

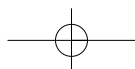
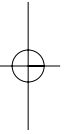
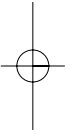
Problemas emergentes en jóvenes y adolescentes

Evaluación del plan
de prevención del Centro
de Solidaridad de Zaragoza

Carmen Arenas Carbellido
Alfonso Ramírez de Arellano



FUNDACIÓN
CSZ



Índice

Presentación	7
1. Introducción. Objetivos y alcance del trabajo	9
2. Marco teórico y contexto de la intervención	11
2.1. La adolescencia como referencia.....	11
2.1.1. Emergencia histórica de la adolescencia	12
2.1.2. La globalización de la adolescencia.....	13
2.1.3. Faltan “ritos de paso” que pauten la transición	13
2.1.4. Una definición de adolescencia que no implique problemas....	15
2.1.5. Una fase del ciclo vital familiar	16
2.1.6. La perspectiva generacional	24
2.1.7. Modos de ser de los jóvenes españoles actuales.....	25
2.1.8. Problemas emergentes de los jóvenes europeos	28
2.2. Cuestiones terminológicas	31
2.3. Los niveles de prevención y de atención	34
2.4. Más allá del marco teórico de la atención a las drogodependencias....	36
2.5. Una actuación en la frontera de varios sistemas	39
2.5.1. Breve descripción de la situación.....	39
2.5.2. La frontera de varios sistemas	41
2.5.3. Otra frontera: la edad	42
2.6. El enfoque de la prevención	43
2.6.1. La psicología evolutiva familiar como base de la prevención ...	45

2.7. Enfoque familiar de la atención (precoz) de jóvenes y adolescentes...	46
2.7.1. Algunos presupuestos sobre la familia y la terapia	48
2.7.2. Un modelo de intervención	49
3. El objeto de la evaluación: el Plan de Prevención del Centro de Solidaridad de Zaragoza.....	53
4. Metodología de la evaluación	57
5. Análisis de los resultados.....	61
5.1. El diseño de Tarabidan	62
5.2. El diseño de la formación.....	75
5.3. La eficacia de Tarabidan	80
5.4. La eficacia de la formación.....	90
5.5. La cobertura de Tarabidan.....	92
5.6. La cobertura de la formación.....	94
5.7. La eficiencia del Plan de Prevención	97
5.8. La eficiencia de Tarabidan	99
5.9. La sostenibilidad del Plan de Prevención	101
5.10. La sostenibilidad de la formación	102
5.11. La sostenibilidad de Tarabidan.....	103
5.12. La pertinencia del Plan de Prevención	104
5.13. La pertinencia de Tarabidan	105
5.14. La ubicación de Tarabidan	107
6. Conclusiones y recomendaciones de la evaluación.....	111
7. Bibliografía	125

Presentación

La prevención del consumo de drogas, la rehabilitación y la reinserción del drogodependiente en todas las áreas de la sociedad han sido y siguen siendo las señas de identidad de Proyecto Hombre, un programa educativo-terapéutico para el tratamiento y la prevención de las drogodependencias, y que despegó en España en 1984.

Desde esos años, Ibercaja ha mantenido una línea de colaboración incondicional con el Centro de Solidaridad de Zaragoza, que es la fundación del Proyecto Hombre en nuestra ciudad, ante uno de los problemas más preocupantes, como era el consumo ascendente de todo tipo de drogas y, muy especialmente, el impacto de la heroína.

Esta publicación es un hito más en esa identificación de objetivos entre nuestra entidad y el Centro de Solidaridad de "lucha eficaz y preventiva contra la droga". En 1996, los responsables del Centro nos pidieron la ayuda y la colaboración, hacia otros actores y otros problemas que iban surgiendo, ya que el Proyecto Hombre estaba dedicado casi en exclusiva a los dependientes y su rehabilitación por el consumo de heroína.

Así, hace doce años nació el Plan de Prevención, con el apoyo de nuestra entidad, cuya finalidad era articular un conjunto de intervenciones destinadas a distintos actores sociales para que éstos ayuden a preparar de forma adecuada a los adolescentes y jóvenes y a sus familias de manera que puedan controlar con éxito las situaciones susceptibles al uso de las drogas.

De este Plan de Prevención, que consta de cuatro programas que se han ido actualizando con los nuevos conocimientos y situaciones reales detectadas, se creó otro, llamado Tarabidan. Se trata de un recurso ambulatorio de orientación y tratamiento para adolescentes y sus familias en situación de riesgo, desde donde se ha atendido a lo largo de diez años a más de 1.200 jóvenes y sus familias.

La Fundación Atenea-Grupo GID ha sido la responsable de evaluar los resultados de ambos planes, que recoge la publicación. Es importante señalar que en este trabajo se estudian y se exponen también elementos que contribuyen a comprender mejor el fenómeno de la emergencia de determinados problemas ante un grupo importante de jóvenes, adolescentes y sus familias.

En el trabajo aparecen elementos novedosos en relación a los conceptos tradicionales de salud mental juvenil y psicología evolutiva familiar, lo que supone tener más pistas para su atención y prevención más eficaces en nuestro contexto presente y futuro.

No puedo olvidarme de agradecer al equipo multidisciplinar del Centro de Solidaridad de Zaragoza, integrado por 10 personas, junto con el personal de los servicios generales, por su compromiso cotidiano para concienciar y actuar de forma inmediata ante situaciones susceptibles al uso de las drogas ante el colectivo de adolescentes y jóvenes.

El esfuerzo está dando sus frutos. Según las últimas estadísticas, retrocede el consumo de alcohol, cannabis y cocaína entre los jóvenes, pero, desgraciadamente, parece que hay una tendencia al alza del consumo de heroína.

Los efectos de las drogas han aparecido siempre a lo largo de la historia, con manifestaciones, efectos y percepciones muy diversas que evolucionan continuamente. Las drogas, en este sentido, son un problema permanente, lo que no quiere decir que sea un problema sin solución. Lo que cambia es el modo de afrontar el problema. De ahí la necesidad continua de las tareas de prevención.

José Luis Aguirre Loaso
DIRECTOR GENERAL DE IBERCAJA

1. Introducción. Objetivos y alcance del trabajo

El objeto del presente trabajo es analizar con profundidad el desarrollo y los resultados del **Plan de Prevención del Centro de Solidaridad de Zaragoza** en su contexto. De este propósito se desprenden a su vez dos grandes líneas de trabajo diferentes y complementarias:

1. Evaluar los elementos integrantes del *Plan de Prevención del Centro de Solidaridad de Zaragoza* compuestos básicamente por un dispositivo de atención –Tarabidan–, centrado en la atención de problemas emergentes de amplio espectro (con preponderancia de los relacionados con el uso problemático de drogas) de jóvenes, adolescentes y sus familias, y por un conjunto de programas preventivos dirigidos a los ámbitos comunitario, escolar, asociativo y de formación de profesionales.
2. Reflexionar sobre cuáles son esos problemas emergentes relacionados con la etapa evolutiva de la adolescencia en nuestro entorno (problemas de conducta, absentismo, consumo de drogas, depresiones, trastornos de personalidad, trastornos del comportamiento alimentario, etc.), sobre la importancia de la familia a la hora de comprender esos problemas y de buscar soluciones, así como sobre los sistemas encargados de atenderlos (salud, servicios sociales, sistema educativo, drogodependencias, salud mental).

Al análisis del dispositivo Tarabidan y de los programas preventivos que componen el Plan de Prevención se dedican los capítulos 3 a 6. En ellos se da cuenta de la metodología empleada en la evaluación, se describen y analizan los resultados obtenidos en los programas por separado y en el conjunto del Plan de Prevención del Centro de Solidaridad de Zaragoza.

En cuanto a la reflexión sobre el contexto, desde muy pronto se hizo evidente que el marco de referencia empleado para describir y analizar el fenómeno de las drogodependencias y adicciones en nuestro país, aun disponiendo de datos epidemiológicos y asistenciales muy potentes y fiables, no era suficiente para contextualizar el fenómeno que estábamos estudiando en lo que a asistencia (prevención indicada) se refería, ya que los problemas iban más allá de las drogas. En cambio, los enfoques empleados tradicionalmente en prevención de drogodependencias mostraban una mayor fecundidad para estudiar los programas de prevención primaria (universal) o secunda-

ria (selectiva) de otros problemas y trastornos de esta etapa evolutiva, porque todos ellos compartían muchos elementos comunes. Al desarrollo de esa reflexión se dedica el primer capítulo denominado: **Marco teórico y contexto de la intervención.**

El resultado final de la evaluación pretende combinar la descripción y el análisis exhaustivo del Plan de Prevención del Centro de Solidaridad de Zaragoza con la aportación de elementos que contribuyan a comprender mejor el fenómeno de la emergencia de determinados problemas entre un grupo importante de jóvenes, adolescentes y sus familias en nuestro país (arrojando nueva luz sobre los conceptos tradicionales de salud mental juvenil y psicología evolutiva familiar), así como ofrecer pistas para su atención y prevención más eficaces en nuestro contexto presente y futuro.

2. Marco teórico y contexto de la intervención

2.1. La adolescencia como referencia

Teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de jóvenes atendidos en el programa asistencial Tarabidan se concentra alrededor de la edad de 17 años y que muchos de los beneficiarios finales de los programas de prevención también están inmersos en esa etapa evolutiva, merece la pena realizar una reflexión en torno al siempre escurridizo concepto de adolescencia.

Para llevar a cabo nuestro propósito partiremos del análisis y la reflexión efectuada por Domingo Comas sobre dicho término en “Adolescentes en Hirusta: Resultados de una evaluación”, un trabajo de evaluación realizado en 2004 en Bilbao sobre un programa con características similares al que nos ocupa. No siempre se tiene la oportunidad de disponer de dos evaluaciones de estas características próximas en el tiempo, por lo que debemos intentar explotar al máximo las posibilidades que ofrece su comparación. También nos anima la intención de acumular conocimientos sobre la materia, objetivo que sólo se alcanza si nos obligamos a partir de los descubrimientos efectuados en anteriores investigaciones, y no comenzar como si partiéramos de cero. En cualquier caso hemos de advertir que son muy escasas las evaluaciones realizadas sobre programas de similares características en nuestro país.

En aquella ocasión el autor desarrollaba extensamente una serie de aspectos relacionados con la adolescencia que nosotros sólo resumiremos, recomendando al lector interesado acudir a la fuente. Nos extenderemos un poco más en el desarrollo de la idea de la adolescencia como parte de una etapa del ciclo vital de las familias y no sólo como un estadio evolutivo individual, en el concepto de “rito de paso o de transición” como facilitador social de los cambios de fase en el ciclo vital. También nos basaremos en algunas aportaciones sobre los valores de la juventud española actual recogidas en el reciente estudio de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) “Una mirada sobre jóvenes, valores y drogas” (2007), que se enmarcan en la perspectiva europea sobre salud mental de los jóvenes valiéndonos del estudio “Problemas emergentes en la salud mental de la juventud” publicado en 2006 por el INJUVE.

2.1.1. Emergencia histórica de la adolescencia

Una de las importantes afirmaciones que encontramos en el texto de Comas es que la emergencia histórica de la adolescencia está directamente relacionada con necesidades del moderno sistema productivo, que requiere mano de obra más especializada, y con la prolongación de la escolarización obligatoria (muy influenciada en lo ideológico por el ideal ilustrado de la época que venía a proponer un desarrollo integral de la persona mediante la educación).

Basado en el texto mencionado y junto con algunas aportaciones de Bettelheim en su lúcido libro "No hay padres perfectos" (Bettelheim, 1994), reflexionábamos sobre este tema en un artículo reciente, de la siguiente manera:

Hace menos de dos siglos en Europa no existía la adolescencia. Con frecuencia al llegar a los catorce años -edad en la que suelen empezar los conflictos entre padres e hijos- uno de los padres ya había muerto y en cualquier caso, con una expectativa de vida mucho más corta que hoy, las relaciones intergeneracionales se regían por una solidaridad basada en una firme reciprocidad sin culpas ni complejos: "hoy cuido de ti y mañana tú de mí" (...).

La adolescencia como fenómeno generalizado es un invento bastante reciente muy vinculado a la prolongación de la escolarización efectiva del siglo XX. Anteriormente ya existía pero sólo entre una minoría de clase alta. Entre 1902 y 1998 en Europa y Norteamérica se incrementó en diez el número de años de escolarización real y por tanto también el periodo de tiempo de preparación para la incorporación al mundo del trabajo (incluyendo las labores domésticas y la categoría de aprendiz). Este desplazamiento de diez años de los ciclos vitales es un factor clave para entender la configuración actual de la adolescencia y también el desarrollo tecnológico y económico moderno.

(Diario de Sevilla. 27-4-2007)

Sobre una situación más próxima en el tiempo José Antonio Marina afirmaba en el congreso "Ser adolescente hoy", organizado por la FAD, (Madrid 2005) que en 1950 en Francia sólo terminaba el bachillerato un 2% de los estudiantes, el resto de 12-16 años se ponía a trabajar en el campo o la industria.

Conforme el periodo de aprendizaje se ha ido acrecentando no han faltado voces críticas que han advertido del riesgo de la prolongación "artificial" de un periodo en el que ya no se es niño ni se exigen las responsabilidades de los adultos. Una etapa que, como refleja el adolescente protagonista de "El guardián entre el centeno", se podría resumir como **"poder comportarme como un crío y conseguir que los demás me reconozcan como un adulto"** (Comas, 2004). Verdaderamente todo periodo de transición o liminal –como lo denominó Van Gennep– comporta cierta ambigüedad y contiene elementos de la situación preliminar y posterior, pero resulta inquietante pensar que se fomenta la prolongación indefinida de una situación que debería ser transitoria.

Hay que reconocer que la prolongación del período formativo ha contribuido históricamente al desarrollo de nuestra sociedad, pero también que en este momento parecen necesarias medidas que faciliten la emancipación real de los jóvenes (vivienda, trabajo, autonomía personal, etc.) y limiten la prolongación indefinida de esa etapa. Un buen número de los problemas que manifiestan los jóvenes europeos –según veremos en un estudio realizado al efecto– y los chicos que son atendidos en recursos como Hirusta o Tarabidan parecen estar relacionadas con la ambigüedad de esta etapa, la falta de límites que pauten su desarrollo y con la incertidumbre respecto al futuro.

2.1.2. La globalización de la adolescencia

La adolescencia se ha convertido en un tipo cultural autónomo, obligatorio para casi todos los seres humanos que pueblan el planeta, incluida la mayoría de aquellos que no han podido prolongar el periodo de aprendizaje pero que viven la experiencia tras-cultural y mediática de la adolescencia.

(Comas, 2004)

Este fenómeno también cobra importancia dentro de las fronteras de un país desarrollado como el nuestro, ya que existen sectores sociales de adolescentes que no desean estudiar, pero tampoco quieren prescindir de los privilegios de esta etapa vital desempeñando una actividad laboral y adquiriendo unas responsabilidades que le conviertan en adulto. En este punto, además de las limitaciones legales sobre la escolarización obligatoria y la edad laboral, hay que considerar la falta de presión familiar y la relativa tolerancia social para con esa actitud. Es como si la prolongación de la adolescencia se hubiera constituido en un derecho que todos debemos respetar, en una conquista social independiente de cualquier obligación. Desgraciadamente es durante ese “tiempo muerto” (sin trabajo ni estudios), o con trabajo y disponibilidad económica pero sin preparación personal ni obligaciones, cuando comienzan a desarrollarse muchos de los problemas de conducta que después serán atendidos en los servicios públicos o en recursos como Tarabidan.

Hay elementos culturales generacionales que juegan un papel importante en la justificación de la dilatación de la asunción de responsabilidades. En España tienen que ver con un mal entendido sentido de la **tolerancia**, producto de unas circunstancias históricas, que desarrollaremos un poco más adelante.

2.1.3. Faltan “ritos de paso” que pauten la transición

En nuestra sociedad, se prolonga “artificialmente” la adolescencia mientras se carece de fronteras y procedimientos claros que permitan efectuar las necesarias transiciones. Estamos faltos de lo que los antropólogos primero y luego los psicoterapeutas han denominado “ritos de paso o de transición” que faciliten los cambios de etapa vital. Un rito de paso o de transición es un procedimiento de facilitación social, culturalmente

codificado para cambiar de status o condición con el acuerdo de las partes implicadas y el refrendo social.

Históricamente se han utilizado para marcar y facilitar los cambios en el ciclo vital de las familias. Los “ritos de iniciación”, por ejemplo, ayudan a los participantes a integrarse de forma exitosa en la vida adulta. Sirven, como afirma la doctora Olivia Arletty Sandoval, para redistribuir el poder familiar, reorganizar las nuevas relaciones, y brinda a los adolescentes confianza y aceptación en su crecimiento.

Muchos pueblos han desarrollado ritos para pasar de la adolescencia a la madurez social mediante procedimientos que hábilmente comprometían a padres e hijos. Van Gennep describía en 1909 en su libro “Ritos de paso” cómo entre los masai ingleses un chico no podía ser circuncidado si su padre no se había sometido a una ceremonia llamada “paso del seto”, en virtud de la cual aceptaba convertirse en un “anciano” y llamarse en adelante el-padre-de (su hijo), cambiando por tanto de categoría social. Para realizar el ritual, que se celebra cada tres o cuatro años, tenían que estar preparados los dos participantes.

Más modernamente, entre las familias de clase media norteamericana, la ceremonia de graduación parece haberse convertido en un rito de paso que marca la frontera entre los estudios medios y la universidad o el trabajo. Dado que, con frecuencia, la universidad donde se van a cursar los estudios se encuentra en otro estado, su continuación implica un cambio de domicilio y un abandono del hogar (aunque sea provisional). Esto marca ciertas diferencias. Por ejemplo, los psicólogos norteamericanos suelen hablar del “síndrome de la partida y/o del nido vacío” referido a edades más tempranas que en nuestro país y a veces esas diferencias alcanzan a los manuales de psicología y psicoterapia referidos a esas etapas. Pero, sobre todo, pone de manifiesto la tremenda influencia de la cultura sobre la psicología evolutiva.

Lo cierto es que cuando los ritos normales desaparecen o no funcionan y se produce un estancamiento o un retroceso en el desarrollo vital, hay que recurrir a otros procedimientos contruidos específicamente para la ocasión. Uno de ellos es la psicoterapia entendida en su sentido más amplio. Pero, para que la terapia funcione adecuadamente como un rito de paso o transición debe compartir con éstos determinadas características: Debe involucrar activamente a las partes implicadas –en nuestro caso a padres e hijos– debe contar con refrendo social, al menos en el contexto social en el que la familia se desenvuelve, y debe ofrecer una idea aproximada de cómo modificará la posición de los participantes al final del proceso (Roberts, J., 1991).

Los antropólogos sostienen que los ritos en general –no sólo los de transición– convalidan la estructura social actual y promueven la resolución de problemas personales y sociales, al facilitar la manifestación de ideologías, valores, normas y emociones mediante actos simbólicos. Algo de lo que parece estar carente la sociedad española. Entre otros motivos porque la Iglesia Católica ha perdido mucho peso en poco tiempo. Hasta hace pocas décadas la Iglesia servía de referencia en muchos aspectos relacionados con la educación y la socialización, a la vez que aportaba múltiples ritos que

disfrutaban de gran refrendo social. De hecho, algunos de ellos se conservan a pesar de la desafección religiosa de quienes los practican. También el servicio militar jugaba un papel de transición importante en estas edades. La “mili” podía marcar un antes y un después en la vida de muchas personas.

Claro que la cuestión no consiste en volver a marcar tajantemente, mediante procedimientos simbólicos, la frontera en la que se abandona la infancia para entrar en la plena madurez social, ya que los ritos, por sí solos, no pueden modificar las condiciones socioeconómicas que potencian la prolongación de la adolescencia y de la juventud. Pero quizá sí podrían ayudar a pautar distintas sub-etapas con distintos niveles de exigencias, de responsabilidades y de derechos.

2.1.4. Una definición de adolescencia que no implique problemas

Compartimos la idea de que un determinado enfoque de la Psicología ha contribuido a la definición de la adolescencia como una fase “difícil”, como una etapa en la que las crisis y los problemas forman parte natural de su esencia, llegando a ser considerada como una predicción de conflictividad o como un factor de riesgo en sí misma. Ello ha contribuido a desenfocar el problema básico de la contradicción entre madurez biológica (que se alcanza al final de la pubertad) e inmadurez social (que en este momento histórico no se puede predecir cuándo se termina).

Esta perspectiva también ha servido como justificante de determinadas conductas y actitudes. Nos referimos a que con el pretexto de la supuesta conflictividad natural de esa etapa, y la tan traída y llevada “revolución de las hormonas”, se han dejado de establecer límites y de exigir determinadas responsabilidades educativas que, como se ha dicho anteriormente, conducen a innumerables problemas de conducta.

Para desterrar esta identificación entre conflictividad y adolescencia –algunos adolescentes que no estén en crisis, ni sean problemáticos pueden llegar a plantearse si serán ellos los raros–, quizá convenga repasar algunos de los cambios y logros evolutivos de esta etapa y sus consecuencias sobre las familias y la sociedad:

La Psicología Evolutiva describe que es en esta etapa en la que se produce el pleno desenvolvimiento del pensamiento abstracto y crítico, lo cual puede implicar un replanteamiento de las antiguas normas aprendidas en casa y en la escuela. Hasta ese momento, las normas infantiles se aceptan de mejor o peor grado pero sin poner en cuestión su lógica interna. Ahora es esa lógica precisamente la que se cuestiona. También es posible que se someta a examen la doble moral y las contradicciones entre teoría y práctica en las que suelen incurrir los adultos, en virtud del desarrollo de nuevas capacidades morales que se corresponden con la fase postconvencional del desarrollo moral (Kohlberg, 1992). Las nuevas capacidades biológicas, cognitivas y morales exigirán la revisión de los términos de anteriores acuerdos entre padres e hijos o sea, habrá que volver a negociar. El desplazamiento del afecto de la familia hacia las relaciones con los iguales –otro de los cambios evolutivos de esa etapa– también puede “dejar huérfanos” a algunos

padres y a algunos matrimonios basados casi exclusivamente en la paternidad y la maternidad.

¿Es a todo eso a lo que llamamos crisis, problemas, conflictos...? Más bien debería ser lo contrario, ya que la falta de pensamiento abstracto y de juicio crítico (o su retraso), la falta de análisis moral en términos racionales y no exclusivamente en términos normativos (o su retraso), o la falta de interés por los chicos y las chicas de su edad manteniéndose excesivamente pegado a los padres sería lo preocupante, ya que representarían señales peligrosas de involución en cualquier joven.

Nuevas necesidades requieren nuevas respuestas. Que éstas sean o no problemáticas, que desemboquen o no en una crisis, dependerá del conjunto de la familia y no exclusivamente del adolescente.

En definitiva, lo problemático no debe formar parte de la definición de esa etapa de la vida de las personas y ni del ciclo vital de las familias. Más bien se trata de comprender que cada etapa vital tiene sus exigencias y sus retos, y que cuando no se afrontan o no se superan satisfactoriamente es cuando se presentan los problemas y se desencadenan las crisis.

Otra cuestión completamente diferente es que en un momento concreto resulte necesario determinar si un problema reviste gravedad suficiente. A tal efecto existen muchos manuales de Psicología Evolutiva que ofrecen orientaciones sobre el desarrollo madurativo de esta etapa y por supuesto también de Psicopatología y Psicodiagnóstico que deben ser manejados por profesionales competentes. Más difícil resulta encontrar manuales que combinen la óptica del desarrollo adolescente con la perspectiva familiar. Nosotros vamos a recomendar uno inspirado en la práctica clínica: "El adolescente en la terapia de familia" de Joseph A. Micucci, (Micucci, 2005) particularmente el capítulo tres dedicado al desarrollo del adolescente.

2.1.5. Una fase del ciclo vital familiar

A la perspectiva de la Psicología tradicional hay que añadir la del ciclo vital de la familia o, más ambiciosamente, la Psicología Evolutiva Familiar, que es una disciplina que va más allá de la Psicología Evolutiva Individual, integrándola. Este enfoque pretende describir la evolución de los miembros de la familia en su contexto y también dar cuenta de la evolución de las relaciones entre ellos, que son concebidas como algo más que la suma aritmética de los individuos que la componen. Philippe Caillé alude a este concepto cuando, refiriéndose a la pareja, afirma que "uno más uno es igual a tres", refiriéndose a un miembro, al otro y a la relación que han construido entre los dos y los sobredetermina a ambos (Caillé, 1992). Trata, en definitiva, de la evolución del sistema que llamamos familia. Desde esa perspectiva pretendemos comprender la etapa evolutiva familiar referida a la adolescencia/juventud de los hijos.

Pero para ello es importante visualizar a la familia como un sistema en evolución, lo que a su vez requiere adoptar una perspectiva sistémica. Quizá un pequeño viaje des-

de el plano microscópico al macroscópico como el que nos propone Sluzki, nos ayude a comprender el concepto al que estamos haciendo referencia:

Si miráramos a través de un ultramicroscopio veríamos un conjunto de partículas desordenadas en movimiento. Sólo con el enfoque adecuado comenzarían a ofrecer cierto orden y armonía. Estaríamos contemplando las partículas subatómicas: electrones, neutrones y protones, orbitando elegantemente alrededor del átomo. Si modificáramos el enfoque, volveríamos a contemplar un cierto desorden carente de sentido hasta que, a determinada distancia de foco, comenzaría a emerger ante nuestros ojos la estructura molecular compuesta por átomos. Siguiendo el mismo procedimiento, atravesando las mismas fases de orden y caos, pasaríamos por las fronteras que separan los sistemas denominados célula, tejido –ya en un nivel visible para el ojo humano–, órgano, organismo, agregado de organismos. En este punto podríamos distinguir claramente determinadas configuraciones que denominamos familias y redes sociales significativas. En ese nivel, como en cualquier otro, apreciaríamos un orden específico con su propia lógica. Si continuáramos con el experimento veríamos, aumentando nuestra visión a escala telescópica, grandes nichos ecológicos, ecorregiones, el planeta, el sistema solar, la Vía Láctea, etc. Así hasta llegar a los confines del universo donde nos detendríamos admirados a descansar y también por no saber cómo continuar.

La pauta de orden o regularidad y desorden o irregularidad más allá de sus fronteras es lo que constituye a todo sistema sea cual sea su magnitud. La selección de la frontera viene dada por nuestra capacidad de aprehenderla o por la definición operativa que hagamos de lo que consideremos significativo. Pero ¿quién realiza la elección del enfoque, la selección de la unidad de análisis? Lógicamente dependen más del observador que de una característica inmanente de lo observado. Pero, a su vez, en el proceso de observación, de definir el conjunto significativo, de especificar las relaciones entre los atributos, de fijación de fronteras, etc., el observador queda incluido en el propio sistema observado.

Esta idea ha sido una de las opciones que la Filosofía ha barajado históricamente, pero ha cobrado nuevo prestigio en la actualidad con el “principio de incertidumbre” de Heisenberg, seguramente porque proviene del campo de la Física. En cualquier caso, lo que en Física parecía ser un problema –que el observador modificara con su observación la realidad observada– se supera con la propuesta de incluir al observador en el sistema de observación. Pero, entonces ¿debemos abandonar el sueño de la objetividad absoluta en la Ciencia? Nos tememos que sí.

Esto es algo que tienen muy en cuenta los terapeutas de familia, tanto que disponen de un nombre propio para definir la actividad que realizan conjuntamente con las familias: el sistema terapéutico. Éste no es el sistema de los terapeutas, es el sistema que incluye las relaciones del sistema de/los terapeuta/s (con todos sus conocimientos y sus técnicas), y el sistema cliente (usuario/s) porque, en este enfoque, lo que resulta determinante es la relación terapéutica. Algo que, por cierto, no tienen en cuenta las llamadas evaluaciones científicas “basadas en la evidencia”, que sólo se ocupan de medir las técnicas (Rodríguez, 2004).

En la medicina tradicional se entiende que lo que cura son las técnicas, las medicinas y los terapeutas, mientras que el paciente tiene un papel pasivo (dejarse hacer), o de obediencia (cumplir las prescripciones médicas).

Desde una perspectiva sistémica, cuando se observa a una familia o se hace terapia, el sistema los incluye a todos: observadores y observados, terapeutas y clientes o usuarios.

Pues bien, haciendo uso de nuestra prerrogativa como observadores, proponemos contemplar el sistema familia y la red social significativa como unidades de análisis que permitan comprender mejor el fenómeno del tránsito por la etapa vital de la adolescencia y juventud hacia la madurez. Teniendo en cuenta que una auténtica perspectiva sistémica permite teóricamente mantener una visión multinivel, en nuestro caso, a pesar de enfocar específicamente a la familia, nos esforzaremos por no perder de vista a los individuos (también son sistemas) que la componen, el entorno comunitario en el que se desenvuelven, así como algunos aspectos más generales de la cultura a la que pertenecen (reglas, costumbres, valores, etc.).

Esta larga introducción ha sido necesaria para dejar claro que cuando hablemos de enfoque familiar lo hacemos desde este punto de vista y no desde el que considera al chico o la chica como el auténtico objeto de la observación y la intervención, y a los padres como elementos importantes, pero complementarios. Desde esta perspectiva, los problemas de los adolescentes son síntomas de que algo no anda bien en la familia, y aunque nuestra modalidad de trabajo concentre su dedicación en los adolescentes, es muy importante comprender la dinámica familiar en la que están insertos y el papel que su problema juega en la misma.

Tal y como la definió Salvador Minuchin, la familia es el contexto natural para dar y recibir ayuda. Más recientemente, Sluzki ha puesto el acento en el concepto de red social personal significativa, ya que no todas las personas poseen una familia, y su contexto significativo puede estar constituido por otras personas. Seguramente, para la mayoría de los casos a los que nos tengamos que enfrentar en dispositivos como el que estamos evaluando valdrán los conceptos clásicos de familia (incluidas las nuevas modalidades de familia), pero también se pueden presentar casos de menores y jóvenes sin familia en los que tendremos que recurrir a su red social personal (Sluzki, 1996).

Las familias, como otros sistemas vivos, atraviesan a lo largo de su historia por una serie de etapas que constituyen su ciclo vital. Es importante que las conozcamos, aunque sea resumidamente, ya que pueden convertirse en contenidos clave para orientar la prevención y la asistencia.

Para la prevención es importante porque conociendo los momentos críticos de transición de las familias, sus necesidades y sus retos se pueden programar actividades preventivas a lo largo de todo el ciclo vital. Un ejemplo que puede servir para ilustrar esta idea es el programa de salud "el niño sano", que consiste básicamente en un programa pediátrico que implica una serie de visitas de control, consejos en momen-

tos críticos del desarrollo, establecimiento de pautas preventivas, administración de vacunas, etc. No está pensado para la enfermedad sino para prevenirla, para promover la salud y, llegado el caso, para detectar precozmente cualquier tipo de problema. Su éxito se basa en el conocimiento del desarrollo evolutivo normal de los primeros años de vida y en la programación racional de las actividades. En nuestro caso se trataría de lo mismo pero partiendo del ciclo vital familiar (Ramírez de Arellano, 2006).

Para la asistencia es importante porque, desde esta perspectiva, muchos de los problemas, síntomas y trastornos que presentan los chicos y las chicas de estas edades se pueden interpretar como un escollo o un bloqueo en el desarrollo de los objetivos que la familia tiene que alcanzar en esta etapa de su ciclo vital. No se trata un problema de los padres por separado (del que deban sentirse culpables), ni del adolescente por otro (a quien culpar de sus "rarezas"). Es una dificultad en la evolución de un sistema vivo que afecta de diversas maneras a los miembros que lo componen.

A continuación se ofrece un resumen de las etapas del ciclo vital, de sus objetivos y retos, así como de algunos de los problemas que se pueden presentar cuando no se superan satisfactoriamente o se produce una dificultad en su desarrollo. Como en ocasiones anteriores, remitimos al lector a la fuente: el libro de Salvador Minuchin y Fishman "Técnicas de terapia familiar".

El ciclo vital de la familia y sus puntos de inflexión

La familia necesita una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber: apoyar la individuación, al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia.

La perspectiva familiar sistémica no siempre coincide con la percepción de sus miembros, ya que éstos no suelen vivenciarse a sí mismos como partes de una estructura familiar. Todo ser humano se considera una unidad, un todo en interacción con otras unidades.

Las descripciones del ciclo vital de la familia suelen comenzar con el establecimiento de la pareja, pero cabe la posibilidad de considerar uno anterior como es el de la emancipación o independencia de la familia de origen sin constituir una pareja. Como tantas otras cosas, su frecuencia dependerá de factores culturales. Hoy día, en los llamados países desarrollados se va abriendo paso la idea y la práctica de considerar normal, e incluso deseable, pasar por un periodo de vida autónoma antes de formar una nueva familia. Antes era una costumbre más propia de algunas familias de clase alta y restringida a los varones.

FORMACIÓN DE LA PAREJA

En la formación de la pareja, cada cónyuge debe resignar una parte de sus ideas y preferencias. En cierto modo pierde individualidad, pero a cambio gana en pertenencia.

Una de las tareas vitales del nuevo sistema compuesto por los cónyuges es el de establecer unos límites que lo protejan de interferencias procedentes de parientes políti-

cos u otras personas, procurándole un ámbito reservado para la satisfacción de sus necesidades psicológicas.

Unas fronteras demasiado pobres pueden dificultar la creación del nuevo sistema; unas fronteras demasiado rígidas pueden aislar a la pareja del resto de los sistemas de apoyo y dificultar su evolución.

En los servicios asistenciales es frecuente ver casos de padres interferidos en la educación de sus hijos por la intromisión de los abuelos (falta de límites) y casos psicosomáticos, de malos tratos y de abusos sexuales con fronteras muy rígidas hacia el exterior.

En esta etapa es muy importante la elaboración de pautas viables para expresar y resolver los conflictos.

Suele haber tensiones entre las necesidades del sistema y los sistemas exteriores, y entre las necesidades de los individuos que lo forman y el nuevo sistema.

Si existe una disfunción importante dentro del sistema de los cónyuges, éste repercutirá (posteriormente) en toda la familia.

LA FAMILIA CON HIJOS PEQUEÑOS

Con el nacimiento del primer hijo se forma el sistema parental, que debe encargarse de la crianza de los hijos, de las funciones de socialización y se tiene que reorganizar el sistema conyugal.

Dentro del subsistema parental el niño aprende multitud de cosas: qué se puede esperar de personas con mas recursos y más fuerza; a considerar arbitraria o racional la autoridad; si sus necesidades serán contempladas y cómo pedirlo; modelará el sentimiento de lo correcto y lo inadecuado; determinará el estilo en que se afrontan los conflictos y las negociaciones, etc.

Es función de los padres establecer límites. Los límites están constituidos por las reglas que definen, entre otras cosas, quiénes participan y de qué forma. Su función también es proteger la diferenciación de los subsistemas. Estos límites tienen que ser claros y estar bien definidos, ya que lo normal es que el pequeño trate por su hedonismo de conseguir todo lo que le apetece y busque constantemente llamar la atención.

En el subsistema parental pueden participar otras personas diferentes de los padres y puede estar excluido alguno de ellos. Con frecuencia puede haber algún hijo implicado en la tarea. Hay que observar con atención tanto las exclusiones como los hijos parentalizados, porque pueden presentar problemas. En el caso de las familias reconstituidas hay que prestar atención a cómo se reparten los roles, las competencias, las funciones, etc. y si las referencias están claras para los hijos.

El subsistema conyugal debe adaptarse a las nuevas necesidades y tener en cuenta que, para los hijos, este sistema constituye el modelo de las relaciones íntimas tal y como se manifiestan en la vida cotidiana. El niño puede contemplar los modos de ex-

presar afecto, de acercarse a un compañero abrumado por las dificultades y el modo de abordar los conflictos entre iguales.

Conforme crecen los niños, los adultos deberán ir modificando sus pautas educativas para crear métodos adecuados de control y, al mismo tiempo, alentar el crecimiento.

Algunos de los trastornos graves de conducta que observamos en los niños en los servicios asistenciales remiten a un grave problema en el sistema de los cónyuges, que pueden estar utilizando alguno de los hijos como chivo emisario o como aliado de un padre contra el otro. Otros menos graves suelen tener que ver con pautas educativas inadecuadas.

En esta etapa del ciclo vital, la mujer de la pareja puede considerarse prisionera de demandas contradictorias en la división de su tiempo y su lealtad. El marido puede dar pasos para su alejamiento. Si no se resuelven bien los problemas se pueden configurar coaliciones entre miembros de generaciones distintas y desencadenar otros problemas más graves.

También se pueden consolidar repartos de roles y tareas inadecuados.

Si el subsistema de los padres se ve muy sobrecargado (en esta y las siguientes etapas) y existen antecedentes, conviene vigilar el consumo/abuso de sustancias, fundamentalmente alcohol, tabaco y psicofármacos.

LA FAMILIA CON HIJOS EN EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES

La aparición de otros hermanos crea un nuevo subsistema que constituye el primer grupo de iguales en el que se participa. En ese contexto los chicos se apoyan, se atacan, se divierten, se toman de chivo emisario, etc. Y, en general, aprenden unos de otros. Elaboran pautas para negociar, cooperar y competir. Este proceso promueve el sentimiento de pertenencia al grupo y de individualidad vivenciada en el acto de elegir y de optar por una alternativa dentro de un sistema. Habrá que estar atentos a la evolución de tantos hijos únicos de las nuevas familias.

En esta etapa, la familia tiene que relacionarse con un sistema nuevo, bien organizado y de gran importancia: la escuela. Hay que elaborar nuevas pautas (horarios, trabajo, descanso, etc.). También puede aportar elementos de fraternidad a los chicos y chicas que son hijos únicos o que están separados de su/s hermano/s por una gran diferencia de edad.

Dentro del subsistema parental, los adultos tienen la responsabilidad de cuidar de los niños y de socializarlos, pero también poseen derechos: fijación de reglas, domicilio, escuela, etc.; el deber de proteger la privacidad del sistema de los cónyuges y de fijar el papel que los niños deberán jugar en el funcionamiento de la familia. En definitiva, el establecimiento de límites del que hablábamos en el estadio anterior continúa, lógicamente, en éste.

Como afirma Javier Urrea, psicólogo de la Fiscalía de Menores: "Si a un niño se le permite hacer lo que quiera, pensará que los otros están para servirle (pensamiento nar-

cisista, es decir, solamente usa a los otros); si no se le van inculcando obligaciones para con los demás, no aprenderá a ponerse en el lugar del otro (empatía); terminará pensando que la vida es así y que su madre está exclusivamente para servirlo, y ese pensamiento enfermizo se reflejará indirectamente en la idea generalizada de que 'todos están para servirme'. Si esta situación no se frena, cuando tenga 16 o 17 años la situación puede desbordarse y, cuando la madre intente pararlo, el chico quizá ya no acepte un no por respuesta, llegando incluso a la amenaza y violencia. Así lo demuestran las 6.500 denuncias contra menores recibidas en la Fiscalía de enero a septiembre del año pasado, y eso que los padres casi nunca denuncian".

En resumen, si la situación se prolonga desde la infancia hasta la adolescencia nos podemos encontrar con el síndrome del "Pequeño dictador", que da título al libro de Javier Urra, cuyo subtítulo nos advierte: "Del niño consentido al adolescente agresivo" (Urra, J. 2006).

Por otra parte, el niño se entera de que la familia de sus amigos obedece a reglas diferentes y, con la adolescencia, el grupo de pares cobra mucha importancia.

Hay que renegociar los temas de autonomía y control. Sin olvidar la función de apoyo, sobre la que tanto insiste Micucci, y que algunos padres parecen olvidar ante las actitudes altivas, pseudoautosuficientes o ariscas de sus hijos adolescentes que, con frecuencia, responden a un mecanismo de defensa ante la dependencia de la que aún se sienten presos y de la que no saben como librarse (aunque se esfuercen por aparentar lo contrario).

Es posible que, en esta etapa los abuelos necesiten ayuda y estas nuevas demandas recaigan sobre unos padres sobrecargados, que están lidiando con las exigencias de sus hijos adolescentes. (En un estudio sobre percepción de salud realizado en una localidad onubense, resultaba significativo cómo la mayoría de los que se encuadraban en "la segunda edad" se sentían muy sobrecargados, desilusionados respecto de sus ideales de juventud y habían desarrollado un árido pragmatismo ante la vida, en oposición a abuelos y adolescentes, que compartían mucho más idealismo vital y social).

El inicio de la fase de separación de alguno de los hijos puede tener consecuencias sobre todo el sistema, particularmente sobre el hijo que se queda.

Es el periodo en que la familia debería estar facilitando la progresiva autonomía de sus hijos adolescentes, cuando se fraguan algunos de los trastornos de conducta, abusos de sustancias, adicciones, trastornos del comportamiento alimentario, etc. como los que se presentan a diario en Tarabida y otros recursos análogos. Algunos autores consideran estos problemas como trastornos de la emancipación juvenil.

Para esta etapa, es válido todo lo dicho en el epígrafe 2.1.4, referente a las adquisiciones madurativas de los adolescentes a nivel cognitivo, afectivo, social y moral, y cómo, en algunos casos, esa evolución puede convertirse en un desafío o en una amenaza para los padres.

A veces, los cónyuges que ya no funcionan como pareja, pero a los que su función de padres los ha mantenido unidos, deciden separarse llegada esta etapa de los hijos

(“porque ya son mayores”). Se trata de una situación delicada, con frecuencia dolorosa, que puede requerir consejo y apoyo. Una mala gestión de la situación puede producir algún síntoma en el adolescente, que podría resolverse con mayor facilidad trabajando con el conjunto del sistema en transformación (a veces sólo con los padres) más que aisladamente con el chico o la chica.

LA FAMILIA CON HIJOS ADULTOS

Los hijos, ahora adultos jóvenes, tienen su propio proyecto de vida y poco a poco se van separando de la familia original, que en muchos casos volverá a ser de dos miembros (aunque depende de si conviven con algún miembro de la anterior generación). Es la etapa que suele, o solía, designarse como de “nido vacío”. Actualmente, todas las etapas están sufriendo cambios importantes en su desarrollo, y ésta también. Se producen divorcios, abandonos, reconstituciones familiares, adopciones.

Otra vez la familia tiene que adaptarse a las nuevas exigencias de la realidad. Primero a las consecuencias del nido vacío, más adelante habrá que afrontar la jubilación. Se dispondrá de más tiempo libre que se empleará de forma más o menos satisfactoria dependiendo de cada familia y sus circunstancias.

El aumento de la longevidad también está creando cambios en esta etapa o produciendo otras nuevas. Con el aumento del número de años de vida, aumenta la posibilidad de disfrutar de esta etapa de forma creativa y de que la tercera edad gane peso como colectivo en la sociedad. Pero también aumentan las posibilidades de vivir con enfermedades o discapacidades, de enviudar, de pasar los últimos años de la vida viviendo solo o sola, o en un establecimiento geriátrico. Finalmente, aunque la muerte puede sobrevenir en cualquier momento, al final de esta etapa es inevitable, y los individuos y las familias tienen que transitar por ella.

De una mala solución en esta etapa, sobrevienen multitud de problemas de los que se observan desde los servicios asistenciales. Pueden consolidarse alcoholismos y depresiones en los padres, graves problemas de convivencia (incluida la violencia) entre los cónyuges, diversos tipos de trastornos de conducta, psicológicos, adicciones, etc., entre los jóvenes adultos que no han superado satisfactoriamente su proceso de autonomía y emancipación, aportando muchos factores de riesgo a las familias nuevas que constituyen. También, de forma creciente, están aumentando los problemas relacionados con la tercera edad (explotación de las abuelas, falta de medios para una subsistencia digna, soledad, aislamiento, etc.)

Con este resumen de las necesidades de las diversas etapas del ciclo vital de la familia hemos querido dejar claro dos cosas:

1. Si deseamos ayudar a una familia que está atravesando una dificultad, (todas las que vienen a Tarabidan están en esa situación) es mejor que contemplemos el cuadro general de la etapa vital por la que atraviesan todos sus miembros.
2. Para programar la prevención es positivo contemplar los hitos que marcan las transiciones normales de las familias y no sólo del individuo adolescente.

2.1.6. La perspectiva generacional

Otro aspecto fundamental para contextualizar los estudios sobre la adolescencia es poder analizarlo desde la perspectiva generacional.

La relación que mantenemos con nuestros adolescentes está muy condicionada por cómo vivimos aquella etapa: lo bien y lo mal que lo pasamos, los miedos que padecemos, los placeres que experimentamos, las relaciones que establecimos con o contra la autoridad, la experimentación del riesgo en su doble vertiente positiva y negativa. Y esto nos ocurre tanto desde una perspectiva personal (en psicoterapia es frecuente explorar biográficamente la adolescencia del padre o madre que tiene problemas con su hijo de esa edad) como desde el punto de vista generacional. Como dice Jaime Funes: "En cierto modo no existe el problema adolescentes sino el problema de los adultos con sus adolescentes". En España estamos muy influidos por la convivencia de generaciones que han sido educadas en la obediencia (cuando no en el autoritarismo) con otras educadas en la tolerancia (cuando no en la negligencia). (Ramírez de Arellano, 2007)

Un ejemplo de ello lo encontramos en el siguiente fragmento del libro "Actuar localmente en (drogo)dependencias" donde se describen algunas características de las relaciones intergeneracionales durante la época de la epidemia de consumo de heroína:

*Si desde el final de la guerra civil hasta los sesenta, el modelo de transmisión y adquisición de normas y valores culturales se basó en un tipo de relación entre padres e hijos en la que primaba la obediencia como valor central, configurando un tipo de aprendizaje en el que los hijos aprendían de los padres y miraban la realidad a través de ellos, durante el periodo posterior (60-80) se invirtieron los términos, dando lugar a un modo de relación en la que los padres miraban la nueva realidad a través de los ojos de sus hijos, ya que parecían mejor preparados para adaptarse a los cambios socioculturales que se sucedían a una velocidad de vértigo, y en la que la tolerancia sustituyó a la obediencia como eje de las relaciones padre/hijo. El primer modelo se puede identificar con lo que Margaret Mead denominaba cultura **postfigurativa** y el segundo con lo que denominaba cultura **prefigurativa**, que suele producirse en periodos de intensos cambios culturales. El modelo dominante a partir de los noventa es el denominado **configurativo** y se corresponde con el tipo de sociedad en la que el aprendizaje de los cambios se produce conjuntamente. La tesis de Domingo Comas es que la eclosión del fenómeno de las drogodependencias en nuestro país hay que entenderlo en el marco de una relación entre padres e hijos de carácter prefigurativa.*

Queda por analizar lo que ha ocurrido durante el nuevo siglo en nuestro país, ya que si bien la mayoría de los indicadores apuntan a que seguimos inmersos en una cultura configurativa, también es verdad que la tolerancia se mantiene como un elemento significativo de las relaciones de los padres hacia los hijos. Además, el propio término "to-

lerancia” ha experimentado un profundo cambio de significación social en los últimos 30 años. Durante el período de la transición encarnaba valores muy positivos porque entonces había que evitar a toda costa el riesgo de la confrontación, aspecto para el que resulta muy útil. Pero, como valor vertebral de un nuevo modelo educativo, hay que reconocer que resulta bastante pobre. ¿Quién desea ser solamente tolerado?

O sea que a las perspectivas de la psicología evolutiva individual del adolescente y a la del ciclo vital de las familias, hay que añadirle la perspectiva histórico-generacional ya que, como afirma Comas, “las características de las etapas vitales de una generación se conforman en una dinámica relacional con las etapas vitales de las generaciones precedentes y las consecuentes”.

2.1.7. Modos de ser de los jóvenes españoles actuales

Descendiendo al terreno práctico de cómo son los jóvenes y adolescentes españoles de hoy, no podemos dejar de citar el estudio de la FAD “Una mirada sobre jóvenes, valores y drogas” (FAD, 2007), así como recomendar su lectura. Aquí nos limitaremos a destacar algunos aspectos generales o de interés particular para el presente trabajo.

En el capítulo referido al consumo de drogas, el estudio nos ofrece los siguientes datos generales para la población de 15 a 24 años y para un consumo de una cierta frecuencia:

El 71% consume alcohol con cierta frecuencia; fuman tabaco un 48%; hachís el 21,3%; consumen drogas de síntesis y anfetaminas un 2,5%; y también cocaína un 2,3%, siendo muy residual el uso de heroína.

En lo referente a haber consumido o no alguna sustancia en los 12 últimos meses, sólo el 16% no consumió ninguna droga, el 31% consumió sólo una y el 52% más de una. Tres o más sustancias la consumieron un 23% de los jóvenes, o sea que una cuarta parte fueron policonsumidores.

Aunque, como veremos un poco más adelante, los datos varían dependiendo del grupo o sector juvenil al que se pertenezca. El estudio confirma las tendencias que relacionan el mayor consumo de drogas con las malas relaciones familiares y con la presión de grupo para el consumo drogas legales y cánnabis, pero en cambio cuando se trata de otras drogas, la presión de los amigos puede ser en sentido contrario, o sea disuasorio del consumo.

La declaración de la vivencia del aburrimiento no parece guardar relación con el consumo de alcohol, tabaco y cannabís, pero sí con las otras drogas en el sentido de “a mayor aburrimiento mayor consumo”.

Ideológicamente los consumidores tienen un perfil tendente a la izquierda en los casos de alcohol y tabaco; más hacia la extrema izquierda en las drogas ilegales, excepto en la cocaína, y de forma menos clara en alucinógenos y anfetaminas, donde también hay muchos situados a la derecha como en el caso de la cocaína.

La religión católica parece ser un factor de protección frente al consumo de drogas. Los mayores consumidores se dan entre los indiferentes, agnósticos o no creyentes.

En otro orden de cosas, quizá lo más novedoso del estudio es que consigue clasificar a los jóvenes de estas edades en cinco grupos de características bien diferenciadas a partir de las cuales no se puede seguir hablando de los jóvenes en general, y abre la puerta al diseño de la prevención en función de las características de esos grupos. Conviene advertir que el estudio se realiza a partir de lo que declaran los jóvenes, no sobre conductas observadas. O sea que cuando, por ejemplo, dicen justificar pequeños robos en grandes almacenes se trata de eso, de una justificación. Son las siguientes:

Grupo ventajista/disfrutador (19,75%)

Representan el tópico de lo que se piensa de la juventud española, aunque sólo representen un quinto de la misma. Se identifican con iconos como una copa, un coche, el dinero o las discotecas. Sólo piensa en pasarlo bien los fines de semana; bebe mucho los fines de semana; no le importa molestar con sus ruidos a los demás vecinos; no tiene reparo en hacer trampas en los exámenes u oposiciones, robar en grandes almacenes, conducir con temeridad, etc. Los adjetivos que relacionan con la juventud son: seductores, éxito sexual, interesados por el presente, búsqueda de la fama. Este grupo está constituido en buena parte por los más jóvenes, y hay más chicos que chicas entre ellos. Tienen peores relaciones con sus padres que la media. Tienden más hacia la derecha. Se muestran dispuestos a justificar la pena de muerte en determinados casos. También se aburren más que la media, a pesar de tanta juer-ga. Consumen más alcohol, tabaco y otras drogas que la media. Proceden de una clase social más alta que la media. Tienen una idea bastante ingenua sobre los riesgos/beneficios que entraña el consumo de drogas.

Grupo incívico/desadaptado (10,91%)

Se sitúan fuera de la sociedad en una actitud de rechazo que puede llegar a ser violenta. Están de acuerdo con hacer ruido, robar en grandes almacenes, destrozar mobiliario urbano, etc. Es el grupo menos numeroso, de mayor edad y con menos chicas. Dicen no valorar las relaciones familiares, ni tener éxito en el trabajo, ni las normas, ni llevar una vida digna, etc. No importa molestar con ruidos, enfrentarse a la policía o explotar a los inmigrantes. Dicen llevarse peor (que la media) con sus padres y compañeros. Consumen mucho todo tipo de drogas legales e ilegales, excepto hachís. Son los que en menor grado se divierten y en mayor grado se aburren. Su extracción social está en la media poblacional. Utilizan iconos nazis y "ocupas". No se sienten representados por iconos como el preservativo, la moda o el dinero. Un tercio vive ya fuera de casa. Entre sus filas hay menos católicos que en la media nacional y más creyentes de otras religiones.

Grupo integrado/normativo (32,67%)

Es el grupo más numeroso. Aceptan las normas, se identifican con iconos altruistas (otra cosa es que participen activamente), tienen buenas relaciones con su familia y sus amigos. Rechazan más que otros el emborracharse en lugares públicos, el consumo público de marihuana y molestar a los demás con el ruido. Se identifican con valores como la honradez, la participación, la solidaridad y con iconos altruistas conocidos como Cruz Roja, Médicos sin Fronteras, Greenpeace, Amnistía Internacional, aunque también buscan la fama individual. Dependientes de la familia. Más bien de derechas. Mayor presencia de mujeres y de católicos practicantes. Clase media-media. Son los que declaran mejores relaciones con sus familias y con sus amigos, los que menos se aburren y menos drogas consumen.

Grupo alternativo (15,25%)

Son mayores dentro de la media. Jóvenes más implicados socialmente. Declaran la necesidad de hacer cosas para mejorar el barrio o la comunidad. Se identifican con iconos como Amnistía Internacional y "ocupas"; rechazan iconos como el dinero o la moda. Rechazan más que la media la conducción temeraria de vehículos y la pena de muerte. Valoran más que la media vivir como a uno le gusta y arriesgarse a hacer cosas nuevas e inciertas. Tienen buenas relaciones con los compañeros y peor con los padres. Situados a la izquierda. Son los que más hachis consumen, pero menos otras drogas. Son los que menos se aburren de todos. Su extracción social está en la media. El 25% ya vive fuera de casa con cierta frecuencia compartiendo el piso con amigos. Tienen el mayor porcentaje de estudiantes en licenciaturas y diplomaturas.

Grupo retraído (21,42%)

No se identifican con ningún icono en especial y se distancian de temas políticos, religiosos, etc. Aunque hay muchos católicos en sus filas, no son practicantes. Jóvenes apocados, retraídos, relativamente encerrados en su propio mundo, integrados, pero sin ninguna implicación social. Son los que más viven con sus padres. Lejos del altruismo pero sin enfrentarse a lo normativo. Mantienen mejores relaciones con sus padres que la media y menos buenas con los amigos. Dicen aburrirse más que la media y consumen menos drogas. Una parte importante ha abandonado los estudios y está trabajando o buscando trabajo.

Introduciendo el factor "integración social" como criterio clasificatorio tanto en el grado como en el modo, el estudio resume los siguientes datos:

Un 33% de jóvenes están integrados en la sociedad y defienden valores prosociales, aunque en la práctica no estén demasiado comprometidos con lo público. Son del tipo integrado/normativo.

Más del 40% estarían también integrados pero manifiestamente poco implicados con lo público. En su forma más inhibida estaría el tipo retraído, y más acorde con el este-

reotipo de quienes “pasan” de lo que no sea su diversión estarían los ventajistas/disfrutadores.

El 15% alternativo son muy críticos con la sociedad en que viven y postulan activamente otro modelo de sociedad.

El 11% incívico/desadaptado manifiesta también su disconformidad con la sociedad, pero en forma de confrontación ciega, incluso violenta.

En contra de determinados tópicos sobre los jóvenes de ahora, no está nada claro que exista una cultura juvenil específica en cuanto a valores. De hecho, los valores de los jóvenes se parecen más a los de sus padres que a los de otros grupos u otras categorías de jóvenes de su misma edad. Por ejemplo, el valor más destacado de todos es el de “tener buenas relaciones familiares” algo que coincide con la valoración de la población general de 15 a 65 años. Y en lo relativo a la percepción de riesgo en torno a las drogas también se sitúan en los mismos valores que la población general.

Un dato curioso del estudio en lo referente a cómo los jóvenes definen su propia generación es que la califican simultáneamente como *dependiente* de la familia y como *independiente*, valores aparentemente contrapuestos. En el estudio se apunta la posibilidad de que el dato haga referencia a que los chicos y las chicas viven con sus padres (dependen de ellos), pero hacen lo que les parece (sintiéndose independientes). En nuestra opinión, pudiendo ser cierta esa explicación, también lo es que el tema resulta un poco más complejo y puede hacer referencia al hecho de que las edades estudiadas (15-24 años) se corresponden con la etapa en la que se transita desde la dependencia, en muchas de sus facetas, hacia la autonomía y a veces hacia la emancipación material. En todo ese proceso, la familia juega un papel muy importante. De hecho, es ella en su conjunto (al menos padres e hijos) la que efectúa ese tránsito. En resumen, siendo el binomio dependencia/independencia un tema tan central a lo largo de todo el periodo de edad estudiado, habría que poder descomponerlo en facetas, grados, modos, etc., para saber a qué se refieren.

2.1.8. Problemas emergentes de los jóvenes europeos

Finalmente, para enmarcar la problemática de la juventud dentro del ámbito europeo hemos recurrido al estudio realizado por B. González y E. Rego “Problemas emergentes en la salud mental de la juventud”, publicado en 2006 por el INJUVE.

Aunque los autores se encargan de dejar claro a lo largo de todo el trabajo la falta de sistemas específicos de recogida de información epidemiológica y asistencial en materia de salud mental infantil y juvenil, en el capítulo cuatro ofrecen de forma ordenada la información disponible sobre todo a partir del diagnóstico contenido en la “Recomendación 1632 (2003) del Consejo de Europa” y de la “Encuesta sobre salud mental de niños y adolescentes” realizada en Gran Bretaña en 1999.

El cuadro sobre el diagnóstico de los problemas de salud mental de los jóvenes europeos que a continuación reproducimos, ofrece no sólo claves diagnósticas sino tam-

bién el germen de unas estrategias preventivas y de intervención sobre los problemas emergentes de los jóvenes europeos en la actualidad. Tal y como señalan los autores, se desprenden del mismo claves analíticas a la hora de diseñar sistemas de indicadores de input, de output y de resultados que permitan evaluar el progreso hacia unos niveles adecuados de salud mental.

Entre tanto, las instituciones nacionales competentes en la materia se deciden a poner en marcha un sistema de indicadores que nos permita disponer de un conocimiento más preciso del problema, no podemos dejar de constatar la similitudes entre los problemas diagnosticados a nivel europeo y los que venimos describiendo sobre la juventud española.



Estas estrategias encaminadas a afrontar las complicaciones de salud mental de niños, jóvenes y adolescentes ocupan, tal como se acaba de describir, una gama muy extensa de problemas que interfieren con las pautas de conducta consideradas sanas y razonables y podríamos clasificarlos en un cuadro amplio de factores de riesgo agrupados en torno a cuatro categorías generales, tal como hace la *Encuesta sobre salud mental de niños y adolescentes*, realizada en Gran Bretaña en 1999 (Ver Cuadro siguiente). Hemos preferido utilizar aquí esta clasificación porque, aunque, posiblemente, existan otras mejores, ésta ofrece la ventaja de que esa amplia gama de trastornos queda reflejada en una encuesta concreta, permitiendo así evaluar la extensión de los distintos problemas en la población y construir baterías de indicadores al respecto.

Trastornos infanto-juveniles evaluados en la Encuesta Inglesa

1. Trastornos emocionales	2. Trastornos del comportamiento
• Trastornos de la ansiedad	• Trastorno de oposición desafiante
• Ansiedad de separación	• Trastorno de conducta (en el contexto familiar)
• Fobia específica	• Trastorno de conducta no socializada
• Fobia social	• Trastorno de conducta socializada
• Pánico	• Otros trastornos de conducta
• Agorafobia	3. Trastorno de hiperactividad
• Estrés post traumático	• Hiperactividad
• Trastorno obsesivo compulsivo	• Otros trastornos de hiperactividad
• Trastorno de ansiedad generalizada	4. Trastornos menos frecuentes
• Otros tipos de ansiedad	• Trastorno generalizado del desarrollo
• Depresión	• Trastorno psicótico
• Episodios depresivos	• Tics
• Otros episodios depresivos	• Trastornos alimentarios
	• Otros trastornos psiquiátricos

Abordar estos problemas con eficacia supone considerar los factores determinantes de los mismos, sabiendo que son de naturaleza y etiología múltiple, no obedecen a un único factor sino a una interacción acumulativa de muchos, sin olvidar, según ya se ha señalado, que los factores sociales y culturales son trascendentales tal como lo ha empezado a destacar con énfasis la propia Unión Europea, que en su Libro Verde sobre la salud mental, los ha resumido así:

Hemos decidido reproducir literalmente los datos del estudio con la confianza de que están descritos de manera suficientemente ilustrativa. En cambio, dejamos de lado el cuadro que vendría a continuación sobre los factores de riesgo porque no nos parecen tan representativos de la situación en nuestro país. En cualquier caso, el lector interesado sólo tiene que acudir a la fuente.

2.2. Cuestiones terminológicas

¿Por qué en el ámbito de las drogas estamos siempre peleando por las palabras con los profesionales de las redes generales y con la opinión pública? Apenas hemos aceptado una terminología común cuando ya la estamos sustituyendo por otra, quizá más novedosa pero no necesariamente mejor. Domingo Comas se plantea esta cuestión en el documento titulado “¿Prevención selectiva o prevención secundaria de riesgos?” a propósito de la introducción en 2002 por Elisardo Becoña (*Bases científicas para la prevención de las drogodependencias*) de los términos *prevención universal, selectiva e indicada* en nuestro ámbito (procedían del American Institute of Medicine que los incorporó en 1994). En su opinión, los términos de *prevención primaria, secundaria y reducción de daños y riesgos*, que gozaban de un amplio consenso profesional en Europa, venían a significar prácticamente lo mismo, con la única salvedad de que el término “primario” tiene significados diferentes en América y en Europa, merced a los servicios públicos de salud de los que goza Europa.

Por nuestra parte, ponemos de manifiesto que aceptamos la idea de Comas, por lo que a lo largo del texto utilizaremos como equivalentes los términos de *prevención primaria y universal*, por un lado, y de *prevención secundaria y selectiva*, por otro. Podríamos habernos ahorrado problemas utilizando la terminología tradicional (primaria y secundaria) aceptada por la mayoría de los profesionales (en su día), pero una vez puesta en circulación la segunda (universal y selectiva), y aclarada nuestra posición, preferimos utilizarlas indistintamente (prácticamente como sinónimos), con la única utilidad de evitar la repetición de los mismos términos.

Un poco más compleja resulta la relación entre los términos de *prevención indicada, prevención terciaria, reducción de (daños y) riesgos, detección y atención precoz*. En parte porque, aunque a veces se refieran a significados parecidos, unos términos proceden del campo de la prevención y otros de la asistencia, y en parte porque a veces sólo se trata de diferencias de grado o de gravedad. En nuestra opinión, la clave radica en ser muy precisos en la delimitación del referente (drogodependencia, anorexia nerviosa, diabetes, etc.) y de los indicadores seleccionados (en este caso sería más adecuado hablar de elementos diagnóstico). Por ejemplo, delimitando umbrales e intervalos de concentración de glucosa en sangre (en conjunción con otros factores) podemos definir claramente qué son cifras normales, cuáles implican cierto riesgo y cuáles son un problema severo en relación con la diabetes.

Un ejemplo más próximo a nuestro campo lo brinda el Programa de Salud Mental Infantil y Juvenil de Aragón cuando distingue por una parte entre *trastorno y problema*, y por otro entre: *factores de riesgo* (para los que aporta una lista), *señales de alerta* (aporta otra lista), *problemas y síntomas más severos*. Para hacernos una idea del nivel de detalle diremos que para la etapa adolescente baraja nueve ámbitos para las señales de alerta que permiten *detectar de forma temprana* el desarrollo potencial de trastornos graves de salud mental en el escolar y el adolescente, aportando en cada caso una serie de indicadores muy concretos y definidos operativamente:

- **Dificultades escolares:** Descenso significativo del rendimiento escolar, falta de atención en clase y de concentración en los estudios y absentismo escolar.
- **Trastornos de la comunicación y la relación:** No saber jugar en grupo, reacciones emocionales excesivas al perder, dificultad para hacer amigos y conservarlos, verborrea, mutismo total o selectivo.
- **Trastornos de conducta:** Oposicionismo (activo o pasivo), rebeldía o rabietas, mentiras reiteradas, robo y comportamiento destructivo, agresiones físicas frecuentes, autoagresiones, crueldad con los animales, exceso de movimiento sin finalidad (hiperactividad), conductas sexuales inadecuadas, consumo de sustancias tóxicas.
- **Trastorno del estado de ánimo:** Tristeza, irritabilidad, pesimismo, apatía, malhumor, insomnio o somnolencia, falta de ilusión o motivación, cansancio, fatiga fácil, agitación o lentitud psicomotora, pensamientos repetidos sobre la muerte, ideas de suicidio, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, euforia excesiva, locuacidad.
- **Trastornos por ansiedad:** Miedos desproporcionados y persistentes que limitan su actividad, resistencia a las relaciones sociales, acciones repetidas y sin sentido (rituales), comprobaciones innecesarias, preocupación excesiva por enfermedades o infecciones, o por el orden y la simetría, perfeccionismo, con excesiva preocupación por evaluaciones, resultados, etc.
- **Manifestaciones somáticas:** Dolores frecuentes y migratorios, opresión torácica, palpitaciones, molestias gástricas, náusea, vómitos, sensación de mareo y debilidad, tics motores y fónicos.
- **Trastorno del comportamiento alimentario:** Grave restricción alimentaria, pérdida de peso significativa, vómitos postprandiales reiterados, molestias gástricas, estreñimiento, incremento notable de actividad física, síntomas asociados: irritabilidad, tristeza, amenorrea.
- **Abuso de sustancias tóxicas:** Manifestaciones somáticas, deterioro de la higiene personal, cambios frecuentes de humor, pérdida de memoria, atención y concentración, apatía, malestar general.
- **Trastornos psicóticos:** Retraimiento, pasividad e introversión excesivas, falta de amigos íntimos, evitación de las actividades en grupo, deterioro del funcionamiento académico, familiar, social y personal, comportamientos extravagantes, manifestaciones afectivas anormales, discurso verbal extraño, ideas inusuales, delirios, alucinaciones.

Pero no se trata de reproducir aquí un manual de diagnóstico, sino de destacar que definiendo de forma precisa y operativa los problemas, que en nuestro caso afectan a los jóvenes y adolescentes, será más fácil establecer el ámbito de la atención primaria, de la detección y atención precoz, de la atención especializada, etc. y a quien le corresponde cada tarea, como se verá más adelante.

También aprovechamos la ocasión para desmentir la idea de que una de las dificultades principales para avanzar en este campo es que los problemas de los adolescentes no están definidos, que constituyen una especie de “cajón de sastre” donde cabe todo. En nuestra opinión, el problema no es de definición y de diagnóstico, sino de falta de medios materiales, humanos, organizativos, de coordinación y de prioridades. Los profesionales se pondrían de acuerdo, con mayor o menor dificultad, sobre las clasificaciones diagnósticas adaptándolas a su realidad si existiera la infraestructura necesaria. Aquí aportamos dos botones de muestra, para su uso directo o para el debate): nos referimos al capítulo n.º 4 del “Programa de Salud Mental Infanto-juvenil” de Aragón particularmente entre las páginas 46-57 y el capítulo sobre desarrollo adolescente (páginas 73-119) “El Adolescente en la terapia de familia” de Micucci.

Sin la pretensión de zanjar definitivamente una controversia terminológica, que con seguridad continuará después de este trabajo (si es que no contribuye a alimentarla), nos conformaremos con delimitar en cada caso a qué nos referimos con un término u otro.

En general, cuando nos refiramos al programa que se lleva a cabo en Tarabidan u otros similares que se desarrollan actualmente en el Estado español, vamos a referirnos a programas de atención (o prevención indicada), concretamente de *atención primaria* para jóvenes, adolescentes y sus familias. Uno de sus objetivos principales es el de ofrecer una *atención precoz* de determinados trastornos y enfermedades que si cumplieran todos los criterios diagnósticos, serían abordados en los *servicios especializados* de servicios sociales, drogodependencias o salud mental (infantil o adulta). En este caso dejarían de ser objeto de atención primaria y precoz.

En cuanto a la *detección precoz* de la problemática puede producirse –se produce de hecho– en los recursos normales de atención primaria social y de salud, en la escuela, en los programas preventivos primarios y secundarios, a petición de los propios interesados, de sus familias y de profesionales vinculados a ellos. Por tanto, se puede hablar de una *“indicación de atención”* que va más allá de los recursos normales o de los programas preventivos o, al menos, de la necesidad de una valoración y un diagnóstico sobre la gravedad del problema, que, por cierto, es otro de los objetivos del dispositivo de atención primaria Tarabidan: valorar y diagnosticar o derivar para diagnóstico especializado.

Quedaría por perfilar la frontera (si es que existe) entre los programas de atención, de prevención indicada, terciaria y de reducción de riesgos y daños. Pero, en nuestra opinión, carece de utilidad establecerla de forma puramente teórica, sobre todo cuando lo que domina el panorama actual es la heterogeneidad y la diversidad de situaciones. En algunos lugares hay varios programas actuando simultáneamente (por lo que convendría delimitar funciones y competencias) pero en otros no hay ninguno; en unos lugares los programas dependen de una institución y en otros de otra. O sea, de momento somos partidarios de adaptarnos a cada caso concreto, guiándonos por el sentido común que marca la necesidad de coordinación y el principio de complementariedad.

2.3. Los niveles de prevención y atención

Resumiendo los resultados de la discusión anterior y pensando en su aplicación a la población joven y adolescente y a las familias que atraviesan esa etapa del ciclo vital familiar, cabe distinguir varios niveles de intervención.

Parece sensato pensar que una mayoría de familias podrían beneficiarse de unos programas de prevención que ofrezcan formación y asesoramiento orientado hacia las necesidades de esa etapa (**nivel primario universal**). Ya se han descrito algunos de los objetivos, retos, hitos, y dificultades habituales por los que atraviesan las familias. Se trataría de adaptarse a ellas de forma realista, siempre desde una óptica sistémica, preventiva y promotora de salud. Aquí es donde podría emplearse “el programa del niño sano” como modelo al que tender. Lo ideal sería disponer de recursos integrados procedentes de diversos sistemas públicos y de iniciativa social para constituir unos packs preventivos que, desarrollados a lo largo del ciclo vital familiar, podrían considerarse un “plan de vacunación psicosocial” como hemos desarrollado anteriormente (Ramírez de Arellano, 2006). En cualquier caso, los programas y actividades que contemplen estos objetivos se encontrarían en este nivel, aunque no constituyan un plan completo. Entre ellos estarían algunos de los programas que el Plan de Prevención desarrolla en los diferentes ámbitos.

La insistencia en hablar de planificación global de la prevención primaria procede de la contradicción (por no llamarla perversión) que implican algunas prácticas cotidianas que, supuestamente, desarrollan prevención primaria “universal”, pero lo hacen dirigiéndose a grupos poblacionales “seleccionados” por los criterios más dispares: que lo hayan pedido los padres, que haya muchos problemas, que haya o no haya presupuesto suficiente, que la población a la que se dirige sea más accesible, etc. ¿Tienen sentido semejantes prácticas?

Un sector más limitado, en el que ya se han presentado algunas dificultades o se acumulan determinados factores de riesgo, debería ser beneficiario de un tipo de prevención más específica, más selectiva (**nivel secundario**) que, definida en términos de Becoña, sería: *“Aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tiene un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige por tanto a grupos de riesgo”*. Es muy probable que el formato de esta modalidad sea distinto del anterior y, aunque pueda disponer de diversos módulos programados para situaciones tipo, también es posible que se decante por el asesoramiento personalizado, por la consultoría, por el apoyo para el diseño y la realización de programas, etc. O sea, debe disponer no sólo de una serie de productos preventivos concretos homologados y validados (unidades didácticas, módulos, juegos interactivos, etc.) sino principalmente de un modelo de intervención (investigación/acción participativa). Sobre todo porque hay que tener en cuenta que se trata de un tipo de prevención que se efectúa con más frecuencia “a demanda”. No es que la prevención primaria se realice a la fuerza, pero como su propio nombre indica debería ser o estar diseñada para ser “universal”.

Finalmente un número aún menor, pero creciente, de familias que presentan problemas de amplio espectro relacionado con la etapa vital de la adolescencia de sus hijos debería poder beneficiarse de una atención específica. En este nivel aunque podamos seguir utilizando términos relacionados con la prevención como **prevención indicada**, en realidad estamos hablando de atención o asistencia, concretamente de **atención primaria** (aunque sea específica).

En nuestro caso, para la evaluación de los programas que nos ocupan, nos interesa definir el nivel de atención primaria. La atención primaria en este ámbito de actuación se caracteriza por ofrecer: información, orientación, valoración, diagnóstico, determinados programas reeducativos, rehabilitadores o psicoterapéuticos, atención precoz, derivación y posterior seguimiento o apoyo a la rehabilitación (de los casos que ya han sido atendidos en los servicios especializados y son remitidos de nuevo a atención temprana).

Concretamente, el Programa de Salud Mental Infante/Juvenil de Aragón define las siguientes funciones de atención primaria (médico de familia y pediatra) en relación con el tema:

1. Prevención y promoción de la salud mental.
2. Detección temprana de señales de alerta.
3. Diagnóstico de problemas y sospecha de trastorno.
4. Solicitud de interconsulta a la Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMIJ) en el momento del diagnóstico o durante el seguimiento de algunos problemas.
5. Derivación de pacientes que lo precisen a la correspondiente USMIJ.
6. Tratamiento de problemas y colaboración terapéutica con la USMIJ en los trastornos.

En el documento se distingue entre *problema* que es una alteración funcional de un área de las relaciones, del ánimo, de la conducta, o del desarrollo, de suficiente gravedad como para requerir la intervención profesional, y *trastorno* que se define bien como un problema grave (normalmente persistente), o como la coexistencia de una serie de problemas, habitualmente en presencia de importantes factores de riesgo. Para la definición de factores de riesgo, señales de alerta y síntomas severos recurrir al documento.

En el mismo texto se especifican los criterios para derivación a USMIJ así como las pautas de actuación a seguir en las alteraciones detectadas en lo que se refiere a seguimiento, interconsulta y derivación según la gravedad de la misma. Se advierte de que el profesional encargado de la derivación será el médico de familia o el pediatra aunque también contempla como recursos de atención primaria dispositivos dependientes de ONGs como el que nos ocupa.

Es en este nivel de atención primaria donde se enmarca la actividad de Tarabidan como se verá a lo largo de la evaluación. Mientras que los programas de prevención del Plan de Prevención, aunque mantienen actividades de nivel de prevención primaria/universal, se van decantando hacia una línea preventiva más selectiva y secundaria.

2.4. Más allá del marco teórico de la asistencia de las drogodependencias

Tanto por lo dicho hasta ahora sobre cómo enmarcar los diversos problemas que padecen los jóvenes, adolescentes (niños) y sus familias, como por los resultados de la evaluación de Tarabidan y de los programas preventivos en los que participan profesionales, mediadores y padres, resulta evidente que esos problemas van más allá de los relacionados exclusivamente con las drogodependencias para adentrarse en el campo más general de la salud mental. Ello, por supuesto, no significa que menospreciemos la importancia que tiene el consumo de sustancias como problema principal de los jóvenes que solicitan tratamiento (casi un 70%, aunque luego sean menos los diagnósticos confirmados), ni el peso que hoy día ha adquirido el consumo de drogas entre la población general entre 15 y 24 años (sólo un 16% de los jóvenes entre 15 y 24 no consumió ninguna sustancia en los últimos 12 meses), cuyas consecuencias a medio y largo plazo desconocemos, aunque se traten de jóvenes integrados e incluso exitosos.

Como decíamos, el campo más general donde hay que ubicar esa problemática es el de la salud mental de jóvenes y adolescentes, entendida desde una perspectiva biopsicosocial positiva, y no exclusivamente psiquiátrica. Baste recordar aquí la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para delimitar el terreno al que hacemos referencia:

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad. (OMS, 2001).

No obstante, cabe preguntarse por qué un dispositivo originalmente diseñado para atender los casos de consumo, abuso, y dependencias de jóvenes evoluciona hacia el campo más amplio de la salud mental. Algo, que por otra parte, ha ocurrido en otros muchos dispositivos de características semejantes. (Las drogas.info, 2007).

1. En primer lugar quizá convenga deshacer de una vez un malentendido que ya dura demasiado tiempo. No es que el consumo de sustancias tóxicas y las adicciones comportamentales estén evolucionando hacia otros problemas relacionados con la salud mental, sino que ese consumo es y ha sido

siempre uno de los problemas de salud mental de jóvenes y adolescentes (por cierto también de adultos, aunque ahora no sea el caso que nos ocupa). Así aparece en las clasificaciones internacionales desde hace tiempo, así es definido por la OMS, por la Unión Europea, y así es considerado, como hemos podido comprobar, por el Programa de Salud Mental Infantil y Juvenil de Aragón. Recordemos que el consumo de sustancias tóxicas es considerado como una de las nueve áreas donde los adolescentes pueden manifestar síntomas o “señales de alerta” tal y como el programa las denomina. Lo mismo encontraremos si buscamos en los manuales clínicos de psicoterapia tradicional. En cuanto a la terapia de familia, ha dejado bien claro que el abuso de sustancias en estas edades está relacionado con un trastorno de la emancipación juvenil de características cualitativamente similares –no idénticas- a otros trastornos de conducta de esas edades.

Es difícil de comprender hasta qué punto lo que, en su día, fue una decisión político-administrativa como la de desarrollar una red específica de atención a las drogodependencias, haya llegado a hacernos creer que se trata de un trastorno o enfermedad diferente. La propia Estrategia sobre Salud Mental del Sistema Nacional de Salud publicada en 2007 en España reconoce entre sus debilidades la falta de integración de los servicios de atención a las drogodependencias en el sistema de salud mental y la dificultad para atender adecuadamente los problemas emergentes de jóvenes y adolescentes.

Hoy, hablamos de patología dual si se dan juntas una adicción y un trastorno psiquiátrico, generalmente psicótico. Pero ¿cómo denominaríamos a un chico o una chica que presente trastornos afectivos y de comportamiento alimentario y/o escolares y/o de violencia, etc.? ¿patología dual, triple, tal vez? No, intentaríamos realizar un diagnóstico comprensivo e integral donde los síntomas aislados encuentren acomodo y sentido conjunto. Una cosa es separar y dividir la realidad en parcelas para estudiarla y otra creer que el ser humano está constituido por las piezas de un puzzle.

La ciencia aún no ha sido capaz de ofrecer una visión integrada del ser humano a partir de los descubrimientos parciales que va efectuando en las distintas ramas de saber. Si nos dejáramos llevar por esas demostraciones “científicas” parciales, compondríamos una especie de mapa incompleto, un robot al que le faltan piezas, por no decir, literalmente, un Frankenstein. Por eso, a los profesionales que trabajan con seres humanos en educación o terapia no les queda más remedio que efectuar ellos mismos esa síntesis. A veces, a falta de otra palabra se le llama intuición (en el sentido bergsonianiano del término), ojo clínico o sentido común. En fin, dicho sea de paso, no estaría de más que la ciencia se ocupase del estudio de las condiciones reales en las que se producen las relaciones humanas denomina-

das educativas y psicoterapéuticas. Concretamente, la investigación de la psicoterapia “basada en la evidencia” está muy sesgada hacia uno de los componentes de la terapia: las técnicas, mientras que se olvida de otros fundamentales como la relación terapéutica, el modelo terapéutico o el concepto de cambio.

2. En el trabajo clínico con adultos es frecuente considerar las drogodependencias y adicciones como síntomas (y causa) de otros problemas. Cosa que efectivamente son, pero cuando una adicción está muy consolidada debe ser tratada como una enfermedad en sí misma. Los dispositivos convencionales de atención a las drogodependencias pueden profundizar o no en aquellos otros problemas (familiares, biológicos, de personalidad, etc.) de los que la adicción puede ser síntoma, pero todos atienden las adicciones y las drogodependencias como enfermedades. Todos se plantean desintoxicación, deshabitación y/o reducción de daños. Ahora bien, cuando se trata de atender problemas relacionados con drogas en edades más tempranas no ocurre exactamente lo mismo, ya que suelen catalogarse como consumos de riesgo, uso problemático de drogas o como factores de riesgo que, junto a otros de tipo familiar, escolar, relacional o de desarrollo madurativo, configuran un patrón problemático o de riesgo. Y está bien que así sea. Ese es el modelo adecuado para enfocar la problemática de jóvenes y adolescentes y es lo que se hace en Tarabida y otros dispositivos de similares características.

Como se ha dicho, es poco frecuente que los síntomas relacionados con las drogas y las adicciones en estas edades se presenten aislados de otros síntomas o problemas, y, a veces, el consumo, precisamente, no es el más relevante desde el punto de vista del diagnóstico del riesgo o del problema principal. De todas formas, no debemos olvidar que cuando la adicción es un problema muy consolidado en un joven hay que actuar como con los adultos derivándolo a los recursos especializados de drogodependencias. Lo mismo diríamos de riesgos serios de suicidio, de anorexias graves, de síntomas sicóticos, de trastornos graves de personalidad, etc. sólo que éstos últimos irían a salud mental y no a drogas.

3. El consumo de drogas es, con mucha frecuencia, el motivo por el que la familia decide solicitar ayuda profesional. Lo que no significa que antes del consumo no haya habido problemas de diversa índole, pero o no se ha percibido la gravedad de los mismos o no se ha sabido dónde acudir. Es decir, el consumo de drogas actúa como desencadenante de la demanda de la familia (sin desdeñar el carácter provocador que tiene el consumo por parte de muchos jóvenes, sobre todo el de drogas ilegales). El rótulo drogas sigue funcionando como una señal de alarma que indica un camino a seguir para muchas familias con chicos y chicas jóvenes. Pero ¿se trata sólo de un problema de percepción de las familias o también de un problema de oferta

de servicios? ¿Tendríamos la misma facilidad para identificar a qué servicio podríamos acudir con un chico o una chica que presente problemas de violencia en la escuela, de personalidad, emocionales y/o relacionales que no sean de una gravedad suficiente como para merecer un diagnóstico psiquiátrico de cierta gravedad?

4. Como consecuencia de todo lo anterior, cuando una entidad como el Centro de Solidaridad de Zaragoza pone en marcha un dispositivo dirigido a prevenir y a atender a adolescentes en riesgo y a sus familias, aunque en principio haga referencia a las drogodependencias y adicciones, es natural que el tipo de demanda y de problemas se vaya ampliando y diversificando y que, con el tiempo, el equipo de profesionales se vaya especializando en lo que de común tienen, en verdad, esos jóvenes y sus familias: dificultades en un estadio evolutivo familiar en el que se debería estar transitando hacia la autonomía y la independencia y por algún motivo ese movimiento se ha detenido o se ve dificultado.

Volviendo al principio y atendiendo a la propuesta de la OMS que relaciona la salud mental con la capacidad de conciliar tendencias instintivas potencialmente antagónicas, factores biológicos y sociales, o a la propuesta de la Federación Mundial para la Salud Mental, que asegura que la salud mental tiene que ver con *“cómo nos sentimos con nosotros mismos, cómo nos sentimos con los demás y cómo respondemos a las demandas de la vida”*, comprobamos que dan de lleno en la diana de las dificultades y las aspiraciones de nuestros adolescentes. Por ello, el modelo que debería presidir el estudio y el diseño de los servicios no es el de las drogodependencias sino el de LA SALUD MENTAL POSITIVA.

2.5. Una actuación en la frontera de varios sistemas

Hemos hecho referencia expresa al marco de la atención a las drogodependencias porque es del que históricamente parte el dispositivo Tarabidan y el conjunto del Plan de Prevención. Pero, en realidad, la problemática adolescente y juvenil desborda los marcos de varios sistemas, incluido el de salud mental, ya que si bien teórica y técnicamente es el que estaría mejor equipado para interpretarlo y atenderlo, en la práctica actual no es así en absoluto por falta de medios.

2.5.1. Breve descripción de la situación

Quizá la primera cuestión sea describir el panorama de esos problemas emergentes juveniles sobre el que todos hablan:

Constantemente asistimos a noticias facilitadas por los medios de comunicación sobre el aumento de problemas relacionados con el absentismo, la violencia, y los trastornos de conducta en el medio escolar, también sobre el efecto que todo ello tiene

sobre el profesorado que se ha convertido en el colectivo laboral con más bajas por salud mental (generalmente síndromes ansioso/depresivos). ¿Acabará convirtiéndose la labor del profesor en una profesión de alto riesgo?

Desde los servicios sociales se informa de las situaciones de riesgo que padecen muchos menores y de situaciones disfuncionales en muchas familias con hijos adolescentes. En otro sentido ya hemos mencionado las cifras que ofrece la Fiscalía de Menores sobre denuncias por malos tratos a sus padres.

Desde los servicios de drogodependencias también se informa de la reducción de la edad de inicio del consumo de drogas legales e ilegales (o de aumento de consumo en edades tempranas) así como de la reducción de edad en determinadas demandas de tratamiento por abuso o adicción. Aquí sí existen datos epidemiológicos y asistenciales sistemáticos.

Finalmente desde los servicios de salud mental –y así lo recogen los diversos planes nacional y autonómicos- también se informa del aumento de las patologías en estas edades. El estudio de B. González y E. Rego “Problemas emergentes en la salud mental de la juventud europea”, al que ya hemos hecho referencia, señala cinco tipos de problemas que parecen experimentar un incremento socialmente preocupante: trastornos alimentarios, violencia escolar, suicidio infantil y juvenil, aislamiento social y depresión y conductas agresivas y/o delictivas, aunque reconoce la falta de sistemas de información fidedignos. El único estudio longitudinal europeo sobre la evolución de la salud mental infantil y juvenil durante los últimos 25 años ha sido realizado en el Reino Unido, y sus resultados informan de un aumento significativo de los trastornos relacionados con la conducta y también de los de tipo afectivo, aunque estos últimos en menor medida. (Collishaw, Maughan, Goodman y Pickles, “Times trends in adolescent mental health”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45, (8), 2004, pp. 1350-1362)

Según señala el estudio citado del INJUVE, no siempre se dispone de datos fiables y contrastables en salud mental, especialmente sobre niños y jóvenes, salvo cuando se ha establecido un sistema de registro obligatorio (drogodependencias o suicidios) o cuando se realizan encuestas y estudios epidemiológicos con garantías (como ocurre con las drogodependencias en España). En muchas ocasiones, se trata de estimaciones realizadas a partir de la práctica clínica o de proyecciones realizadas por organismos internacionales, particularmente la OMS.

En cualquier caso, el panorama no es muy alentador. Todos los indicadores apuntan a un aumento de la problemática y de las demandas. Todos los planes de salud mental de nuestro país recogen este sector como prioritario para su atención presente y futura. De igual modo lo hace también el Plan Estratégico de Salud Mental de Aragón que, como hemos mencionado, cuenta además con un programa específico infanto-juvenil. Otra cuestión es el de las dotaciones presupuestarias para su puesta en marcha.

2.5.2. La frontera de varios sistemas

Los casos que se atienden en programas como Tarabidan se encuentran en la intersección de varios sistemas: el educativo, el sanitario de atención primaria y de salud mental, el de drogodependencias y los servicios sociales, básicos y especializados. Normalmente revisten la suficiente gravedad como para merecer una atención específica, lo que concuerda con la definición de *problema* en salud mental tal y como lo define el programa de salud mental infanto/juvenil de Aragón, pero no cumplen con los criterios diagnósticos de los servicios especializados. En otras ocasiones sí cumplen con esos criterios, y así son diagnosticados por ellos. No obstante, el tratamiento indicado, o al menos una parte del mismo, consiste en realizar el programa de recursos como Tarabidan. Por ejemplo, es el caso del taller de habilidades sociales de Tarabidan del que en ocasiones se benefician chicas anoréxicas ingresadas en el hospital o derivaciones que se producen, una vez diagnosticados, para seguir el programa completo.

Digamos que los servicios re-educativos, terapéuticos o rehabilitadores que ofrece el programa conectan eficazmente con auténticas necesidades de un sector de la población, pero desbordan el marco de desarrollo de los servicios públicos actuales.

Teóricamente estos jóvenes y sus familias pueden y deben ser atendidos por los diversos servicios públicos mencionados, pero bien sea porque todavía se están adaptando a la nueva realidad o porque tienen otras prioridades de mayor gravedad (psicóticos agudos, trastornos graves de conducta, afectivos o de personalidad, menores en situación de grave riesgo de desprotección, adictos, delincuentes, menores penados, etc.), lo cierto es que a veces quedan en "terreno de nadie". En los lugares donde existen programas como Tarabidan y se coordinan adecuadamente con los recursos generales y especializados, las cosas funcionan razonablemente bien. Eso sí, casi siempre sostenidos por un esfuerzo activo de colaboración entre profesionales (más que como producto de una coordinación formal institucional). No obstante también hay avances en este sentido.

Es posible que una parte de la demanda esté siendo actualmente atendida de forma privada por psicólogos, psicoterapeutas, psiquiatras, psicopedagogos, etc., o a través de seguros privados y mutuas. Convendría estudiar el fenómeno así como realizar una descripción de los itinerarios que siguen las familias que padecen este tipo de problemas. Se trata de un campo muy desconocido, como hemos visto, no sólo en el nivel de su dimensión epidemiológica en España y en Europa (con las excepciones de las enfermedades o sucesos de declaración obligatoria, como drogas y suicidios, y los estudios periódicos y sistemáticos como los de consumo y adicciones), sino también a nivel asistencial. Existen indicadores en algunos servicios de los sistemas de salud de algunas comunidades autónomas, pero, como reconoce la propia comunidad europea y la OMS, se trata de un campo en el que hay que hacer un gran esfuerzo de estudio y atención.

2.5.3. Otra frontera: la edad

Paradójicamente, a pesar de lo “mimados” que parecen estar nuestros jóvenes y adolescentes la sociedad no dispone de muchos recursos de atención para ellos cuando se presentan problemas. Otra cosa es hablar de recursos de ocio. Esos sí que abundan, aunque puedan resultar costosos. Pero asistenciales, sobre todo públicos, pocos. La sociedad parece dispuesta a flexibilizar los límites de sus programas y a ser muy tolerante en la aplicación de las reglas para con ellos (incluso las judiciales) pero no hay recursos asistenciales públicos para ellos o, al menos, no son suficientes. Sólo disponemos de los que se han puesto en marcha a partir de la iniciativa social como en el presente caso (a veces con financiación pública) o de la iniciativa estrictamente privada. Quizá ese sea uno de los objetos del debate: ¿qué deben cubrir los servicios públicos en materia de atención a los problemas psicosociales y psicopatológicos de los adolescentes?

Casi cada día, asistimos a la discusión sobre la incorporación de nuevas prestaciones al sistema sanitario público con cargo a los presupuestos del Estado. Pero la verdad es que casi siempre se trata de temas de un marcado carácter biológico, en los que la prestación en cuestión suele ser farmacológica o quirúrgica. De lo psicológico y psicosocial se habla bastante menos en este ámbito. A veces da la impresión de que vivimos de las rentas de una “reforma psiquiátrica” efectuada ¿parcialmente? hace décadas. Efectivamente aquella reforma acabó con el modelo manicomial, pero no está ofreciendo las respuestas que requiere la sociedad del siglo XXI. En nuestra opinión, si se van a incorporar nuevas prestaciones al sistema nacional de salud, debería hacerse precedida de un debate social y científico en el que la salud mental infantil y juvenil se barajara como una de las opciones.

Si pudiéramos realizar un estudio económico comparativo entre lo que gastan las administraciones públicas en ocio juvenil –concepto en el que incluimos todos los conciertos de verano de pueblos medianos y pequeños– y en asistencia de salud mental infantil y juvenil nos llevaríamos las manos a la cabeza.

En relación con la frontera de la edad, una perspectiva interesante es la que aportan la pediatría general y la pediatría psiquiátrica (perspectiva evolutiva, evitación de cronificaciones, atención precoz, importancia de la familia, etc.). Ya hemos mencionado la importancia de programas de promoción de salud y control de trastornos y enfermedades, como “el niño sano”. El problema es que los servicios de salud infantiles llegan hasta la edad pediátrica, mientras que los problemas se extienden más allá de esas edades. Y con el progresivo retraso de los procesos de emancipación juveniles se abre una franja de edad de más difícil definición. También, el sistema escolar establece una frontera con la obligatoriedad de escolarización hasta los 16 años. Casualmente la media de edad de los jóvenes atendidos en Tarabida y en otros recursos similares es de 17 años.

2.6. El enfoque de la prevención

Veamos, a continuación, por qué el fenómeno de los problemas emergentes relacionados con la salud mental en la adolescencia no desborda de la misma manera el marco teórico empleado en la prevención de las drogodependencias y adicciones como el de la atención. La respuesta es sencilla: los programas de prevención de las drogodependencias y adicciones lo son también de otros problemas, trastornos y enfermedades.

Echando un simple vistazo a uno de los enfoques que más consenso internacional concita en torno a la prevención de las drogodependencias y adicciones como es el de la educación de habilidades para la vida (“Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes” OPM, 2001), enseguida nos percatamos de que pueden servir para alcanzar otros objetivos preventivos. Veamos algunos resumidos brevemente: En el plano emocional: *ser capaz de identificar los sentimientos, expresarlos, evaluarlos, distinguirlos de las acciones, aplazar la gratificación, controlar los impulsos*. En el plano cognitivo: *desarrollar un diálogo interior capaz de enfrentar los problemas y reforzar la conducta, leer e interpretar las claves sociales, usar métodos racionales para resolver problemas, comprender la perspectiva de los demás, educar la autoconciencia desarrollando expectativas realistas respecto a uno mismo, entender las normas conductuales que son aceptables y las que no son*. En el plano del comportamiento: *desarrollar habilidades de comunicación no verbal, hacer preguntas claras, responder de forma efectiva a las críticas, resistir las influencias negativas, escuchar a los demás, ayudarles, participar en grupos positivos*.

Como decíamos, es fácil comprobar que estas habilidades son útiles para algo más que para la prevención de las drogodependencias, se trata de un conjunto de objetivos que son válidos para programas de promoción del bienestar y la salud mental de los jóvenes.

Por otra parte, la prevención de drogodependencias también ha concedido mucha importancia a los padres y a la familia en general. De hecho, gran parte del arsenal preventivo que se ha producido en los últimos veinte años está dirigido a los padres para ofrecerles pautas educativas eficaces y ayudarles a modelar un estilo educativo adecuado.

Ejemplos de ello son la creciente importancia concedida a la educación en valores, las orientaciones para fomentar un sentimiento de valía y de competencia personal en los hijos, para fomentar la independencia de criterio y de resistencia a las presiones grupales y, en general, a todo lo que contribuye a una educación para la autonomía.

Respecto a los modelos educativos, la prevención de las drogodependencias no se ha cansado de recomendar a los padres que procuren adoptar un estilo educativo denominado **reforzador**. Entendemos por educación reforzadora aquella que fomenta tanto el sentimiento de pertenencia como el de singularidad, que combina tanto el apoyo

como el control, ya que los estilos que priman un elemento sobre el otro no se han mostrado eficaces. Por ejemplo, mucho apoyo y poco control configuran un estilo **sobreprotector** que ejerce un intenso control de la vida de los hijos, pero no mediante el cumplimiento de las normas, sino mediante el cariño. Poco apoyo y mucho control configuran un estilo **represivo** que no promueve la autonomía sino el acatamiento temporal. Finalmente, el más ineficaz es el estilo **indiferente** caracterizado por la falta de control y de apoyo.

Hay otros dos elementos básicos sobre los que también se ha insistido mucho, sin los cuales el resto de la arquitectura preventiva se desmorona como un castillo de naipes. Son la confianza de los padres en ellos mismos y la calidad de la relación con los hijos. La calidad de la relación entre padres e hijos adolescentes es el factor de protección que, con más frecuencia, destacan los estudios realizados al efecto. Sobre la confianza en el poder educador de los propios padres, en verdad algo mermada en los últimos tiempos, Bruno Bettelheim decía que desarrollar un sentimiento de seguridad sobre su función de padres es la clave para llegar a ser unos padres **aceptables**, ya que los padres **perfectos** sólo existen en nuestra imaginación.

Desde esos presupuestos y teniendo en cuenta que la promoción de salud consiste en hacer más fáciles las opciones más sanas, la prevención se concentra hoy también en devolver la confianza y la seguridad a los padres en su poder educador.

Aunque, con los padres pasa como con los adolescentes, que los hay de diversos tipos. Por ello conviene diseñar estrategias específicas para grupos específicos. De igual manera que las estrategias preventivas serán diferentes (o deberían serlo) para el grupo de jóvenes perteneciente al grupo **ventajista/disfrutador** que al perteneciente al grupo de los **retraídos**, hoy día no parece muy acertado seguir realizando campañas de prevención dirigidas exclusivamente a insistir en las responsabilidades y obligaciones de los padres. Aunque esta estrategia pueda ser útil para los **indiferentes** o **negligentes**, tendrá efectos perjudiciales cuando se dirija a una población ya sensibilizada, reforzando el perfeccionismo y las exigencias de los que practican un estilo **autoritario** y la culpabilidad de los que se encuentran inmersos en la modalidad **sobreprotectora**. Esas campañas y esas actitudes culpabilizadoras nos recuerdan al tipo de riña –siempre la misma– a la que algunos padres someten a los adolescentes y a la que estos suelen contestar con un “sí, sí, ya lo sé, tienes razón, vale, vale... ¡uf!”.

Queda preguntarse por qué esto es así, por qué se ha producido este desarrollo de la prevención de las drogodependencias en mayor medida que en la atención de las mismas. Probablemente, porque la prevención, por su propia naturaleza, tiende a profundizar en las causas de los problemas, y los problemas de los adolescentes tienen muchas causas en común. Afortunadamente en nuestro país no nos hemos conformado con las explicaciones simplistas que echan toda la culpa a los otros: a las malas compañías, a los países productores, a los narcotraficantes seductores, al mal ambiente en la calle, etc. Sin excluir estos factores, en España y en Europa, se ha profundizado en las causas educativas, familiares, ambientales, de personalidad y genéticas de las drogodependencias a la hora de diseñar y programar la prevención, al

menos, en lo que se refiere a la teoría y el contenido de los programas (otra cosa son las prácticas).

Desde el principio, los programas han tenido muy en cuenta el papel y la función de las familias. Muchas de sus actividades están dirigidas a ellas, aunque quienes acuden mayoritariamente sean las madres. A la hora de la verdad la familia está mucho más presente en el diseño de programas preventivos que en la asistencia. En asistencia, se declara formalmente la importancia de la familia pero se trabaja mucho más individualmente.

2.6.1. La psicología evolutiva familiar como base de la prevención

Un paso más en el ámbito de la prevención lo representa fundamentar sus programas y planificarlos desde la óptica de la evolución de la familia. La cuestión reside en no fundamentar los programas exclusivamente en la psicología evolutiva individual sino también en la familiar, y en programar la prevención a lo largo de todo el ciclo vital familiar según las necesidades de cada etapa, como si se tratase de un *calendario de vacunación psicosocial* (Ramírez de Arellano, 2006).

Pack Vacuna 1	Pack Vacuna 2	Pack Vacuna 3	Pack Vacuna 4	Pack Vacuna 5	Pack Vacuna 6
Emancipación	Formación de la pareja	Familia con hijos pequeños	Familia con hijos en edad escolar y adolescente	Familia con hijos adultos	Tercera edad

Por ejemplo, una familia que acaba de tener su primer hijo podría beneficiarse de un “pack preventivo” que contemplase las necesidades de esa etapa: nuevo reparto de roles, creación del nuevo subsistema parental, pautas de crianza, cómo lidiar con la ayuda externa (ayuda doméstica contratada, abuelos, etc.), cómo obtener tiempo para dedicárselo a la crianza (conciliación de trabajo y tiempo para estar con los hijos), sentimientos de culpa cuando esto no es posible. Seguramente no sería difícil encajear el módulo o “pack preventivo” al de la “preparación al parto”, ritual en el que suelen participar muchas parejas primerizas.

Concretamente, reflexionando sobre la etapa que nos ocupa, podría pensarse en todos los objetivos y habilidades que hemos descrito a lo largo del capítulo, y también tener en cuenta las circunstancias por las que atraviesan todos los miembros de la familia y no sólo el adolescente. No olvidar, tampoco, que el subsistema parental puede estar muy sobrecargado. A saber:

Para todos: Entrenamiento en técnicas de negociación y de asertividad; aprender a identificar, etiquetar y expresar los sentimientos; realizar actividades conjuntas gratificantes. Cualquiera de las técnicas que facilitan el “ponerse en el lugar del otro”.

Para los padres: Reevaluar el sistema de apoyo y control; revisar (actualizar) las normas; fomentar las actitudes de autonomía; desalentar la pseudoautonomía que implican los desafíos, los desplantes o las amenazas de los adolescentes; repasar la propia biografía de esta etapa con otros adultos de forma personal y generacional (la adolescencia de los padres como encrucijada entre las demandas y expectativas de sus padres, los abuelos, y las demandas y expectativas respecto a los hijos); identificar los propios temores; sustituir las medidas exclusivamente de control (órdenes) por una genuina curiosidad (preguntar honestamente); insistir en la coherencia y consistencia de las normas; no caer en la trampa del alejamiento afectivo; no caer en la provocación de comportarse como un adolescente ante las “demandas y exigencias injustas” de los hijos adolescentes. Revisar el grado de sobre carga del sistema parental (otros hijos pequeños, abuelos que necesitan ayuda, familias reconstituidas, etc.).

Para los chicos y chicas: Todo lo relacionado con las habilidades para la vida: puede tratarse de programas específicos o encontrarse incluidas en grupos y actividades naturales; equipos deportivos, scouts, ONGs, grupos de actividades artísticas, y naturalmente durante toda la escolarización mediante la formación reglada. En cualquier caso hay que comprobar que efectivamente esos grupos fomentan esos valores, por sí solos no son una garantía. Lo mismo cabría decir de la escuela: ¿la escuela de nuestros hijos aplica los programas de prevención?

2.7. Enfoque familiar en la atención (precoz) de jóvenes y adolescentes

La práctica clínica habitual de los servicios asistenciales y la desarrollada en programas como Hirusta o Tarabidan ponen de manifiesto, una y otra vez, que la mayoría de los trastornos propios de la adolescencia cursan con una dinámica familiar problemática. Resumiendo mucho algunas de sus características, encontramos las siguientes: Poca o nula coordinación educativa entre los padres, problemas en el establecimiento de límites claros, confusión de roles, alianza entre el adolescente y uno de los miembros de la pareja paterna “contra” el otro, un sistema de normas y de disciplina que adolece de falta de claridad, coherencia y/o consistencia, así como una gran dificultad de comunicación de los miembros de la familia en torno al problema y a la atribución de responsabilidades o, dicho en términos coloquiales, “cuál es el problema y quién tiene la culpa”.

Si, además, los síntomas del hijo se convierten en el campo de batalla permanente de los padres o, al contrario, las batallas entre los padres no cesan hasta que se manifiestan los síntomas del hijo, la situación suele ser más grave. Por ello deberían con-

siderarse como elementos importantes para *detección precoz* en este campo, señalando la necesidad de un diagnóstico más especializado de tipo familiar.

Como hemos señalado con anterioridad, también es frecuente encontrar modelos educativos inadecuados. Nos referimos a los estilos autoritario, negligente y sobreprotector. Cuando nos encontramos ante el problema de un adolescente que pertenece a un sistema familiar donde prima un modelo educativo claramente reforzador (apoyo y control) sin que se presente ninguna de las dificultades mencionadas, hay que plantearse la posibilidad de problemas actuales con otros jóvenes, con la escuela... o de desarrollo madurativo orgánico. Aún en esos casos, la actitud familiar será un factor decisivo en la evolución.

Por otra parte, repasando los aspectos que suelen abordarse en los programas dirigidos a los padres, en prevención secundaria y en atención, y los que se dirigen a los jóvenes, se llega fácilmente a la conclusión de que son perfectamente complementarios. De hecho, todos los profesionales coinciden en afirmar que la participación de los padres en los programas es un factor pronóstico positivo de primer orden.

Teniendo en cuenta esta vertiente familiar de los problemas, parece lógico recomendar que se incorpore su abordaje a los dispositivos que se ocupan de los trastornos de los adolescentes. Que los servicios que atienden a los jóvenes y adolescentes tengan un marcado carácter familiar (en su concepción y diseño) permite articular determinadas modalidades de intervención con los padres, aún en los casos en los que los chicos y chicas se nieguen a acudir al programa o al servicio, al menos durante un tiempo. También permite desarrollar un enfoque de terapia familiar centrado en un individuo (Micucci, 2005) siempre y cuando no se pierda de vista la función que juega el síntoma en el sistema familiar.

Hasta aquí podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que existe cierto consenso desde el punto de vista teórico y práctico. Las diferencias comienzan cuando hay que decidir cómo abordar esos tópicos, ya que de ello dependerá el modelo del programa o del dispositivo. Las preguntas en este terreno son múltiples: ¿Qué concepción se tiene de la familia y de la terapia? ¿Se abordarán los miembros (padres e hijos) juntos, por separado o de ambas formas? ¿El abordaje será fundamentalmente educativo o terapéutico? ¿Tendrá un horizonte temporal breve o de medio y largo plazo? ¿Dispondrá de una metodología que prime la participación activa de los usuarios en el diagnóstico, la fijación de objetivos, el programa de tratamiento y la evaluación o los relegará a la condición de "pacientes"? ¿Su enfoque será el de un dispositivo integrado dentro de las redes generales o el de un dispositivo más o menos exclusivo?...

Intentaremos contestar algunas de estas preguntas desde un modelo integrado, que sea coherente en el análisis que realiza de los problemas y las respuestas que ofrece a los mismos, pero siendo conscientes de que, al fin y al cabo, constituye una opción entre otras posibles.

2.7.1. Algunos presupuestos sobre la familia y la terapia

La familia es el sistema humano más potente que existe para la educación y socialización. Aún cuando presente problemas nunca debe subestimarse su capacidad y su potencialidad. O sea, la familia es la que tiene la capacidad de educar y cuidar a sus miembros y la responsabilidad de los menores, así que las intervenciones realizadas desde fuera (incluida la terapia) deben centrarse en ayudar, no en sustituir.

La familia, como todo sistema vivo, atraviesa diversas etapas en su desarrollo: no sólo son los miembros individualmente considerados los que evolucionan a través de etapas vitales. Cuando un chico está desarrollando su adolescencia, también la familia atraviesa una etapa de su ciclo vital que compromete a otros miembros (fundamentalmente a los padres). Es una etapa en la que hay que lidiar con los límites de la dependencia y la autonomía, con el apoyo y el control, con la negociación y la imposición. Como resume muy bien Sluzki:

La adolescencia es particularmente complicada porque compromete a toda la familia en un viaje que va desde la dependencia hacia la autonomía e incluye un recorrido plagado de subidas y bajadas; el pasaje no es lineal ni transcurre como una curva dulce y elegante, sino con los altibajos de un electrocardiograma.

A veces las familias se atascan en el desarrollo de esta etapa por motivos de la más diversa índole. Entonces, pueden aparecer síntomas en uno o más miembros de la familia. Los síntomas desarrollados por el adolescente pueden cobrar importancia condicionando su vida y la dinámica familiar. En muchos casos, la propia familia (con las ayudas naturales de la familia extensa, consejeros naturales, profesores, amigos, etc.) es capaz de adaptarse a la nueva situación buscando nuevas soluciones. Pero en otras ocasiones no, y es entonces cuando los síntomas se convierten en un auténtico problema individualizado, en este caso en el adolescente.

Teniendo en cuenta todas estas premisas es lógico pensar que el enfoque familiar proponga considerar los trastornos de los adolescentes como el resultado de un problema de desarrollo de una etapa del ciclo vital familiar, por lo que la intervención debe concebirse como una ayuda para salir del estancamiento y permitir que la evolución continúe. Y eso hay que hacerlo trabajando con las relaciones que los miembros de la familia establecen entre sí y no sólo con las características individuales de cada uno de ellos.

Esta dimensión de las relaciones entre los miembros de la familia es donde la terapia de familia (de enfoque relacional y sistémico) centra su campo de actuación. Tanto a nivel diagnóstico como de intervención la terapia de familia considera que los síntomas, en este caso de los adolescentes, son sostenidos (ojo, no decimos causados, aunque también pueden serlo y con frecuencia lo son) por un modo particular de relaciones familiares en torno al problema. En general, se acepta que la persona que genera el síntoma puede mostrar una mayor vulnerabilidad psicobiológica, y que los

síntomas pueden comenzar por ser simples tanteos exploratorios, que necesitan un terreno abonado para arraigar. Pero, en la mayoría de los casos, cuando el problema llega a los servicios asistenciales se presenta como el problema en sí (de conducta alimentaria, de drogas, afectivo, etc.) más el conjunto de relaciones que se han tejido alrededor del mismo por parte de todos los miembros de la familia que participan en él, constituyendo una especie de círculo vicioso que no hace más que consolidarlo. Es lo que Micucci denomina “el ciclo sintomático”, como veremos más adelante. Si se quieren modificar los síntomas sostenidos por determinadas relaciones familiares o romper el ciclo sintomático es evidente que hay que trabajar con la familia para modificar sus relaciones.

Cada escuela o cada terapeuta eligen el modo de intervención. Algunos focalizan las relaciones conflictivas entre padres e hijo y trabajan siempre con todos los miembros implicados. Otros incluyen a miembros de la generación anterior (abuelos). El autor que venimos citando a lo largo del capítulo, Micucci, adopta una metodología mixta que combina sesiones familiares e individuales. No obstante, es importante destacar que la mayoría considera importante alcanzar un cierto acuerdo de los miembros de la familia sobre la naturaleza del problema y sobre los cambios que se desean conseguir, ambos definidos de una forma operativa y pactada, lo que implica algunas sesiones diagnósticas y finales conjuntas. Cuando las relaciones significativas las constituyen otras personas que no son de la familia se intenta trabajar con ellas. También hay excepciones, como el mencionado enfoque familiar-sistémico, realizado con un individuo pero centrado en sus relaciones.

Por último, Sluzki quizá sea el que lleve más lejos los propósitos del enfoque relacional sistémico cuando afirma: *“El trabajo no es con el imaginario del mundo inconsciente sino con el mundo interpersonal... La idea es trabajar las problemáticas interpersonales desde una perspectiva integradora que incluya tanto las variables del mundo biológico como aquellas referidas al contexto cultural y macrosocial, para que la tarea terapéutica no caiga en la trampa de la psicologización”*.

2.7.2. Un modelo de intervención

Sin ánimo de ser exhaustivos, podemos ofrecer algunas de las características del modelo de intervención tal y como la lleva a cabo Joseph A. Micucci (“El adolescente en la terapia familiar”), uno de los autores que, junto con Charles Fishman (“*Tratamiento de adolescentes con problemas*”), más se ha especializado en el trabajo con adolescentes desde la óptica familiar.

El *ciclo sintomático* está configurado por los esfuerzos que realizan los miembros de la familia al intentar controlar o eliminar el síntoma entrando en unos patrones rígidos de relación (repetitivos) que les impide valerse de otros aspectos positivos de sí mismos que podrían ser muy útiles en la solución del problema.

El *self multifacético*. Como decía Minuchin, todos somos más complejos de lo que creemos ser y poseemos recursos no aprovechados. Los miembros de las familias

atrapados en el ciclo sintomático suelen utilizar repetidamente sólo una parte de sus recursos. Unos de los objetivos de la terapia es ayudarlos a experimentar aspectos de sí mismos que ni ellos ni los demás suelen reconocer para, posteriormente, utilizarlos en la modificación de las relaciones.

Desarrollo interrumpido. Los integrantes de la familia se encuentran cada vez más limitados a causa de que recurren a las facetas de sí mismos relacionadas con el ciclo sintomático. Este proceso afecta tanto a la persona sintomática como al resto de los participantes del ciclo.

Relatos entrelazados y complementariedad de las percepciones sesgadas. Cada integrante de la familia desarrolla sus propias creencias acerca del problema y de los demás integrantes. Dichas creencias tienden a autoconfirmarse cuando se encuentran pruebas que las sustentan y se ignoran aquellas que las refutan. Con frecuencia, las creencias que tienen unos de otros se refuerzan mutuamente de una manera complementaria.

El profesor Sluzki es de la misma opinión y afirma que los conflictos entre padres y adolescentes suelen estar marcados por la confrontación. Una confrontación basada en las versiones que cada una de las partes ha construido sobre la otra. Lógicamente se tratan de versiones parciales pero que se viven como verdades absolutas y pueden convertirse en profecías autocumplidas. Para él la clave estaría en las "narraciones" que cada una de las partes realiza sobre la otra, ya que esas narraciones son las que determinan los vínculos. Modificándolas se puede pasar de la confrontación a la colaboración. Para ello propone rescatar los aspectos positivos que los relatos suelen negar (atribuyendo malas intenciones al otro) e introducir temporalidad. Todos los comportamientos suelen tener una historia que los explica, pero suele olvidarse cuando las situaciones se complican. En relación con estos objetivos resulta muy recomendable la lectura del libro: "*Medios narrativos para fines terapéuticos*" de Michel White y David Epston.

Siguiendo con Micucci, para ayudar a las familias a romper los patrones sintomáticos primero hay que identificar el ciclo y posteriormente aplicar una serie de métodos destinados a quebrarlo y proponer a los miembros nuevas formas de relación. El autor nos invita a prestar atención a tres aspectos:

- Lenguaje: ¿De qué modo describen el problema los integrantes de la familia?
- Historia: ¿Qué soluciones han intentado hasta el momento?
- Transacciones: ¿Cómo interactúan los miembros de la familia?

Una vez construida la hipótesis sobre el ciclo sintomático, se propone a la familia una formulación del problema y se establece un contrato de tratamiento. La formulación del problema debe relacionar el síntoma con las interacciones familiares y brindar una perspectiva singular de las dificultades, distinta de la que los miembros han adoptado hasta ese momento. El contrato se concentra en cambiar los modos de interacción dentro de la familia.

Para este propósito el autor utiliza toda una batería de técnicas entre las que no duda en emplear aquellas que promueven el cambio unilateral en alguno de sus miembros mediante el trabajo individualizado, pero siempre al servicio de la modificación de la dinámica general.

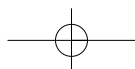
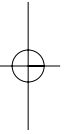
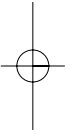
Algunas de las técnicas empleadas son las siguientes: Promover el diálogo, poner de relieve los conflictos encubiertos, estimular el cambio unilateral, desalentar el control, sustituyéndolo por la curiosidad, hacer preguntas en lugar de dar ordenes y asumir la responsabilidad por las propias reacciones en vez de tratar de cambiar la conducta de los demás a fin de aliviar la propia angustia, estimular y poner en práctica resultados singulares (se refiere a la cosas que se hacen bien, a las que ofrecen buenos resultados, a las que han funcionado en el pasado), construir nuevos relatos y mantener sesiones individuales con los miembros de la familia. La terapia llega a su fin cuando los miembros de la familia ponen en práctica sus nuevas destrezas haciéndose cargo de sus propios asuntos de manera más eficaz.

El autor también describe siete modalidades de abordajes terapéuticos dependiendo del síntoma principal que padezcan los hijos. Las mencionamos seguidamente a modo de ejemplo –hay muchos más autores y más modelos de intervención– y para ilustrar cómo se pueden ampliar las posibilidades diagnósticas y de intervención también en el ámbito familiar:

- a. Con trastornos alimentarios.
- b. Con depresión y suicidio.
- c. Con violencia y delincuencia.
- d. Con síntomas psicóticos.
- e. Con problemas escolares.
- f. Con dificultades relacionadas con la partida de casa.
- g. Con familias multiproblemáticas.

Cada una de ellas se encuentra desarrollada en los capítulos que van del 4 al 10 del libro mencionado del autor.

A modo de resumen cabe decir que, desde la perspectiva de la psicología evolutiva familiar, se pueden comprender los conflictos, los síntomas y las enfermedades de los jóvenes desde una óptica global familiar que ofrece nuevas posibilidades de intervención que irán destinadas a facilitar que la familia, padres e hijos, puedan continuar su evolución “natural” dentro de sus parámetros socioculturales.



3. El objeto de la evaluación: el Plan de Prevención del Centro de Solidaridad de Zaragoza

Durante la década de los noventa los dispositivos asistenciales del Centro de Solidaridad de Zaragoza habían experimentado un aumento de demandas asistenciales de un colectivo que no se ajustaba al perfil clásico de drogodependencia, dada su juventud y sus pautas de consumo de sustancias. Estas características señalaban dos necesidades fundamentales: por un lado la necesidad de programas preventivos que contribuyeran a paliar este descenso en la edad de inicio del consumo de drogas y por otro lado la necesidad de crear algún tipo de dispositivo asistencial para jóvenes con este tipo de problemáticas, ya que al no ajustarse al perfil anterior los recursos asistenciales ya existentes no eran adecuados. El Plan de Prevención del Centro de Solidaridad de Zaragoza nace en 1996 con la colaboración de Ibercaja, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de esta nueva demanda detectada por sus profesionales. Desde su origen el Plan de Prevención integra una labor de prevención de consumo de estupefacientes con la atención a jóvenes con problemas de consumo y a sus familias.

El Plan se estructura alrededor de una serie de actuaciones agrupadas en distintos programas que tienen por finalidad preparar de forma adecuada a los adolescentes-jóvenes y a sus familias de manera que puedan gestionar con éxito las situaciones susceptibles de uso de drogas. Pero además de adolescentes y progenitores el Plan tiene por destinatarios de las actuaciones al profesorado, a los padres y madres de los alumnos y alumnas de los centros escolares, a otros agentes del ámbito sanitario, a colectivos relacionados con el trabajo con jóvenes, de tal manera que dichos colectivos reciban una formación sobre drogas propiciando que estos sean capaces de evitar que se produzcan usos de drogas o cuando menos que estos sean mínimamente problemáticos.

Aunque si bien el planteamiento del Plan de Prevención tiene su origen en el consumo de sustancias estupefacientes hay que señalar que en sus objetivos iniciales ya se plateaban una amplitud de temas vinculados a las diferentes problemáticas adolescentes como muestra la siguiente lista de objetivos de una de sus primeras memorias:

- Ayudar en la mejora del trabajo educativo desarrollado por las familias.
- Apoyar el diseño de distintas acciones formativas en el medio escolar.

- Diseñar con los jóvenes asociados, distintas propuestas de trabajo que contribuyan a definir un modelo de individuo protegido.
- Cooperar con los educadores que realizan su trabajo en el Tiempo Libre de forma que aumente el nivel de salud de sus educandos.
- Mejorar la capacitación de distintos profesionales que intervienen en el medio socio-educativo-sanitario.
- Aproximar las distintas acciones al ámbito rural.
- Promover diferentes iniciativas comunitarias en el ámbito de prevención.

A lo largo de los diez años de recorrido del Plan se han abordado diferentes programas siempre bajo estos objetivos y se han consolidado de forma natural los que se han mostrado más pertinentes. Actualmente se desarrollan cuatro programas de formación/prevención y uno de atención/intervención.

El programa de atención/intervención recibe el nombre de **Tarabidan**, termino referente a "apoyo" en la fabla aragonesa. Tarabidan en un principio esta dirigido a adolescentes con problemas de drogodependencia o consumos preocupantes. Aunque no existen unos límites de edad rígidos mayoritariamente se atiende a jóvenes de entre 14 y 18 años con la colaboración de sus padres o tutores. En aquellos casos en que se considera necesario los padres también pueden ser objeto de tratamiento.

Como se abordara posteriormente según evoluciona el Plan, Tarabidan diversifica su actuación atendiendo no sólo a jóvenes consumidores sino también con trastornos alimenticios, problemas de conflicto familiar, etc.

La finalidad actual de este proyecto se define como la proposición de distintas orientaciones o intervenciones que permitan aminorar los riesgos existentes referidos a las problemáticas de niños, adolescentes o jóvenes, en los que en ocasiones se constata el uso de droga.

En cuanto a **prevención** propiamente dicha, existen cuatro programas:

- **Medio escolar:** Este programa busca impulsar y cooperar en el desarrollo de propuestas de prevención en los centros escolares.

Medio escolar es el nombre que reciben todas aquellas actividades de prevención que se realizan en centros educativos. Estas se pueden llevar a cabo con los jóvenes directamente, con los profesores y/o con los padres. La tendencia es a reducir las actividades con los alumnos y centrarse en el trabajo con padres y profesores. El objeto del trabajo con padres y profesores es mejorar la capacitación del profesorado y demás actores del ámbito escolar, en lo relativo a enfrentar con garantías de éxito la puesta en marcha de propuestas preventivas y la adecuada resolución de las diferentes situaciones asociadas al consumo de drogas.

Estas actividades se realizan a petición de los propios centros, las AMPAs, etc.

Objetivos:

- Aportar a los centros educativos distintos recursos que mejoren el trabajo educativo en lo relativo a las drogas.
- Cooperar en la evaluación de los centros en lo relativo a las drogas y en el diseño de propuestas de intervención preventivas.
- Ayudar a la evaluación y a una adecuada conducción de las distintas situaciones de riesgo que puedan presentarse en los centros escolares.
- Impulsar distintos contactos entre los diferentes estamentos escolares y los servicios específicos de trabajo en drogas para mejorar las actuaciones comunes.
- Complementar las actuaciones educativas desarrolladas en los centros desde una perspectiva preventiva.

- **Asociativo (o comunitario):** Este programa tiene como objetivo formar en materia de prevención a aquellas asociaciones vinculadas o formadas por jóvenes e incentivar propuestas propias en materia de prevención. Las actividades asociativas se realizan a petición de las asociaciones. Se pueden realizar los profesionales de la asociación o sus miembros (jóvenes, padres, amas de casa, futuros monitores de tiempo libre, etc). Este programa se ha dado especial prioridad al trabajo con aquellas entidades que desempeñan su actuación en el tiempo libre y que tiene un compromiso educativo.

La finalidad de este programa es diseñar, junto con los jóvenes asociados, propuestas que les ayuden en el aprendizaje de cómo elevar su cantidad y calidad de vida, así como la capacidad para controlar los riesgos y en este sentido aumentar su protección frente a la presión provocada por las drogas.

- **Formación para profesionales y voluntarios cercanos a las problemáticas derivadas o asociadas a los usos de drogas:** Este programa aglutina aquellas actividades de prevención orientadas hacia profesionales, entre los que están médicos interinos o residentes o MIR, abogados o fiscales de menores, escuelas universitarias, personal de SS de algún ayuntamiento, etc.

Las drogas y sus usos continúan siendo el ambiente donde se gestan problemas de salud, educativos, sociales, legales, laborales... siendo imprescindible conocer aquellos aspectos que puedan ser de ayuda y que permitan ordenar las distintas situaciones educativas, laborales, sanitarias o sociales nos encontremos con la presencia de usos de drogas que van a complicar más el recorrido habitual de dichos asuntos.

Aprender a moverse en un mundo en el que las drogas van a continuar teniendo presencia, es uno de los desafíos que se plantea a los diversos colectivos de profesionales.

Dentro de este programa se ha establecido una duradera colaboración con los médicos interinos incluyéndose este dentro del MIR. Se ha incidido en esta colaboración

ya que se considera que dado el papel desarrollado por los servicios sanitarios ante los asuntos referidos a drogas y en especial en lo relativo a los usuarios, hacen necesaria una complementación de los distintos esfuerzos que desde la perspectiva socio-sanitaria se vienen realizando, para lo cual es básico el conocimiento de los diferentes recursos y actuaciones existentes.

- **Comunitario:** El programa comunitario del PP del CSZ tiene como objetivo dinamizar y formar a los diversos actores implicados con jóvenes en materia de problemáticas adolescentes. Fomentando la creación de planes o programaciones de prevención y participando en los actos organizados dentro de estos planes como mesas redondas o coloquios.

Se trata de informar, sensibilizar y formar a los agentes sociales de la zona y a la población en general en prevención de situaciones de riesgo entre adolescentes

Tras los diez años de evolución del Plan los diferentes programas se han consolidado surgiendo una necesidad de analizar el camino recorrido con el fin de vislumbrar las sendas futuras. Surge así la demanda de realizar esta evaluación cuyo objeto es el Plan de Prevención del CSZ en su conjunto, abarcando tanto su área de atención como su área de prevención, así como los respectivos programas de cada área. Dada la complejidad de su estructura la separación entre áreas y programas se mantendrá en el análisis de los resultados con la finalidad de facilitar la comprensión de los mismos.

Paralelamente a la consolidación de la configuración del Plan se ha producido la consolidación del equipo de profesionales que lo llevan a cabo. Actualmente el equipo del Plan de prevención esta compuesto por ocho profesionales que reciben el apoyo de voluntarios y estudiantes en practicas.

El equipo está configurado de la siguiente manera:

- Un coordinador general del Plan.
- Un médico.
- Dos trabajadores sociales.
- Cuatro psicólogas.
- Dos educadores familiares con formación en terapia familiar sistémica y en mediación de conflictos.
- Una educadora social y terapeuta ocupacional.

Forman un equipo interdisciplinar caracterizado por la actuación de todos los profesionales (excepto el médico) tanto en el área de prevención como de intervención.

4. Metodología de la evaluación

Con motivo de su décimo aniversario, el equipo del Plan de Prevención del centro de Solidaridad de Zaragoza (CSZ), decidió realizar una evaluación sobre los resultados obtenidos y sobre la evolución del proyecto durante toda esta etapa. La idea se barajaba desde hace tiempo, y en este momento se visualizó como una gran oportunidad que sirviera como punto de reflexión sobre la trayectoria seguida y punto de partida de caminos futuros.

Tras diez años de existencia, un Plan tiene suficiente entidad para poder realizar una evaluación de manera seria y rigurosa ya que ha consolidado su diseño y sus procesos. La evolución lleva aparejada una necesidad de reflexión sobre los planes o programas ya que, con el transcurso del tiempo, se han ido modificando y desarrollando, al igual que ha ocurrido con su contexto. Por tanto, el propósito de la evaluación consistía en devolver al Plan una visión de sí mismo y de su momento de desarrollo actual, estableciendo líneas de mejora e indicando posibles caminos futuros, y respondiendo a una necesidad observada por el equipo: hacer un alto en el camino y reflexionar sobre lo recorrido y la dirección a seguir.

Obedeciendo a la apuesta del equipo evaluador por realizar evaluaciones que involucren a los equipos evaluados, se realizaron una serie de reuniones previas para clarificar en qué consiste este tipo de evaluación, solicitar su colaboración y recoger sus demandas, es decir: qué es lo que ellos pedirían a la evaluación, qué les gustaría saber del Plan.

De la misma manera, se iniciaron contactos con actores vinculados al Plan para presentarles la evaluación y recoger sus cuestiones sobre la misma.

Una vez recogida toda esta información y revisados la organización y contenidos del Plan, se procedió a realizar el diseño de evaluación que se ha llevado a cabo.

Dada la estructura del Plan de Prevención del Centro de Solidaridad de Zaragoza, con la complejidad de los subprogramas que lo componen y su desarrollo a lo largo de toda una década, nos encontramos con un volumen importante de información generada.

A lo largo de los diez años de evolución del Plan, se han iniciado diferentes proyectos, de los que actualmente se encuentran en vigor cuatro de prevención, con un con-

tenido fundamentalmente formativo, y uno de atención o de prevención selectiva. Sobre ese conjunto se decidió centrar la evaluación.

Para llevarla a cabo, hemos optado por un diseño ad hoc favorable a la triangulación, donde volcar información tanto previa como actual, cuantitativa como cualitativa.

La estrategia metodológica adoptada a la hora de realizar la evaluación ha sido explotar la recogida de información que el propio Plan ha ido generando a lo largo de estos diez años, a través de sus memorias, a las que hay que añadir, en el caso de Tarabidan, las historias de evaluación de los usuarios. Por ello, se han explotado cuantitativamente los datos procedentes de las memorias y se ha volcado la información contenida en las historias clínicas, formando diferentes bases informáticas que se han explotado mediante un programa estadístico (SPSS).

Para aumentar la validez y fiabilidad de las evaluaciones, el planteamiento del equipo evaluador favorece la triangulación metodológica, por lo que se han realizado grupos de discusión y entrevistas en profundidad para obtener datos cualitativos.

De manera más detallada podemos concretar que, con el fin de recoger la información necesaria para elaborar esta evaluación, se han utilizado las siguientes técnicas de recogida de datos:

Grupos de discusión: Con entidades vinculadas a Tarabidan así como con participantes en actividades de prevención.

Se celebraron dos grupos formados por 8 y 7 personas. Ambos grupos fueron abiertos y se realizaron en el mismo local de Tarabidan. Los únicos criterios a la hora de convocar a los participantes fueron, en un caso, que participaran de su formación, y en el otro estuvieran vinculados de alguna manera al Plan, ya fuera como derivadores o como demandantes de formación y/o ayuda.

Vaciado de expedientes: Recogida de información anónima sobre los participantes en Tarabidan.

El vaciado de expedientes ha permitido recoger históricamente la memoria de los diez años de programa, sobre todo en aspectos que no son explotados en las memorias, pero sí en las historias de los usuarios. Se construyó una base de 976 historias. Una vez construida la base, se procedió a realizar análisis estadísticos uni y bivariados.

Revisión de memorias y materiales de los diferentes proyectos de prevención.

A lo largo de estos diez años, el Plan ha ido generando distintos materiales muy variados: memorias de los programas, cuestionarios de satisfacción de actividades realizadas, materiales de difusión, proyectos de los programas, fichas de recogida de actividades y sus temáticas, etc. Todos ellos aportan una visión extensa de la evolución del programa.

Se decidió centrar la recogida en los cinco programas activos actualmente y sus actividades, con el fin de volcarla en bases informáticas. No obstante, se revi-

saron los documentos del resto de programas y acciones, como fue el caso del centro de documentación con el que cuenta el Plan.

Cuestionarios. Realizados a participantes en Tarabidan y a instituciones demandantes de formación. La decisión de aplicar cuestionarios obedeció a la necesidad de ampliar la información recogida en los grupos de discusión y entrevistas.

En el caso de los participantes en Tarabidan, los cuestionarios fueron suministrados a lo largo de quince días entre los jóvenes y familias que acudieron al centro durante ese periodo.

Por un lado, se pretendía contrastar las ideas surgidas de la explotación de las historias y, por otro, facilitar la recogida de comentarios sobre puntos fuertes y de mejora del programa, ya que en las entrevistas no se estaba expresando esta idea. La idea original era hacer un grupo de discusión con padres, pero por problemas de organización se optó por el cuestionario individual a las familias. Finalmente se cumplimentaron 26 encuestas por parte de los jóvenes participantes y 14 por parte de sus progenitores. Con anterioridad se había realizado una entrevista en profundidad a un joven participante y otra a padres participantes.

Cuestionario a instituciones demandantes de formación: Se enviaron cuestionarios a 106 direcciones de correo electrónico y se recibieron 16 cuestionarios cumplimentados. La oleada de envíos tuvo poca respuesta, como suele suceder en estos casos, pero suficiente para recabar una serie de ideas que complementaran las expresadas en los grupos de discusión.

Entrevistas en profundidad: Se realizaron entrevistas en profundidad a los profesionales del Plan de Prevención, tanto a los técnicos como a su coordinador y al director del CSZ del que depende el Plan, con el fin de obtener información de primera mano no sólo del funcionamiento actual del Plan sino también de su evolución desde el origen.

Por otra parte, se realizaron tres entrevistas en profundidad: dos a representantes de instituciones vinculadas, como son el Ayuntamiento y el Gobierno de Aragón, y una al principal patrocinador del Plan, Ibercaja, a través de su Obra Social y Cultural. El objeto de estas entrevistas era, por una parte, conocer las relaciones institucionales del Plan y, por otra, los apoyos y refuerzos con los que éste cuenta.

Todo el trabajo de campo se hizo entre septiembre del 2006 y febrero del 2007. Fue coordinado por Ana Ballesteros Pena, y en él participaron Rebeca Lamana Gimeno, Raquel López Aparicio y Silvia Quílez Mínguez realizando el vaciado de expedientes.

Una vez realizado el trabajo de campo, se procedió al análisis y explotación de la información por parte del equipo investigador formado por Alfonso Ramírez

de Arellano Espadero, Carmen Arenas Carbellido y Yolanda Nieves Martín. Para ello se desarrollaron unas sesiones de trabajo conjunto, en las que el equipo procedió a realizar un enjuiciamiento sistemático en función de la información obtenida a través de todo el proceso de evaluación.

Tras este trabajo conjunto se organizó una sesión de devolución de resultados con el equipo técnico y directivo del Plan de Prevención del CSZ.

La finalidad de esta reunión, una vez analizada la información, es comunicar al equipo del Plan los hallazgos sobre el mismo, de tal manera que puedan realizar aportaciones, aclarar posibles dudas, aportando nueva información que ha sido incorporada al informe final y de manera prioritaria producir una toma de contacto tal con los resultados de la evaluación, que ellos mismos se activen y organicen para la puesta en marcha de las propuestas de mejora. Además, esta reunión supone una puerta a la participación del equipo en la elaboración del informe final, ya que la apuesta por su implicación durante el proceso evaluativo estuvo presente desde el origen del mismo. Por tanto, es lógico que participen en la conclusión de este proceso.

Tras esta primera sesión de devolución de resultados, se procedió a realizar otra de semejantes características a petición de los mismos, con dos finalidades: por una parte, facilitar su participación a aquellos miembros del equipo que no pudieron estar presentes en la primera reunión y que a la vista de los comentarios de sus compañeros querían recibir y participar en otra presentación y por otra parte, permitir que el equipo realizara sus comentarios tras un periodo de reflexión de la información presentada en la primera reunión.

Además del equipo técnico y directivo, desde el Plan se insistió en que durante ambas sesiones estuvieran presentes representantes de entidades vinculadas al Plan, siguiendo la línea de transparencia que caracteriza a este equipo, quienes realizaron todas aquellas aportaciones que consideraron pertinentes.

5. Análisis de los resultados

Los resultados se presentan atendiendo a los criterios utilizados para la evaluación del programa. Estos criterios son:

- Diseño
- Eficacia
- Cobertura
- Eficiencia
- Sostenibilidad
- Pertinencia
- Cobertura
- Ubicación

La elección de estos criterios ha respondido a los estándares de la evaluación y a las necesidades informativas de todos los agentes involucrados en el programa.

La aplicación de los mismos sobre el programa ha producido la información buscada de manera significativa pero desigual, si bien es cierto que en la mayoría de los mismos podemos hablar por lo menos de dos ítems (Tarabidán y formación). En otros la información obtenida no nos permite tal diferenciación, como es en el caso de eficiencia y en otros aparece la información obtenida de otros subprogramas como en cobertura y en otros sólo respondía a un subprograma del Plan de Prevención como es el caso de ubicación. En definitiva, en las páginas que continúan se vuelca toda la información obtenida organizada por los criterios a los que se ha sometido al Plan de Prevención.

5.1. El diseño de Tarabidan

El diseño consiste en la organización interna del programa y con los objetivos del mismo.

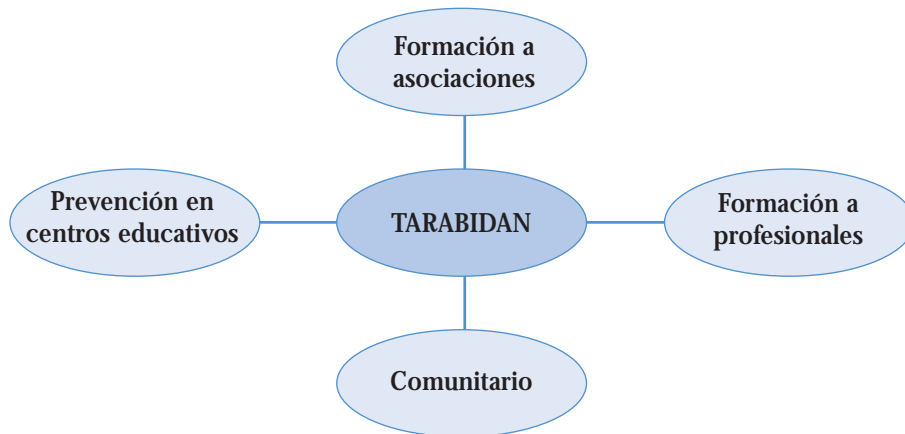
El Plan de Prevención del CSZ, del que forma parte Tarabidan, constituye una iniciativa **innovadora** que ha evolucionado gracias a la demanda recibida y a la experiencia acumulada.

El diseño actual de Tarabidan es el resultado de una evolución que tiene varias dimensiones:

Haciendo un poco de historia conviene recordar que la matriz original de este y otros programas del Centro de Solidaridad de Zaragoza fue el modelo de intervención del "Proyecto Uomo". Dicho modelo estaba muy centrado en un recurso específico muy especializado de tercer nivel como es la Comunidad Terapéutica que, a su vez, contaba con un programa terapéutico muy compacto y estructurado. Como el resto de las comunidades terapéuticas de aquella época, también éstas estaban orientadas hacia una población drogodependiente con unas características muy específicas: heroinómanos, con bastantes años de evolución en el consumo, deterioro físico y psicológico, abundancia de enfermedades infecciosas añadidas, etc. Por otra parte, si bien es cierto que el modelo teórico de Proyecto Hombre siempre ha concedido gran importancia a la familia, también lo es que, dadas las características del recurso principal –programa residencial de larga duración–, también corre el riesgo de convertirse en sustituto –temporal– de la misma. En ese modelo y en ese recurso se formaron algunos de los profesionales que pusieron en marcha Tarabidan y que aún hoy trabajan en él.

Resumiendo se puede decir que el modelo de intervención del Proyecto Uomo forma parte del pasado del Plan de Prevención del CSZ, y por tanto también de su cultura, proyectando su influencia tanto sobre aquellos aspectos que se desean conservar de su ideario como sobre aquellos que deben evolucionar para adaptarse a nuevos retos y nuevos objetivos. También se puede afirmar que el Plan de Prevención supone un salto cualitativo en el modelo de intervención.

Por otra parte, quizá como forma de diferenciarse del modelo anterior y también como consecuencia del acuerdo alcanzado con los patrocinadores actuales (Ibercaja), Tarabidan queda incluido inicialmente como un programa del Plan de Prevención dentro del ámbito escolar dirigido a atender situaciones de riesgo. Posteriormente a lo largo de los años, a veces, es considerado como un programa de prevención específica o indicada y, a veces, como un programa de atención. Finalmente, hoy, ocupa un lugar central en la organización del Plan de Prevención, manteniendo una relación de feed-back permanente con el resto de los programas.



En tercer lugar y más importante, la evolución de la demanda de atención (reducción de la edad de los usuarios, ampliación de la problemática más allá del consumo, importancia del papel de la familia en el tratamiento ambulatorio, etc.), la receptividad del recurso y su gran flexibilidad para adaptarse a ella determinan la configuración del diseño actual.

Así pues, conviene tener en cuenta todas estas dimensiones de su evolución a lo largo de los últimos diez años para hacernos una idea cabal de su diseño actual, particularmente a la hora de realizar un correcto análisis del discurso de los profesionales (tanto internos como externos):

Yo creo que a lo largo del proceso, cuando hablo de los diez años que llevo, sí que ha costado: separar un poco las experiencias que pudieran ser aprovechables como la experiencia de trabajo en grupo de tantos años, la de intervención en crisis, la de los perfiles que nos hemos ido encontrando y adaptando un poco a individualizar y a trabajar con las familias, esa parte positiva separarla... (Equipo)

Yo creo que nos ha abierto la carta, a todos los niveles, es decir, antes yo creo que hacíamos dos y dos son cuatro, y ¿por qué? Porque siempre se ha hecho así. (Equipo)

Esta evolución es valorada muy positivamente tanto por los propios trabajadores, como por los otros profesionales que les derivan usuarios y trabajan en coordinación:

Y desde luego está claro que ha habido una diversificación en cuanto a los temas a tratar. Se han adaptado muy bien a las necesidades planteadas desde el centro, desde el tema de la autoestima, habilidades sociales, el tema de la comunicación en la familia, normas, límites, eh..., relaciones afectivo-sexuales, en fin, el abanico es amplio en cuanto a posibilidades. (Grupo de discusión demandantes de formación)

Claro, es que todo ha evolucionado tanto, porque los consumidores de ahora no tienen nada que ver; el tratar con infancia o con adolescentes no tiene nada que ver con trabajar con heroinómanos de hace 15 años... (Grupo de discusión profesionales vinculados)

Como resultado de dicha evolución se ha producido una experiencia **innovadora**, que en la actualidad podríamos sintetizar del siguiente modo:

Tarabidan se ha ido convirtiendo en un programa de atención primaria ambulatorio, orientado a una población adolescente, juvenil y a sus familias con una problemática de amplio espectro (familiar, psicosocial, psicopatológico) entre la que aún tienen mucho peso el consumo de drogas. Como recurso, ha mostrado una gran capacidad de adaptación a la evolución de la demanda del sector durante la última década. Su expreso deseo de evitar modelos de intervención demasiado rígidos y cerrados le ha permitido desarrollar una gran flexibilidad, que es uno de los aspectos más valorados tanto interna como externamente. El centro de gravedad terapéutico se ha desplazado del recurso (como ocurría en la comunidad terapéutica) hacia la familia con la que se colabora para que asuma el protagonismo del cambio.

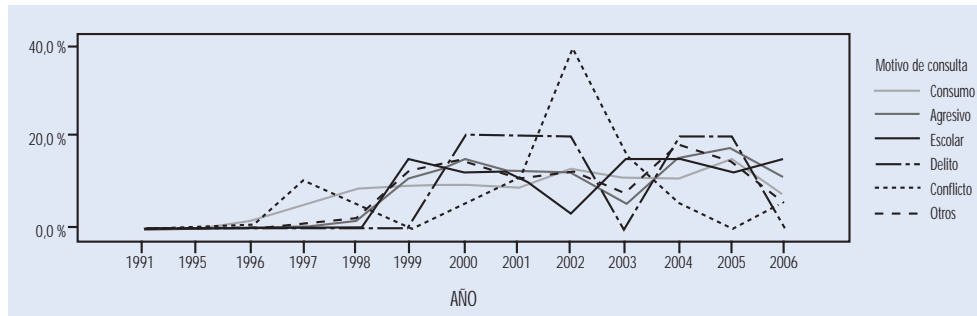
Detengámonos, a continuación, en algunas de las claves de su evolución que van constituyendo su identidad:

FLEXIBILIDAD Y ADAPTACIÓN

Tarabidan ha demostrado una gran flexibilidad adaptándose a las demandas provocadas por problemáticas diferentes al consumo de drogas. Ha conseguido que el Plan supere su planteamiento inicial centrado en la drogodependencia y se abra a las demandas que surgen de los adolescentes y sus familias, más allá del consumo de drogas (como los problemas de convivencia o los trastornos alimentarios).

- *Yo sí que he notado ehhh... a nivel..., que el centro..., en su, en su trabajo pues que está evolucionando en función de los propios, o sea, en función de los propios usuarios que le están llegando. (Grupo de discusión demandantes formación)*
- *Yo sí que me da la sensación de que son bastante flexibles.*
- *Sí, sí.*
- *Yo también. (Grupo de discusión profesionales vinculados)*

Tarabidan ha ido evolucionando paralelamente a las demandas recibidas y a la experiencia adquirida en nuevos campos, y así se ha ido adaptando a las nuevas problemáticas de jóvenes y adolescentes.



Evolución del motivo de consulta a lo largo de la existencia del Plan.

ASUMIR RIESGOS PARA INNOVAR

Con su voluntad de adaptarse a la demanda real, aunque desborde los límites administrativos que dividen artificialmente los problemas que afectan a jóvenes y adolescentes, Tarabidan no hace otra cosa sino *atreverse* a poner en práctica algo sobre lo que la mayoría de los profesionales están de acuerdo teóricamente:

“Los problemas de consumo en adolescentes hay que interpretarlos en el contexto de otros problemas familiares, sociales e individuales y, como tales, hay que tratarlos, ya que con frecuencia tienen más similitudes con otros trastornos de esa etapa evolutiva que con las adicciones consolidadas de los adultos (sin negar la existencia de niños y jóvenes adictos). Por la misma lógica, a veces, serán otros problemas del desarrollo los que aparezcan en primer plano, quedando los de consumo en segundo, algo que ocurre habitualmente cuando se analizan en profundidad todas las demandas relacionadas con las adicciones infantiles y juveniles”.

Esa disposición a *atreverse*, de estar dispuesto a *asumir riesgos*, tiene mucho que ver con la capacidad de INNOVAR.

Colateralmente, y dicho sea entre paréntesis, esta idea positiva del riesgo debería hacernos reflexionar sobre la identificación inmediata que a veces se establece entre los conceptos de riesgo y daño (prevención de riesgos). El término riesgo puede ser interpretado de manera distinta por un adulto y un adolescente, y desde una posición conservadora o innovadora. Para evitar daños quizá lo más realista sea hablar de gestión de riesgos.

AMPLIACIÓN DEL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Como consecuencia de lo dicho anteriormente, el ámbito de actuación del programa se amplía hacia otras esferas de la conducta y la afectividad más allá del consumo de drogas. Problemas de relaciones familiares, del comportamiento alimentario, de conducta en la escuela y en la calle, así como diversos trastornos de personalidad acompañados de síntomas ansiosos o depresivos son cada vez más frecuentes entre los jóvenes y adolescentes atendidos en Tarabidan.

No obstante, conviene no perder de vista un dato fundamental y es que la mayoría de los usuarios consumen drogas y/o alcohol. O sea, no es que los jóvenes y adolescentes que acuden a Tarabidan estén dejando de consumir drogas y padeciendo otros problemas, es que el motivo de consulta y el diagnóstico principal están cambiando aunque se mantengan determinados consumos (de mayor o menor riesgo). Como hemos podido comprobar a través del estudio de la FAD para población entre 15 y 24 años, el consumo de drogas, tabaco y alcohol es muy significativo para la mayoría de los jóvenes. Sólo un 16% no ha consumido nada en el último año.

En realidad, el consumo problemático de drogas en estas edades casi siempre ha enmascarado otros problemas y, con frecuencia, ha servido como desencadenante para que la familia tome cartas en el asunto y decida solicitar ayuda. Es importante, pues, estudiar el tipo de consumo de cada caso concreto para valorar su importancia relativa en la vida de esa persona. Hay una gran distancia entre el consumo experimental, el recreativo, el consumo de riesgo y la adicción. Cada uno de ellos requiere un abordaje específico. Por ejemplo, es verdad que cuando una adicción se consolida se convierte en una enfermedad con su dinámica propia y requiere un tratamiento muy polarizado en ella (como ocurre con las infecciones oportunistas que, aunque tengan una causa subyacente, hay que atajarlas a tiempo porque pueden hacer mucho daño), pero ese no es el abordaje indicado cuando el problema es de otra índole, aunque haya consumos (igual que no se recomiendan antibióticos en determinados procesos gripales y catarrales o, incluso, están contraindicados).

En resumen, desde un punto de vista asistencial conviene ser muy cauteloso con los datos sobre consumo. Por una parte, hay que poder contextualizarlos dentro de patrones de conducta más generales y, por otro, hay que saber de qué tipo de consumo se trata: ¿una vez al año, los fines de semana, 365 días?

Diagnóstico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No necesita intervención	1	0,1	0,1	0,1
	Problemas en contexto familiar, social	317	32,5	34,1	34,2
	Consumo de drogas	420	43,0	45,2	79,4
	Adicción a las drogas	76	7,8	8,2	87,5
	Otros	116	11,9	12,5	100,0
	Total	930	95,3	100,0	
Perdidos	Sistema	46	4,7		
Total		976	100,0		

Diagnóstico principal recogido en expediente.

Como puede apreciarse en la tabla, un 46,6% de los diagnósticos no están relacionados con el consumo de drogas, sino con otros de contexto o relacionados con las categorías que estarían más próximas al campo de la salud mental, sobre todo si partimos de la definición de salud mental que ofrece la OMS¹ y la Unión Europea en su Libro Verde sobre Salud Mental². Esta forma de concebir la salud mental hace hincapié en la idea de bienestar, en la necesidad de establecer relaciones positivas con los demás, de participar constructivamente en los cambios del medio físico y social, de conciliar demandas biológicas y sociales (no sólo en factores psiquiátrico/psicológicos), así como en la capacidad de hacer frente a la adversidad.

En un principio, el trabajo estaba muy centrado en la prevención del consumo de drogas, mientras que poco a poco, vamos, se ha ido... eh, pues diversificando. (Grupo de discusión demandantes de formación)

Esta ampliación de la temática no se ha producido exclusivamente en Tarabida, sino también en los programas de formación a demanda de los profesionales y mediadores que acuden a ellos, lo que pone de manifiesto la emergencia o la mayor visibilidad de este tipo de problemas no sólo entre quienes los padecen, sino también entre quienes trabajan con ellos. La presencia simultánea de esta problemática en ambos tipos de programas (preventivo y asistencial) así como el conocimiento de determinadas herramientas generales para su abordaje: técnicas para mejorar la autoestima, el autocontrol, la comunicación y las habilidades sociales, etc., permiten un continuo trasvase de información entre ellos.

Este recorrido de lo sectorial (drogas) al campo más amplio de la salud mental y el bienestar, ha sido similar al que han seguido otros programas centrados en la intervención con jóvenes y adolescentes con una visión integral del individuo. Algunos de ellos, como el presente, se han puesto en marcha a iniciativa de las ONG frente al aumento de una demanda no cubierta (Confederación de entidades promotoras de Programas Proyecto Hombre, Asociación Proyecto Hombre) y otras han sido promovidas por iniciativa pública, generalmente en el ámbito local (Plan de prevención de la Diputación de Huelva. Experiencia piloto). Y no es extraño que así sea, ya que unas y otras (a veces conjuntamente) suelen ser las primeras en reaccionar ante los problemas sociales emergentes de nuestro país.

A continuación, desarrollaremos por separado el marco teórico, la metodología de intervención y la filosofía del Plan, como elementos constitutivos de su diseño.

¹ La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir a la vida de su comunidad.

² Libro Verde de la Comisión, de 14 de octubre de 2005 "Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental".

MARCO TEÓRICO

El análisis del discurso de los profesionales pertenecientes a Tarabidan y de los que colaboran con ellos ofrece una serie de resultados sobre los que conviene reflexionar:

- En principio, no refieren un marco teórico explícito concreto, más bien se mencionan aspectos o referentes parciales.
- Los profesionales que llevan más años en el proyecto parecen identificar si no un marco teórico, al menos un modelo de intervención, “un modo de hacer”, y a los que llevan menos tiempo trabajando en el proyecto les cuesta más identificarlo.
- No parece existir unanimidad respecto a conceptos tales como funciones profesionales ligadas a determinadas titulaciones, interdisciplinariedad, multidisciplinariedad y multifuncionalidad.

Según estos datos, se impone recomendar un esfuerzo por hacer explícita la experiencia acumulada, que probablemente deberían liderar los “veteranos” (pararse a pensar para escribir o viceversa), y una flexión del equipo sobre el marco o los marcos teóricos de referencia. A veces, los marcos vienen condicionados por las profesiones, y a mayor especialización mayor complejidad.

En este punto, quisiéramos aportar algunos comentarios y reflexiones que ayuden a interpretar los datos y a situar el debate:

- En primer lugar, llamar la atención sobre el hecho de que muchos otros servicios profesionales plenamente consolidados quizá tampoco supieran contestar a la pregunta sobre el marco teórico. Imagínense las respuestas que ofrecerían los enfermeros del ambulatorio del barrio o la de los maestros de la escuela de nuestro hijo a la pregunta sobre cuál es el marco teórico de su servicio. En cambio, probablemente, la mayoría de los profesionales entrevistados para esta evaluación responderían afirmativamente a preguntas cerradas del siguiente tipo: ¿está de acuerdo con el modelo biopsicosocial?, ¿está de acuerdo con una concepción integral de la persona y por tanto también de su salud?, ¿está de acuerdo con el enfoque comunitario?, ¿cree que la familia es un elemento importante para la comprensión de la génesis y el desarrollo de determinados problemas de los jóvenes y adolescentes?, ¿cree que debemos avanzar en una concepción cada vez más ecológica de las relaciones humanas?, ¿cree que la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad son importantes para el desarrollo de su trabajo?, etc. Entonces, ¿qué ocurre? Pues que a veces todo eso funciona como una marca, y hay servicios que tienen más clara su política de marca que otros. No obstante, lo fundamental en este punto es que esos conceptos y valores se desprendan de la práctica real y no sean sólo el logotipo de un servicio.
- Por otra parte, a veces, las discusiones sobre estos conceptos enmascaran luchas de poder interprofesionales o los repartos de funciones con arreglo a titulaciones oficiales.

- Respecto a la tensión entre la experiencia/veteranía y las ganas de innovar o cuestionar los modelos establecidos ¿qué se puede decir? Pues que se trata de una dinámica vieja como el mundo y también necesaria para avanzar, a la que se le puede sacar su mejor partido jugando limpio y siendo honestos, dicho técnicamente: siendo lo más asertivos posible. O sea, no proyectar la incertidumbre propia de quien realiza una nueva tarea o rol sobre el conjunto, ni disfrazar las resistencias al cambio bajo la “voz de la experiencia”. En el fondo, y dicho sea de paso, una tensión que experimentan la mayoría de las familias con hijos adolescentes.

METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

Fruto también de esa evolución y de la retroalimentación de las diferentes áreas del Plan (atención/formación) se ha desarrollado una metodología de intervención con adolescentes propia muy válida a juzgar por los resultados, pero que, como consecuencia de su desarrollo eminentemente práctico, no ha sido recogida por escrito, lo que haría más fácil su sistematización y transferencia proporcionándole un valor añadido.

Hay un aspecto técnico de la metodología de intervención con las familias que despierta ciertas dudas entre algunos de los profesionales derivadores.

- *Hombre, quizás alguien echaría de menos, pero sería cuestión de metodología, el trabajo como familia al completo, que eso me consta que en algún caso que yo he llevado, o sea, va uno por cada lado, y en alguna ocasión han hecho una sesión conjunta. Pero sí que... lo que pasa que eso es algo que si cada uno va por un lado...*

Pero el trabajo familiar, como familia, yo a veces lo echo de menos, no porque ellos lo animan, sino porque creo que sería interesante el trabajo a nivel familiar, porque la información como que va cada uno por un lado y no se pone en común esa información.

Una información la tiene el hijo, otra información la tienen los padres y yo en medio, cruzando información.

Entonces a veces yo echaría en algunos casos de menos que se trabajase la familia como sistema, o como grupo. Punto. Es un poco la manera de trabajar que tienen, pero sí que...

(...) - Quiero decir, trabajan el chico por un lado y los padres por el otro. No hay sesiones de terapia de familia.

- *Hay alguna entrevista...*
- *Hay alguna entrevista en común, pero muy esporádica ¿Eh?*
- *Yo creo que desde que se ha ido X que era la terapeuta de familia... Yo creo que es cíclico. X sí que hacía terapia familiar... (Grupo de profesionales vinculados)*

Del análisis del discurso de los profesionales vinculados al programa se desprende una buena valoración general del mismo por parte de éstos, y la percepción de satisfacción por parte de jóvenes y familiares. No obstante, hay un aspecto técnico metodológico que no queda claro para algunos de los técnicos. Consiste, según parece, en el hecho de que en Tarabida no se trabajen suficientemente sesiones conjuntas de terapia de familia, sino más bien sesiones por separado con el joven y con los padres.

Es difícil valorar este dato aisladamente. Por una parte, podrían estar haciendo referencia a aspectos puramente técnicos de la terapia de familia. Por ejemplo, un enfoque habitual en la terapia de familia con hijos adolescentes consiste en realizar varias sesiones diagnósticas con todos los miembros implicados y una vez alcanzados determinados objetivos comunes trabajarlos por separado durante algún tiempo o simultaneando sesiones conjuntas con otras por separado, para finalmente cerrar el proceso conjuntamente. De ser esa la cuestión, lo más recomendable sería profundizar en determinadas técnicas de intervención con familias con hijos adolescentes (Micucci, Fishman, Haley) o incluso en el enfoque que pretende realizar "terapia familiar con una sola persona" centrado en romper el ciclo sintomático más que en la exploración intrapsíquica del individuo (Szapocznik, Foote, Pérez-Vidal). Por otra parte, también podrían hacer referencia al reparto de roles profesionales, a la necesidad de nuevos perfiles profesionales o a la tensión entre un modelo más educativo y otro más terapéutico.

Otro aspecto relacionado con la metodología es el trabajo en grupo que, aunque no alcanza a un número muy elevado de jóvenes (al menos de momento), sí parece gozar de una buena valoración por parte de los profesionales.

El trabajo grupal no se desarrolla con todos los jóvenes sino en aquellos casos que se vea útil para el chaval. Los grupos son reducidos y la periodicidad es semanal. Pero los individuos que participan en grupos son pocos comparados con los casos totales (16%).

Tipo de tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Individual	640	65,6	83,7	83,7
	Grupal	3	0,3	0,4	84,1
	Ambos	122	12,5	15,9	100,0
	Total	765	78,4	100,0	
Perdidos	Sistema	211	21,6		
Total		976	100,0		

Tipo de tratamiento indicado para los jóvenes que inician intervención. Fuente: Expedientes.

En palabras de un usuario consiste en:

Pues nos están poniendo como ejercicios, pero con un trasfondo. Entonces, eso, según lo vamos haciendo o al final, pues ves la intención, compartir cada uno lo que ha visto por ver si había más de un punto de vista o más de una posibilidad.

Los profesionales creen que las sesiones grupales funcionan para los jóvenes que tienen contacto con iguales que permite ver otros puntos de vista:

Yo creo que es un instrumento importante y necesario. Les da un contexto, les da contacto con iguales, les permite ver otra referencia diferente. Además, a veces, son personas que están en diferentes momentos vitales, por lo tanto es muy enriquecedor, el tener la oportunidad de dar con gente e intercambiar cuestiones, y además estar dirigido también por un educador ¿no?

Yo creo que es un instrumento válido y muy importante, y que, siempre y cuando esté estructurado, y estén claros los objetivos, el contenido y para qué ¿no?, es un instrumento válido.

Otra cosa es que nos juntemos para... ¡A ver lo que sale!

Yo creo que ahí es donde entra el peligro de "es válido, no es válido".

¿Para quién es válido? Es válido para quien lleva el grupo o es válido para quien tiene que ser válido: Para el usuario, el paciente, el chaval.

Como también para los técnicos implicados en su desarrollo que ven los grupos como un manantial de realidad adolescente.

Por ejemplo, el tema de las sesiones de grupo con los adolescentes yo creo que es una historia que está funcionando y que creo que sí que está muy fundamentado y yo creo que es algo que nos está enriqueciendo muchísimo, a mí por lo menos también me estás enriqueciendo mucho en lo que es luego mi trabajo con los adolescentes directamente, porque toda las vueltas que le das a las dificultades que tienen en esa edad, a lo que están viviendo, a lo que... la información que sale en el grupo, o sea, lo que ellos te cuentan es una dosis de realidad tan bestial que yo creo que está, por lo menos a mí, me está enriqueciendo incluso lo que son las sesiones luego teóricas, porque sí que es verdad que es decir, bueno en realidad el camino es este ¿no? o sea que, lo que están viendo te acerca a trabajar más, o sea a entender lo que es la realidad de los adolescentes ¿no?

Resulta interesante comprobar que tanto el marco teórico como la metodología de la intervención no correlacionan ni con el año de ingreso en el programa ni con el diagnóstico. Lo que significaría fundamentalmente dos cosas: una, que la eficacia del programa se mantiene desde el principio hasta el final porque no se aprecia incremento con el paso de los años, y dos, que se es igual de eficaz atendiendo problemáticas relacionadas con el consumo de drogas que con las nuevas demandas emergentes.

Correlaciones

		Año	Duración
Año	Correlación de Pearson	1	-0,055
	Sig. (bilateral)		0,152
	N	965	691
Duración	Correlación de Pearson	-0,055	1
	Sig. (bilateral)	0,152	
	N	691	700

Relación entre el año en que participó en programa y la duración del tratamiento. Fuente: Vaciado de expediente.

LA FILOSOFÍA DEL PLAN

Paralelamente al desarrollo del marco teórico y de la metodología, la filosofía del Plan ha ido evolucionando en algunos aspectos y consolidándose en otros.

Se mantienen valores como la *cercanía con los usuarios* que valoran muy positivamente a los profesionales. En Tarabida son particularmente valoradas la claridad de los profesionales y su capacidad de empatía.

Valoración de los jóvenes de aspectos ligados a los profesionales

	N		Media	Moda	Desv. típ.
	Válidos	Perdidos			
Valoración de confidencialidad	26	0	4,30	4	0,618
Valoración de confianza	26	0	4,27	4 ^a	0,724
Valoración de recomendaciones	26	0	4,04	4	0,720
Valoración de atenderte	25	1	3,84	4	1,068
Valoración empatía	26	0	4,38	5	0,752
Valoración claridad profesionales	26	0	4,54	5	0,582
Valoración implicación profesionales	26	0	4,23	4	0,710

^a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Medidas de valoración de aspectos ligados a los profesionales. Fuente: Cuestionario jóvenes participantes.

También se mantiene el *espíritu de servicio*, dando muestras de una gran receptividad hacia las nuevas demandas y de rapidez y flexibilidad en las respuestas. No obstante, esta ventaja puede llegar a representar un inconveniente cuando implica una ausencia de límites que puede conducir a la sobrecarga de trabajo.

- *Y luego es que es más rápido. Comparando por ejemplo con el sistema del ayuntamiento que está también hasta arriba, tú llamas al ayuntamiento y te dan con un mes. Entonces es que van agobiados hasta arriba.*
- *Pero aquí, claro, tienes la rapidez. La rapidez y luego, pues eso, la frecuencia.*
- *Sí, tú les mandas un paciente y a las dos semanas te lo citan y...*
- *Ya está. Ya está metido ¿no? Luego, ya veremos a ver lo que pasa. Pero la capacidad de acogimiento es muy buena, es muy valorable.*
- *Luego que no lo descartan.*
- *Sí. No, no lo dejan. No se nos ha dado el caso. (Grupo de discusión profesionales vinculados).*
- *Y luego que te atienden enseguida. La primera vez vinimos con una crisis muy fuerte, que estaba yo muy asustada y enseguida nos atendieron. (Entrevista a padres).*

La evolución dentro de la filosofía se centra en el ámbito de actuación (que incluye también una nueva tipología de usuarios), en el tipo de vínculo que se trata de establecer con las familias, más basado en el apoyo que en la sustitución, y en la evolución de los roles profesionales.

El cambio de rol se ha producido muy claramente en los programas preventivos, como se verá más adelante, pero también en el programa de atención de Tarabidan, donde se avanza hacia una progresiva profesionalización y especialización y hacia una óptica psicoterapéutica desde una óptica fundamentalmente educativa. No obstante, al tratarse de un aspecto que afecta al modelo original (no debemos olvidar que en el año 1996 Tarabidan aparecía como un programa preventivo dentro del ámbito escolar aunque orientado a las situaciones de riesgo), debería ser objeto de reflexión conjunta.

Respecto a la apertura del ámbito de actuación, sobre la que ya se ha hablado en este mismo apartado, hay que considerar su influencia sobre la exigencia de desarrollo de nuevos conocimientos y habilidades por parte de los profesionales.

En este sentido, además de la formación en nuevas técnicas habría que considerar desde un punto de vista pragmático la formación en el lenguaje y los procedimientos (protocolos de acogida, de derivación, modalidades diagnósticas, etc.) de los diversos servicios implicados en los problemas de los jóvenes (servicios sociales, salud mental, drogodependencias, educación, juventud).

Relacionado con todo lo anterior está el desarrollo de una concepción más integral de la familia en la que todos pueden ser objeto de intervención.

Sentido en que la ha mejorado

		Frecuencia
Válidos	Mejora vida familiar	3
	Estoy menos angustiado por el problema	1
	Me ayuda a cuestionarme relación con mi hijo y estilo educativo	1
	Superación de niveles de angustia que impedían avances	1
	Mejoría resolución conflictos por cambio de hijo	1
	Están cambiando pautas de conducta	1
	Replanteamiento de prioridades ayudarle a él me ayuda a mí	1
	Hago algo importante para mí	1
	Ser mejor madre	1
	Tengo más conocimientos	1
Total	12	
Perdidos		2

Sentido en que la participación ha mejorado su vida. Fuente: Cuestionario a jóvenes participantes.

Se trata de un aspecto muy fecundo que está reportando muchos beneficios, pero que admite aún nuevos desarrollos técnicos y teóricos, tal y como se ha mencionado en el apartado referido a metodología. En cualquier caso, la línea a seguir parece señalar hacia una concepción integral de la familia y a la adquisición de técnicas y herramientas acordes con esa concepción, aunque sus miembros, a veces, se presenten ante nosotros con un conflicto tan enconado que aparentemente resulte más fácil trabajar por separado.

5.2. El diseño de la formación

Aunque la propuesta inicial del Plan de Prevención de 1996 era muy ambiciosa y hacía referencia a varios ámbitos de prevención: escolar, asociativo, formación de profesionales, medios de comunicación y comunitario, contando cada uno de los cuales con varios proyectos, desde muy pronto el diseño del Plan se decantó por una propuesta que incluía un programa de atención –Tarabidan– y cuatro programas de prevención con un marcado carácter formativo. De ahí el nombre de este apartado. Además, de un tiempo a esta parte, se ha ido desarrollando lo que podríamos denominar como una línea de asesoría o consultoría. En cualquier caso, desde su origen estuvo presente la idea de trasvasar los conocimientos adquiridos desde la atención a un conjunto de agentes que pudieran intervenir y mejorar la preparación de los jóvenes y viceversa. Por tanto, el Plan nació con el principio básico de la retroalimentación entre ambas partes: la preventiva/formativa y la atención. Con la evaluación del Plan se constata que este feed-back se produce efectivamente y es reconocido hoy día tanto por los beneficiarios de la formación como por el equipo de profesionales.

... Si existen los proyectos internos y se está trabajando desde la acción, está claro que la formación viene derecha, una cosa no puede vivir sin la otra, y es que esto es hoy en día la riqueza que tiene es esta para ellos. (Grupo de discusión demandantes de formación)

La intervención se retroalimenta del trabajo que hacemos fuera, y el trabajo fuera se retroalimenta del trabajo que hacemos aquí en intervención con familias y con adolescentes. (Equipo)

Lo bueno de todo esto de ir con ellos es que no solamente te dicen la teoría, sino que te están trabajando la práctica. Entonces te hablan de cosas reales, de la realidad fundamental, te hablan de la realidad y cuando te dan orientaciones saben de lo que hablan absolutamente, de hoy, no de lo que se debería... (Grupo de discusión profesionales vinculados)

Fruto del proceso continuo de intercambio y de la gran capacidad del Plan para adaptarse con flexibilidad a los cambios de la demanda, los programas de formación experimentan una evolución paralela a la asistencia ampliándose los contenidos formativo-preventivos que dejan de circunscribirse exclusivamente al ámbito de las drogodependencias.

Tomando como ejemplo los contenidos de las sesiones que se imparten en los Centros de Profesores y Recursos (CPR) podemos observar cómo desde 1997 a 2000 la temática de las formaciones se centró en cursos básicos sobre drogodependencias. A partir del 2000, en aquellos CPR con los que ya se estaba trabajando se introducen nuevas temáticas como hábitos y riesgos.

En 2005 la temática de los cursos en CPR abarca prevención de trastornos de la conducta, manejo de situaciones por uso de drogas en el centro escolar y de consumos en el aula, inteligencia emocional y refuerzo de habilidades personales y sociales.

Así pues, evoluciona la problemática objeto de estudio y evolucionan también los medios para su abordaje, introduciéndose en el campo más vasto de la prevención y la promoción de la salud mental. Profundizando en dimensiones tales como la *autoestima*, *el autocontrol*, *el optimismo* y *el sentido de coherencia*, no sólo se previenen las drogodependencias sino también la enfermedad mental, ya que todas ellas están directamente relacionadas con la *salud mental positiva* tal y como lo recoge en sus páginas 39 y 40 la "Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006" de nuestro país. Algo que no debe de extrañar ya que, al fin y al cabo, las drogodependencias y el abuso de alcohol forman parte del campo de la salud mental tal y como reconocen la mayoría de organismos internacionales relacionados con la salud.

Desde su formulación, el Plan ha apostado por el trabajo con determinados agentes que, por su vinculación con los jóvenes, ocupan lugares estratégicos para prevenir determinadas conductas en los mismos. Aunque, en un principio, los objetivos en cuanto a influencia eran muy ambiciosos, como veremos en el epígrafe de cobertura, por razones de sostenibilidad se ha mantenido la definición de los agentes estratégicos aunque limitando su número y apostando por establecer vinculaciones a largo plazo con ellos. Este hecho se ha traducido en un desplazamiento desde una prevención primaria o universal a una prevención más secundaria o selectiva, ya que al colaborar con los agentes durante más tiempo la demanda de formación de los mismos ha ido variando.

Creo que ahora sí que hemos tomado conciencia de que en nuestro ámbito, nuestro grupo fuerza es la prevención selectiva o indicada. Nosotros ahí sí que podemos aportar un punto... La prevención universal ya tiene una orientación en que "Tú decides" y "El órdago" y demás que ya están por ahí funcionando ¿no? (Equipo)

Y no se trata sólo de un criterio de especialización, sino también de reparto de tareas con otras instituciones que intervienen en el mismo ámbito de trabajo. Parece razonable que la institución educativa en colaboración con el Plan Municipal de Drogodependencias garanticen una cobertura general de prevención (primaria/universal), mientras que el Plan de Prevención ofrezca unos servicios específicos complementarios.

La vinculación entre formación y atención, la amplitud de contenidos y la apuesta por un trabajo a largo plazo son elementos transversales al diseño del Plan que afectan a cada uno de los subprogramas. A continuación, nos centraremos en las variaciones más significativas de cada uno de ellos.

ESCOLAR: CAMBIO DE CHARLA A TRABAJO CONJUNTO

Desde el planteamiento original del programa, la intención era desarrollar un trabajo con agentes implicados en la educación (padres y profesores) más que efectuar una labor preventiva general con alumnos. Si inicialmente se realizaron actividades direc-

tas con los alumnos fue más por motivos tácticos (para establecer una relación de colaboración y confianza hay que mostrarse disponible) o a consecuencia de la presión de la demanda.

A partir de ahí, poder trabajar con... somos de la opinión que hay que trabajar con los alumnos indirectamente, que tienen que trabajar quien está en contacto con ellos que serían sus padres y los profesores. (Equipo)

Las demandas de los centros iban más encaminadas al trabajo con los alumnos en exclusiva, pero ya desde un principio se apostaba por desarrollar un modelo que tendía a trabajar con padres y educadores, como muestra el siguiente cuadro.

	Actividades con padres	Actividades con profesores	Total actividades con padres y profesores	Actividades con alumnos
Año				
1999	10	5	15	9
2000	17	9	26	8
2001	19	17	36	18
2002	25	6	31	24
2003	21	11	32	34
2004	23	18	41	38
2005	25	14	39	21
Total	140	80	220	152

Evolución del número y tipo de actividad. Fuente: Memorias del programa en centros educativos.

Este modelo está valorado positivamente por los agentes implicados que puntúan con una media de notable este proceso.

Valoración del cambio en actividades de Prevención

N		Media	Moda	Desv. típ.
Válidos	Perdidos			
15	1	8,67	9	1,447

Valoración del cambio en actividades de prevención. Fuente: Cuestionario a instituciones demandantes de formación.

También supone un trabajo previo de elaboración conjunta de la demanda y un esfuerzo por transmitir un enfoque donde la delegación no presida la relación entre los profesionales. Este enfoque aproxima su papel al de formador de formadores y asesor en aspectos técnicos y metodológicos concretos.

... y nosotros estamos insistiendo mucho en las demandas a que no, primero trabajamos con padres, con profesores y luego ya veremos en qué podemos echarles una mano ¿no? (Equipo)

ASOCIACIONISMO: CAMBIO A DEMANDA A LA CARTA

Vinculado a la apuesta por establecer relaciones sólidas, se ha efectuado un cambio por el cual más que formación general se intenta ajustar la formación a las demandas específicas de las asociaciones.

O sea, pedían: Juntaros entre todos y mirar a ver si entre todos podéis ver un poco cuál es la demanda explícita de lo que queréis ¿no? Y se ajustan a horarios y a la demanda de los temas concretos que se piden en cada caso. (Grupo de discusión profesionales vinculados)

Lo cual incluye un apoyo con casos y dudas concretas. También aquí el modelo se aproxima al asesoramiento específico.

PROFESIONALES: INTENSIFICACIÓN EN DETERMINADOS COLECTIVOS

A lo largo del recorrido del programa, la formación de profesionales se ha ido centrandando cada vez más en colectivos concretos como los profesores, el personal sanitario y los técnicos vinculados al trabajo con menores.

A partir de 1999 estas relaciones se institucionalizan a través de convenios de prácticas y de la inclusión del Plan en las rondas del MIR. A partir de 2000 se cierran una serie de acuerdos que orientan el trabajo hacia grandes plataformas que agrupan varias asociaciones como el Consejo de la Juventud de Zaragoza, relegando otro tipo de asociaciones como el de amas de casa.

Por otra parte, se ha abierto una puerta hacia la formación más institucional con su participación en los cursos de verano de la Universidad de Verano de Teruel o la organización de un curso propio de "Especialista en adicciones" impartido en COLUMBUS-IBS.

A partir de la experiencia acumulada se vislumbra también la posibilidad de dirigirse a otros colectivos profesionales vinculados con las tareas que se realizan en el Plan de Prevención: psicólogos (PIR), pedagogos, terapeutas y mediadores familiares, sociólogos, etc.

COMUNITARIO: BUSCAR PUNTOS DE ENCUENTRO

En un primer momento, el programa comunitario se centró más en dinamizar municipios y asesorarles en temas de drogodependencias. Esta tendencia se ha relegado en virtud de fomentar espacios de encuentro entre profesionales de lo social participando y organizando foros como el de “Ocio y drogas” y jornadas de reflexión.

La única posibilidad de seguir jugando un papel en relación con los municipios contando los medios disponibles en la actualidad sería la de ofrecer algún tipo de formación específica dirigida a técnicos, coordinadores y/o promotores de planes y programas municipales de drogodependencias. O sea, incluir la temática municipal dentro de las posibilidades consolidadas del Plan de Prevención (foros, seminarios, jornadas, pasantías, etc.). En este punto sería deseable contar con colaboración con la Federación Aragonesa de Municipios y Provincias.

DISTRIBUCIÓN DE CARGA EN PREVENCIÓN. COMPARACIÓN DE NÚMERO DE ACCIONES

Aunque, en principio, el diseño general del Plan no establece la prioridad de un programa sobre otro, la realidad nos muestra que, utilizando los últimos dos años de los que tenemos información completa y las horas que se han dedicado a dar formación en cada uno de los programas, el programa de centros educativos es el que consume mayores esfuerzos.

Horas anuales empleadas a acciones en cada programa

	Centros educativos	Ámbito asociativo	Ámbito comunitario	Ámbito profesional
Año				
2005	414	142	34	248
2004	469	146	77	194

Evolución del número de horas dedicadas a los distintos programas de prevención. Fuente: Memorias del Plan.

5.3. La eficacia de Tarabidan

La eficacia puede definirse como la capacidad de lograr los objetivos y metas programadas con los recursos disponibles en un tiempo predeterminado y responder a los objetivos que el propio programa o servicio acepta y declara.

Desde ese punto de vista se puede afirmar que Tarabidan es un recurso eficaz por los resultados de su actuación y por el grado de satisfacción expresado por sus usuarios entendidos como jóvenes, familiares y profesionales que derivan usuarios al programa.

El resumen de los datos está recogido en las tablas que se presentan a continuación:

1.º) Se puede afirmar que es un programa eficaz por:

LOS RESULTADOS DE SU ACTUACIÓN

Tabla de contingencia Resultados – Duración

			Duración					Total	
			Sólo información	Sólo orientación /valoración	Mínimo de 6 meses	De 6 a 12 meses	Más de 1 año		
Resultados	Derivación	Recuento	5	7	1	2	0	15	
		% de duración	6,1	3,3	0,4	1,8	0,0	2,2	
		Residuos corregidos	2,6	1,4	-2,4	-0,3	-1,0		
	Alta voluntaria	Recuento	1	15	32	17	4	69	
		% de duración	1,2	7,2	13,0	14,9	10,3	10,0	
		Residuos corregidos	-2,8	-1,6	1,9	1,9	0,1		
	Abandono	Recuento	72	172	159	46	8	457	
		% de duración	87,8	82,3	64,4	40,4	20,5	66,1	
		Residuos corregidos	4,4	5,9	-0,7	-6,4	-6,2		
	Alta	Recuento	4	15	55	49	27	150	
		% de duración	4,9	7,2	22,3	43,0	69,2	21,7	
		Residuos corregidos	-3,9	-6,1	0,3	6,0	7,4		
	Total		Recuento	82	209	247	114	39	691
			% de duración	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			Residuos corregidos						

Relación entre el resultado de la intervención y la duración de la misma. Porcentaje de altas. Fuente: Expedientes.

Entre los resultados aparece un 21,7% (aunque a partir de ahora hablemos de un 22% para simplificar) de ALTAS de la totalidad de las intervenciones que se realizan en el programa (aunque este porcentaje puede variar ostensiblemente dependiendo del momento concreto que se considere como inicio del programa terapéutico). En general, puede hablarse de una evolución positiva de los porcentajes con relación al transcurso del tiempo, en el sentido de que a mayor tiempo de permanencia en alguna de las actuaciones que se proponen en el programa, mayor porcentaje de altas.

Como ya se explicó en la introducción, no existe actualmente un número de evaluaciones publicadas sobre experiencias de características similares a la presente. Pero, extrapolando los datos de otros recursos asistenciales no iguales, pero sí análogos, se puede afirmar que el rango en que se encuentran las cifras referidas a las altas terapéuticas es bueno, particularmente si se tienen en cuenta algunos aspectos que comentaremos un poco más adelante.

Veamos a continuación la misma tabla pero centrando nuestra atención en los datos relativos a los ABANDONOS, que, dicho sea entre paréntesis, es un término que vendría revisar ya que resulta equívoco tanto por lo que pretende significar como por lo que evoca.

Tabla de contingencia Resultados – Duración

			Duración					Total	
			Sólo información	Sólo orientación /valoración	Mínimo de 6 meses	De 6 a 12 meses	Más de 1 año		
Resultados	Derivación	Recuento	5	7	1	2	0	15	
		% de duración	6,1	3,3	0,4	1,8	0,0	2,2	
		Residuos corregidos	2,6	1,4	-2,4	-0,3	-1,0		
	Alta voluntaria	Recuento	1	15	32	17	4	69	
		% de duración	1,2	7,2	13,0	14,9	10,3	10,0	
		Residuos corregidos	-2,8	-1,6	1,9	1,9	0,1		
	Abandono	Recuento	72	172	159	46	8	457	
		% de duración	87,8	82,3	64,4	40,4	20,5	66,1	
		Residuos corregidos	4,4	5,9	-0,7	-6,4	-6,2		
	Alta	Recuento	4	15	55	49	27	150	
		% de duración	4,9	7,2	22,3	43,0	69,2	21,7	
		Residuos corregidos	-3,9	-6,1	0,3	6,0	7,4		
	Total		Recuento	82	209	247	114	39	691
			% de duración	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			Residuos corregidos						

Relación entre el resultado de la intervención y la duración de la misma. Porcentaje de abandonos. Fuente: Expedientes.

Efectivamente, el porcentaje de ABANDONOS en la fase de información (87,8%) y en la fase de orientación y valoración (82,3%) es bastante alta, disminuyendo progresivamente con el transcurso de permanencia en alguna actividad del programa, lo cual podría indicar una eficacia no muy alta en esos aspectos. Pero, detengámonos a analizar el criterio de ABANDONO y su modo de registro.

Un recurso como Tarabidan puede ofrecer, y de hecho lo hace, servicios de información y/o de orientación y valoración independientes del programa terapéutico, rehabilitador o reeducativo. Digamos que muchos ciudadanos pueden acercarse al recurso exclusivamente para recabar información, consejo u orientación. Pueden obtener efectivamente el servicio que requieren y, por tanto, no pasar a la "siguiente fase". No obstante, tal y como está establecido el sistema de registro, con toda probabilidad computarán como ABANDONOS. Este error es muy frecuente en los recursos asistenciales que consideran la información, la orientación y la valoración como fases previas del "tratamiento", cosa que sólo es cierta para una parte del total, para aquellos que sí desean realizar el programa "completo" y se comprometen a ello.

De momento sólo queremos llamar la atención sobre el hecho de que si cada uno de estos servicios se computaran atendiendo a sus propios objetivos y por separado los resultados serían muy diferentes, y consecuentemente habría muchos menos ABANDONOS y más ALTAS.

Por otra parte, el término "abandono" puede despertar determinadas connotaciones en un programa cuyo objeto es ofrecer ayuda y asistencia. Dicho de forma coloquial, no suena igual decir que "el usuario vio satisfecha su demanda de información u orientación sin requerir ningún otro servicio del programa (aún en el caso de que la decisión del usuario no coincida con la opinión del/los profesional/les que le atendieron)", a decir que "abandonó en la fase de valoración". Esta idea de abandono resulta difícil de imaginar si pensamos, por ejemplo, en la información como un servicio y no como una fase.

Algo similar puede estar ocurriendo con el número de DERIVACIONES que resulta también bastante pequeño sobre todo en la columna que refleja la información (5) y en la que se recoge la orientación y la valoración (7). Cabe preguntarse cuántos ABANDONOS podrían haberse computado como DERIVACIONES si entre la información y la orientación recibida se les abrió la puerta de otros servicios. Si no fuera ese el caso, sería conveniente que el equipo se interrogara por un número tan bajo de derivaciones tratándose –como veremos más adelante– de un recurso de atención primaria.

El concepto preciso de las actuaciones que se llevan a cabo en el programa así como su registro está vinculado a otros muchos aspectos del programa tales como: el propio sistema de registro, el catálogo de servicios, el diagnóstico, la indicación terapéutica, el contrato terapéutico, los objetivos intermedios y la libertad del usuario para comprometerse con unos determinados aspectos del programa y no con otros, como iremos viendo a lo largo de la evaluación.

Veamos, a continuación, los resultados en función de los usuarios que son objeto de tratamiento.

Quién es objeto de tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nadie	5	0,5	0,5	0,5
	Joven	607	62,2	63,3	63,8
	Un familiar	2	0,2	0,2	64,0
	Varios familiares	1	0,1	0,1	64,1
	Ambos	344	35,2	35,9	100,0
	Total	959	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	17	1,7		
Total		976	100,0		

Miembro de la familia que es objeto de tratamiento. Fuente: Expedientes.

Resultados tratamiento del joven:

Resultados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Derivación	16	1,6	2,3	2,3
	Alta voluntaria	69	7,1	10,0	12,3
	Abandono	457	46,8	66,0	78,3
	Alta	150	15,4	21,7	100,0
	Total	692	70,9	100,0	
Perdidos	Sistema	284	29,1		
Total		976	100,0		

Resultados de la intervención con jóvenes. Fuente: Expedientes.

El resultado más frecuente suele ser el ABANDONO en un 66% de los casos. Seguido de un 22% de ALTAS.

Mientras que el resultado del programa combinado de joven y familias arroja el siguiente porcentaje de éxito.

Resultados tratamiento joven y familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Derivación	1	0,3	0,7	0,7
	Alta voluntaria	13	3,8	9,3	10,0
	Abandono	84	24,4	60,0	70,0
	Alta	42	12,2	30,0	100,0
	Total	140	40,7	100,0	
Perdidos	Sistema	204	59,3		
Total		344	100,0		

Resultados del tratamiento en aquellos casos en que se interviene con el joven y su familia. Fuente: Expedientes.

El porcentaje de ALTAS se eleva hasta un 30% para los jóvenes que participan del programa combinado. O sea 8 puntos por encima a la actuación sin participación familiar. Este dato se comenta por sí solo: Lo ideal es realizar tratamientos combinados.

Mientras que el resultado de las familias es parecido al de los jóvenes como se aprecia en el siguiente cuadro:

Resultados familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Derivación	3	0,9	1,0	1,0
	Alta voluntaria	22	6,4	7,3	8,3
	Abandono	210	61,0	69,8	78,1
	Alta	66	19,2	21,9	100,0
	Total	301	87,5	100,0	
Perdidos	Sistema	43	12,5		
Total		344	100,0		

Resultados tratamiento familia. Fuente: Expediente.

2.º) Se puede afirmar que es un programa eficaz por:

EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS:

La media de satisfacción de los jóvenes con el programa se sitúa también en torno a 7,7 siendo mayoría los que señalan 8 como puntuación.

Cabe destacar que, como causa de satisfacción, la palabra ayuda es la que se emplea con más frecuencia. Las respuestas se centran mucho en recibir ayuda para situarse y cambiar puntos de vista más que en la mejora de problemas concretos.

La totalidad de los jóvenes encuestados ha señalado que participar en Tarabidan ha mejorado su vida.

El sentido en que se ha producido esa mejora en sus vidas se reparte entre los que sienten que han mejorado sus relaciones (familiares y/o sociales) y entre los que perciben que el cambio se ha producido en la manera de ver la vida.

Las respuestas literales se han agrupado en la siguiente tabla:

Sentido en que la ha mejorado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Mejora relac. familiares y salud	1	3,8	3,8	3,8
Le centra en estudios y relaciones	2	7,7	7,7	11,5
En todo (familia, drogas, amigos...)	1	3,8	3,8	15,4
Relaciones familiares y no consumo	2	7,7	7,7	23,1
Actividades fuera del programa	1	3,8	3,8	26,9
Me abre los ojos para cambiar aspectos de mi vida	1	3,8	3,8	30,8
Relaciones sociales (fam. y amigos)	6	23,1	23,1	53,8
Relaciones familiares	4	15,4	15,4	69,2
Veo la vida de otra manera	2	7,7	7,7	76,9
Relación familiar y satisfacción consigo mismo	1	3,8	3,8	80,8
Toda	2	7,7	7,7	88,5
Social, laboral y consumo	1	3,8	3,8	92,3
Relaciones, autoestima, autocontrol	1	3,8	3,8	96,2
Cambiar de forma de ser	1	3,8	3,8	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Sentido en el que participar en programa ha mejorado su vida. Fuente: Cuestionario a padres participantes en Tarabidan.

Los aspectos más valorados por los jóvenes son los relativos a los profesionales (modo de entablar la comunicación, profesionalidad, experiencia, confianza, seriedad, claridad explicaciones, trato directo) y, por otro lado, los relativos al modelo de intervención (el avance como proceso, estructura, intervención con padres y jóvenes, grupos, diversidad de actuaciones, diversidad de ámbitos, pautas dadas).

Destaca particularmente la importancia concedida a lo que podríamos denominar como “calidad del trato” ofrecida por los profesionales, cosa que concuerda con lo que afirman numerosos autores como Funes, Micucci o Stanton. Si la relación de confianza es un elemento importante para establecer cualquier relación terapéutica, en el caso de los adolescentes es determinante. Si no se consigue establecer una relación de empatía con el adolescente, sencillamente no hay relación terapéutica, sólo presencia más o menos forzada, particularmente si tenemos en cuenta que en la mayoría de los casos la iniciativa de acudir a un recurso de las características del programa que ofrece Tarabidan (o sea, terapéutico o reeducativo) casi nunca parte de ellos, sino de los padres.

Preguntados los padres participantes por la eficacia de Tarabidan, las respuestas se sitúan en torno a 8 sobre 10.

Las causas de satisfacción manifestadas son las siguientes:

Causas de satisfacción

	N		Media	Moda	Desv. típ.
	Válidos	Perdidos			
Valoración de confidencialidad	14	0	4,86	5	0,363
Valoración de confianza	14	0	4,86	5	0,363
Valoración de recomendaciones	14	0	4,43	5	0,646
Valoración de atenderte	14	0	4,79	5	0,426
Valoración comunicarse joven	13	1	4,54	5	0,776
Valoración claridad sesiones	14	0	4,64	5	0,497
Valoración implicación en su caso	13	1	4,62	5	0,506

Valoraciones de diferentes aspectos relacionados con los profesionales de Tarabidan. Fuente: Cuestionario a padres participantes en Tarabidan.

La media de valoración más elevada es 4,86 (de una escala de 5) y corresponde tanto a confidencialidad como a confianza para hablar con los profesionales.

La respuesta a si participar ha mejorado su vida es afirmativa en la práctica totalidad de los casos de los padres encuestados:

Participar ha mejorado tu vida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	13	92,9	92,9	92,9
	No	1	7,1	7,1	100,0
	Total	14	100,0		

Consideración sobre la influencia de la participación sobre su vida. Fuente: Cuestionario a padres participantes en Tarabidán.

En cuanto a los aspectos que han cambiado su vida ya no se centran tanto en las mejoras de los hijos y vida familiar sino más bien en los cambios que ellos, como padres, han experimentado. Este aspecto es muy interesante ya que se trata de uno de los objetivos que se plantean todas las modalidades de programas educativos familiares y de terapia de familia: producir cambios positivos en todos los miembros de la familia. Incluso desde un enfoque puramente relacional que pretenda introducir cambios en el sistema familiar interviniendo sobre las relaciones, los cambios suelen experimentarse de forma subjetiva por cada uno de los miembros de la familia.

Sentido en que la ha mejorado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mejora vida familiar	3	21,4	25,0	25,0
	Estoy menos angustiado por el problema	1	7,1	8,3	33,3
	Me ayuda a cuestionarme relación con mi hijo y estilo educativo	1	7,1	8,3	41,7
	Superación de niveles de angustia que impedían avances	1	7,1	8,3	50,0
	Mejoría resolución conflictos por cambio de hijo	1	7,1	8,3	58,3
	Están cambiando pautas de conducta	1	7,1	8,3	66,7
	Replanteamiento de prioridades ayudarle a él me ayuda a mí	1	7,1	8,3	75,0
	Hago algo importante para mí	1	7,1	8,3	83,3
	Ser mejor madre	1	7,1	8,3	91,7
	Tengo más conocimientos	1	7,1	8,3	100,0
	Total	12	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	14,3		
Total		14	100,0		

Sentido en que los padres consideran que participar ha mejorado su vida. Fuente: Cuestionario a padres participantes en Tarabidán.

La eficacia percibida por los profesionales que derivan queda recogida en los siguientes comentarios del grupo de discusión en el que participaron:

Para los padres más que para los chicos.

Para los chicos también.

Pero aquí, claro, tienes la rapidez. La rapidez y luego, pues eso, la frecuencia.

Sí, tú les mandas un paciente y a las dos semanas te lo citan y...

Pero la capacidad de acogimiento es muy buena, es muy valorable.

Luego que no lo descartan.

Sí. No, no lo dejan. No se nos ha dado el caso.

Otra cosa que valoramos como muy positiva es la facilidad luego de seguimiento a estos chavales a los que llevas, o sea que luego tú los llamas y siempre hay muy buena recepción ¿no? Porque en seguida te informan pues como está el tema, si deja de venir te avisan, o sea, hay mucha colaboración en este sentido. Esto también es muy positivo. (Grupo de discusión profesionales vinculados)

Resumiendo la opinión de los profesionales, cabría destacar la valoración positiva respecto a la rapidez con que son atendidos los usuarios que les derivan, la buena acogida que les dispensan en Tarabidan, la facilidad para realizar un adecuado seguimiento coordinado, la valoración global positiva de los padres y también, aunque menos, la de los propios jóvenes, ya que en muchas ocasiones a la circunstancia de que vengán “presionados” por la familia hay que añadir el hecho de que algunos menores vengán “obligados por el juez”. Las dudas que plantean algunos profesionales derivadores están relacionadas con el tipo de metodología de trabajo empleado con las familias.

3.º) Otras razones por las que teóricamente también se puede entender que Tarabidan es un recurso eficaz son las siguientes:

COLABORACIÓN DE LA FAMILIA

En Tarabidan todos los profesionales están persuadidos de la importancia de la participación de los padres en el programa y lo consideran un elemento pronóstico de primer orden. De hecho, son mayoría los padres que consultan y que acompañan a sus hijos en las primeras fases, aunque sea menor el número de ellos que participen directamente (solos o en compañía de su hijo) en lo que podríamos denominar como programa terapéutico. Digamos que el recurso está orientado a colaborar con las familias para que los chicos y las chicas mejoren, y mejoren, también, las relaciones familiares.

Tabla de contingencia: Solicita información el interesado y... – Edad

			Edad				Total
			13 años o menos	Entre 14 y 17 años	Entre 18 y 21 años	22 años o más	
Solicita información el interesado y...	Uno de los progenitores	Recuento	7	49	19	6	81
		% de duración	33,3	28,3	11,9	11,1	19,9
		Residuos corregidos	1,6	3,7	-3,2	-1,7	
	Ambos progenitores	Recuento	10	91	88	14	203
		% de duración	47,6	52,6	55,3	25,9	49,9
		Residuos corregidos	-0,2	0,9	1,8	-3,8	
	Otros familiares	Recuento	2	5	4	0	11
		% de duración	9,5	2,9	2,5	0,0	2,7
		Residuos corregidos	2,0	0,2	-0,2	-1,3	
	Amigos	Recuento	0	1	2	1	4
		% de duración	0,0	0,6	1,3	1,9	1,0
		Residuos corregidos	-0,5	-0,7	0,5	0,7	
	Profesionales	Recuento	1	6	0	0	7
		% de duración	4,8	3,5	0,0	0,0	1,7
		Residuos corregidos	1,1	2,3	-2,1	-1,0	
	El interesado en solitario	Recuento	1	21	46	33	101
		% de duración	4,8	12,1	28,9	61,1	24,8
		Residuos corregidos	-2,2	-5,1	1,5	6,6	
Total	Recuento	21	173	159	54	407	
	% de duración	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
	Residuos corregidos						

Relación entre la persona que solicita la información por parte del interesado y la edad del mismo. Fuente: Expedientes.

En cuanto a con quién va el interesado a informarse, podemos observar que mayoritariamente acude con ambos progenitores, o en solitario cuando ya tiene 22 años o más.

RELACIÓN CON CENTROS EDUCATIVOS

Puede afirmarse que Tarabidan es beneficiario de las buenas relaciones que el Plan de Prevención mantiene con los centros escolares que los convierte en sus aliados naturales y derivadores de usuarios cuando las circunstancias lo requieren.

RELACIÓN CON LOS MIEMBROS DEL EQUIPO (ESPECIALMENTE VALORADA POR JÓVENES)

La relación de empatía, cordialidad, confianza etc. que son capaces de establecer los profesionales de Tarabidan con los adolescentes es particularmente valorada por estos últimos y concuerda con lo que la literatura científica dice al respecto.

CONCORDANCIA CON LOS MODELOS TEÓRICOS DE ASISTENCIA

El equipo de Tarabidan ha sabido adaptarse a las demandas de los jóvenes de los últimos diez años. Esto ha significado pasar de un modelo más basado en la prevención a otro organizado con una lógica más asistencial, y de un modelo básicamente educativo a otro también terapéutico. De no haber sido así, no habrían podido atender a parte de la demanda que se les presenta.

ALTA SATISFACCIÓN DEL EQUIPO TRABAJADOR

Los profesionales muestran un alto grado de satisfacción con el resultado de su trabajo, sin que ello signifique renunciar al espíritu crítico y al deseo constante de mejora.

5.4. La eficacia de la formación

Las actividades formativas han incrementado su número a lo largo del tiempo, consolidando las relaciones con sus usuarios (clientes), manifestando los participantes en las mismas un alto grado de satisfacción. Concretamente, la media de satisfacción es de notable alto (8,6).

Satisfacción con el Plan

N		Media	Moda	Desv. típ.
Válidos	Perdidos			
15	1	8,60	9	0,910

Grado de satisfacción con el Plan de Prevención. Fuente: Cuestionario a instituciones demandantes de información.

VALORACIÓN DE LAS ENTIDADES BENEFICIARIAS

Las entidades beneficiarias valoran positivamente la utilidad y la repercusión de las actividades formativas en el desarrollo de su trabajo cotidiano. A la hora de abordar el sentido concreto de esa repercusión, las respuestas hacen mención a los siguientes puntos:

1. Ampliación de información.
2. Dotación de estrategias y pautas para abordar situaciones concretas.
3. Modificación de planteamientos educativos.

El modo de organización de las sesiones formativas por parte del equipo también es valorado con un notable, destacando especialmente su disponibilidad a la hora de

coordinar las sesiones. Especialmente positiva se consideran: a) la buena disposición a amoldarse a los horarios de los solicitantes de formación, b) la especificidad de la formación, y c) su disponibilidad ante situaciones urgentes.

Hombre, tienen mucha capacidad de adaptarse ¿no? Sí que es verdad que a lo mejor las consultas pues sí que son muy rápidas, pero vamos, alguna vez vienes aquí y tal, y cogen el horario y tienen que ir buscando huecos, pero te hacen hueco rápido. (Grupo de discusión profesionales vinculado)

Son facilitadores en todos los términos, porque claro, hay veces en que te ves en el apuro de... yo qué sé!, de una fecha.

Hay veces que pides cosas muy concretas y ya están establecidas, y también las cosas que puedes tener con los niños.

Yo creo que lo mejor es eso, llamas y te atienden. Llamas y te responden y te dan respuesta a lo que sea. (Grupo de discusión demandantes de formación)

El equipo en su conjunto también es valorado positivamente.

Valoración equipo del Plan

N		Media	Moda	Desv. típ.
Válidos	Perdidos			
13	3	8,15	9	1,345

Valoración del equipo del Plan de Prevención. Fuente: Cuestionario a instituciones demandantes de información.

“En cuanto a la sensibilidad que transmiten algunos educadores con el profesorado, las familias, porque tienen un enganche con las familias, cuando han venido a dar formación y sensibilización, enorme. Grupos de 40 o 50 padres que han enganchado, que han incidido directamente en las causas, en los problemas, o cuales pueden ser las alternativas, y funcionan muy bien, muy bien”.

La profesionalidad, la dedicación, la gran experiencia que tienen... (Grupo de discusión demandantes de formación)

...Te hablan de la realidad y cuando te dan orientaciones saben de lo que hablan absolutamente, de hoy, no de lo que de lo que se debería... (Grupo de discusión profesionales vinculados)

Resumiendo, se destaca del equipo su buena disposición, su espíritu de servicio, su profesionalidad y su conocimiento actualizado sobre la realidad de la problemática adolescente.

5.5. La cobertura de Tarabidan

La cobertura consiste en evaluar hasta qué punto un programa llega a la población beneficiaria del mismo.

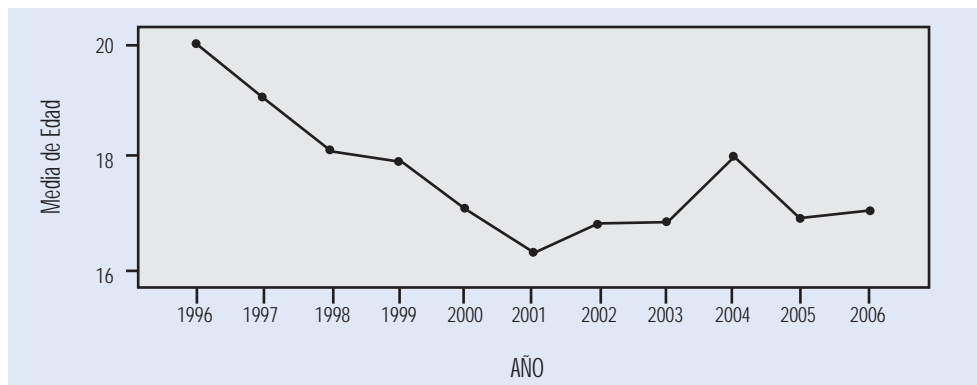
El Plan de Prevención surge de la necesidad de actuar, por un lado, ante unos consumos de sustancias de una población cada vez más joven y, por otro, de la necesidad de prevenir que estos consumos se produzcan. Posteriormente la profundización en la prevención de riesgos y en la promoción de factores de protección junto a la evolución de la propia demanda hacen que el Plan amplíe su propia temática más allá del consumo de drogas.

El origen del programa Tarabidan es la necesidad de disponer de un recurso capaz de atender a un grupo de jóvenes que, por su edad y sus patrones de consumo, no se adecuaban a los recursos de drogodependencias existentes hasta ese momento.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

No existe ningún estudio de problemas de drogodependencias en jóvenes de Zaragoza con el que comparar si hay un perfil claramente definido entre los usuarios de Tarabidan:

La edad media se establece en torno a los 17 años, siendo mayoritariamente menores de edad, produciéndose una tendencia de disminución de la edad entre los chavales atendidos.



Evolución de la edad media de los jóvenes participantes en Tarabidan. Fuente: Expedientes.

La proporción según sexos es de un 69% de hombres frente a un 30% de mujeres, cifras que siguen la distribución según sexo de otros recursos para drogodependientes no especializados en menores. Comparado con otros servicios, el porcentaje de mujeres es alto. Por ejemplo, en Hirusta las proporciones eran de 78% para hombres y 22% para mujeres.

Distribución según sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	670	68,6	69,4	69,4
	Mujer	296	30,3	30,6	100,0
	Total	966	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,0		
Total		976	100,0		

Distribución según sexo de los participantes en Tarabidan. Fuente: Expedientes.

Los usuarios son españoles, un 89% de ellos aragoneses, mayoritariamente residentes en Zaragoza.

En un primer momento, Tarabidan pretendió dirigirse a la población aragonesa en su generalidad, pero la distancia física actuó de seleccionador natural concentrándose los usuarios en Zaragoza y municipios cercanos. Por tanto, es un recurso fundamentalmente urbano, aunque no de manera intencionada.

Generalmente acuden al recurso ambos progenitores, seguidos de las madres y los propios interesados. Los usuarios provienen mayoritariamente de familias nucleares (65,8%) y monoparentales (20%). El motivo de la consulta original suele ser consumos problemáticos en un 71% de los casos, confirmándose el diagnóstico en un 53% de ellos. Un 46% hace referencia a problemas de contexto, familiares, etc. En un 40% existen antecedentes de consumo por parte de miembros de la familia. En un 31% hay separación conyugal y en un 18% tratamiento psiquiátrico.

Motivo de consulta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Consumo	679	69,6	71,2	71,2
	Agresivo	74	7,6	7,8	78,9
	Escolar	33	3,4	3,5	82,4
	Delito	5	0,5	0,5	82,9
	Conflicto	18	1,8	1,9	84,8
	Otros	145	14,9	15,2	100,0
	Total	954	97,7	100,0	
Perdidos	Sistema	22	2,3		
Total		976	100,0		

Clasificación de motivo de consulta en Tarabidan. Fuente: Expedientes.

Son estudiantes que han terminado la educación obligatoria, con alto índice de fracaso escolar (34% ha repetido curso), provenientes en su mayoría de centros escolares públicos o concertados.

En general, están satisfechos con sus relaciones sociales. Suelen calificar el clima familiar como bueno o aceptable, aunque un 20% identifica algún tipo de violencia familiar que consiste, en la mayoría de los casos, en gritos e insultos.

PERFIL DE LOS USUARIOS

A la luz de estos datos tenemos chicos adolescentes, en torno a los 15-17 años residentes en Zaragoza, de nacionalidad española, que viven en familias nucleares, sin muchos hermanos, que acuden al recurso previa petición de los padres por haber detectado problemas con el consumo de sustancias, con un clima familiar que califican de bueno o aceptable, aunque en ocasiones con una convivencia deteriorada, satisfechos con sus relaciones sociales, estudiantes en colegios públicos o concertados con problemas con los estudios.

5.6. La cobertura de la formación

Inicialmente, el ámbito de cobertura geográfica de los programas de formación era la Comunidad Autónoma de Aragón, con especial hincapié en las zonas rurales pero, a lo largo de su evolución, los programas han ido concentrando su ámbito de actuación fundamentalmente en la provincia de Zaragoza y, más concretamente, en su capital debido, sobre todo, a razones de sostenibilidad del propio Plan de Prevención.

La tendencia principal ha consistido en profundizar en las relaciones establecidas con los diferentes interlocutores y usuarios, lo que ha desembocado en un incremento de la estabilidad y de la calidad de esos vínculos. Esta política ha ofrecido resultados positivos en términos de fidelización y ha influido también en el contenido de la prevención que se ofrece, ya que una relación tan estrecha permite desarrollar una formación muy ajustada a las necesidades de los usuarios, una formación tan "a la carta", que en la práctica se convierte en un asesoramiento personalizado.

Como muestra de esta vinculación, es interesante señalar que de las 16 entidades relacionadas con el Plan que cumplimentaron el cuestionario, 9 tenían más de tres años de relación con él.

Tiempo trabajando con el Plan

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 1 y 3 años	7	43,8	43,8	43,8
	Entre 3 y 5 años	3	18,8	18,8	62,5
	Más de 5 años	5	31,3	31,3	93,8
	Más de 8 años	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Tiempo de relación de la entidad con el Plan. Fuente: Cuestionario demandantes de formación.

COBERTURA DEL PROGRAMA ESCOLAR

EL programa escolar ha experimentado dos tendencias en lo relativo a su cobertura: la primera ha sido la tendencia a trabajar menos con alumnos y más con profesores y progenitores, postura que estaba clara desde el diseño del Plan; la segunda ha consistido en construir redes estables con las que realizar una colaboración más intensiva.

En lo referente al tipo de centros con los que se colabora cabe señalar que la tendencia, según ha ido avanzando el Plan, ha sido trabajar más con centros privados, religiosos y en zona urbana.

Año	Urbanos	Rurales	Total
1999	14	9	23
2000	22	9	31
2001	26	16	42
2002	28	14	42
2003	33	13	46
2004	38	14	52
2005	30	10	40

Evolución de la tipología de centros escolares con los que se trabaja. Fuente: Memorias.

COBERTURA DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROFESIONALES

En cuanto al programa de formación de profesionales, la apuesta ha sido concentrarse en el colectivo sanitario (particularmente médicos) en el colectivo de ámbito social (trabajadores/educadores) y en el profesorado. Tal y como se señaló en el apartado de diseño cabría la posibilidad de plantearse otros perfiles profesionales como psicólogos (PIR), mediadores y terapeutas de familia, sociólogos...

Con los profesionales, yo creo que funcionamos también a la demanda.

También hemos hecho propuestas pues al Colegio de Abogados, al Colegio de Médicos, alguna propuesta de cursos de formación y también hemos trabajado desde la demanda. (Equipo)

Para ello se ha firmado un convenio con el Gobierno de Aragón para la rotación de MIR, colaboraciones con los CPR, y convenios de prácticas o voluntariado con la facultad de Trabajo Social. La estimación de los participantes es difícil de realizar por la naturaleza de las colaboraciones y porque éstas se han apoyado con actividades de diversa naturaleza como coloquios, cursos de verano... Sólo cabe constatar que se han realizado esfuerzos constantes en esa dirección.

COBERTURA EN EL ÁMBITO ASOCIATIVO

En cuanto a la formación en el ámbito asociativo se ha tendido siempre a trabajar con entidades que agruparan asociaciones o que formaran a profesionales relacionados con la educación de chavales.

Hemos trabajado con el Consejo de Juventud de Zaragoza y Aragón, con los scout, y luego trabajamos con las escuelas de formación de tiempo libre, por eso te decía lo de que intentamos utilizar la propia red.

Es decir, ¿Cómo queremos llegar a los monitores? Pues introduciendo una sesión de prevención en su formación básica como monitores. Entonces colaboramos en este momento con 6 escuelas de tiempo libre (Equipo)

Al igual que en el resto de programas, se ha optado por el aumento de la intensidad de la relación. Para ello se mantienen acuerdos y convenios de colaboración con 6 Escuelas de Formación en animadores y educadores en el Tiempo Libre, además de con otras entidades juveniles de nuestra Comunidad (IAJ, CJA...).

COBERTURA EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

En cuanto al programa comunitario, señalar que es el más difícil de medir de todas las actuaciones formativas del Plan de Prevención.

La diversidad de acciones que se llevan a cabo (reuniones, mesas redondas, cineforums...) hace que se calcule de manera estimativa la población asistente. Su evolución durante los años 2002, 2003 y 2004 puede verse reflejada en la siguiente tabla.

Años	2002	2003	2004
Número de actividades	22	17	44
Asistentes	391	842	1.076
Horas	34	52	77

Evolución del número de actividades y asistentes en programa escolar. Fuente: Memorias.

Tal y como se ha expresado en otros apartados de este documento, de seguir manteniendo esta línea de acción convendría plantearse la posibilidad de trabajar con técnicos responsables o promotores de prevención en sus respectivos ámbitos de influencia, generalmente municipios pequeños y medianos. Se trataría de emplear la misma estrategia que en el ámbito escolar o el del asociacionismo en los que los destinatarios de la formación son los profesionales y mediadores, y no los propios chavales.

5.7. La eficiencia del Plan de Prevención

El Plan de Prevención es eficiente ya que el número de beneficiarios y de actuaciones del mismo crece cada año sin aumentar proporcionalmente el número de profesionales. Prácticamente todos los programas que lo componen han aumentado sus beneficiarios y sus cifras anuales de actuaciones. Pese a este incremento, los resultados han seguido siendo buenos.

El riesgo que se vislumbra es una posible sobrecarga del equipo, que ha conseguido incrementar el número de actuaciones manteniendo una gran pluralidad de roles y tareas, sin unos límites claros de las mismas. El equipo realiza tareas de atención, programas de prevención/formación y tareas de gestión técnica y administrativa diarias, entre otras. Además hay que tener en cuenta el espíritu de servicio que le anima y cierta dificultad para marcar las fronteras de las funciones y de la acción.

En nuestro caso han llegado incluso a cambiar el horario de ellos por facilitar-nos a nosotros. Sólo trabajábamos los lunes por la tarde y ellos se han acomodado a nosotros. (Grupo de discusión profesionales vinculados)

Inmediatez en la intervención, quiero decir, pocas veces en 11 años pero ha habido momentos de maldad de teléfono inmediata: "me esta ocurriendo esto" o "dentro de dos horas tengo esta situación". Pues esa tranquilidad que te da saber que coges el teléfono y hay un especialista que no va a tener ningún problema –también es porque te conoce–, y porque sabe que detrás de tu persona existe un proyecto y esa implicación que es llamar... y esa intervención inmediata, esa resolución inmediata. (Grupo de discusión demandantes de formación)

Y siguen cogiéndolo todo y yo cada día, o sea los 5 años que llevo derivando pacientes, es que cada vez mando más y siempre nos tratan igual y siempre los ven a la semana y siempre... no sé hasta cuándo van a poder absorber todo eso que... (Grupo de discusión profesionales vinculados)

Por otro lado, los demandantes de formación notan cierta superación de la parte de formación por la de atención:

Sí que hay muy buena intención, pero yo a veces sí que he notado un poco que se les va, o sea que se las va un poquito el tema de lo comunitario. Quizás en detrimento de que la asistencia se come todo. Porque hoy en día la asistencia se nos come a los profesionales. Entonces creo que este Centro puede un poquito, a lo mejor, adolecer de esa pequeña cuestión ¿no? (Grupo de discusión demandantes formación)

Que la asistencia pues es verdad, es que se nos come. Entonces si no tienes marcada una colaboración muy, muy, muy estrecha y ya muy marcada, pues es posible que pase todo el año y los proyectos que ibas a iniciar pues no los inicies, que es lo que nos ha venido pasando con ellos. (Grupo de discusión profesionales vinculados)

Además, vinculada a la parte económica, se ha observado que algunos demandantes de actuaciones formativas necesitarían una carta de servicios clara y presupuestada que facilitase una interlocución sobre el tema y la formulación de demandas más directas. Algunos de los participantes en el grupo de discusión llegó a expresarlo en términos de “no saber lo que podía pedir sin abusar” o de encontrarse en el terreno de las buenas intenciones pero sin un marco claro que defina las relaciones.

A parte de estos reparos a la hora de realizar demandas, existen también dificultades a la hora de identificar a la persona del equipo que se encarga de la gestión de los pagos.

Tampoco sabes con quién hablar, porque a mí también me pasa. A nivel de gestión tampoco sabes con quien hablar.

... no se trata de abusar ¿no?, pero es un poco... a mí se hace este tema, es una actitud complicada.

... en los planes de prevención, el saberla, el conectarla, el que de antemano tú ya... porque no sí parece que les estás reclamando una cosa que dices: ¡Bueno, pues...! (Grupo de discusión demandantes de formación).

Esto hace que se manifieste un sentimiento de incertidumbre a la hora de afrontar las cuestiones administrativas referentes al Plan, por parte de los actores vinculados.

5.8. La eficiencia de Tarabidan

La evolución del número de usuarios atendidos en el programa y del número de profesionales muestra que éste es un programa eficiente. Aunque el equipo se ha ido reforzando a lo largo del recorrido del Plan, el número de trabajadores del programa Tarabidan no ha crecido en igual proporción que los usuarios. Esta circunstancia, junto a otras relacionadas con la multiplicidad de tareas y al aumento de las actividades de formación, apuntan al riesgo de sobrecarga del equipo tal y como se menciona en el apartado “Eficiencia del Plan de Prevención”.

Hemos venido aumentando el volumen de trabajo, es decir, que cada vez, entonces normalmente casi todos los años eh..., o mantenemos lo mismo o normalmente subimos. O subimos en cuanto a usuarios o subimos entonces el trabajo de fuera, de cada vez más demanda externa de formación. Más o menos los equipos se mantienen... (Equipo)

Porque es que trabajamos mañanas, tardes, fines de semana, no sé qué... entonces yo creo que a ese nivel sigue habiendo buena implicación pero sí que se hace muy estresante, ¿no? (Equipo)

A lo largo de esta trayectoria se han ido incorporando nuevos profesionales a Tarabidan sin que se viera afectada su eficacia y funcionamiento. Su eficacia se ha mantenido a lo largo de toda su existencia, ya que los resultados no experimentan variación a lo largo de los años.

Lo que si intentamos los equipos de la Fundación es mantener un equilibrio, entonces en los últimos años sí que ha habido cambios de personal, pero lo que se intenta es que sean paulatinos y que no modifiquen... o sea que el equipo sea capaz de absorber esos cambios ¿no? (Equipo)

Yo creo que entramos muy poquitos. Entonces ha habido unas incorporaciones paulatinas... Hemos tenido mucho respeto por el Centro a lo que es el equipo. Han ido integrándose personas, pero no... (Equipo)

Asimismo, gracias a esas incorporaciones dentro del Plan y de Tarabidan, conviven profesionales con distintos perfiles que aportan diferentes visiones.

Pero yo creo que es un potencial, estoy segura de que eso es un potencial, a veces no se aprovecha todo lo que se puede porque no hay espacio, pero eso desde las disciplinas distintas por ejemplo también es un potencial porque tienes gente que sabes que controla más determinados temas, entonces eso sabiéndolo no me parece que en ningún caso interfiera. Y yo, en el día a día, desde luego no noto que interfiera, sí que creo que he ampliado mis puntos de vista frente a una... (Equipo)

Por otra parte el equipo considera que si bien las condiciones económicas podrían mejorarse, éstas no son un impedimento para el desarrollo del programa.

Sí que cobro menos que en otros trabajos en los que he estado, obviamente, pero en este momento, a nivel personal me compensa tanto lo que estoy haciendo y lo que me enriquece el trabajo que ni me lo planteo. (Equipo)

La cantidad de trabajo que nosotros sacamos aquí, económicamente, por ejemplo, no está equilibrada o equiparada a como debería ser ¿no? Aquí en la asociación andamos muy mal de tiempo y ahí estás intentando que eso cambie ¿no? (Equipo)

Yo creo que trabajamos mucho. No conocemos el concepto de horas extras y trabajamos a veces sábados, domingos... Entonces pues no..., si lo puedes compensar ¿no?, pero claro, luego qué metes, ¿Tres horas de un domingo un martes? No es lo mismo, no es lo mismo que un domingo ¿no? (Equipo)

Pero yo creo que la gente está contenta dónde está, incluso en muchos casos el dinero no es lo más importante, porque si no, a lo mejor el personal se hubiera movido o se hubiera ido ya a otros lados ¿no? (Equipo)

Creen que su trabajo está reconocido y se distribuye de manera homogénea por todos los miembros del equipo, no existiendo un alto nivel de rotación, aunque sí se manifiesta que ésta se ha agudizado en los últimos años.

Ha habido un tiempo de mucha estabilidad pero, por ejemplo, ahora mismo el pluriempleo es algo que se está... en casi todos los tipos alguien está buscando cosas fuera... Se nos ha ido gente... últimamente, en los últimos años sí que está pasando. (Equipo)

Se señala que el aumento de la carga de trabajo se produce en determinadas épocas disminuyendo después.

Es que aquí se funciona como..., a ver, sí... es como un ciclo. ¿Me explico? O sea, tienes el verano que es muy tranquilo, luego empieza, después del Pilar, desde el 15 de octubre al 15 de diciembre es de vértigo, es decir, te empiezan a venir casos, sesiones en colegio, jornadas, cursos de monitores... un montón de trabajo. Luego tendríamos un periodo un poco de un mes, desde el 15 de diciembre hasta el 15 de enero, de "ten con ten". De 15 de enero hasta justo antes de Semana Santa otra vez zafarrancho, es decir, pues eso, mucha gente, muchos casos... Tendríamos un periodo de unas dos o tres semanas..., dos semanas, de Semana Santa y tal, con un poco de tranquilidad, para coger el final de curso. Yo qué sé, pues desde mitad de abril hasta finales de junio, principios de julio, desbordados otra vez. Luego tendríamos el verano otra vez, y es cíclico. (Equipo)

5.9. La sostenibilidad del Plan de Prevención

En términos generales vamos a considerar la sostenibilidad como el mantenimiento de los efectos positivos del programa.

En esta ocasión hay que realizar algunas consideraciones sobre el Plan de Prevención en su conjunto ya que los problemas de sostenibilidad que presenta están relacionados con la organización del equipo de trabajo, que es el mismo para los programas de prevención y para Tarabidan.

Tal y como se ha mencionado en el apartado referido a la eficiencia, el mayor handicap que presenta el Plan de Prevención es que según su organización actual, aumenta (¿indefinidamente?) la carga de tareas sobre el equipo. Lo que se pone en cuestión no es el modelo teórico que propone combinar prevención y atención, sino el modo en que se lleva a cabo.

... en ese sentido a mí si me parece acertada la fórmula (sobre la doble vertiente formación-atención del Plan), lo que pasa es que luego traducirlo en horas y en momentos de trabajo es complicadísimo, ¿no? pero bueno... (Entrevistas al equipo)

Desde ese punto de vista parece conveniente realizar una **revisión de los objetivos** que se pretenden conseguir y de la relación entre resultados y esfuerzo que conlleva. Esta revisión se ha ido realizando, en parte, espontáneamente a lo largo de todo el Plan, ya que durante la vida de este se han ido discriminando programas o acciones concentrándose en los cuatro programas formativos y el de atención, así como se ha ido sustituyendo el ámbito rural por el medio urbano. No obstante habría que completarla de forma explícita teniendo en cuenta todas las variables que entran en juego, como se verá en el capítulo de conclusiones.

Otras variables que influyen en la sostenibilidad de un proyecto es lo relativo a la simplicidad y claridad tanto del diseño como de la ejecución del mismo. Dicha protocolarización ayuda y orienta a los profesionales en su que hacer diario, reduce el riesgo de pérdida del conocimiento adquirido con el tiempo y facilita la incorporación de nuevos profesionales a los proyectos. Teniendo en cuenta que todos los programas evolucionan con el tiempo, y que la dinámica general es que la acción prime sobre la reflexión, no es de extrañar que una de las recomendaciones más presentes en los trabajos de evaluación sea la de animar a los equipos a escribir sobre su propio trabajo.

5.10. La sostenibilidad de la formación

Un aspecto destacado por los miembros del equipo en relación con la organización de la formación es su carácter cíclico probablemente influido por el curso escolar y el periodo de vacaciones.

Claro, en esos periodos de mucho trabajo, si tuviéramos más gente, se podría coger mucho más trabajo, porque hay veces que tienes que plantearle al colegio:

- Pues mira, por ejemplo, en octubre decir, mira, de aquí de octubre a diciembre es imposible ya el hacer algo. Vamos a planificarlo pues para febrero, para marzo.

Hay momentos de especial sobrecarga y momentos en los que no. ¿Cómo compensar eso? No lo sé, ni tan siquiera si es posible o si no lo es. O a lo mejor concentrando tales asuntos en tal y tal y tales en otro momento ¿no? (Entrevistas al equipo)

Por otra parte, la formación actual en cuanto al programa de centros y al de asociaciones implica no sólo impartir unas sesiones sino también una respuesta inmediata ante los problemas que las asociaciones o los centros puedan presentar. Esta inmediatez en la respuesta a situaciones puntuales agudiza el aumento de la carga de trabajo.

Si juntamos esa inmediatez con la especificidad de la formación, encontramos que una de las posibles soluciones de futuro es desarrollar un modelo de trabajo basado en la asesoría. Se trataría de definir muy bien los usuarios (clientes) y el sistema de selección de los mismos, para concentrar consultas y acciones que permitan rentabilizar los esfuerzos. Desde un **modelo de asesoría** cabría pensar en una racionalización y una reducción de la carga de trabajo que, además, le permitiría ubicarse en la red en un nivel superior de especialización acorde a su posición actual.

Al pasar de un tipo de **prevención universal** (primaria) a otras más **selectiva** (secundaria) e **indicada** (reducción de riesgos y daños), cambia no sólo el contenido de la misma sino también la selección de los usuarios y, por tanto, el papel de la demanda. En principio, todos pueden participar en la prevención universal por lo que, en la práctica, los factores que deciden dónde llevarla a cabo dependen muchas veces de la demanda y de la disponibilidad del equipo. En cambio, desde un modelo de asesoría hay que discriminar mucho más el tipo de demanda que se puede atender, los requisitos que se deben establecer, el tipo de usuario, etc. En definitiva, en nuestro caso, ofrece la oportunidad de redefinir y racionalizar el programa.

El modelo de asesoría influiría sobre la población, sobre el diseño, quizá sobre las redes y, si se establece un sistema adecuado, también sobre la acumulación de conocimiento que, de momento, se produce de manera informal (sin restarle importancia ya que hay cosas que sólo se aprenden así), como en Tarabidan.

5.11. La sostenibilidad de Tarabidan

En tanto se trata del mismo equipo humano, Tarabidan participa de los mismos problemas mencionados en los apartados anteriores pero, como programa de atención, posee sus propias características específicas.

Hasta ahora, Tarabidan viene haciendo frente al aumento de usuarios y a la modificación de la problemática no sólo de manera eficaz sino también de modo sostenido. En lo referente a la población atendida, el programa es sostenible dado que el porcentaje de reingresos es muy bajo.

Año	Reingresos	Totales	Porcentaje reingreso
1999	5	137	3,65
2000	9	60	15,00
2001	6	172	3,49
2002	9	199	4,52
2003	17	172	9,88
2004	17	198	8,59
2005	19	231	8,23

Evolución del número de usuarios y de reingresos de Tarabidan. Fuente: Memorias.

Como se puede observar en la tabla superior, el porcentaje de reingresos ha ido evolucionando paralelamente al de personas atendidas pero siempre se ha mantenido por debajo del 10%. Sobre el total de usuarios atendidos durante todo el periodo 1999-2005, el porcentaje total de reingresos es del 7%.

En los casos en que se producen reingresos, la mayoría de ellos acuden al centro tanto el joven como su familia.

5.12. La pertinencia del Plan de Prevención

La pertinencia se entiende aquí como la adecuación del Plan de Prevención de Drogodependencias a su contexto, necesidades y realidad social.

El Plan de Prevención surge de la constatación práctica de la aparición de un nuevo grupo de individuos con problemas de consumo de sustancias que por sus características no se ajustaban a los recursos tradicionales existentes en Aragón. La variable definitoria era la adolescencia, con consumos problemáticos, generalmente asociados a problemas y crisis adolescentes. La aparición de esta nueva problemática y la necesidad de atenderla llevó aparejada la idea de desarrollar una prevención adaptada a las características de este colectivo, así como una formación dirigida a profesionales y mediadores vinculados con los adolescentes: padres, profesores, educadores sociales, etc.

La experiencia y el lugar privilegiado de Proyecto Hombre posibilitan la visión de esta realidad social, ya que no existe ningún estudio específico de juventud y drogodependencias en Aragón, que podamos tomar como referente.

Yo sí que he notado ehhh... a nivel..., que el centro..., en su, en su trabajo pues que esta evolucionando en función de los propios, o sea, en función de los propios usuarios que le están llegando. (Grupo de discusión demandantes de formación)

La progresión tanto en el número de usuarios atendidos como en el número de personas que reciben formación corrobora la necesidad de esta iniciativa, tanto en su origen como en la actualidad en Zaragoza. Además, el Plan ha sabido adaptarse a las nuevas necesidades que han ido surgiendo en torno a los problemas adolescentes. Esta evolución ha hecho que abriera sus puertas a nuevas temáticas alejadas de las drogodependencias. De tal manera que, sin dejar de ser un recurso para drogodependencias, dé respuesta a una gran variedad de temáticas.

Pero yo creo que centralizar los problemas, en general, de la juventud, de la familia, de la adolescencia, de los conflictos... en... en un centro que quieras que no tiene un... un... un... un tinte o una tilde, o una marca de drogas... (Entrevista experto en drogodependencias)

Creo que antes estaba todo muy basado en el mundo de las drogas, consumo o antidrogas. Y yo creo que luego han hecho hincapié en muchas cosas, pero han tendido a generalizar, es decir, a la prevención, a la prevención en todas sus formas, venga lo que venga. Es decir, ya se pone como una preparación desde la infancia para... pues..., bueno, para saber como enfrentarse a cualquier situación. (Grupo de discusión demandantes de formación)

Este aspecto es valorado muy positivamente por todos los agentes relacionados con el Plan. De tal forma que las demandas en cuanto a temática formativa o de intervención, a veces, no tienen nada que ver con los problemas de consumo.

Yo creo, dentro de lo que es prevención, es el tema de los conflictos en las aulas. Yo creo que se debería establecer algún programa de prevención que, a nivel escolar, podría resultar interesante para este tipo de problemática. (Grupo de discusión profesionales vinculados)

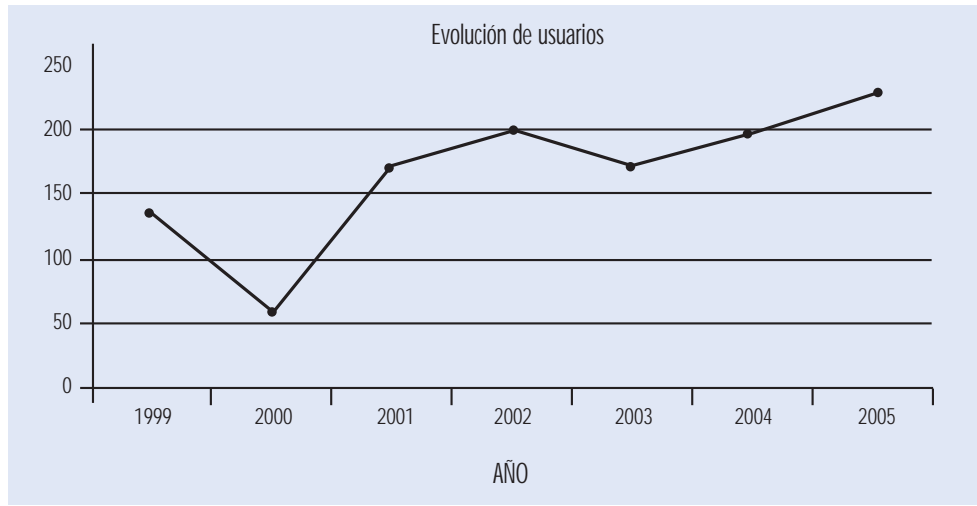
Los contenidos de las acciones formativas están muy bien valorados por los agentes vinculados a éstas, con una media de 9 sobre 10. La forma en que se abordan las temáticas también es valorada positivamente, en gran parte, gracias a su personalización.

5.13. La pertinencia de Tarabidan

La pertinencia se define como la adecuación del programa o servicio en todas sus dimensiones al contexto en el que está inmerso.

En este caso, el contexto lo representa la problemática juvenil en la provincia de Aragón.

La evolución del número de atendidos por el programa señala que éste es un recurso necesario y utilizado.



Evolución del número de usuarios a lo largo de la existencia de Tarabidan. Fuente: Memorias.

La mayoría de los entrevistados señalan que el recurso es necesario, ya que no existen recursos específicos para adolescentes, y los que podrían atenderles están masificados.

Cada vez está siendo más demandado porque a la vez que se ofrece, pues la gente lo va conociendo y lo va demandando, y si además nosotros tampoco somos capaces de crear otra alternativa pública totalmente en la que poder cubrir estas necesidades, pues es lógico y es normal que se produzca esta demanda ¿no?... (Entrevista experto en drogodependencias)

... en aspectos que nosotros no lleguemos, como pueden ser otros campos de prevención, pues como la acción... vamos, que no nos llegue, que no los toquemos técnicamente para no estar haciendo... solapando recursos. (Técnico ayuntamiento)

Entonces claro cuando me intentan decir: "oye, mira es que no, porque no consume tóxicos y no podemos cogértelo... Yo me agobio, porque es la salida que tenemos.

Y luego es que es más rápido. Comparando por ejemplo con el sistema del Ayuntamiento que está también hasta arriba, tú llamas al Ayuntamiento y te dan con un mes. Entonces es que van agobiados hasta arriba,

- Y aquí te dan ya (la cita)

- y más espaciado y de otra manera. Ahí por ejemplo está muy protocolizado y eso hace que las cosas se ralenticen y sea más difícil entrar... con todo lo bueno y lo malo que eso conlleva ¿no? (Grupo de discusión profesionales vinculados)

... pero creo que hay que utilizar o utilizamos los recursos municipales o el centro municipal que haya para drogodependientes ¿no?

- Nunca llamo al ayuntamiento porque no funciona, nunca. (Grupo de discusión demandantes de formación)

Además, el hecho de que no se ciñan exclusivamente a problemáticas de consumo de sustancias hace que se adapten a la evolución de la problemática adolescente.

El tema adolescentes es que entra todo, con lo cual... En ese sentido no dejan excluido a nadie.

Yo creo que en general es más una carencia del sistema público de salud más que de un problema de Tarabidan. Los adolescentes que llegan hoy por hoy son muchísimo más graves y bastante más complicados para llevar, y aquí al final los aceptan. (Grupo de discusión profesionales vinculados)

En ese campo yo creo que se han ido..., vamos, puesto que os han ido llegando casos con otras problemáticas, ya sean anorexias, bulimias, pastillas, ehh..., pastillas por supuesto, pero vamos también esta la otra adicción de, de... los... de los cacharros estos de los adultos. Adicciones al juego y tal. (Grupo de discusión demandantes de formación)

Pese a esa ampliación a nuevos usuarios, la eficacia del programa no varía, como demuestra el hecho de que el diagnóstico y el resultado de la intervención no están

relacionados estadísticamente, manteniéndose el porcentaje de éxito sea cual sea el problema diagnosticado y el momento del programa en el que se desarrolle esa intervención. Este hecho señala que es un recurso válido también para problemas diferentes al consumo de sustancias, lo cual indica que es lo suficientemente flexible para adecuarse a los cambios de la población sin perder eficacia.

Tanto el resultado positivo de Tarabidan, como las opiniones de los profesionales entrevistados vuelven a poner sobre la mesa la necesidad de disponer de recursos que atiendan desde una perspectiva integral los problemas que presentan los adolescentes.

5.14. La ubicación de Tarabidan

Puede definirse como la posición que ocupa el programa en la red de estructuras externas.

El modo en que un recurso se ubica dentro de la red va más allá de las derivaciones que se producen en una y en otra dirección, y tiene que ver con el grado de conocimiento del recurso, la difusión del mismo entre las familias que puedan necesitarlo y entre los profesionales que puedan derivar, sobre los que a su vez influyen la visibilidad, el prestigio, la accesibilidad, etc.

No obstante, los indicadores más objetivos de los que disponemos para evaluar la relación con la red de estructura externa son, por un lado, las “derivaciones” de ésta al programa Tarabidan y, por otro lado, las “derivaciones” de casos desde el programa hacia ellas. Además, las derivaciones son el resultado más directo del resto de circunstancias que configuran la ubicación.

Si observamos la tabla inferior, la principal fuente de información sobre el programa entre las personas que han acudido a Tarabidan ha sido los centros sanitarios (23%), seguida del conocimiento a través de familiares (22%). En la difusión a través de centros sanitarios influye poderosamente el programa de formación dirigido a los MIR que se realiza en las instalaciones del propio recurso. Un 12% de los casos ha recibido la información a través de los centros escolares muy vinculados con los programas de prevención escolar. La siguiente categoría es el Proyecto Hombre (11%) al que está vinculado el Plan de Prevención.

Cabe señalar el bajo porcentaje de conocimiento y derivaciones producidas a través de los servicios sociales (especializados o de base), que algunos de los profesionales participantes en el grupo de discusión de técnicos atribuyen a que dichos servicios realizan las derivaciones prioritariamente a centros públicos. Esto abre nuevas incógnitas, sobre todo si tenemos en cuenta que existe una demanda adolescente emergente no cubierta por los servicios públicos, tal y como lo afirman varios profesionales y responsables en apartados anteriores. En cualquier caso, el hecho nos lleva a preguntarnos por la integración del recurso en los planes municipales y autonómicos sobre servicios sociales, drogodependencias, salud mental, etc.

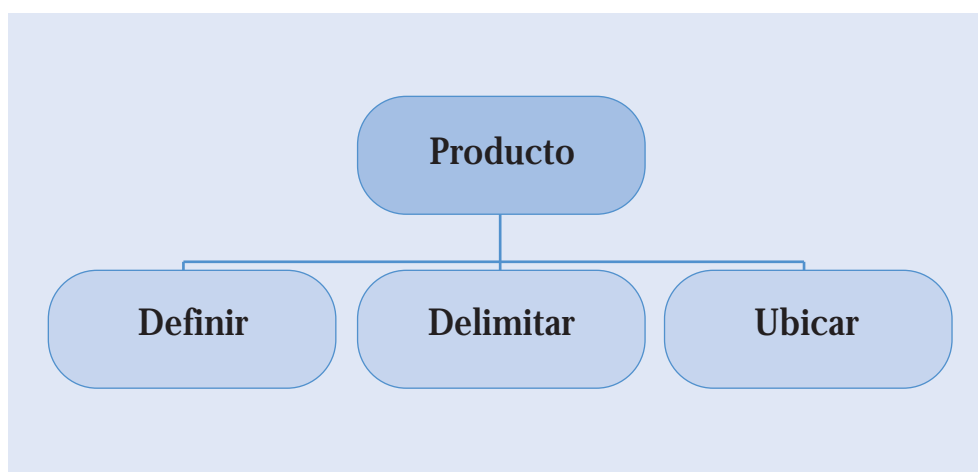
En cuanto a la derivación desde Tarabidan a otros recursos:

Resultados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Derivación	16	1,6	2,3	2,3
	Alta voluntaria	69	7,1	10,0	12,3
	Abandono	457	46,8	66,0	78,3
	Alta	150	15,4	21,7	100,0
	Total	692	70,9	100,0	
Perdidos	Sistema	284	29,1		
Total		976	100,0		

Como se puede observar en la tabla superior apenas se producen derivaciones a otros recursos. Las pocas que se producen son a centros de drogodependientes, terapias familiares, centros de salud mental y otro tipo de recursos.

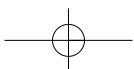
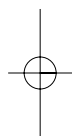
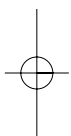
La escasa derivación por parte de Tarabidan a otros recursos de la red abre una interrogación sobre el nivel de atención que se desarrolla en el recurso, ya que, de tratarse de un centro de atención primaria, el número de derivaciones tendría que ser mayor. En cambio, la falta de derivaciones lo asemeja más a las prácticas de recursos finalistas. Esta posición puede estar influyendo en su ubicación en la red y en las relaciones que establece con el resto de estructuras.



Es cierto que el plan de Prevención no es quien determina las reglas de juego. La visión de conjunto, al menos en Zaragoza capital, corresponde al ayuntamiento y será con esta institución con la que deberá acordar el lugar del recurso dentro del conjunto de la red. Pero convendría que el equipo de Tarabida realizara una reflexión sobre cuál es el papel que desea jugar en el contexto actual (posición estratégica) y, clarificado este punto, estudiar los medios más adecuados para conseguirlo.

En cualquier caso, hay que reconocer que actualmente existe una falta de coordinación a nivel nacional sobre esta materia, tal y como lo recoge la Estrategia Nacional de Salud Mental Española de 2006, que señala entre sus causas dos que nos afectan muy directamente: la falta de desarrollo de políticas sobre salud mental infantil y juvenil, y la deficitaria integración de la red de drogodependencias en salud mental.

Tampoco hay que olvidar la falta de capacidad real de la administración local para coordinar todos los recursos relacionados con el bienestar social de población en su territorio (Ramírez de Arellano, 2002).



6. Conclusiones y recomendaciones de la evaluación

El diseño del Plan de Prevención

En relación con su diseño, se puede afirmar que el Plan de Prevención de CSZ constituye una iniciativa **innovadora** que ha evolucionado gracias a la demanda recibida y a la experiencia acumulada.

De entre las características del diseño se pueden destacar: la flexibilidad/adaptación, la ampliación del ámbito de actuación y la capacidad de innovación, muy relacionada con la capacidad de asumir riesgos.

La ampliación del ámbito de actuación desde las drogodependencias al más general de la salud mental de jóvenes y adolescentes puede considerarse el eje central de la evolución del diseño, ya que en cierto modo es consecuencia de las otras dos (adaptación a la demanda y capacidad de innovar). Esta ampliación de la temática no se ha producido sólo en Tarabidan sino también en los programas de formación, por demanda expresa de los profesionales y mediadores que asisten a ellos, lo que podría indicar cierta emergencia o una mayor visibilidad de este tipo de problemas en la sociedad zaragozana.

La presencia simultánea de esta problemática en ambos tipos de programas (preventivo y asistencial) ha permitido un continuo trasvase de información entre ellos así como compartir conocimiento sobre determinadas herramientas para su abordaje: técnicas para mejorar la autoestima, el autocontrol, la comunicación, las habilidades sociales, etc.

Puede hablarse de una auténtica sinergia entre los programas, ya que la experiencia adquirida en asistencia permite enfocar adecuadamente determinados problemas que comienzan a apuntar en sectores más amplios de población. A su vez, el trabajo preventivo con estos sectores permite contextualizar la asistencia corrigiendo su tendencia a tomar la parte por el todo (en el sentido de contemplar el funcionamiento normal desde la óptica del trastorno, en este caso, desde la psicopatología).

El punto flaco es la amenaza de sobrecarga de trabajo por la multiplicidad de funciones que deben asumir los profesionales.

RECOMENDACIONES:

En relación con los cambios acaecidos en los programas y en el modelo de organización, los responsables y los gestores del Plan de Prevención deberán reflexionar sobre: el producto, la organización (límites a la multifuncionalidad de los profesionales), las relaciones exteriores y la relación de todo ello con la sostenibilidad futura del Plan.

El diseño de Tarabidan

Algunas de las consecuencias de la evolución del diseño de Tarabidan han sido las siguientes: evolución desde lo sectorial (drogas) al ámbito más general de la salud mental y el bienestar de jóvenes y adolescentes, evolución desde lo educativo a lo terapéutico, profesionalización y especialización de los técnicos del programa, reformulación del papel de la familia (colaborar con la familia, no sustituirla), desplazamiento el centro de gravedad terapéutico desde el recurso hacia la familia y el joven a los que se consideran como auténticos protagonistas del cambio.

Este recorrido de lo sectorial (drogas) a la salud mental y el bienestar ha sido similar al que han seguido otros programas centrados en la intervención con jóvenes y adolescentes con una visión integral del individuo. Baste mencionar las experiencias dependientes de la Confederación (programa Hirusta, programa Norbera, Proyecto Joven Extremadura, Servicio de atención a jóvenes y adolescentes de Valencia) y del Proyecto Hombre (Programa "A tiempo") a través de sus veinte programas jóvenes de los que informa en lasdrogas.info en agosto 2007. También existen experiencias públicas que se inician a partir de un problema concreto sectorial (absentismo, conductas antisociales, consumos de drogas y alcohol, familias multi-problemáticas, menores en riesgo, etc.) cuyo abordaje eficaz exige la coordinación de recursos dependientes de diferentes sectores: servicios sociales, drogodependencias, salud mental, educación, juventud, etc., como el Programa Joven que el Ayuntamiento de Sevilla lleva a cabo en los centros de Día en colaboración con la Fundación Atenea, el Servicio de Orientación sobre Drogas del Ayuntamiento de Barcelona, el programa piloto de intervención con adolescentes en riesgo, puesto en marcha conjuntamente por los servicios sociales y de drogodependencias de la Diputación de Huelva o el servicio de atención a jóvenes consumidores de Baleares (lasdrogas.info enero, 2007).

RECOMENDACIONES:

Afinar el diagnóstico: Registrar de manera más específica la demanda y los diagnósticos no relacionados con drogodependencias, teniendo en cuenta los distintos sistemas clasificatorios que se emplean en salud mental, servicios sociales, drogodependencias, etc.

Reflexionar en equipo sobre las consecuencias de los cambios de estos años sobre el marco teórico, la metodología de la intervención y la filosofía del Plan. En este sen-

tido, hacer un esfuerzo por describir (poner por escrito) los aspectos técnicos y metodológicos del programa que están ofreciendo buenos resultados. Incluir la valoración sobre el trabajo en grupo.

Un caso particular relacionado con la formación de los profesionales, con la definición del servicio y con la metodología del mismo es el modelo teórico y técnico desde el que se parte para la atención a las familias.

Valorar la posibilidad de ampliar los perfiles profesionales, sobre todo en relación con el ámbito de la terapia y la mediación con familias.

Seguir fomentando la especialización de los profesionales. Entre otras posibilidades, sería interesante estimular la formación práctica en el "lenguaje", los criterios diagnósticos y los protocolos de derivación de los principales sistemas implicados (servicios sociales, salud mental y drogodependencias), a ser posible, facilitando la rotación por sus servicios, al igual que los MIR hacen en Tarabida.

El equipo de profesionales podría beneficiarse mucho de un trabajo de supervisión técnica continuado. Nos referimos a un tipo de supervisión clínica y de trabajo en equipo que les ayudara a pensar y recoger elementos valiosos de la práctica (no a la de tipo institucional que podría gestionarse desde otro nivel de la organización). Ese tipo de supervisión añade al valor de la formación, el de la cohesión y el manejo de un lenguaje común a partir del trabajo en equipo

El diseño de la formación

Algunas de las señas de identidad de los programas de formación tienen que ver con las características de la evolución de su diseño: retroalimentación, evolución de la temática y de los contenidos preventivos hacia la promoción de la salud mental, *autoestima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de coherencia (Estrategia Nacional sobre Salud Mental)*, evolución desde la prevención primaria (universal) a la secundaria o selectiva y desde la realización de cursos y charlas al asesoramiento.

Desglosados por ámbitos de intervención, encontramos lo siguiente:

En el ámbito educativo, el eslogan podría ser el siguiente: "De la charla al trabajo conjunto". Este enfoque aproxima su papel al de formador de formadores en materia de prevención, y asesor en aspectos técnicos y metodológicos concretos.

En el ámbito del asociacionismo: "Demanda a la carta", lo cual incluye el apoyo en casos concretos. También aquí el modelo se aproxima al asesoramiento personalizado.

En el ámbito de la formación de profesionales, el enfoque es el de la especialización, concentrándose en perfiles concretos de los ámbitos social y sanitario.

En el ámbito comunitario: "Buscar puntos de encuentro". Como no se puede abarcar un campo tan amplio como el que incluye a los municipios, se ha optado por

desarrollar actividades formativas, divulgativas y de encuentro (jornadas, seminarios, congresos) en torno a temáticas concretas.

RECOMENDACIONES:

Mantener viva la dinámica de la retroalimentación y concluir el proceso de especialización, secundarización y asesoría. Conservando el formato, contemplar la posibilidad de incorporar nuevos perfiles profesionales (y temáticas) a la formación: PIR, terapeutas y mediadores familiares, técnicos y promotores de programas y planes municipales. Nos referimos, tanto a incluirlos en los recursos cuando es posible, como en el caso de los MIR, como a la organización de seminarios o encuentros de diverso tipo.

La eficacia de Tarabidan

Se puede afirmar que Tarabidan es un recurso eficaz por los resultados de su actuación y por el grado de satisfacción expresado por sus usuarios: jóvenes, familiares y profesionales que derivan usuarios al programa.

También, refuerzan su eficacia aspectos tales como la satisfacción que muestran por su trabajo los profesionales del equipo, la colaboración establecida con los centros escolares, la relación de confianza que los miembros del equipo consiguen establecer con los usuarios, el grado de colaboración que se establece con las familias y haber sabido pasar de un modelo preventivo a otro asistencial.

Extrapolando los datos de otros recursos asistenciales no iguales, pero sí análogos, se puede afirmar que el rango en que se encuentran las cifras referidas a la asistencia es buena. No obstante, en este punto hay que hacer algunas precisiones:

El sistema de registro tal y como está establecido en la actualidad contempla la totalidad de servicios que ofrece Tarabidan como fases de un mismo programa y no como servicios que pueden ser utilizados independientemente unos de otros. Por ejemplo, los servicios de información (presencial y telefónico), orientación, valoración y derivación podrían computarse por separado, ya que con toda probabilidad habrá personas que sólo deseen servirse de algunos de ellos sin necesidad de realizar el programa terapéutico o reeducativo completo. De hacerse así las principales cifras referidas a la asistencia se modificarían considerablemente.

Tabla de contingencia Resultados – Duración del tratamiento

			Duración del tratamiento			Total
			Mínimo de 6 meses	De 6 a 12 meses	Más de 1 año	
Resultados	Derivación	Recuento	1	2	0	3
		% de duración del tratamiento	0,4	1,8	0,0	0,8
		Residuos corregidos	-1,0	1,5	-0,6	
	Alta voluntaria	Recuento	32	17	4	53
		% de duración del tratamiento	13,0	14,9	10,3	13,3
		Residuos corregidos	-0,2	0,6	-0,6	
	Abandono	Recuento	159	46	8	213
		% de duración del tratamiento	64,4	40,4	20,5	53,3
		Residuos corregidos	5,7	-3,3	-4,3	
	Alta	Recuento	55	49	27	131
		% de duración del tratamiento	22,3	43,0	69,2	32,8
		Residuos corregidos	-5,7	2,8	5,1	
Total		Recuento	247	114	39	400
		% de duración del tratamiento	100,0	100,0	100,0	100,0

Relación entre los resultados y la duración del tratamiento, para aquellos sujetos que han iniciado éste. Fuente: Expedientes.

Observamos que el número total de altas para aquellos que inician tratamiento es de un 33%.

Una prospección realizada a partir de los datos referidos exclusivamente al programa y excluidos los de las primeras “fases” (información, orientación, valoración, etc.) modifica sustancialmente las cifras recogidas originalmente de tal manera que el número de ALTAS pasa de 21,7% a 32,8%, el de ABANDONOS DE... 66% A 53,3%... En Norbera³, según su memoria de 2005, de los que inician tratamiento un 33,7% son altas. En el caso de Hirusta⁴, un 23% son alta terapéutica.

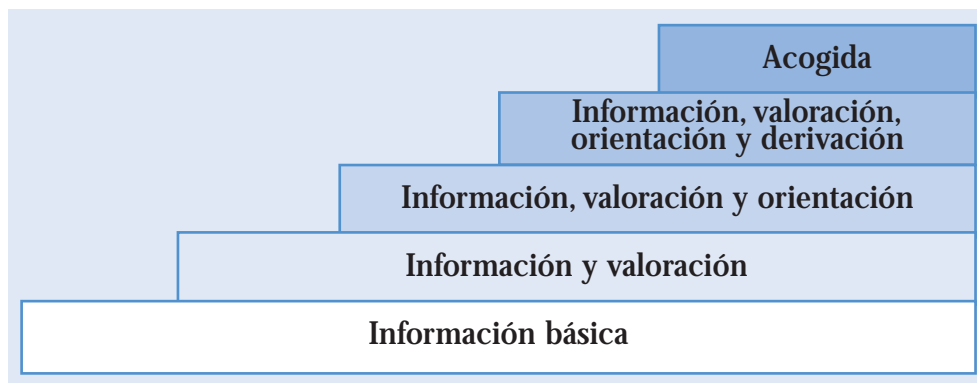
El concepto preciso de las actuaciones que se llevan a cabo en el programa así como su registro están vinculados a otros muchos aspectos del programa tales como: el propio sistema de registro, el catálogo de servicios, el diagnóstico, la indicación terapéutica, el contrato terapéutico, los objetivos intermedios y la libertad del usuario para comprometerse con unos determinados aspectos del programa y no con otros.

³ Norbera. Memoria del 2005. Programa de apoyo a adolescentes. Fundación IZAN.

⁴ Comas, Domingo “Adolescentes en Hirusta. Resultados de una evaluación” Fundación Gizakia. 2004.

RECOMENDACIONES:

Revisar el sistema de registro, teniendo en cuenta sus implicaciones en lo que se refiere a fases o servicios. En el siguiente gráfico se desglosan los diferentes servicios que se pueden ofrecer antes de comenzar propiamente con el programa que se iniciaría con la “acogida”. Cada uno de ellos debería disponer de sus propios objetivos y de su modo de registro.



Clasificación de servicios prestados antes de iniciar la intervención

A partir de la acogida en el programa también se puede desglosar una serie de fases y objetivos intermedios relacionados con el diagnóstico, la indicación terapéutica y el contrato terapéutico (con sus objetivos específicos) que, a su vez, dispongan de un sistema de registro adecuado.

Las modificaciones propuestas tienen implicaciones no sólo sobre el sistema de registro sino también sobre algunos de los elementos integrantes del programa. Para abordar eficazmente ambos aspectos, convendría profundizar en dos conceptos técnicos clave: **el circuito terapéutico y el catálogo de servicios**.

El catálogo de servicios debe ser capaz de ofrecer una visión completa del conjunto de servicios y actividades (productos) que ofrece el recurso en un lenguaje comprensible para el ciudadano medio. Su proceso de elaboración tiene un objetivo externo: dar a conocer el recurso, y uno interno: clarificar y ordenar los recursos propios. El catálogo de servicios puede estar dentro de otro más amplio que abarque el Plan de Prevención.

El circuito terapéutico es la descripción estandarizada de las fases, componentes, actividades, etc., del programa terapéutico. Ha de ser lo suficientemente flexible como para describir un proceso básico o tipo, y para dar cuenta de las diversas modalidades que puede adoptar al tratarse de un programa personalizado. A su vez, tiene que dar cabida a la opinión expresada por el usuario así como a su compromiso a participar en todo o en parte de las actividades (consentimiento informado).

Hay que diseñar un sistema de registro capaz de dar cuenta del proceso o de sus principales hitos. Por ejemplo, debe recoger la demanda inicial y el diagnóstico profesional (como ya hace el actual) pero conviene recoger también la indicación terapéutica y el contrato o acuerdo terapéutico. O sea, debe poder registrar elementos que dependen exclusivamente del/los usuario/s, otros que dependen del criterio profesional y otros, de la negociación entre ambos.

La eficacia de la formación

También se puede hablar de eficacia en las actividades formativas, ya que han incrementado su número a lo largo del tiempo, consolidando sus relaciones con los usuarios (clientes). Los participantes en las mismas han manifestado un alto grado de satisfacción. Concretamente, la media de satisfacción expresada es de notable alto (8,6).

Los beneficiarios destacan del equipo su buena disposición, su espíritu de servicio y su conocimiento de la realidad actual de la problemática adolescente. Flexibilidad, adaptabilidad y actualización de conocimientos son los elementos que se mencionan con mayor frecuencia.

RECOMENDACIONES:

Mantener los valores positivos de actualización, flexibilidad y adaptación a la demanda, pero aceptando un principio de autolimitación que haga sostenible los programas en el futuro. Para acometer la reordenación de los "productos" disponibles podría procederse, como en el caso de Tarabidan, a la elaboración de una carta de servicios que definiera y delimitara: los programas y módulos formativos, los servicios (asesoría), las actividades (congresos, jornadas, seminarios), etc.

La cobertura de Tarabidan

El origen del programa Tarabidan es la necesidad de disponer de un recurso capaz de atender a un grupo de jóvenes que, por su edad y sus patrones de consumo, no se adecuaban a los recursos de drogodependientes existentes hasta ese momento.

A la luz de los datos disponibles, comprobamos que a Tarabidan acuden mayoritariamente chicos adolescentes, en torno a los 15-17 años residentes en Zaragoza, de nacionalidad española, que viven en familias nucleares, sin muchos hermanos, que acuden al recurso previa petición de los padres por haber detectado problemas con el consumo de sustancias que actúa como desencadenante de la demanda en un 71% de los casos, pero cuyo diagnóstico posterior descubre un 46% de otros tipos de problemas. Con un clima familiar que califican de bueno o aceptable aunque en ocasiones con una convivencia deteriorada. Con 30% de separaciones conyugales y un 18% de tratamiento psiquiátrico. Satisfechos con sus relaciones sociales, estudiantes en colegios públicos o concertados con problemas con los estudios.

RECOMENDACIONES:

Afinar el diagnóstico de las problemáticas no relacionadas con drogas y su intensidad.

Revisar la poca presencia de jóvenes procedentes de sectores menos favorecidos y relacionados con la inmigración, y poner en relación este hecho con la escasa coordinación existente entre el recurso y los Servicios Sociales.

Reflexionar sobre el hecho de que la mayoría de los usuarios procedan de centros públicos y concertados, mientras que la labor formativa se concentra bastante en centros concertados religiosos.

Año	Religiosos	Laicos
2005	17	3
2004	25	4
2003	16	9
2002	16	6
2001	16	0
2000	10	3
1999	10	2

Evolución de la tipología de centros con los que se desarrolla el programa escolar. Fuente: Memorias.

Disponer de un perfil bien definido y de una clara tendencia en lo que a cobertura se refiere, a la hora de coordinar y negociar con otras entidades.

La cobertura de la formación

Desde el punto de vista geográfico, la tendencia de la cobertura en prevención ha sido la de ir concentrando las acciones en la provincia de Zaragoza y en el medio urbano por encima del rural, principalmente por motivos de sostenibilidad.

Desde el punto de vista del modelo, la tendencia ha sido la de profundizar en las relaciones con los clientes/usuarios, cierta selección "natural" de los mismos, oferta de un tipo de formación que podríamos denominar como "a la carta", y de un tipo de asesoramiento muy personalizado. O sea, se observa una tendencia más intensiva, más cualitativa, en detrimento de un aumento indefinido del número de usuarios/clientes habituales.

Analizando la evolución de la cobertura por ámbitos de actuación, encontramos las siguientes tendencias:

En el ámbito escolar: Trabajo más intenso con profesores y padres, y menos directamente con alumnos. Más concentración en la capital, en colegios privados, religiosos y urbanos.

En el ámbito de los profesionales la tendencia ha sido la de trabajar más con sanitarios, profesores y profesionales de lo social, a establecer relaciones más estables e incluso al establecimiento de convenios como el firmado con las rondas MIR, el convenio de colaboración entre la asociación provincial de centros de enseñanza o la extensa colaboración con el CPR.

En el ámbito asociativo, la tendencia ha sido a trabajar con entidades que agrupan asociaciones como el Consejo de Juventud de Zaragoza, la Federación de Escuelas de Tiempo Libre o la Federación Abanico.

En el ámbito comunitario, se han realizado actividades muy diversas. También aquí la tendencia es a trabajar con profesionales y mediadores, en vez de con los propios chavales.

RECOMENDACIONES:

Reflexionar y redefinir el campo al que se desea llegar, para no trabajar exclusivamente a demanda.

Tener en cuenta las recomendaciones del apartado sobre Diseño Formación.

La eficiencia del Plan de Prevención

El Plan de Prevención es eficiente, ya que el número de beneficiarios y actuaciones del mismo crece cada año, sin aumentar proporcionalmente el número de profesionales.

El riesgo, ya mencionado en otros apartados, es el de sobrecarga por falta de límites. El equipo realiza, entre otras, tareas de atención, de prevención/formación, y de gestión técnica y administrativa diarias.

RECOMENDACIONES:

Revisar la organización del equipo en su pluralidad de tareas técnicas, de gestión, administrativas y otras.

Poner límites. Definir y delimitar cuál es nuestro producto, cuáles son nuestras acciones y, como se verá más adelante, cuál es nuestra ubicación en la red. Todo ello tiene que ver con las recomendaciones realizadas en "eficacia": carta de servicios, repasar el circuito terapéutico y adaptar el sistema de registro.

La eficiencia de Tarabidan

La evolución del número de usuarios atendidos en el programa y del número de profesionales muestra que Tarabidan es un programa eficiente.

Se señala que el aumento de la carga de trabajo se produce en determinadas épocas del año.

Tarabidan mantiene su eficacia a pesar del cambio de perfiles de los usuarios, de la introducción de otros profesionales y del aumento del número de usuarios.

Las recomendaciones son las mismas que en el apartado anterior ya que se refieren al equipo profesional.

La sostenibilidad Plan de Prevención

Entendiendo la sostenibilidad como el mantenimiento de los efectos positivos del programa, el mayor riesgo tiene que ver con la organización del trabajo del equipo y la dificultad para autolimitarse a la hora de asumir nuevas tareas.

RECOMENDACIONES:

Desde ese punto de vista, parece conveniente realizar una revisión de los objetivos que se pretenden conseguir y de la relación entre resultados y esfuerzo que conlleva.

El Plan de Prevención aumentará su sostenibilidad si:

- a) Desarrolla un sistema para acumular el conocimiento de manera formal (por escrito).
- b) Consolida su red de relaciones con estructuras externas, corrigiendo algunos déficits (servicios sociales) y seleccionando las fundamentales.
- c) Simplifica lo más posible el diseño y la ejecución.
- d) Define lo más precisamente posible la población objeto de atención.

La sostenibilidad de la formación

Algunas de las dificultades de la gestión de la formación tienen que ver con la acumulación de trabajo en determinadas épocas del año y en algunas demandas de tipo "urgente".

RECOMENDACIONES:

Debería aprovecharse el desarrollo del modelo de asesoría en prevención secundaria (selectiva) para racionalizar el objeto de intervención. Ha de seguir los mismos parámetros señalados más arriba: delimitar la población, delimitar y consolidar las redes,

simplificar de diseño y ejecución e idear un sistema para acumular formalmente el conocimiento adquirido.

La sostenibilidad de Tarabidan

Hasta ahora, Tarabidan ha hecho frente al aumento de usuarios y a la modificación de la problemática no sólo de manera eficaz sino también de modo sostenible. En lo referente a la población atendida el programa es sostenible dado que el porcentaje de reingresos es muy bajo.

RECOMENDACIONES:

La simplicidad del diseño y la ejecución, así como la acumulación formal de conocimientos podrían mejorar atendiendo a la sugerencia sobre “la necesidad de escribir”.

Para la reorganización de Tarabidan en forma de servicios y no sólo como fases (lo que simplificará la definición del diseño) y la revisión del circuito, consultar “Recomendaciones Eficacia”.

Consolidar la red de recursos con los que se colabora, corrigiendo cierto déficit y estudiar el fenómeno de la baja tasa de derivaciones desde el recurso al resto de la red.

La pertinencia del Plan de Prevención

La progresión tanto en el número de usuarios atendidos como en el número de personas que reciben formación corrobora la necesidad de esta iniciativa en el ámbito geográfico de Zaragoza, o lo que es lo mismo, justifica plenamente su pertinencia, entendida como la *adecuación del Plan de Prevención a su contexto, necesidades y realidad social*.

Teniendo en cuenta que el concepto de pertinencia hace referencia tanto a características propias de los programas como al contexto en el que está inmerso habrá que tener en cuenta ambos aspectos a la hora de establecer conclusiones y recomendaciones.

Desde el punto de vista (interno) de las características propias del Plan, las mejor valoradas son las ya mencionadas de flexibilidad, accesibilidad, adaptación, ámbito de actuación y capacidad de innovación.

Concretamente, en materia de prevención los contenidos de las acciones formativas están muy bien valorados por los agentes vinculados a ellas con una media de 9 sobre 10. También la forma en que se abordan las temáticas es valorada positivamente, en gran parte gracias a su personalización.

En lo que respecta al programa de atención, las valoraciones positivas de Tarabidan son de notable alto tanto en lo referente a la forma como al fondo del programa, como se ha descrito en su apartado correspondiente. Además, en su caso, pese a la

ampliación a nuevos usuarios la eficacia de Tarabidan no varía, como demuestra el hecho de que el diagnóstico y el resultado de la intervención no están relacionados estadísticamente. Este hecho señala que es un recurso válido también para problemas diferentes al consumo de sustancias, lo cual indica que es lo suficientemente flexible para adecuarse a los cambios de la población sin perder eficacia.

Desde el punto de vista (externo) del contexto en el que se ubica el Plan de Prevención también merece la pena realizar algunas consideraciones:

La primera constatación es que la mayoría de los entrevistados señalan que el programa Tarabidan es necesario, ya que no existen recursos específicos para adolescentes, y los que podrían atenderles están masificados.

La segunda es que en la última década se ha producido un cambio en el perfil de consumidores de drogas en nuestro país; un cambio que ha afectado a la edad de inicio de consumo, a las sustancias, al modo de consumo y también a la reducción de la edad en la que se solicita ayuda por primera vez (sea tratamiento o asesoramiento) en los centros específicos de tratamiento. A pesar del esfuerzo realizado por muchos centros, se ha ido configurando un grupo de jóvenes y adolescentes que, manteniendo relaciones de riesgo con algunas sustancias o adopten conductas adictivas, están teniendo dificultades para encajar en los centros de tratamiento convencionales. Hay que tener en cuenta que muchos de ellos no son adictos y que suelen presentar otros problemas de tipo psicosocial, familiar o incluso psicopatológico, tanto o más graves que los relacionados con el consumo.

Por otra parte, la Estrategia sobre Salud Mental del Servicio Nacional de Salud, el Plan Autonómico sobre Salud Mental de Aragón y su Programa sobre Salud Mental Infantil y Juvenil reconocen la creciente emergencia de problemas y trastornos relacionados con la salud mental de niños y adolescentes. También reconocen las deficiencias actuales para medir el fenómeno, tanto en lo relativo a estudios epidemiológicos rigurosos como a la declaración y registro de este tipo de trastornos y enfermedades. Al margen de los datos bien documentados sobre drogodependencias, suicidios y algunos trastornos que se atienden en hospitales, casi todos los demás datos disponibles se basan en estimaciones y proyecciones. El único estudio europeo longitudinal sobre salud mental infantil y juvenil (Collishaw, 2004) habla de un aumento considerable de trastornos de conducta y también, aunque algo menor, de trastornos de la afectividad.

Como dijimos en el primer capítulo, sería deseable contar con los datos procedentes de la atención privada de psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, etc., así como con los procedentes de las mutuas y seguros que ofrecen estos servicios. También convendría realizar estudios de los itinerarios que siguen las familias con estos problemas (al estilo de los que se han realizado en drogodependencias), para hacernos una idea cabal de la dimensión del problema.

En definitiva, es difícil saber si nos encontramos ante la punta de un iceberg o no, sobre todo por la falta de estudios al respecto. Pero, en cualquier caso, habrá que poner las bases racionales de las actuaciones presentes y futuras, habrá que medir el fenómeno,

comprobar su gravedad, evaluar la capacidad actual de respuesta de que se dispone y organizarla de la forma más eficiente posible. Afortunadamente, no todo son problemas en ese ámbito, también contamos con experiencia y profesionales cualificados.

Una parte de los chavales que sufren estos problemas son usuarios de programas dirigidos a jóvenes por entidades como el Centro de Solidaridad de Zaragoza. Generalmente se trata de jóvenes que padecen algunos de estos trastornos pero que no han llegado a desarrollar una patología suficientemente severa (adicción, anorexia o trastorno de la personalidad graves) para ser atendidos en los servicios especializados. Hablamos de una parte de ese conjunto de jóvenes, porque la otra, sencillamente, no es atendida en ningún recurso, a la espera de que sus problemas se resuelvan por sí solos o de que se agraven decantándose por algún servicio especializado.

En la actualidad, se puede hablar de cierto divorcio entre la realidad social y la realidad administrativa, no tanto en lo que se refiere al reconocimiento del problema como a su atención. Si se piensa abrir el debate de las prestaciones que deben garantizarse desde el Sistema Nacional de Salud, convendría tener muy en cuenta el déficit asistencial que en materia de salud mental venimos arrastrando y particularmente en salud mental infanto/juvenil (incluyendo, por supuesto el abuso de sustancias tóxicas).

Disponemos de un buen sistema de recogida de datos sobre consumo de drogas que informa pública y periódicamente sobre su evolución. En salud mental infantil y juvenil, el sistema de información es más deficiente, pero los diversos planes nacional y autonómicos reconocen su importancia. El problema reside más bien en determinar qué recursos deben intervenir y qué estructuras deben planificar y coordinar la acción. La problemática que estamos describiendo se produce en un espacio de intersección de varios sistemas de atención: servicios sociales, drogodependencias, salud mental, educación, juventud. Cuando en ese espacio no se establece un sistema de coordinación, se convierte en "tierra de nadie".

Resumiendo, tanto los resultados positivos de Tarabidan como las opiniones de los profesionales entrevistados vuelven a poner sobre la mesa la necesidad de disponer de recursos que atiendan desde una perspectiva integral los problemas que presentan los adolescentes.

RECOMENDACIONES:

El desarrollo de un modelo de asesoría/formación personalizada (selectiva y secundaria) que complemente la prevención la de carácter más primario y universal ofrecida por el ayuntamiento podría aumentar su pertinencia.

Reivindicar (vender) la pertinencia del programa Tarabidan y su necesidad en Zaragoza. Liderar el debate sobre los problemas emergentes de jóvenes y adolescentes y de la necesidad de ofrecer respuestas.

La ubicación de Tarabidan

Tarabidan ocupa una buena posición en una parte de la red de estructuras externas, siendo más eficaz en la recepción de derivaciones que en la realización de las mismas hacia los recursos de la red.

La descripción de las entidades que derivan usuarios a Tarabidan dibujan el mapa de sus relaciones externas poniendo de manifiesto sus puntos fuertes (servicios sanitarios, familias, centros escolares, proyecto hombre...) y sus puntos débiles (particularmente servicios sociales).

RECOMENDACIONES:

La falta de derivaciones desde el programa hacia la red general o especializada debe ser objeto de reflexión, ya que no concuerda con un recurso de atención primaria tal y como ha sido definido.

Siendo cierto que a quien corresponde ordenar, racionalizar y facilitar la coordinación de los recursos en la ciudad de Zaragoza es al Plan Municipal de Drogodependencias, por lo que la ubicación del programa no depende exclusivamente de Tarabidan, también lo es que a su equipo le corresponde realizar un trabajo interno de reflexión sobre cuál es el papel que desea jugar en el contexto actual (posición estratégica) y, clarificado este punto, estudiar los medios más adecuados para conseguirlo.

La ubicación de la formación

Los programas de formación poseen una buena red de contactos, una posición de prestigio y una buena valoración con sus interlocutores habituales.

Aunque en su caso la tendencia parece muy marcada con relación a la prevención secundaria o selectiva, el modelo de asesoría, y a la formación específica, también tiene que buscar su encaje en el contexto local a través del diálogo con el PMD y otras instituciones implicadas.

RECOMENDACIONES:

Trabajar con el Plan Municipal de Drogodependencias (y otras instituciones implicadas: menores, salud mental, servicios sociales, juventud) para coordinar adecuadamente los recursos, estrechar la colaboración y aprovechar las sinergias.