ausencia de supervisión en la familia, y otros por el estilo. Cada uno de estos factores coloca a los *menores en riesgo* de problemas conductuales, de ajuste y de disfunciones clínicas, y constituyen por tanto un blanco prioritario de los objetivos de la prevención (véase también el Capítulo 5 de esta Guía).

En España, las condiciones sociales de riesgo que afectan a la vida y la salud de miles de menores son notables. Un buen número de niños viven en la pobreza. Más de un 20% de casos de menores sufre algún tipo de abuso o abandono al año, y el 14% de ellos padecen problemas de violencia doméstica. Estos ambientes sociales exponen a los menores a experiencias notablemente aversivas, ofreciendo apoyos mínimos al desarrollo conductual y emocional sano, y haciendo probable la emergencia de problemas nuevos (véase también el Capítulo 5 de esta Guía).

Algunos factores de riesgo tienen más peso que otros; otros no contribuyen al riesgo a menos que se encuentren presentes factores distintos y la acumulación de factores puede incrementar el riesgo.

En algunas ocasiones un único factor de riesgo puede ser relevante para explicar múltiples resultados negativos. La maternidad en la adolescencia, por ejemplo, actúa como factor de riesgo para distintas consecuencias y a diferentes niveles. Al nivel de la madre adolescente (especialmente a la edad de 16 años o por debajo de esta edad), se incrementan el riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto (toxemia, anemia, prematuridad y bajo peso al nacer), de estatus laboral bajo, de matrimonio inestable y de divorcio. Los hijos de madres adolescentes también están en riesgo de problemas conductuales y emocionales en la infancia, de fracaso escolar en adolescencia, de intentos de suicidio en la edad adulta, y de convertirse ellos mismos en padres adolescentes (Hetchman, 1989; Hofferth y Hayes, 1987).

La presencia combinada de factores puede aumentar el riesgo de forma más sinérgica que aditiva (Webster-Stratton y Taylor, 2001), y el

impacto de un factor particular puede depender enteramente de la presencia y número de otros factores de riesgo. Por ejemplo, en un modelo aditivo, la disciplina laxa y el abandono de los padres incrementan conjuntamente la probabilidad de desarrollar ciertos trastornos psicológicos, independientemente de que se presenten solos o combinados entre sí. También puede ocurrir que ambos factores operen de manera interactiva, tal que los efectos de la disciplina laxa sobre la psicopatología infantil disminuyan bajo condiciones de aceptación parental pero aumenten bajo condiciones de rechazo (un modelo moderador). Una última posibilidad es que los efectos de una variable estén completamente mediatizados por procesos implicados en la otra. Por ejemplo, el rechazo de los padres incrementa el riesgo de psicopatología, porque el rechazo conduce a prácticas de disciplina laxa, que son quienes de hecho promueven la disfunción psicológica. Los ejemplos específicos son menos importantes que el sentido general: los factores de riesgo contienen múltiples dimensiones que añaden, moderan o mediatizan sus influencias en el desarrollo conductual y emocional.

En nuestra argumentación, los menores que presentan un riesgo mayor de abuso de sustancias, delincuencia y criminalidad en la adolescencia son aquellos que exhiben un TND o un TD de comienzo temprano, e incluso formas subclínicas de ambos trastornos (Webster-Stratton y Taylor, 2001). El riesgo se incrementa si a éstos le añadimos alguno de los siguientes factores: prácticas de disciplina familiar duras y/o inconsistentes, consumo parental de alcohol y drogas, supervisión familiar baja, asociación con iguales desviados y problemas académicos o de fracaso escolar. Otros factores de riesgo (por ejemplo, desamparo, privación económica, estatus matrimonial, etc.), que también impactan en el desarrollo psicológico infantil, lo hacen a través de su influencia en uno de los cinco factores mencionados.

En la Figura 1 se detallan los factores de riesgo comunes al desarrollo de conductas violentas, delictivas y de abuso de sustancias. Webster-Stratton y Taylor (2001) también han desarrollado un modelo explicativo del desarrollo de estos problemas conductuales, que presentamos en la Figura 2.

De acuerdo con el modelo, el funcionamiento «en cascada» de los factores de riesgo hace imperativo comenzar los programas de prevención tan pronto como sea posible. Abordarlos en el brote evitaría tanto su cronificación como la emergencia de riesgos nuevos (escolares y de amistades), y serviría para promover la presencia de recursos protectores que trabajen en contra del abuso de sustancias y de la conducta violenta.

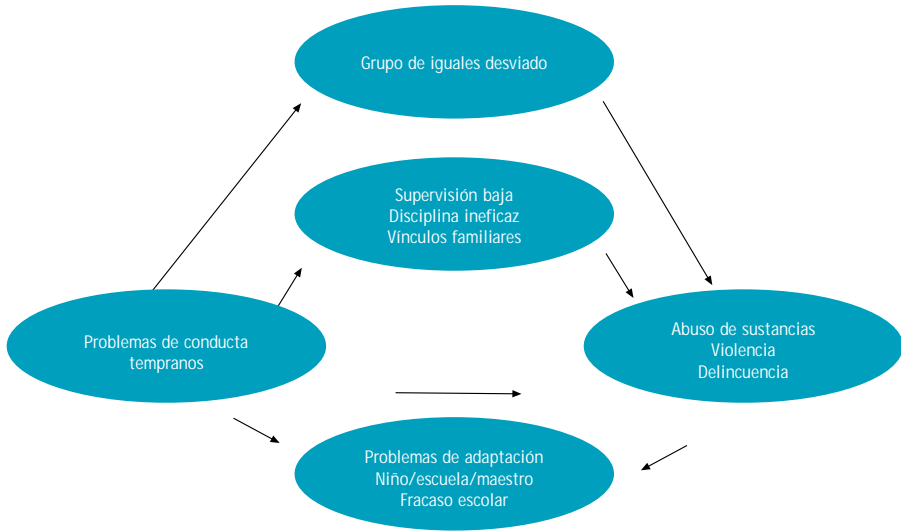


Figura 1. Predictores del abuso de sustancias y de la violencia en la adolescencia

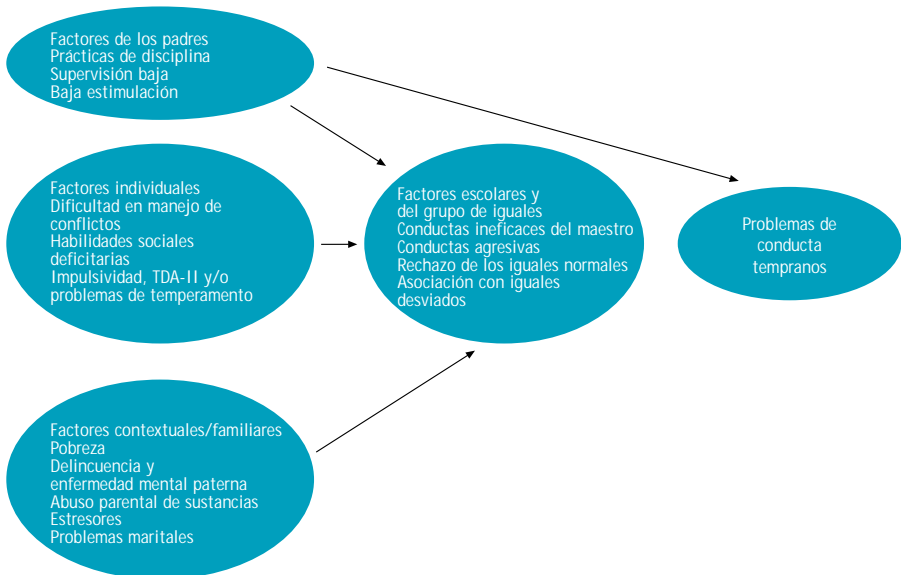


Figura 2. Factores de riesgo relacionados con conductas-problema

2.3. Identificación de conductas/condiciones de protección del menor

La tendencia natural a enfocar el análisis de las conductas perturbadoras en términos de «factor de riesgo» falla por no tener en cuenta la importancia de las conductas/condiciones de protección (Glantz y Johnston, 1999). De hecho, conductas y condiciones de riesgo se ven a su vez influidas por una miríada de factores. Algunos tienen que ver con parámetros de ejecución y exposición, como severidad, intensidad o cronificación de la conducta o condición, y otro buen número de ellos son factores contextuales (red de apoyo a cualquier nivel, por ejemplo) que ofrecen resistencia al riesgo y fomentan competencias adaptadas. En general, todos ellos se recogen bajo el epígrafe general de «factores de protección».

Los factores de protección operan para promover un desarrollo adaptado y para diluir o contrabalancear el impacto negativo de los factores de riesgo, reduciendo la probabilidad de que estos últimos lleguen a cristalizarse en consecuencias negativas. Al igual que los de riesgo, los factores protectores también pueden funcionar de manera interactiva, tal que la presencia de alguno de ellos reduzca el riesgo de consecuencias negativas dentro de un grupo de alto riesgo, pero tenga un impacto limitado dentro de un grupo con riesgo menor. Por ejemplo, en la consideración de la drogadicción de los padres como factor de riesgo para el consumo adolescente (Hawkins, Catalano y Miller, 1992), el grado de supervisión y de cohesión familiar llega a ser de gran valor en la reducción del riesgo de consumo de los hijos (Hoffmann y Cerbone, 2002). En contraste, en familias sin un padre alcohólico, el grado de supervisión familiar puede no estar relacionado (o tan sólo débilmente) con el uso de sustancias posterior. No siempre un evento o una circunstancia negativa se convierten en factor de riesgo de un problema posterior. Algunos menores criados en comunidades y barrios donde el consumo de sustancias es elevado, jamás llegan a convertirse en consumidores, ni todas las víctimas de abuso sexual y otros traumas están en riesgo de abuso de sustancias posterior (Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Best y Schnurr, 2000).

En nuestra argumentación, la emisión de una conducta de riesgo (por ej., abuso de drogas) es algo más que el resultado final producto de una suma de factores. La interacción de los factores de riesgo y protección es quien determina el resultado (riesgo), y la interacción del individuo con su ambiente es quien determina la vulnerabilidad a la conducta desajustada (Glantz, 1992). Aunque un buen número de estudios han constatado que a mayor número y severidad de factores de

riesgo, mayor probabilidad de consumo de drogas (Maddahian, Newcomb y Bentler, 1988), asumir que el riesgo de consumir drogas es una simple suma de influencias predisponentes es ignorar la interacción entre éstos y los factores protectores que pueden contrarrestarlos. La utilización de un modelo que considere la interacción del individuo con su ambiente y que estudie el sistema de interacciones entre factores de riesgo y protección será más válido y útil, y al mismo tiempo nos proporciona una guía óptima para el desarrollo de las intervenciones preventivas.

Los factores de protección han sido menos estudiados que aquellos que incrementan el riesgo, pero es sobresaliente señalar que los datos apuntan como un factor protector *ser niña* en la temprana y mediana infancia; recibir *cuidados estables* por un adulto competente, desarrollar buenas habilidades sociales y de solución de problemas, utilizar estrategias de *enseñanza efectivas*, etc.

En la Tabla 1 se recogen algunos de los factores de protección más conocidos a distintos niveles, de acuerdo a las propuestas de Schroeder y Gordon (1991) y de Masten, Best y Garmezy (1990).

2.4. Factores de riesgo y protección en interacción y en contextos diferentes

La complejidad de las formas en que interactúan los factores de riesgo y protección se enmaraña enormemente cuando se descubre que la relevancia de un factor de riesgo puede cambiar, y de hecho lo hace, en función del contexto en que se presenta, de la edad y nivel de desarrollo del individuo, y de la presencia o no de otros factores de riesgo y protección de índole diferente (Etz, Roberston y Ashery, 1998).

De entre los contextos que interesan a la noción de *menor en riesgo*, la familia, la escuela, el grupo de amigos o compañeros y los medios de comunicación constituyen algunos de los más relevantes en la ecología del menor.

Como ejemplo de las interacciones entre contextos, consideremos las relaciones que pueden establecerse entre factores familiares y grupo de iguales con relación al desarrollo de un comportamiento disocial. Hipotéticamente, podríamos predecir que tanto la exposición a una disciplina laxa en el hogar en combinación con la elección de un grupo de amigos «problemáticos», contribuyen independientemente al desarrollo de un problema conductual (por ej., abuso de drogas o violencia). Es probable que los menores expuestos a ambos «factores» desa-

rrolen más problemas conductuales que los expuestos a uno solo de ellos. Sin embargo, también cabe una explicación alternativa, según la cual los problemas de conducta más graves se relacionan con la disciplina laxa sólo cuando el menor entra en contacto con iguales disociales (Boyce et al., 1998). Los estudios que toman en consideración uno solo de estos escenarios (familia, escuela o comunidad) limitan nuestra capacidad para comprender procesos que ocurren a través del tiempo y de los contextos, y que pueden vincularse a la emergencia de un comportamiento problemático. Este asunto ha sido magníficamente ilustrado en los trabajos de Patterson y colegas sobre la influencia conjunta de *padres e iguales* en el desarrollo de la conducta antisocial (Dishion, Patterson, Stoolmiller y Skinner, 1991). De acuerdo con su modelo, la disciplina familiar inconsistente invita a los niños a afiliarse con iguales disociales, lo cual incrementa el riesgo de emitir estos comportamientos. En este ejemplo, el vínculo entre experiencias en uno de los contextos (el familiar) y la conducta antisocial está mediatizado por las experiencias que se producen en un segundo contexto (el grupo de iguales).

De manera similar, la investigación sobre menores en riesgo puede beneficiarse también de la diferenciación entre factores contextuales *estructurales/funcionales*. Los aspectos estructurales se refieren a la organización y composición de la jerarquía de elementos que definen un contexto, mientras que los aspectos funcionales se refieren a los procesos que tienen lugar entre aquellos elementos (Boyce et al., 1998). En general, el impacto de las variables funcionales (por ejemplo, las repercusiones de la disciplina familiar sobre el desarrollo de un problema de conducta infantil) suele analizarse teniendo en cuenta sólo los aspectos estructurales, pero olvidando los funcionales. En la mayoría de investigaciones, la variable estructural se utiliza como sustituta de las prácticas de disciplina familiar (por ej., el estatus marital como variable para analizar el tipo de disciplina que se le ofrece al niño; el trabajo o desempleo de la madre para analizar las interacciones madre-hijo). Sin embargo, es posible que el impacto de las variables estructurales del contexto esté mediatizado por una o más características funcionales; si el estatus matrimonial afecta al desarrollo de problemas de conducta es probable que lo haga afectando en el funcionamiento familiar (las relaciones padres-hijos, las relaciones de pareja, etc.) (Fauber, Forehand, McCombs y Wierson, 1990).

Finalmente, los estudios también pueden enriquecerse con el conocimiento del anidamiento de contextos. Los contextos proximales (la familia) anidan en escenarios mayores (el barrio), y éstos a su

vez moderan la influencia de los procesos proximales. Los contextos sociales considerados en el ejemplo anterior (familia y grupo de iguales) anidan en un contexto mayor que los contiene, los moldea, los vincula entre sí, y modera su influencia independiente sobre el desarrollo infantil. Este contexto mayor está compuesto por el barrio, la comunidad, la cultura e incluso la época histórica en que cada niño vive.

La mayor parte de las investigaciones que analizan la importancia de las influencias comunitarias sobre el desarrollo de problemas infantiles ha demostrado que algunas características estructurales de la comunidad (desempleo, mezcla racial, tasa de delincuencia) aumentan el porcentaje de problemas internalizados y externalizados en la infancia a través de consecuencias en la familia y el grupo de iguales. Algunos de estos efectos son directos, como cuando la exposición repetida a la violencia incrementa los niveles de depresión, ansiedad y miedo infantil (Fitzpatrick, 1993). Otros, sin embargo, están mediatizados por influencias en los ambientes próximos, tal que la tasa de criminalidad en el barrio aumenta las conductas protectoras de los padres hasta el punto de restringir el desarrollo de la autonomía e independencia de los hijos (Boyce et al., 1998). Finalmente, algunos efectos comunitarios operan como moderadores que ocurren en contextos más inmediatos. Por ejemplo, la relación entre ciertas prácticas de disciplina (padres autoritarios) y la salud mental de los niños también puede variar en función de ciertos rasgos de la comunidad (la proporción de otras familias autoritarias, por ejemplo) (Darling y Steinberg, 1993).

Por último, el desarrollo conductual y psicológico también se acompaña de cambios en la importancia concedida a los contextos sociales. Los contextos se ensanchan, se diferencian y cambian con la edad, y sus efectos se van haciendo cada vez más específicos. Los cambios en los contextos relevantes pueden verse muy bien en las fases descritas en las Figuras 1 y 2, y en el modelo de Patterson que se describe más adelante. La importancia concedida al grupo de iguales se incrementa longitudinalmente durante el curso del desarrollo, y aunque la actitud de los padres puede ser un predictor potente de la iniciación en las drogas, la influencia de los iguales llega a ser determinante en la probabilidad de continuar su curso (Kandel y Andrews, 1987; Collins, 1990). Alternativamente, la actitud de los padres también puede funcionar como variable moderadora, que tanto disminuye como aumenta estas influencias (Brook, Whiteman, Gordon y Brook, 1985).

Tabla 1
Factores de protección

FACTORES PROTECTORES EN INFANCIA	
<p><i>Características del niño</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena salud - Ser niña - Temperamento fácil - Desarrollo controlado - Nivel de actividad moderado - Atención adecuada - Desarrollo normal del lenguaje - Locus de control interno - Físico atractivo - No ser primogénito - Estrategias de afrontamiento flexibles - Habilidades sociales buenas - apego seguro - Ejecución académica alta - Alta autoestima <p><i>Características de los padres</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Buen ajuste psicológico - Educación superior - Padres sensibles y responsables - Alta autoestima - Estilo de afrontamiento flexible - Conocimiento del desarrollo - Buena salud - Disciplina clara, flexible pero con límites 	<p><i>Características de la familia y del ambiente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vivir con los padres - Familias sin muchos niños - Cohesión familiar - Disciplina consistente - Nivel socioeconómico alto - Apoyo a la familia - Empleo estable - Adecuado cuidado del niño - Bajo estrés - Ambiente rural <p><i>Inteligencia alta</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Madre madura - Disponibilidad - Buenos modelos - Crianza cálida - Supervisión cercana
(Fuente: Schroeder y Gordon, 1991)	
FACTORES PROTECTORES EN ADOLESCENCIA	FACTORES ASOCIADOS A ESCUELAS CON ÉXITO ACADÉMICO
<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado estable - Adultos competentes - Buen aprendizaje - Habilidades de solución de problemas - Control del estrés - Autoestima alta - Valores claros - Relaciones sociales - Facilidad para contraponerse a la presión del grupo - Responsabilidad social - Competencia social y eficacia percibida - Estrategias de enseñanza efectivas - Buen estudiante - Hogares intactos 	<ul style="list-style-type: none"> - Los niños pasan más tiempo con el material académico - Se implican en la tarea de una forma efectiva - Evaluación directa, individual y frecuente - Entrenamiento hasta que aprenden el concepto pertinente - Aplicación de lo aprendido - La dirección invierte más tiempo en tareas pedagógicas que administrativas.
(Fuentes: Masten, Best, Garmezy, 1990; Rae-Grant, Thomas, Offord y Boyle, 1989; Morganett, 1990)	(Fuentes: Greer, McCorkle y Williams, 1989; Sulzer-Araroff y Mayer, 1986,1991)

3. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA EN MENORES EN RIESGO

3.1. Problemas conductuales co-ocurrentes. Un modelo explicativo

Jessor (1984) llamaba la atención sobre una característica particular de los comportamientos de riesgo en la adolescencia, como es la evidencia de las interrelaciones existentes entre sus diversos tipos. Las conductas de riesgo tienden a covariar sistemáticamente en su ocurrencia, de tal modo que existe una alta probabilidad de encontrar varias conductas de riesgo presentes en un mismo adolescente, pudiéndose tomar cada una de ellas como predictora de las demás (Glantz, 1992; Kazdin, 1993; Takanishi, 1993). Por ejemplo, existen evidencias de la correlación de varios comportamientos de uso de sustancias en los mismos individuos, de tal modo que los adolescentes que beben alcohol sistemáticamente presentan también mayores tasas de consumo de otras drogas, como tabaco, marihuana u otros tipos, y lo mismo puede decirse de cada una de ellas con respecto a las demás (Rachel et al., 1980; Jessor, Donovan y Widmer, 1980).

A su vez, el uso y abuso de sustancias correlaciona a menudo con la presencia de otras conductas de riesgo, como promiscuidad sexual y conducta antisocial y delincuente, dándose incluso la presencia encadenada de varias de ellas (Dryfoos, 1990; Jessor y Jessor, 1977; Newcomb y Bentler, 1986; Tamir, Wolf y Epstein, 1982).

Esta covariación llevó a Jessor (1984) a formular el *síndrome de la conducta de riesgo*, definido como una constelación organizada de comportamientos en un mismo individuo que supondría riesgos para la salud, y que se presentan de forma conjunta en lugar de como conductas aisladas o independientes. Este patrón de comportamiento se formaría durante el período adolescente (tentativamente entre los 12 y los 18 años).

Un concepto parecido ha sido retomado posteriormente por Patterson y colegas (Dishion, Patterson y Kavanagh, 1992; Patterson, Capaldi y Bank, 1992), quienes proponen el «*síndrome de conducta antisocial*» para explicar el desarrollo de estos comportamientos a partir de la influencia del grupo de iguales. El modelo sugiere que las prácticas de disciplina dura e inconsistente sobre comportamientos oposicionistas tempranos genera más conductas agresivas a través de un proceso que incorpora nuevas interacciones coercitivas entre los padres y el niño. Con el propósito de evitar estas interacciones aversivas, se incrementan la disciplina y supervisión inconsistente, y se consigue la estabilización del comportamiento agresivo. Este patrón conductual, que más tarde se extiende al ámbito escolar, sitúa al niño en una trayectoria en la que pro-

bablemente aparecerán el rechazo de compañeros no problemáticos y el fracaso académico. Durante la adolescencia temprana, el niño ya habría establecido un grupo de iguales similares a él, los cuales a su vez moldean y refuerzan los comportamientos antisociales. En ese momento el niño está en riesgo de desarrollar un patrón estable de conducta antisocial y delictiva, así como de abuso de drogas (Patterson et al., 1992).

Recientemente se ha visto que el modelo de Patterson es pertinente para explicar el desarrollo de un *síndrome de conductas problemáticas* más general durante la mediana-tardía adolescencia (Ary, Duncan, Duncan y Hops, 1999), en el que la conducta antisocial, las conductas sexuales de riesgo, el fracaso escolar y el consumo de drogas, formarían un constructo simple (Ary et al., 1999).

Como hemos venido apuntando, el curso del desarrollo refleja una serie sucesiva de continuos antecedentes y resultados. Cada punto de la secuencia puede verse al mismo tiempo como condición antecedente para una consecuencia posterior, y como un resultado con relación a una causa antecedente.

Tomando como referencia ese *continuum*, Patterson et al. (1992) propusieron una secuencia de cinco fases o estados que explican la progresión de la conducta antisocial y delictiva desde la primera infancia hasta la edad adulta. Cada una de estas fases está marcada por la presencia de ciertas *conductas-clave* que aparecen tempranamente. A saber: (a) síntomas antisociales (desobediencia, interacciones coercitivas), (b) déficit en HH académicas y rechazo de los iguales, (c) relaciones con iguales desviados, (d) conductas delictivas y de abuso de sustancias, (e) estabilización de la delincuencia y de la conducta antisocial. Los comportamientos de cada fase provocan reacciones en el ambiente social (rechazo de la familia, de los iguales, fracaso académico) que desplazan al niño del desarrollo adaptado y prosocial. La característica más importante del modelo es la conceptualización dinámica, recíproca y progresiva de las interacciones niño-ambiente, pues las experiencias de cada etapa pueden conducir tanto a la disfunción como a la adquisición de nuevos riesgos.

Análisis posteriores refuerzan esta idea. Los problemas de conducta «menores» (genio, rabietas, desobediencia, testarudez, mentiras) a menudo preceden a actos más severos (robo, vandalismo) en el repertorio infantil. La mayoría de los adolescentes que presentan problemas serios de conducta han progresado desde problemas menores (Lahey, Loeber, Quay, Frick y Grimm, 1992; Loeber et al., 1993; Webster-Stratton y Taylor, 2001). Por ejemplo, el Trastorno Disocial de comienzo infantil debuta con conductas desobedientes, hiperactivas y opositoras en la infancia, y frecuentemente progresa a comportamientos agresivos y de-

lictivos en otros momentos de la vida con una probabilidad mayor que el subtipo de comienzo adolescente. El TD de comienzo infantil también ha sido estudiado con relación a las interacciones padres-hijos. Las prácticas de disciplina severa e inconsistente, discutidas previamente, están más relacionadas con el TD de comienzo temprano que con el TD adolescente, y suponen un primer paso que conduce a otras consecuencias (rechazo de los iguales normales, asociación con amigos problemáticos, fracaso escolar) que predicen un pronóstico peor.

Incluso los factores de riesgo para el consumo de drogas propuestos por Hawkins et al. (1992), reflejan problemas tempranos del desarrollo que emergen años antes que los problemas de uso y abuso de sustancias. El rechazo de los iguales en la escuela primaria y los problemas de conducta tempranos y persistentes implican dificultades previas que anteceden a los problemas de consumo (Cicchetti y Rogosch, 1999). Los factores contextuales como la deprivación económica y la desorganización comunitaria también impactan antes en el curso del desarrollo que la aparición del consumo de drogas. Igualmente improbable es que el consumo de los padres opere sólo durante el período adolescente, pues el consumo familiar de sustancias provoca continuas disfunciones en la vida familiar que también repercuten en el desarrollo conductual y psicológico. Alienación, bajo compromiso escolar, fracaso académico y asociación con iguales desviados son otros ejemplos de procesos que han echado raíces a lo largo del desarrollo, y no solamente en la adolescencia.

Como señalan Robins y McEvoy (1990) el *abuso* de sustancias es extremadamente raro en menores sin problemas conductuales, sin importar siquiera la edad de comienzo del consumo. Con base en los datos de dos estudios de seguimiento, los autores sugieren que para quienes consumen drogas por primera vez antes de los veinte años, el número previo de conductas-problema predice mejor el abuso de sustancias posterior que la edad de iniciación en las drogas (antes o después de los quince años). De los que se iniciaron en el consumo antes de los quince años y presentaron más de seis conductas problemáticas, más de la mitad desarrolló abuso; sin embargo, con una única conducta problema, sólo el 5% lo desarrolló. Cuando el primer contacto con las drogas se produce entre los 15 y 19 años, el número de conductas-problema es un factor de más peso para el abuso de drogas posterior, y el control sobre la edad de inicio del consumo sólo logra reducir su impacto (Robins y McEvoy, 1990). Todo lo cual supone que la comorbilidad previa entre conductas problemáticas predice mejor el riesgo de abuso posterior, y que el efecto aparente de la edad de comienzo es sólo un producto de la iniciación temprana en personas que ya presentan problemas conductuales (y tal vez con otros diag-

nósticos psiquiátricos). Aunque faltan estudios prospectivos que puedan confirmarlas, estas hipótesis contrastables necesitan ser analizadas en posteriores investigaciones.

3.1.1. Implicaciones para el diseño de programas de prevención temprana

Una estrategia de prevención *temprana* evitaría la progresión de estos problemas conductuales, y sería más eficaz y menos costosa que las intervenciones dirigidas a poblaciones de niños con una edad superior. En principio, en cualquier fase o etapa es posible retrasar o prevenir el progreso a la etapa siguiente, porque la relación entre ellas es probabilística. Igualmente, la identificación del grupo de *menores en riesgo* que no manifiesten estas consecuencias puede servir como guía para comprender mejor la trayectoria de la desviación.

Cuando se ofrecen estas intervenciones, el comportamiento infantil se ajusta y se adecúa mejor a las demandas de la familia y la escuela, los resultados se generalizan a conductas no tratadas, y se consiguen importantes beneficios en la prevención de la delincuencia posterior y del abuso de drogas (Taylor y Biglan, 1998). Los objetivos pueden dirigirse tanto al fortalecimiento de determinadas prácticas con el propósito de prevenir el desarrollo de subsecuentes interacciones de riesgo, como a la atención sobre la primera inclusión del niño dentro del grupo de iguales conflictivos con el fin de prevenir asociaciones posteriores problemáticas (Ary et al., 1999). Patterson et al. (1982) encontraron que la disciplina ineficaz a la edad de diez años sitúa al niño en un camino cuyo final puede ser la conducta antisocial y delictiva, y demostraron reducciones significativas en conducta antisocial utilizando programas para padres basados en esta aproximación de tratamiento temprano. Estos comienzos tempranos pueden identificarse ya durante el primer año escolar, al confirmar la presencia conjunta de conductas agresivas en casa y en el colegio (Campbell, 1995). Algunas investigaciones han demostrado que a la edad de seis años (Loeber, 1990; Loeber et al., 1993) e incluso por debajo de esta edad (Webster-Stratton y Taylor, 2001) ya pueden identificarse futuros adolescentes violentos con una fiabilidad aceptable.

3.1.1.1. Intervenciones familiares

Las intervenciones diseñadas para prevenir el desarrollo de conductas de abuso de sustancias, violencia y delincuencia, pueden ofertarse

tanto a madres de alto riesgo (madres adolescentes o que viven en condiciones de pobreza) desde el embarazo hasta los dos años (por ej., Olds et al., 1997), como a padres cuyos hijos exhiben conductas desobedientes, testarudez y conductas agresivas a edades tempranas (de dos a ocho años). De estas intervenciones, las que cuentan con mayor apoyo empírico son las que proceden del enfoque conductual. En la Tabla 2 se ofrece un sumario de estas intervenciones en función de la edad de los niños, el formato del programa, su duración y el tipo de estudio (universal, selectivo o indicado).

El entrenamiento conductual a padres (tanto si se presenta en formato individual, grupal o autoadministrado) mejora las prácticas de disciplina familiar y reduce los problemas conductuales de niños de dos años y menores. Tras estas intervenciones, 2/3 de los niños tratados exhiben comportamientos que entran en el rango considerado normal (Webster-Stratton, 1990). Los datos de generalización de estas mejorías conductuales al ámbito escolar son, sin embargo, confusos. De acuerdo a los informes de profesores, las mejoras informadas en casa no siempre se trasladan a la escuela, especialmente en los casos en que los maestros no están implicados en las intervenciones.

Por otra parte, los programas conductuales de entrenamiento a padres que incluyen la atención a problemas interpersonales (por ej., depresión y conflicto marital) y a estresores familiares, demuestran resultados superiores a los obtenidos cuando el entrenamiento se focaliza únicamente en habilidades parentales.

3.1.1.2. Intervenciones individuales

En general, las intervenciones dirigidas a menores en riesgo de abuso de sustancias, delincuencia y conductas violentas se centran en la enseñanza directa de competencias sociales, cognitivas y emocionales por medio de estrategias de solución de problemas, de manejo de la ira, de fomento de habilidades prosociales y de lenguaje emocional (Lochman y Wells, 1996).

La literatura que revisa la eficacia de estas intervenciones (especialmente de las que incluyen estrategias de solución de problemas) señala que son menos eficaces que las intervenciones familiares en la promoción y desarrollo de la competencia social y en la reducción de problemas conductuales (Taylor, Eddy y Biglan, 1999), y que la ausencia de generalización a otros escenarios y el escaso mantenimiento de sus efectos son sus mayores debilidades (Bierman, 1989). En la Tabla 3 se ofrece

una revisión de algunos de estos programas en función de la edad del niño, el formato del programa, su duración y la población estudiada.

Tomados conjuntamente, la mayoría de estos estudios indican que las intervenciones infantiles que incorporan estrategias de solución de problemas son sólo *probablemente eficaces*, y que la efectividad aumenta cuando a éstas se le añaden programas de entrenamiento a padres y profesores. Cuando esto ocurre, los resultados son significativamente mayores en términos de mejoría de las relaciones con compañeros, disposición escolar, cooperación con profesores y comportamiento en casa. En otras palabras, sus efectos aumentan y se generalizan a través de los escenarios (de casa al colegio) (Webster-Stratton y Taylor, 2001).

3.1.1.3. Intervenciones escolares

En el ámbito escolar (y pre-escolar también) pueden ofertarse programas preventivos dirigidos a promover conductas académicas y sociales adecuadas, y a prevenir la emergencia de problemas y riesgos posteriores. Las intervenciones escolares que cuentan con mayor apoyo empírico han demostrado su eficacia en la consecución de estas competencias, así como en la reducción de los factores de riesgo asociados al fracaso escolar, delincuencia y abuso de drogas. Tomadas en su conjunto, estas investigaciones demuestran ser *probablemente eficaces* en la consecución de estas ganancias. Un sumario de estas investigaciones puede verse en la Tabla 4.

En algunas intervenciones universales y selectivas se incluyen principalmente tácticas de manejo escolar por el profesor, mientras que en otras intervenciones universales el interés principal se centra en la enseñanza de habilidades interpersonales a los menores. Mientras el currículo de entrenamiento en habilidades presenta beneficios más modestos, el entrenamiento a profesores consigue ganancias mucho más sustanciales.

Los comportamientos específicos del profesor que se incluyen en los programas eficaces son, en general, los siguientes: a) niveles altos de alabanza y reforzamiento social (Walter, Colvin y Ramsey et al., 1995); utilización de estrategias proactivas, como preparación para las transiciones y reglas escolares predecibles (Hawkins, Von Cleve y Catalano, 1991); uso eficaz de órdenes breves y concretas, advertencias y recordatorios (Abramowitz, O'Leary y Futttersak, 1988); utilización de sistemas de reforzamiento tangible para conductas sociales apropiadas; uso moderado pero consistente del coste de respuesta para conductas agresivas o disruptivas; y estrategias de solución de problemas (Shure, 2001).

Tabla 2
Sumario de programas de prevención validados empíricamente: intervenciones familiares

Intervenciones familiares							
Tipo de programa y nombre	Edad de los niños	Objetivos y formato de la intervención	Nº de horas	Estudio*			Resultados
				U	S	I	
Home visiting (Olds et al., 1997; Kitzman, 1997; Barnard et al., 1988)	Prenatal y bebés	Educación individual a padres	60-90 min., cada semana durante el embarazo hasta la edad de 2 años	X			↓ Detenciones a los 15 años y ↓ lesiones infantiles
Living with Children (Patterson et al., 1982)	3-12	Entrenamiento en HH familiares	15-20 horas por familia				
Helping the Noncompliant Child (Forehand & MacMahon, 1981)	3-8	Entrenamiento en HH individuales a los padres	6-12 horas por familia			X	↓ Problemas de conducta
Parent-Child Interaction Therapy (Eyberg, Bogg y Algina, 1995)	2-6	Entrenamiento en HH individuales a los padres y al niño	14 horas por familia			X	↓ No adhesión
Synthesis training (Wahler et al., 1993)	5-9	Entrenamiento en HH individuales a los padres	361-horas (sesiones por familia durante 9 meses)			X	↓ Problemas de conducta
Enhanced family treatment (Prinz y Miller, 1994)	4-9	Entrenamiento en HH familiares	16-28 horas por familia				
Positive Parenting Program (Triple P; Sanders y Dadds, 1993)	7-14	Entrenamiento en HH individuales a los padres. Autoadministrado.	6-12 horas por familia			X	↓ Conductas averasivas
Incredible Years Parenting Program (Webster-Stratton, 1990)	2-8	Entrenamiento grupal a padres Autoadministrado.	20-44 horas por grupo (12-14)		X	X	↓ Problemas de conducta
DARE to be You (Miller-Heyle et al., 1998)	2-5	Entrenamiento grupal a padres	20-24 horas por grupo (12-14)		X		↓ Conducta oposicionista
Focus on Families (Catalano & Haggerty, 1999)	7-11	Entrenamiento grupal a padres y visitas a casa	53 horas		X		↓ Uso parental de drogas

(*) U: Intervención Universal; S: Intervención selectiva; I: Intervención indicada

Tabla 3
 Sumario de programas de prevención validados empíricamente: intervenciones individuales

Intervenciones individuales							
Tipo de programa y nombre	Edad de los niños	Objetivos y formato de la intervención	N° de horas	Estudio*			Resultados
				U	S	I	
Problems-solving curriculum (Kazdin et al., 1992)	7-13	Entrenamiento en HH individuales a los padres y al niño	25 horas en 25 semanas			X	↓ conductas problema a la edad de 11 años
Incredible Years Dinosaur Program (Webster-Stratton et al., 1997, 2000)	4-8	Entrenamiento en HH individuales a niños en grupos pequeños	40 horas			X	↓ Agresión a iguales
Peer coping skills Training (Printz et al., 1994)	6-8	Entrenamiento en HH individuales a niños en grupos pequeños	19-24 horas en 22 semanas			X	↓ Agresión
Earls court Social Skills Program (Peplar et al., 1995)	6-12	Entrenamiento en HH individuales a niños en grupos pequeños y entrenamiento a padres	± 75 horas, 2 veces por semana en 12-15 semanas			X	↓ Agresión

(*) U: Intervención Universal; S: Intervención selectiva; I: Intervención indicada

Tabla 4
 Sumario de programas de prevención validados empíricamente: intervenciones escolares

Intervenciones escolares							
Tipo de programa y nombre	Edad de los niños	Objetivos y formato de la intervención	Nº de horas	Estudio*			Resultados
				U	S	I	
ICPS (Shure & Spivak, 1982)	4-5	Entrenamiento en HH sociales (aula entera).	Lecciones diarias de 20 minutos en 8 semanas	X			↓ Solución de problemas
High Scope Perry Preschool Project (Schweinhart & Weikart, 1988)	3-4	Entrenamiento en HH académicas (aula entera): Entrenamiento en HH a los padres y al niño, y visitas en casa.	2.5 horas diariamente		X		↓ Arrestos y reducción de la delincuencia a la edad de 27 años
Contingencies for Learning Academic and Social Skills (GLASS) (Hops et al., 1978)	4-6	Entrenamiento individual al niño en clase.	20 minutos diarios /1 mes			X	↓ Conductas inapropiadas
Program for Academic Survival Skills (PASS) (Greenwood et al., 1977)	4-9	Entrenamiento al profesor + consultas	6 sesiones + 17 reuniones		X	X	↓ Conductas inapropiadas
Good Behavior Game (Kellman et al., 1998)	6-7	Entrenamiento en HH sociales y académicas (todo el aula): entrenamiento al profesor	10 minutos/3 días por semana (para los Grados 1 y 2)		X		↓ Agresión
Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS; Greenberg & Kusche, 1998)	6-8	Entrenamiento al profesor +consultas semanalmente.	131 lecciones durante 5 años	X			↓ Solución de problemas ↓ Problemas de conducta
Second Step (Grossman et al., 1997)	8-9	Total del aula.	30 lecciones de 35 minutos cada una. 1-2 a la semana	X			↓ Agresión física
Chile Development Project (Battistich et al., 1996)	8-12	Entrenamiento al staff del colegio; fomento de las actividades de la comunidad escolar	¿¿	X			↓ Uso de alcohol ↓ Robo de vehículos

(*) U: Intervención Universal; S: Intervención selectiva; I: Intervención indicada

3.1.1.4. *Intervenciones combinadas*

Existen algunas ventajas de ofrecer programas de entrenamiento a padres dentro de un modelo de prevención escolar. Primero, las intervenciones pueden incluir factores de riesgo a distintos niveles (en el niño, en la familia y en la escuela), y también pueden evaluar los vínculos entre esos contextos. Segundo, los programas escolares son más accesibles para las familias y eliminan el estigma social asociado a la prestación de servicios en salud mental. Tercero, las intervenciones combinadas ya pueden estar disponibles en preescolar y primaria, antes de que los problemas conductuales detectados se cronifiquen y progresen a comportamientos más severos.

En general, numerosos estudios controlados y algunos programas de prevención longitudinal demuestran que las tasas de delincuencia, abuso de sustancias y ajuste escolar se reducen con las intervenciones combinadas. Sin embargo, su propia presentación no permite determinar con precisión los componentes responsables del cambio conductual. En la Tabla 5 se presenta un sumario de estas intervenciones.

3.2. *Psicopatología antecedente*

Llama especialmente la atención la comorbilidad observada entre determinados trastornos psicopatológicos y la presencia de conductas violentas, agresivas, delictivas y de uso y abuso de sustancias (por ejemplo, Trastorno Disocial, Trastorno Negativista Desafiante, Trastornos Depresivos y de Ansiedad, TDA-H, consumo de alcohol y drogas, baja autoestima, crimen, suicidio, fracaso escolar, etc. (Beals, Piasechi, Nelson et al., 1997; Bukstein, Glancy y Kaminer, 1992; Kandel, Davies, Karus y Yamuguchi, 1986; Jessor y Jessor, 1977; King, Ghaziuddin, McGovern, Brand, Hill y Naylor, 1996).

Parte de esta covariación se ha observado, replicado y analizado empíricamente en distintos y recientes trabajos (Armstrong y Costello, 2002; Kandel, Johnston et al., 1999; Kessler, Nelson et al., 1996; Kessler et al., 2001), y no parece derivarse de la imprecisión de los sistemas diagnósticos, ni ser un producto espurio de sesgos o artefactos metodológicos (Angold et al., 1999).

La literatura que investiga esta comorbilidad describe un cuadro variable y complicado. Ciertos trastornos psicopatológicos están significativamente asociados con problemas conductuales precedentes (por ejemplo, con abuso de drogas) (Kessler et al., 2001; Weinberg y Glantz, 1999) y también se han postulado como factores de riesgo del consumo posterior.

Tabla 5
Sumario de intervenciones validadas empíricamente: intervenciones combinadas

Intervenciones combinadas							
Tipo de programa y nombre	Edad de los niños	Objetivos y formato de la intervención	N° de horas	Estudio*			Resultados
				U	S	I	
First Step (CLASS; Walker et al., 1998)	5	Entrenamiento en HH a los padres en casa + reuniones + entrenamiento individual al niño en clase.	6 semanas, 1 hora/semana 2,5 horas diarias/3 meses (50-60 horas)			X	↓ Agresión ↑ Implicación académica
Montreal Program (Tremblay et al., 1995)	7-9	Entrenamiento en HH sociales con iguales; entrenamiento en HH a los padres en casa	9 sesiones en un año; 10 sesiones en 2 años; 17 sesiones en 2 años.			X	↓ Delincuencia a la edad de 15 años; menos peleas a los 12 años
Fast Track (conduct problems prevention group: CPPRG)	6-12	Entrenamiento en HH en clase (U); entrenamiento a padres en casa (S e I); entrenamiento a padres en grupo (S e I); entrenamiento en HH sociales y tutorías para los niños (S e I)	6 años	X	X	X	↓ Problemas de conducta
Linking the Interests of Family and Teacher (LIFT; Reid et al., 1999)	7-11	Grupo de entrenamiento a padres en la escuela (S); entrenamiento en HH a los niños en clase (U); playground Programa	Una vez semanal/6 semanas 20 sesiones de 1 hora dos veces/semana	X			↓ Agresión física
Seattle Social Development Project (Hawkins y Weiss, 1985)	7-11	Entrenamiento en HH sociales, académicas y de solución de problemas; entrenamiento a profesores; Entrenamiento opcional de HH a padres.	1°-5° grados 1°-3° grados	X			↓ Violencia a la edad de 18 años ↓ Agresión
Incredible Years Teacher Training (Webster-Stratton y Reid, 1999)	4-8	Entrenamiento grupal a profesores (U); entrenamiento a padres (S e I); entrenamiento a los niños en grupos pequeños (I)	36-50 horas para niños, profesores y padres	X	X	X	↓ Agresión en clase con iguales y profesores ↓ Conductas problema en casa

(*) U: Intervención Universal; S: Intervención selectiva; I: Intervención indicada

Los estudios sobre el **orden temporal** señalan que el abuso de drogas puede funcionar como factor primario o desencadenante, en otros puede ser más una consecuencia, y en otros, ambas condiciones pueden desarrollarse conjuntamente, quizás en relación con una causa subyacente no identificada (Weinberg y Glantz, 1999). La mayor parte de estas investigaciones se han realizado con población de menores varones, y aún se necesita ampliar este trabajo a las mujeres, especialmente desde que se ha sugerido que el consumo de drogas puede resultar en depresión o ansiedad en mujeres, pero que este orden se invierte para los chicos (Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1996).

En concreto, los estudios que relacionan el Trastorno Bipolar y la Depresión con el abuso de drogas no dejan clara la secuencia temporal que explica esta covariación. Aunque la depresión puede manifestarse una vez establecida la conducta de consumo (Marriege, Fine, Moretti y Haley, 1986), aún no ha demostrado ser un predictor independiente del abuso de sustancias.

Las investigaciones que relacionan el consumo de drogas con los trastornos de ansiedad varían en función del subtipo de trastorno, pero el nivel más alto de precedencia temporal con abuso de sustancias se da en individuos con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (Kilpatrick et al., 2000).

El TDA-H no recibe apoyo como factor de riesgo para el abuso de drogas cuando se considera en el contexto de otros diagnósticos (Clark, Parker y Lynch, 1999; Costello, Erklani, Federman y Angold, 1999; Loeber, Stouthamer-Loeber y White, 1999). Los estudios que demuestran que la hiperactividad puede vincularse con un incremento del riesgo de consumo han encontrado que esta asociación está mediada por las altas tasas de TD que a menudo co-ocurren con el TDA-H, más que como un efecto directo del TDA-H en sí mismo (por ejemplo, Fergusson, Lynskey y Horwood, 1993). De hecho, cuando se miden y controlan los problemas de conducta, la covariación desaparece (Glantz y Leshner, 2000).

Por último, el Trastorno Disocial y el Trastorno Negativista Desafiante se han presentado, en diferentes estudios longitudinales, como fuertes predictores del inicio del consumo de sustancias y del abuso posterior (Clark et al., 1999; Costello et al., 1999; Loeber et al., 1999). También es posible que formas subclínicas de estos trastornos puedan convertirse en señales de alto riesgo que contribuyen a la conducta de consumo (Angold et al., 1999). Así, una de las razones que se ofrecen para explicar parte de la comorbilidad sugiere que el TND a menudo es precursor del desarrollo del TD, quien a su vez se postula como una manifestación tardía y más severa de un proceso que comienza en la infancia temprana en forma de desobediencia y conducta oposicionista.

El hecho de que la organización de los sistemas diagnósticos cree una distinción entre ambos trastornos plantea un serio problema para la aceptación de esta asunción. Algunas conductas del TND son menos frecuentes en infancia y adolescencia que algunas incluidas en el TD. Si, como se asume en los sistemas de clasificación, el TND y el TD no se solapan en contenidos, esto significa que es posible que un individuo pueda cumplir previamente los criterios de TND y posteriormente los de TD, y no cumplir los criterios diagnósticos para ninguno de los dos trastornos en una etapa intermedia. Este tipo de consideraciones ha llevado a algunos investigadores a sugerir que estos diagnósticos deben ser reubicados de acuerdo a tres categorías ordenadas en función del tiempo y de la severidad de los síntomas, a saber: «Trastorno Oposicionista Modificado», «Trastorno Disocial Intermedio» y «Trastorno Disocial Avanzado» (Loeber Loeber, Keenan Lahey, Green y Thomas, 1993; Russo, Loeber, Lahey y Keenan, 1994).

Por último, y como nota de precaución, también es preciso reconocer que la comorbilidad no equivale a decir que la mayoría de los niños con trastornos psicopatológicos se encuentren en una suerte de «camino sin retorno» hacia las conductas violentas y/o de abuso de sustancias, pues un porcentaje importante no termina consumiendo. Incluso en los niños con TD, que es el diagnóstico más fuertemente asociado al abuso posterior, el trastorno funciona simplemente como marcador de alto riesgo que de ninguna manera pronostica el futuro de un niño determinado. En este caso es también cuando los posibles efectos positivos de la familia y otros contextos ejercen sus influencias (Campbell, Shaw y Gilliom, 2000).

3.2.1. Implicaciones para el diseño de programas preventivos indicados

Si ciertas psicopatologías infantiles funcionan como marcadores que facilitan la identificación temprana del riesgo, las intervenciones eficaces de la psicopatología infantil también necesitan incorporar acciones preventivas. Es decir, cuando se oferta tratamiento específico para estos problemas psicopatológicos, los programas de intervención deberían incluir algunas consideraciones sobre la prevención del abuso de sustancias.

Las revisiones más recientes de la literatura empírica sobre la intervención en trastornos infantiles internalizados y externalizados indican que están disponibles tratamientos bien establecidos (Chambless y Hollon, 1998) que además consiguen beneficios perdurables (Compton, Burns, Helen y Roberston, 2002; Farmer, Compton, Burns y Roberts,

2002; Michael y Crowley, 2002). Sin embargo, aún no se ha evaluado si el tratamiento de estos problemas consigue el beneficio secundario de prevenir la violencia y el abuso de drogas (Webster-Stratton y Taylor, 2001).

La evaluación de este beneficio secundario no necesita esperar a que se ofrezcan respuestas sobre cuestiones etiológicas. Desde un punto de vista práctico, la pregunta crítica es si la presencia de una condición (por ejemplo, tratamiento del TND o TD) reduce la probabilidad de una segunda condición (por ejemplo, abuso de drogas) que se presenta posteriormente. Es decir, si ciertos trastornos facilitan el abuso de sustancias (o incluso si ambos comparten procesos o mecanismos comunes), es posible que los tratamientos eficaces para el trastorno original se implementen demasiado tarde como para conseguir apartar al individuo del consumo de drogas. O, como ejemplo alternativo, si la psicopatología infantil no contribuye directamente a la ocurrencia del abuso de sustancias posterior, es necesario evaluar si su tratamiento eficaz ayuda al individuo a desarrollar de forma natural recursos de protección, coping, o habilidades de resistencia que sirvan para reducir la probabilidad de abuso de sustancias posterior (Glantz, 2002).

Aunque no se niegan los enormes beneficios derivados del conocimiento exacto de las relaciones entre psicopatología previa y abuso de sustancias posterior, los asuntos presentados son cuestiones empíricas que pueden ser, ya mismo, investigadas. Por ejemplo, en términos del tratamiento de los trastornos infantiles (cuando no de todos los trastornos), debería producirse un cambio en la concepción de los objetivos. Por un lado, los datos reclaman una expansión de la meta del tratamiento más allá del propósito inmediato de aliviar los síntomas, hasta incluir un interés por el funcionamiento global del individuo, su bienestar y la prevención de problemas futuros. Una segunda expansión de los objetivos del tratamiento debería tratar la ausencia de factores protectores y habilidades funcionales, como el desarrollo de vínculos prosociales y relaciones interpersonales, y abordar el desarrollo de habilidades de afrontamiento individual, de solución de problemas y de otras estrategias de resistencia.

La investigación de estas cuestiones no supone un gasto excesivo, pues podría incorporarse a las intervenciones en marcha o concluidas recientemente. Muchos de los niños participantes en los estudios recientes son ahora adolescentes, lo que deja abierta una ventana ideal para su evaluación. Un análisis en estos términos requeriría un gasto de recursos más modesto que el que se derivaría de iniciar un conjunto nuevo de estudios longitudinales y de seguimiento a largo plazo. Clark y Winters (2002) ofrecen considerable información sobre la metodología y evaluación necesaria para llevar a cabo esta investigación.

4. CONCLUSIONES

Los programas de tratamiento y de prevención necesitan conocer las interconexiones observadas entre el abuso de sustancias, las conductas violentas y la delincuencia, ofreciendo intervenciones de amplio espectro aun cuando algunos de estos comportamientos aún no se hayan manifestado. Familias, escuelas, profesionales de la salud, y cualquiera que ofrezca tratamiento y servicios para niños y adolescentes, deberían trabajar activamente en prevenir y dar respuestas a la posible emergencia de problemas adicionales.

Su consideración conjunta no significa presuponer que el comportamiento violento, el abuso de sustancias y la delincuencia sean un mismo fenómeno; la bronquitis crónica y el cáncer de pulmón no son la misma enfermedad, si bien ambas aparecen en la misma población de individuos. Los comportamientos mencionados se abordan conjuntamente porque se asocian a factores de riesgo idénticos y porque a menudo se presentan solapados e interrelacionados (Becoña, 1999; Cohen, Brook, Cohen, Velez y García, 1990).

Muchas de las investigaciones revisadas apoyan la existencia de distintas vías etiológicas que pueden conducir a conductas violentas, delictivas y/o de uso y abuso de sustancias, algunas que implican distintas condiciones psicopatológicas y otras en las que no se observa patología precedente. En todos los casos se encuentran presentes un número concreto de variables que se constituyen en factores de riesgo comunes a su desarrollo. Éstos pueden concretarse en cinco principales: prácticas de disciplina familiar excesivamente severas y/o inconsistentes, consumo parental de drogas, supervisión familiar baja, asociación con iguales problemáticos, y problemas académicos y de fracaso escolar. Otros factores de riesgo (deprivación económica, estatus matrimonial, abandono y negligencia infantil, etc.) que también impactan en el desarrollo psicológico infantil y adolescente, a menudo mediatizan su influencia a través de alguno de los cinco factores mencionados.

Se ha demostrado que los programas de intervención temprana sobre los factores de riesgo de estas conductas provocan mejores resultados que la intervención posterior (Ialongo, 2001), y que los esfuerzos dirigidos a la prevención de su desarrollo puede ser una estrategia más eficaz y menos costosa que las intervenciones dirigidas a niños/adolescentes en una edad superior. La detección temprana y el seguimiento y tratamiento adecuado de algunos de estos factores facilitaría el control «a tiempo» de comportamientos que, de otro modo, tendrían un pronóstico peor. Como señalaron Webster-Stratton y Taylor (2001), los problemas de con-

ducta tempranos frecuentemente resultan en un ciclo sinérgico que comprometen la adaptación posterior, facilitando el desarrollo de riesgos nuevos que a menudo no suponen sino una acumulación de déficit anteriores. La transición de la familia a la escuela supone un momento estratégico para poner en marcha algunas estrategias preventivas. Una de estas estrategias implica la construcción de redes de apoyo a familias de riesgo, que permitan a los padres colaborar con los maestros e implicarse en las necesidades escolares de sus hijos. Los objetivos de la intervención en este período son, fundamentalmente, el control de la conducta agresiva, la adquisición y uso de habilidades sociales con iguales, el desarrollo de relaciones positivas con los padres, iguales y profesores, y el desarrollo de una actitud más positiva hacia la escuela.

Tan aconsejable como esto sería mejorar la competencia social del niño en orden a impedir el comienzo de relaciones con iguales problemáticos, pues se ha observado también que el rechazo de otros compañeros y la agresión funcionan como predictores de un número importante de problemas de conducta (Parker y Asher, 1987; Kellam, Simon y Ensminger, 1983).

Por otra parte, y dado que buena parte de la presentación conjunta de estos comportamientos proviene de la influencia de los iguales, el hecho de agrupar a los niños-adolescentes en grupos de intervención y educación separados podría generar resultados paradójicos, que, lejos de evitar, exacerben y fortalezcan la severidad y la emergencia de problemas nuevos (Glantz, 2000). Recientemente, Dishion, McCord y Poulin (1999), y Poulin, Dishion y Hass (1999), han explorado algunas causas de esta relación.

Respecto a la presencia antecedente de ciertos cuadros psicopatológicos, la mayoría de investigaciones coinciden en señalar que los menores en riesgo mayor de abuso de sustancias, delincuencia y criminalidad en la adolescencia son aquellos que exhiben un TND o un TD de comienzo temprano, e incluso formas subclínicas de ambos trastornos (Graña y Muñoz-Rivas, 2000; Webster-Stratton y Taylor, 2001). La consideración de este importante hecho tiene implicaciones clínicas, políticas y de investigación. Respecto a las implicaciones clínicas, la presencia de TND y TD antecedente debería repercutir en el diseño de los tratamientos, en el sentido de incorporar estrategias preventivas adicionales que interfieran con el desarrollo de problemas de abuso de drogas, violencia y delincuencia. A nivel de investigación, la presentación conjunta de TND/TD y abuso de sustancias exige un análisis riguroso de las variables concretas implicadas en la progresión. Por último, y dado que una parte de los problemas de abuso de drogas, delictivos y agresivos

puede prevenirse con el tratamiento temprano de los trastornos de conducta infantil, queda demostrada la justificación del desarrollo de recursos que apoyen estas intervenciones. Una discusión más extensa de las implicaciones políticas de estos hallazgos se encuentra en Kendall y Kessler (2002).

La naturaleza académica de algunos de los estudios presentados en este capítulo no oscurece la importancia, las posibilidades y el interés de continuar con su investigación. El tratamiento temprano de la psicopatología infantil puede ser al mismo tiempo una aproximación preventiva eficaz para algunos menores en alto riesgo de conductas delictivas, violentas y de abuso de sustancias. Las intervenciones y protocolos específicos que incluyan este beneficio secundario pueden ofrecer y revelar oportunidades para la prevención desconocidas hasta el momento, que logren descender el número de adolescentes y adultos consumidores, violentos y delincuentes.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowitz, A.J., O'Leary, S.G. y Fattersak, M.W. (1988). The relative impact of long and short reprimands on children's off-task behavior in the classroom. *Behavior Therapy*, 19, 243-247.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington: Author.
- Angold, A., Costello, J. y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1, 57-87.
- Armstrong, T.D. y Costello, E.J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1.224-39.
- Ary, D.V., Duncan, T.E., Duncan, S.C. y Hops, H. (1999). Adolescent problem behavior: the influence of parents and peers. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 217-30.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioural inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Beals, J., Piasecki, J., Nelson, S. et al. (1997). Psychiatric disorder among American Indian adolescents: Prevalence in Northern Plains youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1.252-1.259.
- Becoña, E. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Bierman, K.L. (1989). Improving the peer relationships of rejected children. En B.B. Lahey y A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*. Vol. 12. New York: Plenum Press.

- Boyce, W.T., Frank, E., Jensen, P.T., Kessler, R.C., Nelson, C.A., Steinberg, L. y The McArthur Foundation Research Network on Psychopathology and Development (1998). Social context in developmental psychopathology: recommendations for future research from the McArthur Network on Psychopathology and Development. *Development and Psychopathology*, 10, 143-164.
- Brook, J.S., Whiteman, M., Gordon, A.S. y Brook, D.W. (1985). Father's influence on his daughter's marijuana use viewed in a mother and peer context. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4, 165-90.
- Brooks-Gunn, J., Duncan, G.J. y Aber, L. (1995). Neighborhood influences on child and adolescence development. *American Journal of Sociology*, 99, 353-395.
- Bukstein, O.G., Glancy, L.J. y Kammerer, Y. (1992). Patterns of affective comorbidity in a clinical population of dually diagnosed adolescent substance abusers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1.041-1.045.
- Campbell, S.B. (1995). Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-49.
- Campbell, S.B., Shaw, D.S. y Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chassin, L., Pitts, S.C. y DeLucia, C. (1999). The relation of adolescent substance use to young adult autonomy, positive activity involvement, and perceived competence. *Development and Psychopathology*, 11, 915-32.
- Cicchetti, D. y Rogosch, F.A. (1999). Psychopathology as risk for adolescent substance use disorders: a developmental psychopathology perspective. *Journal of Clinical Child Psychology* 28, 355-365.
- Clark, D.B., Parker, A.M. y Lynch, K.G. (1999). Psychopathology and substance-related problems during early adolescence: a survival analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 333-341.
- Clark, D.B. y Winters, K.C. (2002). Measuring risks and outcomes in substance use disorders prevention research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1.207-1.223.
- Cohen, P., Brook, J.S., Cohen, J., Velez, C.N. y García, M. (1990). Common and uncommon pathways to adolescent psychopathology and problem behavior. En L.N. Robins y M. Rutter (Eds.), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*. New York: Cambridge University Press, pp. 242-258.
- Compton, S.N., Burns, B.J., Helen, L.E. y Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: internalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1.240-1.266.
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.

- De Corral, P. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez, *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol. 3*. Madrid: Pirámide.
- Dishion, T. Patterson, G., Stoolmiller, M. y Skinner, M. (1991). Family, school and behavioural antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology*, 27, 172-180.
- Dishion, T., Patterson, G. y Kavanagh, H. (1992). An experimental test of the coercion model: linking theory measurement, and intervention. En J. McCord y R. Tremblay (Eds.), *The Interaction of Theory And Practice: Experimental Studies of Intervention*. New York: Guilford, pp. 253-282.
- Dryfoos, J.G. (1990). A review of interventions to prevent pregnancy. *Advances in Adolescent Mental Health*, 4, 121-35.
- Espada Sánchez, J.P. y Méndez Carrillo, F.X. (2002a). Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. En J.R. Fernández Hermida y R. Secades Villa (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Espada Sánchez, J.P. y Méndez Carrillo, F.X. (2002b). Intervención familiar en la prevención del abuso de drogas. En R. Secades Villa y J.R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Espada Sánchez, J.P., Méndez Carrillo, F.X., Griffin, K.W. y Botvin, G.J. (2003). Prevención del abuso de drogas en la adolescencia. En J.M. Ortigosa Quiles, M.J. Quiles Sebastián y F.X. Méndez Carrillo, *Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia* (pp. 325-348). Madrid: Pirámide.
- Farmer, E.M., Compton, S.N., Bums, B.J. y Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1.267-1.302.
- Fauber, R., Forehand, R., McCombs, A. y Wierson, M. (1990). A mediational model of the impact of marital conflict on adolescent adjustment in intact and divorced families: The role of disrupted parenting. *Child Developmental*, 61, 1.112-1.123.
- Fergusson, D.M., Lynskey, M.T. y Horwood, L.J. (1993). Conduct problems and attention deficit behaviour in middle childhood and cannabis use by age 15. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 673-682.
- Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (2002). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Fitzpatrick, K.M. (1993). Exposure to violence and presence of depression among low-income, African-American youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 528-531.
- Glantz, M.D. (2002). Introduction to the special issue on the impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse: pieces of the puzzle. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1.203-1.206.

- Glantz, M.D. (1992). A developmental psychopathology of drug abuse vulnerability. En M.D. Glantz y R. Pickens, *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Glantz, M.D. y Johnston, J. (1999). *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. New York: Plenum.
- Glantz, M.D. y Leshener, A.I. (2000). Drug abuse and developmental psychopathology. *Developmental and Psychopathology*, 12, 795-814.
- 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., Von Cleve, E., Catalano, R.F. Jr. (1991). Reducing early childhood aggression: results of a primary prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 208-217.
- Hechtman, L. (1989). Teenage mothers and their children: Risks and problems: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 569-575.
- Hofferth, S. y Hayes, C. (1987). *Risking the future: adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing* (vol. 2). Washington, D.C.: National Academy Press.
- Hoffmann, J.P. y Cerbone, F.G. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 1, 255-264.
- Hurrelmann, K. (1994). *International Handbook of Adolescence*. Westport: Greenwood Press.
- 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 Behavioural Disorders*, 9, 146-160.
- James, A.C., Javaloyes, A.M. (2001). The treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4, 439-449.
- Jensen, P.S., Watanabe, H.K., Richters, J.E., Cortes, R. et al. (1995). Prevalence of mental disorder in military children and adolescents: Findings from a two-stage community survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 1.514-1.524.
- Jessor, R. (1998). *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. UK: Cambridge University Press.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, 117-126.
- Jessor, R. (1984). Adolescent development and behavioural health. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller y S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: John Wiley & Sons.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: a longitudinal study of young*. New York: Academic Press.
- Kazdin, A.E., Kraemer, H.C., Kessler, R.C., Kupfer, D.J. y Offord, D.R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375-406.

- Kandel, D.B., Davies, M. y Karus, D. (1986). The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement: An overview. *Archives of General Psychiatry*, 43, 746-754.
- Kandel, D.B. y Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *The International Journal of Addictions*, 22, 319-342.
- Kazdin, A.E. (1993). Adolescent Mental Health: prevention and treatment programs. *American Psychologist*, 48, 127-141.
- Kazdin, A.E., Kraemer, H. CH., Kessler, R.C., Kupfer, D.J. y Offord, D.R. (1997). contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375-406
- Kendall, P.C. y Panichelli-Mindel, S.M. (1995) Cognitive-behavioral treatments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 107-124.
- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Berglund, P.A., Caraveo-Anduaga, J.J., DeWit, D.J., Greenfield, S.F., Kolody, B., Olfson, M. y Vega, W.A. (2001). Patterns and predictors of treatment seeking after onset of a substance use disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1.065-1.071.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Liu, J., Swartz, M. y Blazer, D.G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 30, 17-30.
- Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H.S., Best, C.L. y Schnurr, P.P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 19-30.
- King, C.A., Ghaziuddin, N. y McGovern, L. (1996). Predictors of comorbid alcohol and substance abuse in depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 743-751.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S. y Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-43.
- Lahey, B.B., Loeber, R., Quay, H.C., Frick, P.J. y Grimm, J. (1992). Oppositional defiant and conduct disorders: issues to be resolved for DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 539-546.
- Lochman, J.E. y Wells, K. (1996). A social-cognitive intervention with aggressive children: preventions effects and contextual implementation issues. En R.D. Peters y R.J. McMahon (Eds.), *Prevention and Early Intervention: Childhood Disorders, Substance Abuse, and Delinquency*. Newbury Park, CA: Sage.
- Loeber, R., Farrington, D.P., Stouthamer-Loeber, M. y Van Kammen, W.B. (1998). Multiple risk factors for multiproblem boys: Co-occurrence of delinquency, substance use, attention deficit, conduct problems, physical aggression, covert behavior, depressed mood, and shy/withdrawn behavior. En R. Jessor (Ed.), *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. UK: Cambridge University Press.

- Loeber, R., Keenan, K., Lahey, B.B., Green, S.M. y Thomas, C. (1993). Evidence for developmentally based diagnoses of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 377-410.
- Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. y Raskin White, H. (1999). Developmental aspects of delinquency and internalising problems and their association with persistent juvenile substance use between ages 7 and 18. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 322-332.
- Maddahian, E., Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1988). Adolescent drug use and intention to use drugs: concurrent and longitudinal analyses of four ethnic groups. *Addictive Behaviors*, 13, 191-195.
- Merikangas, K.R., Dierker, L.C. y Szatmari, P. (1998). Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: a high-risk study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 5, 711-720.
- Michael, K.D. y Crowley, S.L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 22, 247-269.
- Mrazek, P.J. y Haggerty, R.J. (1994). Illustrative preventive intervention research programs. En P.J. Mrazek y R.J. Haggerty (Eds.), *Reducing Risk for Mental Disorders. Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R. Jr, Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L.M. y Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 27, 278, 637-643.
- Parker, J.G. y Asher, S.R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-89.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. y Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Patterson, G.R., Capaldi, D.M. y Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. En D.J. Pepler y K.H. Rubin (Ed.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum
- Plan Nacional sobre Drogas (2003). *Encuesta sobre drogas a la población escolar 2002*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Robins, L.N. y McEvoy, L. (1990). Conduct problems as predictors of substance abuse. En L.N. Robins y M. Rutter (Eds.), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 182-204.
- Rohde, P., Lewinsohn, P.M. y Seeley, J.R. (1996). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 101-109.

- Russo, M.F., Loeber, R., Lahey, B.B. y Kennan, K. (1994). Oppositional defiant and conduct disorders: validation of the DSM-III-R and an alternative diagnostic option. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 56-68.
- Shure, M.B. (2001). I can problem solve (ICPS): An interpersonal cognitive problem solving program for children. *Residential Treatment for Children & Youth*, 18, Special Issue: Innovative mental health interventions for children: Programs that work, pp. 3-14.
- Takanishi, R. (1993). The opportunities of adolescence. Research, interventions, and policy: introduction to the special issue. *American Psychologist*, 48, 85-87.
- Taylor, T.K. y Biglan, A. (1998) Behavioral family interventions for improving child-rearing: a review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 41-60.
- Taylor, T.K., Eddy, J.M. y Biglan, A. (1999). Interpersonal skills training to reduce aggressive and delinquent behavior: limited evidence and the need for an evidence-based system of care. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 169-182.
- Walker, H.M., Colvin, G. y Ramsey, E. (1995). *Antisocial Behavior at School: Strategies and Best Practices*. Belmont, CA: Brooks/Cole Publishing Co.
- Webster-Stratton, C. (1990). Long-term follow-up of families with young conduct problem children: from preschool to grade school. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 144-149.
- Webster-Stratton, C. y Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science*, 2, 165-192.
- Weinberg, N.Z. y Glantz, M.D. (1999). Child psychopathology risk factors for drug abuse: overview. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 290-297.
- Weinberg, N.Z., Rahdert, E., Colliver, J.D. y Glantz, M.D. (1998). Adolescent substance abuse: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 252-61.
- White, H.R., Xie, M., Thompson, W., Loeber, R. y Strouthamer-Loeber, M. (2001). Psychopathology as a predictor of adolescent drug use trajectories. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 210-218.

CAPÍTULO 2

Principios y dimensiones de la intervención con menores en riesgo

José Pedro Espada Sánchez¹

Xavier Méndez Carrillo²

Mireia Orgilés Amorós²

¹ *Universidad Miguel Hernández*

² *Universidad de Murcia*

▣ Índice del capítulo

1. Introducción
2. Niveles de intervención con menores en situación de riesgo
 - 2.1. *Definición y tipos de prevención*
 - 2.2. *Aproximaciones tradicionales de la prevención*
 - 2.3. *Aproximaciones actuales*
 - 2.4. *Intervención temprana*
3. Ámbitos de la intervención con menores en situación de riesgo
 - 3.1. *Individual*
 - 3.2. *Familiar*
 - 3.3. *Escolar y comunitario*
4. Principios de la intervención con menores en situación de riesgo
5. Consideraciones finales
6. Referencias bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

Las distintas administraciones tienen la competencia de cuidar y proteger a los ciudadanos, en especial a aquellos que, como ocurre con los menores, su bienestar depende de otros adultos. Por ello, las Naciones Unidas promulgaron en 1989 la Resolución sobre los Derechos del Niño, que fue ratificada, entre otros, por nuestro país.

Cuadro 1

La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en 1989 la Resolución sobre los Derechos del Niño, ratificada por nuestro país, y en cuyo preámbulo se reafirma la necesidad de proporcionar a los niños cuidado y asistencia especiales en razón de su vulnerabilidad. Se destaca el papel primordial de la familia en lo que respecta a la protección y la asistencia al menor. De esta Convención se deriva un decálogo de los principios básicos del sistema de atención a la infancia:

- 1) Contemplar la asistencia de todos los niños y adolescentes dentro del territorio nacional, independientemente de su género, cultura y nacionalidad
- 2) Orientar la planificación y desarrollo de las actividades del sistema de atención a las necesidades de los niños y adolescentes.
- 3) Normalizar y asegurar que todos los niños y adolescentes tienen que ser escuchados y participar activamente en la atención que se les dispense.
- 4) Velar por que la dignidad de los niños y adolescentes sea respetada también en la provisión de cuidados y servicios del sistema de atención social.
- 5) Establecer las condiciones que permitan, tanto a niños como a niñas y adolescentes, reconocer los límites que facilitan un comportamiento que no resulte perjudicial para otros o para sí mismo.
- 6) Notificar y hacer partícipes a los niños y adolescentes que han sido separados de sus padres de su propia historia personal y familiar, así como garantizar que se respeten su cultura y procedencia.
- 7) Cuidar la atención que se proporcione a los niños y adolescentes para que sea de carácter continuo, asegure su protección integral, bienestar y desarrollo.
- 8) Incrementar y mejorar la atención que promueva y preserve la estabilidad del ambiente familiar de niños y adolescentes, evitando en lo posible la institucionalización.
- 9) Organizar la acción protectora de niños y adolescentes de modo que ésta se ejerza a pesar de la oposición de sus padres o tutores.
- 10) Niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a que los poderes públicos difundan, aseguren y garanticen el cumplimiento y seguimiento de la Convención de Derechos de la Infancia.

El niño tiene derecho al bienestar y a tener cubiertas sus necesidades materiales y afectivas, y contar con una educación que posibilite su desarrollo como persona. Dado que estos principios no siempre se ven cumplidos, los organismos competentes promueven la detección de situaciones en las que exista un menor que precise atención profesional por verse en una situación de desprotección o de riesgo. Estas situaciones no se dan únicamente en entornos desfavorecidos. Escolares con problemas académicos, o que tienen dificultades de relación o manifiestan conductas agresivas, presentan un mayor riesgo de padecer problemas psicológicos, como trastornos de ansiedad o depresión, y sociales, como conductas delictivas o conflictos familiares. Esto hace necesario desarrollar acciones que reduzcan la probabilidad de aparición de estos problemas y/o que eviten su agravamiento.

En este capítulo se plantean algunos principios básicos sobre la detección e intervención temprana en menores en situación de riesgo, atendiendo a la evidencia de los trabajos de revisión teórica y a las aportaciones empíricas de programas de tratamiento y prevención aplicados. A partir del análisis de esos estudios se establecen pautas o recomendaciones a atender a la hora de intervenir con menores en situación de riesgo.

2. NIVELES DE INTERVENCIÓN CON MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO

Durante los últimos veinte años se han desarrollado programas de prevención primaria basados en diversos enfoques teóricos. Así, en el caso de la prevención del abuso de sustancias, las estrategias tradicionales como la transmisión de información, la educación afectiva o los programas de alternativas, continúan siendo las más comunes, a pesar del elevado número de estudios de evaluación que han mostrado su ineficiencia en la prevención de las conductas de abuso. Orientaciones más recientes, como el entrenamiento en habilidades de resistencia o la mejora de competencias personales han mostrado mayor eficacia. Las estrategias tradicionales partían de nociones intuitivas sobre cómo prevenir, mientras que las contemporáneas se basan en las teorías psicológicas de la conducta humana.

2.1. Definición y tipos de prevención

El término *prevención*, utilizado en diversas disciplinas científicas, implica actuar antes de que un problema se produzca o en los primeros

momentos de su aparición, a fin de evitar que cause mayor deterioro. En psicología, el concepto se ha tomado prestado del campo de la Salud Pública a partir de los trabajos de Gerald Caplan. Este autor distingue tres tipos de prevención. La *prevención primaria* tiene lugar antes de la aparición del problema. Por ejemplo, en la prevención de la drogodependencia, los destinatarios son adolescentes que habitualmente no consumen. Si atendemos al problema del fracaso escolar, las intervenciones de prevención primaria se dirigen a estudiantes con un rendimiento normal. Por otro lado, la *prevención secundaria* se dirige a colectivos de alto riesgo o en los que acaba de iniciarse el problema, por ejemplo, menores que se han iniciado en conductas pre-delictivas. Una última modalidad es la *prevención terciaria*, que trata de reducir los perjuicios del problema y equivale al tratamiento o rehabilitación del menor (Caplan, 1980).

Otra distinción sobre la prevención, propia del campo de las drogodependencias, se refiere a los contenidos del programa preventivo, diferenciando entre intervenciones específicas que incluyen información y habilidades relacionadas directamente con las drogas (p.ej., habilidades de rechazo de la oferta) e intervenciones inespecíficas que abarcan contenidos informativos relacionados con la salud en general o con el desarrollo de habilidades personales (p.ej., habilidades de comunicación, autoestima, etc.).

Dentro de este ámbito, Gordon (1987) propuso reemplazar los términos de prevención primaria, secundaria y terciaria, diferenciando a su vez entre tres formas de prevención. La prevención *universal* va dirigida a todos los adolescentes, sin que hayan sido identificados como en situación de riesgo. Ejemplos de esta modalidad serían los programas para fomentar una maternidad saludable, programas de inmunización infantil o programas de desarrollo de competencias para escolares. Estos programas se caracterizan por ser proactivos, aplicados independientemente del estado de riesgo de los destinatarios, por lo que no tienen ningún matiz estigmatizante. La prevención *selectiva* se dirige a menores en mayor riesgo que el promedio, por ejemplo, programas de apoyo al estudio para niños con dificultades escolares. La prevención *indicada* se dirige a menores de alto riesgo, o en los que se ha detectado síntomas iniciales de un problema, aunque todavía no cumplan los criterios diagnósticos. Un ejemplo son los programas de autocontrol para niños con problemas de conducta.

Según Offord (1996), los programas universales presentan una serie de inconvenientes, como el hecho de que parte de los esfuerzos se realizarán sobre niños que no llegarán a tener problemas en el futuro (aun-

que pueda resultar positivo promover competencias personales). Además, la baja dosis que generalmente proporciona la mayoría de intervenciones universales podría no tener suficiente duración o intensidad para modificar patrones de desarrollo en niños que ya estén en riesgo. Según este autor, los programas universales tienen un mayor impacto sobre los niños con bajo riesgo, si bien los hallazgos en esta línea son contradictorios. Una ventaja de los programas universales es su potencial para prevenir múltiples problemas a la vez. Se ha demostrado que muchos programas aparentemente tenían bajos efectos sobre problemas psicológicos, de abuso de drogas, fracaso escolar o delincuencia, pero, sin embargo, influían sobre otros factores de riesgo asociados a dichos problemas.

2.2. Aproximaciones tradicionales de la prevención

Una de las formas más comunes de prevención se basa en el modelo de *transmisión de información*, en el que se trata con los menores desde un plano teórico los contenidos sobre los riesgos de la conducta problemática o sobre los factores de protección. Por ejemplo, en el caso de las drogodependencias se instruye a los alumnos acerca de los peligros de las drogas en términos de sus consecuencias negativas a nivel social, legal y de salud. En algunos de estos programas tradicionalmente participaban médicos u otros profesionales sanitarios que informaban sobre las consecuencias negativas de las drogas sobre la salud. En otros programas se invitaba a antiguos consumidores a tratar con el grupo los problemas de su adicción. Algunas de estas estrategias recurrían a la activación del miedo, mediante técnicas diseñadas para asustar a los adolescentes a través de presentaciones muy realistas e incluso dramáticas de los peligros del consumo. Este tipo de intervención parte de la premisa de que el problema se debe al desconocimiento de las consecuencias negativas implicadas. Sin embargo, la evidencia sugiere que esta asunción es demasiado simplista. Los estudios de evaluación muestran que los programas informativos tienen cierto impacto en el nivel de conocimientos y en las actitudes, pero fallan a la hora de cambiar hábitos o de modificar la intención de consumir. Si nos referimos a otra conducta de riesgo en la adolescencia, como mantener relaciones sexuales con posibilidad de embarazos o de contraer enfermedades de transmisión sexual, un programa informativo se basaría en alertar sobre el riesgo de embarazos y transmisión del sida, y en informar sobre los medios de protección al alcance del adolescente.

Otra aproximación tradicional ha sido denominada como *educación afectiva*. Este tipo de programas asume que, fomentando un desarrollo afectivo individual, se reducen los factores de riesgo. Aunque los programas basados en este modelo se centran en muchos de los factores incluidos en las intervenciones actuales, la educación afectiva tradicional ha usado métodos ineficaces. Más que centrarse en el entrenamiento de habilidades, se enfatizaban los juegos experienciales y las actividades de clase que persiguen fomentar el crecimiento personal de los estudiantes, el autoconocimiento y la autoaceptación. Sin embargo, no hay evidencia de que ese tipo de actividades mejoren realmente la toma de decisiones, la asertividad o las habilidades de comunicación.

Un ejemplo de intervención basada en el aprendizaje y la interacción entre los participantes es el programa de *Resolución de Problemas Interpersonales*, de Shure y Spivack (1982). Este programa pionero comienza con la enseñanza de habilidades relacionadas con el lenguaje, el pensamiento y la escucha, pasando luego a la práctica de habilidades complejas de solución de problemas mediante diálogos y role playing. Las evaluaciones en preescolar y educación primaria muestran que el ICPS puede mejorar de forma significativa las habilidades de solución de problemas, y reducir el comportamiento inhibido y la impulsividad. Los efectos se mantienen tras la finalización del programa en los seguimientos a un año.

Una tercera aproximación clásica es el *modelo de alternativas*, que se basa en proporcionar a los adolescentes actividades alternativas a los comportamientos de riesgo, como la participación en un ocio saludable como forma de competir con la realización de conductas delictivas. El modelo originalmente surge desde centros de juventud que realizan actividades deportivas, de medio ambiente, de voluntariado, etc. Los estudios que evalúan estos programas (Schaps, Moscowitz, Malvin y Schaffer, 1986) indican que pueden producir efectos beneficiosos en el menor, como potenciar los factores de protección o fomentar el desarrollo de hábitos saludables.

2.3. Aproximaciones actuales

Los *programas de mejora de competencias* optan por la instrucción de habilidades personales generales y sociales en combinación con habilidades de resistencia. Los programas para el fomento de hábitos de estudio o de mejora de las habilidades sociales pretenden dotar al adolescente de competencias que le ayuden, respectivamente, a prevenir el

fracaso escolar o los problemas de aislamiento social. El programa *Entrenamiento en Habilidades de Vida* (Botvin, 1998) es un buen exponente de este tipo de intervención en la prevención de la drogodependencia.

Aunque estas intervenciones tienen en común algunos métodos de los programas de habilidades de resistencia, un rasgo distintivo es el énfasis en fomentar las habilidades de autonomía personal y de afrontamiento social. Estas habilidades se enseñan usando métodos combinados de corte cognitivo-conductual: instrucción y demostración, representación de papeles, *feedback* y refuerzo, ensayo conductual y práctica extensiva mediante tareas para casa. También se suele incluir el entrenamiento en toma de decisiones y resolución de problemas, habilidades cognitivas para resistir la influencia social, habilidades para mejorar la autoestima (establecimiento de objetivos, técnicas de cambio de conductas), estrategias de afrontamiento para el estrés y la ansiedad, así como habilidades sociales generales. Además, un beneficio añadido es que el repertorio de habilidades adquiridas es útil para el adolescente en muchas otras situaciones de su vida.

Respecto a los resultados de los programas basados en este modelo, numerosos estudios de evaluación han comprobado su eficacia reduciendo el consumo de drogas, e incidiendo en los factores de riesgo más relevantes (Botvin y Eng, 1982; Botvin, Epstein, Baker, Díaz y Williams, 1997; Caplan, Weissberg, Grober, Sivo, Grady y Jacoby, 1992; Pentz, Dwyer, MacKinnon, Flay, Hansen, Wang y Johnson, 1989).

Los programas de *entrenamiento en habilidades de resistencia* parten de la teoría de que en la base de las conductas de riesgo adolescente se encuentra un déficit en autoafirmación. Así pues, esta estrategia se basa en el entrenamiento en habilidades para ayudar a los adolescentes a resistir las presiones sociales. Aunque los programas de habilidades de resistencia incluyen las influencias de la familia, los amigos y los medios de comunicación, la mayoría se centra en la influencia del grupo de iguales. El principal objetivo de este enfoque es enseñar a los destinatarios a reconocer las situaciones donde pueden encontrarse bajo presión. El objetivo es que los alumnos aprendan a evitar las situaciones de alto riesgo y/o adquirir los conocimientos, confianza y habilidades para afrontar la presión en ese tipo de situación. Un gran número de estudios han probado la efectividad de los programas que emplean el entrenamiento en habilidades de resistencia a la hora de reducir conductas pre-delictivas (Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence, 1999) o el abuso de sustancias (Botvin y Griffin, 2000; Snow, Tebes, Arthur y Tupasak, 1992; Sussman, Dent, Stacy y Sun, 1993). En este grupo de programas

puede incluirse también las actuaciones dirigidas a la detección temprana del abuso sexual infantil, enseñando al menor a identificar las conductas de abuso y a resistir la presión por parte del abusador.

Una necesidad imperiosa de la intervención temprana con menores en riesgo es sistematizar y evaluar adecuadamente los programas aplicados. Sin embargo, muchas de las intervenciones que se realizan en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil o en la intervención comunitaria no están avaladas por evidencia empírica (Beutler, 2000; Beutler, Williams y Wakefield, 1993; Beutler, Williams, Wakefield y Entwistle, 1995).

Algunos criterios que tradicionalmente se han empleado para evaluar la eficacia de la intervención son la relación coste-beneficios, el grado de estandarización del programa y el conocido como «principio de la minoría respetable». Se entiende por una minoría respetable que al menos seis profesionales avalen la práctica en cuestión (Beutler, 2000). Además de este criterio, se asume que un tratamiento no puede ser una mala práctica si tiene una fundamentación teórica explícita y una aplicación protocolizada.

2.4. Intervención temprana

Ya hemos señalado que el tratamiento en las primeras fases de aparición de un problema se puede considerar como la modalidad de prevención denominada terciaria. Atendiendo a la presencia o no de los primeros síntomas del trastorno, podemos distinguir entre la etapa preventiva y correctiva, según el criterio propuesto por Hurrelmann (1997). Desde esta perspectiva, en la etapa preventiva el objeto de toda medida de intervención es estimular los recursos personales y sociales que el menor pueda utilizar para enfrentarse con fuentes de estrés. Si la etapa preventiva persigue fomentar la competencia individual y mejorar socialmente las condiciones de vida del menor, la etapa correctiva o de intervención temprana tiene el objetivo de detener el deterioro de la situación problemática y tratar los síntomas presentes, modificando las pautas comportamentales inadecuadas del menor o las variables ambientales que mantienen o empeoran el problema.

En la intervención con menores en situación de riesgo se ha de valorar qué miembros de la familia van a incluirse en el plan de tratamiento y con qué objetivos concretos. En el campo de los problemas de maltrato infantil, Arruabarrena (2001) distingue entre tres tipos de intervención: a) en crisis, cuando el tratamiento tiene una duración breve

(4-8 semanas) y el objetivo es aliviar la crisis y superarla con éxito. Suelen ser programas intensivos de atención continuada; b) tratamientos a medio plazo, con una duración entre 3 meses y 5 años, persiguen acabar con la situación de maltrato del menor y promover habilidades parentales; c) tratamientos a largo plazo, con una duración algo mayor que los anteriores, se prolongan hasta que el niño alcanza la suficiente autonomía personal. Se aplican especialmente a casos en que los padres presentan alguna limitación crónica (déficits intelectuales, enfermedades físicas o psíquicas incapacitantes, etc.).

3. ÁMBITOS DE LA INTERVENCIÓN CON MENORES EN RIESGO

Como se señala en el apartado anterior, tanto la prevención de los problemas en la infancia y adolescencia como el tratamiento debería abordarse desde la triple vertiente individual, familiar y social (escuela, comunidad).

3.1. Individual

Así, a nivel individual las intervenciones estarían dirigidas a potenciar los factores personales de protección. Un ejemplo de esto son los programas de mejora de habilidades sociales (Inglés, 2003) o de fomento de la autoestima (Bermúdez, 2001; Quiles y Espada, 2004). El objetivo general es que los adolescentes tengan un buen concepto de sí mismos y se perciban autoeficaces en las distintas áreas de su vida, lo que se considera una condición indispensable para la prevención de los problemas en esta etapa. También se pretende dentro de este ámbito reducir factores de riesgo. Por ejemplo, cuando un programa preventivo persigue fomentar el espíritu crítico del menor se está reduciendo la probabilidad de que éste sea objeto de la presión social (grupo de iguales, publicidad, etc.), que favorece la adopción de comportamientos de riesgo.

Dado que la formación de la personalidad y la adquisición de hábitos se da desde el nacimiento mismo, la intervención a nivel individual puede comenzar tan pronto como sea posible. Así, ya en edad preescolar el menor puede adquirir destrezas alternativas a las conductas agresivas o que eviten los problemas de relación interpersonal o las dificultades académicas (Webster-Stratton, 1998, 2001). En niños de educación primaria, los programas pueden dirigirse a mejorar el aprendi-

zaje académico y socioemocional, y a evitar el abandono escolar. Según recomienda la agencia norteamericana antidrogas (NIDA, 2003), en esta etapa la educación debería centrarse en las siguientes conductas: autocontrol, habilidades de comunicación, control emocional, resolución de problemas sociales y apoyo académico, especialmente mediante el refuerzo de la habilidad lectora. Ya en la etapa adolescente, los programas preventivos deberían dirigirse a incrementar competencias académicas y sociales, sobre todo atendiendo a las siguientes habilidades: hábitos de estudio, habilidades de comunicación y refuerzo de actitudes saludables.

3.2. Familiar

El nivel familiar se puede entender como foco de intervención principal o como refuerzo de la actuación con el menor. En cualquier caso no se puede prescindir de él ni en la prevención ni en el tratamiento de los problemas infantiles. En las directrices estratégicas que establece el Plan Nacional sobre Drogas se señala que en el año 2008 la totalidad de los programas de prevención escolar y comunitaria habrá de incluir acciones dirigidas específicamente a la familia.

Una de las modalidades más desarrolladas para intervenir sobre situaciones de riesgo han sido las escuelas para padres. Éstas pueden ser de tipo generalista, con el objetivo de mejorar la interacción entre padres e hijos mediante la enseñanza de habilidades parentales, o también de tipo específico, en las que los padres actúan como terapeutas en el tratamiento de un trastorno psicológico del hijo. Nuestro equipo ha desarrollado distintas modalidades de entrenamiento a padres para el tratamiento de los problemas de ansiedad infantil (Méndez, 2002; Méndez, Orgilés y Espada, 2003) que ponen de manifiesto las ventajas de la intervención de los padres como terapeutas.

Los programas basados en la familia deben potenciar las relaciones y la unión familiares, incluyendo habilidades educativas, etc. (Ashery et al., 1998) (NIDA, 2003). Un caso en el que se interviene directamente con los padres del menor en riesgo es en situaciones de maltrato infantil. Se han establecido los factores de riesgo para el adulto que maltrata, como la falta de habilidades parentales, la existencia de sesgos cognitivos o el estrés por una situación social desfavorecida. En este sentido, la intervención con padres se dirige a enseñarles a educar a los hijos, actuando sobre los problemas que a los padres les parecen más importantes. También se les enseña a mantener una interacción social positiva

con sus hijos y a mantener el control de la ira. De igual modo, las ideas de los padres sobre la situación influyen en su comportamiento (Wolfe, 1999). Por ejemplo, modificando su interpretación de la desobediencia del menor como un desafío o un intento de devaluarlo como padre («este niño me toma el pelo constantemente»), para sustituirla por otras más adecuadas («sólo tiene tres años»).

Uno de los programas destinados a padres más valorados es el propuesto por Patterson (1974; 1986), dirigido a niños de 3 a 12 años con trastornos de conducta. Posteriormente fue adaptado para llevarse a cabo con adolescentes delincuentes (Patterson, Reid y Dishion, 1992). Su aplicación se realiza individualmente en cada familia. Durante las sesiones de entrenamiento los padres aprenden a registrar los problemas conductuales de sus hijos, utilizar el reforzamiento, aplicar estrategias de solución de problemas y negociar con sus hijos.

El modelo propuesto por Forehand y colaboradores (Forehand, Rogers, McMahan, Wells y Griest, 1981) fue ideado para tratar la desobediencia en niños con edades entre los 3 y 8 años. Se compone de una primera fase donde se desarrolla la atención diferencial por parte de los padres, y una segunda que se centra en el tratamiento de la desobediencia, basada en métodos de representación de papeles y aparatos comunicadores mediante los cuales el terapeuta puede interaccionar con los padres mientras éstos juegan con sus hijos.

Un tercer programa es el de Webster-Stratton (1994; 1996, Webster-Stratton y Hammon, 1997). Se dirige a familias con niños entre 3 y 8 años con trastornos de conducta y su aplicación es grupal. Emplea procedimientos basados en el aprendizaje por observación, mediante una serie de escenas grabadas en vídeo sobre habilidades parentales. Tras el visionado, las situaciones son discutidas con el terapeuta.

3.3. Escolar y comunitario

Respecto al ámbito escolar, muchos autores coinciden en señalar que es el entorno idóneo para desarrollar las actuaciones para la prevención (Secades, 1996). A pesar de la limitación que supone trabajar únicamente con los adolescentes, la intervención escolar tiene una serie de ventajas (García-Rodríguez, 1991): a) en este ámbito se tiene acceso a la totalidad de los adolescentes, al ser obligatoria la escolarización hasta los 16 años; b) se trata de edades de cambios críticos; c) en los centros escolares se dispone de infraestructura adecuada para el desarrollo de programas; d) los adolescentes tienen asociada la escuela a su forma-

ción y educación, lo que puede optimizar la realización de un programa preventivo; e) la escuela es el marco idóneo de formación y educación, y la promoción de conductas saludables y prosociales es susceptible de integrarse en el proceso educativo.

El ámbito social abarca el entorno más próximo al menor, como el grupo de iguales o la familia, de la que ya hemos hablado, también el entorno más amplio como el barrio de residencia, y a un nivel mayor, el contexto social entendido como el conjunto de elementos económicos y políticos en los que vive el menor.

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. Las conductas agresivas, que han demostrado ser un importante factor de riesgo para otros problemas en la infancia y adolescencia, tienen un carácter marcadamente aprendido en el seno del grupo. En el otro extremo, los niños que sufren aislamiento social por el rechazo del grupo también corren un mayor riesgo de implicarse en comportamientos problemáticos. El grupo con modelos de conducta inadaptada también actúa como potenciador de conductas antisociales. La mayoría de trastornos infantiles externalizantes se dan en el seno de grupos desadaptados (Patterson, 1993; Vitaro, Tremblay, Kerr, Paganini y Bukowski, 1997).

Botvin, Schinke, Epstein, Díaz y Botvin (1995) señalan que los programas de ámbito comunitario, que intervienen en momentos en que el menor está en transición, como durante el paso de primaria a secundaria, pueden producir efectos beneficiosos sobre familias y niños de alto riesgo. La combinación de intervenciones dirigidas a más de un ámbito simultáneamente constituye una buena opción. Batisstich, Solomon, Watson y Schaps (1997) comprobaron cómo los programas de prevención comunitaria que combinan dos o más programas efectivos, como los basados en la familia y en la escuela, pueden ser más efectivos que un programa simple.

4. PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN CON MENORES DE RIESGO

En este apartado se exponen algunas indicaciones en cuanto a la intervención con menores en riesgo, con el objetivo de destacar los aspectos a tener en cuenta en el diseño, implementación y evaluación de programas y protocolos de actuación. De igual modo, se subrayan algunos aspectos que, según la evaluación de intervenciones realizadas, no deben faltar en el desarrollo de un programa.

Dado que las situaciones de riesgo o desamparo de un menor, tal y como se desarrolla en el capítulo 1 de esta obra, se dan por factores de tipo social, biológico y psicológico o conductual, es necesario atender a todos ellos en la intervención preventiva.

Principio 1. Atención a los momentos críticos de riesgo

Una de las primeras decisiones en el campo de la prevención y la intervención precoz supone elegir el mejor momento para intervenir. En el campo de la salud mental, se ha comprobado que, para reducir la incidencia y la gravedad de los problemas infantiles, las intervenciones deben realizarse tempranamente, a ser posible antes del desarrollo de síntomas significativos (Knitzer, 1985; Tuma, 1989). Otro criterio importante es llegar al mayor número de niños, ya que, sobre todo en contextos desfavorecidos, muchos niños y adolescentes con problemas nunca reciben tratamiento o éste es inadecuado (Knitzer, 1985; Tuma, 1989). Otros programas se centran en modificar el ambiente escolar, procurando reducir las condiciones del entorno del menor que puedan generarle estrés en momentos críticos. Por ejemplo, el programa *School Transitional Environment Project* se centra en reducir la complejidad del nuevo ambiente escolar cuando los menores cambian de centro al pasar de ciclo formativo. Según los estudios de evaluación (Felner y Adan, 1988), el programa logra reducir la ansiedad, los síntomas depresivos y las conductas delictivas.

Principio 2. Potenciación de los factores de protección y reducción de factores de riesgo

La aplicación de este principio pasa por un análisis exhaustivo de las variables que generan y mantienen el problema. Así, resulta necesario atender a las causas que originan los problemas de depresión infantil para atenderlos de forma temprana.

Tradicionalmente, se identifican factores de riesgo que facilitan la aparición del trastorno o situación problema, y factores de protección, que garantizan el afrontamiento por parte del menor de las situaciones de riesgo. Por ejemplo, en el ámbito del abuso de drogas, un adolescente con baja autoestima y con un déficit en habilidades de resolución de problemas es más proclive al consumo que otro que posea estas aptitudes. De igual forma, un chico con una red de apoyo social sólida y una estructura familiar armónica y cercana cuenta con más recursos o ele-

mentos de protección ante situaciones que en caso contrario conllevarían una mayor probabilidad de aparición de problemas psicológicos. Según el Instituto Estadounidense de Salud Mental (NIMH, 2001), en el caso concreto de los trastornos mentales se han realizado muchos avances sobre el papel de los factores de riesgo genéticos y biológicos. Sin embargo, existe poca investigación sistemática que analice la interacción con factores psicológicos o ambientales.

Principio 3. Nivel de focalización sobre el problema

Las intervenciones de prevención e intervención temprana deben basarse en los hallazgos de los estudios epidemiológicos en la infancia y adolescencia. Al decidir el nivel de concreción de la intervención sobre el problema, aunque el enfoque inespecífico sea válido, a efectos de mejora de la calidad la tendencia es centrar la atención en estudios focalizados en las variables desencadenantes de la situación de riesgo sobre la que se interviene. El criterio a seguir para seleccionar las variables sobre las que incidir, y las técnicas de intervención, debe derivarse del modelo teórico explicativo del problema. Se debe prestar atención también a los posibles trastornos comórbidos que pueda presentar el menor o su familia.

Principio 4. Intervención con los niños, padres y educadores

A la hora de disminuir o eliminar riesgos, la acción sobre los menores puede ser directa o indirecta. Dado que la actuación de los adultos determina en gran medida la conducta del menor, resulta preciso intervenir con los padres para modificar la conducta infantil. Los especialistas en desarrollo de programas dirigidos a menores consideran la implicación de los padres un factor crucial para el éxito de la intervención (Espada y Méndez, 2002; NIMH, 2002). La investigación revela que los padres de niños con conductas disruptivas generalmente tienen baja capacidad para manejar el comportamiento de sus hijos y a menudo realizan prácticas que de alguna forma contribuyen al mantenimiento de las conductas desadaptadas de sus hijos, por ejemplo, usar reprimendas frecuentes u otras formas de disciplina coercitiva (McMahon y Wells, 1989). Otro caso es el de la co-ocurrencia de trastornos psicológicos en los padres y en los hijos de determinados problemas, como la depresión. Así, los hijos de adultos con depresión se consideran de mayor riesgo para desarrollar a su vez síntomas depresivos (Greenberg, Domitrovich y Bumbarger, 2001).

Principio 5. Ajuste de la intervención a las características personales, familiares y sociales

Es necesario que el programa preventivo o el tratamiento esté adaptado al máximo a las peculiaridades de los destinatarios. Los protocolos deben atender y ser diseñados en función de las características de sus destinatarios, como edad, sexo, raza, para mejorar la efectividad del mismo (Oetting et al., 1997).

Principio 6. Protocolización de las intervenciones

Existen varias razones que apoyan la necesidad de contar con un protocolo de actuación preventiva o de intervención precoz. Desde el punto de vista metodológico, y siguiendo un criterio *inter-programas*, resulta imprescindible disponer de material escrito sesión por sesión que permita la aplicación del mismo programa preventivo en otros contextos o con diferentes poblaciones. En otro caso la replicación y mejora de las intervenciones resulta inviable. A efectos *intra-programa*, hemos resaltado la importancia de una formación específica de los profesionales que desarrollan la intervención preventiva. De igual forma resulta esencial que éstos dispongan de una guía estructurada que facilite la aplicación estandarizada de las actividades y que no deje en manos de la buena intención del aplicador el seguimiento de unas pautas que hagan eficaz la intervención. Por ejemplo, un programa integral para el entrenamiento en habilidades sociales dirigido a niños con dificultades interpersonales debe atender al conjunto de destrezas sociales, seguir una metodología rigurosa, incluyendo las técnicas de aprendizaje que se han mostrado eficaces en la enseñanza de este tipo de habilidad.

En la colección «Ojos Solares», de Ediciones Pirámide, se edita la sección «Programas», dedicada a la difusión de protocolos de prevención que dan cobertura a temas de crucial importancia en la infancia y adolescencia, como la prevención del consumo de drogas (Espada y Méndez, 2003), las relaciones personales (Inglés, 2003) o la prevención de fobias (Olivares, 2004).

Principio 7. Selección de los encargados de desarrollar la intervención

Existe consenso sobre la idea de que los programas deben estar implementados por personas que sean fiables para el menor, y prefe-

rentemente que el mensaje llegue por múltiples canales. Así, y dependiendo del problema en el que esté centrada la intervención, conviene que ésta sea desarrollada por profesores, psicólogos, monitores, educadores sociales, padres y a través de mensajes en el entorno del menor.

También se recurre a los propios compañeros como encargados de realizar la intervención. La educación entre iguales se basa en la formación de un grupo reducido de adolescentes que posteriormente desarrollan las acciones preventivas con sus compañeros. Los mediadores son seleccionados entre los miembros con mayor influencia en el grupo, procurando que tengan habilidades adecuadas de comunicación y de persuasión, un papel social muy bien definido y una actitud muy positiva para resolver los problemas sociales (Comas, 1989). Estos monitores pares pueden actuar de forma no programada sobre su grupo de amigos (educación informal), o bien participar como monitores en las actividades organizadas en el aula (educación formal). Aunque se han realizado programas basados únicamente en el enfoque informal, entrenando a un número reducido de adolescentes que posteriormente divulgarán la información y compartirán sus actitudes con sus compañeros, tienen la limitación de que resulta difícil la evaluación de esos contactos informales, tanto en su extensión, frecuencia, como en su impacto (Backett y Wilson, 2000). La importancia de los mediadores en la prevención reside en el papel que supone el refuerzo social por parte de los iguales y de los modelos de conducta. Otro aspecto que refuerza la importancia de los iguales es que son una fuente fiable para los destinatarios. Los mensajes son mejor aceptados y producen menos resistencia cuando provienen de monitores del grupo de iguales (Bimbela y Cruz, 1997). Los programas basados en el entrenamiento de iguales con capacidad de liderazgo han mostrado evidencias positivas: los educadores iguales serían mejores agentes promotores de la salud para los adolescentes (Kirby, 1992). En cualquier caso, son importantes las características personales del monitor, como la calidez a la hora de intervenir y moderar al grupo, o el atractivo personal.

Tabla 1
Principios de la intervención con menores de riesgo

Principios de la intervención	Relacionados con la detección y diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> – Atención a los momentos críticos de riesgo. – Atención a los indicadores psicológicos, físicos, sociales.
	Relacionados con la planificación de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> – Potenciación de los factores de protección. – Eliminación o reducción de los factores de riesgo. – Nivel de focalización sobre el problema.
	Relacionados con la metodología	<ul style="list-style-type: none"> – Intervención con los niños, padres y educadores. – Ajuste de la intervención a las características personales, familiares y sociales.
	Relacionados con la intervención	<ul style="list-style-type: none"> – Fomento de competencias genéricas y específicas. – Actuaciones puntuales <i>versus</i> continuas. – Trabajo interdisciplinar. – Intervención a nivel individual, familiar, escolar, comunitario.

Principio 8. Desarrollo de intervenciones continuadas

Los programas preventivos deberían ser de duración prolongada y con sesiones de recuerdo para reforzar los objetivos iniciales. Únicamente de esa forma es posible el mantenimiento de los cambios logrados. De hecho, la investigación muestra que los progresos que se alcanzan con niños durante la educación secundaria se desvanecen con los años si no se implementan programas de seguimiento y refuerzo (Scheier, Botvin, Díaz y Griffin, 1999). La prevención de recaídas es otro aspecto importante a considerar, y que requiere el establecimiento de evaluaciones de seguimiento y sesiones de recuerdo.

En un metaanálisis de programas preventivos del abuso de drogas en nuestro país (Espada, Méndez, Botvin, Griffin, Orgilés y Rosa, 2002) se comprobó que los programas más eficaces tenían una mayor duración. Dentro del rango observado (5-17 sesiones), los programas con mayor número de sesiones fueron más eficaces. Puesto que no se aprecian diferencias ni en horas de intervención ni en semanas de aplicación del programa, que indicarían que a mayor cantidad e intensidad, mejores resultados. Este hallazgo indica que es preferible distribuir las intervenciones en un número mayor de sesiones breves a que se concentren en un número menor de sesiones largas. La mayoría de programas analizados incluían entre sus componentes el entrenamiento en habilidades sociales, sin embargo, la eficacia de la intervención no difería por la utilización de este procedimiento. La hi-

pótesis explicativa que sugerimos es que la realización del entrenamiento no conlleva automáticamente la adquisición de habilidades sociales, y más si éstas en ocasiones se enseñan en muy pocas sesiones o en un tiempo récord.

Principio 9. Intervención con una metodología interdisciplinar

Los programas eficaces integran la labor de diferentes agentes socioeducativos en la planificación y aplicación de las actividades del programa. Las ventajas del trabajo interdisciplinar son conocidas y han sido destacadas por muchos autores (p. ej., Mondragón y Trigueros, 2002). En la intervención directa con los destinatarios participan profesionales con formación pedagógica (maestros y educadores), psicólogos, personal sanitario, trabajadores sociales, etc. Una modalidad que ofrece resultados prometedores es la intervención mediante líderes del grupo. Si incluimos en el equipo de desarrollo del programa los profesionales encargados de la planificación y evaluación del mismo, se ha de contar con especialistas en la elaboración de materiales didácticos, en análisis y diagnóstico, así como en procesamiento de datos y metodología de evaluación de programas. En todo caso, se recomienda una formación previa a la implementación del programa sobre los objetivos precisos a conseguir, la problemática sobre la que se interviene, la metodología específica y las peculiaridades de la población diana.

Principio 10. Intervención a través de todos los canales disponibles

La intervención a nivel familiar en el campo de la prevención se justifica por el papel crucial que desempeñan los padres en la formación de la personalidad y adquisición de hábitos de los hijos. La influencia de los padres en este sentido ha sido estudiada en numerosas investigaciones (Becoña, 1999; Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary, 1998; Merikangas, Dierker y Fenton, 1998). Los metaanálisis realizados sobre este tema indican que los mayores tamaños del efecto corresponden a los programas en los que se intervino con el conjunto de la familia (Kumpfer, Alexander, McDonald y Olds, 1998). No obstante, dando por sentado que para promover los factores de protección es necesario la intervención con las familias, ¿qué hipótesis darán soporte a los objetivos propuestos y a las actividades para alcanzarlos en esos programas? A fin de establecer actuaciones coherentes con las necesidades de los adolescentes, y acordes con los objetivos de prevención, han de plantearse algunas hipótesis de trabajo (Espada y Méndez, 2002):

- a) Si los padres cuentan con información sobre el desarrollo infanto-juvenil, entonces estarán más capacitados para entender las conductas de sus hijos, sintiéndose y haciéndose sentir más cercanos a ellos.
- b) Si los padres disponen de información sobre los comportamientos de riesgo estarán mejor preparados para atender demandas de los hijos y para detectar situaciones de riesgo.
- c) Si los padres adoptan en su estilo de vida comportamientos saludables, entonces ejercerán como modelos adecuados, haciendo más improbable la adopción de conductas de riesgo.
- d) Si los padres ponen en práctica estilos comunicativos que posibiliten la relación abierta y sincera con sus hijos, disminuyen el riesgo y refuerzan la red de apoyo social de sus hijos.
- e) Si los padres potencian en sus hijos la habilidad para resolver problemas, asumir responsabilidades, afrontar el estrés y autoafirmarse, estarán reforzando los factores de protección para muchas de las principales situaciones de riesgo en la infancia y adolescencia.

La agencia estadounidense encargada del estudio y tratamiento de las adicciones propone los siguientes principios de prevención para programas aplicados en el medio familiar (NIDA, 1997): a) procurar la participación de toda la unidad familiar en la aplicación del programa, en todas las etapas de su desarrollo; b) incidir en la formación de padres y madres sobre la conducta, con los objetivos de reducir los problemas conductuales de sus hijos, mejorar la relación intergeneracional, establecer un modelo de convivencia respetuosa y controlar las actividades de sus hijas e hijos durante la adolescencia; c) incluir componentes educativos para padres con información específica sobre drogas; d) realizar programas dirigidos a padres y madres de estudiantes de todas las edades; y e) facilitar el acceso de las familias en situación de riesgo a los servicios especializados de orientación y asesoramiento.

A la hora de afrontar la prevención de conductas sexuales de riesgo en menores, Espada y Quiles (2002) recuerdan que conviene intervenir directamente con los alumnos en el aula o en los contextos habituales del adolescente, tratando de adaptar la información a lo que el menor puede entender. Los contenidos sobre el sida tienen un marcado carácter actitudinal, por lo que es necesario partir de las concepciones de los alumnos para discutir las, contrastarlas y reflexionar en grupo sobre ellas. Simultáneamente, es necesaria la intervención con padres y educadores. En ese sentido, la escuela es un buen lugar para formar a los padres a través de programas específicos, organizados de forma paralela a la intervención que se realice con los alumnos. La intervención con los

padres se basa en la información y en destacar la importancia de la comunicación familiar. Los educadores (maestros y agentes socioeducativos que trabajan con el menor) tienen un doble papel en la prevención: por una parte, pueden ser los encargados de diseñar y realizar programas específicos para realizarlos en el aula. Para ello pueden cooperar con profesionales ajenos al centro, como psicólogos, médicos o trabajadores sociales. Por otro lado, como parte del ambiente habitual del niño, pueden fomentar un clima potenciador de los factores de protección, promoviendo la responsabilidad del menor, la toma de decisiones y la comunicación positiva en el hogar y en la escuela.

5. CONSIDERACIONES FINALES

En la Tabla 2 se sintetizan los principales aspectos a considerar en el diseño y aplicación de programas de prevención e intervención precoz.

A partir del análisis de la situación actual de la prevención e intervención temprana con menores en riesgo podemos afirmar que las intervenciones breves producen, en el mejor de los casos, resultados limitados en el tiempo.

Las intervenciones preventivas deben dirigirse a los factores de riesgo y protección, mejor que a los problemas de conducta directamente. Desde esta perspectiva, se maximizan los costes y beneficios. El tratamiento precoz persigue minimizar los efectos negativos del problema y evitar el deterioro por parte del menor. Con grupos de riesgo los programas de larga duración muestran beneficios más sólidos y mantenidos a largo plazo. Atendiendo a los momentos evolutivos críticos, las intervenciones preventivas pueden tener efectos beneficiosos durante toda la infancia, si se dirigen a los factores de riesgo adecuados. No obstante, dado que los problemas graves de conducta suelen ser resistentes al tratamiento, conviene iniciar la intervención desde la etapa preescolar. Una cuestión que ha quedado patente a lo largo de este capítulo es que la intervención para minimizar los riesgos no se puede limitar a la actuación con el menor, sino que ha de producir cambios en el ambiente, reduciendo o eliminando las causas del trastorno y fomentando un entorno que proporcione un desarrollo integral del niño. Esto pasa por modificar la conducta de padres y educadores. Respecto a los componentes eficaces de los programas, se trata de una cuestión a analizar en los restantes capítulos de esta obra, si bien podemos adelantar que no existe un único componente que prevenga múltiples conductas de riesgo, sino que se hace necesario el diseño de programas de prevención y tratamiento multi-componentes.

Tabla 2
 Recomendaciones en la planificación y aplicación de programas preventivos

Contenido	Planificación	Metodología
Inclusión de elementos de prevención específicos e inespecíficos.	Elaboración de la intervención a partir de una teoría explicativa.	Utilización de materiales curriculares o protocolos de actuación con instrucciones para la aplicación sesión por sesión.
Adecuación a las características específicas de los destinatarios (sociales, culturales, etc.).	Atención a las variables desencadenantes y de mantenimiento del problema.	Formación específica de los agentes encargados de aplicar el programa.
Elaboración atendiendo al fortalecimiento de los factores de protección.	Establecimiento de intervenciones de larga duración.	Seguimiento de protocolos de intervención estandarizados.
Atención a los factores de riesgo individuales, biológicos, familiares y sociales.	Inicio tan temprano como sea posible, atendiendo a las evidencias sobre la aparición del problema.	Utilización de equipos interdisciplinarios de trabajo.
Enseñanza a los padres de habilidades educativas y de mejora del clima familiar.	Valoración de resultados según criterios científicos, incluyendo la evaluación de proceso y de resultados.	Actuación con los menores, padres y adultos que participan en la educación del niño.
Enseñanza al menor de habilidades personales y fomento de competencias.	Análisis exhaustivo de la población diana.	Utilización de técnicas de enseñanza interactivas.
Minimización de factores de riesgo social.	Inclusión de seguimientos a largo plazo tras la finalización del programa.	

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arruabarrena, M.I. (2001). Evaluación y tratamiento familiar. En J. De Paúl y M.I. Arruabarrena, *Manual de protección infantil* (pp. 297-375) (orig. de 1996). Barcelona: Masson.
- Backett, K.B. y Wilson, S. (2000). Understanding peer education: Insights from a process evaluation. *Health Education Research*, 15, 1, 85-96.
- Battistich, V., Solomon, D., Watson, M. y Schaps, E. (1997). Caring school communities. *Educational Psychologist*, 32, 3, 137-151.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

- Beutler, L.E. (2000). Empirically decision making based in clinical practice. *Prevention and Treatment*, 3, 27.
- Beutler, L.E., Williams, R.E. y Wakefield, P.J. (1993). Obstacles to disseminating applied psychological science. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 2, 53-58.
- Beutler, L.E., Williams, R.E., Wakefield, P.J. y Entwistle, S.R. (1995). Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist*, 50, 984-994.
- Bimbela, J.L. y Cruz, M.T. (1997). *Sida y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Botvin, G.J. (1998). *Life Skills Training. A drug and violence prevention program*. New York: Institute for Prevention Research, Cornell University Medical College.
- Botvin, G.J., Schinke, S.P., Epstein, J.A., Díaz, T. y Botvin, E.M. (1995). Effectiveness of culturally-focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents: Two-year follow-up results. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 3, 183-194.
- Botvin, G.J. y Griffin, K.W. (2000). Preventing substance use and abuse. En K.M. Minke y G.C. Bear (Eds.), *Preventing school problems-promoting school success: strategies and programs that work* (pp. 259-298). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Botvin, G.J., Epstein, J.A., Baker, E., Díaz, T. y Williams, M.I. (1997). School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6, 5-20.
- Buela-Casal, G., Fernández-Ríos, L. y Carrasco, T. (Eds.) (1997). *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Caplan, M., Weissberg, R.P., Grober, J.S., Sivo, P., Grady, D. y Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects of social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 56-63.
- Cerezo, F. (Coord.) (2002). *Conductas agresivas en la edad escolar. Aproximación teórica y metodológica. Propuestas de intervención*. Madrid: Pirámide.
- De Paúl, J. y Arruabarrena, M.I. (2001). *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson.
- Dorfman, S. (2000). *Preventive interventions under managed care: Mental health and substance abuse services*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Espada J.P. y Méndez, F.X. (2002). Trastornos de conducta en la infancia y consumo de drogas. En J.R. Fernández y R. Secades (Coords.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. (pp. 198- 229). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Espada, J.P. y Méndez, F.X. (2003). *Programa Saluda. Prevención del abuso del alcohol y del consumo de drogas de síntesis*. Madrid: Pirámide.

- Espada, J.P., Méndez, F.X., Botvin, G.J., Griffin, K.W., Orgilés, M. y Rosa, A.I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un metaanálisis de los programas en España. *Psicología Conductual*, 10, 3, 581-602.
- Espada J.P., Méndez, F.X., Griffin, K.W. y Botvin, G.J. (2003). Prevención del abuso de drogas en la adolescencia. En J.M. Ortigosa, M.J. Quiles y F.X. Méndez (Coords.), *Psicología de la salud. Intervención con niños, adolescentes y familia* (pp. 325-348). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Espada, J.P. y Quiles, M.J. (2002). Prevención del sida en la escuela: pautas para la elaboración de un programa comportamental - educativo. *Revista Española de Drogodependencias*, 27, 3, 381-396.
- Espada J.P., Quiles, M.J. y Méndez, F.X. (2003). Prevención del sida en la infancia y adolescencia. En J.M. Ortigosa, M.J. Quiles y F.X. Méndez (Coords.), *Psicología de la salud. Intervención con niños, adolescentes y familia* (pp. 349-368). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Espada, J.P., Rosa, A.I. y Méndez, F.X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y Drogas*, 3, 2, 61-81.
- Forehand, R., Rogers, T., McMahon, R.J., Wells, K.C. y Griest, D.L. (1981). Teaching parents to modify child behavior problems: an examination of some follow-up data. *Journal of Pediatric Psychology*, 6, 3, 313-322.
- Greenberg, M.T., Domitrovich, C. y Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4, 1.
- Hurrelman, K. (1997). Prevención en la adolescencia. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 105-116). Madrid: Pirámide.
- Inglés, C.J. (2003). *Programa PEHIA. Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Kirby, D. (1992). School - based prevention programs: design, evaluation and effectiveness. En R.J. DiClemente (Ed.), *Adolescents and Aids. A generation in jeopardy*. California: Sage.
- Kumpfer, K.L., Alexander, J.F., McDonald, L. y Olds, D.L. (1998). *Family-focused substance abuse prevention. What has been learned from others fields*. En R.S. Ashery, E.B. Roberston y K.L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 78-102). Rockville: NIDA Research Monograph, 177.
- Luengo, A., Romero, E., Gómez, J.A., Guerra, A. y Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Méndez, F.X. (2002). *Terapia de juego para el miedo a la oscuridad: comparación de dos tratamientos aplicados por psicólogos o padres*. Manuscrito no publicado. Universidad de Murcia.

- Méndez, F.X., Orgilés, M. y Espada, J.P. (2003). Tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad en un contexto lúdico: un ensayo controlado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 3, 199-210.
- Merikangas, K.R., Dierker, L. y Fenton, B. (1998). Familial factors and substance abuse: Implications for prevention. En R.S. Ashery, E.B. Roberston y K.L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 12-41). Rockville: NIDA Research Monograph, 177.
- Mondragón, J. y Trigueros, I. (2002). *Intervención con menores. Acción socio-educativa*. Madrid: Narcea.
- National Institute of Mental Health (2001). National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research. Priorities for prevention research at NIMH. *Prevention and Treatment*, 4, 17.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA) (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Bethesda, Maryland: Autor.
- Olivares, J. (Coord.) (2004). *Programa IAFS. Protocolo para la prevención y el tratamiento de la fobia social en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Oetting, E., Edwards, R., Kelly, K. y Beauvais, F. (1997). Risk and protective factors for drug use among rural American youth. En E.B. Robertson, Z. Sloboda, G.M. Boyd, L. Beatty y N.J. Kozel (Eds.), *Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues*. NIDA Research Monograph, 168 (pp. 90-130). Washington: Autor.
- Patterson, G.R. (1974). Interventions for boys with conduct problems; multiple settings, treatments and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 471-481.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G.R. (1993). Orderly change in a stable world: The antisocial trait as a chimera. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 6, 911-919.
- Patterson, G.R., Reid, J.B. y Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Pentz, M.A., Dwyer, J.H., MacKinnon, D.P., Flay, B.R., Hansen, W.B., Wang, E.Y. y Johnson, C.A. (1989). A multicomunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 261, 3, 259-3.266.
- Quiles, M.J. y Espada, J.P. (2004). *Educación en la autoestima*. Madrid: Editorial CCS.
- Schaps, E., Moskowitz, J.M., Malvin, J.H. y Scheffer, G.H. (1986). Evaluation of seven school-based prevention programas: a final report on the Napa Project. *International Journal of the Addictions*, 21, 1, 081-1.112.
- Scheier, L., Botvin, G., Díaz, T. y Griffin, K. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29, 3, 251-278.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

- Shure, M.B. y Spivack, G. (1982). Interpersonal problem-solving in young children: a cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology*, 10, 341-346.
- Snow, D.L., Tebes, J.K., Arthur, M.W. y Tapasak, R.C. (1992). Two-year follow-up of a social-cognitive intervention to prevent substance use. *Journal of Drug Education*, 22, 101-114.
- Sussman, S., Dent, C.W., Stacy, A. W. y Sun, P. (1993). Project towards no tobacco use: 1-year behavior outcomes. *American Journal of Public Health*, 83, 1.245-1.250.
- Tuma, J.M. (1989). Mental health services for children: The state of the art. *American Psychologist*, 44, 188-198.
- Vitaro, F., Tremblay, R.E., Kerr, M., Pagani, L. y Bukowski, W.M. (1997). Disruptiveness, friends' characteristics, and delinquency in early adolescence: A test of two competing models of delinquency. *Child Development*, 68, 4, 676-689.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: a comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583-593.
- Webster-Stratton, C. (1996). Early intervention with videotape modeling: programs for families of children with oppositional defiant disorder or conduct disorder. En E.D. Hibbs y P.S. Jensen (Dir.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders. Empirically based strategies for clinical practice*. Washington: American Psychological Association.
- Webster-Stratton, C. y Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- Wolfe, D. (1999). Prevención y tratamiento del maltrato físico, maltrato emocional y negligencia. En J. Sanmartín (Ed.), *Violencia contra niños* (pp. 59-78). Barcelona: Ariel.

CAPÍTULO 3

Detección e intervención con jóvenes en riesgo en el ámbito escolar

Mafalda Santos Fano

Colegio Internacional Meres (Asturias)

Índice del capítulo

1. Introducción
2. Los factores de riesgo y de protección como fundamento de los programas de intervención
3. Diseño de programas de intervención con jóvenes en riesgo en el ámbito escolar
4. Estrategias efectivas de los programas escolares
5. Prevención universal en el ámbito escolar
6. Prevención selectiva e indicada
 - 6.1. *El papel del profesor en la detección y captación de los menores en riesgo*
 - 6.2. *Intervención temprana*
 - 6.3. *Programas eficaces de intervención selectiva e indicada*
 - 6.3.1. Características generales
 - 6.3.2. Objetivos de los programas selectivos e indicados
 - 6.3.3. Estrategias efectivas de los programas
 - 6.3.4. Ejemplos de programas eficaces
7. Conclusiones
8. Referencias bibliográficas
9. Anexos

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas y la conducta antisocial entre los jóvenes son dos de los problemas que más preocupan a la comunidad escolar y a la población en general. Según la última Encuesta de la Población Escolar en España, realizada en el año 2002 por el Plan Nacional sobre Drogas, con estudiantes de Enseñanza Secundaria de entre 14 y 18 años, el inicio en el consumo de sustancias se sitúa en edades muy tempranas —13,1 años para el tabaco, 13,6 para el alcohol y 14,7 para el cannabis—, sin que existan diferencias significativas por sexos en estas edades de inicio. El alcohol, el tabaco y el cannabis siguen siendo las sustancias más consumidas por los estudiantes: el 55,1% consumen habitualmente bebidas alcohólicas, el 28,8% tabaco y el 22% cannabis, a pesar de que se observa una tendencia descendente en el consumo de las dos primeras desde la última encuesta del año 2000. También decrece el consumo de éxtasis y alucinógenos, pero aumenta el de cannabis y el de cocaína (3,1%). Por otro lado, es destacable que, en general, y respecto al año 2000, ha aumentado la percepción de riesgo de todas las drogas, excepto del cannabis (Plan Nacional sobre Drogas, 2003).

Respecto a los datos de prevalencia de la conducta delictiva de los adolescentes, en un estudio realizado en la comunidad autónoma gallega (Otero, 1997), con 3.982 adolescentes escolarizados de entre 14 y 18 años, se concluyó que la conducta contra las normas fue la actividad delictiva realizada por un mayor número de adolescentes (16,5% de varones y 10,2% de mujeres informaron de delincuencia severa), seguida de las conductas de vandalismo y agresión. Las conductas delictivas menos realizadas fueron los robos y se confirmó que para todas las actividades delictivas, los mayores porcentajes correspondían a los varones. Asimismo, y según la encuesta del año 2002 comentada anteriormente, el 74% de los estudiantes reconoció haber sufrido algún problema o consecuencia negativa por consumir bebidas alcohólicas. De este porcentaje, un 10,1% refirió riñas y discusiones y un 5,2% peleas y agresiones físicas.

Por otro lado, y asociado al consumo recreativo de drogas y a la conducta antisocial, es necesario señalar que éstos se suelen incrementar en los horarios de salida nocturnos. Según los últimos datos, el porcentaje de jóvenes de hasta 18 años que llegó a casa después de las doce de la noche durante la última salida nocturna fue del 84,6% (Plan Nacional sobre Drogas, 2003). Ello supone que aumentan las posibilidades de consumir alcohol u otras drogas y de involucrarse en comportamientos agresivos.

El consumo de drogas y la conducta antisocial tiene sus inicios durante la adolescencia, etapa que se extiende desde los 11/13 años (preadolescencia) hasta, más o menos, los 16/20 años (adolescencia tardía). Suele ser ésta una etapa difícil de la vida, tanto para el propio adolescente como para su familia y los educadores, con unas características que la hacen especialmente vulnerable. Uno de los rasgos más característicos es la influencia que los iguales ejercen sobre las creencias, actitudes y comportamientos de los jóvenes. Aunque la influencia de la familia no desaparece del todo, existe una atracción especial por el grupo de amigos y, como se sabe, el consumo de sustancias y la conducta antisocial por parte de los iguales es un factor que aparece asociado de forma relevante a mayor número de problemas de este tipo entre los estudiantes.

La impulsividad es otra de las características típicas de esta etapa. Los jóvenes parecen estar más preocupados por el momento presente que por el futuro. No se valoran ni tienen el mismo peso las consecuencias negativas a largo plazo que las gratificaciones a corto plazo. Algunos jóvenes se sienten «inmunes» frente a los riesgos y tienden a infravalorar las posibilidades de sufrir daños derivados de las conductas problema. Esto, unido a la necesidad de algunos jóvenes de buscar nuevas experiencias y al deseo de vivir sensaciones intensas, puede acarrear consecuencias no deseadas.

Dado que el consumo de drogas y la conducta antisocial son dos problemas que suelen originarse en edades tempranas y consolidarse en la adolescencia, y que durante este período los jóvenes están escolarizados, es indispensable realizar intervenciones que traten de prevenir estas conductas en la escuela y que se lleven acciones que, ya desde las edades más tempranas, promuevan hábitos saludables. El marco escolar ocupa un lugar privilegiado para llevar a cabo actividades de promoción de la salud e intervenciones para detectar y corregir los problemas de conductas inadaptadas. Éste suele ser el primer ámbito donde los alumnos se relacionan con sus iguales, hacen sus primeras amistades y generan gran parte de sus aficiones de adulto. Además, en él se transmiten y se aprenden normas, valores y creencias. Por ello, la escuela facilita la posibilidad de controlar las conductas desadaptadas desde sus primeras

manifestaciones. El hecho de que se trate de niños y jóvenes escolarizados quiere decir que, salvo excepciones, se tratará con una población que todavía no ha desarrollado unas manifestaciones severas de las conductas que se pretenden eliminar. En este sentido, la intervención en el contexto escolar presenta unas características muy diferentes a las de otros ámbitos de intervención que también se describen en este manual. El contacto con los alumnos desde edades tempranas, en las que aún no se ha empezado a consumir drogas o a desarrollar otro tipo de conductas disfuncionales, así como la estrecha relación con la mayoría de las familias y parte de las amistades del menor, facilita la detección precoz de los alumnos que pueden llegar a tener conductas inadecuadas o de aquellos que ya las han adquirido. La escuela facilita, además, el seguimiento del menor a largo plazo, por lo que se pueden diseñar y aplicar programas durante períodos extensos de tiempo. Asimismo, la institución escolar suele contar con la infraestructura adecuada para realizar ese tipo de intervenciones, lo que puede abaratar su costo de forma significativa. Por último, el personal encargado de las tareas educativas es susceptible de ser formado en las materias específicas que se pretenden abordar. Su experiencia y conocimiento de los alumnos a los que van dirigidos puede ayudar a mejorar la implementación de estos programas.

Este capítulo tiene como objetivo revisar las actuaciones de detección e intervención precoz que se pueden llevar a cabo en el ámbito escolar con los alumnos que estén en situación de riesgo de desarrollar conductas desadaptadas, como el consumo de drogas o las conductas agresivas o delictivas, o con aquellos que ya hayan desarrollado las primeras manifestaciones de las mismas. Además, se pretende ofrecer a los profesionales que realizan su labor en el ámbito educativo (psicólogos, maestros o profesores) información de interés y herramientas útiles para desarrollar intervenciones de detección y tratamiento de las conductas desviadas en los escolares.

2. LOS FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN COMO FUNDAMENTO DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

El estudio de los factores de riesgo y de prevención es el punto de partida en el que se fundamenta el diseño y la implantación de los programas de prevención e intervención precoz en el ámbito escolar.

Un factor de riesgo es una característica individual o social cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno, en este caso el consumo de drogas o la conducta antisocial.

Por el contrario, un factor de protección es una característica cuya presencia disminuye esa probabilidad.

Como ya se mencionó en el Capítulo 1 de este manual (González, Fernández y Secades, 2004), son muchos los factores de riesgo de las conductas problema que se conocen en la actualidad. Se sabe que actúan de forma conjunta e interrelacionada, por lo que es sumamente difícil conocer el peso específico de cada uno por separado. Además, el impacto potencial que puede tener un factor de riesgo o de protección puede variar con la edad, el género, la cultura o el entorno. Por ejemplo, la influencia de la familia es determinante en edades tempranas, mientras que el efecto del grupo de amigos es más significativo en la adolescencia (Gerstein y Green, 1993; Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary, 1998). Un factor de riesgo puede serlo para una determinada persona, pero no para otra.

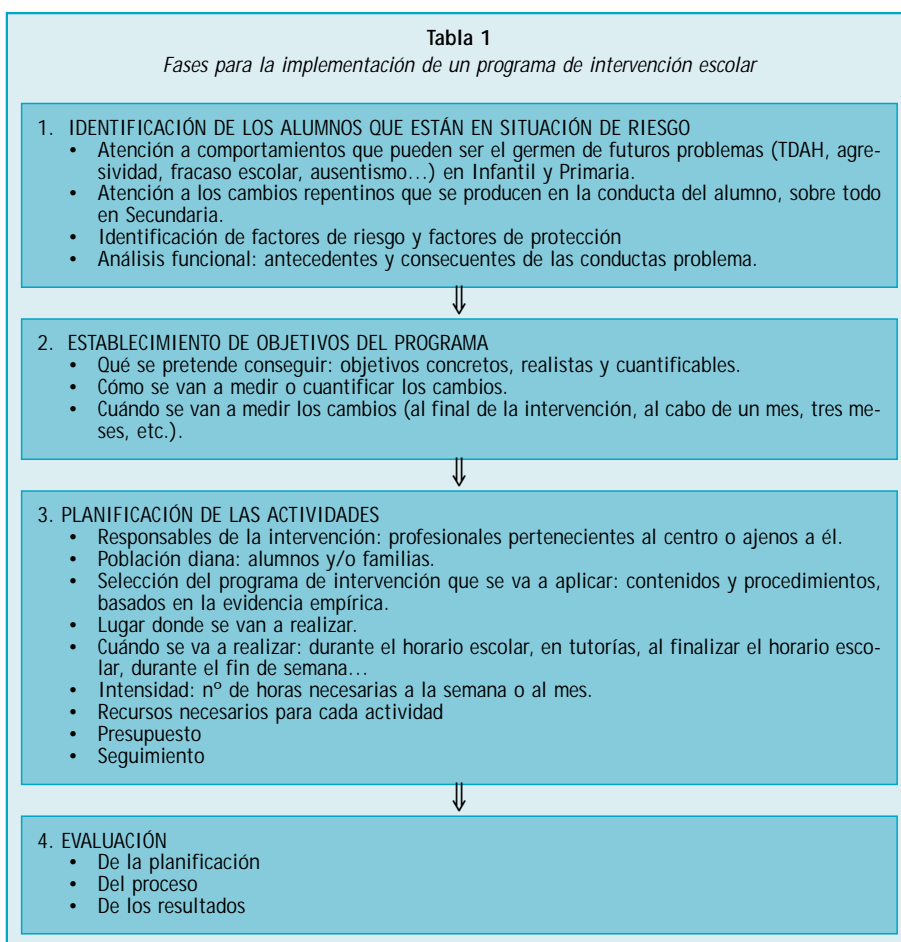
La evidencia empírica demuestra que el consumo de drogas y la conducta antisocial y violenta en la adolescencia ocurren de forma asociada y responden en gran medida a un mismo conjunto de determinantes (Elliot, Huizinga y Ageton, 1985; Jessor y Jessor, 1977; Otero, 1997; Otero, Luengo, Mirón, Carrillo y Romero, 1994; White, Pandina y Lorange, 1987). Si dichas conductas pueden explicarse a partir de semejantes factores de riesgo, resulta posible suponer que un mismo tipo de estrategias preventivas podría incidir con eficacia en ambos tipos de comportamientos (Botvin y Scheier, 1995).

Por otra parte, los niños que manifiestan conductas desviadas en la infancia tienen más probabilidad de tener problemas severos en la adolescencia (Campbell, 1995). Existen estudios que muestran que los niños con un pobre rendimiento académico y un inapropiado comportamiento social en edades de 7 a 9 años tienen mayor probabilidad de verse envueltos en problemas de abuso de sustancias a la edad de 14 o 15 años (NIDA, 2003). Asimismo, cada vez es más evidente que uno de los mayores riesgos para el fracaso escolar es la falta de habilidad para leer en 3º y 4º de Primaria (Barrera et al., 2002). En una revisión de la investigación llevada a cabo en este área, Webster-Stratton (1997) concluye que el comienzo de los desórdenes serios de conducta en la adolescencia y en la edad adulta parece establecerse en el período preescolar. Comportamientos tempranos de hiperactividad o agresión, unidos a factores familiares y del contexto escolar negativos, pueden desembocar en problemas más graves si no son tratados adecuadamente. En uno de los pocos estudios prospectivos longitudinales del comportamiento disruptivo, se concluyó que los problemas de comportamiento en la etapa preescolar era el predictor más poderoso de actividades delictivas a los once años de edad (White, Moffit, Earls, Robins y Silva, 1990).

3. DISEÑO DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Como ya se ha comentado con anterioridad, la escuela es un marco privilegiado para la detección e intervención con los alumnos que están en riesgo de desarrollar conductas inadecuadas, como el uso de drogas o los comportamientos agresivos.

Antes de poner en práctica un programa de intervención en el ámbito escolar, tanto si es individual como colectivo, es necesario planificar con detenimiento todos sus componentes. Una adecuada planificación de las estrategias y recursos necesarios para llevar a cabo la intervención incrementa la probabilidad de alcanzar con éxito los objetivos previstos. El diseño de un programa de prevención en la escuela podría seguir los siguientes pasos (Tabla 1).



Una vez que se detecta al alumno o a los alumnos en situación de riesgo o con indicios de comportamientos desviados, es necesario llevar a cabo una primera evaluación para determinar con precisión la severidad del problema. Esta labor puede ser llevada a cabo por el tutor, que debería contar con la ayuda y supervisión del Servicio de Orientación, y con la información de todas aquellas personas que tengan algún tipo de contacto con el alumno. En la intervención selectiva e indicada, los padres del alumno o alumnos seleccionados deben dar su consentimiento para que se inicie la intervención y han de estar informados en todo momento del proceso. Su colaboración va a resultar de gran ayuda para conseguir los objetivos deseados.

El análisis funcional, que nos proporciona información precisa de los antecedentes y consecuentes que están manteniendo las conductas desviadas, es una estrategia imprescindible para diseñar un programa de intervención.

Después de analizar toda la información necesaria se decidirá la intervención que se va a realizar. Esta decisión será tomada por el tutor con el Servicio de Orientación, el Jefe de Estudios y el Equipo Directivo del centro, y siempre estará basada en la evidencia empírica y en modelos teóricos contrastados.

Es de suma importancia realizar una correcta planificación de los objetivos, de las actividades y de la evaluación que se va a realizar. Nunca deberían improvisarse este tipo de intervenciones, ya que los efectos pueden ser contrarios a los que se pretenden. Los objetivos han de ser seleccionados con base en los factores de riesgo que se desean eliminar y los factores de protección a impulsar. Éstos han de ser concretos, realistas y cuantificables. Objetivos como «portarse bien», «no consumir mucho alcohol» o «estudiar más» son poco concretos y difícilmente cuantificables. Sin embargo, objetivos como «levantar la mano antes de intervenir en clase», «no consumir más de una caña de cerveza al día», «dedicar diez minutos diarios para repasar lo estudiado el día anterior» o «no intervenir en ninguna pelea dentro del centro escolar» permiten una mejor valoración de los progresos que se están produciendo en las conductas que se pretenden modificar. En definitiva, debemos asegurarnos de que los objetivos que se van a fijar son operativos y cómo se van a medir los cambios, con el fin de observar la evolución del comportamiento a lo largo y después del programa.

Es muy importante que el responsable o los responsables de poner en práctica la intervención, tanto si es el personal del centro o ajeno a éste, dispongan de la formación adecuada. Asimismo, van a hacer falta altas dosis de entusiasmo y motivación, ya que la intervención no siem-

pre resultará fácil y habrá momentos en los que surjan dificultades para alcanzar los objetivos que se persiguen.

El lugar donde se van a realizar las sesiones, que puede ser el aula, la tutoría o alguna sala disponible en las dependencias escolares, así como el número de horas y el horario que semanalmente se van a dedicar al alumno o alumnos y/o a las familias, ha de estar determinado de antemano, al igual que los recursos que se van a utilizar para cada sesión.

Una vez finalizada la intervención, es imprescindible realizar una evaluación de ésta, de su planificación, de todo el proceso y, sobre todo, de los resultados obtenidos que pueden ser recogidos al final de la intervención, al cabo de uno o varios meses y, si es posible, al cabo de uno o más años. La necesidad de valorar los programas se justifica porque, de lo contrario, es imposible conocer, salvo intuitivamente, si funcionan y alcanzan los objetivos propuestos. Una de las dificultades para valorar los programas preventivos es la comprobación de cambios directos inmediatos. Esta limitación es inherente a la prevención del abuso de drogas, ya que los cambios en las tasas de abstinencia, no consumo o consumo saludable, difícilmente se constatan a la finalización del programa (Espada et al., 2002). Dado que estas intervenciones se van a realizar en el ámbito escolar, siempre que se pueda se deberían programar seguimientos a largo plazo.

4. ESTRATEGIAS EFECTIVAS DE LOS PROGRAMAS ESCOLARES

Las múltiples investigaciones que se han realizado hasta la fecha sobre los programas de intervención escolar permiten arrojar una serie de conclusiones sobre los componentes y los procedimientos que obtienen mejores resultados en la prevención y tratamiento de las conductas inadaptadas y que pueden ser de utilidad a la hora de diseñar un programa de prevención. El *Center for Substance Abuse Prevention, CSAP* (Centro de Prevención del Abuso de Sustancias), dependiente del Departamento de Salud de los Estados Unidos, mantiene una lista actualizada de programas modelo de prevención de consumo de drogas y conducta antisocial llevados a cabo en ese país, que constituye un referente muy importante para cualquier profesional interesado en la intervención con conductas desadaptadas en la infancia y la adolescencia. Se trata de programas que han superado estrictos controles de calidad (evidencia de los modelos teóricos, grado de planificación, rigurosidad del proceso de evaluación, adecuación de los diseños, tamaño y método de asignación de la muestra y procedimientos de evaluación de resultados). Éstos vie-

nen clasificados en dos categorías: los *Programas Prometedores*, que son aquellos que tienen resultados positivos iniciales, pero que todavía no tienen una verificación científica de sus resultados, y los *Programas Modelo*, que han sido realizados bajo condiciones científicamente rigurosas y han demostrado resultados positivos consistentes. Basándonos principalmente en la revisión de estos programas (CSAP, 2004), pero sin dejar de lado otras investigaciones, comentaremos a continuación algunos de los componentes de programas escolares que parecen resultar más efectivos para la reducción del consumo de drogas y la conducta antisocial.

Los resultados de las investigaciones señalan que los programas que se centran en proveer información acerca del alcohol, tabaco y otras drogas son significativamente menos efectivos que aquellos que, además de información, introducen componentes referidos a habilidades sociales, toma de decisiones, control de las emociones, cambio de actitudes y autoestima. Además, y dado que la presión de los iguales consumidores es uno de los predictores más fuertes del comienzo en el uso y abuso de sustancias, los programas de prevención deben intentar desarrollar estrategias efectivas de resistencia a la influencia social y al ofrecimiento explícito de drogas.

Respecto al método, es de suma importancia la forma en que la información preventiva es transmitida. Dentro de un programa de intervención, las sesiones pueden desarrollarse de forma individual, con el alumno y/o con su familia o de forma colectiva, agrupando a dos o más alumnos y/o sus familias. Investigaciones recientes sugieren cautela a la hora de agrupar adolescentes de alto riesgo en las intervenciones para la prevención del abuso de drogas. Estas agrupaciones han mostrado efectos negativos, ya que parece que los participantes, con el paso del tiempo, refuerzan este tipo de comportamientos (Dishion, Kavanagh, Schneiger, Nelson y Kaufman, 2002).

Cuando las sesiones son en grupo, los métodos interactivos ofrecen mejores resultados que los pasivos. La participación activa de las personas a las que va destinado el programa suele aumentar su implicación e interés, por lo que se ha de procurar que los participantes trabajen de forma cooperativa o en equipo, en lugar de limitarse a escuchar al profesor o recibir la información sólo a través de lecturas, vídeos o métodos similares. Estos últimos no deberían constituir las actividades principales, sino apoyos para el desarrollo de las sesiones.

No existe acuerdo entre quiénes son las personas más indicadas para realizar las intervenciones. En una revisión de los metaanálisis sobre prevención del abuso de drogas en el ámbito escolar, Lence, Gómez y Luengo (1997) concluyeron que los datos sobre la eficacia diferencial de

los programas en función de las personas que los aplican, monitor «master» (profesional experto), u otros monitores, como los profesores o los compañeros, son contradictorios. En algunos casos, los programas aplicados por profesionales ajenos al centro escolar consiguen mejores resultados, pero en otros se produce el efecto contrario. Tanto si son los profesores del centro como si es personal ajeno a él, es de suma importancia que tengan una alta motivación y formación en los contenidos que se van a impartir, así como en la dinámica de grupos. Asimismo, han de tener recursos y disponer de unas condiciones de trabajo adecuadas, ya que ello va a aumentar la probabilidad de que se produzcan resultados positivos. También es necesario que los programas sean coherentes, con objetivos claros y argumentos sólidos para seleccionar las actividades y las estrategias necesarias para alcanzar dichos objetivos.

Los programas que suponen un contacto más intenso con los participantes, por ejemplo, con un mayor número de horas a la semana, consiguen mejores resultados que los menos intensos. Es recomendable realizar intervenciones de cuatro o más horas semanales, ya que parece que la intensidad de las sesiones produce mejores resultados que el número total de horas de contacto. Asimismo, parece que los programas que se llevan a cabo después del horario escolar obtienen mejores resultados en la reducción del consumo de tabaco y alcohol y en la mejora de las relaciones familiares que los que se realizan durante el horario escolar.

Por último, sería deseable que los programas proporcionasen a los jóvenes contactos con ambientes sociales efectivos. Aunque sabemos la dificultad que esto entraña, y que puede exceder las competencias del centro escolar, no queremos dejar de mencionar una condición que resulta sumamente importante para lograr los objetivos que se pretenden. Los cambios en las actitudes o en los comportamientos de los jóvenes con problemas van a verse reforzados si las contingencias del ambiente escolar, familiar y social operan conjuntamente en el mismo sentido. El contexto puede proveer a los jóvenes modelos deseables o indeseables, así como aprobar o desaprobado sus comportamientos. El uso de drogas por parte de los padres o de los iguales aumenta el acceso de los jóvenes a esas sustancias. Además, muchos adolescentes tienen una percepción sobreestimada de la prevalencia del consumo, sobre todo del consumo de sus iguales (Sussman et al., 1988). Todos estos factores son predictores del abuso de sustancias por parte de los adolescentes, por los que se supone que los cambios que se produzcan en ellos alterará el riesgo de que los jóvenes tengan este tipo de conductas (Flay, 2000). Asimismo, el entorno escolar y las influencias que los profesores, alumnos y resto del personal del centro tenga sobre el alumno será vital para prevenir la aparición de conductas desviadas.

5. PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Aunque la prevención universal no es el foco de atención principal de este capítulo, dedicaremos unas líneas a comentar brevemente las características esenciales de este tipo de intervenciones.

Los programas de prevención universal son aquellos que están destinados a la población escolar general y que pretenden evitar el inicio en el consumo de drogas o en la conducta antisocial. Actúan antes de que surja el problema con el fin de que no aparezca o de retrasar su edad de inicio. Éstos tratan de realzar los factores de protección y reducir los factores de riesgo entre los alumnos ya desde los primeros años en Educación Infantil. La aplicación en la escuela de este tipo de programas suponen una primera línea de defensa ante el desarrollo de comportamientos de riesgo.

Son muchos los programas de prevención universal que se están llevando a la práctica en las escuelas de todo el mundo y muchas y diferentes las conclusiones que se extraen acerca de qué tipo de programas y qué componentes son los más efectivos. En el metaanálisis realizado por Tobler et al. (2000), sobre 207 programas escolares de prevención universal de consumo de drogas, se realizó una clasificación basada en el tipo de contenidos y en la forma de llevar a cabo los programas. Respecto al tipo de contenidos, éstos fueron divididos en siete bloques: conocimientos acerca de los efectos de las drogas y sus influencias, estrategias afectivas (por ejemplo, incremento de la autoestima, actitudes, creencias, valores), habilidades de rechazo, habilidades generales (habilidades de comunicación, asertividad, habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones), habilidades de seguridad (como la conducción segura de vehículos), actividades extracurriculares (por ejemplo, actividades culturales y deportivas, ocio sin drogas) y otros (en donde se incluía la participación de los padres y la ayuda de los iguales). Respecto a la forma de llevar a cabo el programa, se incluyeron cuatro grupos: programas no interactivos (por ejemplo, exposiciones magistrales, conferencias); programas que implicaban comunicación entre los estudiantes y el profesor, pero rara vez entre los alumnos; programas que promovían las discusiones guiadas en grupo y la interacción entre los iguales y, por último, los programas más interactivos. Los resultados de este estudio señalaron que los programas basados en la información y los programas afectivos mejoraban los conocimientos sobre las drogas y la autoestima de los participantes, respectivamente, pero tenían poca influencia sobre la conducta de consumo de drogas. Los componentes que incluían algún tipo de entrenamiento en habilidades obtuvieron los me-

jores resultados. La inclusión de componentes comunitarios y la participación de la familia incrementaban la eficacia de las intervenciones. El tipo de programa también se mostró un predictor significativo de los resultados. Los programas no interactivos (exposiciones magistrales, conferencias, etc.), sobre todo si se basaban en la información sobre drogas o en el incremento de la autoestima, obtuvieron resultados más modestos. Los programas interactivos que favorecían el desarrollo de habilidades interpersonales alcanzaban los mejores resultados.

Canning, Millward y Raj (2003) elaboraron un interesante trabajo donde se resumía la evidencia empírica relacionada con la prevención del consumo de drogas. Los autores presentan como probados, entre otros, los siguientes hallazgos:

- En general, los programas de prevención más efectivos son aquellos que van dirigidos hacia las «drogas de iniciación», como el alcohol, tabaco y cannabis, más que a otras sustancias ilegales.
- Las intervenciones escolares pueden retrasar la edad de inicio de consumo de drogas en los no consumidores y reducir su uso entre los que ya consumen, aunque los efectos tienden a reducirse con el tiempo.
- Los programas de prevención universal son más efectivos para los jóvenes de bajo riesgo que para los de alto riesgo.
- Un programa de entrenamiento en habilidades, en concreto, el *Life Skill Training, LST* (Entrenamiento en Habilidades para la Vida) (Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin y Díaz, 1995; Botvin, Baker, Filazzola y Botvin, 1990), se ha mostrado eficaz a largo plazo, aunque ésta se reduce con el paso del tiempo.
- Los programas interactivos que incluyen a los padres son más efectivos que los no interactivos.
- Los programas basados en la información, como el proyecto DARE, tienen poca influencia sobre la conducta de consumo de drogas.
- Los programas más efectivos son los más intensivos (por ejemplo, diez o más sesiones) y los que suelen incluir sesiones de recuerdo. Los programas preventivos deberían realizarse a largo plazo con intervenciones de refuerzo. Existen investigaciones que demuestran que los beneficios de los programas de prevención para escolares de Primaria disminuyen si no se llevan a cabo programas de seguimiento en Secundaria y Bachillerato (Scheier, Botvin, Díaz y Griffin, 1999).

Son muchos los programas escolares de prevención universales que han obtenido buenos resultados en la reducción del consumo de drogas y de otras conductas desviadas. Sin embargo, en España las evaluaciones realizadas de los programas de prevención universal han sido escasas. A pesar de ello, existen algunos programas que han tenido una amplia difusión. Por ejemplo, *La aventura de la vida*, programa dirigido a alumnos de 2º a 5º de Primaria (8 a 12 años), padres, docentes y directivos del centro, incluye los siguientes componentes: incremento de la autoestima, habilidades para la vida, información sobre drogas y hábitos de vida.

El programa *¡Órdago!: el desafío de vivir sin drogas* se lleva a cabo durante los cuatro años que dura la Educación Secundaria Obligatoria. Incluye los siguientes componentes: información sobre las drogas, habilidades para resistir las influencias sociales negativas, resolución de problemas, toma de decisiones, aumento del autocontrol y la autoestima, manejo de emociones negativas, mejora de la comunicación y de las relaciones.

El CSAP destaca más de veinte programas de este tipo que han sido considerados programas modelo. De entre todos ellos, y a modo de ejemplo, comentaremos brevemente el Programa de Entrenamiento de Habilidades para la Vida (*Life Skills Training, LST*) (Botvin et al., 1990; 1995), por ser uno de los programas más representativos y por haber sido adaptado recientemente a la población española. Se trata de un programa escolar universal de tres años de duración dirigido a los alumnos de entre 8 y 11 años y entre 11 y 14 años. Las sesiones incluyen charlas, discusión en grupo, entrenamiento y práctica para incrementar la autoestima, la autoeficacia, la habilidad para tomar decisiones y la habilidad para resistir la presión de los iguales y de los medios de comunicación. El LST contiene tres componentes fundamentales: habilidades de resistencia para el consumo de drogas, habilidades para el automanejo (resolución de problemas y toma de decisiones) y habilidades sociales generales (habilidades de comunicación, asertividad, etc.).

El LST ha sido extensamente estudiado durante los últimos dieciséis años. Los resultados indican que puede reducir el consumo de tabaco, alcohol y marihuana entre un 59% y un 75%, y las sesiones de refuerzo pueden ayudar a mantener los efectos del programa a largo plazo. Los datos de una encuesta con 6.000 estudiantes de 56 escuelas americanas mostraron un descenso notable en el consumo de cigarrillos, alcohol y marihuana seis años después de la evaluación inicial del mismo.

Un equipo de la Universidad de Santiago de Compostela ha llevado a cabo una adaptación del LST a la población española, bajo el

nombre de *Construyendo Salud*. Esta adaptación consta de seis componentes distribuidos en dieciséis sesiones de 45-50 minutos: información sobre drogas, autoestima, toma de decisiones, manejo de ansiedad, entrenamiento en habilidades sociales y actividades de ocio alternativo. Las evaluaciones realizadas muestran resultados satisfactorios en seguimientos a largo plazo (Gómez, Luengo y Romero, 2002). Además, la intervención es eficaz no sólo para reducir la intención de consumir drogas, sino también para reducir el grado de implicación en conductas antisociales, por ejemplo, conductas agresivas. Una amplia descripción de los contenidos del programa y de la evaluación del mismo se puede encontrar en Luego, Romero, Gómez, Guerra y Lence (2002). En la página web del Plan Nacional sobre Drogas (www.mir.es/pnd) se pueden encontrar todos los materiales y manuales necesarios para su aplicación.

Otro programa modelo que nos gustaría comentar brevemente, por estar dirigido a los alumnos más pequeños, de Educación Infantil y primer ciclo de Educación Primaria, es el *Al's Pals: Kids making healthy choices* (Los amigos de Al: niños realizando elecciones saludables), de S.R. Geller. Se pretende desarrollar habilidades personales, emocionales y sociales en alumnos de 3 a 8 años a través de 46 lecciones interactivas. En ellas, los maestros, con la ayuda del títere Al y sus amigos, que actúan como modelos positivos, enseñan a los niños, entre otras cuestiones, cómo expresar sus sentimientos de forma apropiada, el uso de palabras amables, la preocupación por los demás y la aceptación de las diferencias, resolución de problemas de forma pacífica e información sobre el tabaco, alcohol y otras drogas ilegales. Evaluaciones de este programa arrojan los siguientes resultados: los niños que no participan en el programa tienen una probabilidad de 2 a 6 mayor de incrementar su comportamiento agresivo y antisocial que los que sí participan. Estos últimos tienen una probabilidad de 2 a 5 veces superior de mejorar el uso de comportamientos sociales positivos, como son el compartir, esperar turno, ayudar a otros o resolver problemas mediante el diálogo.

En estos programas es de suma importancia la participación de los profesores y la comunidad escolar y, siempre que sea posible, de los padres, asistiendo a sesiones organizadas o colaborando desde casa en el afianzamiento de los aprendizajes que se están desarrollando en el centro escolar. Las notificaciones escritas, el contacto telefónico o a través del correo electrónico pueden constituir medios eficaces para mejorar la comunicación padres-profesores.

En definitiva, y para resumir lo visto en este apartado, la escuela es también un contexto muy eficaz para llevar a cabo programas de pre-

vención universal. Se han de poner todos los medios al alcance de los alumnos para prevenir el fracaso escolar, para estrechar los vínculos del alumno con la escuela, para mejorar las relaciones entre alumnos y entre alumnos y profesores, y para evitar que en este entorno se lleven a cabo conductas inadecuadas. Fomentar la participación de los alumnos en actividades escolares y extraescolares, mejorar las habilidades sociales y de comunicación desde Infantil, tener unas normas claras y consistentes en el centro escolar son acciones que van a influir de forma definitiva en el desarrollo saludable de los alumnos. Asimismo, y si es posible, es aconsejable que las familias participen en estas acciones preventivas. Mejorar la comunicación familiar, la disciplina y establecer reglas firmes y consistentes en el hogar son factores sobre los que también se puede intervenir desde el ámbito escolar.

6. PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

Los programas de *prevención selectiva* están dirigidos a los jóvenes que se hallan expuestos a distintos factores de riesgo personales, del entorno social, familiar y de relación capaces de generar problemas relacionados con las drogas o problemas de conducta antisocial (Arbex, 2002). Menores consumidores abusivos de alcohol los fines de semana, con o sin consumo de cannabis, o menores que viven en entornos de alto riesgo, como puede ser una familia problemática en la que el padre y/o la madre sean alcohólicos, son ejemplos de candidatos idóneos para este tipo de intervenciones.

La *prevención indicada* es aquella que está dirigida a menores que ya están teniendo consumos sistemáticos de drogas y/o que han desarrollado importantes trastornos de conducta y autocontrol, además de déficit de adaptación potenciados por su consumo problemático (Arbex, 2002). En estos casos, conviene desarrollar un planteamiento educativo intensivo, con una atención individualizada muy acentuada. Muchos profesores no se sentirán preparados para afrontar algunos problemas de comportamiento y emocionales graves, por lo que necesitarán la ayuda de otros profesionales especializados, como el Departamento de Orientación.

Este tipo de intervenciones basan gran parte de su éxito en la detección precoz de los alumnos que se encuentran en situación de riesgo. Sin duda alguna, el personal educativo y, sobre todo, los profesores del centro, ocupan un lugar preferente en el desarrollo de estos programas y van a tener un papel muy relevante en el éxito de los mismos.

6.1. El papel del profesor en la detección y captación de los menores en riesgo

Los profesores están en contacto con los alumnos diariamente, los observan dentro y fuera del aula, conocen su rendimiento académico, sus dificultades, sus inquietudes y, en general, mantienen un contacto estrecho con las familias. Éstos tienen, pues, la oportunidad de detectar aquellos cambios en la trayectoria del alumno que pueden desembocar en una conducta problemática.

A lo largo de la vida escolar de un alumno son varios los maestros y profesores que van a estar en contacto con él, por lo que los cambios que se produzcan en su comportamiento habitual, y que indiquen la presencia de algún tipo de problema, pueden ser detectados con mayor facilidad que en otros ámbitos. El contacto entre educadores debido al simple hecho de trabajar en las mismas dependencias o a las reuniones formales que se producen a lo largo del curso, como las Juntas de Evaluación, pueden ser lugares en los que se produzca este intercambio de información.

Sería deseable que se llevase a cabo una recogida exhaustiva de datos de estos alumnos en riesgo, que incluyese los factores de riesgo y de protección a los que están expuestos, con el objetivo de iniciar una intervención lo más inmediata posible. En esta labor debería tener un papel destacado el tutor, que contaría con la ayuda de otros profesores, Jefe de Estudios, Servicio de Orientación y demás personal del centro que tenga algún tipo de contacto con el alumno. El tiempo de tutoría y las entrevistas con las familias serían los momentos oportunos para que el tutor o responsable elegido recabase la información de los alumnos. En la Tabla 2 se resumen las áreas y los contenidos más relevantes para la detección de factores de riesgo y de protección de las conductas inadaptadas.

En el Anexo de este capítulo se facilita un cuestionario en el que se recogen de forma escueta los indicios que pueden estar señalando la presencia de factores de riesgo que indiquen la necesidad de poner en marcha algún tipo de intervención. Con estos datos resultará más fácil determinar la proporción de factores de riesgo y de factores de protección a los que un alumno se ve expuesto en un momento dado y, por tanto, conocer en qué medida está implicado en la conducta problema. Este nivel de implicación va a determinar el tipo de intervención más adecuada que se debe realizar con el alumno.

Tabla 2
Áreas para la detección precoz de conductas inadaptadas

Áreas de detección precoz

Rendimiento académico

- Descenso en el rendimiento académico. Asignaturas en la que encuentra más dificultades y asignaturas en las que tiene menos problemas.
- Método de estudio: disposición de un lugar adecuado para el estudio, técnicas de comprensión, memorización, enfrentamiento a exámenes, planificación del trabajo.
- Actitud dentro del aula: falta de atención, implicación en el trabajo, participación, incumplimiento de tareas, pérdida de interés, salidas frecuentes del aula, mentiras para autojustificarse.
- Integración escolar: con los compañeros, con los profesores y en las actividades del centro.
- Faltas de asistencia.
- Problemas, conflictos con las normas.
- Expectativas de vida académica.

Estado emocional

- Dificultad para expresar sus opiniones o desenvolverse adecuadamente en su medio social.
- Aparición de conductas desafiantes, agresivas, hostilidad.
- Impulsividad a la hora de resolver problemas, tomar decisiones.
- Nerviosismo, apatía.
- Cambios bruscos en el estado de ánimo.
- Habilidades sociales para relacionarse con sus compañeros, con los profesores y con la familia.
- Quejas de sus compañeros, de sus profesores o del resto del personal del centro.

Consumo de sustancias y actitudes ante las drogas

- Frecuencia e intensidad de uso de sustancias legales.
- Frecuencia e intensidad de uso de sustancias ilegales.
- Opiniones sobre las drogas.
- Percepción de riesgo del uso de drogas.

Conducta antisocial

- Actos vandálicos (estropear o dañar material o instalaciones de la escuela).
- Robos a los compañeros, a los profesores, o del material del centro.
- Conductas agresivas.

Estilo de vida

- Apariencia física: pérdida de peso en poco tiempo, higiene, vestimenta...
- Ocupación de ocio y tiempo libre: aficiones.
- Disponibilidad de dinero. Solicitud de préstamos entre los compañeros.

Familia

- Estructura familiar.
- Situación laboral.
- Estilo educativo: permisivo, autoritario, democrático.
- Relación del alumno con los miembros de la familia.
- Uso de sustancias y actitudes sobre éstas.
- Otros problemas familiares: separación, violencia...
- Vinculación de los padres al centro escolar.
- Control de los padres sobre las tareas escolares y sobre el comportamiento en general de su hijo.

Grupo de amigos

- Preferencias: amigos del instituto, del barrio, otros.
- Perfil de sus amigos: edades, estilo de vida, ocupación, consumo de drogas y ocupación del ocio.

Entorno físico y social

- Recursos comunitarios del barrio en el que vive: instalaciones deportivas, asociaciones juveniles, etc.
- Conocimiento y uso de estos recursos por parte del alumno
- Características del barrio en el que vive.

La persona responsable de la captación o de convencer al alumno de la necesidad de realizar el programa, bien el tutor bien algún miembro del Servicio de Orientación, y la relación humana que se establezca entre ambos va a ser decisiva. Es importante que el profesional explique al alumno en privado el motivo y la necesidad de la intervención y que éste sienta que la persona que tiene delante se está implicando de veras en su problema, que realmente quiere ayudarlo. Por el contrario, se deben evitar algunos comportamientos que no favorecen este objetivo, como no disponer del tiempo suficiente o de un lugar adecuado para transmitir la información, hacer hipótesis prematuras, la falta de discreción, interrupciones, juicios de valor y muestras de indiferencia o desprecio hacia las opiniones y actitudes del alumno, no escuchar ni mostrar interés por lo que dice o tratar de imponer los propios criterios. Nunca se deben hacer al alumno promesas que no se puedan cumplir, como ofrecerle una atención individual para la que no se tiene tiempo.

Un problema con el que a menudo nos encontramos cuando estamos realizando una intervención individual es la confidencialidad. Si se establece empatía entre el alumno y el tutor, psicólogo u otro profesional del centro, es probable que a lo largo de las entrevistas el joven proporcione información confidencial y pida que ésta no sea compartida con los padres. Los profesionales sabemos que compartir la información con los padres puede suponer la pérdida de la confianza del alumno y, con ello, la posibilidad de asesorarle y ayudarlo a reconducir su problema. Pero también sabemos que los padres han de estar informados de los problemas de sus hijos, sobre todo si éstos suponen un riesgo para su salud o para su integridad física. El profesional será el responsable de decidir qué información se puede y debe compartir o no. Éste ha de sopesar los beneficios y los perjuicios que van a ocasionar ambas alternativas. En ocasiones, sabemos que la información que un joven nos proporciona probablemente no le suponga ningún problema serio, por lo que la confidencialidad se puede mantener. Por el contrario, si el alumno nos informa de conductas que pueden suponer para él un riesgo de desarrollar algún tipo de enfermedad o de implicarse en problemas severos, los profesionales, inexcusablemente, han de informar de ello a la familia. Por ejemplo, si una alumna nos confiesa que está vomitando después de comer porque no quiere engordar o está manteniendo relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo o está consumiendo pastillas cuando sale con sus amigos, el profesional no puede ocultar esta información a sus padres, y así se lo tendrá que hacer ver a la alumna.

6.2. Intervención temprana

Existe una amplia evidencia empírica que demuestra que los niños que exhiben problemas de conducta tempranos, conductas agresivas inapropiadas, conductas hiperactivas e impulsivas, propias del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), y déficit en habilidades prosociales (conductas sociales adecuadas), y no son tratados adecuadamente, tienen una alta probabilidad de manifestar conductas inadaptadas severas en la adolescencia y en la edad adulta, por ejemplo, abuso de drogas o personalidad antisocial (Flanagan, Bierman y Kam, 2003). La presencia no esporádica de estas conductas de riesgo en la infancia temprana predicen, años más tarde, un mayor uso del sistema judicial, de los servicios de atención primaria, de los servicios de salud mental y de psicofármacos (Jones, Dodge, Foster, Nix y Conduct Problems Prevention Research Group, 2002).

Las investigaciones también señalan que los niños que manifiestan dos tipos de desórdenes simultáneamente, como hiperactividad y agresividad, tienen un riesgo mayor de desarrollar problemas en el futuro que aquellos con un solo tipo de conducta disfuncional. Por ejemplo, el estudio de Campbell y Ewing (1990) encontró que el 67% de los niños en edad preescolar con ambos tipos de conductas tuvieron problemas severos a los nueve años de edad. Parece, por tanto, que la primera pista del desarrollo de desórdenes conductuales severos en la adolescencia y en la edad adulta aparece en el período preescolar (Webster-Stratton, 1997).

A pesar de estos datos, en muchas ocasiones existe la tendencia a quitar importancia y a posponer las ayudas psicológicas y educativas que serían necesarias, debido a la opinión muy extendida de que este tipo de conductas son «normales» en los preescolares y que desaparecerán espontáneamente con el paso del tiempo. Quizás éste sea el motivo de que existan tan pocos estudios que investiguen la eficacia de intervenciones en edades tempranas. En una revisión realizada por Bryant, Vizzard, Willoughby y Kupersmidt (1999) se encontraron tan solo diecisiete estudios. Por este motivo, se debe enfatizar la importancia de la identificación precoz de estas conductas.

Es muy importante que los profesionales conozcan las características de estos desórdenes y que dispongan de métodos de detección eficaces. En el DSM-IV-TR (APA, 2002) se diferencian dos conjuntos de síntomas para el TDAH. El primero comprende nueve ítems relativos a la falta de atención: comete errores por descuido, no escucha, no sigue las instrucciones, tiene problemas para organizar tareas, se distrae fácil-

mente o es descuidado en las tareas diarias. El segundo conjunto abarca la hiperactividad, que incluye inquietud, problemas para permanecer sentado, tendencia a estar haciendo algo sin parar, correr o saltar en situaciones inapropiadas o hablar en exceso, y la impulsividad, que incluye precipitación en las respuestas sin haber sido completadas las preguntas, dificultades para guardar turno e interrumpir o inmiscuirse en las actividades de otros.

Las conductas agresivas y el déficit en habilidades prosociales, en ocasiones, forman parte de un ‘trastorno disocial de inicio infantil’, que se caracteriza por un patrón de comportamiento agresivo que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas propias de su edad.

Además de la observación de este tipo de conductas, se debería valorar la presencia de los determinantes familiares que son correlatos de las mismas. En concreto, factores como el conflicto familiar, los estilos educativos ineficaces, o la depresión de los padres, son predictores de los problemas de conducta en los niños (Stormont, 2002).

En la detección precoz de estos problemas conductuales se debería contar con dos niveles de información. En una primera fase es fundamental la observación por parte del profesor de la ausencia de conductas prosociales y de la presencia de conductas impulsivas y agresivas en el aula. En el segundo nivel, el psicólogo escolar debería confirmar estas observaciones mediante el empleo de instrumentos estandarizados. Afortunadamente, hoy en día se cuenta con un número importante de cuestionarios en español. Sin pretender ser exhaustivos, podemos nombrar como ejemplo: el CSAT (Servera y Llabrés, 2003) o el EDAH (Farré y Narbona, 1997). De todos modos, de cara al diseño de una intervención individual eficaz, además de definir operativamente las conductas problema, es imprescindible una evaluación más precisa a través del análisis funcional, con el fin de identificar las condiciones antecedentes y consecuentes que mantienen dichas conductas, así como diseñar un sistema objetivo de observación y de recogida de datos que nos proporcione feedback de la evolución del alumno.

Los programas de intervención incluyen tres tipos de procedimientos: entrenamiento a profesores para intervenir en el aula, intervención directa con los niños y entrenamiento a padres.

Los programas centrados en los maestros suelen consistir en el entrenamiento en técnicas de modificación de conducta para aplicar en el aula, programas operantes, entrenamiento en habilidades o una combinación de ambos. Por ejemplo, Reynolds y Kelley (1997) utilizaron un procedimiento de coste de respuesta (mediante un sistema de puntos)

para reducir las conductas agresivas en niños en edad preescolar. Los niños recibían fichas al comienzo del día, que iban perdiendo a medida que cometieran actos agresivos. Al finalizar la sesión las fichas obtenidas eran canjeadas por reforzadores naturales (tiempo de juego, material escolar, etc.).

Otro componente importante de las intervenciones en el aula es el entrenamiento en habilidades sociales. Antes de poner en marcha un programa es muy importante determinar quién necesita ese tipo de instrucción y las habilidades específicas que han de ser entrenadas. Un formato de entrenamiento que ha sido bien evaluado en niños preescolares es el desarrollado por Sugai y Lewis (1996), que incluye ocho componentes. En primer lugar, se nombra claramente la habilidad social (por ejemplo, pedir ayuda). Después, se enseña a los alumnos una regla que determine cuándo debería ser utilizada esa habilidad. El siguiente paso es proporcionar los componentes específicos de la habilidad y modelarlos. Estos autores destacan la importancia de utilizar demostraciones apropiadas para la edad y el entorno de los alumnos. Ejemplos apropiados e inapropiados, representativos de situaciones realistas, deberían ser presentados por personas competentes y respetadas. A los alumnos se les debe dar la oportunidad de practicar la habilidad mediante role-playing y proporcionarles feedback y reforzamiento positivo. En este punto, es importante que los alumnos practiquen únicamente los ejemplos de una correcta ejecución de la habilidad que se está entrenando. Finalmente, se proporcionan oportunidades de repaso, examinando su conocimiento y uso de la habilidad, y dando la oportunidad de practicarla en casa como deber escolar.

Además de la intervención en el aula de los maestros, muchos niños con problemas de conducta necesitan intervenciones más intensas e individualizadas.

Una de las propuestas pioneras es el programa de entrenamiento de habilidades interpersonales de Spivack y Shure (1985). Dirigido a niños de entre 4 y 5 años, este enfoque se centra en cómo manejar y resolver problemas cotidianos específicos; por ejemplo, cómo tendría que hacer un niño para poder obtener un juguete que desea y que tiene otro niño o qué podría hacer para impedir que su madre se enfada porque él ha roto un florero. Así, se entrenan habilidades para planificar, paso a paso, los medios para conseguir las metas establecidas, para considerar los *pros* y los *contras* de posibles acciones antes de decidir lo que podrían hacer y para imaginar situaciones alternativas, entre otras.

El programa de entrenamiento en habilidades sociales de Webster-Stratton y Hammond ha sido también ampliamente estudiado en niños

de 4 a 8 años. En pequeños grupos, los escolares observan un vídeo con varias escenas de niños interactuando. Posteriormente, los niños hablan de lo que han visto y ensayan habilidades de comunicación y solución de problemas sobre situaciones relativas a lo que acaban de observar. Este programa es eficaz tanto si se utiliza sólo con los niños o en combinación con entrenamiento a padres (Webster-Stratton y Hammond, 1997).

El programa *First Step to Success* (Primer Paso para el Éxito) (Walker, 1998) incluye los siguientes componentes: (a) detección sistemática de los niños en riesgo de conducta antisocial; (b) intervenciones para la enseñanza y el apoyo de la conducta adaptativa; y (c) colaboración entre maestros y padres para el apoyo de las habilidades que se están instruyendo. Después de que un niño en riesgo es detectado, se inicia el programa dentro del aula (módulo de intervención escolar). Para ello, se especifica el criterio de ejecución que tiene que ser alcanzado cada día y se utilizan tarjetas verdes y rojas para señalar si el niño ha conseguido o no el objetivo propuesto. Como muchos de los días tienen que repetir el mismo objetivo, la mayoría de los niños necesitan al menos dos meses para completar el programa. El programa incluye también instrucciones específicas, actividades y juegos para que los padres lleven a cabo con sus hijos.

Por último, la intervención con los padres es también fundamental, ya que algunos de los determinantes más importantes de este tipo de problemas tienen que ver con la familia. Estas intervenciones se suelen basar en el entrenamiento para el manejo de técnicas operantes, como el empleo de reforzadores o castigos, la extinción, el tiempo fuera o el manejo de conductas alternativas. Algunas evaluaciones de estos programas han encontrado resultados positivos en el cambio de este tipo de conductas en el 60-70% de los casos (Webster-Stratton y Hammond, 1997).

6.3. Programas eficaces de intervención selectiva e indicada

6.3.1. Características generales

Tanto la intervención selectiva como la indicada pueden realizarse de forma individual o en pequeños grupos. Ésta va a necesitar un equipo de personas bien entrenado, que puede pertenecer al centro o ser ajeno a él, y en el que se pueden incluir el tutor, profesores y/o personal del centro, Servicio de Orientación, familiares y alum-

nos de cursos superiores que puedan colaborar. La carga que supone dirigir o participar en este tipo de intervenciones va a hacer necesarias altas dosis de interés, motivación, responsabilidad y formación. Aunque la participación del tutor y algunos profesores o personal del centro implicados va a ser necesaria, no debería recaer sobre ellos todo el peso directivo u organizativo, a no ser que ellos mismos lo deseen.

La intervención podrá realizarse en distintos momentos, tanto dentro del horario escolar como fuera de él, por ejemplo, utilizando las horas de tutoría o las clases del día para ayudar al alumno a mejorar su rendimiento escolar o su competencia social, y, si fuese posible, realizando reuniones con la familia y el alumno al finalizar el horario escolar. Todo ello ha de estar previamente determinado en un plan de acción que recoja los objetivos que se persiguen, las actividades que se van a realizar, el número de horas que se van a dedicar, lo que se va a realizar en cada una de ellas, quiénes van a participar y quién o quiénes lo va a llevar a la práctica. Asimismo, y aunque ello no siempre es posible por la dificultad que entraña, para que los programas obtuviesen efectos duraderos se debería ampliar su campo de acción, incluyendo otras influencias a las que se ven sometidos los alumnos a los que van dirigidos, como la familia o la comunidad. Así, estos ambientes podrían apoyar y reforzar los cambios que se producen en actitudes, creencias y habilidades sociales (Flay y Petraitis, 1994).

Antes de que comience la intervención ha de estar elegida la metodología que se va a desarrollar. Como se dijo en un apartado anterior, en las clases en grupo los métodos interactivos producen mejores resultados que los pasivos e instructivos, tanto para la enseñanza de habilidades orientadas a mejorar la competencia social como a elementos de carácter más informativo que se vayan a desarrollar en la intervención. Tanto los alumnos como sus familias y demás participantes podrán aportar sus propias opiniones, creencias y experiencias, que van a favorecer un punto de partida para iniciar el proceso. Conocer sus puntos de vista, sus inquietudes, puede ayudar a elegir la forma de abordar cada tema y de motivar en la consecución de los objetivos previstos.

El profesional a cargo de las sesiones actuará como dinamizador y conductor de la sesión. Aunque se transmita información necesaria para cambiar creencias erróneas o para clarificar conceptos, cada sesión ha de tener un lugar para el planteamiento de preguntas, la discusión y el intercambio de experiencias.

6.3.2. Objetivos de los programas selectivos e indicados

Como cualquier intervención preventiva, los programas modelo seleccionados por el CSAP están orientados preferentemente a reducir los factores de riesgo para el desarrollo de conductas desadaptadas de los escolares a los que van dirigidos. En concreto, en la Tabla 3 aparecen los factores de riesgo que los programas selectivos e indicados más efectivos tratan de reducir o eliminar. Éstos aparecen clasificados en cinco bloques: individuales, familiares, de los iguales, escolares y comunitarios.

Los programas selectivos e indicados suelen estar dirigidos a disminuir o eliminar los factores de riesgo arriba indicados. En general, este tipo de programas incluye, además de los factores de riesgo individuales, otros factores de riesgo presentes en los diferentes contextos en los que se desenvuelve el alumno, ya que con ello se pretende que los efectos que se consiguen con los programas que se desarrollan en el centro escolar sean reforzados por otras influencias a las que se ven expuestos, como la de la familia, la de sus iguales o la de la comunidad.

6.3.3. Estrategias efectivas de los programas

De la revisión realizada de los programas modelo del CSAP hemos extraído las estrategias que con mayor frecuencia aparecen en ellos y que han demostrado mejores resultados en la intervención (indicada o selectiva) sobre los factores de riesgo y las conductas de consumo de drogas o el comportamiento antisocial (Tabla 4).

Como se puede observar, al igual que en el apartado anterior, los componentes pueden implicar al alumno, a la familia, a los iguales, a la escuela y a la comunidad. Los programas más efectivos suelen incluir componentes de distintas categorías, relacionados con los ámbitos que más influencia ejercen sobre la conducta del alumno. Así, desde el ámbito escolar se pueden y se deben llevar a cabo intervenciones cuyos componentes se dirijan no sólo a modificar aspectos individuales del alumno (como el entrenamiento en habilidades sociales o de solución de problemas), sino también aspectos relacionados con el ambiente familiar (por ejemplo, el estilo educativo, la relación padres-hijos, etc.) y escolar (como la normativa o la comunicación profesores-alumnos).

Tabla 3
Objetivos de los programas selectivos e indicados (factores de riesgo)

Objetivos

Individuales:

- Actitudes y creencias favorables hacia el alcohol, tabaco y drogas ilegales.
- Falta de habilidades sociales y emocionales para la vida: autocontrol, asertividad, habilidades de rechazo, manejo del estrés.
- Bajo rendimiento escolar.
- Problemas de comportamiento en casa, en la escuela y en otros ambientes.
- Contacto con alcohol y/u otras drogas.
- Problemas psicológicos y emocionales: depresión, ansiedad.

Familiares:

- Actitudes favorables de los padres y/o hermanos hacia el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Abuso de sustancias de los padres y otros familiares. Disponibilidad de sustancias.
- Falta de supervisión e implicación de los padres en la educación y en las actividades de los hijos, tanto de la escuela como de las que lleva a cabo con sus iguales. Falta de comunicación padres-hijos.
- Conflictos familiares. Desorganización familiar. Desempleo. Enfermedad mental de los padres.
- Normas y métodos disciplinarios inconsistentes o inefectivos y falta de supervisión.
- Negligencia y abuso de menores.

Iguales:

- Influencias negativas de los iguales. Implicación de los iguales en problemas de conducta y uso de drogas. Susceptibilidad hacia la presión negativa. Apoyos para el comportamiento antisocial y el consumo de drogas.
- Rechazo de los iguales.
- Disponibilidad de sustancias.

Escuela:

- Absentismo y fracaso escolar.
- Ambiente negativo dentro del aula y en la escuela. Comportamiento y/o entorno disruptivo para el aprendizaje, delincuencia, consumo de drogas.
- Normas y sanciones inconsistentes o ambiguas para el comportamiento de los alumnos.
- Falta de vínculos con la escuela y con los profesores. Pobre sentido de la comunidad. Falta de profesorado cercano, modelador y reforzante.
- Falta de implicación familiar en la escuela.

Comunidad:

- Desorganización.
- Inadecuados servicios y oportunidades para que los jóvenes se impliquen en la comunidad. Falta de actividades recreativas positivas.
- Fácil acceso a drogas. Actitudes de la comunidad a favor del uso de alcohol.
- Aislamiento. Falta de apego a la comunidad.

Tabla 4
Componentes de los programas selectivos e indicados eficaces

Componentes de los programas
<ul style="list-style-type: none">• Información acerca del alcohol, tabaco y otras drogas.• Entrenamiento en habilidades sociales positivas: habilidades de comunicación, competencia social, estrategias de resolución de problemas y de conflictos, empatía, asertividad, toma de decisiones.• Habilidades de resistencia a la presión de los iguales. Habilidades para ayudar a los iguales a evitar el consumo de drogas.• Mejora del rendimiento escolar (habilidades cognitivas y académicas), establecimiento de metas, responsabilidad.• Estrategias para el manejo del estrés y la ansiedad. Control emocional de la impulsividad.• Alternativas de ocio saludable.• Habilidades de comunicación padres-hijos y otros miembros de la familia, participación en actividades con la familia positivas, reforzamiento de los comportamientos positivos, implicación de los padres en las actividades escolares y de ocio de sus hijos, conocimiento de sus inquietudes y amistades, expectativas realistas, establecimiento de normas de funcionamiento y consecuencias claras y consistentes, compromiso de los padres para seguir ciertas normas de uso de sustancias.• Normativa clara y consistente en el centro escolar.• Ambiente de apoyo e interés por los jóvenes dentro del aula y en la escuela en general.• Competencia del profesorado: manejo de la clase, reforzamiento de comportamientos positivos, comunicación con los alumnos y con las familias.• Implicación de los estudiantes, de los padres y de la escuela en la comunidad. Fomentar relaciones positivas con el vecindario. Intolerancia a un ambiente pro drogas.

6.3.4. Ejemplos de programas eficaces

En España son muy escasas las referencias sobre la aplicación y evaluación de programas selectivos e indicados. Sin embargo, no nos gustaría dejar de mencionar alguno de los programas que han sido publicados recientemente. Por ejemplo, el elaborado por el equipo de Graña en Madrid (Estibaliz, Graña, Muñoz-Rivas y Damas, 2003) para la reducción del consumo de alcohol en jóvenes de entre 14 y 18 años. Consta de siete sesiones de cincuenta minutos de duración, aplicadas en el ámbito escolar por el profesor, por el tutor o por un educador. El programa ha sido aplicado y evaluado durante el curso académico 2002-2003 en centros públicos de educación secundaria del Municipio de Majadahonda (Madrid) y los resultados muestran una disminución tanto en la frecuencia del uso de alcohol como en la cantidad ingerida.

En la Tabla 5 aparecen todos los programas modelo selectivos y/o indicados que se han desarrollado para ser aplicados en la escuela, se-

leccionados por el CSAP. Tres de estos programas, en concreto, el *Creating Lasting Family Connections, CLFC*; el *Families And Schools Together, FAST* y el *Positive Action, PA*, pueden ser utilizados como prevención selectiva, indicada y universal. En la tabla aparecen también las conductas problema a las que cada uno de estos programas van dirigidos de forma preferente (alcohol, drogas ilegales y/o conducta antisocial/agresiva). No obstante, existen algunos programas que obtienen resultados positivos en la modificación de alguna conducta problema sin que éste sea un objetivo preferente del mismo. Del listado de Programas Modelo de la tabla anterior, nos detendremos en la descripción de las cuatro intervenciones que tienen como objetivo principal la reducción o eliminación desde la escuela de las conductas problemas que se están tratando en este capítulo, en concreto, el comportamiento agresivo y la conducta antisocial, el consumo de alcohol y otras drogas. Los programas mencionados son el *Brief Strategic Family Therapy, BSFT* (Breve Terapia Familiar Estratégica); el *Creating Lasting Family Connections, CLFC* (Creando conexiones familiares duraderas); el *Families and Schools Together, FAST* (Familias y Escuelas Juntas) y el *Reconnecting Youth, RY* (Reuniendo a la Juventud). El lector interesado en conocer el resto de programas o ampliar la información de los que aquí se describen deberá acudir a los textos editados por el CSAP (2004).

Brief Strategic Family Therapy, BSFT (Breve Terapia Familiar Estratégica)

Programa de prevención indicado, dirigido a alumnos de 6 a 17 años, que tiene como objetivo eliminar los factores de riesgo para el abuso de sustancias y los problemas de conducta. El BSFT aporta a la familia herramientas para reducir los factores de riesgo individuales y familiares, y se centra en la mejora de las relaciones y en el fortalecimiento de la familia. Incluye los siguientes componentes: diagnóstico de las debilidades y fortalezas de las familias, refuerzo de las fortalezas y corrección de las debilidades, entrenamiento en paternidad positiva, mejora de la comunicación familiar, resolución de conflictos y habilidades de resolución de problemas. Diferentes evaluaciones de la eficacia de este programa han obtenido resultados que demuestran una reducción en los problemas de conducta, una mejora del autoconcepto y del funcionamiento familiar en los alumnos más pequeños y sus familias. En los adolescentes, además de los anteriores resultados, se observa una reducción en el uso de sustancias, en la asociación con pares antisociales y un incremento de la participación familiar en la terapia.

Tabla 5
Programas modelo selectivos e indicados del CSAP

Nombre del programa	Tipo de programa	Conducta problema	Población diana
Across Ages	Selectivo	Alcohol Drogas ilegales	9-13
All Stars	Universal Selectivo	Conductas agresivas Drogas ilegales	11-14
Brief Strategic Family Therapy (BSFT)	Indicado	Conductas Agresivas Alcohol Drogas ilegales	6-17
CASASTART	Selectivo Indicado	Alcohol Drogas ilegales	8-13
Children in the middle	Selectivo	Conductas agresivas	3-15 y padres
Creating Lasting Family Connections (CLFC)	Universal Selectivo Indicado	Conductas agresivas Alcohol Drogas ilegales	11-15 y padres
Early Risers Skills for Success	Indicado	Conductas agresivas	6-10 y padres
Families And School Together (FAST)	Universal Selectivo Indicado	Conductas agresivas Alcohol Drogas ilegales	4-12 y padres
Family Effectiveness Training (FET)	Indicado	Conductas agresivas	Padres con niños entre 6-12
The Incredible Years Training Series	Selectivo Indicado	Conductas agresivas	Padres con niños entre 2-8
Leadership and Resiliency Program (LRP)	Selectivo Indicado	Alcohol Drogas ilegales	14-17
Multisystemic Therapy (MST)	Indicado	Alcohol Drogas ilegales	12-17
Olweus Bullying Prevention	Universal Indicada	Conductas agresivas	6-15
Parenting Wisely	Selectivo Indicado	Conductas agresivas Alcohol	9-18 y padres
Positive Action (PA)	Universal Selectivo Indicado	Drogas ilegales	5-18
Project ACHIEVE	Universal Selectivo	Conductas agresivas	3-14
Project ALERT	Universal Selectivo	Alcohol Drogas ilegales	11-14
Project SUCCESS	Selectivo Indicado	Alcohol Drogas ilegales	14-18
Project Toward No Drug Abuse (TND)	Selectivo Indicado	Alcohol Drogas ilegales	14-19
Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)	Universal Selectivo	Conductas agresivas	5-12
Reconnecting Youth (RY)	Indicado	Alcohol Drogas ilegales Conductas agresivas	14-18
Residential Student Assistance Program (RSAP)	Selectivo Indicado	Alcohol Drogas ilegales	14-17
Strengthening Families Program (SFP)	Universal Selectivo	Conductas agresivas	10-14 y padres

Creating Lasting Family Connection. CLFC (Creando Conexiones Familiares Duraderas)

Consta de seis módulos de entrenamiento, tres para padres y tres para hijos, que incluyen los siguientes componentes: información sobre alcohol y otras drogas, entrenamiento en habilidades de rechazo, entrenamiento en habilidades para padres y habilidades de comunicación. Así, se pretende controlar el consumo de sustancias, incrementar las responsabilidades personales y familiares, reducir el comportamiento incontrolado, fomentar los vínculos entre padres e hijos y un mayor uso de los servicios comunitarios. Este programa ha demostrado ser altamente efectivo con alumnos de entre 11 y 15 años y sus familias en ambientes de alto riesgo, proporcionando fuertes defensas contra los factores de riesgo ambientales.

Families and Schools Together: FAST (Familias y Escuelas Juntas)

Este programa va dirigido a alumnos de 4 a 12 años y sus padres. Sus objetivos son fortalecer el funcionamiento familiar, prevenir el fracaso escolar de los alumnos a los que va dirigida la intervención, prevenir el abuso de sustancias por los alumnos y otros miembros de la familia y reducir el estrés presente en la vida diaria de padres e hijos. Aunque en un principio iba dirigido a alumnos en situación de riesgo, actualmente es utilizado como prevención universal. Para realizar esta intervención es necesario formar un equipo de padres, profesionales entrenados y personal de la escuela, que van a desarrollar el programa durante cinco meses, desde que se crea hasta que se realiza la primera evaluación de resultados. Incluye los siguientes componentes: reuniones de grupo semanales, habilidades sociales, incremento de los vínculos familia/padres-hijo y familia/padres-escuela. Para trabajar estos aspectos, se organizan grupos de autoayuda para padres, actividades para los jóvenes y juegos de comunicación familiar. Asimismo, se realizan encuentros familiares mensuales para las familias que terminaron el programa. Con ellos se pretende mantener el contacto y seguir desarrollando los objetivos fijados. Estudios experimentales de este programa han demostrado una reducción significativa en la agresividad y en la ansiedad de los alumnos, así como un incremento en su competencia académica y en sus habilidades sociales, valorado por profesores o los padres después de uno o dos años de seguimiento.

Reconnecting Youth, RY (Reuniendo a la Juventud)

Programa de intervención indicada para jóvenes de entre 14 y 18 años con riesgo de abandonar la escuela. Los jóvenes a los que va dirigido pueden mostrar otros problemas de conducta, como el abuso de sustancias, agresión, depresión o comportamientos suicidas. Sus objetivos son el descenso en el consumo de drogas, la mejoría del rendimiento académico y el descenso del distrés emocional. Consta de ochenta sesiones de cincuenta minutos durante el horario escolar, con 10 o 12 alumnos por profesor, dedicadas a tratar temas relacionados con la autoestima, la toma de decisiones, el autocontrol y la comunicación interpersonal. Asimismo, incluye actividades que estrechan los vínculos con la escuela, como son actividades recreativas dentro y fuera del horario escolar. Para que el programa sea efectivo es necesario el compromiso de los padres, requisito para aceptar la participación del alumno, esencial para el apoyo desde casa de las habilidades que el alumno aprende en las clases diarias del programa. Por último, se incluye un apartado de información para profesores y personal del centro sobre el comportamiento suicida y prevención de suicidios. Los resultados de la evaluación de este programa muestran una mejoría en el rendimiento académico, y un descenso en los problemas relacionados con las drogas y en el distrés emocional.

7. CONCLUSIONES

El marco escolar ofrece, al menos teóricamente, unas condiciones idóneas para el diseño y la aplicación de los programas de intervención dirigidos a prevenir o reducir los comportamientos de riesgo en los jóvenes. Además, se perfila como el contexto más adecuado para detectar de forma precoz la aparición de estos comportamientos o evitar que se agraven. El personal encargado de las tareas educativas es susceptible de ser formado en las materias específicas que se pretendan abordar y, en todo caso, desde la escuela se podría obtener la colaboración de otras instituciones y del personal necesario para aplicar estos programas.

La planificación de las intervenciones con jóvenes en situación de riesgo requiere un diseño adecuado que incremente la probabilidad de éxito. Éste debe estar fundamentado en la reducción o eliminación de los factores de riesgo para el desarrollo de las conductas desviadas.

Los programas se pueden ordenar en cuatro niveles, atendiendo al momento en el que se lleva a cabo la intervención: universal, temprana,

selectiva e indicada. En este capítulo se presta especial atención a la prevención selectiva e indicada, aunque también se describen algunos de los aspectos más importantes de los otros dos niveles de intervención. La literatura española sobre la prevención universal en el ámbito escolar es muy extensa y ha sido bastante fructífera; sin embargo, llama la atención la ausencia de investigaciones sobre la eficacia de programas selectivos e indicados. Sin duda, esto supone una carencia importante que debería ser subsanada en los próximos años. Hasta entonces, resulta de utilidad conocer las intervenciones que se han desarrollado en otros países. Por ejemplo, es de especial interés la información recopilada por instituciones como el CSAP norteamericano acerca de los programas eficaces desarrollados en ese país. La investigación acumulada indica que éstos son más eficaces si se aumenta su intensidad y si se manejan variables no sólo individuales, sino también de la familia, del grupo de iguales, de la propia escuela y de la comunidad. Varios de estos programas obtienen buenos resultados en la reducción tanto de las conductas de consumo de drogas, como de las conductas antisociales y delictivas. Los componentes esenciales de estas intervenciones incluyen: entrenamiento en habilidades interpersonales y de resistencia, entrenamiento en toma de decisiones y resolución de conflictos, actividades de ocio alternativo y estrategias afectivas, como el incremento de la autoestima. Además, un factor común a todas las intervenciones eficaces es la inclusión de algún tipo de componente orientado a modificar los principales factores de riesgo del ambiente familiar, como son el uso de drogas por parte de los padres y/o hermanos, un estilo educativo inadecuado, la ausencia de supervisión parental o la falta de comunicación padres-hijos.

Por último, se destaca la importancia de la detección precoz e intervención sobre problemas de conducta como la hiperactividad-impulsividad o las conductas agresivas. Los programas de intervención temprana suelen emplear tres tipos de procedimientos: entrenamiento a los profesores para la intervención en el aula, entrenamiento a padres e intervención directa con los niños. Básicamente, estos programas han empleado dos tipos de estrategias con resultados bastante satisfactorios: las técnicas de manejo de contingencias y/o las técnicas basadas en el aprendizaje social, como el entrenamiento en habilidades.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: menores y consumos de drogas*. Madrid: ADES.

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Barrera, M., Biglan, A., Taylor, T.K., Jun, B.K., Smolkowski, K., Black, C., Ary, D.V. y Fowler, R.C. (2002). Early elementary school intervention to reduce conduct problems: A randomised trial with Hispanic and non-Hispanic children. *Prevention Science*, 3, 83-94.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E.M. y Díaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1.106-1.112.
- Botvin, G.J., Baker, E., Filazzola, A.D. y Botvin, E.M. (1990). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: A one year follow up. *Addiction Behaviors*, 15, 47-63.
- Bryant, D., Vizzard, L.H., Willoughby, M. y Kupersmidt, J. (1999). A review of interventions for preschoolers with aggressive and disruptive behavior. *Early Education & Development*, 10, 48-68.
- Campbell, S.B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 36, 113-149.
- Campbell, S.B. y Ewing, L.J. (1990). Follow-up of hard to manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 871-889.
- Canning, U., Millward, L. y Raj, T. (2003). Drug use prevention: A review of reviews. London: Health Development Agency.
- CSAP (2004). SAMHSA Model Programs. Effective Substance Abuse and Mental Health Programs for Every Community. Disponible en: <http://model-programs.samhsa.gov/>.
- Dishion, T., Kavanagh, K., Schneiger, A.K.J., Nelson, S. y Kaufman, N. (2002). Preventing early adolescent substance use: A family centered strategy for the public middle school. *Prevention Science*, 3, 191-202.
- Elliot, D.S., Huizinga, D. y Ageton, S.S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, California: Sage.
- Espada, J.P., Méndez, X., Botvin, G.J., Griffin, K.W., Orgilés, M. y Rosa, A.I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un metaanálisis de los programas en España. *Psicología Conductual*, 10, 581-602.
- Estíbaliz, J., Graña, J.L., Muñoz-Rivas, M. y Damas, F. (2003). La perspectiva de reducción del daño en el consumo de alcohol juvenil: un programa escolar. *VIII Jornadas sobre Prevención de Drogodependencias*. Alcorcón (Madrid).
- Farré, A. y Narbona, J. (1997). EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Madrid: TEA Ediciones.
- Flanagan, K.S., Bierman, K.L. y Kam, C.M. (2003). Identifying at-risk children at school entry: The usefulness of multibehavioral problem profiles. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 396-407.

- Flay, B.R. (2000). Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors*, 25, 861-885.
- Flay, B.R. y Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. En G.S. Albrecht (Ed.), *Advances in medical sociology, vol IV: A reconsideration of models of health behavior change* (pp. 19-44). Greenwich, CT: JAI Press.
- Gerstein, D.R. y Green, L.W. (Eds.) (1993). *Prevention Drug Abuse: What Do We Know?* Washington, DC: National Academy Press.
- Gómez, J.A., Luengo, A. y Romero, E. (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un programa. *Psicothema*, 14, 685-692.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. San Diego, California: Academic Press.
- Jones, D., Dodge, K.A., Foster, E.M., Nix, R. y Conduct Problems Prevention Research Group (2002). Early identification of children at risk for costly mental health service use. *Prevention Science*, 3, 247-256.
- Kumpfer, K.L., Olds, D.L., Alexander, J.F., Zucker, R.A. y Gary, L.E. (1998). Family etiology of youth problems. En Ashery, R.S., Robertson, E.B. y Kumpfer, K.L. (Eds.), *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions* (pp. 42-77). NIDA Research Monograph 177. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Lence, M., Gómez, J.A. y Luengo, M.A. (1997). El metaanálisis y la prevención de drogodependencias en el ámbito escolar: una revisión. *Adicciones*, 9, 601-611.
- Luego, M.A., Romero, E., Gómez, J.A., Guerra, A. y Lence, M. (2002). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- NIDA. (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*. Bethesda, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services.
- Otero, J.M. (1997). *Droga y delincuencia. Un acercamiento a la realidad*, Madrid: Pirámide.
- Otero, J.M., Luengo, M.A., Mirón, L., Carrillo, M.T. y Romero, E. (1994). An empirical study of the relations between drug abuse and delinquency among adolescents. *British Journal of Criminology*, 34, 459-478.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2003). *Encuesta sobre Drogas a la población escolar 2002*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Reynolds, L.K. y Kelley, M.L. (1997). The efficacy of a response cost-based treatment package for managing aggressive behavior in preschoolers. *Behavior Modification*, 21, 216-230.
- Scheier, L., Botvin, G., Díaz, T. y Griffin, K. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29, 251-278.

- Servera, J. y Llabrés, J. (2003). CSAT. Tarea de Atención Sostenida en la Infancia. Madrid: TEA Ediciones.
- Spivack, G. y Shure, M.B. (1985). Solución de problemas y salud mental. En C. Botella (comp.), *Aportaciones a la psicoterapia* (pp. 179-201). Valencia: Promolibro.
- Stormont, M. (2002). Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention. *Psychology in the Schools*, 39, 127-138.
- Sugai, G. y Lewis, T.J. (1996). Preferred and promising practices for social skills instruction. *Focus on Exceptional Children*, 29, 1-16.
- Sussman, S.Y., Dent, C.W., Mestel-Rauch, J., Johnson, C.A., Hansen, W.B. y Flay, B.R. (1988). Adolescent nonsmokers, triers, and regular smokers' estimates of cigarette smoking prevalence: When do overestimates occur and by whom? *Journal of Applied Social Psychology*, 18, 537-551.
- Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V. y Stackpole, K.M. (2000). School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.
- Walker, H.M. (1998). First steps to prevent antisocial behavior. *Teaching Exceptional Children*, 16-19.
- Webster-Stratton, C. (1997). Early intervention for families of preschool children with conduct problems. En M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 429-453). Baltimore, MD: Brookes.
- Webster-Stratton, C. y Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- White, J.L., Moffitt, T.E., Earls, F., Robins, L. y Silva, P.A. (1990). How early can we tell? Predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology*, 28, 507-533.
- White, H.R., Pandina, R.J. y Lagrange, R.L. (1987). Longitudinal predictors of serious substance use and delinquency. *Criminology*, 25, 715-740.

9. ANEXO

Cuestionario para la Detección Precoz de Factores y Conductas de Riesgo

- Respecto al curso pasado, el rendimiento académico del alumno:
 - Ha mejorado
 - Es igual
 - Ha empeorado algo
 - Ha empeorado notablemente
- Sus resultados académicos son:
 - Mejores en las asignaturas.....
 - Peores en las asignaturas
 - Iguales en casi todas las asignaturas

3. El alumno parece tener unas técnicas de estudio adecuadas:
Planifica su trabajo: SÍ NO
Se distrae con frecuencia cuando estudia: SÍ NO
Tiene un método de estudio adecuado: SÍ NO
Tiene un lugar de estudio adecuado: SÍ NO
Sabe tomar apuntes: SÍ NO
4. El alumno:
 Asiste regularmente a clase No asiste regularmente a clase
5. Su actitud dentro del aula suele ser:
 Atiende No atiende
 Se implica en el trabajo No se implica en el trabajo
 Hace los deberes escolares No hace los deberes escolares
 Molesta No molesta
 Participa No participa
6. Se puede decir que es un alumno:
 Integrado con sus compañeros No integrado con sus compañeros
 Integrado en las actividades del centro escolar No integrado en las actividades del centro escolar
7. Respecto a la normativa del centro escolar, el alumno:
 Cumple la mayoría de las normas No cumple la mayoría de las normas
 Tiene muchas faltas de asistencia No tiene muchas faltas de asistencia
 Ha tenido algún conflicto este curso No ha tenido ningún conflicto este curso
8. El alumno:
 Tiene claro que quiere seguir estudiando
 No lo tiene claro
 Quiere dejar de estudiar
9. Últimamente, el alumno muestra:
 Conductas desafiantes
 Conductas agresivas
 Hostilidad
 Impulsividad para resolver los problemas o tomar decisiones
 Cambios bruscos en su estado de ánimo (nerviosismo, apatía)
 Cambios en su apariencia física (pérdida de peso en poco tiempo, falta de higiene)
10. En general, el alumno:
 Sabe relacionarse con sus compañeros No sabe relacionarse con compañeros
 Sabe relacionarse con sus profesores y el personal del centro No sabe relacionarse con sus profesores y el personal del centro
11. Sus compañeros:
 Suelen quejarse de su comportamiento No suelen quejarse de su comportamiento

12. Últimamente, el alumno se ha visto envuelto en actos vandálicos y/o robos:
 Sí No
13. El alumno ocupa la mayor parte de su ocio:
 Deporte
 Ir a bares y/o discotecas
 En casa de algún amigo
 En su casa
 En la calle
 Otros.....
14. Las aficiones conocidas del alumno son:.....
.....
15. Al alumno le gusta salir con:
 Sus compañeros del centro escolar
 Amigos del barrio
 Su familia
 Solo
 Otros.....
16. El alumno suele salir con personas:
 Consumidora de drogas legales No consumidora de drogas legales
 Consumidora de drogas ilegales No consumidora de drogas ilegales
 Con conductas antisociales Sin conductas antisociales
17. El alumno tiene un horario de llegada a casa:
A diario, a las.....
Fines de semana, a las.....
 No tiene horario de llegada durante los fines de semana
 No tiene horario de llegada ningún día de la semana
18. El alumno dispone de una paga:
 Sí NO euros a la semana
19. Respecto al resto de sus compañeros, el alumno suele disponer de:
 Más dinero
 Una cantidad semejante
 Menos dinero
20. El alumno es consumidor de:
 Tabaco
 Diario Fines de semana Esporádico Cantidad:.....

 Alcohol
 Diario Fines de semana Esporádico Cantidad:.....

Cannabis
 Diario Fines de semana Esporádico Cantidad:.....

Pastillas
 Diario Fines de semana Esporádico Cantidad:.....

Cocaína
 Diario Fines de semana Esporádico Cantidad:.....

Heroína
 Diario Fines de semana Esporádico Cantidad:.....

Otras drogas ilegales
 Diario Fines de semana Esporádico Cantidad:.....

21. La estructura familiar del alumno es:

- Padre
- Madre
- Nº hermanos: Lugar que ocupa
- Otros:

22. El alumno vive con:.....

23. El estilo educativo de la familia tiende a ser:

- Permisivo
- Autoritario
- Democrático

24. La familia tiene unas normas de funcionamiento claras y consecuentes:

- SÍ NO

25. La relación del alumno con su familia es, en general:

- Adecuada
- Inadecuada

26. La familia tiene problemas importantes:

- Malos tratos
- Desempleo
- Consumo de sustancias
- Actividades delictivas

27. Los padres se implican en las actividades del centro escolar:

- Acuden los dos siempre o casi siempre a las entrevistas
- Acude uno de ellos siempre o casi siempre a las entrevistas
- No suelen acudir ninguno de los dos
- Suelen participar los dos en actividades organizadas por el centro
- Suele participar uno de ellos en las actividades organizadas por el centro
- No suelen participar en las actividades organizadas por el centro

28. El padre o la madre suelen controlar los deberes escolares de su hijo:
 SÍ NO
29. El barrio en el que vive el alumno:
 Dispone de pocos recursos para los jóvenes (polideportivo, asociaciones juveniles...)
 Dispone de bastantes recursos para los jóvenes
 Es un barrio conflictivo (droga, delincuencia)
 No es un barrio especialmente conflictivo
30. El alumno conoce los recursos de los que dispone su barrio:
 SÍ NO

CAPÍTULO 4

Detección e intervención temprana en Atención Primaria

Ana Arranz Velasco¹

Julio Antonio Puente²

¹ Centro de Salud Cangas del Narcea (Asturias)

² Centro de Salud Perchera-La Braña. Gijón (Asturias)

Índice del capítulo

1. Introducción
2. Programa del niño sano
3. Contacto médico con el niño en riesgo y/o adicto
4. Análisis factores de riesgo y factores protectores
5. Prevención desde Atención Primaria
6. Coordinación entre Servicios
7. Conclusiones
8. Referencias bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. En nuestro país está formada por una red de Centros de Salud, cercanos al domicilio de los usuarios y con una amplia dotación de personal sanitario cualificado.

Entre los cometidos primordiales de la Atención Primaria está la prevención de la enfermedad en cualquiera de sus manifestaciones, por lo que sin duda tiene un papel relevante en la detección y tratamiento precoz de las conductas adictivas.

Las sustancias tóxicas siempre han estado presentes a nuestro alrededor y lo seguirán estando en el futuro. Drogas legales como el alcohol y el tabaco no solo son socialmente aceptadas, sino que forman parte de nuestra cultura y ocupan a muchas personas en su producción, elaboración y venta. Los jóvenes comienzan precisamente su experimentación con el consumo de estas sustancias para pasar, en algunos casos, a la utilización de otras drogas ilícitas y fármacos psicoactivos. El uso de estas «drogas entrada» no solo es peligroso para la salud, sino que se considera indicador de uso futuro de sustancias más peligrosas (Johnston, 1996).

Nuestros adolescentes están experimentando a edades cada vez más tempranas con sustancias químicas que alteran la mente, por lo que la Estrategia Nacional sobre Drogas otorga máxima importancia a la prevención y la detección precoz de estos consumos, con especial atención al alcohol y el tabaco.

Estas sustancias son utilizadas por los adolescentes con carácter «recreativo», generalmente en fines de semana y períodos vacacionales para intensificar su forma de divertirse. Se considera que el alcohol es la droga más utilizada después de los cigarrillos y el primer contacto suele ocurrir alrededor de los doce años de edad.

Es preciso disociar los conceptos de diversión y consumo de drogas: hay que hacer comprender a los jóvenes que no es necesario el uso de tóxicos para divertirse y a la vez hacerles conscientes de los efectos tan perniciosos que tienen para su salud.

El abordaje de esta prevención puede y debe hacerse por todos los estamentos sociales que contactan con el adolescente: la familia, la escuela y, cómo no, el Sistema Sanitario. Sin embargo, según una revisión de trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles entre 1995-2000 (Hernán, Ramos y Fernández, 2001), solo el 6,1% de las intervenciones se desarrollaron en los Servicios Sanitarios y solo el 26% de ellas dedicadas al consumo de tóxicos.

Hay varios factores que explican este bajo porcentaje de actividad preventiva, entre ellos la falta de concienciación y formación del personal médico y paramédico; el enfoque que tienen los sanitarios, siempre más dirigido hacia las tareas curativas que a las preventivas; la saturación de los consultorios y la falta de tiempo para valorar convenientemente a estos pacientes.

Este trabajo pretende concienciar a los profesionales sanitarios de la trascendencia del problema y dotarles de instrumentos sencillos que les permita detectar y abordar al menor en riesgo desde las consultas de Atención Primaria.

El reto del médico es identificar el problema en etapas tempranas e intervenir de modo oportuno. El Comité de Abuso de Sustancias de la Academia Americana de Pediatría (1998) recomienda a los médicos:

1. Preguntar y aconsejar de forma rutinaria sobre el abuso de sustancias en las consultas a niños y adolescentes.
2. Poseer las habilidades necesarias para reconocer factores de riesgo y signos de adicción en sus pacientes. Identificar conductas que conlleven riesgo elevado de consumo.
3. Ser capaces de valorar la naturaleza y la extensión del problema.
4. Ofrecer asesoramiento o remisión apropiada a otro nivel.

Los factores relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas por parte de los adolescentes se exponen en la Tabla 1.

La edad diana del presente proyecto (0-18 años) hace que los pediatras y los médicos de familia, junto al personal de enfermería, sean los actores implicados en dicha tarea. El conocimiento continuado que tienen de las familias, del barrio y de los menores les hace estar en una posición privilegiada a este fin.

Son múltiples las ocasiones en que estos profesionales contactan con los niños y adolescentes, bien sea con motivo de las revisiones programadas, en las consultas por enfermedad o en los servicios de urgencias.

En todos los Centros de Salud del territorio nacional se realiza de forma generalizada la revisión de niños y adolescentes, dentro del denominado «Programa del niño sano».

Tabla 1

Factores relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas por parte de los adolescentes

Factores relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas

- Alcoholismo de los padres o de un hermano gemelo.
- Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas por parte de los padres.
- Historia familiar de alcoholismo.
- Historia familiar de conducta antisocial.
- Malos tratos infantiles y desamparo.
- Padres con pocas habilidades para la crianza de sus hijos.
- Malas relaciones con los padres.
- Consumo de drogas por parte de un hermano.
- Consumo de drogas por parte del mejor amigo.
- Percepción del consumo de drogas por parte de los compañeros.
- Fracaso escolar.
- Falta de interés en la escuela y los logros escolares.
- Rebeldía y marginación.
- Baja autoestima.
- Conducta antisocial precoz.
- Psicopatología, especialmente depresión.
- Rasgos negativos del carácter (p.ej., mentiras frecuentes, falta de empatía hacia los demás, favorecimiento de la gratificación inmediata sobre la retardada, necesidad de búsqueda de sensaciones, insensibilidad a los castigos).
- Dependencia previa del alcohol u otras drogas.
- Desorganización en la comunidad.
- Conducta delictiva.
- Baja religiosidad.
- Experiencia precoz con el tabaco y el alcohol.
- Actividad sexual precoz.

2. PROGRAMA DEL NIÑO SANO

Se conoce así al seguimiento estandarizado del niño con el objetivo de detectar precozmente las posibles alteraciones físicas, psíquicas y sociales en su etapa presintomática y la promoción de la salud mediante la introducción del consejo de salud adecuado a cada edad.

Consiste en una serie de visitas programadas, desde el nacimiento hasta la adolescencia, en las que el pediatra realiza la doble función de consultor y educador del niño y de las familias. Debido a la continuidad de la atención, el pediatra es un profesional que conoce de primera mano los cambios y conflictos que influyen negativamente en el desarrollo del menor. La relación con los padres le permite establecer vínculos y lazos de afecto, a través de los cuales puede lograr compromisos para que éstos se involucren en el cuidado de la salud de sus hijos y le otorga una posición privilegiada para influir en sus actitudes y comportamientos.

En todos los controles se abordan: hábitos de comida, control de esfínteres, patrones de sueño, variaciones del comportamiento, alteraciones de conducta y disciplina, problemas en la escolarización, alteraciones del lenguaje, autonomía e independencia del menor.

En primer lugar la actuación del pediatra se orientará a la educación familiar temprana, previa a la aparición de conductas de riesgo. A través de consejos sobre normas higiénicas, prevención de accidentes y detección de conductas inadecuadas, se comienza a influir positivamente sobre la evolución del niño.

Será primordial establecer una buena relación de confianza con los padres, permitiendo la libre expresión de ideas, preocupaciones y conflictos. Los contenidos que se transmitan deberán ser adecuados al nivel psicosocial, ambiental y cultural de cada familia.

En muchas ocasiones, el pediatra será el primer profesional que descubra situaciones de riesgo potencial para el menor (padres consumidores de alcohol, tabaco, drogas, fármacos y otras). En la consulta podrá observar el estilo de conducta familiar, la forma de afrontar los problemas y su estabilidad emocional. Siempre podrá ayudar a los padres a establecer límites y a modelar el comportamiento de los niños, reconduciendo sus conductas inapropiadas.

3. CONTACTO MÉDICO CON EL NIÑO EN RIESGO Y/O ADICTO

En los Centros de Salud las visitas tienen diferentes modalidades: consultas programadas a propósito de las revisiones periódicas del niño sano; consultas a demanda del propio paciente con motivo de sus problemas de salud y visitas a los servicios de urgencia.

Durante la infancia, la relación del niño con el sistema sanitario es muy frecuente. A partir de la adolescencia el contacto se hace más esporádico, y el médico debe aprovechar las ocasiones que se presentan con motivo de consultas por patología aguda, petición de certificados para el colegio, actividades deportivas, etc.

Para que la entrevista con un adolescente sea útil y eficaz debe reunir ciertas características que es necesario conocer. En primer lugar, es importante lograr un buen grado de empatía. Las consultas deben realizarse sin prisa, con delicadeza y profesionalidad, a fin de lograr un ambiente de mutua confianza.

Es fundamental asegurar al menor la confidencialidad de la información que proporcione. Esto será así siempre, pero especialmente en todo lo relacionado con el abuso de sustancias, con los problemas sexuales o de salud mental.

Aunque la visita suele iniciarse en presencia de sus familiares, el médico debe provocar la oportunidad de estar a solas con el paciente, estableciendo claramente que se guardará secreto médico por si desea plantear algún problema o hacer alguna pregunta que prefiere que sus padres ignoren.

Es preciso intentar adaptarse al lenguaje y vocabulario propio de los adolescentes. Conviene escuchar mucho y observar, intentando no emitir juicios de valor ni intentar jugar el papel de «padre sustituto». Se debe iniciar la entrevista preguntando sobre temas generales, como el estilo de vida y la forma de divertirse, antes de abordar directamente la investigación sobre el uso de tóxicos.

Las preguntas de carácter abierto son las más adecuadas y menos intimidatorias y pueden proporcionar mucha información: el menor contestará negativamente a la pregunta directa ¿utilizas drogas?, pero, sin embargo, podría responder con franqueza a preguntas como ¿qué te parece el uso de sustancias químicas?, ¿te resultaría fácil conseguirlas?, ¿qué opinan tus amigos sobre este tema?

Investigar si los familiares y compañeros del menor utilizan tabaco, alcohol u otras drogas debería formar parte de la rutina de la consulta. La observación de la forma de vestir, presencia de tatuajes o piercings también aportan datos sobre el estilo de vida del paciente.

Las especiales características del consumo de drogas (fines de semana, noches...) hacen que los jóvenes acudan también a los servicios de urgencias en situaciones de sobredosificación, por efectos adversos o con traumatismos. Es preciso implicar a los médicos de guardia y profesionales de refuerzo para que no se limiten a la actuación puntual que motive la consulta, sino que pongan en marcha algún mecanismo de «alerta» que permita al médico habitual del menor su seguimiento posterior.

Salvo estas circunstancias de urgencia, es raro, sin embargo, que los menores que se inician en el consumo acudan a su médico habitual solicitando ayuda. Es más frecuente que consulten por síntomas inespecíficos, como malestar general, disminución del rendimiento escolar, trastornos del comportamiento. También son frecuentes los síntomas físicos como tos, infecciones respiratorias de repetición, irritación ocular (Tabla 2) (Fuller y Cavanaugh, 1995).

El uso de drogas se asocia típicamente a otras conductas de riesgo, como actividad sexual precoz y promiscua, conducción irresponsable de vehículos, formar parte de clubes y pandillas antisociales, robos y hurtos. El médico deberá estar sensibilizado y tendrá presente que tras cualquiera de estos síntomas o actividades puede existir una historia de uso de tóxicos e investigar al respecto.

Tabla 2
Indicios clínicos en el abuso de sustancias por parte de adolescentes

Signos físicos	Conductuales/psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso. - Hipertensión. - Ojos rojos. - Irritación nasal. - Ronquera. - Tos crónica. - Hemoptisis. - Dolor de tórax. - Sibilancias. - Hepatomegalia. - Lesiones. - Huellas de punción con agujas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de riesgos. - Estado de ánimo oscilatorio. - Depresión. - Reacción de pánico. - Psicosis aguda. - Paranoia. - Problemas con compañeros/familia. - Robo. - Promiscuidad. - Problemas legales.
Hábitos personales	Rendimiento académico
<ul style="list-style-type: none"> - Uso de gotas oculares. - Patrón de sueño o apetito alterado. - Menos atención a la higiene. - Pérdida de interés por los deportes. - Nuevos amigos/intereses. - Cambio en el vestido. - Nuevos intereses por la música. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de la memoria a corto plazo. - Juicio inadecuado. - Calificaciones reprobatorias. - Inasistencia a clases. - Haraganería. - Problemas con los maestros. - Suspensión. - Expulsión.

McDonald (1984) establece un diseño en cinco etapas, considerado clásico en el proceso de inicio, consumo y adicción. Es un esquema muy útil para los médicos que atienden adolescentes que están experimentando:

- Etapa 0: consumo experimental (curiosidad).
- Etapa 1: consumo ocasional (aprendizaje).
- Etapa 2: consumo circunstancial (búsqueda de estados de ánimo).
- Etapa 3: consumo habitual (dependencia).
- Etapa 4: consumo adictivo (destrucción).

Son de especial interés las dos primeras etapas, ya que las posibilidades de recuperación son mayores cuanto antes se intervenga en su sucesión.

La primera etapa se refiere al consumo experimental. Una primera experiencia puede estar justificada simplemente por las propias características de la personalidad adolescente, como son una curiosidad alta,

mayor tolerancia al riesgo, necesidad de aparentar más edad, falta de autoestima o combatir el aburrimiento. Para que se produzca una progresión a las siguientes etapas de McDonald es preciso que confluyan una serie de factores llamados «de riesgo», que van a influir de forma decisiva en la evolución del menor hacia mayores niveles de consumo. Asimismo, existen otros factores llamados «protectores» cuya presencia es decisoria para frenar dicha progresión.

4. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

La probabilidad de que un joven inicie una conducta arriesgada se basa en el concepto de factores de riesgo y protectores. Se llaman «factores de riesgo» aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas. Los «factores de protección» se definen como aquellas variables que contribuyen a modular o limitar dicho uso.

Hay una relación directa entre el número de factores de riesgo a los cuales el adolescente está expuesto y la probabilidad de utilizar drogas. Según Bry, McKeon y Pandina (1982), un adolescente expuesto a cuatro factores de riesgo tiene 4,5 más probabilidades de iniciarse en el consumo.

En la Tabla 3 (Heyman y Hoover, 1997) se analizan factores de riesgo y factores protectores de conductas arriesgadas en distintos dominios.

5. PREVENCIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

En primer lugar hay que tener en cuenta que todos los jóvenes presentan riesgo potencial de sufrir conductas adictivas, por lo que las medidas preventivas deben hacerse extensivas a toda la población. En segundo lugar es necesario hacer una identificación selectiva de los niños vulnerables. En este grupo es preciso estar alerta a la aparición de signos y síntomas precoces, detectando indicios de uso, realizando entrevistas y apoyando a los padres en la búsqueda de factores protectores. A estos jóvenes se les informará de los efectos y consecuencias de las conductas inadecuadas y se les ofrecerán alternativas.

La **PREVENCIÓN PRIMARIA** debe ser entendida como una intervención comunitaria en forma de educación sanitaria dirigida a toda la población infantil.

Tabla 3

Factores de riesgo y factores protectores de conductas arriesgadas en distintos dominios

Factores de riesgo y factores protectores

- **Biología y genética:**
Riesgo: antecedentes familiares de abuso del consumo de drogas, o de alcoholismo, predisposición genética, antecedentes de trastorno de la salud mental.
Protección: inteligencia alta, salud adecuada.
- **Ambiente social:**
Riesgo: pobreza, consumo alto en la comunidad, disponibilidad en la comunidad o la escuela.
Protección: escuelas de calidad, familia intacta, fijación, compromiso, supervisión.
- **Ambiente percibido:**
Riesgo: abuso de drogas por compañeros, modelos de conducta descarriada, ausencia de modelos de adulto apropiados, representación en los medios de comunicación y la publicidad de que el consumo es normativo.
Protección: compañeros con valores convencionales, supervisión estrecha de los padres, modelos de función positivos.
- **Personalidad:**
Riesgo: autoestima baja, tendencia a correr riesgos, sensación de pocas opciones.
Protección: valorar logros, valorar la salud, valores convencionales.
- **Conducta:**
Riesgo: aspiraciones y expectativas bajas, con apatía, conductas arriesgadas y rendimiento escolar inadecuado correspondientes.
Protección: participación en actividades eclesíásticas y de otros tipos, fijación de objetivos y aspiraciones actuales y futuros.

La escuela y la familia constituyen el marco ideal donde realizar dicha prevención, por lo que padres y profesores serán los agentes educadores básicos y deberán estar íntimamente relacionados buscando este objetivo común. Adquieren también una importancia decisiva los medios de comunicación, a los que es preciso integrar en esta tarea, sobre todo evitando la difusión de mensajes contradictorios al hacer publicidad de tabaco y alcohol.

La educación en salud debe ser un contenido más de los que recibe el niño en su etapa escolar y no debería desligarse del resto de procesos educativos en que está inmerso el menor. El equipo de Atención Primaria ha de mantener una estrecha colaboración con las unidades docentes.

El objetivo educativo básico de esta prevención primaria es potenciar los factores de protección:

Hay que inculcar al niño que la salud es un valor fundamental, instándole a que realice actividades de ocio sano. El medio escolar y los organismos públicos deben ofrecer alternativas lúdicas en este sentido, algunas de las cuales están siendo implantadas en algunas regiones del país con bastante éxito.

Los jóvenes con objetivos, comprometidos con su propio futuro, con un grado alto de autoestima y unidos a su familia y comunidad, tendrán siempre menos probabilidades de caer en conductas adictivas. Se intentará potenciar, por tanto, la responsabilidad, la autoestima, la moralidad, la independencia emocional y el establecimiento de relaciones con adultos. Es un factor protector para el menor la comunicación abierta con los padres y el sentirse vigilado y apoyado por ellos; el pertenecer a un grupo de compañeros alejados de la droga; la participación en actividades deportivas y de excursionismo; la música y la lectura. Es importante que los progenitores conozcan a los amigos de sus hijos y contacten con sus padres para establecer reglas comunes de seguridad y responsabilidad. Es preciso reforzar las decisiones que el niño tome contra las presiones del entorno (amigos, consumidores, publicidad), sin olvidar «predicar con el ejemplo» y evitar así mensajes contradictorios. A este respecto es importante que padres, profesores y médicos sean conscientes del ejemplo negativo que transmiten si ellos a la vez son fumadores o bebedores.

El objetivo a lograr es que los jóvenes den solución a sus problemas mediante la información, la comunicación y el desarrollo de competencias personales. Hay que animarles a buscar ayuda si precisan. Está demostrado que todas las intervenciones dirigidas al mayor desarrollo de competencias personales son las que tienen más impacto en la prevención de problemas emocionales y conductas adictivas y sexuales de riesgo.

Los jóvenes están experimentando con drogas a edades cada vez más tempranas, por esto los profesionales de la Atención Primaria tienen la responsabilidad de abordar esta problemática lo antes posible. Se ha comprobado que si un joven termina la enseñanza secundaria sin haberse iniciado en el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, estadísticamente tiene pocas probabilidades de hacerlo en etapas posteriores.

El médico hará educación sanitaria individual en todas las ocasiones en que los niños acudan a la consulta. El consumo de tóxicos ha de ser valorado desde las visitas prenatales a las madres embarazadas y después en todas las visitas programadas con los niños. Se asesorará a los padres usuarios de sustancias sobre el efecto tan pernicioso que ejercen sobre el menor y se les ofrecerá ayuda médica para evitarlo.

Se realizará una educación progresiva a todos los niños y a sus familias en los distintos controles de salud:

- Consejo prenatal sobre tabaco, alcohol y otras drogas, realizado por el médico y las matronas en las revisiones de las embarazadas.

- En las revisiones al niño sano se insistirá en lo nocivo del humo de tabaco para ellos, explicando a los padres el concepto de fumador pasivo. Este argumento se repetirá siempre ante los sucesivos cuadros faríngeos y bronquiales del niño. Se estimulará a los padres a que sirvan de ejemplo a sus hijos, modelando el consumo de alcohol y fármacos.
- En las consultas con los adolescentes se apoyará la información que han recibido en la escuela. El médico tratará de estimular una visión crítica sobre la publicidad que se produce en los medios de comunicación y les suministrará información acerca de los peligros que plantea el consumo de tóxicos. Es apropiado explicar lo arriesgado de la conducción de automóviles o tener relaciones sexuales bajo su influencia.

Es importante asesorar a los padres sobre cómo acercarse a su hijo adolescente, enseñarles a marcar límites y a establecer reglas en la familia de obligado cumplimiento por todos los miembros.

El alcohol y el tabaco adquieren una especial importancia por ser las drogas en las que se suelen iniciar los jóvenes. Así, se han de establecer estrategias especiales de intervención dando a conocer la magnitud de este problema, revisando sus consecuencias, ayudando a contrarrestar la presión de los compañeros, proporcionando alternativas a su consumo y reforzando a los no consumidores.

Junto a los consejos de prevención a los menores, se estimulará el cese del tabaquismo en los padres, médicos y profesores, a fin de evitar mensajes contradictorios. Los médicos tienen un papel importante como líderes sociales y son un referente como modelo de vida sana, por ello es necesario evitar fumar delante de los pacientes y demostrar que se desean ambientes libres de humo.

La historia clínica de todo niño debería contener información relativa al hábito tabáquico de sus padres. La realidad, sin embargo, es otra. En un estudio realizado en 112 familias (Ferrist, García, López y Pérez, 1998) sólo el 5,5% de los pediatras habían preguntado sobre el tabaquismo doméstico.

A los padres fumadores será preciso proporcionarles información sobre sus riesgos, comprobar su motivación y grado de dependencia nicotínica a fin de ofrecerles ayuda para abandonar esta dependencia. Al niño se le proporcionará información sobre el tabaco antes de llegar a la adolescencia, para que pueda tener elementos de juicio y una postura clara a la hora de decidir.

El grupo de trabajo de Previnfad/PAPPS (2003) recomienda preguntar a los adolescentes sobre el posible consumo de tabaco, de alcohol y

de drogas al menos una vez al año. Esta anamnesis se hará en las consultas oportunistas por problemas de salud y en todas las actividades preventivas, bien sean individuales o grupales. Asimismo, se recomienda dar consejo antitabaco, alcohol y drogas, al menos una vez al año. El consejo será orientado sobre todo a los aspectos estéticos negativos, como son el oscurecimiento de los dientes, el mal aliento, bajo rendimiento deportivo y la posibilidad de adicción. Esta información deberá quedar registrada en la historia clínica.

Como se ha visto anteriormente, esta intervención preventiva puede ser útil para algunos pacientes, pero realmente es poco efectiva si no va acompañada de estrategias globales de tipo social. También ahí los médicos pueden desempeñar un papel importante participando en foros de debate, charlas en los colegios, promoviendo la creación de espacios libres de humo, etc.

Con toda esta tarea educativa global que constituiría la Prevención Primaria, el objetivo es intentar evitar el inicio del consumo de drogas, pero, desgraciadamente, en muchos jóvenes fracasará y comenzarán a utilizar tóxicos. Es en este momento cuando adquiere máxima importancia lograr el diagnóstico precoz del problema. Esta tarea se conoce como Prevención Secundaria.

La **PREVENCIÓN SECUNDARIA** consiste en la detección precoz del uso de sustancias, para así poder intervenir lo antes posible sobre el adolescente y su entorno, ofreciéndole una atención adecuada.

Si el médico tiene previamente identificados a los menores vulnerables y a las familias de riesgo, deberá estar especialmente alerta, para detectar en ellos la aparición de los signos de alarma. Se informará a los padres de estos niños de cuáles son estos signos para que lo comuniquen con rapidez.

Hay que intervenir ante cualquier joven en quien se produzca una alteración en el normal funcionamiento académico, social o profesional. La intervención será inmediata si el consumo de sustancias va asociado a otras conductas de riesgo (conducción temeraria, delincuencia, etc.).

Para abordar correctamente a un menor en riesgo es preciso hacer una evaluación individual de cada caso, intentando recabar información sobre una serie de factores que influyen decisivamente en la génesis y en la evolución del problema. En la práctica clínica puede ser útil la aplicación de fórmulas nemotécnicas como la HEADS/S F/FIRST (Goldenring y Cohen, 1998), que ayuda al abordaje de los problemas psicosociales mediante una entrevista estructurada que investiga sobre las siguientes cuestiones: hogar, educación, abuso de drogas, seguridad, sexualidad, familia y amigos, formas de ocio, imagen, religiosidad y violencia, expuestas en la Tabla 4.

Tabla 4

Entrevista estructurada para abordaje de problemas psicosociales. HEADS/S F/FIRST

- **Hogar:** espacio, intimidad, mudanzas geográficas frecuentes, vecindario.
- **Educación / escuela:** cambios frecuentes de escuela, repetición de un grado, calificaciones en cada materia, informes de los profesores, objetivos vocacionales, actividades extraescolares, problemas de aprendizaje.
- **Abuso:** físico, sexual, emocional, verbal; disciplina por parte de los progenitores.
- **Drogas:** tabaco, alcohol, marihuana, inhalantes, «drogas de club». Droga elegida, edad de inicio, frecuencia, modo de ingestión, rituales, solo o con compañeros, métodos para abandonar el hábito y número de intentos.
- **Seguridad:** cinturones de seguridad, cascos, medidas de seguridad en deportes, actividades peligrosas, conducción de automóviles bajo los efectos de drogas.
- **Sexualidad / identidad sexual:** salud de la reproducción (uso de anticonceptivos, sentimientos, embarazo).
- **Familia y amigos (friends):**
Familia: constelación familiar, genograma, familia con padre o madre soltera / casados / separados / divorciados / armoniosos, ocupaciones y turnos de la familia; antecedentes de adicción en familiares de primer y segundo grado, actitud de los progenitores hacia el alcohol y las drogas, reglas establecidas por los padres; progenitor con enfermedad crónica o padecimientos mentales.
Amigos: camarillas y configuración de compañeros, afiliación a pandillas o cultos.
- **Imagen:** percepción de talla y peso, musculatura y físico corporales, aspecto (indumentaria, tatuajes, joyería).
- **Recreación:** sueño, ejercicio, deportes organizados o no estructurados, actividades recreativas (televisión, videojuegos, juegos de computadora, Internet, Chat, actividades en la Iglesia o en grupos de jóvenes comunitarios).
- **Espiritualidad (spirituality) y conexión:** apego, rituales, prácticas ocultas, servicio comunitario o participación en la comunidad.
- **Amenazas (threats) y violencia:** autodaño o daño a otros, huida, crueldad con los animales, armas de fuego, peleas, arrestos, robos, provocación de incendios, peleas en la escuela.

Tras ello, se hará una valoración global del desarrollo del adolescente, de su problemática psicosocial, de los signos y secuelas del uso de drogas en caso de que existiesen, de la motivación para el cambio y de los apoyos de que disponga.

Existen una serie de programas de intervención ampliamente abordados en el capítulo 3 del presente libro, unos desarrollados a nivel escolar y otros en centros comunitarios, que han demostrado científicamente su eficacia.

El médico de Atención Primaria procurará mantener una estrecha colaboración con el medio escolar apoyando la puesta en marcha de estos programas.

Una vez detectados los menores en los que es preciso intervenir, se les ofrecerá la ayuda que precisen y que puede variar desde el mero asesoramiento familiar o individual, hasta el tratamiento médico de la drogodependencia, bien sea de forma ambulatoria u hospitalaria. Si la detección

del caso se produce con motivo de una intoxicación aguda, se prestará la atención médica adecuada hasta la remisión del cuadro, dejando para sucesivas consultas programadas el abordaje global del problema.

Los médicos de Atención Primaria deben estar bien informados de los recursos que tienen a su alcance para orientar y derivar a los pacientes que así lo requieran. Es de interés práctico conocer los criterios que permiten tratar a un adolescente en Atención Primaria, ser remitido a un profesional especializado o bien ser incluido en algún programa específico que requiera internamiento.

Según Silber y cols. (1992) existen una serie de factores que indican la posibilidad de una evolución tórpida y aconsejarían la consulta con un especialista en toxicomanías. Éstos son:

- El inicio del consumo de drogas durante la niñez o en la adolescencia inicial.
- La pertenencia a un grupo que se identifica con el uso o venta de drogas.
- La falta de apoyo por parte de los padres.
- La apología del uso de la droga o la falta de motivación para abandonar su utilización.
- El fracaso escolar, el abandono del trabajo y la sintomatología psiquiátrica.
- La tendencia a negar o a ignorar la sintomatología dependiente de la toxicomanía.
- Que la droga sea tan importante que esté dispuesto a sacrificar relaciones para seguir consumiéndola.
- Que el uso sea cotidiano.
- Por lo que se refiere al tipo de droga, el uso de alucinógenos o el uso de la vía endovenosa.

La Academia Americana de Pediatría ofrece los siguientes criterios a este respecto:

El adolescente podrá ser controlado en el Centro de Atención Primaria si el uso de drogas es realizado de forma intermitente o experimental. Siempre que no se aprecie psicopatología significativa o se trate solo de una reacción de ajuste. Cuando muestre un desarrollo adecuado de sus tareas y haya ausencia de conducta antisocial.

Será preciso derivar a un Servicio Especializado si el abuso de drogas es muy significativo, si hubiera alteraciones psicopatológicas asociadas, si se produce un estancamiento de las actividades académicas y sociales y ante la falta de experiencia del profesional de Atención Primaria.

Por último, requerirá la inclusión en un programa específico e incluso el internamiento del menor en el caso de abuso compulsivo de drogas, anormal desarrollo de las actividades educativas y sociales, peligro inminente para la salud mental o física del paciente, conducta antisocial persistente, fracaso del tratamiento ambulatorio y alteraciones psicopatológicas que requieran control de su conducta y medicación.

Para diagnosticar en un joven la existencia real de una dependencia a drogas se aplican modelos como el de MacDonald (1984). Funciona con un esquema similar al de Jones para diagnosticar la fiebre reumática, con una serie de criterios mayores y menores:

Los *criterios mayores* de MacDonald son:

- 1) Dos ocasiones de consumo agudo de drogas, observados por la familia, la policía, un médico de urgencias, otra persona importante, un profesor o un hermano, y
- 2) Signos del consumo regular de drogas que incluyen uso continuo a pesar de límites firmes establecidos por la familia o el médico, incapacidad para suspender el consumo a pesar de las consecuencias, cambios conductuales progresivos y datos de laboratorio positivos.

Los *criterios menores* comprenden cualesquiera signos de:

- 1) Deterioro del rendimiento escolar.
- 2) Deterioro de las relaciones familiares.
- 3) Cambios negativos de la personalidad.
- 4) Cambios físicos.
- 5) Problemas jurídicos
- 6) Cambios de los grupos de compañeros.

Un criterio *mayor* añadido a tres criterios *menores* indican un diagnóstico primario de dependencia a sustancias químicas.

Hay que tener presente que las conductas de riesgo no suelen darse de manera aislada. Cuando un adolescente está participando en una conducta de riesgo es probable que también lo haga en otras, por lo que es preciso investigar de forma amplia todas sus actividades. Se sabe que los adolescentes fumadores tienen mayor riesgo de consumo de drogas, y que éstos también tienen más probabilidades de emprender conductas sexuales de riesgo. La prevención, entendida en su sentido más amplio, debería abordar todas estas facetas.

Hoy es frecuente el consumo de drogas, sobre todo alcohol y cannabis, como una actividad recreativa en los fines de semana, sin que se produzca un trastorno importante de la conducta o del rendimiento del adolescente. Esto hace que los menores e incluso sus familias no lo consideren como un problema de salud. En estos casos puede ser necesario que el médico ofrezca asesoramiento respecto a los riesgos que conlleva el abuso de sustancias, aun cuando no se solicite su consejo.

En otras ocasiones el médico puede ser solicitado como mediador entre el padre y el hijo para ayudar a resolver un conflicto sobre el consumo de drogas. Es importante, por ello, que el médico esté bien informado, sea objetivo y pueda ofrecer una información precisa y veraz.

A este respecto existen guías de ayuda, como la editada por el Plan Nacional sobre Drogas «Actuar es posible. El profesional de Atención Primaria de Salud ante los problemas derivados del consumo de drogas» (Boix y Grupo de trabajo, 1992), que ofrecen protocolos de actuación al profesional sanitario para responder a las demandas de sus pacientes.

6. COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS

Tras el diagnóstico efectivo de la adicción se ofrecerá el tratamiento médico adecuado a cada caso y se movilizarán los recursos sociales, educativos y familiares existentes.

El médico de Atención Primaria puede ejercer una importante labor de coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en la atención al menor (médicos, psicólogos, profesores y asistentes sociales). La interrelación entre todos es fundamental para garantizar una continuidad en la atención. El médico debería conocer y mantener una relación fluida con todos ellos.

Existen unidades de apoyo que pueden ser utilizadas en caso preciso y que sirven de complemento a la actuación de la Atención Primaria. Entre ellas:

- **Las Unidades de Atención Temprana.** Definidas en el Libro Blanco publicado en el año 2000 por el Ministerio de Asuntos Sociales y el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. La Atención Temprana se define como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y a su entorno, con el objetivo de dar respuesta rápida a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos.

Su principal objetivo es que estos menores reciban todo aquello que pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, favoreciendo su autonomía personal y posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social. Esto se realiza desde una vertiente preventiva y asistencial, atendiendo a un modelo bio-psico-social e incluyendo en las sesiones a los familiares del menor. En las unidades de Atención Temprana se hacen actividades de estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia y psicoterapia.

- **Las Unidades de Atención a Adolescentes.** Otra de las unidades de apoyo existentes cuya misión es orientar y atender los casos de adolescentes difíciles. Pueden resolver gran parte de las consultas que se refieren a adolescentes experimentadores.
- **Servicios Especializados de Salud Mental de la Infancia y la adolescencia.** La red de Salud Mental dispone de consultas especializadas en niños y adolescentes para dar respuesta a los menores con trastornos psicológicos y psiquiátricos.
- **Unidades de Tratamiento de Toxicomanías. (UTT).** Útiles para la intervención en casos de drogodependencias ya instauradas. Disponen de programas específicos de desintoxicación y tratamiento.

En este punto es preciso hacer una consideración importante, en el sentido de que se debe evitar la derivación a programas de drogadicción a cualquier adolescente que haya experimentado con sustancias. Existe un riesgo importante de fijar como conducta definitiva lo que solo era mera curiosidad. Asimismo, se corre el riesgo de «medicalizar» al adolescente experimentador, convirtiéndole en usuario regular de psicofármacos.

- **Consultas abiertas en los propios Centros de Enseñanza Secundaria** (ESO, bachillerato y ciclos formativos). En algunas zonas se han implantado consultas médicas en los centros educativos para dar una oportunidad a los adolescentes que dudan en acudir al centro sanitario. Se intenta romper la barrera que para los adolescentes supone ir al Centro de Salud, donde van acompañados de un familiar y no tienen posibilidad de plantear cuestiones que les interesan. La consulta en el centro escolar supone un acercamiento al adolescente dentro de un clima cordial y directo. Se abordan temas de interés sanitario para ellos como tabaco, drogas, sexualidad, anticoncepción, adolescencia, sida, ginecología, aclarando las dudas que planteen y concienciándoles de manera clara y directa de las ventajas de una buena prevención.

El grado de satisfacción de los profesionales que realizan este tipo de consulta es alto (Cornellá, 2000; Suárez Pinilla y Medina, 2000).

- **Existen otras entidades de índole privada**, o dependientes de organismos religiosos, como Proyecto Hombre, Centro Reto, etc., que también pueden ser útiles en determinadas circunstancias.

7. CONCLUSIONES

- Los profesionales de Atención Primaria tienen una posición privilegiada en la prevención de conductas adictivas por su conocimiento continuado de las familias, del barrio y de los menores.
- Debe ser un reto para ellos la identificación del problema en etapas tempranas y ser capaces de intervenir del modo más adecuado.
- Se debe hacer consejo preventivo en todos los contactos con el menor y su familia.
- En la anamnesis a los adolescentes se debe incluir de forma sistemática la pregunta sobre consumo de drogas y registrarlos en historia clínica.
- Es preciso reconocer los factores de riesgo y los signos de adicción.
- Hay que saber identificar las conductas que conlleven riesgo elevado de consumo.
- El médico tiene que ser capaz de valorar convenientemente la naturaleza y extensión del problema.
- Debe ser capaz de ofrecer asesoramiento o remisión apropiada.
- El profesional sanitario estará disponible como consultor para los centros educativos.
- Se debe implicar a los médicos de guardia, de urgencias y de refuerzos para que no se limiten a una actuación puntual en las demandas urgentes, sino que pongan en marcha algún mecanismo de alerta que permita al médico habitual del menor su seguimiento posterior.
- Los médicos tienen un papel importante como líderes sociales y son un referente como modelos de vida sana, por ello es necesario evitar fumar delante de los pacientes y demostrar que se desean ambientes libres de humo.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boix, R. y Grupo de trabajo. (1992). *Actuar es posible. El profesional de Atención Primaria de Salud ante los problemas derivados del consumo de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bry, B.H., McKeon, P. y Pandina, R.J. (1982). Extent of drug use as a function of number of risk factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 273-279.
- Comité on Substance Abuse (1998). Tabaco, alcohol y otras drogas: papel del pediatra en la prevención y tratamiento del abuso de sustancias. *Pediatrics*, 45, 67-71.
- Cornellá, J. (2000). *El adolescente y las drogas*. Mesa redonda «Sexo, drogas, rock & roll, y los medios de comunicación». Congreso Nacional de Pediatría 2000.
- Cornellá, J. y Llusent, A. (2002) La relación médico-adolescente. *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 25, 145-149.
- Ferris Tortajada, J., García Castell, J., López Andreu, J.A. y Pérez Tarazona, S. (1998). Tabaquismo infantil: ¿Fumadores pasivos o pediatras pasivos? *Acta Pediátrica Española*, 56, 620-624.
- Fuller, P.G. y Cavanaugh, R.M. (1995). Valoración básica y pruebas de detección para el abuso de sustancias en consultorio Pediatría. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, 2, 267-288.
- Galve Sánchez-Ventura, J. (2003). Recomendaciones Previnfad/PAPPS: prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Goldenring, M.N. y Cohen, E. (1998). Getting into adolescent heads. *Contemporary Pediatrics*, 5, 75-90.
- Hernán, M., Ramos, M. y Fernández, A. (2001). Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Revista Española de Salud Pública*, 75, 491-504.
- Herman, R.B. y Hoover, A.Jr. (1997). Método de consultorio para prevención de abuso del consumo de drogas. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, 6, 1.463-1.472.
- Johnston, L.D. Bachean, J.G., O'Malley, P.M. (1996). Drug Survey: University of Michigan News and Information Services Ann Arbor. University of Michigan, 11-12.
- Libro Blanco de la Atención Temprana. Documentos 55/2000. Madrid: Ministerio Trabajo y Asuntos Sociales.
- Martín González, E. (2001). El futuro de los usos de drogas: la estrategia nacional 2000-2008. *Trastornos Adictivos*, 3, 161-163.
- McDonald, D.I. (1984). Drugs, drinking and adolescent. *Yearbook Medical Publishers*. Chicago (USA).
- Philomena, J. y Dias, M.D. (2002). Abuso del consumo de drogas por parte del adolescente. Valoración en el consultorio. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, 2, 253-285.
- Silber, T.J., Munist, M.M., Maddaleno, M. y Suárez Ojeda, E.N. (Eds.) (1992). Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud, Washington, USA.
- Suárez Pinilla, F. y Medina Sastre, M.V. (2000). Consulta joven en los Institutos: «Una experiencia a compartir». *Medicina de Familia*, 1, 84-86.

CAPÍTULO 5

Intervención con menores en riesgo desde los Servicios Sociales

Jorge Fernández del Valle

Universidad de Oviedo

Índice del capítulo

1. El concepto de menor en riesgo desde el sistema público de servicios sociales
2. El sistema público de servicios sociales
3. Desarrollo reciente de la atención a menores en riesgo
4. Perfil actual de familias, niños y jóvenes en riesgo
5. Programas comunitarios de intervención con familias en riesgo
6. Otros programas comunitarios dirigidos a menores en riesgo
7. El trabajo con niños y adolescentes en acogimiento residencial
8. Conclusiones
9. Referencias bibliográficas

1. EL CONCEPTO DE MENOR EN RIESGO DESDE EL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES

En la edición de esta guía se ha planteado el término de menor en riesgo desde la perspectiva, como corresponde al contexto y finalidad del libro, de las conductas delictivas, violentas y de abuso de sustancias (véase capítulo primero). Sin embargo, para los profesionales de los servicios sociales, y más aún para los que trabajan en el sector de familia e infancia (anteriormente denominado de «menores»), el concepto de menor en riesgo tiene una definición muy distinta. Los servicios sociales de familia e infancia tienen como cometido, con respecto a los menores de edad, la salvaguarda de sus derechos y de manera especial el de recibir la adecuada educación y protección por parte de sus padres o responsables legales. De modo que se establece, de manera innovadora desde la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, la distinción entre dos tipos de situaciones de desprotección social para los menores: situaciones de *desamparo* (donde los padres no ejercen sus deberes de asistencia, guarda y educación, o lo hacen inadecuadamente y se debe asumir la tutela del menor por parte de la Administración competente) y la situación de *riesgo* (donde el inadecuado ejercicio de los deberes parentales produce un perjuicio para el menor que no es lo suficientemente grave como para apartarlo de la compañía de su familia, pero requerirá la intervención de los servicios sociales para eliminar esos factores de riesgo). Así pues, en términos de la desprotección de menores de edad, cuando hablamos de *riesgo* estamos refiriéndonos al riesgo de que la situación derive en un *desamparo*, lo que obligaría a una medida mucho más grave, con separación del menor de la familia y suspensión de la patria potestad o tutela ordinaria.

Puede que el lector se pregunte a estas alturas si este capítulo, a la vista de lo que se acaba de definir, y en el contexto de esta guía, tiene algo que ver con el concepto de riesgo que se define en el primer capítulo y se desarrolla a lo largo de toda la obra. Parece evidente que una cosa son los menores que se deslizan hacia las conductas de abuso de sustan-

cias, agresión y delincuencia, y otra muy distinta los que reciben malos tratos, o tienen unos padres que los descuidan gravemente en la atención de sus necesidades más básicas. Pues bien, este capítulo se destinará a plantear que estamos hablando de problemas estrechamente conectados, y para un buen número de casos de adolescentes en riesgo de conductas delictivas o de abuso de sustancias, estaremos hablando simplemente de dos momentos del mismo proceso, donde las experiencias de una crianza en un entorno familiar de grave negligencia, maltrato o abuso, dará lugar a trastornos del desarrollo y del proceso de socialización que cursan con esos problemas conductuales.

Dada la complejidad de estas conexiones, se dedicará este capítulo a la presentación de esta interacción entre conceptos y situaciones de los menores, abordándolo de modo paulatino y partiendo de una descripción y análisis del papel que le corresponde en estas situaciones al sistema público de servicios sociales. A diferencia de otros sistemas públicos que conforman lo que hoy denominamos el Estado del Bienestar, tales como la Sanidad o la Educación, que cuentan con larga historia y un conocimiento directo por parte de todos los ciudadanos como usuarios, los servicios sociales nacen como un sistema de bienestar a partir de los años ochenta y su estructura y función es muy desconocida para gran parte de la población. Incluso es a veces poco conocido para los profesionales de otros sistemas, por lo que será conveniente describir, aunque sea de modo muy sucinto, su estructura y prestaciones, con atención especial a los servicios destinados a menores y familias.

2. EL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES

La definición de los servicios sociales no es tarea fácil. López-Cabanas y Chacón (1997) recogen en una definición lo que una serie de leyes de servicios sociales de diferentes comunidades autónomas establece. Según esta definición, el sistema de servicios sociales tiene como finalidad atender las necesidades sociales básicas, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, el desarrollo pleno de los grupos, individuos y comunidades, desarrollar el bienestar de los ciudadanos, hacer frente a los problemas sociales y eliminar la marginación.

Los servicios sociales, al convertirse en un sistema de competencia exclusiva de las comunidades autónomas, fueron recogiendo un conjunto de lo que eran hasta entonces iniciativas desconectadas y dispersas, entre las que cabe mencionar las instituciones de atención a las personas con minusvalías y personas mayores (INSERSO), y a la protección de menores

(Obra de Protección de Menores, Auxilio Social, etc.), a las que se deben añadir las actuaciones de la Beneficencia, desarrolladas por los Ayuntamientos y Diputaciones. Así es que, junto a las necesidades sociales derivadas de la pobreza y la indigencia, se encontraba la atención a colectivos o sectores de necesidades especiales, entre las que destacaban ya los menores, pero también la tercera edad y las personas con minusvalía.

Sin embargo, el sistema público construido a partir de los ochenta, sustentado por la elaboración de leyes de servicios sociales en cada comunidad autónoma, pretende superar la visión de unos servicios dirigidos únicamente a las personas en situación de marginación y pobreza. Es el mismo cambio que otros sistemas, como el sanitario, habían obrado muchos años antes, definiendo las prestaciones sanitarias no como aquellas destinadas a atender a los enfermos y tratar las enfermedades, sino a la promoción de la salud y, por tanto, dirigida a toda la comunidad. Así también los servicios sociales se definen en las distintas leyes como un sistema dirigido a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, atendiendo todo lo relacionado con las necesidades sociales, y dirigido a toda la comunidad, desde un planteamiento positivo e integrador y no marginal.

Este sistema público se desarrolla sobre la base de una distinción estructural muy importante que diferencia entre:

- *Los servicios sociales comunitarios* (también llamados generales o de atención primaria), cuyo protagonismo recae en las corporaciones locales (Ayuntamientos y Diputaciones) y que tienen la función de atender cualquier demanda de los ciudadanos, así como realizar un trabajo comunitario de estudio permanente de necesidades en cada entorno y promover programas preventivos y proactivos.
- *Los servicios sociales especializados*: destinados a grupos que comparten necesidades muy específicas y que requieren prestaciones y recursos ajustadas a esas particularidades. Se trata de algunos servicios para personas mayores (v.gr.: residencias), personas con discapacidad (centros ocupacionales), menores de edad en desprotección (acogimiento en residencias o en familias), mujer, juventud, etc., que requieren habitualmente importantes infraestructuras o procesos de prestación o intervención de competencia autonómica (como la declaración de desamparo en un menor de edad). Normalmente estos servicios son gestionados desde la comunidad autónoma, aunque es evidente que requieren una estrecha conexión con los servicios comunitarios.

La estructura básica de esta red de servicios sociales es el Centro Municipal de Servicios Sociales, como servicio comunitario, que debe desarrollarse de modo descentralizado tratando de prestar atención desde la cercanía máxima a cada ciudadano. De este modo se convierte, como se ha repetido hasta la saciedad, en la «puerta de entrada a los servicios sociales» para cualquier demanda, si bien ésta puede ser evaluada y dirigida a un servicio especializado. Se aprecia bastante bien el paralelismo o la inspiración en el sistema sanitario con sus niveles de atención primaria y especializada.

Es importante en una guía como ésta que todos los ciudadanos sepan que, al igual que les corresponde un médico de cabecera según el lugar de residencia, les corresponde también un profesional del trabajo social por su zona (las llamadas UTS: Unidades de Trabajo Social), que suelen estar distribuidas por el mapa comunitario de forma que los ayuntamientos de cierto tamaño las reparten por los distintos barrios o distritos, de modo similar a los centros de salud de atención primaria. Y también es conveniente saber que no es necesario, por lo dicho hasta aquí, ser sujeto de situaciones de pobreza o indigencia para acudir a estos servicios, sino que, por ejemplo, aquellas familias que se preocupan por las situaciones de riesgo de sus hijos encontrarán en estos servicios la oportunidad de recabar información sobre posibles programas, orientaciones y disponibilidad de recursos sociales para cada situación. Igualmente, otros agentes sociales como maestros, profesores, psicólogos, médicos, pueden tener en su UTS cercana un apoyo muy importante para información o actuaciones en relación con las poblaciones a las que atienden y sus problemáticas sociales. Para ello, los servicios sociales han definido la prestación básica de Información y Orientación desde las UTS como un componente esencial que garantice la igualdad en el acceso a los recursos sociales y la disposición de información cualificada para cualquier ciudadano.

Un dato que puede dar cuenta del enorme desarrollo de la red de servicios sociales es que según los datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales sobre el año 2002, en España existe una red de 3.360 UTS, con una ratio de una para cada 11.000 ciudadanos españoles (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003).

3. DESARROLLO RECIENTE DE LA ATENCIÓN A MENORES EN RIESGO

Hasta el desarrollo del actual sistema de servicios sociales, los menores formaban una de las poblaciones de mayor atención social, ya que

es obvio que se trata de uno de los colectivos de mayor dependencia y necesidad de atención. Ya desde hace muchos siglos la atención a los niños abandonados generó la necesidad de construir grandes instituciones para su recogida y cuidado con nombres muy diversos (casas de expósitos, de misericordia, casas cuna, inclusas, hogares infantiles, etc.). A lo largo del siglo XX estas instituciones continuaron conservando una función muy importante, si bien a medida que avanza el siglo no se trata tanto del abandono infantil como del apoyo a familias donde existen situaciones socioeconómicas difíciles. La Obra de Protección de Menores, las instituciones del Auxilio Social, las Diputaciones y sus casas para huérfanos y niños «carenciales», desarrollaron una extensa red de instituciones de acogida de menores que perduró hasta bien entrados los años ochenta, es decir, hasta hace algo más de diez años.

El menor en riesgo, hasta ese momento, es fundamentalmente el menor que carece de un ambiente familiar capaz de proporcionar una adecuada educación. Este enfoque se dirigía a los niños abandonados, o que sufrían algunas de las formas de maltrato, pero fundamentalmente, como se acaba de señalar, se dirigían a las familias donde la pobreza, o algunos problemas como el alcoholismo o la prostitución, aconsejaban buscar un lugar mejor donde educar a los menores. Así, las instituciones para niños albergaban en España en 1989 a casi 20.000 menores como medida de protección, disponiendo para ello de más de mil instituciones repartidas por toda la geografía (Ministerio de Justicia, 1984; Defensor del Pueblo, 1991).

Hasta ese momento la protección de los menores se dirigía a ofrecerles una institución como forma de vida alternativa a la familia (que se mostraba incapaz o inadecuada), al menos en tanto no se modificaran las circunstancias perniciosas del hogar (lo cual no solía ocurrir con facilidad y daba lugar a una institucionalización que duraba en muchos casos hasta la mayoría de edad).

La aparición del sistema de servicios sociales provocó la supresión de las grandes instituciones y una revolución total de la forma de atención a los menores en desprotección. Desde los cambios legales que definen las situaciones de desamparo y riesgo, al protagonismo del trabajo técnico y la responsabilidad de las administraciones autonómicas y locales, se va construyendo un sistema que incorpora la noción de «familia e infancia» como objetivo de atención. Éste no es un planteamiento meramente semántico, ya que la transición del concepto de «menores» (como sector de atención) al de «familia e infancia» implica que no se puede seguir entendiendo que la protección a los menores o que sus problemas de desprotección son asunto que se resuelve interviniendo ex-

clusivamente con los niños, sino que se trata de un problema de familia. Efectivamente, el desamparo no es algo que acaece por generación espontánea en el niño, sino el efecto de la falta de un adecuado ejercicio educativo por parte de los padres. Luego en la causa, y lo que es más importante en la solución, del problema se debe considerar siempre al grupo familiar como destinatario de las intervenciones, rompiendo así con el modelo de la beneficencia que remediaba la desprotección apartando al niño de la familia y colocándolo en una institución.

Esta conexión entre las prácticas educativas de los padres y la desprotección —o el riesgo— de los menores se vuelve más relevante si se tiene en cuenta que los casos que se encuentran abiertos en España suponen intervenciones que se deben en mayor grado a problemas de negligencia que a malos tratos físicos o abusos de otro tipo. La Tabla 1 muestra la distribución de casos de desprotección con expedientes abiertos en España (Saldaña, Jiménez y Oliva, 1995) y en él se aprecia cómo la mayoría de casos (casi 80%) se deben a negligencia, es decir, la falta de respuesta a las necesidades básicas de los menores, siendo muchos menos los que sufren otras formas más activas de maltrato (físico, abuso sexual, etc.).

El perfil de las familias negligentes tiene que ver frecuentemente con la falta de habilidades para la atención de los niños, derivada de desconocimiento, falta de aprendizaje (padres muy jóvenes, sin experiencia, con discapacidades, etc.) y también como consecuencia del abuso de drogas por parte de esos padres. Todo ello lleva a unas carencias en los cuidados infantiles (cuanto más pequeño es el niño mayor es la vulnerabilidad en la negligencia) que coloca a los hijos en situación de grave riesgo o daño.

Tabla 1
Motivos de intervención en protección, elaborado a partir de Saldaña y cols. (1995)

Motivo de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Negligencia	6.774	79%
Maltrato emocional	3.643	43%
Maltrato físico	2.579	30%
Mendicidad	800	9%
Maltrato prenatal	431	5%
Explotación laboral	361	4%
Corrupción	361	4%
Abuso sexual	359	4%

Que una de las causas relevantes de desprotección sea esta falta de atención por ausencia de conocimientos u obstáculos que impiden la adecuada dedicación y cuidado a los hijos lleva a pensar que los servicios sociales tienen en un buen número de familias la posibilidad de abordar el caso desde una posición de ayuda e intervención para recuperar el funcionamiento educativo de la familia.

Se pueden establecer de este modo algunas conexiones muy importantes entre el riesgo de desprotección o desamparo y el riesgo de conductas delictivas o de abuso de sustancias. Por una parte, existen pocas dudas de que la ausencia del control y la educación adecuada por parte de los padres aumenta la situación de riesgo de los adolescentes, conectando así ambos conceptos con facilidad. Por otro lado, desde la intervención se debe plantear inevitablemente que la prevención del riesgo de drogodependencia o delincuencia debe prevenirse, como una situación característica de riesgo, localizando las familias donde se dan prácticas negligentes, algo que los servicios sociales están en disposición de hacer.

Veamos mediante el Cuadro 1 la distribución de funciones que los diferentes niveles de intervención de los servicios sociales tienen en el ámbito de la protección infantil.



Los servicios sociales municipales o comunitarios que ya hemos descrito antes tienen la responsabilidad de realizar un trabajo de tipo preventivo y primario en la protección infantil. Además se debe hacer cargo de crear una red de detección, que no es misión única de los servicios sociales, sino también de otros sistemas como la educación (el papel de la escuela en la detección fundamental) o el de la sanidad (atención primaria, pediatría, urgencias, etc.). Lo que sí es competencia ineludible de los servicios sociales es la coordinación y el impulso de esta red, en la que no pueden faltar tampoco los ciudadanos.

Una vez que se detecte un posible caso de desprotección corresponde a este nivel comunitario la fase de investigación, o comprobación de si se dan las circunstancias necesarias para iniciar una intervención, y en el caso de que la respuesta sea positiva la evaluación del caso de desprotección. Una vez evaluada la gravedad de la desprotección y las consecuencias para el menor, los servicios sociales comunitarios deben disponer de programas de intervención familiar (está establecido que debe haber un programa de Apoyo a la Convivencia Familiar en los servicios comunitarios) que realizan una primera intervención, siempre que sea posible, con el grupo familiar sin separar al niño de su hogar. Como es lógico, esto requiere que la desprotección no sea tal que esté situando al menor en grave peligro, y que la situación sea controlable con todas las garantías por parte de este programa.

Este tipo de intervenciones, desde la cercanía del entorno comunitario, que intentan recomponer el bienestar familiar y remover los obstáculos que impiden a los padres el ejercicio de sus deberes educativos son esenciales para el sistema. Por un lado, dan debido cumplimiento al principio de la intervención en familia e infancia que establece que el caso es asunto de una familia y no de un niño, así como al de dar prioridad a los esfuerzos que permitan al niño convivir en su propia familia sin separaciones innecesarias. Por otra parte, el modelo de trabajo se enmarca en aspectos como la competencia parental y el enriquecimiento de las habilidades, lejos de un modelo punitivo o de beneficencia que caracterizó las décadas anteriores. Este tipo de intervenciones mantiene el caso de desprotección en un estatus de no judicialización, como un caso de necesidad de apoyo a la familia para poder educar adecuadamente a sus hijos, de modo que la familia puede verse favorecida por un enfoque de apoyo y no de culpabilización, lo cual suele funcionar como uno de los escasos indicadores de probabilidad de éxito de trabajo en protección infantil (Bullock, Little y Millham, 1993).

Nótese que este tipo de programas de atención a la convivencia familiar pueden disponerse gradualmente de modo que lleven a cabo intervenciones preventivas de carácter más o menos general (universales, selectivas o indicadas, como se indicó en el capítulo primero), de tal for-

ma que uno de sus cometidos puede ser la localización de situaciones familiares donde los padres se ven incapaces de controlar el proceso educativo de sus hijos, algo que se encuentra a medio camino entre el riesgo de conductas inadecuadas y el desamparo.

Aunque el lector se pueda extrañar de ello, el adolescente menor de edad que incurre en conductas de desobediencia y se escapa al control de las normas de los padres se encuentra en una situación de desprotección, ya que está privado de recibir los necesarios y debidos cuidados que los padres deben ejercitar. Aunque en este caso los padres no sean culpables de la situación, la ley no entra en cuestiones de causas y, de hecho, nos encontramos ante un menor a la deriva, esto es, en desamparo. Vemos así, una vez más, que la conexión entre el concepto de menor en riesgo de desamparo y de riesgo de delincuencia o drogodependencia tiene zonas de intersección muy perceptibles. De hecho, el sistema de protección de menores está asistiendo a un incremento notable de los casos de adolescentes que requieren intervención protectora a causa de la incapacidad confesada de los padres para poder ejercer su papel educativo. Estos casos están planteando una verdadera crisis del sistema de protección y más aún de una de sus medidas, como es el acogimiento residencial, ya que son alojados en hogares y residencias de protección donde hasta ahora fundamentalmente se alojaban menores con experiencias de negligencia y maltrato, pero no con conductas de desobediencia, agresividad y falta de control de sus impulsos.

Siguiendo con el Cuadro 1, a los servicios especializados les correspondería intervenir cuando el caso de desprotección exige asumir la tutela o guarda de los menores (la guarda es una medida solicitada por los padres para evitar el desamparo de los hijos y obedecería a situaciones de riesgo y no de desamparo). Una vez asumida la guarda o tutela, la Administración deberá poner en marcha una medida de cobertura educativa que fundamentalmente será el acogimiento en un hogar o residencia de protección, un acogimiento familiar con sus múltiples modalidades (en familia ajena, extensa, temporal, permanente, etc.), o si la situación es irreversible y se dan las condiciones legales precisas, la adopción.

Es importante enfatizar el papel de los servicios comunitarios como pieza clave de prevención y detección, pero también como elemento que, de no existir, obliga a intervenciones que implican la separación familiar, ya que el siguiente paso es la tutela y sin equipos capaces de mantener al menor con seguridad en el hogar, la medida más fácil es separarlo y acogerlo en una residencia sin dar lugar a la posibilidad de trabajar con la familia. Donde no existe una fuerte implantación de programas comunitarios de intervención familiar existe poca prevención y detección,

pero, además, cuando se dan casos éstos deben asumirse directamente por los especializados, generando medidas más graves para el niño que podrían, quizás, haberse resuelto sin romper la convivencia familiar.

4. PERFIL ACTUAL DE FAMILIAS, NIÑOS Y JÓVENES EN RIESGO

Las estadísticas sobre los casos de protección infantil en nuestro país suponen una asignatura pendiente que nos tiene en un estado de desconocimiento de la realidad que resulta poco comprensible. Disponemos de datos sobre el total de casos en protección, mediante las estadísticas ministeriales, pero los indicadores son bastante discutibles y poco informativos respecto a los perfiles de los casos, sus características y los procedimientos de las intervenciones.

Lo que sabemos acerca de las familias de los menores proviene de algunas investigaciones cuyos ámbitos son muy limitados. Por ejemplo, en Fernández del Valle, Álvarez-Baz y Fernández (1999), se analiza una muestra de 288 casos que estuvieron acogidos en residencias de menores del Principado de Asturias, y en el apartado de problemáticas familiares presentes aparecen los datos que se pueden consultar en la Tabla 2.

Problemática familiar	Frecuencia	Porcentaje
<i>Conducta violenta</i>	205	75,4
<i>Dificultades económicas</i>	177	65,1
<i>Desorganización doméstica</i>	178	65,4
<i>Drogodependencia</i>	154	56,6
<i>Desempleo</i>	112	41,2
<i>Temporero</i>	86	31,6
<i>Prostitución</i>	81	29,8
<i>Horarios incompatibles</i>	65	23,9
<i>Fallecido alguno o ambos padres</i>	61	22,4
<i>Mendicidad</i>	54	19,9
<i>Prisión</i>	34	12,5
<i>Problemas conducta del menor</i>	29	10,7
<i>Discapacidad física (padres)</i>	26	9,6
<i>Discapacidad psíquica (padres)</i>	24	8,8
<i>Oposición padres a intervención</i>	15	5,5

Aunque el aspecto más frecuente que está presente en las situaciones que desencadenaron la intervención protectora de los menores se encuentra la conducta violenta en el entorno familiar, las dificultades económicas, el desempleo y los aspectos sociales tienen un gran peso. No obstante, queremos llamar la atención sobre la presencia, en más de la mitad de los casos, de drogodependencia en los padres, que en su mayoría se refiere al alcohol. Igualmente, la prostitución, que afecta a casi una tercera parte de los casos, aparece como un problema específico muy relevante, y en menor grado pero muy significativo, un 12% de los padres presenta actividades delictivas. Por otra parte, se debe indicar que la situación de pareja de los padres era de matrimonio solamente en un 17% de los casos, con casi un 40% de separaciones y un buen número de madres solteras y situaciones de viudedad.

La tipología de la desprotección coincide con la ya analizada de una mayoría de negligencia (en nuestro caso del 61% frente al 40% de maltrato físico). Parece que las causas que obstaculizan la educación y el cuidado de los hijos se encuentran en un panorama donde la pobreza, el alcoholismo, la prostitución y la agresividad son destacables. En este tipo de ambiente, no sería temerario decir que la probabilidad de que los menores adquieran en el futuro conductas delictivas o de abuso de sustancias debería ser alta.

Otro grupo amplio de familias en el sistema de protección fue analizado por Fernández del Valle, Álvarez-Baz y Bravo (2002), aunque en este caso se trataba de menores en protección con medida de acogimiento en familia extensa (la inmensa mayoría acogidos por sus abuelos). La muestra se componía de 568 casos de menores y el panorama familiar en este caso resultó muy distinto y, desde luego, más dramático. La presencia de drogodependencia en los padres alcanzaba hasta el 49% de los padres y el 60% de las madres, pero en este caso prácticamente en todos los casos con problemas de consumo de heroína. Más del 40% de los padres y madres presentaban problemas de delincuencia y muchos de ellos habían estado o estaban en prisión. En las madres la prostitución ascendía al 30%, aunque el perfil estaba asociado al consumo de heroína en muchos casos, algo muy diferente de las familias del estudio anterior.

El cuadro resultante de acogimiento en familia extensa con abuelos es mucho más grave que el que hemos analizado sobre casos de acogimiento residencial. Parece que la respuesta a la incapacidad de los padres para educar a los hijos, cuando se da por causas de delincuencia y drogodependencia (en ocasiones por el ingreso en prisión), genera un apoyo familiar de los abuelos que se hacen cargo de los nietos, a veces, como demostró nuestro estudio, en condiciones precarias y con escasos apoyos de la Administración.

En cualquier caso, este perfil familiar parece indicar que los menores en protección, en un buen número de casos, han estado expuestos a modelos que presentan las conductas de riesgo de las que esta guía trata y que, por tanto, la conexión entre riesgo de desprotección y riesgo de conductas delictivas o de drogodependencia es muy estrecha.

Si realizamos un perfil de los menores acogidos en residencias de protección podríamos ver hasta qué punto las características de este grupo han ido variando en los últimos años. En la década de los ochenta la mayor parte, como ya se ha dicho, presentaban problemas sociofamiliares relacionados con las situaciones de pobreza y marginación. Sin embargo, los datos de estos últimos años apuntan a un incremento notable de la población adolescente, con el paralelo aumento de problemas de conducta (Fernández del Valle y Fuertes, 2000).

Como ejemplo, en un reciente trabajo se ha podido analizar minuciosamente el tipo de problemas que presentaba una muestra de menores acogidos en residencias (Fernández del Valle y Bravo, 2003) mediante cuestionario a los educadores. Los datos se presentan en el Gráfico 1 y en él se puede ver la distribución de porcentajes de casos en los que se presenta alguno de los problemas de conducta o diagnósticos, cuando existen, de trastornos clínicos.

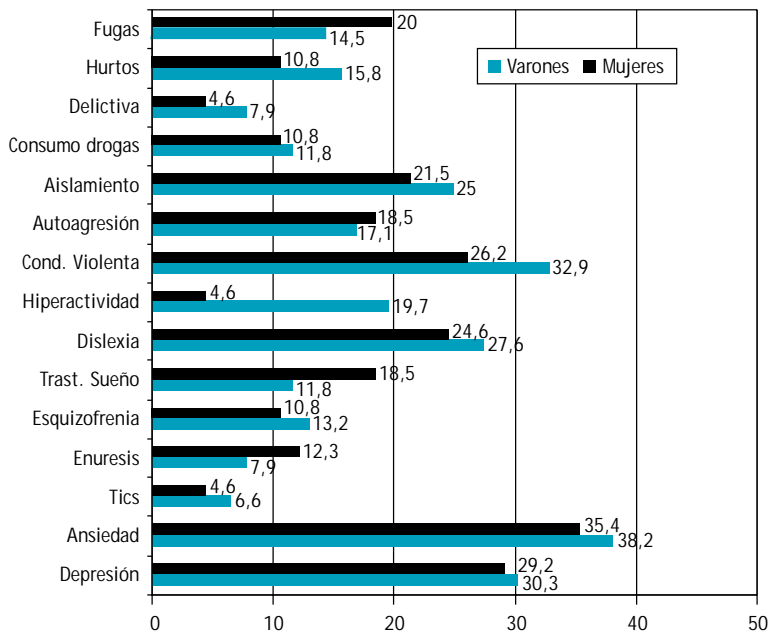


Gráfico 1. Problemas y trastornos de conducta en una muestra de niños y jóvenes en acogimiento residencial (Fernández del Valle y Bravo, 2003)

Destaca claramente la presencia de trastornos asociados con ansiedad, que afectan a cerca del 40% de los menores, aunque también los trastornos depresivos aparecen en un 30%. Si se observan los problemas de conducta relacionados con el riesgo de actividad delictiva o abuso de sustancias se aprecia que la conducta violenta (la presencia de episodios de este tipo en la convivencia de los hogares y residencias) afecta a un 33% de chicos y a un 26% de chicas; las conductas de fuga se dan en un 20% de chicas y un 14% de chicos; ligeramente menor se presenta la conducta de hurtos y en grado aún menor aparecen los porcentajes de los que ya tienen calificación de delito en sus actos (8% de varones y cerca del 5% de chicas); el consumo de drogas afecta igualmente a más del 10%. Finalmente, señalaremos que no se debe pasar por alto la presencia de más de un 10% de casos que presentan diagnóstico de esquizofrenia.

Así pues, la variedad de problemas clínicos, conductuales e incluso de riesgo de grave desviación social, están presentes en unas cifras muy elevadas. Es fácil imaginar la enorme tarea a la que se enfrentan los educadores que realizan su trabajo en hogares de protección cuando en los mismos grupos de convivencia se pueden presentar tan heterogéneas necesidades individuales. El grado de conflictividad y violencia en las residencias de protección es, sin lugar a dudas, uno de los mayores problemas que el sistema de protección infantil tiene en la actualidad. Pero es importante subrayar que frente al conflicto derivado de problemas de conducta agresiva, se encuentra un amplio conjunto de menores con trastornos que no implican agresividad ni problemas de convivencia y, sin embargo, requieren atención y seguimientos muy estrechos, así como tratamiento terapéutico frecuente. Les hemos preguntado a los educadores por la relación que existe entre los problemas de los menores y las tareas que deben desempeñar en los hogares y uno de los datos importantes que cabe traer a colación es que la tarea de acompañar a los menores a psicoterapia o consultas psicológicas ha sido necesaria en la mitad de los niños y que en un 19% de los casos el acompañamiento al terapeuta implica una de las tareas de alta carga de trabajo.

Queremos subrayar, por tanto, que el colectivo de menores atendidos en hogares y residencias de protección, especialmente los adolescentes (que ya son más de la mitad, al menos en las comunidades de las que tenemos datos), presenta una tasa de problemas conductuales y de riesgo que requieren una atención más intensa y más específica. De otro modo, si esta atención no se cubre adecuadamente, nos encontraremos con lo que he llamado el «efecto de tobogán». Se trata del proceso que nos estamos encontrando cuando llegan adolescentes con serios problemas de conducta a los hogares de protección ocasionando serios pro-

blemas de convivencia, agresiones, intimidaciones a educadores y otros menores, fugas, ausencia de compromiso para realizar un trabajo educativo, etc. En muchos de estos casos el resultado es que los hogares de protección no cuentan con una respuesta adecuada a estos adolescentes, ya que sus estructuras se habían estado preparando para generar hogares de convivencia similares a un contexto familiar, con niños y niñas de edades y perfiles muy diversos. Ante esta realidad es muy fácil que el adolescente incurra en conductas de mayor descontrol, agresiones y violencia que ocasionen su paso a la intervención del Juzgado de Menores, realizando así el sistema de protección una función de arrojar a estos adolescentes hacia el sistema penal juvenil sin haber podido ejercer una función educativa.

Es muy importante enfatizar que el sistema de protección, ante estos nuevos perfiles, debe generar programas residenciales capaces de tener algo que ofrecer a estos adolescentes, ya que puede ser su última oportunidad antes de que pasen al sistema penal, un sistema en el que puede ser mucho más difícil conseguir resultados. Pero, en cualquier caso, creo que queda patente la estrecha relación entre la protección y los problemas de los adolescentes desprotegidos y las conductas de riesgo cuyo futuro puede ser la acción penal.

5. PROGRAMAS COMUNITARIOS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS EN RIESGO

Si, como hemos visto, en las familias donde se produce desamparo de los menores ya existen situaciones de drogodependencia (donde el alcoholismo sigue presentando unas cifras elevadas) y de conductas violentas, y en los menores que debemos atender en acogimiento residencial se dan unos indicadores o tasas de problemas de conducta y de trastornos clínicos muy elevado, podemos concluir que este tipo de familias supondría un grupo diana para realizar detección temprana y trabajar preventivamente. Desgraciadamente, el hecho de que estén aumentando los casos de adolescentes que llegan al sistema de protección parece indicar que cada vez existen más problemas para detectar las situaciones durante las edades de la infancia y sólo cuando el menor comienza a presentar conductas más graves se interviene.

Como ya se ha dicho anteriormente, desde los servicios sociales comunitarios se ha establecido la necesidad de la prestación básica de *apoyo a la convivencia familiar*, que se debe operativizar en programas de intervención capaces de dar respuesta a los problemas relacionados con

la convivencia familiar y, de modo especial, en las relaciones padres-hijos que puedan desencadenar el desamparo.

Estos programas obedecen no solo al compromiso de desarrollar los servicios sociales comunitarios con un conjunto de prestaciones básicas consensuadas¹, entre las que se incluyen estos programas de intervención familiar, sino también al mandato legal contenido en la Ley de Protección Jurídica del Menor, en cuanto a dar prioridad a las intervenciones que se puedan desarrollar en el ámbito de la familia cuando se pueda evitar la separación del niño de sus padres. En el actual sistema de protección infantil se establece que las familias donde existe riesgo o desamparo deben ser objeto de intervención para evitar o superar esas situaciones, entendiendo que el objetivo es la recuperación del bienestar familiar y no sólo la interrupción de los episodios de maltrato.

Los programas de intervención familiar, de amplia implantación en los servicios sociales comunitarios de nuestro país, suelen llevarse a cabo por un equipo interdisciplinar compuesto por psicólogos, trabajadores sociales y educadores sociales. A ellos correspondería el abordaje de aquellos casos donde se sospecha que existe un problema de riesgo o de desamparo de los menores, así como la posterior intervención familiar cuando es posible, o la solicitud de medidas de separación del niño del hogar cuando sus intereses lo aconsejen.

Estos programas parten de una serie de hipótesis que podríamos resumir como sigue:

- 1) Las situaciones de riesgo para la infancia se originan con frecuencia en situaciones de falta de cobertura de las necesidades básicas (empleo, economía, vivienda, alimentos). Es el primer objetivo lograr que la familia cubra estas necesidades, movilizándolo para ello los recursos necesarios, reconociendo así el hecho de que tras situaciones de negligencia puede encontrarse una situación de falta de recursos de la familia.
- 2) Las situaciones de riesgo para la infancia se producen con gran frecuencia debido a la falta de habilidades de los padres para organizar el contexto familiar y muy especialmente para ejercer de educadores, bien como modelos, bien desarrollando pautas de control

¹ Esto se ha logrado merced al Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales que, desde 1989, promueve acuerdos entre el Ministerio competente en Asuntos Sociales y las administraciones locales, a las que se les financia una parte del coste de los servicios sociales al asumir este modelo de prestaciones básicas.

y supervisión, o pautas de interacción afectivas en la medida de las necesidades del desarrollo de los hijos. Estas habilidades son susceptibles de aprendizaje y, por tanto, la intervención educativa debe ser un componente esencial de la acción protectora.

- 3) La capacidad de ejercer deberes parentales está también en función de la integración en redes de apoyo familiar, vecinal y social de los padres, por lo que las intervenciones familiares no se enfocan sólo al plano del aprendizaje en el ámbito doméstico, sino a la conexión con el apoyo social formal e informal que ofrece el entorno y las redes de la familia.
- 4) Las habilidades básicas más importantes a desarrollar, cuyo déficit es constatable en los estudios sobre situaciones familiares en casos de desprotección, y que deben convertirse en objetivos de aprendizaje con la adecuada programación serían:
 - Pautas de organización doméstica.
 - Pautas de cuidado y supervisión a los hijos.
 - Pautas de interacción familiar estable.
 - Desarrollo y uso de las redes sociales de apoyo.
 - Utilización de la red de servicios comunitarios.
 - Habilidades de autocontrol ante situaciones estresantes durante el cuidado del niño.
 - Adecuada planificación familiar.
- 5) Además de la intervención de corte social y educativo se deben desarrollar acciones complementarias de tipo terapéutico, teniendo en cuenta los perfiles de los padres, donde es frecuente encontrar trastornos de conducta.

Las intervenciones familiares en el ámbito de la protección infantil se están planteando cada vez más como una necesidad ante cualquier caso, independientemente de su tipología, de modo que siempre se deba intentar y sólo cuando se muestre ineficaz o sea rechazado por la familia se debe proceder a otro tipo de actuaciones protectoras. Como se ha mencionado anteriormente, estas intervenciones son vistas como un modo de respetar los derechos de los niños y adolescentes a que se ofrezca apoyo a sus padres, y a que se considere, en los casos donde hubo separación, el retorno a su familia de origen como una hipótesis prioritaria (Arruabarrena, 2001).

Atendiendo a estos planteamientos, los programas de intervención familiar tienen los siguientes objetivos generales (Pooley y Little, 1986):

- Reforzar la capacidad de la familia para hacer frente de manera satisfactoria a las diferentes fases de su ciclo vital.
- Mejorar la calidad de las relaciones familiares, incluyendo la relación conyugal, paterno-filial y fraternal.
- Mejorar la calidad de las relaciones de la familia con el entorno y reforzar los sistemas de apoyo social.
- Minimizar los factores de estrés que pueden influir negativamente en la familia y reforzar su capacidad para enfrentarse de manera eficaz a los problemas.

Aunque los programas de intervención familiar han partido de su función de abordaje de situaciones de riesgo o desamparo, cabe pensar que sería enormemente rentable aplicar programas similares pero desde un enfoque preventivo. Algunos programas denominados *escuelas de padres* pueden ponerse en marcha desde los servicios sociales o coordinados con las asociaciones de padres de alumnos en contextos escolares, para tratar de trabajar habilidades parentales. Pero no es menos importante aprovechar la oportunidad que brinda el conocimiento de cada barrio por parte de las UTS ya mencionadas, de modo que éstas pueden detectar familias con indicadores de riesgo, aunque sean muy leves, con los que se pueda trabajar de modo preventivo las habilidades parentales educativas, incluso por grupos, dependiendo de que sean bebés, adolescentes, niños con necesidades especiales, etc.

Es importante destacar que los servicios sociales, además de su misión de intervención en los casos donde existen necesidades sociales al descubierto, han asumido el papel de coordinación de actuaciones en estos temas y, por tanto, en el caso de la protección infantil, la coordinación de actuaciones con el sistema de enseñanza o con el sistema sanitario, por poner dos ejemplos, son esenciales. En concreto, la plataforma de actuaciones que supone la escuela no debería desaprovecharse para llevar a cabo este tipo de iniciativas preventivas, donde además, en el caso de los problemas de los padres con la educación de los adolescentes, nos encontramos con una población muy motivada para acudir a este tipo de programas.

También se debe señalar que la forma en la que los ayuntamientos han ido implementando este tipo de programas de intervención familiar ha sido muy desigual, y esto en varios sentidos. Por una parte, porque ha habido corporaciones locales que han apostado con fuerza por estos programas y han querido asumir el protagonismo debido en el ámbito de la protección infantil y el apoyo a las familias; pero ha habido otros que han avanzado en el tema entre grandes titubeos, impulsando e interrumpiendo sus programas según los momentos, con el resultado de que

en algunos ayuntamientos importantes no existe tal intervención. Por otro lado, desigualdad en cuanto al modelo que se ha asumido sobre lo que es un programa de intervención familiar, un tema que nos apartaría mucho del objetivo de este capítulo, pero que hace que la realidad de las intervenciones sociales entre planteamientos predominantemente educativos o más bien terapéuticos, y dentro de ellos con múltiples enfoques (sistémicos, conductuales, cognitivos, etc.). La consecuencia es que, si bien existe consenso sobre la necesidad de realizar programas de apoyo a las familias, no se ha llegado a constituir en estos años un modelo más o menos compartido de intervención.

6. OTROS PROGRAMAS COMUNITARIOS DIRIGIDOS A MENORES EN RIESGO

Desde los servicios sociales comunitarios existen otros programas que se dirigen a los menores en riesgo y que se suelen incluir en la prestación básica denominada *prevención de la marginación e inserción social*, de obligada implantación también en los centros municipales de servicios sociales. Bajo esta denominación se organizan programas tanto de carácter preventivo como de reinserción, por lo que es esencial para algunos problemas donde existen obstáculos para la reintegración de las personas que han pasado por rehabilitación o tratamiento de distintos tipos (drogodependencias, prisión, salud mental, etc.).

A modo de ejemplo, uno de los programas que en los últimos años ha ido creciendo al amparo de esta prestación básica es el de intervención ante el absentismo escolar, como problema que suele estar muy vinculado a los menores en riesgo y en el que se ha demostrado que el perfil de las familias donde se produce absentismo escolar continuado sin justificación coincide con las familias objeto de intervención protectora (Fernández del Valle, 1991). Existe en la actualidad un crecimiento notable de programas de actuación ante el absentismo escolar en los servicios sociales municipales, cuyo objetivo es tanto la detección de situaciones de riesgo, como la intervención con estas familias.

Otro tipo de programas que se ubican en esta prestación básica tienen que ver con la detección de jóvenes que han acabado la escolaridad obligatoria y que no se han incorporado al mercado laboral ni han seguido estudios, con lo que su situación puede resultar de riesgo. Un programa pionero de este tipo fue el realizado por los ayuntamientos de Parla y Fuenlabrada (López-Cabanas y Gallego, 1989), donde se localizó a jóvenes en estas circunstancias para desarrollar un trabajo indivi-

dual de evaluación de sus necesidades y una orientación de estudios o laboral para incorporarles a uno de los dos ámbitos.

Como se puede apreciar, y como ya hemos insistido anteriormente, el contexto escolar es un recurso inexcusable para la coordinación de actuaciones con menores en riesgo y en este asunto los servicios sociales deben liderar y coordinar actuaciones, como responsables que son de la garantía de los derechos y de la protección de los menores de edad.

7. EL TRABAJO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

Aunque se acaba de enfatizar el papel de los servicios sociales comunitarios en la protección de los menores de edad, en muchas ocasiones no quedará más remedio que separar a los niños de sus familias con el fin de garantizar su seguridad y proteger sus derechos. En esos casos ya se ha comentado que las soluciones pasan por un acogimiento con otra familia (parientes o no) o el acogimiento en un hogar o residencia de protección. Aunque el acogimiento en familias ha recibido un fuerte impulso, en nuestro país esta medida sólo ha crecido espectacularmente en lo que se refiere al acogimiento con abuelos u otros familiares, pero muy poco en lo que se refiere a familias captadas como voluntarias mediante programas específicos. El Gráfico 2 muestra la distribución de los menores en distintos tipos de acogimiento con datos del año 2002 (Fernández del Valle y Bravo, 2004).

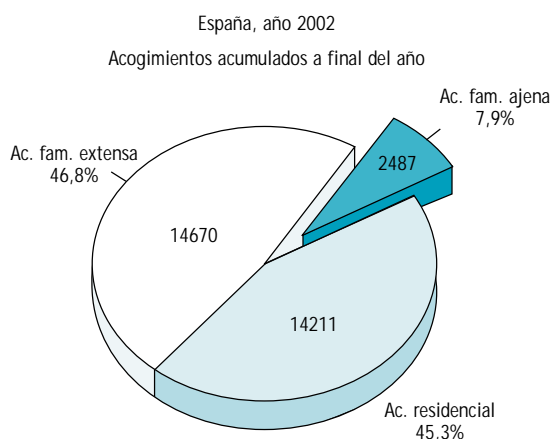


Gráfico 2. Situación del acogimiento familiar y residencial en España (Fernández del Valle y Bravo, 2004)

Como se puede apreciar, el acogimiento residencial sigue siendo la medida, junto con el acogimiento con familiares (más del 80% son abuelos), que atiende a los menores que deben ser separados de sus padres. De ahí que los hogares y residencias de protección se conviertan en un entorno donde se debe llevar a cabo un trabajo de vital importancia que trate de cubrir las necesidades de estos menores, necesidades que, atendiendo a su situación particular, pueden dividirse en varios tipos (Fernández del Valle y Fuertes, 2000):

- Necesidades comunes a todos los niños. Los niños y adolescentes que están en régimen de acogimiento residencial deben ser atendidos de tal forma que vean cubiertas todas las necesidades comunes a los niños en función de su edad.
- Necesidades derivadas de la situación de desprotección que provocan la actuación de la Administración. La mayor parte de los niños acogidos han sufrido algún tipo de maltrato en sus diversas manifestaciones que han podido afectar en mayor o menor grado a su desarrollo físico, cognitivo, emocional y/o social. Por lo tanto, la residencia debe abordar también este tipo de necesidades.
- Necesidades relacionadas con la separación del niño de su familia. Esta separación conlleva necesariamente la necesidad de abordar la problemática de ella derivada y que conforma un grupo de necesidades claramente definidas. Además de esta separación no es infrecuente que algunos niños, una vez que han conseguido una adaptación a la vida residencial, sufran otras separaciones cuando tienen que marcharse del lugar donde están acogidos para ir a otro acogimiento, ya sea familiar o residencial.
- Un cuarto grupo de necesidades específicas del niño separado de su familia son aquellas que se producen en función del plan individual previsto para ese niño con el fin de darle estabilidad, seguridad y permanencia, que son las características que definen un contexto adecuado para el desarrollo del niño y que en ningún caso puede cumplir un recurso residencial. Estos destinos pueden ser bien su propia familia (padres u otros familiares), otra familia diferente (mediante la adopción, el acogimiento permanente o la tutela ordinaria) o la vida independiente una vez que abandone el sistema de protección por haber alcanzado la mayoría de edad o la emancipación.

Para cada una de las necesidades cabe pensar en diversas intervenciones, pero algunas han ido abordándose con programas específicos,

debido a que se trata de necesidades ampliamente compartidas por los niños y jóvenes atendidos. Algunos ejemplos de estos programas que podrían desarrollarse con grupos de adolescentes en otros contextos también son los siguientes (Fuertes y Fernández del Valle, 2001):

- A. Entrenamiento en «Solución de problemas».** Existe una serie de habilidades cognitivas que se ha comprobado que están escasamente presentes en grupos con problemas de adaptación social, tanto por excesos como por déficit conductuales. Se trata de trabajar algunos procesos básicos como el pensamiento alternativo, pensamiento consecuente, pensamiento causal, sensibilidad interpersonal, pensamiento medios-fines, toma de perspectiva, etc. Un ejemplo de este ámbito es el programa «New Haven of Social Development Program» (Weissberg, Caplan y Sivo, 1990). Está diseñado para el desarrollo de habilidades de solución de problemas para estudiantes entre 11 y 15 años, y es el producto de quince años de trabajo y experimentación.
- B. Entrenamiento en «Habilidades interpersonales».** Existen excelentes manuales traducidos al castellano para el desarrollo de las habilidades sociales (Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989; Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987). Sin embargo, existe ya experiencia de trabajo en acogimiento residencial con un programa español que ha sido adecuadamente validado. Se trata del «Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS)» (Monjas, 1993). Se trata, como indica su autora, de un programa para intervenir tanto con niños que no presentan ningún problema como con aquellos que tienen dificultades de ajuste social o están en riesgo. En cuanto al nivel educativo, es inicialmente para alumnos de educación infantil y primaria, aunque con algunas adaptaciones puede ser utilizado con estudiantes de secundaria. También puede ser utilizado para intervención sobre alumnos que presenten dificultades específicas, como pueden ser aislamiento, rechazo, agresividad y dificultades para iniciar interacciones. Está pensado para ser aplicado en las aulas de los colegios y tiene una parte diseñada para los padres, por lo que se adapta muy bien a diferentes contextos de intervención.
- C. Comportamiento prosocial-altruista y cooperativo.** Existe un reciente programa (López y cols., 1994) que se centra en las habilidades que están en la base del comportamiento prosocial y cooperativo, aspecto que ya hemos visto como deficitario en los niños que han sufrido maltrato. Estas habilidades son: a) toma de pers-

pectiva; b) empatía; c) imagen positiva del ser humano; y d) cooperación. El programa está dividido en cuatro unidades didácticas. Cada una de estas unidades es desarrollada en un número de sesiones (3 o 4), constando el programa total de 13 sesiones.

- D. Entrenamiento en razonamiento moral.** El entrenamiento en razonamiento moral se basa fundamentalmente en la discusión de grupo de dilemas morales. En estos grupos se dan las siguientes circunstancias: a) oportunidades de ponerse en el lugar de otro a través de interacción social recíproca; b) estar expuesto a niveles de razonamiento más elevados que el propio; c) existencia de conflicto cognitivo en relación a los dilemas morales (Edelman y Goldstein, 1981). Se ha asociado frecuentemente el déficit de desarrollo moral con las conductas delictivas y desviadas.
- E. Entrenamiento en autocontrol.** Uno de los trabajos pioneros en la intervención con personas con graves problemas de control de la propia ira, utilizando autoinstrucciones, ha sido el de Novaco (1975). En su propuesta de programa, parte de que la ira está fomentada, mantenida e influenciada por las autoafirmaciones que el sujeto se hace en el momento de las provocaciones, las cuales elevan su nivel de tensión, provocando una respuesta violenta. Su modelo de entrenamiento consta de tres fases:
- «*Preparación cognitiva*»: los sujetos son informados sobre la relación existente entre sus pensamientos, sus emociones y su comportamiento, y en especial sobre los antecedentes de su comportamiento violento.
 - «*Adquisición de habilidades*»: consiste en entrenar en habilidades de afrontamiento ante la provocación, especialmente a través de las instrucciones.
 - «*Aplicación del entrenamiento*»: se entrena a los participantes en la utilización de las habilidades aprendidas a través de actividades de juego de roles y práctica en imaginación.

Son sólo algunos de los ejemplos de programas que inciden sobre necesidades características de los grupos de niños y adolescentes con los que trabajamos en acogimiento residencial, pero no cabe duda de que algunos de ellos podrían trabajarse de modo preventivo desde el ámbito escolar y comunitario con grupos de riesgo. En muchos casos suponen una superación del déficit producido por un entorno educativo poco estimulante o inadecuado que no ha alcanzado los efectos de una socialización competente.

8. CONCLUSIONES

En este capítulo se ha intentado dar a conocer la estructura y las funciones del sistema de servicios sociales, dado que, por lo general, este conocimiento no está muy extendido, y ello a pesar de que para muchos profesionales de la educación, la sanidad, o para muchos ciudadanos en general debería resultar un recurso cercano como medio de coordinar actuaciones o dar a conocer situaciones de necesidad de otras personas.

Se ha tratado de exponer la diferencia que existe en el uso de la terminología de «menor en riesgo» según se trate de la probabilidad de que se desarrollen conductas de abuso de sustancias, delincuencia y violencia, o de la probabilidad de que un menor de edad quede desprotegido, esto es, privado del derecho a recibir educación y protección por parte de sus padres o tutores legales. En los servicios sociales del sector de atención de familia e infancia esta segunda acepción es muy habitual, indicando la necesidad de intervenir desde los programas de apoyo a la convivencia familiar, responsables de detectar, evaluar e intervenir en situaciones de riesgo de desamparo o desamparo efectivo.

No obstante, se ha querido poner de manifiesto que, en realidad, atendiendo al perfil de las familias y de los niños y adolescentes protegidos, ambos conceptos de riesgo engloban un buen número de situaciones comunes. Las familias y los niños y adolescentes con los que trabaja el sistema de protección presentan al mismo tiempo problemáticas relacionadas con el abuso de sustancias, la violencia, delincuencia y la exclusión social. En concreto, una vez comprobado que la negligencia es una de las formas más frecuentes de desprotección, y que se caracteriza por una inadecuada respuesta a las necesidades físicas y emocionales de los niños, entre las que cabe destacar la necesaria atención y educación en normas y control de la conducta de los menores, es fácil concluir que estas situaciones pueden ser importantes factores de riesgo para posteriores comportamientos de los jóvenes relacionados también con delincuencia o drogodependencia.

Así pues, existe un planteamiento que subyace a este capítulo, en el sentido de que las acciones o programas desarrollados con los menores en riesgo de desprotección pueden constituirse fácilmente en programas de prevención de conductas desviadas que, de no ser trabajadas en etapas tempranas, pueden ofrecer mucha más resistencia a los tratamientos.

Se ha subrayado la necesidad de seguir impulsando el trabajo de los servicios comunitarios, especialmente de los programas de intervención familiar, donde es posible trabajar las habilidades parentales de educación de los hijos, una de las claves para evitar efectos de una educación

negligente o equivocada. Pero también se ha tratado de hacer ver la importancia de otros programas que inciden en los temas centrales de esta guía y que son de responsabilidad de los servicios sociales municipales, como es el importante tema del absentismo escolar, un indicador de detección crucial tanto para el desamparo como para el riesgo de conductas desviadas.

También se ha destacado el papel de los servicios sociales como coordinador de actuaciones del resto de los sistemas de protección (sanidad, educación, etc.) y de la propia comunidad ante problemas complejos como los que esta guía trata. Ante la envergadura y la diversidad de factores que operan en este tipo de problemas sociales relacionados con menores en riesgo, difícilmente un sistema o servicio, sean de salud mental, juzgados, policía, escuela, hospitales, etc., va a poder ser efectivo sin un trabajo bien coordinado. Dado el carácter más general y más comprensivo de los servicios sociales, se ha definido como uno de sus roles esenciales la coordinación del resto de los recursos ante los problemas sociales.

También se han presentado algunos ejemplos del tipo de programas y de la actualidad del trabajo que se lleva a cabo con menores que están acogidos en residencias u hogares de protección. Es importante destacar el gran cambio que se ha operado en estos servicios residenciales desde las grandes instituciones cerradas de los años setenta donde el niño permanecía casi toda su vida, hasta los programas presentes donde se atiende a pequeños grupos, con personal educador especializado y movilizándolo recursos terapéuticos y de apoyo de todo tipo. Dentro de estos recursos hemos revisado la implantación de programas específicos para atender ciertas carencias muy características de esta población adolescente. Estos programas parecen adecuados para su implantación a nivel preventivo en el trabajo comunitario y desde los centros escolares.

Finalmente, me atrevería a proponer que los servicios sociales, como sistema que cuenta poco más de quince años de desarrollo, tiene un gran papel que desarrollar en el bienestar de toda la comunidad. Sin embargo, que su desarrollo sea más rápido y eficaz va a depender de la propia demanda de los ciudadanos y de los profesionales que, mediante el conocimiento de los recursos que proporciona, exijan a sus responsables políticos mayores prestaciones y mayor implicación en las políticas de bienestar social. Probablemente muchos padres angustiados por la falta de recursos para hacer frente a los problemas de sus hijos adolescentes que empiezan a manifestar grave desobediencia y falta de control, o conductas de abuso de sustancias o comportamientos violentos, no sepan que existe una prestación básica de los servicios sociales destinada a atender estas situaciones (la denominada *apoyo a la convivencia fami-*

liar) y que en su centro municipal de servicios sociales deberá encontrar adecuada respuesta y ayuda. El conocimiento de los recursos sociales, como es sabido, es un aspecto clave para la igualdad de oportunidades y para el desarrollo del bienestar social, pero también para que los ciudadanos sepan exigir sus derechos en la atención a las necesidades sociales. El crecimiento de los problemas relacionados con la adolescencia en riesgo no puede permanecer como una cuestión doméstica de aumento de angustia para los familiares que no saben dónde acudir. Los servicios sociales ya tienen los fundamentos puestos; ahora es necesario que los ciudadanos demanden programas de mayor cobertura y adaptados a las necesidades de cada territorio.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arruabarrena, I. (2001). Evaluación y tratamiento familiar. En J. de Paúl e I. Arruabarrena (Eds.), *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson.
- Bullock, R., Little, M. y Millham, S. (1993). *Going home: the return of children separated from their families*. Londres: Dartmouth.
- Defensor del Pueblo (1991). *Estudio sobre la situación del Menor en centros asistenciales y de internamiento y Recomendaciones sobre el Ejercicio de las Funciones Protectora y Reformadora*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo.
- Edelman, E.M. y Goldstein, A.P. (1981). Moral education. En P. Goldstein, E.G. Carr, W.S. Davidson y P. Wehr (Eds.), *In response to aggression* (pp. 8-35). New York: Pergamon.
- Fernández del Valle, J. y Bravo, A. (2003). Análisis de tareas de los educadores en hogares de protección a la infancia. *Encuentros en psicología social*, 1, 296-300.
- Fernández del Valle, J. (1991). *El absentismo escolar en el municipio de Oviedo. Un estudio desde la perspectiva de los servicios sociales*. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- Fernández del Valle, J. y Bravo, A. (2004). *Situación del acogimiento familiar en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Informe de investigación no publicado.
- Fernández del Valle, J. y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Fernández del Valle, J., Álvarez-Baz, E. y Fernández, A. (1999). *Y después... ¿qué? Estudio y seguimiento de casos que fueron acogidos en residencias de protección de menores en el Principado de Asturias*. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.
- Fernández del Valle, J., Álvarez-Baz, E. y Bravo, A. (2002). Acogimiento en familia extensa. Perfil descriptivo y evaluación de necesidades en una muestra del Principado de Asturias. *Bienestar y Protección Infantil*, I, 1, 34-56.

- Fuertes, J. y Fernández del Valle, J. (2001). Acogimiento residencial. En En J. de Paúl e I. Arruabarrena (Eds.), *Manual de protección infantil*. Barcelona: Massons.
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J. y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- López, F., Apodaca, P., Eceiza, A., Etxebarria, I., Fuentes, M.J. y Ortiz, M.J. (1994). *Conducta altruista*. Estella: VD.
- López-Cabanas, M. y Chacón, F. (1997). *Intervención psicosocial en los servicios sociales*. Madrid: Síntesis.
- López-Cabanas, M. y Gallego, A. (1989). Programa de prevención de la inadaptación social infantil y juvenil: una experiencia de intervención comunitaria. En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez (Eds.), *Psicología comunitaria*. Madrid: Visor.
- Michelson, L., Sugai, D.P., Wood, R.P. y Kazdin, A.E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ministerio de Justicia (1984). *La Obra de Protección de Menores*. Departamento de Publicaciones del Consejo Superior de Protección de Menores. Madrid.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2003). *El sistema público de servicios sociales*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Monjas, M.I. (1993). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar*. Valladolid: M. I. Monjas.
- Novaco, R.W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: D. C. Heath.
- Pooley, L.E. y Little, J.H (1986). *Family resource program builder. Blueprints for designing and operating programs for parents*. Chicago: Family Resource Coalition.
- Saldaña, D., Jiménez, J. y Oliva, A. (1995). El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 59-68.
- Weissberg, R.P., Caplan, M.Z. y Sivo, P.J. (1990). A new conceptual framework for establishing school-based social competence promotion programs. En L.A. Bond y B.E. Compas (Eds.), *Primary prevention and promotion in the schools* (pp. 255-298). London: Sage.

CAPÍTULO 6

Detección e intervención temprana en salud mental infantil y juvenil

José Pedro Espada Sánchez¹

Mireia Orgilés Amorós²

Francisco Javier Méndez Carrillo²

¹ *Universidad Miguel Hernández, de Elche*

² *Universidad de Murcia*

▣ Índice del capítulo

1. Detección temprana en salud mental infanto-juvenil
2. Intervención psicológica en trastornos exteriorizados
 - 2.1. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*
 - 2.1.1. Protocolo terapéutico: manejo de contingencias
 - 2.2. *Trastornos negativista desafiante y disocial*
 - 2.2.1. Protocolo terapéutico: ayudando al niño desobediente
3. Intervención psicológica en trastornos interiorizados
 - 3.1. *Fobia específica*
 - 3.1.1. Protocolo terapéutico: terapia de juego
 - 3.2. *Trastornos de ansiedad generalizada y de ansiedad por separación*
 - 3.2.1. Protocolo terapéutico: el gato que se las arregla
 - 3.3. *Trastornos depresivo mayor y distímico*
 - 3.3.1. Protocolo terapéutico: programa emoción-acción-cognición
4. Referencias bibliográficas

1. DETECCIÓN TEMPRANA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Uno de cada cinco niños y adolescentes presenta un trastorno mental (Wicks-Nelson e Israel, 1997). En las últimas décadas se aprecia una tendencia a aumentar la prevalencia de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia (Achenbach y Howell, 1993). Por otro lado, se constata que el 80% de los niños y adolescentes que necesitan tratamiento psicológico no lo reciben (Tuma, 1989), sobre todo los casos más graves (Costello, Burns, Angold y Leaf, 1983).

Achenbach (1993) propone clasificar los comportamientos problemáticos infantiles de acuerdo a la dimensión *exteriorizados-interiorizados*, definidos como problemas de infracontrol (hiperactividad, desobediencia, agresividad) o de sobrecontrol (miedo, ansiedad, depresión). Los niños informan de más problemas interiorizados, mientras que los padres se quejan más de problemas exteriorizados de sus hijos (Kashani, Orvaschel, Rosenberg y Reid, 1989).

Los problemas exteriorizados son más comunes, destacando la elevada frecuencia del comportamiento desobediente y rebelde, que es el motivo de consulta más habitual en la infancia y adolescencia, a excepción de la problemática relacionada con el fracaso escolar. En líneas generales se puede afirmar que los problemas exteriorizados, especialmente la hiperactividad, «son» masculinos, y los problemas interiorizados, sobre todo las fobias específicas y la depresión adolescente, femeninos.

El objetivo de este capítulo es informar sobre los tratamientos psicológicos que han probado ser eficaces para problemas exteriorizados e interiorizados de niños y adolescentes, y describir un protocolo terapéutico para cada uno de los trastornos que resulte de utilidad para los profesionales que trabajan en los Servicios de Salud Mental Infantil y Juvenil.

La mayoría de los trastornos que se revisan en este capítulo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial, las fobias específicas y el trastorno de ansiedad por separación, se inician en la infancia. Únicamente el trastorno disocial tipo adolescente, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno

depresivo mayor son más prevalentes después de la pubertad. Es importante la detección y la intervención temprana con el fin de que comportamientos exteriorizados, como la desobediencia o la agresividad, e interiorizados, como la ansiedad o la tristeza, presentes en el desarrollo infantil, no evolucionen hacia trastornos que produzcan un deterioro clínicamente significativo en el área personal, familiar, escolar y/o social. Por esta razón, los protocolos terapéuticos que se presentan en este capítulo se pueden aplicar tempranamente en educación infantil (3-5 años) y edades posteriores.

2. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRASTORNOS EXTERIORIZADOS

2.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Puesto que se dispone de numerosos estudios de comparación de grupos y diseños de caso único con este trastorno, es prolijo enumerar todas las investigaciones. Las intervenciones conductuales, basadas en el manejo de contingencias en el hogar y en el aula, son tratamientos psicológicos bien establecidos (Pelham, Wheeler y Chronis, 1998). Hay cierta evidencia a favor de la eficacia de los entrenamientos en resolución de problemas, incluyendo los interpersonales, cuando se combinan con programas de tratamiento conductual multicomponentes (Kazdin, 1996; Pelham y Hoza, 1996; Pfiffner y McBurnett, 1997). Aunque las técnicas cognitivas se añadieron con el fin de facilitar el mantenimiento de los cambios logrados con las técnicas operantes, ningún estudio aborda directamente esta cuestión. Con respecto a las intervenciones no conductuales, hay pocos motivos para considerar que tienen algún impacto sobre el comportamiento hiperactivo (Weisz, Donenberg, Han y Weiss, 1995).

Los programas de entrenamiento a padres se han comparado con fármacos, especialmente metilfenidato, nombre comercial Rubifén™ (Frestone, Crowe, Goodman y McGrath, 1986), con otros tratamientos psicológicos, como autocontrol (Horn, Ialongo, Greenberg, Packard y Smith-Winberry, 1990) o entrenamiento en habilidades sociales (Pelham et al., 1988), y con la condición de control lista de espera (Anastopoulos, Sheldon, DuPaul y Guevremont, 1993).

La mayoría de los estudios que contribuyen a considerar las intervenciones conductuales en el aula como un tratamiento bien establecido son diseños de caso único basados en el manejo de contingencias (Abramowitz, Eckstrand, O'Leary y Dulcan, 1992; Carlson, Pelham, Milich y Dixon, 1992; DuPaul, Guevremont y Barkley, 1992; Hoza, Pelham, Sams y Carlson, 1992).

2.1.1. Protocolo terapéutico: manejo de contingencias¹

El entrenamiento a maestros y a padres incluye la enseñanza del análisis conductual y del manejo de contingencias en el aula y en el hogar. Las intervenciones se desarrollan entre 8 y 20 sesiones semanales. Se enseña de forma activa a grupos de padres o maestros, con el apoyo en lecturas, la aplicación de procedimientos operantes como tiempo fuera, economía de fichas, coste de respuesta, atención contingente, etc.

Tabla 1

Entrenamiento a maestros y a padres en manejo de contingencias

- 1.º Análisis topográfico
 - Identificación de conductas hiperactivas
 - Definición operativa de conductas hiperactivas
 - Observación y registro, en la escuela y en el hogar, de conductas hiperactivas
 - Obtención de las líneas de base de conductas hiperactivas
- 2.º Análisis funcional
 - Análisis de las consecuencias de las conductas hiperactivas
 - Análisis de los antecedentes ambientales de las conductas hiperactivas
 - Análisis de los antecedentes personales de las conductas hiperactivas
- 3.º Elaboración del programa de manejo de contingencias
 - Establecimiento de los objetivos terapéuticos
 - Programación de nuevas contingencias en la escuela
 - Programación de nuevas contingencias en el hogar
 - Planificación del control de estímulos en la escuela
 - Planificación del control de estímulos en el hogar
- 4.º Aplicación del programa de manejo de contingencias
 - Aplicación del programa en la escuela
 - Aplicación del programa en el hogar
- 5.º Valoración del programa de manejo de contingencias
 - Revisión del programa para la escuela
 - Revisión del programa para el hogar
 - Seguimiento

Los objetivos terapéuticos de los programas son, en primer lugar, desarrollar y fortalecer conductas que favorezcan el aprendizaje escolar y, en segundo lugar, disminuir y eliminar conductas hiperactivas. Se de-

¹ En castellano se puede consultar la monografía sobre hiperactividad de Moreno (2002).

be dar prioridad al aumento de la conducta deseable por motivos éticos y por razones de eficacia. Así, el incremento de las conductas de trabajo escolar, como atender las explicaciones del profesor o hacer los deberes, produce indirectamente la disminución de conductas problemáticas, como molestar a los compañeros. Sin embargo, si el programa se centra en la supresión de conductas hiperactivas, como levantarse sin permiso, se consigue que el escolar permanezca más tiempo sentado, pero puede estar distraído en vez de concentrado en estudiar.

El *reforzamiento positivo* se utiliza para promover conductas adecuadas. Dos técnicas potentes basadas en este principio son la *economía de fichas*, muy útil con clases alborotadoras, y los *contratos de contingencias*, especialmente indicados con adolescentes. Puesto que los padres pueden proporcionar una mayor gama de reforzadores y que algunos maestros plantean objeciones a la administración en el aula de contingencias artificialmente programadas, una alternativa son los sistemas de refuerzo coordinados entre la escuela y el hogar, donde el profesor observa y valora el aprendizaje y el comportamiento del niño en clase, y los padres otorgan contingentemente los reforzadores. Los registros, como el de la Figura 1, deben ser sencillos de cumplimentar por el personal docente.

El reforzamiento positivo también se puede emplear para disminuir conductas inadecuadas. Los procedimientos de reforzamiento diferencial que se aplican son:

INFORME DIARIO

Alumno: _____ Fecha: _____

Puntos: 0 = Mal 1 = Bien 2 = Muy bien

CLASE	ASIGNATURA	APRENDIZAJE	CONDUCTA	PROFESOR/A	FIRMA	COMENTARIOS
1ª						
2ª						
RECREO						
3ª						
SALIDA MAÑANA						
4ª						
5ª						
SALIDA TARDE						

Puntuación Total:

Figura 1. Registro de un sistema de reforzamiento coordinado profesores-padres para alumnos de Primaria

- **Reforzamiento de conductas incompatibles.** Se refuerza conductas opuestas. El reforzamiento de trabajar sentado reduce el estar levantando, el reforzamiento de trabajar en silencio disminuye el hablar o hacer ruidos con la boca.
- **Reforzamiento de tasas bajas de conducta.** Se utiliza con conductas que se desea disminuir pero no suprimir. Si el niño reclama constantemente la atención mostrando cada suma que efectúa, el maestro solo le presta atención después de haber realizado varias sumas para evitar las frecuentes interrupciones. Si levanta la mano continuamente para intervenir en clase, solo le da el turno después de habérselo concedido a otros escolares para impedir que acapare la discusión.
- **Reforzamiento de otras conductas.** Se denomina entrenamiento en omisión porque se refuerza la no emisión de una conducta problemática. Si el niño comete muchos tachones en sus ejercicios, el maestro le concede un punto positivo por cada ejercicio sin tachaduras. Si se pelea durante el recreo, le felicita al final de cada recreo que no se haya peleado.

Tabla 2
Procedimientos de manejo de contingencias

Adquisición de conductas deseadas		Eliminación de conductas no deseadas	
Entrar puntual al aula Atender las explicaciones Copiar un texto Estudiar una lección Iniciar una interacción social Obedecer a los padres Obedecer al profesor Realizar los deberes		Levantarse sin permiso Hablar en clase Acaparar la atención del maestro Presentar los trabajos con tachaduras Pelearse durante el recreo Pegar al hermano pequeño Tener una rabieta Tirar papeles al suelo	
Procedimientos positivos	Procedimientos positivos	Procedimientos negativos	
Reforzamiento positivo Economía de fichas Contratos de contingencias	Reforzamiento diferencial - de conductas incompatibles - de tasas bajas de conducta - de otras conductas	EXTINCIÓN Retirada de atención	CASTIGO Coste de respuesta Tiempo fuera Sobrecorrección Reprimendas Saciación

La *extinción*, o supresión de los reforzadores que mantienen una conducta problemática, se aplica con comportamientos problemáticos leves, como palabrotas, llanto o rabietas. Por ejemplo, si el niño refunfuña pero saca la basura el padre puede ignorar la protesta verbal de poca importancia. En el aula puede resultar complicado extinguir conductas, así, ante la payasada del alumno, el maestro se gira hacia la pizarra no dándose por enterado, sin embargo, los compañeros ríen la gracia.

Con comportamientos problemáticos graves, como el desafío a la autoridad, la agresividad o el juego peligroso, se aplican técnicas basadas en el principio del castigo (García y Méndez, 1993):

- *Coste de respuesta*. Es la pérdida de reforzadores contingente a una conducta hiperactiva, como perder tiempo de jugar en la calle o ver la televisión por tener una intensa rabieta. Una variante es la *prima de coste de respuesta*, así, al niño se le entregan diez fichas al entrar a clase por la mañana y cada vez que realiza una conducta problemática estipulada se le quita una ficha; por la tarde, al terminar las clases, gana las fichas que ha logrado conservar, que puede canjear por reforzadores de apoyo, o se establece un número mínimo de fichas que se fija a partir de la línea de base, por ejemplo, cinco, que da derecho a acceder a actividades reforzantes como jugar al fútbol. Una modalidad para el aula consiste en colocar en el pupitre seis tiras de papel en las que está escrito «vale cinco minutos de recreo» y quitar una cada vez que hable sin permiso.
- *Tiempo fuera*. Es la privación temporal de reforzadores contingentemente a una conducta problemática. La duración debe ser breve, un minuto por año. La madre a su hijo de cinco años, «Juanito, como le has pegado a tu hermana no puedes quedarte con nosotros viendo la televisión. Márchate a la galería cinco minutos». Una variante es la *técnica de la silla*, que consiste en que el niño permanezca sentado en un silla situada en una zona retirada los minutos de tiempo fuera.
- *Sobrecorrección*. La técnica se compone de restitución o reparación de los daños ocasionados y de práctica positiva de la conducta apropiada. Al escolar que en un arranque de genio vuelca el pupitre el maestro le exige que lo vuelva a poner en la posición correcta (restitución) y que además ordene los pupitres de la clase (práctica positiva). Otros ejemplos son si tira la comida al sue-

lo que friegue no solo lo que ha manchado, sino el suelo del comedor, si tiene el cuarto desordenado que arregle la habitación y el trastero.

- **Reprimendas.** Son riñas verbales por conductas problemáticas leves. Si se está en un lugar público como el aula, se deben hacer al oído con tono sereno y firme.
- **Saciación.** Es la administración de grandes cantidades de un reforzador en un intervalo temporal breve, así, si el niño juega con cerillas se le hace encender más de cien cerillas una tras otra.

Los procedimientos punitivos deben ir acompañados de reforzamiento positivo de las conductas deseables y de un aviso que brinde al niño la oportunidad de modificar la conducta hiperactiva y evitar el castigo. *Modalidades de aviso* son:

- **La advertencia.** Se le indica al niño que si continúa con su conducta hiperactiva recibirá contingencias negativas. «Pedro, espero que empieces a ordenar tu habitación en los próximos treinta segundos o no podrás montar en bicicleta durante todo el día». Una variante es la técnica de *la regla*. El profesor, señalando a la pizarra donde está escrita la norma, «Antonio, ya conoces la regla de clase, si continúas levantado empezarás a perder tiempo de recreo».
- **La cuenta.** Se le pide al niño que cambie de conducta antes de terminar de contar o, de lo contrario, se aplicarán las consecuencias sancionadoras. «María recoge tus juguetes antes de que cuente diez o los juguetes serán confiscados y no podrás jugar con ellos hasta mañana. Uno, dos, tres, cuatro...». Mientras se cuenta, pronunciando en voz alta un número por segundo, se deja de prestar atención al niño. Cuando está a punto de finalizar la cuenta el adulto se vuelve hacia el niño y le mira con decisión. Si en ese momento inicia la conducta solicitada se interrumpe la cuenta, aunque emplee un poco más de tiempo para concluir la acción demandada.
- **La nota.** Se le entrega al niño por escrito las conductas hiperactivas que debe corregir para evitar ser castigado (Figura 2).

NOTA DE AVISO

Alumno: _____ Fecha: _____

Por favor, corrige la siguiente conducta disruptiva

1. Hablar sin permiso _____	4. Hacer ruido _____
2. Molestar a los compañeros _____	5. Estar levantado fuera del pupitre _____
3. Tirar objetos al suelo _____	6. Venir a la mesa del profesor _____

Si recibes una segunda nota de aviso en esta clase, deberás presentarte en el despacho del director.

Firma del profesor: _____

Figura 2. Aviso de contingencias punitivas para modificar conductas hiperactivas en el aula

2.2. Trastornos negativista desafiante y disocial

Brestan y Eyberg (1998) revisaron 82 estudios de valoración del tratamiento, en un período de treinta años (1966-1995), que incluyeron 5.272 niños y adolescentes con problemas de conducta oposicionista y/o agresiva. El 72% era de género masculino, el 18% femenino y el 10% restante no especificaba el género. Hallaron dos tratamientos bien establecidos de acuerdo con los criterios de la Comisión de Expertos sobre Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995):

- 1) Entrenamiento a padres con el manual «Viviendo con niños». Una de las teorías más elaboradas del comportamiento negativista, desafiante, agresivo y antisocial es la de Gerald Patterson y colaboradores de la Universidad de Oregón (Patterson, 1982; Patterson, Reid, Jones y Conger, 1975). El manual *Living with children*, de Patterson y Gullion (1968), se basa en los principios operantes y enseña a los padres a registrar las conductas problemáticas, a registrar y recompensar conductas incompatibles, a extinguir o castigar los excesos conductuales de sus hijos. Es, por tanto, un programa de entrenamiento a padres, de orientación conductual y con una duración relativamente breve. El tratamiento se aplica a niños y adolescentes, de ambos géneros, diagnosticados de trastorno negativista desafiante y trastorno disocial, remitidos a terapia por padres, maestros y tribunales de menores.

Este tratamiento se ha comparado con grupos de control y con otras terapias, como psicodinámica o centrada en el cliente, mostrándose superior (Alexander y Parsons, 1973; Bernal, Klinnert y Schultz, 1980; Firestone, Kelly y Fike, 1980; Wiltz y Patterson, 1974). En conjunto, tiene un efecto robusto puesto de relieve por diferentes equipos de investigación.

2) Entrenamiento a padres mediante modelado filmado.

El entrenamiento mediante modelado filmado consta de una serie de videocintas con lecciones didácticas producidas por Carolyn Webster-Stratton. El programa recomienda que los padres vean las grabaciones en grupo y posteriormente se establezca una discusión dirigida por el terapeuta. Se utiliza principalmente con padres cuyos hijos tengan edades comprendidas entre 4 y 8 años, con conductas desobedientes y agresivas.

El entrenamiento a padres mediante modelado filmado se ha comparado con formatos alternativos del entrenamiento a padres y con grupos de control lista de espera (Spaccarelli, Cotler y Penman, 1992; Webster-Stratton, 1984, 1990, 1994; Webster-Stratton, Kolpacoff y Hollinsworth, 1988). Después de ver las videocintas los padres han evaluado a sus hijos presentando menos problemas, a sí mismos poseyendo mejores actitudes hacia sus hijos y más autoconfianza en su rol de padres. También han superado en habilidades como padres a los controles, de acuerdo con observaciones realizadas en el hogar, así como sus hijos, en quienes se ha observado una mayor reducción de conductas problemáticas.

2.2.1. *Protocolo terapéutico: ayudando al niño desobediente*²

El programa «Ayudando al niño desobediente» (*Helping the non-compliant child*) fue desarrollado por Constance Half a finales de los sesenta en la Escuela de Medicina de la Universidad de Oregón. Posteriormente, grupos de investigación independientes lo han actualizado y valorado (Forehand y McMahon, 1981; Webster-Stratton, 1984).

La aparición de comportamientos perturbadores depende de factores del niño, de los padres y de la relación padres-hijo. La predisposición individual, puesta de manifiesto por un *temperamento difícil*, interactúa con la historia de aprendizaje destacando las *experiencias tempranas*. Se

² En castellano se puede consultar la monografía sobre desobediencia de Larroy y De la Puente (2002) y sobre agresividad de Serrano (2003).

ha comprobado que las agresiones de niños de educación infantil se incrementan si se refuerzan con la rendición de la víctima y disminuyen si se castigan con represalias de la víctima. Los agresores escogen a sus víctimas entre los compañeros más pasivos, pero si alguno responde a la agresión dejan de atacarle y eligen otra víctima.

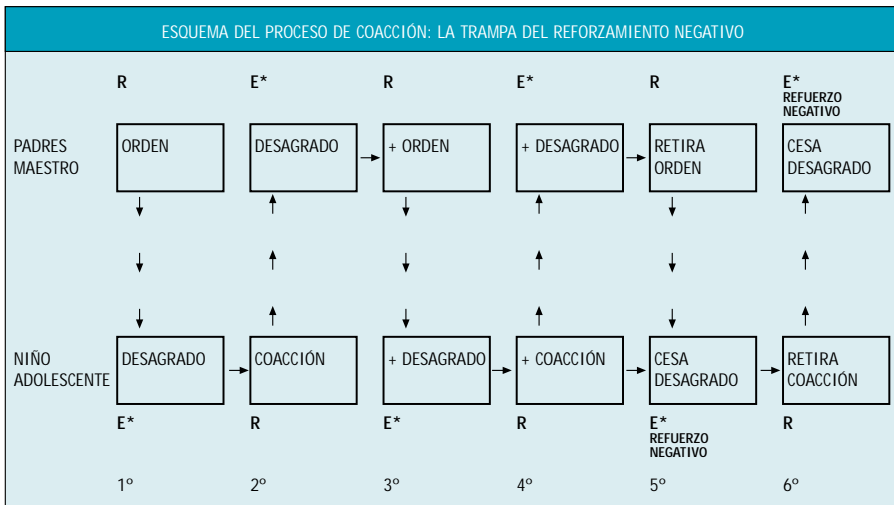
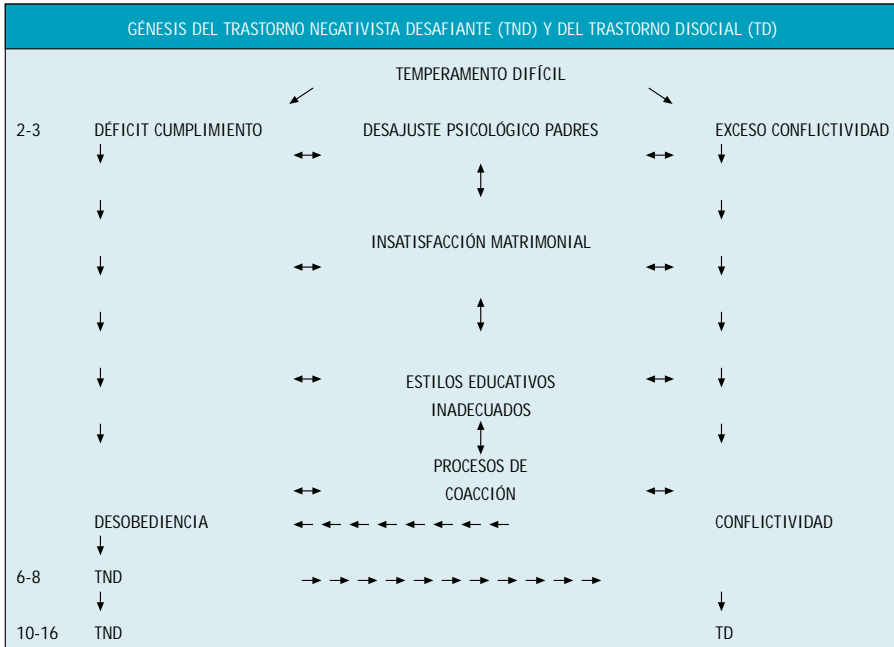
Otro grupo de variables relevantes hacen referencia al ambiente familiar adverso originado por *desajustes psicológicos de los padres*, como alcoholismo paterno o depresión materna, y por *insatisfacción matrimonial*, desde desaveniencias conyugales hasta la ruptura conflictiva de la pareja. Sin embargo, más que la estructura familiar, como familias monoparentales u hogares rotos, es el funcionamiento familiar alterado el que influye negativamente (Espada y Méndez, 2002).

La desobediencia es un problema de relación entre el niño y las figuras de autoridad, donde los estímulos discriminativos, órdenes y normas, no elicitán la conducta deseada, cumplimiento infantil, que a su vez no va seguida de las contingencias apropiadas, castigo o extinción contingentes al incumplimiento. Estos patrones se plasman en *estilos educativos inadecuados*, como permisividad o disciplina «light» y autoritarismo o disciplina «heavy».

Patterson, Reid y Dishion (1992) resaltan el *déficit en manejo de antecedentes y consecuentes*. La falta de supervisión paterna correlaciona directamente con conducta antisocial, es decir, cuanto más tiempo pase el hijo sin que sus padres sepan dónde se halla, con quién está, qué hace o cuándo regresará a casa, mayor probabilidad de comportamientos problemáticos. Además los padres tienden a ignorar las conductas obedientes y prosociales en vez de reforzarlas, a castigar los comportamientos perturbadores leves en vez de extinguirlos, y a dejar sin sanción o a aplicar castigo físico a los incumplimientos y agresiones.

La aportación de Forehand y McMahon complementa la explicación de la conducta desobediente al añadir el *déficit en habilidades de mando* (Forehand, Miller, Dutra y Watts-Chance, 1997; McMahon, 1991). En muestras clínicas se observa que los padres dan más órdenes y mandan de forma airada, humillante o recriminatoria (Forehand, King, Peed y Yoder, 1975). Este modo de ejercer la autoridad se asocia con comportamientos perturbadores (Griest, Forehand, Wells y McMahon, 1980).

El comportamiento perturbador se explica en última instancia por una relación padres-hijo basada en *procesos de coacción*, que consisten en la escalada de intercambios de estimulación aversiva y en el recíproco reforzamiento y modelado negativos. Sin embargo, este tipo de relación encierra la *trampa del reforzamiento negativo*, porque el alivio de la aversión para los padres es contingente al reforzamiento del comportamiento perturbador del hijo, que cada vez es más frecuente, intenso y/o duradero, agravando el conflicto (Figura 4).



La madre ordena a su hija de dieciséis años que arregle la habitación (eslabón 1.º de la cadena: orden materna que funciona como estímulo negativo para la adolescente). La joven protesta enfadada y se niega a cumplir lo que su madre le manda (eslabón 2.º de la cadena: coacción de la adolescente que funciona como estímulo negativo para la madre). La madre, molesta, reitera la orden a gritos, la hija, airada, replica chillando que es una obsesiva de la limpieza y una maniática del orden (eslabones 3.º y 4.º de la cadena: escalada del conflicto). Los intercambios cada vez más aversivos se repiten hasta que la madre cede, «está bien, no la recojas si no tienes ganas» (eslabón 5.º de la cadena: reforzamiento negativo de la conducta desobediente), instante en que finaliza la bronca de la adolescente (eslabón 6.º de la cadena: reforzamiento negativo de la retirada de la orden materna).

El problema se complica con el fenómeno de *aceleración del castigo*. Los procedimientos de castigo pierden su eficacia para reducir y eliminar las conductas coactivas del hijo, incluso se constata un incremento paradójico, debido a la historia de reforzamiento intermitente de la coacción y al uso inconsistente del castigo, por ejemplo los padres aplican consecuencias opuestas como una leve reprimenda seguida de muestras de arrepentimiento paterno y manifestaciones efusivas de cariño.

«Ayudando al niño desobediente», de Forehand y McMahon (1981), es un programa de intervención para familias con niños de 3 a 8 años, originariamente de aplicación individual, aunque es posible su empleo en grupo. La duración depende del progreso de los padres, pero en la mayoría de los casos comprende diez sesiones de sesenta a noventa minutos.

En la sesión inicial el terapeuta expone el concepto de desobediencia y otras conductas conflictivas en el marco de la teoría de la coacción Patterson y explica la lógica, los contenidos (Tabla 3) y los procedimientos (instrucciones, modelado, representación de papeles, reforzamiento positivo, retroalimentación constructiva, tareas para casa).

Las *órdenes alfa*, apropiadas, son instrucciones específicas, concisas y directas, que describen con claridad respuestas motoras viables del niño, mientras que las *órdenes beta*, inapropiadas, son vagas, contradictorias, inconsistentes, etc., no dando oportunidad para o interrumpiendo la conducta obediente del niño. Los errores más comunes en la emisión de órdenes por las figuras de autoridad se ofrecen en la Tabla 4.

La madre o el padre da al hijo una orden alfa concediéndole tiempo para obedecer. En función de la respuesta del niño proporciona consecuencias:

- a) Si inicia el cumplimiento antes de cinco segundos le refuerza socialmente.

- b) Si transcurridos cinco segundos todavía no ha empezado a obedecer le da un aviso advirtiéndole las consecuencias negativas del incumplimiento, por ejemplo, «si no recoges los juguetes tendrás que sentarte en la silla del rincón».
- c) Si, tras el aviso, comienza a cumplir la orden antes de cinco segundos, le refuerza socialmente.
- d) Si, tras el aviso, pasan más de cinco segundos y continúa sin cumplir la orden, aplica tiempo fuera sentándole en la silla del rincón de la habitación durante tres minutos.
- e) Si permanece sentado en la silla tres minutos y está quieto sin moverse los últimos quince segundos, entonces se repite el proceso desde el principio dando de nuevo la orden alfa desobedecida.
- f) Si incumple el tiempo fuera se añaden procedimientos de apoyo como coste de respuesta.

Tabla 3
Ayudando al niño desobediente

Primera fase: Entrenamiento genérico en paternidad positiva

Atención selectiva: prestar atención al comportamiento obediente

- Descripción operativa de conductas obedientes
- Seguimiento de órdenes, no dirección coactiva
- Supresión de críticas, discursos moralistas, etc.

Reforzamiento social: festejar las conductas obedientes (sorprenda a su hijo portándose bien)

- Verbal sin etiquetar: elogios, alabanzas, etc.
- Verbal etiquetando: precisar el motivo de la felicitación, p. ej. «eres un niño obediente porque has hecho la cama»
- Físico: besos, abrazos, etc.

Extinción: ignorar las conductas desobedientes leves (hágase el suco si su hijo se porta ligeramente mal)

- Sin contacto ocular
- Sin contacto verbal
- Sin contacto físico

Tareas para casa: actividades entre sesiones

- Juego libre con el hijo durante 10-15 minutos diarios para ejercitar las habilidades aprendidas en la clínica
- Práctica con al menos dos conductas-objetivo, p. ej. hacer los deberes escolares o sacar la basura, para fortalecerlas

Segunda fase: Entrenamiento específico en obediencia

Habilidades de mando: impartición de órdenes alfa (tabla 4)

Habilidades de disciplina: administración diferencial de consecuencias (figura 5)

Tabla 4
Órdenes beta

Orden o norma	Padre o madre	Niño o adolescente	Ejemplo
INATENDIDA	No se asegura que la orden es recibida	No atiende a la figura de autoridad	El padre desde el salón al hijo que se halla en su cuarto del piso de arriba del dúplex escuchando rock, «baja el volumen del equipo de música»
VAGA	No describe el comportamiento solicitado	No sabe el comportamiento que se espera de él	La madre molesta con el hijo «ya tienes edad para portarte como adulto»
IRREAL	Plantea objetivos poco realistas	Sabe que la figura de autoridad no se lo cree	El padre al hijo con siete suspensos «la próxima evaluación quiero que apruebes todas las asignaturas»
COMPLEJA	Manda secuencias prolijas de órdenes. Se excede en mandar (más de 100 órdenes por hora)	Se siente agobiado o pasa y va a su ritmo	La madre a la hija, «guarda los juguetes en el baúl, mete la ropa limpia en el armario, coloca la ropa sucia en el cesto, saca los zapatos a la galería, dúchate, lávate el pelo con champú, ponte el pijama, siéntate a la mesa ...»
REITERADA	Se quita la autoridad a sí mismo (las órdenes «se gastan»)	Solo obedece después de numerosas repeticiones	La madre a la hija, «te he dicho mil veces que te pongas a estudiar, ¿cuántas veces tengo que repetírtelo?»
DÉBIL	Se expresa en tono dubitativo o desiderativo en vez de imperativo	Considera que es un ruego de cumplimiento opcional	La madre a la hija «a mamá le gustaría que colaboraras en casa, ¿qué tal si me echas una mano y me ayudas a poner la mesa?»
AUTORITARIA	Utiliza procedimientos co-activos: malas caras, gritos, amenazas, instigación física, etc.	Se rebela, responde agresivamente	El padre empuja al hijo a la habitación amenazando a gritos, «¡No quiero verte salir de la habitación hasta que tengas el cuarto ordenado! ¿Te enteras? Y, ¡ay de ti como rechistes!»
INJUSTA	Plantea requerimientos que exceden la autoridad paterna	Hace oídos sordos	El padre a la hija, «quiero que estudies ingeniería»
CONTRADICTORIA	Interrumpe la conducta obediente con una orden contraria	Está confundido	El padre, «bebe deprisa que llegamos tarde al colegio» La niña con las prisas está a punto de derramar la leche El padre, «bebe despacio que te manchas»
INCONSISTENTE	Los padres están en desacuerdo entre ellos	Saca ventaja del progenitor más permisivo	La madre, aprovecha la ausencia del marido para levantar el castigo al hijo (entregándole 10 € bajo mano), «puedes salir, pero estate de vuelta antes de que tu padre regrese del trabajo»



Figura 5

3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRASTORNOS INTERIORIZADOS

3.1. Fobia específica

El trastorno de ansiedad más frecuente en la infancia es la fobia específica. Tres tratamientos de terapia de conducta están *bien establecidos* para las fobias infantiles: la desensibilización sistemática en vivo, la práctica reforzada y el modelado participante (Méndez, Rosa, Orgilés, Santacruz y Olivares, 2003). La eficacia de estos procedimientos es elevada (Orgilés et al., 2002). El tamaño del efecto es mayor que 0,80, valor que fija la categoría «magnitud alta» de la terapia (Cohen, 1988). Smith, Glass y Miller (1980) ilustran intuitivamente el tamaño del efecto con la siguiente analogía: un curso escolar enseñando a leer a alumnos de primero de primaria se traduce en un aprendizaje de magnitud media ($d_+ = 0,67$).

Los tratamientos bien establecidos y de elevada eficacia comparten tres elementos:

- 1.º La *interacción* con los estímulos fóbicos.
- 2.º La *graduación* de la interacción con los estímulos fóbicos.
- 3.º La realización *en vivo* de la interacción con los estímulos fóbicos.

Así pues, se conoce el principio activo del tratamiento psicológico para las fobias específicas en la infancia: *la interacción gradual con los estímulos fóbicos en vivo*. Para facilitar y fortalecer la interacción gradual en vivo los procedimientos con más apoyo empírico utilizan dife-

rentes elementos: inhibición de la ansiedad mediante respuestas antagónicas (desensibilización sistemática en vivo), reforzamiento positivo y retroalimentación de los avances (práctica reforzada), observación e imitación (modelado participante).

El carácter aversivo de la interacción en vivo con los estímulos fóbicos dificulta la aplicación del tratamiento. El niño puede no estar motivado, no colaborar con el terapeuta e incluso oponerse activamente. También puede presentar alteraciones emocionales como llanto o rabietas. Finalmente, los padres pueden decidir suspender la terapia ante las reacciones negativas de su hijo. Una alternativa indicada con niños menores de 9 años es la terapia de juego (Méndez, Olivares y Bermejo, 2001).

3.1.1. Protocolo terapéutico: terapia de juego³

Desde un punto de vista psicodinámico se considera que la libre expresión emocional a través del juego posee valor terapéutico. Como hemos señalado anteriormente, el principio terapéutico es la interacción, preferentemente gradual y en vivo, con los estímulos ansiógenos.

Una modalidad terapéutica son los *juegos de rol* donde el niño representa un determinado papel. En el tratamiento de los miedos infantiles del tipo sangre-inyecciones-daño se utiliza el *juego de los médicos*. Se le entrega un botiquín de primeros auxilios con material sanitario, jeringuillas, vendas, algodón, alcohol, mercurocromo, etc., para que haga de enfermero con un muñeco de trapo al que tiene que practicarle una cura o ponerle una inyección. Algunos hospitales organizan actividades lúdicas, como un recorrido turístico bajo la guía del personal sanitario, lectura de cuentos con ilustraciones, pintura de cuadernos o dibujos para colorear, etc., y ponen a disposición de los pacientes pediátricos una sala con juguetes con el fin de que se familiaricen con la vestimenta, el instrumental y los procedimientos médicos.

González, Benavides y Montoya (2000) describen los juegos empleados en la hospitalización infantil. Méndez (2002a) ilustra otros juegos de rol, como el *juego de los maestros* o el *juego de los peluqueros*, utilizados en dos casos clínicos, una niña de siete años con fobia escolar y otra de dos años con fobia a los ruidos fuertes producidos por el secador del pelo y otros aparatos domésticos.

³ En castellano se puede consultar las monografías sobre miedos y fobias infantiles de Méndez (2002, 2003).

El juego estructurado es preferible al juego libre. Existen varios procedimientos inicialmente desarrollados para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y posteriormente adaptados para niños con formato lúdico, o juegos creados directamente para tratar fobias infantiles. Un excelente ejemplo es la alternativa del *robot —muñeco de trapo (robot - ragdoll)*—, ideada por Kendall y Braswell (1986) para entrenar en relajación. El niño aprende a moverse como un robot o soldadito de plomo (rígido, tenso y sin doblar las extremidades) y luego como muñeco de trapo (flexible, relajado y flácido).

A continuación describimos tres procedimientos terapéuticos que han probado ser altamente eficaces. El profesional puede formar a los padres, individualmente o en pequeños grupos, para que los apliquen en el hogar, mejorando la eficiencia del tratamiento.

La práctica reforzada se ha aplicado a niños de 3 a 12 años con fobias animales, a los transportes públicos, a la oscuridad y al agua (Leitenberg y Callahan, 1973; Lewis, 1974; Menzies y Clarke, 1993; Obler y Terwilliger, 1970). Méndez (2003) convierte este procedimiento operante en la *olimpiada de los valientes*. El juego se plantea como un reto al valor infantil. El objetivo es batir sucesivos récords de valentía. El niño se sienta, solo y a oscuras en un cuarto, y el terapeuta cronometra el tiempo hasta que el niño siente miedo obteniendo la línea de base. Luego anota los segundos con un rotulador de vivos colores en un termómetro gigante dibujado en una cartulina colocada verticalmente en el pasillo justo enfrente de la puerta de la habitación.

En el primer ensayo se le anima a superar el tiempo de la línea de base (instrucciones). Mientras se encuentra en la situación temida se le instiga verbalmente para que resista. Si sobrepasa el criterio el terapeuta resalta en el termómetro el aumento logrado (retroalimentación) y le felicita efusivamente por batir el récord (reforzamiento). En caso contrario, el termómetro no refleja ninguna ganancia y el terapeuta solicita que lo intente de nuevo. Es conveniente transmitir tranquilidad y un único mensaje breve como «no pasa nada, venga otra vez», «no hay que desanimarse, verás cómo lo consigues ahora», «es normal tener un fallo, vuelve».

Con los que progresan despacio y/o colaboran escasamente el reforzamiento social puede acompañarse de reforzamiento material. Puesto que el tratamiento se basa en repetidos ensayos de práctica, es conveniente que los reforzadores sean elementos o porciones de un conjunto como piezas de rompecabezas, cromos de colección, naipes de baraja infantil, tazos, calcomanías, etc.

Durante los primeros ensayos el terapeuta proporciona retroalimentación verbal y expresiones de aliento, «solo te falta un poco, llevas diez segundos, doce, trece, resistes que estás a punto de conseguirlo, dieciséis segundos, ¡muy bien, fenomenal!, has batido el récord de valentía, sigue, machote, a ver hasta dónde llegas». La información y el apoyo mientras dura la interacción con los estímulos fóbicos son de gran ayuda. Sin embargo, se corre el riesgo de que el niño, al conocer que ha alcanzado el criterio y conseguido el reforzador, interrumpa la interacción con los estímulos fóbicos. Para prevenir este peligro se desvanece progresivamente la retroalimentación y el reforzamiento, de modo que el terapeuta anima desde fuera, «lo estás haciendo muy bien», pero sin informar del tiempo. La incertidumbre sobre si ha superado o no la prueba le impulsa a continuar la interacción para asegurarse el reforzador. En posteriores ensayos el terapeuta permanece en silencio sin proporcionar ánimo ni retroalimentación durante la prueba, limitándose a señalar los progresos en el termómetro y a alabarle al final de la prueba si bate el récord.

Las sesiones duran media hora y concluyen con la ceremonia de entrega de trofeos. Se dispone un cajón con el número 1 en medio de la habitación, se hace subir al niño a lo más alto del podio mientras suenan los acordes del himno olímpico. La madre y/o el padre entra portando sobre un pomposo cojín la medalla de oro al valor y el terapeuta se la impone con solemnidad.

El grupo de Mikulas, de la Universidad de West Florida, ha elaborado un conjunto de materiales, que envían por correo o entregan personalmente a los padres, para que traten en casa el miedo a la oscuridad de sus hijos (Mikulas y Coffman, 1989; Mikulas, Coffman, Dayton, Frayne y Maier, 1985). El programa se dirige a niños de 4 a 7 años e incluye el cuento *Uncle Lightfoot* («Tío Pies-Ligeros»)⁴ de doce capítulos, un folleto con la descripción de nueve juegos e instrucciones escritas sobre la aplicación del tratamiento. La terapia se basa en el condicionamiento clásico, inhibición de la ansiedad utilizando el juego como agente de contracondicionamiento, en el condicionamiento operante, reforzamiento social y material, y en el condicionamiento vicario, modelado simbólico de afrontamiento.

⁴ *Uncle Lightfoot* es un juego de palabras inglés que se puede traducir por Tío Pies-Ligeros o Tío Pies-Luminosos.

Tabla 5

El cuento Tío Pies-Ligeros

Capítulo 1: Visita a la granja

Miguel es un niño que tiene miedo a la oscuridad. Visita a su tío, el indio Pies-Ligeros, que vive en una granja.

Capítulo 2: Los animales de la granja

Miguel se divierte con los animales de la granja (el perro, las ovejas, los caballos, etc.). Pide a su tío que le ayude a superar el miedo. Tío Pies-Ligeros promete enseñarle varios juegos indios para disfrutar en la oscuridad. Esa noche juegan a que Miguel busque con los ojos vendados al perro.

Capítulo 3: De acampada

Miguel y tío Pies-Ligeros se marchan de acampada. Por la noche su tío le adiestra para reconocer sonidos animales. Le tranquiliza enseñándole a relajarse como una marioneta. Miguel aprende a estirarse, como si los hilos de una marioneta tiraran de él hacia arriba, y luego a relajarse, como si los hilos se aflojaran. Miguel logra portarse como un indio valiente.

Capítulo 4: El rescate

Al día siguiente tienen que ir a rescatar un corderito. Por la noche juegan a que Miguel entre en una habitación oscura para buscar un pequeño cencerro situado en un lugar indicado. Aunque la tarea es más difícil que la de la noche anterior, Miguel consigue encontrar el camino en la oscuridad para recuperar la campanita y se siente muy orgulloso de sí mismo.

Capítulo 5: Día de lluvia

Amanece nublado y lluvioso. Tío Pies-Ligeros le muestra cómo hacer sombras en la pared y cómo fabricar un juguete indio. Esa noche Miguel se acuesta en la cama a oscuras y juega a identificar los sonidos animales emitidos por su tío desde la habitación contigua.

Capítulo 6: Montando a caballo

Por el día montan a caballo. Cuando se va a acostar por la noche, su tío le propone comprobar cuánto tiempo aguanta tumbado en la cama a oscuras sin llamarlo. Pensando lo bien que se lo ha pasado cabalgando, relajándose como una marioneta y escuchando los sonidos de animales amigos, Miguel es capaz de permanecer a oscuras mucho rato. Se siente orgulloso por sus avances y por ser tan valiente como un indio. Está convencido de que muy pronto superará completamente su miedo a la oscuridad.

Capítulo 7: Reconocimiento de huellas

Durante los siguientes días Miguel aprende a reconocer huellas de animales. Una noche practica una versión más difícil de un juego anterior. Debe entrar en una habitación a oscuras para buscar un juguete indio, pero esta vez su tío no le comunica el sitio donde se halla escondido. Miguel está un poco nervioso, pero consigue encontrar el juguete.

Capítulo 8: El pastel indio

Al día siguiente siguen rastros de animales. Luego hacen un pastel indio. Por la noche juegan a que Miguel se siente en el suelo del dormitorio con los pies cruzados como los indios, se levante, apague la luz y se acueste sin tropezar. Tiene que concluir esta secuencia antes de que su tío, que grita desde otra habitación «¡ya voy!», entre en el dormitorio y vuelva a encender la luz.

Capítulo 9: La fiesta del Maíz Verde

Los dos visitan a los amigos de tío Pies-Ligeros en la gran fiesta india del Maíz Verde. Miguel se hace amigo de un niño indio que le regala un arco. Por la noche cae rendido y duerme en una habitación completamente a oscuras.

Capítulo 10: El perro juguetón

A la mañana siguiente, Miguel se siente orgulloso de haber dormido en una habitación con la luz apagada. Esa noche escucha al perro realizando sonidos extraños. Miguel avanza a oscuras por la casa encendiendo las luces a su paso. Descubre al perro con la cabeza encajada en un paquete de cereales.

Capítulo 11: El amiguito indio

Al día siguiente Miguel juega con su amiguito indio. Por la noche tiene una pesadilla, pero se relaja y piensa en cosas agradables.

Capítulo 12: Vuelta a casa

La visita llega a su final. Miguel recibe como regalo un traje y un collar indios. Tío Pies-Ligeros lo proclama guerrero por su gran valentía al vencer el miedo a la oscuridad. Miguel regresa a su casa contento y orgulloso para enseñar las nuevas habilidades a un amigo suyo que tiene miedo a la oscuridad.

Tabla 6

Juegos para la oscuridad

Juego 1: El pañuelo

El niño busca un juguete con los ojos vendados, situado en un lugar de su dormitorio que resulte fácil de encontrar. Los padres esconden el juguete en sitios cada vez más difíciles. Cada vez que el niño encuentra el juguete le felicitan, le sonrían, le besan, le abrazan, etc.

Juego 2: La marioneta

El niño aprende a relajarse como una marioneta, mediante tensión (hilos estirados) – distensión (hilos aflojados), de los músculos de los brazos, manos, piernas y cuello.

Juego 3: El juguete en el dormitorio

El niño entra a la habitación a oscuras para coger un juguete de un lugar indicado. Igual que en el juego 1 los padres esconden el juguete en sitios cada vez más difíciles y felicitan al niño por su valor.

Juego 4: Los animales amigos

El niño debe adivinar en su dormitorio a oscuras el animal cuyo sonido emite la madre o el padre desde una habitación contigua. Se recomienda emplear sonidos fácilmente identificables (balidos, mugidos, maullidos, ladridos, trinos, cacareos, etc.) y evitar sonidos atemorizadores (rugidos, bramidos, berridos, estufidos, etc.). Los padres alargan progresivamente el intervalo entre sonidos, de modo que el niño permanece a oscuras cada vez más tiempo.

Juego 5: Los animales en la pared

La madre o el padre enseña a hacer sombras con las manos de diversos animales, pato, perro, pájaro, camello, etc. También se puede dibujar las siluetas y recortarlas. Luego el niño y uno de los padres proyectan sombras en la pared del dormitorio infantil con el haz de luz de una linterna. Nuevamente se advierte que no utilicen sombras que asusten, por ejemplo, arañas, ratas, serpientes, leones, etc.

Juego 6: El juguete escondido en el dormitorio

Se trata de una versión más difícil del juego 3. Se procede de la misma forma, excepto que ahora no se aclara el lugar de la habitación donde se ha colocado el juguete.

Juego 7: Encender la luz de repente

Cuando la madre o el padre grita «¡Ya voy!» desde una habitación contigua, el niño se levanta del suelo del dormitorio, apaga la luz y se tumba en la cama antes de que su madre o padre entren en la habitación y enciendan la luz.

Juego 8: Buscar la caja de ruidos

El juego comienza con la casa totalmente a oscuras, el niño tumbado en su cama y la madre o el padre en otra habitación. El padre que participa en el juego agita un paquete de cereales para hacer ruido. Puede servir cualquier otro objeto como un sonajero. El niño busca a su madre o padre por la casa encendiendo las luces a su paso. Los padres aumentan progresivamente el tiempo de espera antes de hacer ruido de nuevo, de modo que al niño le cuesta cada vez más encontrarles.

Juego 9: La marioneta completa

Se amplía la relajación incluyendo brazos, piernas, cara, frente, cuello y hombros, estómago y dedos de los pies. Los padres deben a ayudar al niño cuando tiene pesadillas por medio de la relajación y de imágenes o pensamientos agradables.

El cuento se relata durante 15-20 minutos tres noches por semana, o más veces siempre que se considere necesario o el niño lo desee. Después de narrar el cuento completo dos veces, como mínimo, se comienza a jugar. Se recomienda seguir el orden de juegos establecido, que se lleva a cabo inmediatamente después de la narración del capítulo correspondiente. Los capítulos primero y último son la presentación y la conclusión de la historia, por lo que no incluyen juego. En el capítulo 9 se repite el juego 3 de la marioneta. Cada juego se practica como mínimo dos noches diferentes y no se pasa al siguiente hasta que no se domine el juego anterior. Se advierte a los padres para que no fuercen a su hijo durante los juegos.

El procedimiento de *escenificaciones emotivas* fue propuesto por Méndez (1986) para niños de 3 a 9 años, como una variante en vivo de las imágenes emotivas de Lazarus y Abramovitz (1979), al comprobar en varios casos clínicos que no se producía la generalización de la ganancia terapéutica obtenida con la interacción en imaginación. Tanto los estudios de caso con fobias animales, ambientales, sangre-inyecciones-daño (Méndez y García, 1986; Méndez y Macià, 1986, 1988, 2002), como los de grupo con fobia a la oscuridad (González, 1996; Méndez, Orgilés y Espada, 2003; Orgilés, Méndez y Rosa, 2003; Santacruz, 2001), revelan que este programa multicomponente es muy eficaz.

El tratamiento consiste en la interacción gradual con los estímulos fóbicos en vivo, llevada a cabo mediante juego de héroes, una estrategia especialmente motivadora para niños pequeños. En función de la conducta infantil el terapeuta introduce sucesivas ayudas, inducción verbal, guía física y modelado, hasta conseguir la interacción con el estímulo fóbico, que una vez lograda es seguida de reforzamiento positivo y retroalimentación. La implementación se efectúa en tres fases:

1.ª Preparación

Las actividades previas al juego propiamente dicho son:

a) Jerarquía

El terapeuta la elabora con la colaboración infantil. Los ítems se ordenan combinando variables físicas como distancias cada vez menores al animal temido o a la fuente sonora que emite un ruido fuerte, tiempos cada vez mayores de permanencia en el ascensor o de separación de la figura de apego, intensidades cada vez menores de luz graduada con un regulador eléctrico.

b) *Juego de héroes*

El terapeuta propone al niño jugar y solicita que elija los personajes que van a representar, preferentemente héroes valerosos como Supermán. Por lo general escogen protagonistas de dibujos animados, series de televisión, películas de cine, libros o cómics de moda, por ejemplo, Espinete, Superratón, Spiderman, Lucky Luke, Aladín, el Rey León o Spirit. Es indispensable que el terapeuta conozca suficientemente el perfil de la figura valiente y la trama de sus aventuras para inventar argumentos verosímiles que permitan la fácil inclusión de las tareas de interacción.

c) *Economía de fichas*

El terapeuta proporciona efusivamente refuerzo social, verbal como frases de ánimo, felicitación, alabanza o elogio, gestual como sonrisas, guiños de ojos, el signo de la victoria o aplausos, físico como besos, abrazos, palmaditas en la espalda o frotar la punta de la nariz como los gnomos. La economía de fichas se compone de superfichas por efectuar una interacción al primer intento y de fichas por realizarla en ensayos posteriores. Se recomienda que los reforzadores de apoyo se relacionen con el juego, un cuento de D'Artacán y los tres Mosqueperros, muñecos de la colección Másters del Universo, etc., o con la fobia tratada, un maletín de médico, material escolar, etc.

2.ª Aplicación

La duración de los sesiones varía dependiendo de la fobia específica, de la edad del niño y del estado de ánimo infantil. Por lo general, se llevan a cabo tres sesiones semanales en días alternos, de unos treinta minutos, preferentemente en ambientes naturales como el hogar o la escuela. Si el niño lo desea se puede jugar más, aunque domingos y festivos conviene descansar.

El esquema de una sesión prototipo es el siguiente:

- a) El terapeuta introduce el juego e instruye al niño sobre su conducta durante el desarrollo de la sesión.
- b) Los primeros minutos se dedican a jugar hasta conseguir que el niño «se meta» en el argumento y disfrute desempeñando activamente su papel.
- c) A continuación el terapeuta ordena realizar la interacción correspondiente al primer ítem de la jerarquía o sucesivos ítems en sesiones posteriores. Existen cuatro posibles reacciones del niño:

- *Interacción*. Siempre que la realice recibe reforzamiento social.
 - *Escape*. Si empieza la interacción pero la interrumpe antes de concluir, se le ayuda con instigación verbal, guía física, respuestas competitivas con la ansiedad como el humor, etc.; cuando completa la interacción se le otorga refuerzo social.
 - *Evitación pasiva*. Si no la inicia se modela la interacción, que en ocasiones requiere un entrenamiento concreto como enseñar a acariciar de forma apropiada a un animal doméstico, e insta al niño a imitarle; cuando alcanza el objetivo se administra refuerzo social.
 - *Evitación activa*. Si a pesar de las sucesivas ayudas rehúsa llevar a cabo la interacción, se intercalan otras interacciones (ítems intermedios). En caso de que las dificultades persistan se interrumpe el tratamiento para estudiar la causa del problema.
- d) Si lleva a cabo la interacción en el primer ensayo gana una superficha. En caso contrario, una ficha.
- e) La interacción especificada en cada ítem se repite varias veces hasta que la realice de forma satisfactoria un par de veces seguidas, es decir, sin señales de miedo, como quejarse, dar un paso atrás, cerrar los ojos, taparse los oídos, etc. En ese instante se considera superado el ítem y el terapeuta introduce el siguiente y así sucesivamente hasta completar la jerarquía.
- f) La sesión finaliza con un ítem superado, que constituye el ítem inicial de la próxima sesión. Si en el momento final el niño no efectúa la interacción propuesta se retrocede en la jerarquía para acabar con un ítem superado.

3.ª Consolidación

Las actividades para generalizar y mantener los logros terapéuticos son:

- a) *Colaboración de los padres*
- En ocasiones los padres refuerzan, positiva y/o negativamente, las respuestas de ansiedad infantiles, por ejemplo, prestando atención o retirando los estímulos fóbicos. El terapeuta moldea el comportamiento de los padres mediante instrucciones verbales y escritas, con el fin de prevenir estrategias inadecuadas como el castigo y fomentar acciones apropiadas como el reforzamiento positivo de la interacción. También solicita su colaboración en las tareas para casa.

b) *Tareas para casa*

El terapeuta propone prácticas entre sesiones, consistentes en interacciones del niño, solo o bajo supervisión de los padres. Las tareas se refieren siempre a ítems superados durante la terapia. Para prevenir complicaciones en algunas fobias específicas se proporciona información e instrucciones concretas. Algunos mensajes tranquilizadores y descripciones precisas del comportamiento apropiado son: «la oscuridad no es peligrosa, pero debes moverte despacio y con precaución para evitar tropezar, así, si se apaga la luz de la escalera, pégate a la pared y sube lentamente los peldaños hasta encontrar palpando el interruptor», «el perro es el mejor amigo del hombre, sin embargo, no te acerques a ningún perro callejero o desconocido en ausencia de su amo», «no te desangras cuando te pinchan con una aguja en la vena para extraerte sangre, respira profundo, di ‘tranquilo’ y mira para otro lado cuando te saquen sangre».

c) *Sesiones de fortalecimiento*

Su finalidad es prevenir las recaídas y son de dos tipos:

- *Sesiones de sobreaprendizaje*, una vez superados todos los ítems de la jerarquía y antes de terminar la terapia se practican las interacciones en las que el niño ha exhibido mayor dificultad.
- *Sesiones de recuerdo*, tras el alta terapéutica se planifican varias sesiones durante el seguimiento, por ejemplo, tres, seis y doce meses, no solo para comprobar el mantenimiento de la mejoría, sino también para aclarar dudas, resolver problemas, repasar y fortalecer la interacción con los estímulos fóbicos.

3.2. Trastornos de ansiedad generalizada y de ansiedad por separación

En comparación con la fobia específica, los restantes trastornos de ansiedad han recibido menos atención. La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento psicológico que cuenta con más apoyo empírico (Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés, 2003; Santacruz et al., 2002). El programa *Coping cat* («El gato que se las arregla»), de Kendall (1990), incluyendo sus adaptaciones canadiense *Coping bear* («El oso que se las arregla»), de Scapillato y Mendlowitz (1993), y australiana *Coping koala* («El koala que se las arregla»), de Barrett (1995a), es el más usado para tratar otros trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia.

La intervención con la familia tiende a potenciar los efectos del programa, por lo que es recomendable añadir entrenamientos específicos como manejo de la ansiedad para los padres o habilidades de comunicación y resolución de problemas entre padres e hijo. Los manuales *Group family anxiety management* («Manejo de la ansiedad en familia»), de Barrett (1995b), y *Keys to parenting your anxious child* («Claves para educar a tu hijo ansioso»), de Manassis (1996), son útiles en este campo. Shortt, Barrett y Foxx (2001) han desarrollado una variante del programa que incorpora la intervención familiar. La terapia se designa con el acrónimo *FRIENDS* («Amigos»), cuyo significado es:

- F (*Feeling worried?*): ¿Estás preocupado?
- R (*Relax and feel good*): Relájate y siéntete bien.
- I (*Inner thoughts*): Pensamientos clave.
- E (*Explore plans*): Examina planes.
- N (*Nice work, so reward yourself!*): ¡Buen trabajo, recompénsate!
- D (*Don't forget to practice!*): No olvides practicar.
- S (*Stay calm*): Mantén la calma.

El programa «El gato que se las arregla» y sus posteriores desarrollos se ha aplicado con éxito a niños y adolescentes, de 5 a 14 años, con trastornos de ansiedad generalizada y de ansiedad por separación (Barrett, 1998; Barrett, Dadds y Rapee, 1996; Kendall, 1994; Kendall, Brady y Verduin, 2001; Kendall et al., 1997; Mendlowitz et al., 1999; Muris, Merckelbach, Schmidt y Mayer, 2001; Shortt, Barrett y Fox, 2001).

3.2.1. Protocolo terapéutico: el gato que se las arregla⁵

Los objetivos del tratamiento son:

- a) Eliminar las sensaciones o síntomas de ansiedad.
- b) Modificar los pensamientos negativos en situaciones de ansiedad.
- c) Confeccionar un plan para situaciones de ansiedad.
- d) Valorar el afrontamiento y autorreforzarse por el éxito.

Se desarrolla en 16 sesiones de una hora divididas en dos fases. Las ocho primeras sesiones se dedican a la adquisición de conocimientos y habilidades

⁵ En castellano se puede consultar la monografía sobre ansiedad en la infancia de Echeburúa (2002).

de afrontamiento de la ansiedad y las ocho últimas a la interacción gradual, en imaginación y en vivo, a situaciones que provocan cada vez más ansiedad para que el niño o el adolescente ejercite las habilidades aprendidas.

El terapeuta expone la lógica del tratamiento explicando el plan *FEAR* («TEMOR») para el dominio de la ansiedad. Durante esta fase se entrena a los padres en manejo de contingencias, enseñándoles a reforzar positivamente el afrontamiento de la ansiedad, redactando contratos de contingencias y a extinguir las quejas del hijo.

En la segunda fase el niño o adolescente interactúa gradualmente con estímulos provocadores de ansiedad, primero en imaginación y situaciones de poca intensidad y después en vivo y situaciones de media y mucha intensidad. El terapeuta supervisa la interacción, modela y refuerza la aplicación de las habilidades de afrontamiento adquiridas.

Tabla 7
Plan TEMOR

Pasos terapéuticos	Objetivos terapéuticos	Procedimientos terapéuticos
T ¿Tengo miedo, estoy asustado? <i>F Feeling frightened?</i>	Modificar los signos de ansiedad (componente psicofisiológico), por ejemplo, tensión muscular	Relajación muscular
E ¿Espero que pase algo malo? <i>E Expecting bad things to happen?</i>	Modificar las preocupaciones (componente cognitivo), por ejemplo, expectativas catastrofistas	Autoinstrucciones Reestructuración cognitiva
M Medidas o acciones que ayudan A <i>Actions and attitudes that help</i>	Elaborar un plan para afrontar la ansiedad (componente conductual)	Resolución de problemas
O Observación y valoración	Observar y valorar los resultados del afrontamiento de la ansiedad	Autoobservación Autovaloración
R Recompensa <i>R Rate and reward</i>	Aprender a autoevaluarse	Autoreforzamiento

Aunque se puede emplear con grupos, el tratamiento se ideó para su aplicación individual y consta de los siguientes materiales:

a) Materiales impresos.

- Manuales de tratamiento. Describen los objetivos y el procedimiento de intervención con el niño y con la familia.

- Cuaderno de trabajo. Detalla los contenidos de las sesiones y permite al niño o al adolescente dibujar o escribir lo que piensan los personajes de las viñetas que representan escenas de la vida diaria, por ejemplo, debe rellenar el espacio en blanco con los pensamientos de un explorador que asoma de la tienda de campaña con cara de susto y preocupación iluminando la oscuridad de la noche con una linterna. También sirve para registrar las tareas para casa anotando el afrontamiento de la ansiedad. El cumplimiento de las tareas para casa se refuerza con pegatinas, barajas infantiles, trucos de magia, etc.

b) Materiales audiovisuales.

- Casete. Para facilitar el aprendizaje de la relajación se le entrega al niño o adolescente una cinta con sugerencias para relajarse y formar imágenes mentales relajantes.
- Videocinta. Al final del programa el niño o adolescente debe grabar un anuncio original comentando el plan *FEAR* («TEMOR») e ilustrando su aplicación con una situación de ansiedad que afrontó con éxito durante el tratamiento.

El programa incluye un componente de prevención de recaídas, que reinterpreta constructivamente la ansiedad y valora positivamente el resultado del tratamiento. Los conceptos básicos que se resaltan son:

- 1) El programa es el punto de arranque, ya que el proceso de aprendizaje para dominar la ansiedad requiere tiempo.
- 2) La ansiedad brinda la oportunidad de adquirir habilidades de afrontamiento beneficiosas para el futuro, puesto que la vida ineludiblemente plantea situaciones estresantes y retos que originan estados de ansiedad.
- 3) El aprendizaje del dominio de la ansiedad es un proceso complejo, por tanto, no hay que alarmarse si se producen fallos.
- 4) El afrontamiento ha de reforzarse siempre, aunque solo se alcance un éxito parcial, porque no es sencillo aprender a dominar la ansiedad.
- 5) «Caída» no es equivalente a «recaída». Los fracasos puntuales se consideran una ocasión para aprender de la experiencia y prevenir futuros errores.

Tabla 8
El gato que se las arregla

Programa de afrontamiento de la ansiedad generalizada y de la ansiedad por separación	
Primera fase	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> – Adquirir conocimientos sobre la ansiedad y su afrontamiento (educación) – Adquirir habilidades de afrontamiento de la ansiedad (formación)
Procedimiento	Entrenamiento en habilidades de afrontamiento de la ansiedad
Sesiones	<p>1.^a <i>Presentación</i> Explicación de la lógica del tratamiento (Plan TEMOR)</p> <p>2.^a <i>Detección</i> Identificación de respuestas psicofisiológicas, cognitivas y motoras de ansiedad</p> <p>3.^a <i>Jerarquía</i> Elaboración de una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad</p> <p>4.^a <i>Relajación</i> Entrenamiento en relajación muscular con apoyo de una grabación magnetofónica</p> <p>5.^a <i>Autoinstrucciones</i> Modificación de las autoinstrucciones en situaciones que generan ansiedad</p> <p>6.^a <i>Reestructuración cognitiva y resolución de problemas</i> Desarrollo de estrategias cognitivas para afrontar la ansiedad</p> <p>7.^a <i>Autocontrol</i> Autoobservación, auto-valoración y auto-refuerzo</p> <p>8.^a <i>Repaso</i> Revisión de conocimientos y habilidades aprendidos.</p>
Segunda fase	
Objetivo	– Practicar las habilidades de afrontamiento, adquiridas en la fase anterior, en situaciones que causan ansiedad (aplicación)
Procedimiento	Interacción gradual en imaginación y en vivo
Sesiones	<p>9.^a <i>Interacción en situaciones de ansiedad leve</i></p> <p>10.^a - 13.^a <i>Interacción en situaciones de ansiedad moderada</i></p> <p>14.^a - 15.^a <i>Interacción en situaciones de ansiedad severa</i></p> <p>16.^a . <i>Revisión. Prevención de recaídas</i></p>

3.3. Trastornos depresivo mayor y distímico

El protocolo cognitivo-conductual *Adolescent coping with depression course* («Curso de afrontamiento de depresión para adolescentes»), de Clarke, Lewinsohn y Hops (1990), es un tratamiento probablemente eficaz para la depresión y la distimia en la adolescencia. Aunque existen tres estudios bien realizados con diseños experimentales de comparación de grupos, llevados a cabo por equipos de investigación independientes en Oregón y Utah, no cumplen el criterio I para los tratamientos bien es-

tablecidos. El estudio de Kahn, Kehle, Jenson y Clark (1990) mostró que la terapia cognitivo-conductual tendía a ser superior a otros tratamientos alternativos, como el automodelado y la relajación progresiva, y claramente mejor que una condición de control de lista de espera. Sin embargo, las investigaciones de Lewinsohn y colaboradores (Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops y Seeley, 1999; Lewinsohn, Clarke, Hops y Andrews, 1990) compararon la terapia cognitivo-conductual únicamente con una lista de espera.

La terapia interpersonal también es un tratamiento probablemente eficaz para la depresión adolescente, sin embargo, el tratamiento de elección es la terapia cognitivo-conductual puesto que se dispone de más evidencia sobre su eficacia (Méndez y Espada, 2002; Méndez, Rosa, Montoya, Espada y Olivares, 2003; Méndez et al., 2002).

Kaslow y Thompson (1998) señalan que el programa *Action* («Acción»), de orientación cognitivo-conductual y basado en el autocontrol, de Stark y colaboradores (Stark y Kendall, 1996; Stark et al., 1996), es un tratamiento probablemente eficaz para la depresión infantil, ya que existen dos investigaciones con diseños de comparación de grupos, si bien llevados a cabo por el mismo equipo de investigación (Stark, Reynolds y Kaslow, 1987; Stark, Rouse y Livingston, 1991).

3.3.1. Protocolo terapéutico: programa emoción-acción-cognición

El programa emoción-acción-cognición, de Méndez (2002b), es un tratamiento cognitivo-conductual para la depresión infantil y adolescente, basado en los protocolos de Stark y de Lewinshon. Los objetivos del programa son:

- a) Reconocer diferentes emociones.
- b) Identificar las situaciones que provocan emociones.
- c) Autoevaluar la intensidad de las emociones.
- d) Seleccionar actividades reforzantes potentes.
- e) Promover la realización de actividades agradables.
- f) Concienciar de la relación entre actividades agradables y estado de ánimo.
- g) Detectar los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas cognitivos.
- h) Cuestionar las cogniciones depresógenas.
- i) Sustituir las cogniciones depresógenas por cogniciones saludables y productivas.

Los tres componentes principales del programa son:

1.º Educación emocional

a) *Identificación emocional*

El reconocimiento y discriminación de emociones se realiza mediante entrevistas, fichas y juegos terapéuticos. La ficha «Los cestos de manzanas» enseña a diferenciar emociones y a graduar cualitativamente la intensidad de sus emociones, por ejemplo, estar triste es menos que estar deprimido. También facilita la comunicación sobre emociones entre el niño y el terapeuta.

b) *Autoevaluación emocional*

La tasación de la intensidad de las emociones se efectúa mediante escalas de estimación numéricas. Una de las más utilizadas es la de once puntos, 0= ninguna emoción, 5= mediana emoción, 10= máxima emoción, ya que los jóvenes están acostumbrados al sistema escolar de calificación. Con niños pequeños se puede recurrir a alternativas gráficas como el termómetro de caras basado en la expresividad facial de las emociones.

2.º Actividades agradables

a) *Elaboración del plan de actividades agradables*

El terapeuta explica la lógica del tratamiento destacando el triple efecto positivo de las actividades agradables sobre el comportamiento, el pensamiento y el sentimiento. A continuación se seleccionan, mediante entrevista, observación, autoobservación y menús de actividades reforzantes, una amplia gama para realizar entre semana, por ejemplo, jugar en el parque, y durante el fin de semana, por ejemplo, ir de excursión a un parque de atracciones. El plan debe incluir actividades *sociales* como salir con los amigos, *productivas* como regar el jardín, *físicas* como jugar al tenis, y *de éxito* como realizar una actividad en la que se destaca, por ejemplo, tocar la guitarra.

b) *Aplicación del plan de actividades agradables*

La realización de actividades agradables se propone como tareas para casa, que se programan a partir del nivel de base y se aumentan progresivamente en número (variedad) y tiempo (dedicación), por ejemplo, montar en bicicleta, leer tebeos, etc., 10

minutos, 20 minutos, 30 minutos, y no en resultados 2 kilómetros, 4 kilómetros, 6 kilómetros, 10 páginas, 20 páginas, 30 páginas. Los auto-registros permiten evaluar el cumplimiento del plan y, lo que es más importante, sirven para concienciar de la relación positiva entre nivel de actividades agradables y estado de ánimo.

Algunos niños y adolescentes ponen objeciones a la implementación del plan, «no tengo ganas», «no puedo», etc., o presentan un grado de adherencia pobre. El terapeuta dispone de tres estrategias para superar esta dificultad: discusión y refutación de los argumentos y excusas, colaboración de padres, maestros y amigos, y redacción de contratos de contingencias.

LOS CESTOS DE MANZANAS

Instrucciones: Aquí tienes cuatro cestos, ANSIOSO, ALEGRE, TRISTE, AIRADO, y dos docenas de manzanas con un nombre.

1º Ordena: escribe dentro del cesto correspondiente el nombre de cada una de las manzanas, como en el ejemplo donde «contento» se ha anotado en el cesto «alegre». Si consideras que alguna manzana corresponde a más de un cesto «alegre». Si consideras que alguna manzana corresponde a más de un cesto, puedes poner su nombre en tantos cestos como creas oportuno. También puedes dejar sin escribir una palabra si piensas que no encaja en ningún cesto o si desconoces su significado.

2º Añade: anota otras palabras que no aparecen y que en tu opinión significan lo mismo que las escritas en cada uno de los cestos, por ejemplo, «pesimista».

3º Subraya: dentro de cada cesto destaca con un rotulador fosforito las palabras que para ti definen mejor cada uno de los cuatro sentimientos: ansioso, alegre, triste, airado.





ANSIOSO	ALEGRE	TRISTE	AIRADO		
					
ALARMADO	ANIMADO	APENADO	CABREADO	CONTENTO	DEPRIMIDO
DESASOSEGADO	DESDICHADO	DIVERTIDO	ENCOLERIZADO	ENFADADO	ENOJADO
FELIZ	FURIOSO	INTRANQUILO	LLOROSO	MELANCOLICO	MOLESTO
NERVIOSO	OPTIMISTA	PESAROSO	PREOCUPADO	RADIANTE	TENSO

Figura 6

3.º Reestructuración cognitiva

a) *Presentación de la terapia cognitiva*

El terapeuta expone el modelo A-B-C (antecedente, balance cognitivo, consecuencia), describe el funcionamiento mental en la depresión, detalla la forma y el contenido de los pensamientos y razonamientos depresivos, mediante explicaciones verbales, tiras de cómic de Spiderman, Mafalda, Snoopy, Garfield, etc., y fichas terapéuticas como «Un Picasso de sentimientos», que presenta adversidades y contratiempos cotidianos para que el niño anote los pensamientos que le suscitan y dibuje las emociones que le provocan.

b) *Implementación de la terapia cognitiva*

El terapeuta explica al niño el método DDT, un potente insecticida para pensamientos-bicho de la especie *inútilidos*, «soy un inútil», «no valga nada», «tengo un defecto de fabricación», *estoisólidos*, «estoy solo», «no tengo amigos», «nadie me comprende», etc. La fórmula del producto es:

- **D**etectar los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas cognitivos.
- **D**udar de su veracidad y rotundidad.
- **T**ransformarlos en pensamientos alternativos saludables y productivos.

La detección se realiza mediante autorregistros sencillos (Figura 8) y el cuestionamiento o puesta en duda mediante narraciones y grabaciones didácticas (Méndez, 2002b, pp. 230-231):

«Vas a conocer qué le pasó a un señor (S) que pensaba que le había tocado la lotería y fue a la administración más cercana a cobrar. Escucha con atención su conversación con el lotero (L) (Pone en marcha el casete).

S: Buenos días.

L: Buenos días, ¿qué desea?

S: Me ha tocado el gordo. Por favor, págüeme este décimo (Pausa).

L: Lo siento, señor, pero no le ha correspondido ningún premio.

S: Oiga, le digo yo que sí. Seguro que me ha tocado.

L: ¿Cómo lo sabe?

S: Porque lo pienso.

L: ¿Por qué piensa que le ha tocado?

S: Es algo automático.

L: Pero, ¿se lo ha dicho alguien?

S: No.

L: ¿Lo ha leído en el periódico, oído en la radio, visto en la televisión?

S: No, no, no.

L: Usted puede pensar lo que quiera. Puede pensar que es Napoleón, que habla chino, que el agua del mar es dulce. Pero sólo por pensarlo las cosas no suceden. Ni usted es el célebre general francés, ni se expresa en mandarín, ni el océano pierde su salinidad.

Escuche. La lotería toca no porque lo piense, sino porque las bolas de los bombos salen de verdad y coinciden con el número agraciado. Haga como yo, sólo me creo que un décimo ha tocado después de comprobarlo con la lista oficial de premios. Si yo pagara a la gente sin confirmarlo, simplemente porque lo piensa, sería mi ruina.

Acepte un consejo. Por principio, no se crea sin más cualquier pensamiento que le venga automáticamente a la cabeza. Recuerde que se puede pensar en falso.

S: Tiene razón. La próxima vez, aunque piense que me ha tocado, lo comprobaré antes de venir. De todos modos el viaje ha merecido la pena. He aprendido una sabia lección. Cuando me aborde un pensamiento automático, consideraré que no es verdad necesariamente. Lo pondré en cuarentena y buscaré pruebas sobre su certeza y exactitud.

Gracias, amigo. ¿Le debo algo?

L: Sí. Ponga en práctica lo que acaba de decir.

S: Descuide.

L: ¿Quiere un decimito para el próximo sorteo?

La transformación o modificación de los pensamientos depresivos se lleva a cabo básicamente mediante la discusión y generación de alternativas, que se centra en el análisis de la información suministrada por los autorregistros, y mediante fichas terapéuticas como «Ésta es tu vida».

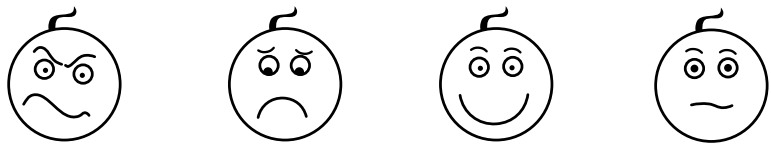


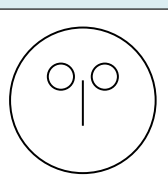
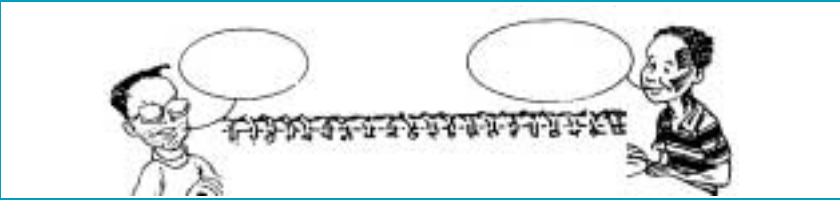
UN PICASSO DE SENTIMIENTOS		
<p><i>Instrucciones:</i> Escribe dentro de la nube los pensamientos que tendrías si te encontraras en la situación de la primera columna. Después, como si fueras Picasso, dibuja la cara que mejor exprese tu estado de ánimo al pensar de esa manera.</p>		
		
Situación	Pensamiento	Sentimiento
		

Figura 7



PENSAMIENTOS NEGATIVOS	CONTRAPENSAMIENTOS POSITIVOS
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

Figura 8. Autorregistro del Programa Acción

Figura 9

Ficha de reestructuración cognitiva

Esta es tu vida

Nuestros aciertos los escribimos en la arena. Sopla el viento y los borra. Nuestros errores los grabamos a fuego sobre una placa de acero inoxidable. Su recuerdo nos persigue y atormenta. Cuando te dices a ti mismo «soy un fracaso», reconoces implícitamente que toda tu vida ha sido un cúmulo de errores sin ningún acierto. FALSO. Perfecto, un muchacho de catorce años (la edad del niño) pensaba que era una calamidad. Compu-so dos listas, una con los aciertos y otra con los errores de su vida. El resultado fue sorprendente.

ACIERTOS

- Me eligieron delegado de curso varios años.
- Salí como uno de los más populares de mi clase en un test que nos pasaron.
- He aprobado siempre en junio.
- Me he sacado el carné de moto.
- Ganamos un concurso escolar de mi comunidad autónoma.
- Fui de la selección de voleibol de mi clase.
- Siempre he tenido buenos amigos.
- Me llevo bien con mis padres.

ERRORES

- A veces me peleo con mi hermano.
- Una vez suspendí química.
- Nos quedamos los décimos en el campeonato provincial de balonvolea (sólo participaron diez equipos).
- Soy despistado.

Ejercicio: Haz tú lo mismo que Perfecto. Sé imparcial. Recuerda que cuando estamos deprimidos tendemos a destacar los errores y a olvidar los aciertos. Un acierto no significa ser perfecto. Si en tu clase sois 30 y tú eres del equipo de baloncesto eso es un logro, aunque no seas el mejor lanzador a canasta de todos.

Recuerda: Todos hemos realizado multitud de cosas buenas en nuestra vida. Más de las que creemos.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowitz, A.J., Eckstrand, D., O’Leary, S.G. y Dulcan, M. (1992). ADHD children’s responses to stimulant medication and two intensities of a behavioral intervention. *Behavior Modification*, 16, 193-203.
- Achenbach, T.M. (1993). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF, and YSR*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. y Howell, C.T. (1993). Are American children’s problems getting worse? A 13-year comparison. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1.145-1.154.
- Alexander, J.F. y Parsons, B.V. (1973). Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 219-225.

- Anastopoulos, A.D., ShelDon, T.L., DuPaul, G.J. y Guevremont, D.C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596.
- Barrett, P.M. (1995a). *Group coping koala workbook*. Manuscrito no publicado, School of Applied Psychology, Griffith University, Australia.
- Barrett, P.M. (1995b). *Group family anxiety management*. Manuscrito no publicado, School of Applied Psychology, Griffith University, Australia.
- Barrett, P.M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioural group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Barrett, P.M., Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Bernal, M.E., Klinnert, M.D. y Schultz, L.A. (1980). Outcome evaluation of behavioral parent training and client-centered parent counseling for children with conduct problems. *Journal Applied Behavior Analysis*, 13, 677-691.
- Brestan, E.V. y Eyberg, S.M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
- Carlson, C.L., Pelhan, W.E., Milich, R. y Dixon, M.J. (1992). Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom behavior, academic performance, and self-evaluations of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 213-232.
- Clarke, G.N., Lewinsohn, P.M. y Hops, H. (1990). *Instructor's manual for the Adolescent Coping with Depression Course*. Eugene, OR: Castalia Press.
- Clarke, G.N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H. y Seeley, J.R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 272-279.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.^a ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costello, E.J., Burns, B.J., Angold, A. y Leaf, P.J. (1983). How can epidemiology improve mental health services of children and adolescents? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1.106-1.117.
- DuPaul, G.J., Guevremont, D.C. y Barkley, R.A. (1992). Behavioral treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in the classroom: The use of the attention training system. *Behavior Modification*, 16, 204-225.
- Echeburúa, E. (2002). *Trastornos de ansiedad en la infancia* (6.^a ed). Madrid: Pirámide.
- Espada, J.P. y Méndez, F.X. (2002). Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. En J.R. Fernández-Hermida y R. Secades (Eds.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 21-55). Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.

- Firestone, P., Crowe, D., Goodman, J.T. y McGrath, P. (1986). Vicissitudes of follow-up studies: Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *American Journal of Orthopsychiatry*, *56*, 184-194.
- Firestone, P., Kelly, M.J. y Fike, S. (1980). Are fathers necessary in parent training groups? *Journal of Clinical Child Psychology*, *13*, 61-69.
- Forehand, R., King, H.E., Peed, S. y Yoder, P. (1975). Mother-child interactions: Comparisons of a noncompliant clinic group and a non-clinic group. *Behaviour Research and Therapy*, *13*, 79-84.
- Forehand, R. y McMahon, R.J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. Nueva York: Guilford Press.
- Forehand, R., Miller, K.S., Dutra, R. y Watts-Chance, M.W. (1997). Role of parenting in adolescent deviant behavior: Replication across and within two ethnic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 1.036-1.041.
- García, J. y Méndez, F.X. (1993). Hiperactividad. En C. Navalón y M.E. Medina (Eds.), *Psicología y trabajo social* (pp. 185-200). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Gonzalez, C. (1996). *Comparación de dos técnicas basadas en el juego para tratar la fobia a la oscuridad*. Memoria de Licenciatura no publicada: Universidad de Murcia.
- González, R., Benavides, G. y Montoya, I. (2000). Preparación psicológica basada en el juego. En J.M. Ortigosa y F.X. Méndez (Eds.), *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas* (pp. 95-118). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Griest, D.L., Forehand, R., Wells, K.C. y McMahon, R.J. (1980). An examination of differences between nonclinic and behavior-problem clinic-referred children and their mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, *89*, 497-500.
- Horn, W.F., Ialongo, N., Greenberg, G., Packard, T. y Smith-Winberry, C. (1990). Additive effects of behavioral parent training and self-control therapy with ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*, 98-110.
- Hoza, B., Pelham, W., Sams, S. y Carlson, C. (1992). An examination of the dosage effects of both behavior therapy and methylphenidate on the classroom performance of two ADHD children. *Behavior Modification*, *16*, 164-192.
- Kahn, J.S., Kehle, T.J., Jenson, W.R. y Clark, E. (1990). Comparison of cognitive-behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle-school students. *School Psychology Review*, *19*, 196-211.
- Kashani, J.H., Orvaschel, H., Rosenberg, T.K. y Reid, J.C. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *28*, 701-706.
- Kaslow, N.J. y Thompson, M.P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*, 146-155.
- Kazdin, A.E. (1996). Problem solving and parent management in treating aggressive and antisocial behavior. En E.D. Hibbs y P.S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based*

- strategies for clinical practice* (pp. 377-408). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kendall, P.C. (1990). *Coping cat workbook*. Filadelfia, PA: Temple University.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in youth: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 100-110.
- Kendall, P.C., Brady, E.U. y Verduin, T.L. (2001). Comorbidity in childhood disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academic Adolescent Psychiatry*, *40*, 787-794.
- Kendall, P.C. y Braswell, L. (1986). Medical applications of cognitive-behavioral interventions with children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, *7*, 257-264.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warmen, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 366-380.
- Larroy, C. y De la Puente, M.L. (2002). *El niño desobediente: estrategias para su control* (7.ª ed). Madrid: Pirámide.
- Lazarus, A.A. y Abramovitz, A. (1962). The use of «emotive imagery» in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, *108*, 191-195.
- Leitenberg, H. y Callahan, E.J. (1973). Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behaviour Research and Therapy*, *11*, 19-30.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H. y Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, *21*, 385-401.
- Lewis, S. (1974). A comparison of behavior therapy techniques in the reduction of fearful avoidance behavior. *Behavior Therapy*, *5*, 648-655.
- Manassis, K. (1996). *Keys to parenting your anxious child*. Nueva York: Barrons Educational Series.
- McMahon, R.J. (1991). El entrenamiento de padres. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 445-471). Madrid: Siglo XXI.
- Méndez, F.X. (1986, junio). *Escenificaciones emotivas: un tratamiento para las fobias en niños de corta edad*. II Simposio de Terapia Comportamental: Fobias, Coímbra.
- Méndez, F.X. (2002a). *Miedos y temores en la infancia: ayudar a los niños a superarlos* (3.ª ed). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X. (2002b). *El niño que no sonríe: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil* (3.ª ed). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X. (2003). *El niño miedoso*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, J. y Espada, J.P. (2002). Intervención psicológica en los trastornos emocionales. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, *19* (número especial), 78-87.
- Méndez, F.X. y García, M.J. (1996). Emotive performances: A treatment package for children's phobias. *Child and Family Behavior Therapy*, *18*(3), 197-208.

- Méndez, F.X. y Macià, D. (1986). Tratamiento de una fobia infantil mediante «escenificaciones emotivas». *Anales de Psicología*, 3, 33-41.
- Méndez, F.X. y Macià, D. (1988). Escenificaciones emotivas: una técnica para las fobias infantiles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 323-351.
- Méndez, F.X. y Macià, D. (2002). Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad. En F.X. Méndez y D. Macià (Eds.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes: libro de casos* (8.ª ed., pp. 38-73). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Bermejo, R.M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V.E. Cabello y M.A. Simón (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: trastornos generales* (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.
- Méndez, X., Orgilés, M. y Espada, J.P. (2003). Tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad en un contexto lúdico: un ensayo controlado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 199-210.
- Méndez, F.X., Rosa, A.I., Montoya, M., Espada, J.P. y Olivares, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión en la infancia y adolescencia. En M. Pérez-Álvarez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: infancia y adolescencia* (pp. 57-85). Madrid: Pirámide.
- Méndez, X., Rosa, A.I., Montoya, M., Espada, J.P., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿Evidencia o promesa? *Psicología Conductual*, 10, 563-580.
- Méndez, F.X., Rosa, A.I., Orgilés, M., Santacruz, I. y Olivares, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para miedos y fobias en la infancia y adolescencia. En M. Pérez-Álvarez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: infancia y adolescencia* (pp. 111-136). Madrid: Pirámide.
- Mendlowitz, S., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S. y Shaw, B. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 38, 1.223-1.229.
- Menzies, R.G. y Clarke, J.C. (1993). A comparison of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 9-15.
- Mikulas, W.L. y Coffman, M.F. (1989). Home-based treatment of children's fear of the dark. En C.E. Schaefer y J.M. Briesmeister (Eds.), *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems. Wiley series on personality processes* (pp. 179-202). Oxford: John Wiley & Sons.
- Mikulas, W.L., Coffman, M.G., Dayton, D., Frayne, C. y Maier, P.L. (1986). Behavioral bibliotherapy and games for treating fear of the dark. *Child and Family Behavior Therapy*, 7, 1-7.
- Moreno, I. (2002). *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia* (7.ª ed). Madrid: Pirámide.
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. y Bogie, N. (2001). The revised version of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCA-

- RED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323-336.
- Obler, M. y Terwilliger, R.F. (1970). Pilot study on the effectiveness of systematic desensitization with neurologically impaired children with phobic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 314-318.
- Orgilés, M., Méndez, X. y Rosa, A.I. (2003). Análisis de los componentes del programa de escenificaciones emotivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 561-587.
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A.I. e Inglés, C.J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19, 193-204.
- Orgilés, M., Rosa, A.I., Santacruz, I., Méndez, X., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual*, 10(3), 481-502.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R. y Gullion, M.E. (1968). *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign, IL: Research Press.
- Patterson, G.R., Reid, J.B. y Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., Jones, R.R. y Conger, R.E. (1975). *A social learning approach to family intervention* (Vol. 1). Eugene, OR: Castalia.
- Pelham, W.E. y Hoza, B. (1996). Intensive treatment: A summer treatment program for children with ADHD. En E.D. Hibbs y P.S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 311-340). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pelham, W.E., Schnedler, R.W., Bender, M.E., Miller, J., Nilsson, D., Budrow, M., Ronnei, M. Paluchowski, C. y Marks, D. (1988). The combination of behavior therapy and methylphenidate in the treatment of hyperactivity: A therapy outcome study. En L. Bloomingdale (Ed.), *Attention deficit disorders* (vol. 3, pp. 29-48). Londres: Pergamon Press.
- Pelham, W.E., Wheeler, T. y Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.
- Pfiffner, L.J. y McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with ADD/ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 749-757.
- Santacruz, I. (2001). *Eficacia de dos terapias de juego aplicadas por los padres para la fobia a la oscuridad*. Tesis doctoral no publicada: Universidad de Murcia.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A.I., Sánchez-Meca, J., Méndez, X. y Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología Conductual*, 10, 503-521.

- Scapillato, D. y Mendlowitz, S.L. (1993). *The coping bear workbook*. Manuscrito no publicado, Canadá.
- Serrano, I. (2003). *Agresividad infantil* (5.ª ed). Madrid: Pirámide.
- Shortt, A.L., Barrett, P.M. y Fox, T.L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioural group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 30, 525-535.
- Smith, M.L., Glass, G.V. y Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Spaccarelli, S., Cotler, S. y Penman, D. (1992). Problem-solving skills training as a supplement to behavioral parent training. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 1-18.
- Stark, K.D. y Kendall, P.C. (1996). *Treating depressed children: Therapist manual for «Action»*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Stark, K.D., Kendall, P.C., McCarthy, M., Stafford, M., Barron, R. y Thomeer, M. (1996). *ACTION: A work-book for overcoming depression*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Stark, K.D., Reynolds, W.M. y Kaslow, N.J. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 91-113.
- Stark, K.D., Rouse, L. y Livingston, R. (1991). Treatment of depression during childhood and adolescence: Cognitive-behavioral procedures for the individual and family. En P. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (pp. 165-206). Nueva York: Guilford Press.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychosocial treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Tuma, J.M. (1989). Mental health services for children: The state of the art. *American Psychologist*, 44, 188-199.
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 666-678.
- Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 479-492.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583-593.
- Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M. y Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 558-566.
- Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Han, S.S. y Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 688-701.

- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª. ed). Madrid: Prentice-Hall.
- Wiltz, N.A. y Patterson, G.R. (1974). An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behavior of boys. *Behavior Therapy*, 5, 215-221.

CAPÍTULO 7

Detección, evaluación e intervención temprana en el tratamiento de jóvenes por abuso de drogas

Cesáreo Fernández Gómez
Amador Calafat Far
Montserrat Juan Jerez

IRFREA

Índice del capítulo

1. Introducción
2. Evaluación inicial (Screening) y Evaluación Diagnóstica (Assesment)
 - 2.1. *Instrumentos de filtrado (screening). Cuestionarios y entrevistas breves*
 - 2.2. *Evaluación (Assesment). Cuestionarios estandarizados y entrevistas estructuradas*
3. Evaluación multidimensional de necesidades de menores consumidores en riesgo de abuso y uso problemático de drogas
 - 3.1. *Objetivos*
 - 3.2. *Material y método*
 - 3.3. *Resultados*
 - 3.4. *Conclusiones*
4. Programas de intervención temprana y tratamiento de menores con abuso o dependencia de drogas
 - 4.1. *Programas más efectivos en la intervención temprana y tratamiento de menores y adolescentes en situación de riesgo para el abuso de drogas*
 - 4.1.1. *Programas en América*
 - 4.1.2. *Programas en Europa*
 - 4.2. *Conclusiones*
5. Resumen y conclusiones
6. Referencias bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo personal durante el ciclo vital completo es moldeado sustancialmente por el desarrollo alcanzado durante la adolescencia, fase vital en la que los jóvenes dan los primeros pasos para separarse de sus padres, desarrollar un código moral y una afiliación con diferentes segmentos de la comunidad. Aunque algún contacto con el uso de drogas durante la adolescencia es relativamente frecuente, el uso continuado de drogas interferirá probablemente y en mayor o menor medida con estas demandas y roles del adolescente y dificultará la negociación encaminada a la transición hacia la edad adulta temprana. Dado que el uso de drogas modifica el modo en que los adolescentes afrontan y experimentan sus interacciones con otros, compromete también el desarrollo de una autoestima y autoconcepto fuertes, así como su desarrollo psicológico y social. Algunos de los costes del uso de drogas entre los adolescentes son emocionales, debido a que el uso de drogas tiende a interferir con la capacidad para afrontar sentimientos y emociones que forman parte de su desarrollo, confundiendo la autopercepción, etiquetado, procesamiento y manejo de estas respuestas emocionales. Otros costes se relacionan con el desarrollo cognitivo, en la medida en que el uso de drogas interfiere con el desarrollo de capacidades básicas y esenciales que se desarrollan durante la adolescencia: el pensamiento abstracto, la lógica proposicional (capacidad para formar hipótesis y considerar posibles soluciones) y la metacognición (la capacidad de percibir y analizar los propios procesos de pensamiento). De este modo, el uso continuado de drogas durante la adolescencia probablemente interferirá en el logro de diversas metas sin retraso respecto a otros pares: relaciones de pareja estables, planificación del futuro profesional y formación, y consolidación de capital social reforzante a medio y largo plazo. En consecuencia, muchos adolescentes probablemente continuarán usando drogas como medio de compensar unas relaciones y desempeños menos reforzantes y adquirirán una imagen de sí mismos con una mayor implicación en el uso de drogas, en lugar de desarrollar un sentimiento de logro basado en un desarrollo personal y un estilo de vida saludable.

Sin embargo, no todos los adolescentes que experimentan con el uso de drogas llegan a desarrollar un patrón de uso sustancial o clínicamente problemático. De hecho, algún grado de experimentación con el alcohol o drogas ilegales es frecuente a edades menores de 18 años. La tarea de desarrollarse como un adulto responsable y autónomo puede incluir la exploración, experimentación, adopción de riesgos, pruebas y cuestionamiento de reglas y fuentes de autoridad. La experimentación con las drogas puede formar parte de esas estrategias funcionales, a pesar del riesgo y daño potencialmente asociado. Sin embargo, el uso de drogas puede llevar a un patrón de abuso y uso adictivo que requiere una intervención más intensa y duradera. Pero, ¿qué constituye un patrón de abuso / uso problemático de drogas? Existe una amplia literatura que discute el continuo en la severidad desde el uso de drogas hasta el abuso o la dependencia de drogas (APA, 1994), aunque esas distinciones no suelen considerar la situación especial de los adolescentes (Martín et al., 1995). El término abuso es frecuentemente utilizado para designar cualquier uso de drogas entre los adolescentes, bien sea porque es ilegal o porque se considera que el uso de cualquier droga es un «abuso» de un organismo y personalidad en pleno desarrollo. En este capítulo, al hablar de filtraje, evaluación e intervención en el abuso o dependencia de drogas nos referimos a conceptos más tradicionales de abuso y / o dependencia. El abuso se refiere al uso de drogas que aumenta el riesgo de consecuencias dañinas o arriesgadas, y dependencia se refiere a un patrón de búsqueda y consumo de drogas más compulsivo, pese a la existencia de consecuencias severamente perjudiciales.

De un modo similar, el término «intervención» en el abuso o dependencia de drogas se refiere a un amplio abanico de respuestas orientadas a reducir o mejorar los problemas asociados al uso de drogas. Este abanico abarca desde las intervenciones menos intrusivas (conversaciones entre el adolescente consumidor de drogas y un familiar o profesional) hasta las intervenciones más formales (diversos tratamientos orientados al cese del consumo: tratamientos residenciales, hospitalarios, centros de día o ambulatorios), pasando por programas de prevención selectiva o indicada (denominados programas de intervención temprana).

La diversidad en los estadios de desarrollo físico, emocional, cognitivo y comportamental entre los adolescentes dificulta notablemente los procesos de filtraje, evaluación planificación y desarrollo de la intervención en los problemas asociados al uso y abuso de drogas. Por un lado, adolescentes de la misma edad pueden encontrarse en fases notablemente diferentes de desarrollo, mientras que adolescentes de edades diferentes pueden presentar problemas y necesidades de intervención similares.

Para ser tratado, el abuso, uso problemático o dependencia de drogas debe ser previamente detectado, explorado y valorado en sus consecuencias y determinantes. Los profesionales que están en contacto con adolescentes en programas de intervención temprana o tratamiento del abuso de drogas necesitan disponer de instrumentos y procedimientos fiables y válidos para: a) identificar adolescentes que potencialmente están implicados en el uso y abuso de drogas; b) evaluar el variado espectro de problemas asociados al uso de drogas que requieren intervención y tratamiento, en el contexto del desarrollo del adolescente; c) planificar las intervenciones adecuadas a estas necesidades; y d) evaluar la efectividad de las intervenciones planificadas y desarrolladas.

El capítulo tiene como objetivo describir algunos de los procesos, instrumentos y procedimientos para el filtraje, evaluación e intervención temprana en el abuso de drogas entre adolescentes mejor contrastados en la literatura científica internacional. Está estructurado en tres apartados:

1. Una breve revisión de los principales procedimientos e instrumentos de evaluación hallados en la literatura internacional y diseñados para la detección temprana y evaluación de problemas relacionados con el uso y abuso de drogas en adolescentes y adultos jóvenes.
2. Una breve descripción de los resultados de un estudio diseñado para la detección y evaluación temprana del abuso de drogas y problemas relacionados entre menores y adolescentes en situación de riesgo en cinco ciudades españolas.
3. Una revisión resumida de algunos programas hallados en la literatura para la prevención e intervención temprana en menores y adolescentes en situación de riesgo para el abuso de drogas.

2. EVALUACIÓN INICIAL (SCREENING) Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA (ASSESSMENT)

Los objetivos de este apartado son:

- Suministrar unas guías básicas para valorar, desarrollar y administrar instrumentos y procesos de filtrado y valoración para profesionales de la asistencia a adolescentes y menores con trastornos por abuso de sustancias.
- Comentar algunas técnicas y estrategias contrastadas que pueden ser útiles en los programas asistenciales para identificar proble-

mas comúnmente asociados al abuso de sustancias entre los adolescentes y menores, y señalar cuáles de ellos deben ser objetivos prioritarios de la intervención temprana.

Resulta útil considerar un modelo con tres componentes para la evaluación en programas de intervención temprana y tratamiento en el abuso de drogas entre adolescentes, teniendo en cuenta su contenido, instrumentos / métodos y fuentes de información. El **contenido** se refiere a las variables clínicamente importantes para la intervención del abuso de drogas y sus problemas relacionados, y que debería incluir al menos: a) una valoración de la severidad del abuso de diferentes drogas; b) los factores que predisponen y perpetúan el abuso de sustancias; c) los trastornos psicológicos, psiquiátricos que puedan coexistir de modo concurrente o previo; y d) la distorsión y fiabilidad de la información (sesgos hacia la sobrevaloración o infravaloración de conductas de riesgo, conductas problema o consecuencias del uso de drogas). Los **métodos y procedimientos** se refieren a los modos para obtener información. En este capítulo nos centramos en los procedimientos e instrumentos basados en el autoinforme (cuestionarios y entrevistas), aunque la observación directa y las pruebas de laboratorio también resultan métodos relevantes, fiables y útiles para la evaluación y diagnóstico. Las **fuentes** de información potencialmente útiles son variadas. Además del adolescente, otras fuentes pueden ser utilizadas (con el consentimiento previo de éste): otros significativos (padres, familiares y amigos, profesionales del ámbito escolar o laboral), informes escritos procedentes de instituciones diversas (centros educativos, servicios de asistencia y tratamiento, sistema legal, etc.). Resulta útil utilizar diferentes fuentes para reducir el riesgo de la sobrevaloración o infravaloración de las necesidades de intervención, siempre y cuando la información diversa sea integrada en una visión global diagnóstica. El proceso de evaluación de adolescentes con abuso de drogas suele desarrollarse en dos fases: la evaluación inicial (filtraje o «screening» en lengua inglesa) y la evaluación diagnóstica detallada (assessment, en lengua inglesa).

El propósito del **proceso de filtrado** (screening) en los servicios de asistencia y tratamiento por abuso de sustancias es uno de los primeros en la evaluación de las necesidades del usuario, y tiene por objetivo identificar a las personas que pudieran requerir un examen detallado de los problemas relacionados con el abuso de sustancias. Consiste en identificar signos e indicadores de trastornos y problemas en el funcionamiento vital del adolescente o menor, abarcando una serie de áreas vitales que se ven frecuentemente afectadas por el abuso de drogas, sin implicar un diagnóstico clínico de trastorno. Es recomendable que los ado-

lescentes y menores que muestran signos de uso frecuente de sustancias sean objeto de un filtraje fiable, válido sensible y comprensivo (que abarque múltiples áreas del funcionamiento vital del menor y su entorno) y que se base en varias fuentes de información complementarias (autoinforme, pruebas objetivas de laboratorio y otros informantes).

El proceso de filtraje no debería requerir más de treinta minutos, y el instrumento utilizado debería ser lo suficientemente simple como para que pudiera ser administrado por diferentes profesionales de la salud sin formación especializada en evaluación y diagnóstico (enfermeros, médicos, trabajadores sociales, etc.). Debería abarcar la severidad del uso de sustancias junto con la problemática legal, médica, condiciones de vida, desempeño en las áreas de educación y empleo, problemática familiar, redes sociales y desajuste psicológico. Es recomendable el uso de entrevistas semiestructuradas o cuestionarios que suministren una puntuación de referencia que sugiera la existencia de una probable necesidad de valoración más detallada. Las pruebas analíticas de sangre y orina para el uso de tóxicos son también útiles en el proceso de filtraje, cuando son utilizadas con el consentimiento del menor y tutor, y van acompañadas de información sobre sus resultados e implicaciones. Si es posible, también es recomendable obtener información de otras personas significativas (otras instituciones y familiares). En ocasiones, los adolescentes y menores son remitidos a programas de asistencia por abuso de drogas en situaciones de conflicto familiar. El proceso de filtraje debería servir para determinar si el problema clave se sitúa fuera del menor y si los desajustes de éste pueden constituir síntomas de un estrés ambiental (familiar, etc.). Es conveniente que la recogida de información procedente del menor y los familiares se realice separadamente. Finalmente, el proceso de filtraje debería cumplir escrupulosamente las condiciones éticas especificadas para la obtención, distribución y almacenamiento de información personal, con especial cuidado en evitar efectos de etiquetado (informando únicamente acerca de hechos, no opiniones, y proporcionando únicamente la información necesaria para responder a las necesidades de evaluación y asistencia al menor).

El proceso de **evaluación y diagnóstico** de menores y adolescentes en programas de asistencia por abuso de drogas se basa en el proceso de filtraje previo y tiene los siguientes objetivos:

1. Evaluar si existe uno o más trastornos por abuso o dependencia de sustancias y, en caso afirmativo, determinar su severidad según criterios formales (DSM-IV) e identificar las necesidades de tratamiento por dichos trastornos.

2. Permitir al evaluador conocer en detalle la naturaleza, determinantes y consecuencias del consumo de sustancias en el adolescente o menor, incluyendo problemas que pueden no haberse identificado en el filtraje y abarcando la situación médica, educacional, legal, funcionamiento y apoyo social, relaciones familiares, conductas de riesgo y delictivas y ajuste psicológico.
3. Examinar en qué medida la familia del adolescente o menor puede ser implicada en los procesos de evaluación y tratamiento. Es crítico formar una alianza terapéutica con familiares y conseguir su implicación en la mayor medida posible en ambos procesos. El proceso de evaluación debe iniciar una respuesta dinámica a la negación y resistencias al cambio del menor, y debe ser considerada como la primera fase en la experiencia de tratamiento.
4. Con el fin de alcanzar una valoración comprehensiva de la problemática y necesidades, la evaluación debería abarcar al menos los siguientes ámbitos: a) **puntos fuertes y factores de protección** (resiliencia, autoestima, religiosidad, apoyo familiar y social, habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y motivación hacia el tratamiento); b) **historia de uso y abuso de sustancias** y su tratamiento (inicio, frecuencia, intensidad, patrón de consumo, vías de autoadministración); c) **historia y examen médico y psiquiátrico** detallado (incluyendo riesgos para el VIH asociados a la conducta sexual y uso de drogas, historia de conducta sexual, síntomas de trastornos afectivos, suicidio, problemas de conducta); c) **historia y problemas en el desarrollo** (incluyendo eventos traumáticos, maltrato abuso / abandono físico, psíquico o sexual, coerción hacia conductas desviadas, etc.); d) **historia familiar** (problemas familiares por uso de sustancias, salud mental y física, conducta delictiva, patrones de crianza, puntos fuertes y apoyo al tratamiento); e) **red social** de pares y amigos (habilidades sociales e interpersonales, entorno social, implicación en grupos desviados); f) historia de **desempeño escolar, empleo y vocacional** (problemas de aprendizaje, necesidad de educación especial, asistencia); g) **contacto con servicios e instituciones** (problemática judicial, delincuencia, tratamientos); y h) **hábitos recreativos y de tiempo libre** (hobbies, intereses, actividades, aspiraciones).
5. Proporcionar la información necesaria para elaborar y documentar un primer plan de tratamiento individualizado, incluyendo:

- a. Severidad de los trastornos identificados, factores que contribuyen o los mantienen, puntos fuertes del menor o adolescente y plan para la corrección de déficits y resolución de las necesidades identificadas.
- b. Procedimientos para asegurar el cumplimiento del plan, revisión, adaptación y terminación.
- c. Recomendaciones para la utilización de otros servicios, y cómo se coordinarán e integrarán estos diversos servicios.

El evaluador debería ser un profesional bien entrenado y con experiencia en adolescentes y menores con problemas por abuso de drogas y competencias en la recogida, procesamiento e interpretación de la información obtenida durante la evaluación. El proceso de evaluación (también el de filtraje) en programas de tratamiento para adolescentes y menores deben ser planteados de modo activo y no-neutral. Si se desarrollan de un modo adecuado e inteligente suministrarán información de la mayor importancia y utilidad para un tratamiento efectivo, y al contrario, pueden ocasionar un verdadero daño si se realiza de un modo no adecuado. La evaluación del estatus relativo a la salud mental requiere formación psiquiátrica especializada.

A continuación se describen de modo resumido los principales instrumentos hallados en la literatura internacional y que han sido diseñados para el filtraje y evaluación de adolescentes y jóvenes en programas de asistencia y tratamiento por abuso de sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999). Los instrumentos seleccionados han sido evaluados por expertos en la revisión sistemática de instrumentos de evaluación (Murphy e Impara, 1996; Impara y Plake, 1998) o a través de publicaciones científicas especializadas y cuentan con apoyo a favor de sus características psicométricas (fiabilidad y validez), adecuación y utilidad para el uso con adolescentes con problemas asociados al uso de drogas en tratamiento. Muchos de ellos están seleccionados en bases de datos internacionales sobre instrumentos de evaluación, como la del Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (Evaluation Instrument Bank – EIB¹, y otras).

¹ Irefrea realizó la búsqueda, revisión, selección, preparación y descripción de instrumentos para la evaluación en el tratamiento de las drogodependencias a través de un contrato con el OEDT en el año 2002.

2.1. Instrumentos de filtrado (Screening). Cuestionarios y entrevistas breves

Adolescent Drinking Index (ADI)

El Índice de Bebida del Adolescente (ADI) es un cuestionario de 24 ítems, diseñado y revisado por Harrell y Wirtz en el período 1985-1989 y distribuido por Psychological Assessment Resources, Inc. (<http://www.parinc.com/product.cfm?ProductID=143>). Está diseñado para identificar el abuso de alcohol, evaluando los problemas asociados a este abuso, más que en la frecuencia o cantidad consumida. Proporciona tres medidas de bebida como modo de automedicación, conducta agresiva-rebelde y una puntuación total que puede transformarse en puntuaciones T. El ADI ha sido evaluado y revisado por expertos (Murphy e Impara, 1996) y es considerado como un instrumento útil para el filtraje de los problemas por abuso del alcohol entre adolescentes.

Drug and Alcohol Problem (DAP) Quick Screen

El DAP es un cuestionario de 30 ítems (Schwartz y Wirtz, 1990), diseñado para identificar adolescentes con problemas serios asociados al abuso de alcohol y drogas. Es también de uso público (<http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Needs/tdap.shtml>) y está en fase de validación en diferentes poblaciones y entornos de aplicación.

Adolescent Drug Involvement Scale (ADIS)

El ADIS (Mohberg, 1983) es un cuestionario de 13 ítems, diseñado como instrumento de investigación y evaluación para distinguir a los adolescentes más implicados en el consumo de drogas de aquellos menos implicados y que experimentan menos problemas asociados al consumo. Evalúa aspectos relacionados con las consecuencias del consumo, motivaciones hacia el consumo de drogas y sensaciones de control sobre este consumo. Es un instrumento de uso público (<http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Needs/tadis.shtml>) que cuenta con un notable apoyo como instrumento de filtraje e investigación (Mohberg, 1991).

Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI-R)

El DUSI-R (Kirisci, Mezzich, Tarter, 1995) es un autoinforme de 159 ítems en formato verdadero / falso, diseñado para evaluar el grado de implicación con diversas sustancias, cuantificar las consecuencias asociadas al consumo de drogas y estimar la existencia de un probable trastorno por abuso de drogas. Evalúa diferentes áreas (uso de sustancias, conductas - problema, salud física y psicológica, habilidades sociales, aspectos del funcionamiento familiar, desempeño escolar, relaciones con pares, tiempo libre y diversión). Existe una versión en español (en www.dusi.com) y también algunos datos más recientes sobre la validación del instrumento (<http://www.dusi.com/validation.html>). Resulta potencialmente útil como instrumento de filtraje para una variedad de problemas asociados al consumo de drogas y para la monitorización de los resultados del tratamiento (aunque este último uso no está suficientemente documentado).

Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ)

El PESQ es un cuestionario de 40 ítems diseñado para el filtraje de una serie de problemas psicosociales asociados al abuso de drogas (Winters, 1991, 1992). Evalúa la severidad de los problemas por uso de drogas, la edad de inicio y frecuencias de consumo de drogas, problemas de ajuste psicosocial y tendencias que afectan a la fiabilidad de las respuestas. Existe una versión en español, y algunos ítems de muestra en inglés pueden visualizarse en <http://eibdata.emcdda.eu.int/Pdf/tpesq.pdf>. El PESQ ha sido revisado y valorado por expertos (Murphy e Impara, 1996), con notable apoyo hacia su calidad psicométrica y utilidad como instrumento de filtraje.

Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)

El POSIT es un cuestionario autoaplicado de 139 ítems con respuesta sí / no, diseñado desde el NIDA. Está estructurado en diez áreas, identificando posibles problemas asociados al abuso de sustancias, salud mental y física, relaciones sociales y familiares, educación y vocación, habilidades sociales, tiempo libre / hábitos recreativos y conducta desviada / delincuencia. Existe disponibilidad del POSIT en español (http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Outcome/tpositf_es.shtml) e inglés ([237](http://eibdata.emcdda.eu.int/Treat-</p></div><div data-bbox=)

ment/Needs/tposit.shtml). Asimismo, existe una versión del POSIT diseñado como instrumento de monitorización y seguimiento (<http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Outcome/tpositf.shtml>) y un formato especial para ser utilizado con los padres o familiares del adolescente o menor (<http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Needs/tposip.shtml>). El POSIT cuenta con una sólida base de apoyo a sus propiedades psicométricas (Latimer, Winters y Stinchfield, 1997; Santisteban et al., 1999) y utilidad como instrumento de filtraje (<http://eibdata.emcdda.eu.int/Studies/refer.htm>).

Teen Addiction Severity Index (T-ASI)

El T-ASI es una entrevista estructurada utilizada para obtener información básica de adolescentes y menores con anterioridad al ingreso en tratamiento residencial por problemas relacionados con el abuso de drogas. Está estructurado en siete áreas (uso de drogas, situación escolar, empleo / apoyo, relaciones familiares, relaciones sociales, situación legal y situación psicológica / psiquiátrica), y proporciona un índice de severidad de la problemática y una puntuación compuesta (para monitorizar el cambio) en cada área. El T-ASI es de uso público (<http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Outcome/tt-asi.shtml>) y cuenta con una considerable evidencia de apoyo a sus características psicométricas y utilidad (Kaminer, Buckstein y Tarter, 1991; Kaminer et al., 1993).

2.2. Evaluación (Assessment). Cuestionarios estandarizados y entrevistas estructuradas

Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)

El ADAD es una entrevista estructurada para la evaluación de problemas asociados al uso de drogas entre adolescentes, y proporciona estimaciones de la severidad y puntuaciones para la monitorización del cambio en nueve áreas vitales: médica, escolar, empleo, relaciones sociales, relaciones familiares, situación psicológica, situación legal y uso de alcohol y drogas (Friedman y Utada, 1989). El ADAD ha sido traducido al francés, griego y sueco y es de uso público (<http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Needs/tadad.shtml>).

Adolescent Diagnostic Interview (ADI)

El ADI es una entrevista estructurada diseñada para evaluar los criterios de trastorno por uso de drogas entre adolescentes según criterios DSM-III-R y DSM-IV (Winters y Henly, 1993; Winters et al., 1993). Asimismo, evalúa la existencia de factores estresantes ambientales, funcionamiento escolar e interpersonal, estado psicológico y funcionamiento neurocognitivo. Existen versiones en español e inglés, aunque no es un instrumento de uso público (<http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Needs/tadi.shtml>).

Adolescent Self-Assessment Profile (ASAP)

El ASAP es un instrumento de 225 ítems que puede ser utilizado como cuestionario autoaplicado o entrevista estructurada, fue diseñado con el fin de evaluar el ajuste psicosocial de adolescentes y su consumo de drogas (implicación, motivación y problemas asociados) y servir como instrumento para la planificación del tratamiento y para la monitorización de los resultados. Suministra puntuaciones en veinte escalas básicas y en quince escalas complementarias que proporcionan información sobre: a) seis factores de riesgo y resiliencia principales; b) evaluación de la función, implicación y problemas asociados al uso de drogas; c) implicación en el uso de nueve tipos de sustancias; d) ajuste familiar; e) salud mental; f) influencia de pares desviados; g) ajuste escolar; h) conducta desviada y problemas de comportamiento; e i) subescalas relativas al uso de drogas: actitudes, beneficios percibidos, implicación, síntomas de abuso y dependencia. El ASAP ha sido evaluado con detalle por expertos y ha obtenido un considerable apoyo a sus propiedades psicométricas y utilidad (Leccese y Waldron, 1994). Existe solamente en lengua inglesa y no es de uso público. Información adicional sobre el ASAP puede hallarse también en la página web del OEDT (<http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Needs/tasap.shtml>).

Comprehensive Adolescent Severity Inventory (CASI)

El CASI es una entrevista estructurada diseñada para proporcionar una valoración detallada y comprehensiva de la problemática asociada al abuso de drogas entre adolescentes (Meyers et al., 1994). Está estructurada en áreas para evaluar la severidad de la problemática y los cam-

bios a lo largo del tiempo relativos al uso de drogas, educación y funcionamiento escolar, uso del tiempo libre y hábitos recreativos, relaciones con pares y amigos (incluyendo actividad sexual), relaciones familiares y estado psicológico / psiquiátrico.

Juvenile Automated Substance Abuse Evaluation (JASAE)

El JASAE es un instrumento de filtraje y evaluación asistido por ordenador y distribuido por ADE Incorporated (<http://www.adeincorp.com>) que contiene 108 ítems y evalúa el abuso de alcohol y drogas, actitudes y eventos vitales estresantes entre adolescentes, proporciona directrices para la planificación del tratamiento individualizado y se suministra con utilidades para análisis descriptivos básicos. Existen versiones en español e inglés.

Personal Experience Inventory (PEI)

El PEI es un cuestionario autoaplicado de 276 ítems diseñado para documentar el inicio, naturaleza y alcance de la problemática por abuso de drogas y sus consecuencias entre adolescentes, así como diversos factores de riesgo de tipo personal y ambiental que pueden precipitar o mantener el abuso de sustancias (Winters y Henly, 1989; Winters, Stinchfield y Henly, 1996). Evalúa diez escalas de problemas por abuso de sustancias, factores de riesgo personales (ocho escalas y 79 ítems), factores de riesgo ambientales (cuatro escalas y 35 ítems), problemas escolares, familiares y trastornos psiquiátricos (seis escalas con 31 ítems) y proporciona índices de validez de la información. Está disponible en español e inglés, aunque no es de uso público. Más información acerca del instrumento y estudios sobre el PEI puede encontrarse en la página web del OEDT (<http://eibdata.emcdda.eu.int/Treatment/Needs/tpei.shtml>).

The Texas Christian University Prevention Intervention Management and Evaluation System (TCU/PMES)

El TCU/PMES es una batería de instrumentos diseñados para ser administrados como entrevistas estructuradas durante la admisión y seguimiento del tratamiento de adolescentes con problemas por abuso de drogas. Está estructurado en una serie de escalas que evalúan problemas

escolares, problemas en las relaciones familiares y sociales, situación y problemática legal, problemas de abuso de drogas y estatus psicológico. El TCU/PMES ha sido diseñado por un equipo dirigido por Dwayne Simpson y con una amplia experiencia en investigación y evaluación de los tratamientos por abuso de drogas. Estos instrumentos, junto con otros reaccionados, son de uso público y pueden encontrarse en la página web del Instituto de Investigación Conductual de la Universidad Cristiana de Texas (www.ibr.tcu.edu).

3. EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE NECESIDADES EN MENORES CONSUMIDORES EN SITUACIÓN DE RIESGO PARA EL ABUSO Y USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

En este apartado del capítulo se resumen algunas de las características de menores y adolescentes en situación de riesgo para el abuso y dependencia de drogas, captados y evaluados por Irefrea durante el año 2003 en un proyecto financiado por el PNSD.

3.1. Objetivos

- Describir las necesidades existentes en adolescentes que recientemente han comenzado a manifestar patrones de abuso de drogas, poniendo énfasis especial en consumidores de riesgo en entornos recreativos y utilizando una metodología multidimensional para la identificación evaluación de necesidades.

3.2. Material y método

Instrumento

Entrevista semiestructurada con ítems agrupados en las siguientes áreas:

- Antecedentes y severidad de la problemática asociada al abuso de drogas.
 - Salud.
 - Formación, empleo, soporte.

- Familiar / social.
 - Abuso de sustancias y otras conductas de riesgo.
 - Psicológica / salud mental.
- Variables mediadoras (de naturaleza motivacional, conductual - cognitiva).
 - Gestión de la vida recreativa (implicación, motivación y contexto).
 - Percepción del riesgo asociado al uso de drogas.
 - Motivación para el uso de drogas / función del uso y abuso de drogas.
 - Actitudes hacia el cambio y la intervención temprana.

Muestra

Fueron evaluados inicialmente 300 consumidores de riesgo en cinco comunidades autónomas: Baleares, Madrid, Navarra, País Vasco y Comunidad Valenciana. Los procedimientos utilizados para la captación de estos consumidores en situación de riesgo para el abuso / dependencia de drogas fueron diversos: a) a través del contacto con profesionales de la orientación en centros educativos; b) a través de otros significativos (familiares, amigos y conocidos), utilizando el procedimiento de «bola de nieve»; c) a través de instrucciones que están en contacto con el Sistema Judicial (captación de adolescentes con sanciones administrativas relacionadas con drogas, etc.), e instituciones que desarrollan programas de prevención selectiva / indicada del abuso de drogas; y d) algunos programas de intervención temprana y tratamiento, en cuyo caso se seleccionaron los adolescentes que habían entrado en el programa durante el último mes.

De los 300 consumidores en situación de riesgo evaluados, 117 (39%) tenían 18 años o menos y constituyen la muestra descrita en este capítulo. De estos menores y adolescentes, 91 eran varones (77,8%) y 26 mujeres (22,2%). La gran mayoría (103; 88%) estaban solteros y el 18% tenían relación de pareja estable. El 84% vivían con su familia de origen. Algo más de la mitad (53,2%) procedían de clase media-alta, y el resto de clase media-baja (34%) o baja (12,8%).

3.3. Resultados

Salud

La mayoría de los encuestados consideran que su salud es buena (50%) o muy buena (21,4%), y casi todos los restantes consideran que su salud es tan solo regular (25%).

Casi la mitad (47%) han tenido algún problema de salud durante el último año. La naturaleza de estos problemas es muy diversa, y no se observan patologías graves. Algo más de la tercera parte de la muestra (34,2%) informan que han tenido durante el último año algún problema de salud relacionado con el uso / abuso de drogas.

Formación, empleo y soporte

Más de la mitad de los sujetos no ha completado los estudios primarios o solamente tiene estudios primarios (28% y 40%, respectivamente). La mitad de ellos se consideran estudiantes malos o muy malos (50%) y la mayoría de los restantes se considera solamente un estudiante regular (39%). La mayoría de ellos solamente estudia (61%), uno de cada 5 estudian y trabajan (21%) y casi uno de cada 10 solamente trabaja (9,6%). Alrededor de 4 de cada 5 son económicamente dependientes.

La mitad de ellos han tenido problemas en sus relaciones con los profesores, alrededor del 70% han tenido problemas con las normas escolares y alrededor de uno de cada tres no ve utilidad en la formación recibida. La gran mayoría (83%) han tenido alguna vez graves problemas en la escuela (expulsión, discusiones con los profesores, etc.).

Casi la mitad se siente bastante o muy preocupado por sus estudios (49%), dos de cada tres por el trabajo (66%) y casi todos por su situación económica (79%).

Entorno familiar y social

La tabla siguiente muestra los porcentajes de consumo habitual de alcohol y consumo de drogas ilegales entre los padres y hermanos.

Tabla 1
Porcentajes de consumo habitual de alcohol y consumo de drogas ilegales entre los padres y hermanos

Orden o norma	Padre	Madre	Hermanos	Algún familiar
<i>Alcohol</i>	45%	24%	32%	63,6%
<i>Drogas ilegales</i>	21%	8%	33%	48%

Según se muestra en la Tabla 1, casi dos de cada tres de estos adolescentes procede de familias donde algún familiar consume alcohol habitualmente, y casi la mitad procede de familias donde algún miembro consume alguna droga ilegal habitualmente. El consumo habitual de alcohol es más frecuente entre los padres, mientras que el consumo habitual de alguna droga ilegal es más frecuente entre los hermanos.

Casi la mitad tienen al menos ocasionalmente problemas en la relación con su padre (46%) o con su madre (33%). La gran mayoría tiene conflictos familiares por consumir o abusar del alcohol (88%) o de otras drogas (50%) o por su estilo de vida (80%) y algo menos de la mitad ha recibido amenazas de ser expulsado de casa (40%).

Algo más de la mitad informa de al menos algún problema grave entre los padres en el pasado (54%), algo menos de una cuarta parte informa de frecuentes problemas graves entre los padres (22%) y más de tres de cada cuatro informan de frecuentes conflictos familiares (77%). Casi uno de cada cinco (19%) informa de que ha sido al menos alguna vez objeto de maltrato físico o psíquico y un pequeño porcentaje informa de algún abuso sexual (5,2%).

El porcentaje promedio de amigos que comercian con drogas en pequeña escala es del 70%, el 55% de los amigos en promedio son consumidores de alcohol y otras drogas y aproximadamente el 60% de los amigos lo seguirían siendo si el entrevistado dejase de consumir drogas. Algo más de la mitad han cambiado de amigos como consecuencia de su consumo de drogas (52%) y la mitad se siente a menudo mejor comprendido por sus amigos consumidores (49%).

Abuso de sustancias y otras conductas de riesgo

El gráfico siguiente muestra los porcentajes de menores y adolescentes de 18 años o menos entrevistados que son consumidores habituales de diferentes sustancias. Se observa que casi todos consumen habitualmente alcohol y cannabis y que entre una cuarta parte y el 40% consumen habitualmente además otras drogas ilegales.

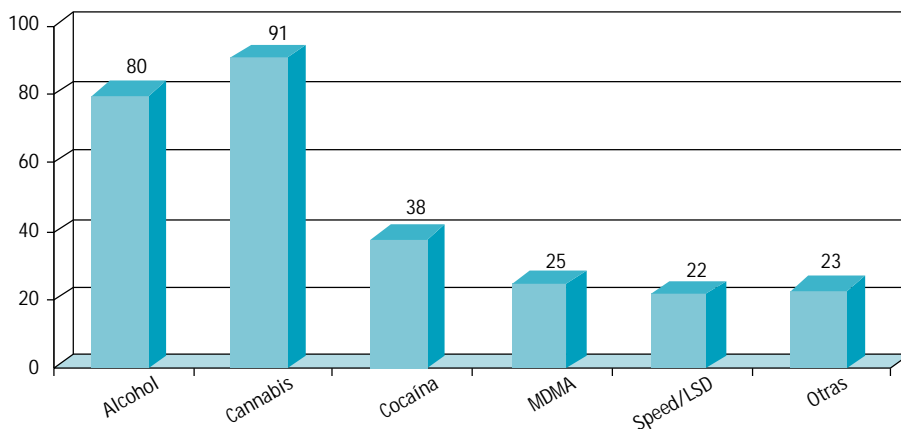


Gráfico 1. Porcentaje de adolescentes encuestados que consumen habitualmente diferentes sustancias

El gráfico siguiente muestra los porcentajes de menores y adolescentes de 18 años que abusan de diferentes sustancias: algo menos de la mitad abusan preferentemente del alcohol, y la gran mayoría afirman que abusan principalmente del cannabis.

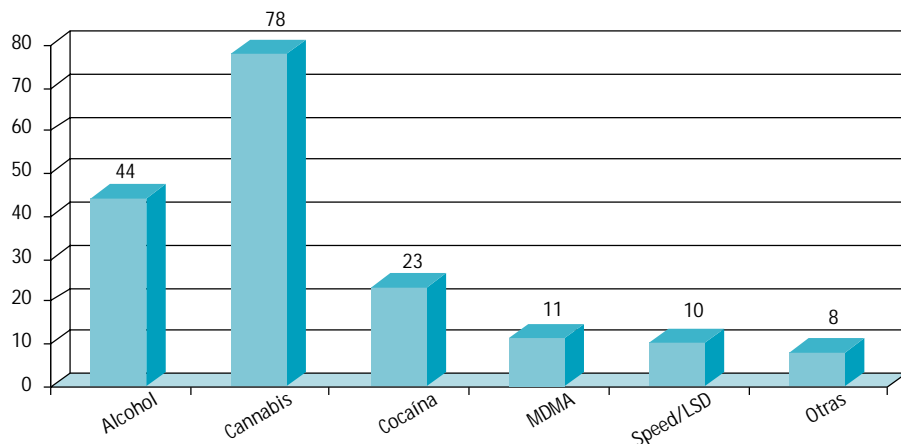


Gráfico 2. Porcentaje de adolescentes encuestados que reconocen abusar de diferentes sustancias

El 53% reconoce haber tenido problemas de diversa índole como consecuencia del abuso de drogas: efectos adversos sobre la salud (incluyendo síntomas de dependencia y situaciones de grave riesgo para la salud), problemas económicos, conflictos interpersonales serios, inclu-

yendo agresiones, conflictos familiares, conducta delictiva, desajustes serios en el funcionamiento laboral, escolar o social, problemas psicológicos / psiquiátricos. Al mismo tiempo, se observa frecuentemente una negación de problemas asociados al consumo de drogas, que se ponen de manifiesto en el proceso de filtraje y evaluación desarrollado: más de la mitad de los adolescentes que habían negado problemas relacionados con el abuso de drogas reconocen posteriormente estos tipos de problemas y otras consecuencias de grave riesgo para la salud e integridad propia o ajena (accidentes, situaciones con violencia y agresiones con resultado de lesiones, etc.).

Problemática psicológica, conductual y salud mental

El párrafo siguiente muestra los porcentajes de menores y adolescentes de 18 años que han tenido con anterioridad diferentes problemas comportamentales:

- Problemas comportamentales (92%).
- Ser detenido (46%).
- Conducta antisocial en el entorno (74%).
- Conducir bebido: 40%.
- Conducir bajo efectos de otras drogas: 53%.
- Peleas con resultado de heridos: 69%.
- Tráfico de drogas: 80%.
- Hurtos / robos: 69%.
- Juego excesivo: 48%.
- Mal funcionamiento por abuso de drogas: 66%.
- Promiscuidad: 66% y sexo no-protegido con pareja ocasional: 33%.

El gráfico 3 muestra los porcentajes de sujetos que han experimentado diversos problemas psicológicos o necesidad de tratamiento, sin asociación con el consumo de drogas y asociados al consumo de drogas.

Observamos que el 70% ha experimentado alguno de estos síntomas serios de desajuste psicológico, sin relación con el consumo de drogas. Los porcentajes de estos problemas psicológicos no relacionados con las drogas oscilan entre el relativo a la depresión (26%) y los problemas cognitivos (atención, concentración, memoria), que han afectado a casi la mitad de estos sujetos. El 35% ha recibido algún tratamiento psicológico por problemas de este tipo, no relacionados con las drogas.

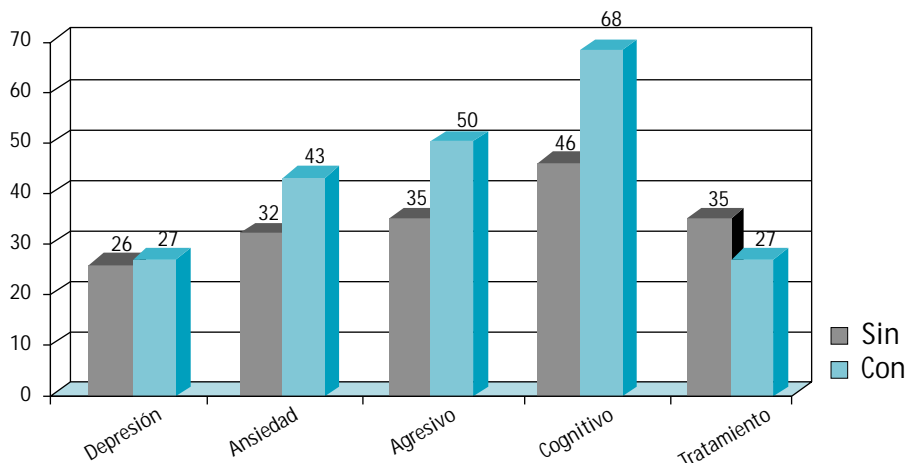


Gráfico 3. Porcentaje de adolescentes encuestados que han experimentado diferentes síntomas de desajuste psicológico o psiquiátrico, con o sin relación con el consumo de drogas

Se observa también cómo la prevalencia de alguno de estos síntomas es superior entre la muestra como consecuencia del uso o abuso de drogas (el 86% ha experimentado alguno de estos problemas como consecuencia del abuso de drogas). Los porcentajes de estos síntomas oscilan entre el 27% para la depresión y el 68% para los problemas cognitivos. El 27% están recibiendo algún tipo de tratamiento relacionado con el abuso de drogas.

Gestión de la vida recreativa

La gran mayoría de los evaluados salen «de marcha» a divertirse tres o cuatro fines de semana al mes (76%), y suelen salir durante dos o tres noches cada fin de semana (56% y 23%, respectivamente). La mitad (50%) también salen de marcha durante los días laborables y la mitad o más sale al menos durante ocho horas durante cada sesión (cada vez que sale). Estos menores y adolescentes se gastan semanalmente una cantidad promedio de 19 € en alcohol, 32 € en cannabis, casi 60 € en cocaína y algo más de 45 € en promedio en otras drogas.

Percepción del riesgo asociado al uso de drogas y otras conductas de riesgo

Tabla 2
Porcentaje de entrevistados que perciben un peligro moderado o bajo en diversas conductas de riesgo o conductas - problema

Conducta de riesgo o conducta problema	%
Conducir bebido	33
Conducir drogado (pastillas, cocaína)	42
Sexo no protegido	37
Consumir pastillas sin saber la composición	61
Embriagarse semanalmente	77
Mezclar drogas	60
Comprar drogas y vender a conocidos	86
Pelearse	78

La tabla anterior muestra los porcentajes de sujetos que perciben un peligro solo moderado o bajo de las siguientes conductas de riesgo. Se observa una baja percepción del riesgo asociado a diversas conductas que suponen una amenaza para la salud, la integridad física y el funcionamiento social.

En síntesis: la gran mayoría de estos adolescentes entrevistados perciben un bajo o moderado riesgo en conductas problema como venta de drogas, violencia o la embriaguez habitual. Más de la mitad perciben también un riesgo moderado en mezclar drogas o consumir pastillas desconociendo su composición. Más de un tercio no ve un peligro serio en mantener relaciones sexuales coitales no protegidas o conducir bajo el efecto de alcohol u otras drogas.

3.4. Conclusiones

En este apartado se demuestra que los menores y adolescentes entrevistados recientemente por Irefrea presentan las características que se han encontrado repetidamente en la literatura científica sobre jóvenes con problemas por abuso y dependencia de drogas. En el planteamiento base de nuestro estudio se encuentra la idea de que la evaluación de los menores y adolescentes que desarrollan conductas de riesgo asociadas al uso de drogas debe incluir al menos: una valoración del abuso del alcohol y drogas, los principales factores de riesgo que predisponen y

perpetúan el uso y abuso, y la probable coexistencia o antecedentes de problemas psicológicos o psiquiátricos. Nuestra perspectiva es que el uso frecuente de drogas (incluso en menores y adolescentes de clase media o media-alta) va frecuentemente acompañado de una serie de problemas y trastornos en la vida del joven, como nuestros datos muestran y se viene demostrando en la literatura. Estos problemas más frecuentes se encuentran en el desarrollo de las tareas escolares y formativas (Newcomb y Bentler, 1989; Baumrind y Moselle, 1985) y en la realización de una serie de conductas antisociales o delictivas, conductas de riesgo asociadas a la conducta sexual, conducción de vehículos, etc., como se ha observado en este apartado descriptivo (Jessor y Jessor, 1977). Además de predisponer al uso y abuso de drogas, estos déficits en el desarrollo y conductas de riesgo o conductas - problema también constituyen factores de riesgo clave, en la medida en que dificultan la transición hacia el rol de adulto y favorecen el uso de drogas como forma de compensar parcialmente la falta de otras relaciones interpersonales y metas reforzantes. Como se ha descrito también en este apartado, la implicación en el uso de drogas y las conductas relacionadas suele ir acompañada de la creación y consolidación de redes de pares también implicados en este patrón comportamental, donde el uso de drogas y la conducta desviada forman parte de las normas implícitas de comportamiento y son aceptadas y reforzadas. En muchos casos, el uso de alcohol y drogas también se ve favorecido por la existencia de modelos familiares consumidores y la existencia de normas familiares implícitamente tolerantes. El ciclo se cierra y repite en la medida en que se favorece la creación de una identidad y autoimagen más superficial, menos saludable y con mayor asociación a una serie de conductas de riesgo, donde el uso / abuso de drogas y otras conductas de riesgo y conductas - problema aumentan en probabilidad y frecuencia y pasan a ser percibidas cada vez como menos dañinas y peligrosas. De esta forma, los factores de riesgo familiares, grupales, del desarrollo (escolar, formativo, etc.) y personal se retroalimentan y fortalecen mutuamente, como se ha puesto de manifiesto repetidamente en la literatura científica (CSAP, 2002; Becoña, 2002).

Nuestros resultados también permiten resaltar la relevancia de dos factores de riesgo cuya evaluación detallada es cada vez más recomendada por los expertos en el abuso de drogas entre adolescentes: a) la sintomatología y posible comorbilidad psiquiátrica; y b) los hábitos recreativos, especialmente los que se desarrollan durante las noches de los fines de semana. Las edades de inicio, experimentación, uso y abuso de sustancias han venido decreciendo de manera continuada en la última década. Consecuentemente, es cada vez más probable que los adolescentes y

menores con abuso de drogas experimenten actualmente mayores déficits en el desarrollo, mayores déficits neurocognitivos y mayor psicopatología (Winters, 1999). En nuestro estudio hemos hallado frecuencias altas (hasta el 70%) de sintomatología psiquiátrica no directamente relacionada con el consumo de drogas entre los menores evaluados, hasta el punto que uno de cada tres ha recibido previamente algún tipo de tratamiento por estos motivos. Como señalan otros autores (Becoña, 2002), la comorbilidad psiquiátrica es un factor de riesgo de primer orden para el mantenimiento del abuso de drogas e implica la necesidad de recursos más especializados durante todo el proceso de evaluación, intervención temprana, tratamiento y seguimiento de los menores con problemas por abuso de drogas. La relevancia de los entornos recreativos como contexto cada vez más determinante del uso y abuso de drogas entre adolescentes y de un determinado estilo de vida recreativa durante el fin de semana como factor de riesgo personal ha sido puesto de manifiesto por los estudios recientes de Irefrea (Calafat et al., 2000). En estos estudios se describe cómo los espacios recreativos son cada vez más lugares donde los jóvenes que abusan del alcohol y drogas encuentran un entorno donde ese abuso de drogas tiene un valor instrumental clave para una actividad tan reforzante y placentera como la diversión, donde las normas sociales implícitas conllevan mayor tolerancia hacia el uso y abuso de drogas, y donde la percepción del riesgo asociada a las conductas de riesgo en general disminuye sustancialmente. Los déficits en el desarrollo de capital social y personal asociados al abuso de drogas son, en parte, compensados por un estilo de vida cada vez más predominantemente orientado a metas a corto y medio plazo (una cierta autonomía personal, diversión y placer).

4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE MENORES CON ABUSO O DEPENDENCIA DE DROGAS

En este apartado se resumen las características de programas de intervención más eficaces con adolescentes consumidores de drogas en situación de riesgo para el abuso o dependencia, según se hallan en la literatura. Nos limitaremos a dos tipos de intervención: a) los programas de prevención «indicada» (dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores habituales de drogas o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose, por tanto, a los que ya son individuos de alto riesgo; Becoña, 2002); y b) programas específicos de tratamiento, dirigidos a responder a problemas relacionados con el uso de drogas entre adolescentes o adultos jóvenes con trastornos por abuso de drogas.

Durante la última década se han ido consolidando en el campo de la intervención en general y la prevención del abuso de drogas en particular los conceptos de buenas prácticas y de intervención basada en la evidencia científica, que se apoyan en la aplicación de intervenciones fundamentadas teóricamente y evaluadas científicamente. Esto significa que se han ido identificando las bases teóricas que fundamentan una prevención e intervención temprana efectiva y los componentes específicos que hacen que esas intervenciones sean comparativamente más efectivas (Becoña, 2002). Se pueden hallar resultados relativos a las mejores prácticas en la intervención temprana con el abuso de drogas entre adolescentes y adultos jóvenes en Canadá (Paglia y Room, 1998; Roberts et al., 2001), USA (Swiser, 2000; Gardner et al., 2001; CSAP, 2002; NIDA, 2003), Europa (Base de datos EDDRA: http://www.emcdda.eu.int/responses/methods_tools/eddra.shtml) y España (Martínez y Salvador, 2000; Antón, Martínez y Salvador, 2001; Base datos Idea - Prevención: <http://www.idea-prevencion.net/>; Becoña, 2002).

Sin embargo, la evidencia científica revisada en los informes anteriores se refiere mayoritariamente a programas de prevención universal y selectiva, mientras que la evidencia relativa a programas de prevención indicada e intervención temprana y tratamiento de adolescentes con problemas por abuso de drogas es mucho más escasa, y también más escasas las revisiones sobre el tratamiento de adolescentes por abuso de drogas (Winters, 1999). A continuación se revisan algunos de los programas orientados a la intervención temprana (prevención indicada) y el tratamiento de adolescentes y menores con problemas por abuso de drogas principalmente en América (USA y Canadá) y Europa, sin incluir algunos programas dirigidos específicamente a la reducción de daños en adolescentes consumidores de drogas por vía inyectada o programas de «outreach». Se incluyen también algunos ejemplos de programas de prevención indicada o tratamiento efectivos en su aplicación a menores que son hijos de consumidores de drogas.

4.1. Programas más efectivos en la intervención temprana y tratamiento de menores y adolescentes en situación de riesgo para el abuso de drogas

4.1.1. Programas en América

Project Towards No Drug Abuse (Project TND)

Este programa de prevención indicada se dirige hacia menores en edad escolar, con el objetivo de prevenir la transición desde el uso al abu-

so de drogas. El contenido abarca doce sesiones diseñadas para fortalecer la motivación hacia el cambio, la corrección de percepciones erróneas, habilidades sociales y de autocontrol, y entrenamiento en la toma de decisiones. Las conductas de riesgo consideradas son el uso de drogas legales e ilegales, las conductas violentas y antisociales. El programa ha informado de resultados positivos a través de pruebas experimentales en el seguimiento al año de las conductas de riesgo señaladas, y algunos efectos positivos se mantienen en el seguimiento a los dos años (NIDA, 2003).

Reconnecting Youth Program (RY)

Este programa de prevención indicada se dirige hacia menores en edad escolar que se encuentran implicados en múltiples conductas problema (abuso de drogas, depresión, conductas violentas o conducta suicida). Los objetivos son la reducción del uso de drogas, el aprendizaje del manejo de las respuestas afectivas (emociones, ansiedad y depresión) y mejorar el desempeño educacional. La intervención se desarrolla en entorno grupal (entre 10-12 adolescentes) durante un período de seis meses. El contenido del programa se centra en la adquisición y práctica de habilidades de comunicación, toma de decisiones, autocontrol y mejora de la autoestima. Las primeras evaluaciones experimentales muestran un descenso en los problemas derivados de la pérdida de control sobre el uso de drogas (menores consecuencias adversas y escalada hacia el abuso), disminución del uso de drogas ilegales, mejoras en el manejo de las respuestas afectivas (ansiedad y depresión) y mejoras en el desempeño educacional (NIDA, 2003).

Youth Substance Abuse and Parent Programs

Este programa de prevención indicada se dirige a menores y adolescentes consumidores de drogas, sus hermanos y padres. Sus fundamentos se basan en el Modelo Transteórico de Cambio, modelos de Reducción de Daños, Intervenciones Sistémicas en el ámbito familiar, la Entrevista Motivacional y en modelos para el abordaje de la Co-Dependencia y de la patología dual. Los objetivos son variados, desde la reducción de riesgos y daños, hasta la abstinencia total. La estrategia de intervención se orienta hacia la reducción de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores de protección, manteniendo la abstinencia como objetivo último, teniendo en cuenta los estadios y procesos de cambio en los que se encuentra cada usuario y desde una perspectiva de intervención sistémi-

ca. Los servicios incluyen servicios ambulatorios (para menores consumidores y sus padres), centros de día (adolescentes embarazadas y con conductas problema), con servicios específicos para menores de 18 años. Los componentes para menores consumidores de drogas incluyen terapia y sesiones de consejo individual y grupal orientados hacia la implicación y motivación, resolución de problemas y prevención de recaídas. El programa suministra servicios adaptados para los menores consumidores con comorbilidad psiquiátrica (problemas de aprendizaje y trastornos psiquiátricos). La duración del programa no tiene límite especificado, y alcanza una duración promedio de 48 semanas. Se informa de unos resultados que incluyen la abstinencia en el 50% de los menores participantes, un 25% con educación sustancial del consumo de drogas y un 25% sin mejoras o con empeoramiento. La mejoría es más apreciable en lo relativo al desempeño escolar (Roberts et al., 2001).

First Contact. A Brief Treatment for Young Drug Users

Éste es un programa de prevención indicada, dirigido a menores, adolescentes y adultos jóvenes consumidores de drogas y en situación de riesgo para el abuso o dependencia de drogas. Parte de una valoración previa de la preparación, motivación para el cambio y metas individuales, consecuencias y alternativas conductuales relacionadas con el consumo / abuso de drogas. Se basa en un manual para la intervención individual o grupal, que incluye procedimientos, ejercicios, instrumentos y estrategias relacionadas con la entrevista motivacional. Los objetivos del programa son la reducción del consumo de drogas, desarrollo de actividades recreativas saludables, mejora de habilidades personales y sociales, mejora de las relaciones familiares y mayor acceso a los servicios comunitarios. Los servicios incluyen la evaluación, planificación del tratamiento y sesiones individuales y grupales, junto con servicios para las familias y servicios en centro de día (ocupacionales y formativos) para los menores que aceptan la abstinencia de drogas como meta. Los resultados a los seis meses de seguimiento incluyen la reducción significativa del consumo de drogas y consecuencias adversas asociadas al consumo (Roberts et al., 2001).

McDougall House

Es un programa de prevención indicada y tratamiento orientado específicamente para mujeres menores o adolescentes con uso / abuso de drogas y

otras conductas problema. Los fundamentos teóricos se basan en la Entrevista Motivacional y la Terapia Racional - Emotiva. Es un programa residencial orientado hacia la abstinencia, con una duración promedio de 6-9 meses. La evaluación de los resultados indica que un 60% de usuarios completan el programa abstinentes y con actividad escolar o laboral (Roberts et al., 2001).

Lifestyles 94

Este programa de prevención indicada se dirige hacia menores en edad escolar que abusan del alcohol y está dirigido por Alan Marlatt. Los fundamentos son los modelos de reducción de daños, modelos del aprendizaje social-cognitivo y la Entrevista Motivacional. El modelo de intervención se basa en la discusión interactiva en un marco individual, teniendo en cuenta los factores de riesgo y protección individuales y los patrones de abuso individuales. Se informa de reducciones significativas y sustanciales en el consumo de alcohol y en sus consecuencias negativas, con mejores resultados entre las mujeres y peores resultados entre varones con otros problemas de conducta concurrentes (Roberts et al., 2001).

Personal Growth Class

Es un programa de prevención indicada para menores en edad escolar, diseñado para reducir el uso y abuso de drogas y mejorar el estatus psicológico (depresión y salud mental) y el desempeño escolar. Los fundamentos se basan en las teorías que analizan el apoyo y redes sociales, el control social y las teorías del aprendizaje social-cognitivo, y se dirige hacia la intervención sobre las redes de apoyo social y el aprendizaje y práctica de habilidades sociales y de resolución de problemas. El programa se desarrolla en un período de 5-6 meses, en sesiones de 55 minutos. Los resultados muestran reducciones del uso y abuso de drogas y de sus consecuencias negativas, mejoras en la autoestima y el estatus psicológico y en el funcionamiento escolar durante el programa, aunque en el seguimiento estos buenos resultados sólo se mantienen parcialmente (Roberts et al., 2001).

Creating Lasting Family Connections (CLFC)

Programa que abarca la prevención universal, selectiva e indicada del uso y abuso de alcohol y drogas y la conducta violenta. Sus funda-

mentos son las teorías sobre los factores de riesgo y protección (resiliencia), enfatizando los factores de resiliencia para los individuos, familiares y la comunidad. Los componentes del programa para los jóvenes y menores consumidores en situación de riesgo para el abuso de alcohol y drogas enfatizan el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento de situaciones de riesgo que precipitan o mantienen el consumo de drogas, el desarrollo de redes de apoyo social y alternativas conductuales saludables. La duración del programa abarca un promedio de 5-6 semanas como mínimo (hasta 18 semanas) con sesiones semanales de 2,5 horas. La evaluación realizada implica diseño experimental aleatorizado con medidas repetidas, y muestra resultados positivos para los menores y adolescentes consumidores, tanto en los factores de resiliencia individuales (uso de servicios comunitarios, mejora de los vínculos familiares y habilidades de comunicación), como en la reducción del uso y abuso del alcohol y otras drogas (Roberts et al., 2001).

Entrevista Motivacional (Motivational Interviewing)

Es una intervención orientada hacia adolescentes de edades entre 14-19 años atendidos por alguna urgencia hospitalaria asociada al abuso de alcohol. Se basa en la entrevista motivacional breve, y desarrolla tres entrevistas de 35-40 minutos de duración en un período de tres meses. Los resultados a los seis meses de seguimiento indican reducciones en las conductas de riesgo y consecuencias negativas asociadas al uso y abuso de alcohol (Roberts et al., 2001).

Focus on Families

Es un programa de prevención indicada para padres que participan en programas de mantenimiento con metadona y que tienen hijos en edades comprendidas entre 3 y 14 años. Se basa en los modelos de desarrollo social (que integra las teorías de aprendizaje social-cognitivo y las teorías del control social) e integra el manejo de los factores de riesgo y protección para el abuso de drogas entre menores y adolescentes. El contenido del programa se orienta hacia ayudar a los padres drogodependientes con hijos a prevenir el abuso de drogas. Incluye 32 sesiones para padres, distribuidas en dos sesiones semanales durante 16 meses y 12 sesiones para los menores. Los objetivos son la mejora de las relaciones en el entorno familiar, el entrenamiento en habilidades de comunicación y

de resolución de problemas en el ámbito familiar; la prevención de recaídas, la creación de expectativas y normas claras en la familia sobre drogas y alcohol, el entrenamiento de los hijos en resolución de problemas y afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo de drogas. La evaluación de los resultados incluye el uso de drogas entre los hijos, la realización de otras conductas - problema y el desempeño escolar, además del vínculo con pares desviados y con la familia. La evaluación del programa fue realizando un diseño experimental con medidas repetidas de seguimiento a los seis y doce meses, mostrando una implicación en el uso de drogas y actividades delictivas moderadamente menores entre los menores del grupo experimental (Roberts et al., 2001).

4.1.2. Programas en Europa

Este apartado resume las características de los programas de prevención indicada dirigida a menores y adolescentes consumidores de drogas, seleccionados entre los incluidos en la base de datos EDDRA, del Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (OEDT).

Millenium

Es un programa desarrollado en la ciudad de Rimini (Italia). Está orientado hacia jóvenes que abusan del alcohol, consumen frecuentemente cannabis y drogas de diseño, problemas racionales con padres, familiares e instituciones y, en ocasiones, presentan comorbilidad psiquiátrica, problemas de salud relacionados con enfermedades de transmisión sexual, etc. Los objetivos del programa son mejorar la formación académica y ocupacional-vocacional, las relaciones sociales y familiares y la modificación de las conductas problema (el uso y abuso de drogas y otras conductas desviadas).

PLEFSI: Intervención temprana para adolescentes consumidores de drogas y sus familias. Intervención temprana en comunidad terapéutica

Es un programa desarrollado en Atenas, dirigido a adolescentes y menores de edades comprendidas entre los 13 y 20 años, consumidores de drogas en situación de riesgo para la dependencia y necesitan apoyo en las áreas educacionales y de empleo y en la mejora de relaciones fa-

miliares. Siguiendo un modelo de intervención ecléctico, los resultados de la evaluación muestran mejoras en la situación de los participantes.

Outpatient Therapy For Cannabis And Party Drugs Users

Es un programa desarrollado en Berlín, dirigido a menores de 18 años consumidores de cannabis y drogas recreativas (MDMA o similares y speed) que presentan también otros problemas relacionados con el abuso de drogas. Ofrece servicios de psicoterapia, consejo, tratamiento y rehabilitación en régimen ambulatorio.

Programa Municipal de Intervención con Adolescentes de Ayuntamiento de Madrid

Es un programa de prevención indicada y tratamiento de menores y adolescentes con uso y abuso de drogas. Los objetivos del programa son: a) la detección temprana de menores en situación de alto riesgo para el abuso de drogas y aumentar la motivación para el tratamiento en aquellos con problemas de abuso / dependencia de drogas; b) consejo y apoyo para las familias de estos menores, profesores y otros mediadores; y c) dinamizar el uso y coordinación de servicios sociales para este colectivo.

Early intervention of first time noticed drug users -FreD

Es un programa desarrollado en Berlín, dirigido a menores y adolescentes que tienen algún contacto con el sistema legal motivado por el uso / abuso de drogas. FreD ofrece servicios guiados, desde un enfoque cercano a la entrevista motivacional para ayudar al menor o adolescente a reflexionar acerca del consumo de drogas y sus consecuencias, analizando la posibilidad de modificar los patrones de consumo y abuso de drogas y las actitudes hacia el consumo de drogas.

Youth- and Addiction-Counselling-Centre «Auftrieb»

Es un programa desarrollado en Wiener Neustadt (Austria), dirigido a menores y adolescentes (entre 13-19 años) que tienen algún uso / abuso de alcohol y drogas. Suministra consejo para los problemas aso-

ciados al abuso de drogas en régimen ambulatorio, además de organizar actividades preventivas universales y selectivas.

Youth Awareness Programme

Es un programa desarrollado en Londres, dirigido a menores y adolescentes (entre 12 y 19 años) que tienen algún contacto con el sistema legal motivado por conductas - problema frecuentemente relacionadas con el uso / abuso de drogas. Desarrolla un programa basado en la modificación de conducta y terapias cognitivo-conductuales dirigido tanto al abuso de drogas como a otras conductas - problema asociadas al abuso de drogas.

SUSPERTU: Programa de apoyo a adolescentes

Es un programa de intervención temprana para menores y adolescentes (entre 13 y 20 años) en régimen ambulatorio, desarrollado en Pamplona por la Asociación «Proyecto Hombre». Se orienta hacia la reducción del abuso y uso problemático de drogas, basándose en los modelos sobre los factores de riesgo y factores de protección.

Young Drug Offenders' Referral To Treatment

Programa desarrollado en Järvenpää (Finlandia), y está dirigido especialmente a menores y adolescentes delincuentes consumidores de drogas referidos por el sistema judicial a tratamiento, en cumplimiento de la normativa legal y en sustitución de sanción. Como resultado, el objetivo del programa se centra en el desarrollo del compromiso hacia el cambio conductual y el desarrollo del tratamiento orientado a la abstinencia o reducción del consumo y abuso de drogas.

Lukasfeld: Short Term Therapy for Young Illegal Drug Addicts

Programa desarrollado en Meiningen (Austria). Es un programa de tratamiento de corta duración dirigido a menores y adolescentes (entre 16 y 25 años) con problemas por abuso o dependencia de drogas, que ofrece servicios en régimen ambulatorio, internamiento y seguimiento. Los objetivos del programa son la mejora de la calidad de vida, el for-

talecimiento de las habilidades de afrontamiento, el desarrollo de alternativas saludables al uso y abuso de drogas. Los servicios incluyen psicoterapia individual y grupal y el apoyo psicopedagógico orientado a la integración social. Los fundamentos se basan en las teorías psicoanalíticas de la personalidad y en los modelos del aprendizaje social.

Relapse Prevention Training Programme

Programa desarrollado en Frankfurt y Main (Alemania). Es un programa de tratamiento en internamiento para menores y adolescentes de ambos sexos (entre 13-18 años) con problemas por abuso o dependencia de drogas, complementado por servicios de tratamiento en régimen ambulatorio y seguimiento. El contenido se centra específicamente en la prevención de recaídas, siguiendo los modelos del aprendizaje social (Bandura).

Ana Liffey Children's Project

Es un programa dirigido a hijos de padres drogodependientes, desarrollado en Dublín. Proporciona tratamiento y sesiones de apoyo y consejo familiares, servicios de tratamientos de bajo umbral para los padres.

The CUMAS Project

Es un programa dirigido a hijos de padres drogodependientes, desarrollado en Dublín. Está diseñado para afrontar el impacto que el abuso de drogas tiene en las familias, y está indicado para menores y adolescentes que abusan de alcohol y drogas. Ofrece servicios individuales, sesiones grupales e información relacionada con el uso de drogas y sus consecuencias. Los resultados de la evaluación muestran que los menores y adolescentes participantes desarrollan estrategias de afrontamiento, realizan elecciones más informadas, explora diferentes opciones personales y mejora su desempeño escolar.

Parenthood Education: Supporting Drug Users As Parents

Es un programa recientemente puesto en marcha en Lieja (Bélgica), que cuenta aún con resultados de evaluación preliminares. Está orientado a mejorar las relaciones entre padres drogodependientes y sus hijos.

4.2. Conclusiones

La revisión de los informes sobre revisiones señalados anteriormente suele concluir con una serie de principios que sirven de guía para desarrollar buenas prácticas en la intervención temprana y tratamiento de adolescentes con abuso de drogas.

1. Conocer y evaluar los factores de riesgo y de protección.

Se entiende por factor de riesgo «un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)». Por factor de protección «un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas». Si conocemos los mismos podremos aplicar más adecuadamente un programa preventivo orientado a debilitar los factores de riesgo y a potenciar los factores de protección. Una revisión en español de los factores de riesgo y factores de protección más relevantes en el abuso de drogas puede hallarse en las publicaciones del PNSD (Becoña, 1999; 2002). Cualquier planificación de la intervención temprana y tratamiento de adolescentes con abuso de drogas debería basarse en una evaluación detallada e individualizada no solamente del abuso de drogas y sus consecuencias, sino de los factores de riesgo y protección que pueden precipitar o mantener el abuso de drogas. La prioridad de estos programas debería ser más el fortalecimiento de los factores de protección que la disminución de los factores de riesgo. Características que conllevan necesidades específicas son la problemática legal, menores sin techo o en seria marginación, orientación sexual (bisexual, homosexual, transexual) y la comorbilidad psiquiátrica o antecedentes de trastornos psiquiátricos.

2. Conocer y aplicar el conocimiento sobre las características específicas y procesos psicológicos básicos de la adolescencia.

La intervención temprana y el tratamiento de los adolescentes deben ser diseñados de modo sustancialmente diferente al de los individuos adultos, debido a sus especiales y cambiantes características relativas al desarrollo, creencias, valores e influencias ambientales. Otros factores de riesgo en la adolescencia a tener en

cuenta especialmente son la impulsividad, la conducta en ocasiones desafiante y temeraria, la necesidad de independencia, los valores alejados de los convencionales (especialmente de los padres y autoridades), la adopción de riesgos, la implicación en un grupo de pares y su especial ascendente sobre la conducta individual, etc. Especial relevancia tiene el reconocimiento de las percepciones y expectativas de los jóvenes, relativas al consumo de drogas: beneficios a corto y medio plazo asociados al consumo y al no-consumo de drogas, su balance relativo y la motivación resultante para consumir o no consumir drogas, la capacidad para que éstos analicen objetivamente «pros» y «contras» de ambos y tomen decisiones apropiadas, teniendo en cuenta los beneficios y costes a medio o largo plazo.

Si bien puede ser necesario desarrollar estas intervenciones desde programas para adultos, debido a la escasa disponibilidad de programas para adolescentes, utilizar los mismos programas para adultos y adolescentes puede estar contraindicado. Resulta especialmente relevante tener en cuenta la fase de desarrollo: los adolescentes más jóvenes tendrán probablemente necesidades diferentes que los adolescentes más cercanos a la edad adulta. Además de la edad y el desarrollo, la intervención con adolescentes debe tener en cuenta con especial atención los aspectos relativos al género, nivel cultural y educativo, motivación hacia el cambio comportamental y cualquier discapacidad que pueda estar presente. Especial relevancia alcanza la participación directa y activa del adolescente o menor en la planificación de los objetivos y estrategias de intervención, con el fin de salvaguardar su respeto e implicación. La participación de estos adolescentes y menores en el desarrollo de los contenidos y mensajes de la intervención hará que éstos sean más creíbles. Es necesario evitar los mensajes sesgados, engañosos o encaminados a producir «temor», así como los mensajes excesivamente simplistas. La asimilación de estos mensajes será mayor en la medida en que se acerquen a los temas y símbolos propios de las subculturas juveniles, así como temas de interés general para estos usuarios (relaciones interpersonales, progresar en los propios objetivos, manejar el estrés, atractivo físico y social, etc.).

Algún grado de retraso en el desarrollo cognitivo y social-emocional es frecuente entre adolescentes que abusan de sustancias, y suele ir asociado a menores niveles de desempeño en los estudios y empleo, menor autoestima y adaptación social. En cual-

quier caso, es necesario conocer los procesos psicológicos básicos y su desarrollo durante la adolescencia (percepción, sensación, motivación, pensamiento y emoción), y los procesos que determinan la adaptación social (patrones de crianza familiares, habilidades sociales, procesos de socialización, etc.) (Becoña, 2002).

3. Adaptación de las metas y estrategias al adolescente y su motivación hacia el cambio.

Una característica especialmente relevante de la psicología del adolescente que abusa de las drogas es su motivación para el cambio de estas conductas. Muchos adolescentes que llegan a servicios de intervención temprana y tratamiento han sido implícita o explícitamente presionados para atender a estos servicios. Sin embargo, esta presión coercitiva no suele conducir al cambio comportamental. Los servicios de este tipo deben ser sensibles a las barreras motivacionales, y aplicar alguna de las técnicas motivacionales que ayudan a considerar la posibilidad del cambio (Miller y Rollnick, 1991). La Tabla 3 resume comparativamente los planteamientos clave del acercamiento más tradicional (basado en la confrontación de la negación del «problema») y de las estrategias motivacionales para el cambio basadas en la Entrevista Motivacional.

Confrontación de la negación	Entrevista motivacional
Énfasis en la aceptación del problema y del diagnóstico como clave esencial del cambio	No énfasis en el etiquetado, la aceptación del abuso de sustancias es considerado como innecesario para el cambio comportamental
Énfasis en la patología personal, la cual reduce la posibilidad de elección personal, el juicio y el control	Énfasis en la elección y responsabilidad personales para decidir la conducta futura
El terapeuta presenta la evidencia percibida de problemas, en un intento de convencer al cliente para que acepte el diagnóstico	El terapeuta realiza una evaluación objetiva, enfocándose en elicitar los propios intereses y preocupaciones del cliente
Las metas del tratamiento y las estrategias para el cambio son prescritas por el terapeuta para el cliente, quien es visto desde la «negación» e incapaz de hacer elecciones acertadas	Las metas del tratamiento y las estrategias para el cambio son negociadas entre el cliente y el terapeuta, basadas en datos y su aceptabilidad. La implicación del cliente y su aceptación de estas metas son clave

4. Asegurar un alcance, intensidad, contenidos, recursos, procedimientos y duración adecuados

- a. Buscar un enfoque comprensivo: implicar a otros servicios y recursos (servicios sociales, colegios, mediadores en contacto con grupos de alto riesgo, etc.) con especial énfasis en las familias. Es conveniente que el programa incluya: servicios de **orientación** (guiados desde una perspectiva de no-confrontación), organización de las actividades diarias como alternativas al uso de drogas (incluyendo la vida recreativa), supervisar las relaciones de pares y promover el apoyo de pares normativos, resolución de conflictos, utilización de las técnicas disponibles para la modificación de conducta, aprendizaje y práctica de nuevas habilidades y énfasis en la formación educativa y vocacional.
- b. Especificar metas y objetivos realistas, adaptados a las necesidades de los usuarios y a sus propias metas, y asegurar que las actividades responden exactamente a los objetivos planificados conjuntamente con los menores y adolescentes y que son suficientes en tiempo e intensidad. Es esencial recordar que la severidad del abuso de drogas, la posible comorbilidad, los entornos familiares y de pares y el desarrollo personal (intelectual y emocional) son determinantes clave de los resultados de la intervención, y deberían influir en el tipo de intervención y su intensidad, sino en las metas que se especifican individualmente.
- c. Combinar la información (sobre drogas y alcohol, sobre las influencias del entorno social e interpersonal, medios de comunicación, etc.) con el desarrollo y práctica de habilidades: habilidades de afrontamiento, búsqueda de recursos y de apoyo, resolución de conflictos y de problemas, toma de decisiones y habilidades de comunicación. Enfocar esta información y desarrollo de habilidades en los asuntos de la mayor importancia para los propios adolescentes y que tienen mayor relación con las drogas. Utilizar procesos interactivos de grupo para las experiencias de reflexión, discusión, comunicación sobre metas, aprendizaje y práctica de nuevas habilidades.
- d. Monitorizar y evaluar el programa en recursos, procesos, satisfacción de los usuarios y resultados. Especial énfasis en la planificación, revisión, evaluación y modificación de los procesos y resultados de la intervención con la participación activa de los adolescentes, como medio para fortalecer su implicación y aceptación.

- e. Prestar especial atención a las cualidades y competencias de los profesionales de la intervención. Es esencial que los profesionales (además de estar bien formados y entrenados periódicamente en la prevención del abuso de drogas con adolescentes) sean creíbles, que se sientan cómodos desde un papel facilitador e interactivo, con facilidades para la empatía y fortalecer la motivación de los jóvenes, y que acepten ser evaluados por estos adolescentes y menores en situación de alto riesgo para el abuso de drogas.

5. RESUMEN Y CONCLUSIONES

Existe en la actualidad un número creciente de publicaciones en la literatura científica sobre el abuso de drogas en adolescentes, así como nuevos instrumentos de screening y evaluación de los problemas asociados al consumo de drogas, con utilidad para detectar y evaluar estos problemas en diferentes colectivos de menores y adolescentes. En el presente capítulo se han descrito brevemente los principales instrumentos de este tipo basados en el autoinforme (cuestionarios y entrevistas), así como algunos guías para el proceso de evaluación de adolescentes con problemas por abuso de alcohol y drogas.

La evaluación de menores consumidores de drogas en situación de riesgo en los recursos asistenciales y en programas orientados a la intervención temprana y tratamiento deben utilizar una metodología multidimensional que integre las diferentes áreas - problema más comúnmente asociadas al abuso de drogas. Una gran mayoría de menores consumidores de riesgo pueden presentar problemas moderados o sustanciales en diversas de estas áreas: educación / empleo y soporte, red social y entorno familiar, autocontrol, patrones comportamentales asociados a la conducta de riesgo o desviada y problemática psicológica o psiquiátrica.

La intervención temprana y tratamiento de menores y adolescentes con problemas por abuso de drogas ha alcanzado un menor desarrollo que la prevención universal y selectiva del uso de drogas, y se encuentran en la literatura un menor número de estudios sobre evaluación de programas de efectividad contrastada. En este capítulo hemos descrito brevemente algunos de los programas considerados más exitosos en Europa y Norteamérica, según el juicio de expertos. La metaevaluación de estos programas está dando lugar a la difusión de algunas guías de buenas prácticas para la intervención con este colectivo, algunas de las cua-

les han sido resumidas en este informe. Los resultados de las evaluaciones son prometedores, e indican que la intervención temprana y el tratamiento de adolescentes con abuso de drogas disminuye frecuentemente el abuso de sustancias y también los riesgos para la exclusión social (especialmente entre los adolescentes con menores recursos y apoyo).

Agradecimientos

Este estudio se ha realizado desde un Programa subvencionado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en la convocatoria para el desarrollo de programas supracomunitarios en el año 2002. En el estudio han colaborado distintos profesionales, se agradece especialmente a quienes han contribuido en las tareas del trabajo de campo: Ruth Arias Esquer, Agurtxane Castillo Aguilera, Enrique Gil Carmena y Margarita Ros Rubí.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Antón, A., Martínez, I. y Salvador T. (2001). *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias 2*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Baumrind, D. y Moselle, K.A. (1985). A developmental perspective on adolescent drug abuse. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4, 41-67.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M.A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) (2002). The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs: Understanding Risk, Protection, and Substance Use Among High-Risk Youth. The Center for Substance Abuse Prevention. Rockville, MD. <http://www.samhsa.gov>.
- Friedman, A.S. y Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescents drug abusers (The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) instrument). *Journal of Drug Education*, 19, 285-312.
- Gardner, S.E., Brounstein, P.J., Stone, D.B. y Winner, C. (2001). Guide to science-based practices. Science-based substance abuse prevention: A guide.

- Rockville, MD: Substance and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Impara, J.C. y Blake, B.S (Eds.) (1998). *The Thirteen Mental Measurements Yearbook*. The Buros Institute on Mental Measurements.
- Jessor, R. y Jessor, S. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. NY: Academic Press.
- Kaminer, Y., Buckstein, O. y Tarter, R.E. (1991). The Teen-Addiction Severity Index: Rationale and Reliability. *The International Journal of the Addictions*, 26, 219-226.
- Kaminer, Y., Wagner, E., Plummer, B. y Seifer, R. (1993). Validation of the Teen Addiction Severity Index. *The American Journal of the Addictions*, 2, 250-254.
- Kirisci, L., Mezzich, A. y Tarter, R. (1995). Norms and sensitivity of the adolescent version of the Drug Use Screening Inventory. *Addictive Behaviors*, 20, 149-157.
- Latimer, W.W., Winters, K.C. y Stinchfield, R.D. (1997). Screening for Drug Abuse Among Adolescents in Clinical and Correctional Settings Using the Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 79-98.
- Leccese, M. y Waldron, H.B. (1994). Assessing adolescent substance abuse: A critique of current measurement instruments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 553-563.
- Martin, C.S., Kaczynski, N.A., Maisto, S.A., Bukstein, O.M. y Moss, H.B. (1995). Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence symptoms in adolescent drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 672-680.
- Martínez, I. y Salvador, T. (2000). *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Meyers, K., McLellan, A.T., Jaeger, J.L. y Pettinati, A. (1995). The development of the Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A): An interview for assessing multiple problems of adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 181-193.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). *Principles of motivational interviewing. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Moberg, D.P. (1983). Identifying adolescents with alcohol problems. A field test of the Adolescent Alcohol Involvement Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 93, 408-417.
- Moberg, D.P. y Hahn, L. (1991). The Adolescent Drug Involvement Scale. *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 2, 75-88.
- Murphy, L.L. y Impara, J.C. (Eds.) (1996). *Assessment of Substance Abuse*. Lincoln, Nebraska: The Buros Institute on Mental Measurements.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003). *Preventing Drug use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators and community Leaders*. Second Edition. National Institute on Drug Abuse. Bethesda (MD).

- Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1989). Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychologist*, 44, 242-248.
- Paglia, A. y Room, R. (1998). *Preventing Substance Use Problems Among Youth: A Literature Review & Recommendations*. Addiction Research Foundation Division. Centre for Addiction and Mental Health. Toronto, Canada. ARF Research Document n° 142.
- Roberts, G., McCall, D., Stevens-Lavigne, A., Anderson, J., Paglia, A., Bollenbach, S., Wiebe, J. y Gliksman, L. (2001). *Preventing Substance Use Problems Among Young People. A Compendium of Best Practices*. Canadian Centre on Substance Abuse for the Office of Canada's Drug Strategy Health Canada. www.cds-sca.com.
- Santisteban, D.A., Tejada, M., Dominicis, C. y Szapocznik, J. (1999). An Efficient Tool for Screening for Maladaptive Family Functioning in Adolescent Drug Abusers: The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 197-206.
- Schwartz, R.H. y Wirtz, P.W. (1990). Potential Substance Abuse. Detection Among Adolescent Patients. *Clinical Pediatrics*, 29, 38-43.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (1999). *Screening and assessing adolescents for substance use disorders*. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- Swisher, J.D. (2000). Sustainability of prevention. *Addictive Behaviors*, 25, 965-973.
- Winters, K.C. y Henly, G.A. (1989). *The Personal Experience Inventory Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, Winters K.C.; *The Personal Experience Screening Questionnaire Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1991.
- Winters, K.C. (1992). Development of an adolescent substance abuse screening questionnaire. *Addictive Behaviors* 17, 479-490.
- Winters, K.C. y Henly, G.A. (1993). *Adolescent Diagnostic Interview Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Winters, K.C., Stinchfield, R.D., Henly G.A. y Fulkerson, J. (1993). Measuring alcohol and cannabis use disorders in an adolescent clinical sample. *Psychology of Addictive Disorders* 7, 185-196.
- Winters, K.C., Stinchfield, R. y Henly, R.A. (1996). Convergent and predictive validity of scales measuring adolescent substance abuse. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 5, 37-55.
- Winters, K.C. (1999). *Treatment of Adolescents With Substance Use Disorders*. U.S. Department Of Health And Human Services. Public Health Service. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 32. Rockville, MD 20857. DHHS Publication No. (SMA) 99-3283.

CAPÍTULO 8

Estado actual y retos de futuro de la intervención con menores en riesgo

Ana González Menéndez
José Ramón Fernández Hermida
Roberto Secades Villa
Universidad de Oviedo

▣ Índice del capítulo

1. Estado actual
2. Cuestiones pendientes
3. Conclusiones

1. ESTADO ACTUAL

La evidencia empírica reciente confirma el alarmante aumento en la incidencia y prevalencia del consumo de drogas, de los actos violentos y de la delincuencia entre los menores. Los mismos estudios coinciden en señalar que el desarrollo de estos problemas conductuales tiene lugar a edades cada vez más tempranas y que la configuración (frecuencia, severidad y tipos) de los mismos se incrementa conforme lo hace la edad.

Conscientes de los vínculos, solapamientos y factores de riesgo común que se dan entre estos comportamientos, y debido en buena parte a los elevados costes (sanitarios, sociales, humanos) que representan para la sociedad, comienzan a ser muchas las voces que reclaman un cambio de rumbo en su consideración y que plantean la necesidad de abordajes combinados. Este objetivo fundamental vertebró nuestra Guía de Intervención y apunta directamente al significado del concepto «Menor en Riesgo». La detección e intervención temprana de cualquiera de estos comportamientos, y, sobre todo, de los factores de riesgo que los sustentan, contribuye a actualizar y mejorar la tarea preventiva y no resulta discordante del enfoque más clásico de orientar la prevención hacia cualquier *grupo de edad* o tan solo dirigida a una *única conducta*.

Por supuesto, crear una red de detección de menores en riesgo es misión que compete a diferentes sistemas, desde el educativo (el papel de la escuela en la detección es fundamental) o el sanitario (atención primaria, pediatría, salud mental...), hasta el de servicios sociales. En cada uno de estos ámbitos podemos encontrar instrumentos diseñados para la detección y evaluación de menores en riesgo. Como ejemplo, en el Capítulo 7 de esta Guía, se describen algunos de los más potentes, dirigidos en este caso a adolescentes en programas de asistencia y tratamiento por abuso de sustancias, y por ello en riesgo evidente de conducta antisocial, de actividades delictivas y de creación y consolidación de redes de pares conflictivos (Fernández, Calafat y Juan, en el capítulo 7 de esta Guía). En general, esta evaluación debe utilizar metodología multidimensional que integre los diferentes áreas-problema comúnmente aso-

ciados al abuso de drogas, como red social, educación/empleo, entorno familiar, etc., y que incluya una valoración de los principales factores de riesgo y protección, así como la probable coexistencia o presencia antecedente de problemas psicológicos o psiquiátricos.

Los últimos avances en los modelos y métodos de prevención de las drogodependencias, la violencia y la delincuencia, también vienen insistiendo en que los beneficios prácticos de la tarea preventiva podrían ser mayores si se trabajase conjuntamente en todos aquellos escenarios en los que se enmarcan los factores de riesgo y protección que las explican. Entre éstos, se ha señalado la importancia central que ejercen los contextos familiar, escolar y «de iguales», llegando a contemplarse como lugares claves para el desarrollo de los programas preventivos. Pero, además, existen otros ámbitos en los que la actuación preventiva llega a ejercer un papel fundamental. Uno de ellos se refiere al importante papel desempeñado por los servicios sociales, un contexto que filtra y detecta a un buen número de menores en condiciones de riesgo evidente, y en el que la importancia de la prevención resulta obvia. El hecho de que ciertas poblaciones de riesgo objetivo se encuentren muy contextualizadas (en entornos de alto riesgo, en condiciones de privación económica, y con factores de riesgo familiar) permite fijar estrategias de captación de casos a través de estos servicios y establecer criterios válidos para la derivación a los distintos recursos que ofrece un plan de prevención integral. Por todo ello, la participación de los servicios sociales se hace imprescindible al evitar que la iniciación en estos comportamientos pueda llegar a consolidarse.

Por otra parte, algunas pautas de consumo en menores aparecen habitualmente ubicadas en determinados espacios y tiempos, y a menudo cobran sentido relacionadas con el binomio fin de semana/prácticas de ocio. Como resultado, cada vez son más los menores que acuden a los servicios sanitarios para combatir los efectos de un consumo puntual abusivo. Los profesionales de los servicios de Atención Primaria y de Urgencias, como agentes implicados en la detección, información e intervención con el menor en riesgo, también deben comprometerse con el resto de implicados en la tarea preventiva. A modo de ejemplo, en algunas zonas de nuestro país se han implantado consultas médicas en los centros educativos, ofreciendo a los adolescentes que dudan en acudir a su centro sanitario, oportunidades para plantear cuestiones difíciles que les interesen o afectan. Los servicios de este tipo, que intentan ser más sensibles a las barreras motivacionales, facilitan una mejor consecución del cambio conductual. Otras unidades de apoyo dirigidas a niños de 0 a 6 años, como las de Atención Temprana, sirven de complemento a la

actuación de la Atención Primaria, e incluyen en las sesiones a los familiares del menor. En ellas se realizan actividades de estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia y psicoterapia (Arranz y Antonio, en el capítulo 4 de esta Guía).

Los servicios especializados de Salud Mental en Infancia y Adolescencia, que tienen como objetivo ayudar y dar respuesta a los menores con trastornos psicológicos y psiquiátricos, juegan también un papel preventivo importante. El hecho de que los trastornos mentales de comienzo temprano sean predictores poderosos de fracaso escolar, embarazo adolescente y de conductas violentas, delictivas y de abuso de drogas, ejemplifica la necesidad de incorporar a los tratamientos aislados estrategias preventivas adicionales. En concreto, desde el sistema de salud mental infantil y juvenil se subraya la importancia de la detección precoz e intervención sobre problemas de conducta exteriorizados, como la desobediencia, la hiperactividad-impulsividad o las conductas agresivas; e interiorizados, como la ansiedad o la tristeza, con el fin de impedir su evolución hacia trastornos que produzcan un deterioro clínicamente significativo en las áreas personal, familiar, escolar y/o social. Por esta razón, los protocolos terapéuticos disponibles se pueden aplicar tempranamente en educación infantil (3-5 años) y en edades posteriores. Los programas de intervención temprana que han probado ser eficaces para algunos trastornos interiorizados y exteriorizados en niños y adolescentes emplean tres tipos de procedimientos: entrenamiento a profesores para la intervención en el aula, entrenamiento a padres, e intervención directa con los niños. Básicamente, estos programas han utilizado dos tipos de estrategias con resultados bastante satisfactorios: las técnicas de manejo de contingencias, y/o las técnicas basadas en el aprendizaje social, como el entrenamiento en habilidades (Espada, Orgilés y Méndez, en el capítulo 6 de esta Guía).

A todo lo anterior subyace que tanto la prevención de los problemas en infancia-adolescencia como su tratamiento exigen un abordaje conjunto desde la triple vertiente individual, familiar y social. El nivel familiar se puede entender como foco de intervención principal o como refuerzo de la actuación con el menor, dado que el sistema familiar a menudo funciona como el primer centinela en la detección de signos tempranos de conductas problemáticas. En cualquier caso no se puede prescindir de él ni en la prevención ni en el tratamiento de los problemas infantiles. Así, en las directrices estratégicas que establece el Plan Nacional sobre Drogas, se señala que en el año 2008 la totalidad de los programas de prevención escolar y comunitaria habrán de incluir acciones dirigidas específicamente a la familia. Los programas basados en la

familia, de los cuales las *escuelas para padres* son un ejemplo, potencian las relaciones y la unión familiares, incluyen habilidades educativas, implican a la familia como co-terapeutas de posibles trastornos psicológicos de los hijos, como medio de comunicar mensajes anti-drogas, etc. (Espada, Méndez y Orgilés, en el capítulo 2 de esta Guía).

Otro ejemplo de intervención directa con los padres del menor en riesgo es la situación de maltrato infantil. De hecho, los programas de intervención familiar, de amplia implantación en los servicios sociales comunitarios de nuestro país, suelen llevarse a cabo por un equipo interdisciplinar compuesto por psicólogos y por trabajadores y educadores sociales. A ellos correspondería el abordaje de aquellos casos donde se sospecha que existe un problema de riesgo o de desamparo de los menores, así como la posterior intervención familiar cuando sea posible, o la solicitud de medidas de separación del niño del hogar cuando sus intereses lo aconsejen. Se pueden establecer de este modo algunas conexiones muy importantes entre el riesgo de desprotección o desamparo y el riesgo de conductas delictivas y/o de abuso de sustancias. La protección a los menores no son asunto que se resuelve interviniendo exclusivamente con los niños, sino que se trata de un problema de familia. Por una parte, existen pocas dudas de que la ausencia del control y la educación adecuada por parte de los padres aumenta la situación de riesgo de los adolescentes, conectando así ambos conceptos con facilidad. Por otro lado, desde la intervención se debe plantear inevitablemente que la prevención del riesgo de drogodependencia o delincuencia debe prevenirse, como una situación característica de riesgo, localizando a las familias donde se dan prácticas negligentes, algo que los servicios sociales están en disposición de hacer (Fernández del Valle, en el capítulo 5 de esta Guía).

A nivel individual las intervenciones también se dirigen a potenciar los factores personales de protección. Un ejemplo lo constituyen los programas de mejora de habilidades sociales, de comunicación o de fomento de la autoestima. Dentro de este ámbito también se pretende reducir los factores de riesgo. Así, cuando un programa preventivo persigue fomentar el espíritu crítico del menor se está reduciendo el riesgo de que éste sea objeto de la presión social (grupo de iguales, publicidad, etc.), que favorece la adopción de comportamientos de riesgo.

Los programas de prevención en el marco escolar también indican que su eficacia es mayor si se aumenta su intensidad y si se manejan variables no sólo individuales, sino también de la familia, del grupo de iguales, de la propia escuela y de la comunidad. Varios de estos programas obtienen buenos resultados en la reducción tanto de las conductas de

consumo de drogas, como de las conductas antisociales y delictivas. Sus componentes esenciales incluyen entrenamiento en habilidades interpersonales y de resistencia, entrenamiento en toma de decisiones y resolución de conflictos, actividades de ocio alternativo y estrategias afectivas, como el incremento de la autoestima. Por lo demás, un factor común a todas las intervenciones eficaces es la inclusión de algún tipo de componente orientado a modificar los principales factores de riesgo del ambiente familiar, como el uso de drogas por parte de los padres y/o hermanos, el estilo educativo inadecuado, la ausencia de supervisión en casa, o las dificultades de comunicación padres-hijos. En general, existe acuerdo unánime en señalar que el escolar es un entorno idóneo para desarrollar las actuaciones para la prevención (Santos Fano, en el capítulo 3 de la Guía). A pesar de la limitación que supone trabajar únicamente con los adolescentes, la intervención escolar tiene una serie de ventajas: a) En este ámbito se tiene acceso a la totalidad de los adolescentes, al ser obligatoria la escolarización hasta los 16 años; b) Se trata de edades de cambios críticos; c) En los centros escolares se dispone de infraestructura adecuada para el desarrollo de programas; d) Los adolescentes tienen asociada la escuela a su formación y educación, lo que puede optimizar la realización de un programa preventivo; y e) La escuela es el marco idóneo de formación y educación, y la promoción de conductas saludables y prosociales es susceptible de integrarse en el proceso educativo (Espada, Méndez y Orgilés, en el capítulo 2 de esta Guía).

2. CUESTIONES PENDIENTES

Uno de los principales retos de futuro que plantea la investigación sobre menores en riesgo es comprobar y acomodar la perspectiva de que los programas terapéuticos para niños y adolescentes con trastornos mentales pueda al mismo tiempo convertirse en una herramienta preventiva. Algunos trastornos infantiles son predictores del abuso de drogas y de la violencia mucho más poderosos que otros objetivos posibles de intervención. Por ejemplo, determinados problemas psicológicos de comienzo temprano son más importantes que la pobreza familiar en la predicción del embarazo adolescente, y más importantes que el nivel educativo de los padres en la predicción de la implicación escolar. Si a este hecho le añadimos que nuestra habilidad para tratar eficazmente la psicopatología infantil es mucho mayor que nuestra habilidad para invertir o neutralizar los problemas de pobreza familiar o el nivel educativo de los padres, la balanza se inclina claramente en favor de la detec-

ción e intervención temprana en niños y adolescentes con trastornos psicopatológicos (González, Fernández Hermida y Secades, en el capítulo 1 de esta Guía).

La evaluación de estos beneficios secundarios e indirectos no necesita esperar a que se ofrezcan respuestas sobre cuestiones etiológicas. Desde un punto de vista práctico, la pregunta crítica es si la presencia de una condición (por ejemplo, tratamiento del Trastorno Negativista Desafiante o del Trastorno Disocial) reduce la probabilidad de una segunda condición (por ejemplo, abuso de drogas o delincuencia) que se presenta posteriormente. Es decir, si ciertos trastornos facilitan el abuso de sustancias (o incluso si ambos comparten procesos o mecanismos comunes), es posible que los tratamientos eficaces para el trastorno original se implementen demasiado tarde como para conseguir apartar al individuo del consumo de drogas. O, como ejemplo alternativo, si la psicopatología infantil no contribuye directamente a la ocurrencia del abuso de sustancias posterior, es necesario evaluar si su tratamiento eficaz ayuda al individuo a desarrollar de forma natural recursos de protección, afrontamiento, o habilidades de resistencia que sirvan para reducir los riesgos posteriores.

Aunque no se niegan los enormes beneficios derivados del conocimiento exacto de las relaciones entre psicopatología previa y delincuencia, violencia y/o abuso de sustancias posterior, los asuntos presentados son cuestiones empíricas que pueden ser, ya mismo, investigadas. Su análisis no supone un gasto excesivo, pues podría incorporarse a las intervenciones en marcha o recientemente concluidas. Muchos de los niños participantes en los estudios en curso son ahora adolescentes, lo que deja abierta una ventana ideal para su evaluación. Un análisis en estos términos requeriría un gasto de recursos más modesto que el que se derivaría de iniciar un conjunto nuevo de estudios longitudinales y de seguimiento a largo plazo. Amén del interés político y económico que estos problemas suscitan en una gran variedad de áreas (educativa, social, de recursos humanos, de justicia criminal, etc.), el éxito en la prevención conjunta de las conductas violentas, delictivas y de abuso de sustancias reclama con urgencia la unión y coordinación de los diferentes investigadores en torno a la misma causa común.

Otro de los retos que tiene planteada la investigación sobre menores en riesgo concierne al sistema sanitario. El sistema de salud (sobre todo a nivel de Atención Primaria) no juega el papel principal en la identificación temprana del abuso de drogas que sería deseable. Algunas revisiones señalan que sólo un porcentaje muy pequeño de programas preventivos (en torno al 6%) se desarrollan en estos servicios, y de éstos, sólo el 26% se dedican al consumo de sustancias. Aunque seguramente

existe un número importante de razones para explicarlo, lo cierto es que aún son muy escasos o ausentes en nuestro país los programas prácticos y efectivos que faciliten la detección temprana, y que, por tanto, contribuyan más eficazmente a la tarea de la prevención. Igualmente, desde la propia Atención Primaria se reclama una mayor implicación de los médicos de guardia, de urgencias y de refuerzos, para que no se limiten a una actuación puntual en las demandas urgentes, sino para que pongan en marcha algún mecanismo de alerta que permita al médico habitual del menor su seguimiento posterior.

3. CONCLUSIONES

La identificación e intervención de menores en riesgo de abuso de sustancias, violencia y delincuencia, requiere de múltiples acciones paralelas en las que los niveles familiar, escolar, sanitario y de servicios sociales jueguen un papel coordinado en la prevención. La articulación entre todos estos ámbitos sería, pues, la mejor solución. Todos estos niveles de actuación requieren de estrategias de intervención diferentes, pero enlazadas entre sí. Todos ellos suponen elementos de control de la conducta de los menores, y en todos pueden detectarse factores de riesgo y protección. El estudio de estos factores es el punto de partida en el que se fundamenta el diseño de los programas de prevención e, idealmente, las intervenciones preventivas deben dirigirse a su abordaje mejor que a los problemas de conducta directamente.

En concreto, los menores que presentan un mayor riesgo de una o varias de estas conductas son aquellos que exhiben determinados trastornos psicopatológicos de comienzo temprano. El riesgo se incrementa si a esto le añadimos alguno de los siguientes factores: prácticas de disciplina familiar duras y/o inconsistentes, consumo parental de alcohol y drogas, supervisión familiar baja, asociación con iguales desviados y problemas académicos o de fracaso escolar.

Se ha demostrado que las estrategias de prevención **temprana** evitan la progresión de estos problemas conductuales y frenan el desarrollo de conductas y riesgos nuevos, riesgos que a menudo no suponen más que la acumulación de déficits anteriores. Estas intervenciones son más eficaces y menos costosas que las intervenciones dirigidas a poblaciones de niños con una edad superior. Cuando se ofrecen las intervenciones tempranas, el comportamiento infantil se ajusta y se adecúa mejor a las demandas de la familia y la escuela, los resultados se generalizan a conductas no tratadas, y se consiguen importantes beneficios en la preven-

ción de la delincuencia posterior y del abuso de drogas. Los objetivos pueden dirigirse tanto al fortalecimiento de determinadas prácticas (familiares, individuales, escolares) con el propósito de prevenir el desarrollo de subsecuentes interacciones de riesgo, como a la atención sobre la primera inclusión del niño dentro del grupo de iguales conflictivos con el fin de prevenir asociaciones posteriores problemáticas.

El escolar es un contexto que ofrece unas condiciones idóneas para el diseño, coordinación y aplicación de los programas dirigidos a prevenir las conductas de riesgo en menores. Se perfila además como el contexto idóneo para detectar de forma precoz la aparición de estas conductas y para evitar que se agraven o se cronifiquen. Asimismo, se subraya la necesidad de continuar impulsando los programas de intervención familiar, donde es posible trabajar habilidades parentales que eviten los efectos de una educación negligente o equivocada. Mejorar la comunicación familiar, la disciplina y establecer reglas firmes y consistentes en el hogar son factores sobre los que también se puede intervenir desde el ámbito escolar. Se ha destacado también el papel de los servicios sociales como coordinador de actuaciones del resto de sistemas de protección (sanitario, educativo, etc.) y de la propia comunidad ante problemas complejos como los que trata esta Guía.

Por último, se subraya la importancia de la detección precoz e intervención sobre problemas conductuales como hiperactividad/agresividad y trastornos psicológicos de inicio temprano. En concreto, y en términos del tratamiento de los trastornos infantiles, debería producirse un cambio en la concepción de los objetivos, expandiendo la meta del tratamiento más allá del propósito de aliviar los síntomas, hasta incluir un interés por la prevención de problemas futuros. Una segunda expansión de los objetivos del tratamiento debería tratar la ausencia de factores protectores y habilidades funcionales, como el desarrollo de vínculos prosociales y relaciones interpersonales, y abordar el desarrollo de habilidades de afrontamiento individual, de solución de problemas y de otras estrategias de resistencia.

En definitiva, familias, escuelas, servicios sociales, profesionales de la salud y cualquiera que ofrezca tratamiento y servicios para niños y adolescentes, deberían trabajar activa y coordinadamente en la detección temprana de riesgos y también en ofrecer respuestas a la posibilidad de que aparezcan problemas de conducta adicionales. Ante la envergadura y la diversidad de factores que operan en el concepto «menor en riesgo», difícilmente un sistema o servicio, sea de salud mental, policía, juzgados, escuela, Centro de Salud, etc., va a poder ser efectivo sin un trabajo bien coordinado.

*Esta Guía para la detección e intervención temprana
con menores en riesgo se terminó de imprimir,
en los talleres de Gráficas Apel (Gijón),
el día 15 de octubre de 2004*