



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Máster Universitario de Psicopedagogía

**INTERVENCIÓN COMUNITARIA PREVENTIVA CON
MENORES EN RIESGO DE EXCLUSIÓN
PROGRAMA INCOMEX**

Autoría: **Noelia Izquierdo García**

Tutoría: **María Teresa Crespo Sierra**

Año 2014

RESUMEN

El trabajo que presento a continuación recoge la propuesta de un proyecto de intervención (Programa Incomex) destinado a adolescentes en riesgo de exclusión ubicado en el ámbito de la Prevención de las drogodependencias y la correspondiente fundamentación que lo sustenta. En el desarrollo del mismo el principal foco de interés es el tratamiento y el entrenamiento en competencias y habilidades para la vida desde un enfoque optimista y basado en la promoción de resiliencia debido a la necesidad e importancia de reforzar y desarrollar los puntos fuertes de la persona como factor de protección que permita adoptar una visión crítica para hacer frente con éxito a las diversas situaciones adversas que se presenten en el día a día. Y dado que son múltiples los factores de riesgo que pueden dañar y afectar a la salud y el bienestar de la persona, lo que se pretende es prevenir el desencadenamiento de conductas asociadas al consumo de drogas que alteren el desarrollo integral de la persona durante la adolescencia. En este sentido, la labor preventiva ocupa un lugar esencial.

Palabras clave: Adolescencia; Exclusión social; Prevención en drogodependencia; propuesta de intervención; Resiliencia y Psicología positiva.

ABSTRACT

The work that I present next gathers the proposal of a project of intervention (Program Incomex) destined for adolescents in risk of exclusion located in the ambience of the Prevention of drug addiction and the corresponding foundation that sustains it. In the development of the same one the principal focus of interest is the treatment and the training in competences and skills for the life from an approach optimistic and based on the promotion of resilience due to the need and importance of reinforcing and of developing the strong points of the person as protection factor who allows to adopt a critical vision to face successfully to the diverse adverse situations that appear in every day. And since there are multiple the risk factors which can damage and affect to the health and the well-being of the person, which is claimed is to prepare the unleashing of conducts associated with the drug use that alter the integral development of the person during the adolescence. In this sense, the preventive work occupies an essential place.

Key words: Adolescence; social Exclusion; Prevention in drug addiction; proposal of intervention; Resilience and positive Psychology.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	3
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. JUSTIFICACIÓN.....	7-9
2.1 Relevancia del tema	7
2.2 Relación con las competencias del Título.....	8
3. OBJETIVOS.....	10
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	11-38
4.1 La adolescencia.....	11
4.1.1 El consumo de drogas en adolescentes.....	13
4.2 Población en riesgo de exclusión social.....	15
4.3 La prevención en drogodependencia.....	21
4.3.1 Conceptualización.....	21
4.3.2 Prevención selectiva.....	22
4.3.3 Factores de riesgo y Factores de protección.....	24
4.3.4 Modelos preventivos en los que se apoya el programa.....	28
4.4 Resiliencia como factor de protección.....	29
4.5 Psicología positiva como metodología aplicada.....	34
4.5.1 La producción artística: proceso promovedor de un desarrollo positivo.....	38
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	40-59
5.1 Justificación.....	40
5.2 Breve descripción del programa.....	41
5.3 Ámbito territorial de aplicación.....	42
5.4 Destinatarios.....	43
5.5 Objetivos.....	45
5.5.1 Objetivos generales.....	46
5.5.2 Objetivos específicos.....	46

5.6	Contenidos.....	47
5.7	Metodología.....	49
5.7.1	Principios y elementos metodológicos.....	49
5.7.2	Funciones del técnico responsable.....	51
5.8	Temporalización.....	52
5.9	Actividades.....	53
5.10	Recursos humanos y materiales.....	55
5.11	Evaluación.....	56
5.11.1	Mecanismos de evaluación.....	58
5.12	Propuestas de mejora.....	59
6.	CONCLUSIONES.....	61-62
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63-67
	ANEXOS.....	68-76

1. INTRODUCCIÓN

“Tan frágil y enredado como un hilo de seda formando un ovillo sobre el que tornan una vuelta, y otra y otra y otra, ensimismado en un bucle con una única dirección.

Atravesado por diferentes agujas mórbidas que lo enhebran y rodeado por más ovillos que lo acompañan y giran en la misma órbita de monotonía constante.

Y siempre igual, y siempre atrapado en ese intrépido laberinto.

Así, hasta que se hace el día que a su lecho llegan unas manos ingeniosas que se entrometen en el camino, sujetan el hilo y bajo el oscuro enhebre que lo enreda intentan voltearlo hacia una nueva dirección, libre de nudos y emergido en un nueva onda de creatividad en la que reluzcan las formas y los colores”.

Elaboración propia



Ilustración Oleksandr Melnyk

2. JUSTIFICACIÓN

2.1 RELEVANCIA DEL TEMA

La justificación de la temática que he seleccionado reside en el interés y el gusto personal que tengo hacia la misma, siendo la psicología y todo lo relacionado con ella un tema que desde siempre me ha resultado atrayente y me ha llamado mucho la atención. Por otro lado, la razón principal de mi decisión sobre orientar esta rama en consonancia con la prevención en drogodependencias se debe a la sensibilización y el impacto que ha creado en mí la experiencia que he desarrollado durante las prácticas del máster.

Debido a este motivo, el proyecto que propongo a continuación no surge sólo como una simple propuesta con vistas a que sea puesta en marcha y punto final, sino que intento ir más allá incidiendo con él en aspectos a los que hoy en día se les resta mucha importancia y en cambio considero que son temas que deberían de resultarnos alarmantes y sobre los que deberíamos de actuar cuanto antes mejor.

Entiendo que habría sido conveniente llevar a cabo una investigación y trabajo aplicado pero la imposibilidad, debido a la falta de recursos y de tiempo, ha hecho que centre mi trabajo en una propuesta de intervención.

En definitiva, mi punto partida para la elaboración de este programa surge de:

1. La vocación por el tema.
2. La carencia de proyectos de esta índole de carácter preventivo.
3. La importancia de intervenir con la persona desde todos los ámbitos posibles, siendo el ámbito comunitario igual de importante que el resto.
4. La necesidad de concienciar sobre cuál es la realidad social que nos rodea en cuánto a la temática del consumo de drogas en adolescentes y la respectiva necesidad de hacer algo por afrontar esta situación.
5. La inquietud de progresar y dar un pequeño salto de los métodos de trabajo tradicionales hacia otros métodos más innovadores que adopten otra perspectiva más optimista, apreciativa y proactiva.

2.2 RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO

Al finalizar los estudios del Título del Máster Universitario en Psicopedagogía se han de alcanzar una serie de competencias generales. Algunas de ellas guardan mayor relación con mi propuesta de trabajo que otras, debido a que son diversas las competencias recogidas y por lo tanto, no se desarrollan todas por igual. Por ello, expongo en la siguiente tabla la síntesis del grado de relación que sigue cada una con respecto al presente trabajo.

COMPETENCIAS GENERALES	GRADO DE RELACIÓN
1. Resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos de forma autónoma y creativa y en contextos más amplios o multidisciplinares.	<u>BASTANTE</u> : la dinámica en la que me centro se extiende a ámbitos nuevos para mí (intervención comunitaria con adolescentes en riesgo de exclusión), lo cual ha requerido poner de mi parte para ingeniar una forma de resolución adecuada al contexto y a las características de los destinatarios.
2. Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta.	<u>MUCHO</u> : para dar una respuesta coherente y adaptada he requerido de información actualizada y documentación sólida sobre la que reflexionar y apoyar cada decisión tomada.
3. Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.	<u>POCO</u> : No se ha visto cumplida al no haber tenido la oportunidad de presentar en público dicha propuesta. Espero que pueda ser alcanzada durante la defensa de la misma y en un futuro próximo.
4. Tomar conciencia de las creencias y estereotipos sobre la propia cultura y las otras culturas o grupos y de las implicaciones sobre su actuación profesional y potenciar el respeto de las diferencias individuales y sociales.	<u>MUCHO</u> : Es un requisito primordial partir de esta premisa puesto que mi actuación va dirigida principalmente a personas pertenecientes a otra cultura, por lo que no ha sido necesario, sino obligatorio, desarrollar esta competencia.

<p>5. Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.</p>	<p><u>MUCHO</u>: Por mi parte existe un elevado compromiso ético mediante la aplicación de valores éticos que garanticen la igualdad y el bienestar absoluto en mi desempeño profesional.</p>
<p>6. Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional.</p>	<p><u>POCO</u>: No ha supuesto una renovación sino que he seguido un uso habitual de las TIC en la misma línea que siempre. Únicamente el apoyo en ellas como recurso para investigar y poder elaborar el Proyecto.</p>
<p>7. Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.</p>	<p><u>BASTANTE</u>: Considero que para lograr un buen desarrollo, ser competente a nivel profesional y poder progresar se necesita adoptar una capacidad de autocrítica que en mi caso sí ha sido tomada en cuenta en todo momento así como expresar al máximo las habilidades, cosa que también he cumplido.</p>

Tabla 1. Relación del TFM con las competencias del Máster.

3. OBJETIVOS

La finalidad última que pretendo conseguir es dar un paso hacia adelante en la mejora de la calidad de vida de los jóvenes menores en riesgo de exclusión social y concienciar sobre la necesidad de fomentar la introducción de nuevos programas centrados en esta índole debido a la carencia de los mismos en el municipio en el que se propone (Medina del Campo).

Al igual que en todo trabajo, para guiar todo el proceso explícito en la propuesta del proyecto presentado es primordial establecer una serie de objetivos.

Estos se concretan en:

- ✚ Reflexionar sobre cómo afrontar la prevención en drogodependencias a través de la Psicología positiva y la promoción de resiliencia.

- ✚ Diseñar, ofrecer y plantear el desarrollo de una propuesta alternativa de trabajo mediante un plan de intervención comunitaria para adolescentes en riesgo de exclusión del municipio de Medina del Campo desde una perspectiva positivista.

- ✚ Contribuir en la mejora de la calidad de vida de algunas personas en riesgo de exclusión potenciando la adquisición de habilidades y competencias que prevengan el consumo de drogas o al menos retrasen la edad de inicio respecto al mismo.

- ✚ Concienciar a la sociedad en general sobre la importancia de incidir e intervenir en todos los niveles y áreas de la vida del adolescente como factor de protección que promueva su bienestar y un desarrollo integral del mismo.

- ✚ Modificar las condiciones del entorno socio-cultural proporcionando alternativas de vida saludables.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1 LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una de las etapas más importantes en la vida de una persona. Es el periodo de transición de la infancia a la vida adulta en el que la persona desarrolla su madurez sexual y establece su identidad como individuo que piensa por su cuenta, que tiene sus propias ideas y que quiere ser él mismo. En términos más amplios, si nos ceñimos a la definición expresa por Pineda y Aliño (2002) vemos que:

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones pero esencialmente positivas. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (p.16).

Es importante resaltar algunos aspectos sobre la misma:

1. Es subjetiva y particular, ya que cada adolescente la vive de una manera diferente. Zazzo (1972) afirma: “*La adolescencia verdadera no existe y no se puede observar más que en su medio*” (citado por Melendro, 2010, p.7). Esto lo que viene a decirnos es que el resultado de la manera de ser de cada adolescente está directamente relacionado en función del medio social en el que se mueve y de su interacción con él. También interfieren otras variables relativas al crecimiento físico.
2. Además de transitoria, se caracteriza por ser una etapa cambiante y dinámica que se enmarca dentro de un determinado marco histórico y social. En este proceso se suceden etapas, acontecimientos y circunstancias, algunas de las cuales serán enriquecedoras y estabilizadoras y otras problemáticas.
3. Es una transición llena de incertidumbres y de ambigüedades en la que la persona sufre una serie de cambios que van a ser decisivos para su vida en el futuro. En ella se van pautando y fijando determinados valores, actitudes, intereses y comportamientos adultos originando un desarrollo físico, emocional y

comportamental con el que los sujetos van a buscar definir su propia identidad personal.

El período conlleva un desarrollo madurativo en el que los nuevos cambios que el adolescente experimenta trascienden su ámbito de crecimiento. Hasta entonces es habitual que el desarrollo tenga lugar en el seno familiar, en dónde se originan los procesos de socialización de modo que el niño aprende e interioriza unos patrones socioculturales que integra en la estructura de su personalidad.

Pero a medida que el individuo crece se ve influenciado por agentes sociales significativos y empieza a moverse por otros ámbitos y espacios diferentes como son la comunidad y los espacios de ocio, entre otros. Para dar lugar a una actuación más efectiva no debemos olvidar intervenir sobre todos ellos ya que se vuelven más relevantes y vulnerables en esta etapa. Pues en numerosas ocasiones, gran parte de las dificultades y conflictos con los que se encuentren en este proceso van a ser expresados en términos sociales, lo que viene a traducirse en conductas problemáticas a nivel social. Esto se puede ver reflejado en la *teoría de la conducta problema* propuesta por Jessor y Jessor en el año 1991. (En Becoña, 2002).

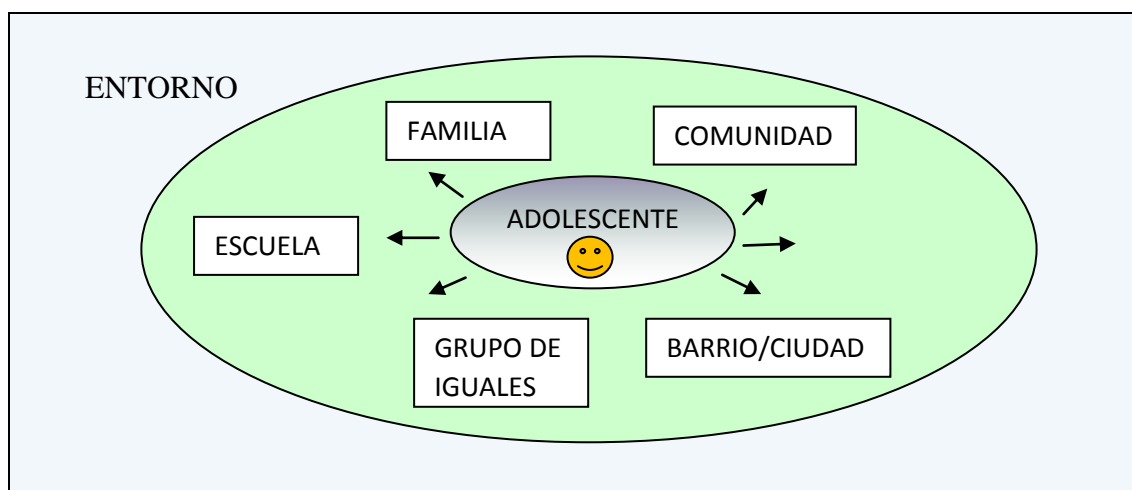


Figura 1. Factores influyentes en adolescencia. Elaboración propia.

Según Luria, “*el desarrollo es un proceso continuo de adaptación en el que los procesos internos interactúan con los procesos ambientales y sociohistóricos*”. De la definición expresa recogida en la Guía de Intervención: menores y consumos de drogas de Arbex (2002) se sustrae que todos somos sensibles hacia la sociedad que nos rodea y esto nos lleva a crear en nosotros mismos unas características particulares que nos diferencien de los demás. Hoy

en día, la realidad social de los adolescentes tiende a categorizarlos como colectivo susceptible de ser vulnerable debido a que por lo general suelen presentar las siguientes características evolutivas:

- a) Visión centrada únicamente en el presente (Presentismo)
- b) Perspectivas negativas del futuro, baja autoeficacia escolar y poca expectativa laboral
- c) Estado de ánimo inestable
- d) Impulsividad
- e) Elevados niveles de frustración
- f) Decreciente integración social y mayor individualismo
- g) Problemas de integración social
- h) Tendencia al hedonismo: búsqueda y experimentación del placer

Asimismo, las características evolutivas propias de la adolescencia pueden llevar a incrementar la vulnerabilidad de las personas que se encuentran en este período. Ello va a depender de la intensidad con que éstas se manifiesten así como del tipo de manejo que desempeñen los sujetos, es decir, si es adecuado o inadecuado. Entre las más relevantes se encuentran las siguientes:

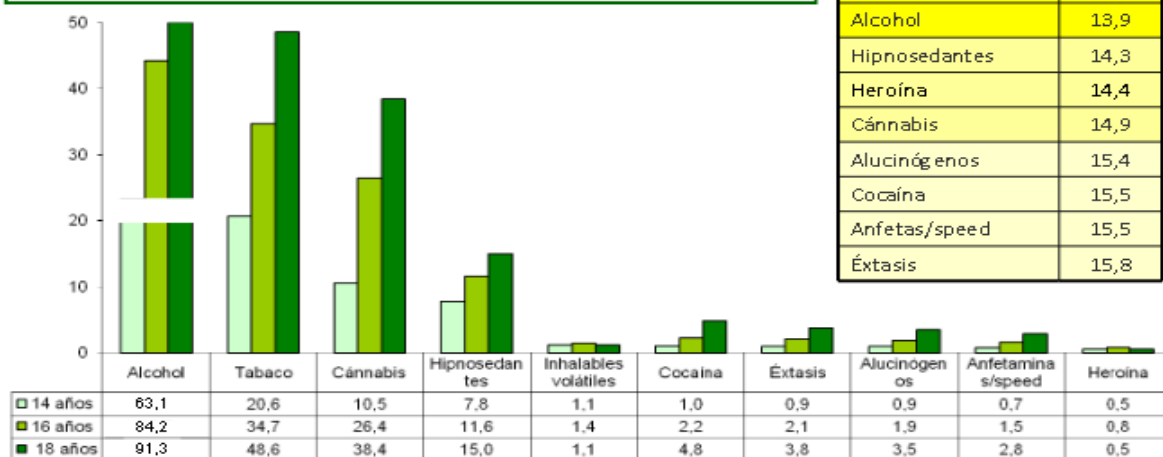
- a) Necesidad de reafirmación
- b) Necesidad de conformidad en el grupo
- c) Necesidad de transgresión: incumplimiento de una norma o mandato
- d) Sensación de invulnerabilidad
- e) Rechazo a la ayuda de personas adultas
- f) Susceptibilidad frente a la presión que se ejerce en su entorno

4.1.1 El consumo de drogas en adolescentes

Como hemos visto hasta ahora, en la adolescencia se originan una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que resultan significativos. Junto a ellos, van unidos otra serie de factores de índole social y económica. Alguno de estos, pueden favorecer el inicio en el consumo de drogas, dado cada vez en edades más tempranas (ESTUDES, 2013).

Porcentaje de consumidores de drogas en el último año, según EDAD y edad media de inicio de consumo. ESTUDES (14-18 años), 2012/2013.

- El porcentaje de consumidores de drogas **aumenta con la edad**.
- La edad media de inicio en el consumo se sitúa entre los **13 y los 16 años** y, en general, se observa una tendencia estable de la evolución.



Gráfica 1. Porcentaje de consumidores de drogas y edad de inicio (ESTUDES 2013)

Esto puede ocurrir debido al surgimiento del deseo de experimentar los roles adultos puesto que hallan en esta etapa una mayor libertad, autonomía, independencia y poder adquisitivo en la que los adolescentes desafían nuevos retos y riesgos que en numerosas ocasiones les llevan a tomar decisiones equívocas que perjudican a un desarrollo madurativo normalizado. Todo ello, tal como se indica en el programa Nexus (2003), genera que la industria del ocio y otros sectores económicos se aprovechen de esta situación para estimular el consumo de productos de todo tipo, entre los que las drogas aparece también inmerso. Por tanto, las intervenciones son esenciales para reforzar o modificar las anteriores experiencias.

Así pues, de cara al consumo de drogas la adolescencia es considerada como un periodo crítico para iniciarse en el consumo de dichas sustancias y, por tanto, también para su prevención, ya que podría desencadenar en procesos de abuso y dependencia. Según Botvin, (1995), desde el comienzo de la adolescencia hasta mediados de la misma podría considerarse como el período crítico en el que se experimenta inicialmente con una o más sustancias psicoactivas.

Pero sin embargo, es relevante tener en cuenta que en la mayoría de los casos el consumo se da de forma esporádica. Según Becoña (2000) los adolescentes que llegan a probar sustancias más peligrosas presentan un porcentaje reducido mientras que aquellos

adolescentes que no van a probar el resto de sustancias psicoactivas, aparte del alcohol y del tabaco, reúnen un porcentaje más elevado.

Ahora bien, de acuerdo a las fases del consumo de drogas del *modelo comprensivo del consumo de drogas en adolescentes* (Becoña, 2002), que la fase experimental u ocasional de la que habla este modelo sea o no trascendental en la vida del adolescente y se convierta o no en un consumo problemático que derive en la posterior fase de consolidación y ponga en peligro su desarrollo y madurez personal, va a depender del propio sujeto en sí, de su realidad y de su interacción tanto a nivel biológico como psicológico en ella, en la cual estarán presentes multitud de factores de riesgo y factores de protección que van a ser determinantes de cada situación.

Desde esta perspectiva, el conocimiento de la adolescencia y de la influencia de todos los agentes y factores que giran en torno a ella cobra especial importancia porque nos ayudará a comprender el por qué la persona hace lo que hace, suponiendo esto el primer paso para poder adquirir un adecuado posicionamiento en relación a la prevención del consumo de drogas y de los problemas asociados a las mismas más característicos de estas edades.

4.2 POBLACIÓN EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Antes de ejecutar la práctica es necesario dotarse de una base que fundamente todas nuestras actuaciones. Por tanto, una vez conocidas las peculiaridades de esta etapa del ciclo vital de la persona, otro aspecto a considerar es el concepto de exclusión y todo lo que a este respecta, no siendo menos importante el recalque sobre cuáles son las características generales propias que definen a la población en riesgo de exclusión social. Dado que vamos a trabajar con este tipo de colectivo en particular, será imprescindible reunir el conocimiento de todos los aspectos característicos que se vinculan a ellos para poder definir con mayor precisión las líneas de actuación.

En primer lugar, aclarar el concepto de **exclusión social**, definido por la European Foundation (1995:4) como el “*proceso mediante el cual los individuos o grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven*” (citado por Izaskun y Arostegui, 2013, p.15).

Otra definición más reciente reflejada en el artículo de Cano (2012), muy similar a la anterior, es la del autor Murie en el año 2004, que entiende exclusión como “*un conjunto de procesos que empujan a las personas a no poder disfrutar de la ciudadanía plena (trabajo, vivienda, formación, salud...)*”.(p.3).

Del análisis de su contenido se extrae la idea de que este tipo de personas quedan a un lado en el conjunto de la sociedad, lo cual no les permite lograr ni alcanzar un desarrollo pleno como personas. Su situación actual se ve desfavorecida por presentar cantidad de restricciones. Algunos autores lo plasman en sus libros mencionando que existe un desfase de carácter multidimensional que interfiere en los diferentes ámbitos del desarrollo de la persona. Esta privación múltiple se manifiesta en los planos económico, social y político. (Pérez y Eizagirre, 2006).

- A nivel **económico**, son familias con bajos o escasos ingresos económicos debido a falta de empleo o puesto de trabajo inseguro y apenas pueden acceder a los recursos básicos.

- A nivel **social**, los lazos que unen a estas personas con la sociedad son mínimos o inexistentes. Aparentemente se puede visualizar su separación de la comunidad y cómo ésta incrementa un deterioro personal de las principales áreas vitales de los individuos.

-A nivel **político**, no disponen de poder frente a la toma de decisiones que respecta al mismo y repercute sobre sus vidas.

Del mismo modo, existen otra serie de rasgos que caracterizan la exclusión social como son los siguientes (Subirats, Gomá y Brugué, 2005):

- La exclusión es **estructural**. Pues como acabamos de ver, se compone de una determinada estructura social, política, económica y también cultural.

- Tiene lugar en una **sociedad concreta**. Se determina la exclusión en función del contexto social inmediato y de la relación que la persona guarda con él, aunque los umbrales representativos son variables según cada sociedad.

- Engloba un conjunto de **procesos dinámicos** que afectan de forma cambiante a las personas y a los colectivos en función de su trayectoria personal y social así como del espacio y del tiempo. Es decir, la exclusión depende de la influencia de múltiples factores que son

favorecedores o no de que se origine tal situación. Para ello, es imprescindible saber cuáles son estos factores.

- Es un fenómeno **poliédrico**. No se cierra a una causa en particular sino todo lo contrario, la exclusión es resultado de numerosas circunstancias que la condicionan. Dada tal complejidad, el tratamiento que se haga de la misma conlleva a que deba abordarse desde un enfoque integral.

- Es posible abordarla de forma **estratégica** debido a su fuerte componente estructural. Por medio de políticas que promuevan prácticas de inclusión puede disminuirse la cantidad e intensidad de las vulnerabilidades y mejorar los procesos de exclusión a partir de actuaciones integrales que repercutan en los diferentes ámbitos (laboral, formativo, económico, social, etc.) y en los múltiples colectivos. (Subirats et al., 2004).

Vemos entonces que *< la exclusión social como proceso, no es un estado permanente, el cuál no sólo se refiere a una privación económica sino que también hace referencia a otras dimensiones como son el acceso y uso de servicios, la participación en la vida económica social, política y comunitaria. Espining- Andersen, 2000 >. (Citado por Cano, 2012, p.3).*

Cuadro 1. La exclusión social como proceso.

Esta realidad objetiva ante la que se encuentran las personas en riesgo de exclusión social repercute de forma nociva sobre su propia identidad, ya que al estar inmersos en una situación continúa de carencias que restringe la posibilidad de sus derechos sociales hace que se construya una visión negativa y desvalorizada de sí mismos que a su vez les impide hacer frente con éxito a las situaciones cotidianas, es decir, lo que viene a ser la resiliencia, que es otro de los conceptos fundamentales en que se centra el presente trabajo y que se trata más adelante.

Tras el recorrido por este análisis se pretende hacernos conscientes de la existencia del gran número de factores que determinan en mayor o menor grado la vulnerabilidad que sitúa a las personas en una situación de exclusión afectando a las múltiples esferas del desarrollo de sus vidas y de sus posibilidades, sobre las que se ha de tomar en consideración la globalidad de sus recursos tanto físicos como psicológicos como sociales, ya que todos ellos van a limitar la calidad de vida.

Podemos inferir que no son sólo la carencia de recursos o la incapacidad para acceder al mercado de trabajo las que determinan la exclusión, sino una serie de fenómenos tales como la dificultad para participar, con normalidad, en la sociedad y en procesos sociales. (Vera y Muñoz, 2008, p.62)

Dicho todo esto, es por tanto necesario tener en cuenta que toda población forma parte de un entramado de procesos multidimensionales, multifactoriales, poliédricos e relacionados entre sí, que darán lugar o no a su exclusión dependiendo, de si la persona se encuentra fuera de las oportunidades vitales que corresponden al desarrollo de una ciudadanía plena o si este conjunto de procesos empujan a las personas a no poder disfrutar de dicha ciudadanía plena (trabajo, vivienda, formación, salud...). (Sánchez y Jiménez, 2013),

Aclaradas e interiorizadas las anteriores matizaciones y siguiendo en esta misma línea, el siguiente paso es conocer y diferenciar otros aspectos que guardan una estrecha relación con el tema.

La **vulnerabilidad** es otro concepto similar al de exclusión social que es importante tener claro y que no debemos de confundir. Se asemeja a la exclusión en cuanto a que abarca también diversas dimensiones de la privación, pero a diferencia de ella, introduce la subjetividad de modo que se tienen en cuenta las percepciones acerca de la situación de estas personas. Quizá la mayor diferencia entre exclusión y vulnerabilidad radique en que esta última gira en torno al concepto de riesgo ante una crisis potencial. (Pérez y Eizagirre, 2006).

Lo que con esto quiere decir, es que una continua exposición al riesgo puede alterar la estabilidad emocional de modo que repercuta de manera desfavorable al futuro de las personas y acarrear serios problemas que dañen su desarrollo íntegro, entre los que se encuentra el consumo de drogas.

Se considera así a los grupos o individuos vulnerables como “*subgrupos de la población que se consideran se hallan expuestos a un conjunto mayor de factores de riesgo asociados al abuso de drogas (biológicos, psicológicos, sociales o ambientales) que el resto de los menores y jóvenes*” (Arbex, 2013 p.105).

Por ello, como punto de partida hay que valorar la vulnerabilidad del colectivo hacia el que va dirigida la propuesta. En este caso concretamente, se caracteriza por una situación de inestabilidad generalizada en la mayoría de las áreas.



Figura 2. Factores problemáticos en poblaciones vulnerables

La vulnerabilidad se debe a que el grupo de trabajo se encuentra en una etapa crítica como es la adolescencia y además, la gran mayoría pertenece a una minoría étnica cultural como es la comunidad gitana, lo que aumenta aún más las probabilidades de riesgo al ser aplicados por la sociedad una serie de estereotipos negativos hacia este y el manifiesto de actitudes de rechazo que otorgan una posición discriminatoria hacia este colectivo.

En efecto, el hecho de pertenecer a una minoría étnica, es señalado junto con la suma de otras características (edad, el sexo, la clase social, la situación de pobreza, la accesibilidad al dinero,...) un motivo más que conlleva a que una persona sea excluida o marginada en la sociedad en la que vive. (Valverde, 1996).

De la presente mención, extraemos otro término relacionado como es el de **marginación**. Según este mismo autor, se refiere a *“una situación en la que se encuentra el individuo de forma pasiva, al margen de su propia decisión y de sus propios intereses”*, o de acuerdo a un grupo como *“a todo aquel individuo que por algún motivo, y en un área más o menos concreta, se encuentra situado al margen de la normalidad de ese grupo”* (Valverde, 1996, p.21). En este caso, no es la sociedad quién restringe a la persona del acceso en los diferentes ámbitos que posibilitan su desarrollo en el entorno, sino que es la propia persona la que se aparta y muestra una actitud pasiva ante tal situación.

En este sentido, para afrontar la situación de exclusión de nuestro colectivo nos apoyamos en la línea de intervención socioeducativa basada en el modelo comunitario (Ayerbe, 1996), aplicado desde una perspectiva preventiva con la que se pretende que los adolescentes participen en los programas propuestos orientados a evitar el surgimiento o consolidación de conductas inapropiadas y antisociales.

Por otro lado, se ha constatado una interrelación entre la exclusión social y el abuso/dependencia de distintas drogas (Arbex, 2013).

Esta relación mutua se explica de forma que la exclusión social supone un factor de riesgo que aumenta las probabilidades de consumir drogas, y a la inversa, el consumo de sustancias psicoactivas puede conducir a una situación de exclusión social. Pero sin embargo, es conveniente matizar y aclarar que no en todos los casos dicho consumo es sinónimo de una exclusión social. Es más, en algunas situaciones sirve como elemento de integración social, como por ejemplo en el caso de muchos adolescentes. Es esencial tener presente esta anotación puesto que si este consumo experimental u ocasional que en un principio resulta agradable o satisfactorio para el sujeto trasciende en el tiempo llegando a convertirse en dependiente, a largo plazo originará tal deterioro físico y psicológico que hará que se produzca una situación de exclusión social entre las personas consumidoras.

Un modelo de representación que resuma las relaciones existentes entre exclusión social y las drogodependencias pueden ser el siguiente (Arbex, 2013, p.28-29):



Figura 3. Relaciones entre exclusión social y drogodependencia (EMCDDA, 2003)

Lo que se constata de esta naturaleza bidireccional es que si tratamos a tiempo la prevención de la drogodependencia a su vez estaremos disminuyendo el riesgo de exclusión o al menos estaremos dando un paso más hacia la superación del mismo. De igual modo, todo intento por reducir la exclusión social facilitaría el tratamiento y la superación de la drogodependencia, así como la prevención de su consumo. (Sánchez, 2012; citado por Arbex,

2013). Por tanto, hay que poner un elevado énfasis en estas dos variables si queremos mejorar la situación de nuestro colectivo.

Resumido el análisis de la situación de partida y teniendo claros todos los conceptos presentados en este apartado vamos a poder sensibilizarnos con la temática que rodea las vidas de este colectivo, de modo comprendamos cuáles son los problemas más significativos por los que atraviesan los adolescentes con los que se va a realizar el programa de intervención.

4.3 LA PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIA

4.3.1 Conceptualización

La primera aproximación al tema se trabaja desde el conocimiento semántico de algunos términos que nos van a acompañar a lo largo del recorrido del actual trabajo.

La primera palabra con la que hemos de familiarizarnos es **droga**. Siguiendo a la clásica definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como:

Toda sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste, capaz de generar dependencia caracterizada por la pulsión a tomar la sustancia de un modo continuado o periódico, a fin de obtener sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta.. (Citado por Becoña, 2002, p.21).

En segundo lugar, la **prevención de drogodependencias**, es catalogada por Martín (1995) como “*un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas*” (citado por Becoña, 2002, p.66).

Desde la esfera preventiva se pretende que la persona adolescente no se inicie en el consumo de tal sustancia o al menos que pueda retrasarse la edad de inicio del mismo, ya que como hemos podido observar anteriormente en la gráfica el período de inicio se sitúa en la etapa de la adolescencia en la mayoría de los casos en torno a los trece años (ESTUDES, 2013), y además, un consumo abusivo de drogas puede provocar dependencia de modo que a largo plazo aparezca un trastorno adictivo, tercer y último concepto a tratar.

La Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos (artículo 4.2), nos habla del **trastorno adictivo** como un “*patrón desadaptativo de comportamiento que provoca un trastorno psíquico, físico o de ambos tipos, por abuso de sustancias o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona y su entorno*”.

Y por último, como fundamento del presente trabajo es conveniente subrayar la idea de **programa preventivo** como:

Conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir, o retrasar, la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo, que en el caso de las drogas es impedir, o retrasar, la aparición de conductas de consumo y abuso de las distintas drogas. (Becoña, 2002 p.22).

Es decir, se trata de actuar para evitar tanto el consumo en sí como las propias consecuencias que de él derivan.

4.3.2 Prevención selectiva y prevención comunitaria

La categorización del tipo de programa se estructura en función de los destinatarios a los que se dirija y de acuerdo al ámbito de aplicación. En el primero de los casos actualmente existen tres tipos de prevención que se resumen en los siguientes:

UNIVERSAL	<u>SELECTIVA</u>	INDICADA
Va dirigida a todo el grupo diana sin distinción.	Va dirigida a subgrupos de población con mayor riesgo de ser consumidores que el promedio.	Va dirigida a grupos concretos de la comunidad, que suelen ser consumidores.
Se dirige a POBLACIÓN GENERAL	Se dirige a GRUPOS DE RIESGO	Se dirige a GRUPOS DE ALTO RIESGO.

Tabla 2. Tipos de prevención según destinatarios. Elaboración propia

Dentro de este marco, me detengo a explicar la *prevención selectiva* puesto que es el tipo de prevención en la que he centrado mi proyecto.

Se basa en captar a grupos de personas con índices de vulnerabilidad que aumenten la sensibilidad ante un posible consumo problemático con objeto de intervenir con ellas lo antes posible y reducir los riesgos. (Arbex, 2013). Las intervenciones han de favorecer el apoyo y acompañamiento de cada una de ellas.

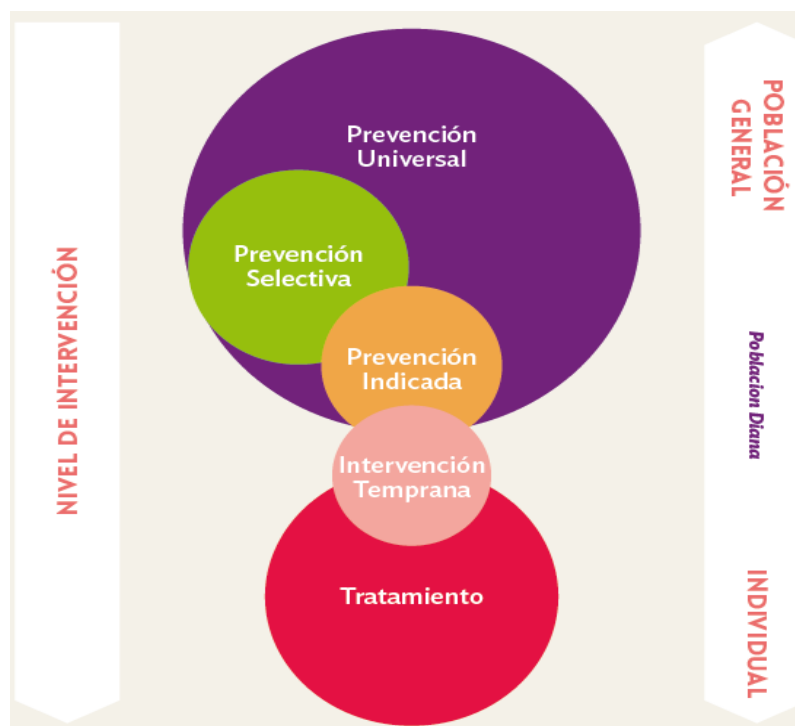


Figura 4. Tipos de prevención según la población (Arbex)

Para ello es clave seleccionar las dimensiones y los elementos de vulnerabilidad partiendo de la previa identificación de los problemas, necesidades, intereses en base a datos científicos que nos ayudarán a seleccionar al grupo objeto.

En este tipo de prevención se generan diversos y diferentes tipos de intervención. Se trabaja desde la inclusión social a través mejoras en cuanto a su estructura en la comunidad y a nivel social; pasando por el buen uso del tiempo libre en barrios desfavorecidos; y hasta profundizar con itinerarios individualizados mediante intervenciones personalizadas donde se ofrecen pautas de orientación de cara a enriquecer el futuro y las expectativas de vida de las personas. Todas ellas tienen la misma validez de aplicación para diferentes grupos de edad siempre que se realicen las adaptaciones oportunas y se ajusten al estado madurativo de las personas con las que se intervenga, en este caso a los menores en riesgo de exclusión.

En segundo lugar, según el ámbito de aplicación hay varios tipos de prevención como pueden ser escolar, familiar, laboral, comunitaria u otras como ámbito militar, de la salud, etc... Nos interesa conocer un poco más específicamente la *prevención comunitaria*.

Su intención más inmediata es la prevención del consumo de drogas en una comunidad en concreto, en la que se refuercen mensajes y normas en contra de las drogas y a favor de perseverar la salud, objetivo establecido en el Plan Nacional sobre Drogas del año 2000. (Becoña, 2002).

Asimismo, se requiere de múltiples recursos y medios para poder llevarla a cabo, debido a que permite abarcar cualquier aspecto de la comunidad, pudiendo incidir en los factores de riesgo a niveles diferentes así como tener una mayor consistencia y difusión de los mensajes que se pretenden transmitir, lo cual supone una ventaja que facilita la consecución de los objetivos. Por todo ello es imprescindible que exista una adecuada coordinación, planificación y ejecución del programa.

4.3.3 Factores de riesgo y factores de protección

Es esencial poseer un conocimiento adecuado sobre qué son y cuáles son los factores de riesgo y de protección puesto que constituyen un elemento inherente para la prevención de las drogodependencias, problema cuyo interés está en aumento en la sociedad actual debido a las cifras tan alarmantes por parte de la población adolescente en este tipo de conductas.

Por tanto, es un punto que no podemos olvidar en ninguno de los casos para la posterior construcción de dicho programa, siendo necesario conocer y valorar tanto los factores de riesgo como los factores de protección específicos del grupo de personas con las que se va a aplicar el programa, implicando al mismo tiempo la realización de un estudio previo de todos ellos (Hawkins, Catalano y Miller, 1992) y del conocimiento de la problemática desde una perspectiva objetiva.

No es posible establecer una respuesta exacta sobre por qué algunas personas consumen y otras no. Sin embargo, si se puede establecer una aproximación que lo justifique si entendemos que este consumo es resultado de la interacción de diversos factores que se dividen en:

- **Factores de riesgo**

“Atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”. Clayton, 1992.

Cuadro 2. Definición de factores de riesgo

Cuando el sujeto cumple varias de estas características sean del tipo que sean (personales, sociales, familiares u otras) entonces se puede predecir en él la existencia de una situación de vulnerabilidad de cara a desarrollar conductas inapropiadas que le lleven a consumir drogas.

De igual modo, no puede considerarse como único requisito de predicción ya que coexisten otros factores que protegen al sujeto frente al consumo que también han de ser incorporados a la valoración. Con esto se trata de dejar claro que la presencia y la influencia de todos los factores, tanto de riesgo como de protección, son un mero dato relativo que hace que aumente o disminuya la probabilidad de que se dé una conducta. Al mismo tiempo, las circunstancias sociales y personales de cada uno son únicas y marcarán la diferencia.

A continuación se detallan algunos de los factores de riesgo más importantes (Becoña, 2002):

- Factores de riesgo familiar
 - Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres
 - Baja supervisión y disciplina familiar o Exceso de protección.
 - Historia familiar de conducta antisocial
 - Bajas expectativas para los hijos o para el éxito
 - Ausencia de afectividad y comunicación

- Factores de riesgo comunitario
 - Deprivación económica y social
 - Desorganización comunitaria
 - Los cambios y movilidad de lugar
 - Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas.

- La disponibilidad y accesibilidad a las drogas
- Factores de riesgo compañeros e iguales
 - Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas
 - Compañeros que consumen drogas
 - Conducta antisocial o delincuencia temprana
 - Rechazo por parte de los iguales
- Factores de riesgo escolar
 - Bajo rendimiento académico
 - Bajo apego a la escuela
 - Conducta antisocial en la escuela
- Factores de riesgo individual
 - Búsqueda de sensaciones
 - Conducta antisocial
 - Psicopatología, trastorno de conducta y problemas de salud mental
 - Consumo temprano de drogas
 - Actitudes favorables hacia el consumo

- **Factores de protección**

“Atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” Clayton, 1992.

Cuadro 3. Definición de factores de protección

Adquieren el significado contrario al concepto anterior, es decir, el hecho de que se cumplan varias características disminuye la posibilidad de que el sujeto derive en un consumo de drogas. Ayudan a prevenir tal conducta y a moderar los factores de riesgo. De aquí la importancia de potenciarlos como punto positivo que ayuda a promover una óptima **resiliencia**.

Al igual que los anteriores factores, también se detallan seguidamente los factores de protección más destacables según Becoña (2002):

- Factores de protección familiar
 - Límites y normas claras
 - Reconocimiento y aceptación del hijo
 - Ambiente familiar afectivo y comunicación positiva
 - Modelo de referencia de conducta positiva en los padres
 - Supervisión y procedimientos de control adecuados sobre sus conductas

- Factores de protección comunitario
 - Sistema de apoyo externo positivo
 - Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad
 - Descenso de la accesibilidad de la sustancia
 - Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes
 - Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad

- Factores de protección compañeros e iguales
 - Apego a los iguales que no consumen drogas
 - Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras
 - Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas
 - No ser fácilmente influenciado por los iguales

- Factores de protección escolar
 - Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial
 - Creencias saludables y claros estándares de conducta
 - Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del Centro
 - Clima institucional positivo

- Factores de protección individual
 - Creencia en el orden social
 - Habilidades sociales: adecuado desarrollo
 - Creencia en la propia autoeficacia
 - Aspiraciones de futuro
 - Resistencia a las presiones del entorno
 - Actitudes negativas hacia las drogas
 - Equilibrio emocional

Atendiendo a la amplitud de factores influyentes en el contexto más próximo de la persona, es conveniente adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias que ayuden a adoptar un posicionamiento adecuado que permita el éxito de la prevención y de las actuaciones porque de acuerdo a Arbex (2002) en la “Guía de Intervención de Menores y Consumo de Drogas”, todo aquello relacionado con la familia y el entorno del menor será de máxima relevancia al ocupar el lugar de inicio de su proceso de integración en la sociedad y del desarrollo de su autonomía y de su identidad personal, siendo decisivas las figuras de modelaje.

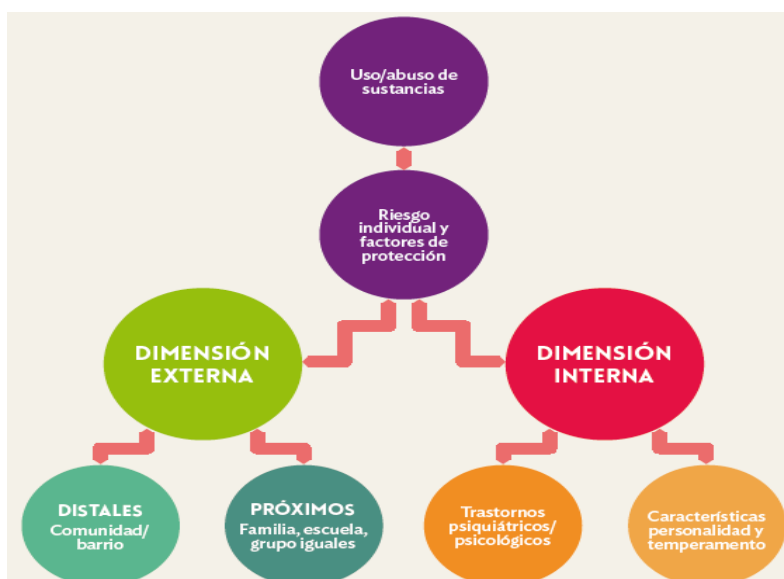


Figura 5. Interrelación entre factores de riesgo y de protección (Arbex, 2013)

4.3.4 Modelos que sustentan al programa preventivo

El enfoque del programa se centra en tratar de reducir los factores de riesgo a través de la potenciación y el fomento de los factores de protección. A la hora de la elaboración, todo programa debe de apoyarse siempre en datos empíricos basados en algún modelo o teoría con el que poder garantizar el logro de unos resultados satisfactorios. A continuación se nombran aquellos más significativos de los que se parte, de acuerdo a las bases científicas de la prevención de las drogodependencias (Becoña, 2002):

- **Modelo General Subyacente de Becoña (2002).** En síntesis, fundamenta los programas preventivos en torno a tres ejes básicos sobre la etiología del consumo: 1) La existencia de factores que facilitan su inicio y mantenimiento 2) Su progresión significativa en consumidores de alcohol y tabaco respecto a los que no consumen (sin olvidar que la trascendencia a posteriores niveles de consumo está influenciada por factores como la

personalidad, , el ambiente y el estilo de vida además del consumo de drogas previas, incluidos en el último eje: 3) La modulación del consumo por variables socio-culturales, biológicas y psicológicas.

- **Modelo de desarrollo social de Catalano y Hawkins (1996).** Argumenta que la conducta prosocial y antisocial se lleva a cabo por procesos similares, en cuya hipótesis describe que depende de las normas, valores y conductas vinculadas a la persona, asumiendo el paso de diferentes fases a lo largo de la vida en las que los factores explicados adquieren enorme peso.

La principal exaltación de este modelo es la búsqueda de la satisfacción en la ejecución de sus conductas, movidas todas ellas en base a los intereses personales.

Según la *Teoría de Conducta Pro-social* de Catalano-Hawkins, los sujetos que desarrollan vínculos fuertes y tempranos con agentes socializadores de su entorno alejados de situaciones de consumo de drogas y de conductas negligentes, mantendrán un sistema de creencias convencionales y respeto a las normas sociales. Por el contrario, si este proceso se desvincula se producirá una conducta inepta, bien por negación de la participación en grupos que ejercen influencias positivas, bien porque no poseen unas habilidades adecuadas o bien porque el propio ambiente no recompensa la conducta pro-social del sujeto.

Partiendo de estas aportaciones el VI Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León 2009-2013 y el III Plan Municipal sobre drogas de Valladolid contemplan como una de sus prioridades el desarrollo de programas de prevención en el ámbito comunitario.

4.4 LA RESILIENCIA COMO FACTOR DE PROTECCIÓN

Desde los últimos años, el concepto de resiliencia ha cobrado una gran relevancia en relación con los factores de riesgo y de protección sobre el consumo de drogas, entre otras conductas.

Sus orígenes se retoman en el estudio de la etiología y del desarrollo psicopatológico, con especial atención en niños con riesgo de desarrollar alguna psicopatología bien a causa de problemas perinatales, conflictos interpersonales, pobreza o bien por una combinación de algunos o varios de estos factores. (Becoña, 2006).

En otras palabras, los trabajos centrados en la resiliencia parten de la observación de los comportamientos de superación de los individuos en casos en los que se acentúan unas condiciones complicadas. En torno a ello, podemos observar cómo encaja relativamente dentro de un constructo global de la personalidad que está mediatizado por la influencia de variables contextuales.

Así pues, una buena aproximación a su significado es la que propone Garmezy (1991), entendiendo la **resiliencia** como “*la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa que puede seguir a una retirada o incapacidad inicial después de iniciarse un evento estresante*” (citado por Becoña, 2006, p.141).

Atendiendo a diversos estudios, se determina una primera relación entre resiliencia y acontecimientos de vida estresantes en los que se engloban los factores de riesgo. Algunas investigaciones ponen de manifiesto “*el impacto de estos acontecimientos se extiende a los problemas de comportamiento, llegando incluso a relacionarse con el aumento de actividades antisociales*” (Oliva, Jimenez, Parra y Sánchez-Queija, 2008, p.54).

Se habla así de **acontecimientos vitales estresantes** (AVE) como elementos perturbadores que tienen una influencia significativa sobre los adolescentes causando un desajuste interno y externo que afecta a la satisfacción vital, a los problemas emocionales y problemas externos. A pesar de que a cada persona le afecta de una manera diferente, es aquí donde la resiliencia entra en juego como factor protector, pues según determinan los estudios de estos autores, los adolescentes con mayores niveles de resiliencia gozan de mayor calidad en sus relaciones, convirtiéndose estas en un factor de protección ante tales acontecimientos.

En base a estas aportaciones, la **resiliencia** es considerada “*como el resultado del proceso de afrontamiento que permite al individuo mantener su equilibrio y mostrar una buena adaptación a pesar de estar expuesto a una dosis de adversidad significativa*” [Becoña, 2006; Lemos, 2003; Luthar, 2006; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Masten, 2001; Vera, Carabelo y Vecina, 2006] (citados por Oliva et al., 2008, p.54) , o también como “*el gran macrofactor de protección que englobaría a todos los demás*” (Becoña, 2007, p.90).

Cuadro 4. Conceptualización de Resiliencia

Lo que la resiliencia propone es un cambio en la metodología de trabajo de forma que lo que hace es actuar directamente sobre los problemas aportando las herramientas, los instrumentos, las habilidades y los conocimientos necesarios para el manejo de las situaciones.

A su vez, recurre también a la prevención impidiendo el agravamiento y facilitando una solución mediante la intervención temprana (especialmente con poblaciones en riesgo). En la totalidad de los casos, contempla siempre todas las variables posibles que interfieren en el proceso de desarrollo vital de la persona.

En relación a estudios anteriores de otros autores, Carretero (2010) en su artículo “Resiliencia: una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales” sintetiza la existencia de dos tipos de variables: personales y contextuales o ambientales. Ambas están interrelacionadas entre sí y son dependientes la una de la otra hasta tal punto que determinan el éxito en la adaptación y en la normalización de todo el proceso en función de cómo sea la interacción entre ambas. Es por eso por lo que desde la resiliencia hay que intervenir sobre todas ellas.

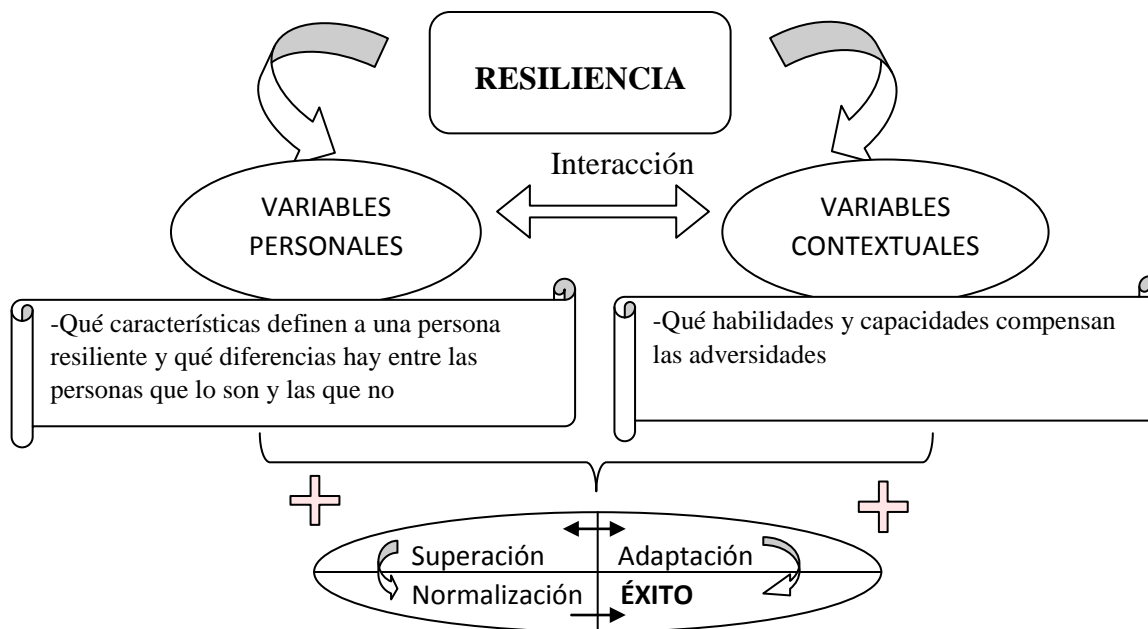


Figura 6. Resiliencia y variables influyentes. Elaboración propia (A partir de Carretero, 2010)

Por otro lado, de acuerdo a la terminología expresa, otros estudios han tratado de determinar la relación entre *resiliencia* y *consumo de drogas* ubicando a la misma en un proceso vital de adaptación en el que a pesar de exponer a la persona a riesgos o factores estresores determinantes en su vida, resulta ser exitoso.

Asimismo, para poder alcanzar el éxito y proporcionar una adecuada resiliencia, se requieren unas *habilidades de afrontamiento específicas* que han de ponerse en práctica en la interacción con el medio. Estas habilidades son de varios tipos: “*emocionales, de manejo, interpersonales, sociales, intrapersonales, académicas, de trabajo, de reestructuración, de planificación y habilidades para la vida y de solución de problemas*” (Becoña, 2006, p.130).

Mediante la adquisición de estas estrategias de afrontamiento se contribuye a potenciar las competencias personales que llevarán a frenar las conductas de consumo (o conductas problema) a pesar de que las probabilidades de ocurrencia sean elevadas. “*Un niño herido no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado*” Cyrulnick. (Citado por Carretero, 2010, p.4).

Por este motivo, se ha de hacer hincapié en el entrenamiento de diferentes estrategias conductuales y cognitivas que ayuden a activar los factores protectores con el fin de lograr un comportamiento resiliente por parte de los adolescentes que actúe como motor de prevención frente cualquier situación adversa.

En este marco, se establecen cuatro categorías de *factores resilientes* (Grotberg, 2003):

<u>Yo tengo</u> : apoyos externos (modelos sociales)	<u>Yo soy</u> : personalidad y reforzamiento interior
<u>Yo estoy</u> : desarrollo de las fortalezas	<u>Yo puedo</u> : adquisición de habilidades interpersonales y resolución de conflictos

Tabla 3. Factores resilientes. (Fuente: Grotberg, 2003)

Está demostrado que la funcionalidad de estos factores mejora la resiliencia. Para hacerlo posible en un contexto de adversidad, se requiere del apoyo externo. Por ello, y aprovechando que hay una relación consistente que determina que a mayor resiliencia menor consumo de drogas, es importante contar con una actuación comunitaria que abarque todas las áreas de la persona y todas las variables contextuales.

- ✓ El apoyo social ayuda a disminuir el riesgo para padecer trastornos emocionales cuando se ha pasado por eventos traumáticos (Becoña, 2007).
- ✓ A través de las relaciones de apoyo se consigue aumentar la autoestima y la autoeficacia de los adolescentes (Becoña, 2007).
- ✓ La involucración por parte de todos los individuos servirá para promover alternativas de solución para que las personas en riesgo puedan enfrentarse a situaciones críticas de todo tipo y con ello prevenir problemas de salud mental y de consumo de drogas tanto en el presente como en el futuro. (Vinaccia, Quiceno y Moreno, 2007)
- ✓ “El apoyo interpersonal y comunitario es clave, junto a las competencias que tiene el niño o el desarrollo de las mismas” (Becoña, 2007, p.99).

Cuadro 5. Relevancia de los apoyos externos y sus consecuencias positivas

Toda la información extraída sobre los estudios en resiliencia además de ser de gran utilidad nos indica la necesidad de diseñar e implementar programas educativos, de intervención social y programas preventivos frente al consumo de drogas basados en la promoción de la resiliencia en todos los ámbitos que involucran al adolescente (escuela, familia y comunidad), ya que en la actualidad abunda la escasez de este tipo de programas y la inadecuada evaluación que poseen la mayoría de ellos.

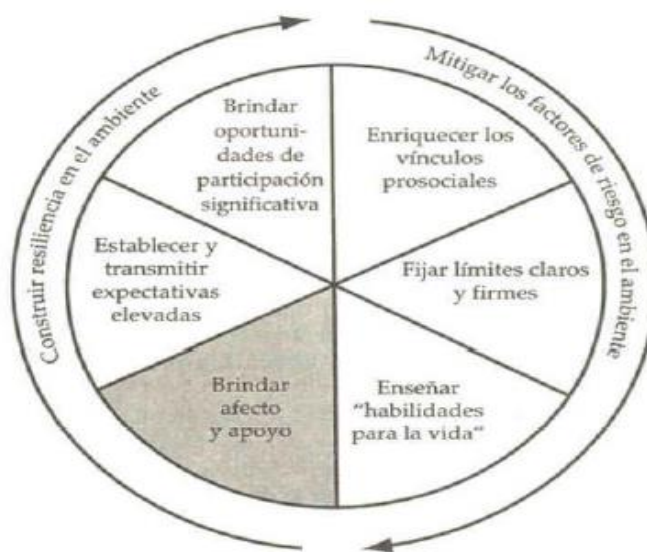


Figura 7. Rueda de la resiliencia (Henderson y Milstein, 2003)

En definitiva, se trata de conocer cómo se promueve la resiliencia y usar este conocimiento para potenciarla dentro del ámbito del programa preventivo de drogadicción a través del desarrollo de *competencias* y del entrenamiento en *habilidades* para la vida que permitan una normalización de sus situaciones y con ello, la consecución del bienestar físico y psíquico de la persona, libre de conductas problemáticas e inapropiadas.

4.5 LA PSICOLOGÍA POSITIVA COMO METODOLOGÍA APLICADA

A lo largo de la historia, los estudios de la tradicional psicología han focalizado mayoritariamente su atención en las repercusiones y consecuencias negativas que pueden derivarse de las experiencias traumáticas o de las situaciones adversas a las que muchas veces se enfrentan las personas, ofreciendo una visión como sujetos pasivos que frente a tales vivencias lo natural era que desarrollaran algún tipo de patología (Carretero, 2010). *“Así, la focalización exclusiva en lo negativo que ha dominado la psicología durante tanto tiempo, ha llevado a asumir un modelo de la existencia humana que ha olvidado e incluso negado las características positivas del ser humano”* Seligman y Csikszentmihalyi (citado por Vera, 2006, p.3).

Por el contrario, los estudios dirigidos hacia la capacidad de afrontamiento que pueden desarrollarse de cara a esas experiencias traumáticas y de las que poder extraer aportaciones beneficiosas han sido minoritarios. Pero desde hace unos años, se está dando un giro a todas esas aportaciones y creencias, evolucionando de un modelo médico (basado en las patologías y la curación) a un *modelo salugénico*, en el que ocupa un primer plano principal la psicología positiva.

Esta vertiente se apoya en modelos que adoptan una visión más optimista de la realidad, de modo que ya no sólo se pretende evitar la enfermedad sino que además busca y persigue la promoción de la salud tratando de incrementar así la salud y el bienestar absoluto de la persona.

El campo de la psicología positiva abarca cuatro áreas interrelacionadas todas ellas entre sí. (Park y Peterson, 2009):

- Experiencias subjetivas positivas
- Rasgos individuales positivos
- Relaciones interpersonales positivas
- Instituciones positivas

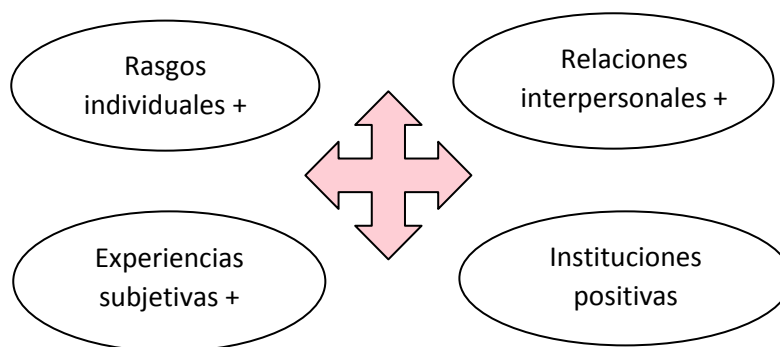


Figura 8. Áreas de relación en la psicología positiva. Elaboración propia.

“Las instituciones positivas posibilitan el desarrollo de relaciones positivas, lo que facilita el surgimiento de rasgos positivos y, al mismo tiempo, facilita experiencias subjetivas positivas” (Park y Peterson, 2013, p.12).

En este sentido, si se identifica y se saca partido a las cosas que uno hace bien, aprovechando las fortalezas y cualidades de cada persona, será más posible abordar y resolver los problemas psicológicos de una manera eficaz. (Park, Peterson y Sun, 2013).

*Los mayores progresos en prevención han venido de perspectivas centradas en la construcción de **competencias** (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Se ha demostrado que existen fortalezas humanas que actúan como amortiguadoras contra el trastorno mental y parece existir suficiente evidencia empírica para afirmar que determinadas **características positivas y fortalezas** humanas, como el optimismo, la esperanza, la perseverancia o el valor, entre otras, actúan **como barreras** contra dichos trastornos. (Vera, 2006, p.4).*

Como bien podemos observar, en base a esta argumentación se pueden sustraer algunas ideas como que para prevenir hay que construir y para construir hay que intervenir, y puesto que esta perspectiva adopta un enfoque positivo el objetivo fundamental será el estudio de las *capacidades* y de las *potencialidades* humanas con el fin de potenciarlas y poder utilizarlas como recurso para hacer frente a los obstáculos y dificultades que se presenten en el camino.

En consonancia con la citación de Vera (2006), dentro de la psicología positiva se enmarca la capacidad de adaptación y de recuperación del ser humano ante situaciones adversas.

No obstante, si se mantiene una adecuada *autoestima* el afrontamiento de cualquier problema podrá efectuarse de un modo optimista y enfocado al éxito que no si se tiene una autoestima baja, que por el contrario conducirá a predecir el fracaso de la persona ante cualquier situación al no creer ella en sus propias posibilidades (Naranjo, 2007).

En concreto, y como sustento del programa que propongo, se considera que:

La psicología positiva es un esfuerzo por mostrar que es necesario considerar los potenciales humanos como un factor que puede llegar a ser preponderante en los periodos de crisis, considerando que las crisis son inevitables y necesarias para el crecimiento y madurez del individuo. Cuadra y Florenzano. (Citado por Vinaccia et al., 2003, p.144).

Cuadro 6. Aproximación a la Psicología positiva

En concordancia con todos los aspectos que definen la vertiente de la psicología positiva, existe una teoría basada en una metáfora que fue propuesta por Antonowsky (recogida por Rivera de los Santos, Ramos, Moreno y Hernán, 2011 p.133) que refleja de manera clara la comparación y las consecuentes diferencias de desarrollar un modelo u otro, según si los referentes son los aspectos negativos (modelo médico) o si por el contrario, el foco de atención son los aspectos positivos de la persona (modelo salugénico). Recibe el nombre de “*teoría de la salud en el río de la vida*”.

Podemos ver claramente a continuación cómo esta se resume mediante la siguiente imagen gráfica que fue presentada por Eriksson y Lindstrom (citados por Rivera et al. 2011, p.133-135), quienes siguieron investigando y profundizando sobre esta teoría.

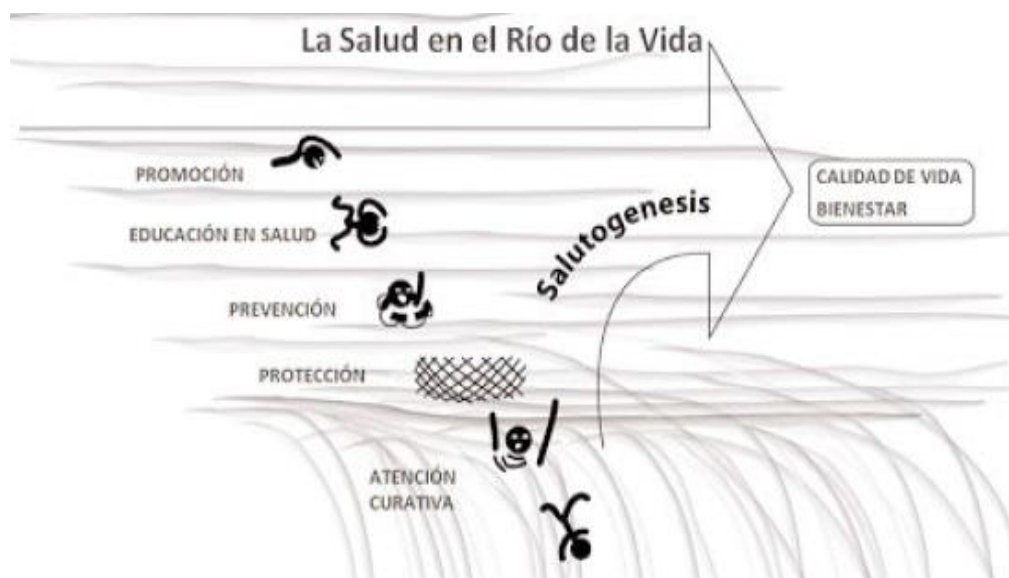


Figura 9. Teoría de la salud en el río de la vida (Eriksson & Lindstrom, 2008)

Una breve explicación del significado que transmite esta imagen viene dada por cómo el río representa el ciclo vital de la persona, y las corrientes y la cascada aquellas circunstancias o factores de riesgo que están presentes en su vida o se van desencadenando a lo largo de su desarrollo evolutivo y los cuales empujan a la persona hacia un abismo, encaminado hacia el posible desarrollo de múltiples patologías. En este tramo, se sitúa el modelo médico tratando de paliar estos efectos negativos causados por las adversidades.

Por el contrario, si en el río se toman las medidas de precaución oportunas y además se ayuda y se enseña al sujeto a nadar, consecuentemente este sabrá defenderse en el agua a pesar de que haya corrientes que lo quieran arrastrar. A nivel de la realidad, viene a representar el modelo salugénico en donde la persona tiende a establecer un equilibrio compensando los factores de riesgo con otros factores de protección, que al mismo tiempo son los que van a posicionar al sujeto con vistas a un desarrollo positivo en todas sus vertientes.

A mi modo de ver, creo que queda perfectamente plasmada la idea central sobre las diferencias que conllevaría basarnos bien en una perspectiva u bien en la otra. Como conclusión, se puede analizar y reflexionar que la psicología positiva garantiza mayor efectividad y mejores resultados en la vida de la persona de forma que se acerca al fin último de incrementar su bienestar y su calidad de vida; de ahí la insistencia de enfocar el programa preventivo en torno a ella.

4.5.1 La producción artística: proceso promovedor de un desarrollo positivo

Existen numerosos estudios que corroboran que la producción de arte resulta ser un factor positivo para un desarrollo más exitoso del adolescente. Atendiendo a las investigaciones de Rosenfeld (2009), se concreta que los espacios basados en la creación de arte resultan ser espacios de aprendizaje que potencian diversos aspectos positivos en las personas permitiendo que construyan unas identidades adaptativas y emergentes, entendiendo por estas últimas “*formas de ser que son una respuesta a los estímulos estresantes que actúan sobre los individuos mientras estos aprenden a actuar en el mundo*” Spencer (citado por Rosenfeld, 2009. p.185).

Algunos de los efectos positivos que recogen los programas de producción artística, citados por Rosenfeld (2009) son los siguientes:

- < *Adquisición de habilidades físicas, psíquicas, emocionales, interpersonales y cognitivas.*
- *Iniciativa, motivación para finalizar actividades y compromiso persistente en las mismas*

Asunción de riesgos

Desarrollo del lenguaje

“*Trabajo de la identidad*”, incluida la exploración personal y el desarrollo de un sentido de identidad comunitaria y de pertenencia a un grupo con unos marcadores de identidad claramente definidos.

Los aportes del trabajo a través del arte ayudan a trabajar las diferentes Inteligencias Múltiples establecidas por Gardner (1983) y a desarrollar la Inteligencia Emocional destacada por Daniel Goleman (1995) en sus diferentes áreas (artística, interpersonal e intrapersonal,...).

Implican una forma de preparación para una vida adulta productiva la cual proporciona un acercamiento a las competencias y a los conocimientos necesarios para tener una actitud resiliente que permita una resolución adecuada de los retos a los que se vean enfrentados los adolescentes.

De este modo, desde el punto de vista de la psicología positiva, la creación artística, al desarrollar rasgos positivos de la persona, puede ser una muy buena alternativa para trabajar en los programas preventivos y potenciar los factores de protección de los que se ha hablado con anterioridad.

“Los jóvenes que se encuentran con dificultades en contextos tradicionales necesitan apoyo externo para el desarrollo de posibles autoconceptos que les lleven a resultados positivos” Kao, 2000; Oyserman y James, 2008 (citado por Rosenfeld, 2009, p.190).

Se trata, por consiguiente, de proporcionar recursos novedosos que tengan algún sentido para los adolescentes y al mismo tiempo ofrezcan la oportunidad de desarrollar una identidad positiva de una forma activa y creativa y tener mayor éxito para afrontar las experiencias o acontecimientos de vida estresantes.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1 JUSTIFICACIÓN

Aprovechando el enriquecimiento obtenido a través de las prácticas que he desarrollado en la Fundación Aldaba – Proyecto Hombre me ha parecido interesante la opción de poder aportar una pequeña parte de mí diseñando mi propia línea de intervención paralela al ámbito de trabajo que establece la Asociación.

El motivo de seleccionar un grupo en riesgo de exclusión como es el colectivo gitano se justifica debido a que en su situación social actual se ven afectados sus patrones culturales considerando así necesaria una redefinición de su identidad de modo que ésta se haga compatible con la actividad ciudadana íntegra y activa, ya que refleja una escasa participación en las políticas y espacios de juventud.

Para tomar cartas en el asunto, en el año 2010 se aprueba en el seno del gobierno español el Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana 2010-2012 en el que se tienen en cuenta diferentes propuestas que buscan mejorar sus condiciones de vida por medio de la educación no formal, en colaboración con diferentes organismos públicos.

Por otro lado, tras el respaldo del Consejo Europeo (24 junio 2011) con respecto a la publicación de la Comunicación sobre el Marco de la Unión Europea (UE) para las Estrategias Nacionales de Inclusión de la Población Gitana hasta 2020, por parte de la Comisión Europea se establece un marco común para desarrollar medidas y políticas en el ámbito nacional partiendo de enfoques y objetivos de trabajo compartidos por todos los Estados miembros de la UE. En base a esto, el gobierno español presentó la Estrategia Nacional en abril de 2012, mediante la que se establece un marco de trabajo para la inclusión de la población gitana durante los diez próximos años.

De forma paralela, se plantea dicho colectivo como principal destinatario para abordar actividades preventivas por su mayor exposición a factores de riesgo para abusar y depender de las drogas. (VI Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León 2009-2013).

De igual modo, con vistas al cumplimiento de los objetivos marcados en la Estrategia Nacional, se comparte también la idea de realizar actividades que frenen esta situación a

través de diversos Planes de Acción. Así lo dicta el III Plan Municipal de prevención de drogodependencias de Medina del Campo (2012 – 2015).

En resumen, todos ellos persiguen un mismo fin como es la reducción de situaciones de vulnerabilidad, pobreza y riesgo de exclusión social en contextos de diversidad por medio de medidas especiales de apoyo a aquellos niños y jóvenes con mayores niveles de riesgo.

De aquí surge mi motivación por la realización de dicha propuesta que planteo a continuación, pues vemos como todas estas medidas se traducen en la necesidad de llevar a cabo un incremento en el número de programas socioeducativos, informativos, orientativos y de intervención con carácter multidisciplinar en la infancia y la juventud.

5.2 BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Teniendo en cuenta todo lo anterior, he diseñado el programa socioeducativo, Programa Incomex, como posible práctica de intervención enmarcada dentro de un contexto no formal del cual forman parte pre-adolescentes y adolescentes en riesgo de exclusión que presentan elevadas probabilidades de mantener algún tipo de contacto con alcohol, tabaco y otras drogas y derivar en el consumo de una o varias de estas sustancias.

Es por ello por lo que he considerado necesario promover una iniciativa enfocada a la prevención en drogodependencias con vistas a fomentar el desarrollo de programas preventivos de drogodependencias dirigidos a colectivos desfavorecidos, objetivo que se refleja en el Plan de drogas.

Mediante esta propuesta trato de tomar medidas eficaces al respecto desde un punto de vista y una metodología positivista, haciendo hincapié no en las flaquezas, déficits, límites o puntos débiles de la persona sino en el desarrollo, reforzamiento y potenciación de todos sus puntos fuertes (fortalezas y capacidades). De esta manera, lo que pretendo con el proyecto es propiciar un desarrollo integral en el individuo que le sirva como factor de protección de cara a la realidad a la que está expuesto.

La propuesta se basa en trabajar de forma transversal las distintas competencias socioemocionales y el entrenamiento de habilidades sociales que promuevan el bienestar físico y psíquico del colectivo con el que se va a intervenir.

Para ello, propongo que sea llevado a cabo desde diferentes fuentes de motivación que he considerado que pueden resultar interesantes para el grupo de adolescentes. Así pues, mi planteamiento se centra en la vertiente del arte urbano cultural y artístico.

5.3 ÁMBITO TERRITORIAL DE APLICACIÓN

Para priorizar el ámbito de inmersión es necesario considerar previamente:

-Las prioridades acerca de los factores de riesgo y protección identificados en la población definida

-Las posibilidades y capacidades de poder actuar en los ámbitos de riesgo y protección elegidos.

-El ajuste y la adecuación a las posibilidades y recursos humanos y financieros para la consecución de cambios positivos.

Teniendo en cuenta esta serie de aspectos referenciales, la presente planificación está prevista para ser puesta en marcha en la comarca de Medina del Campo, con colectivos residentes en el denominado barrio del Vietnam, en el que cabe resaltar la presencia de habitantes pertenecientes a población en riesgo de exclusión social, sobre todo de etnia gitana, y donde en su gran mayoría, abundan pisos y viviendas en régimen de protección oficial.

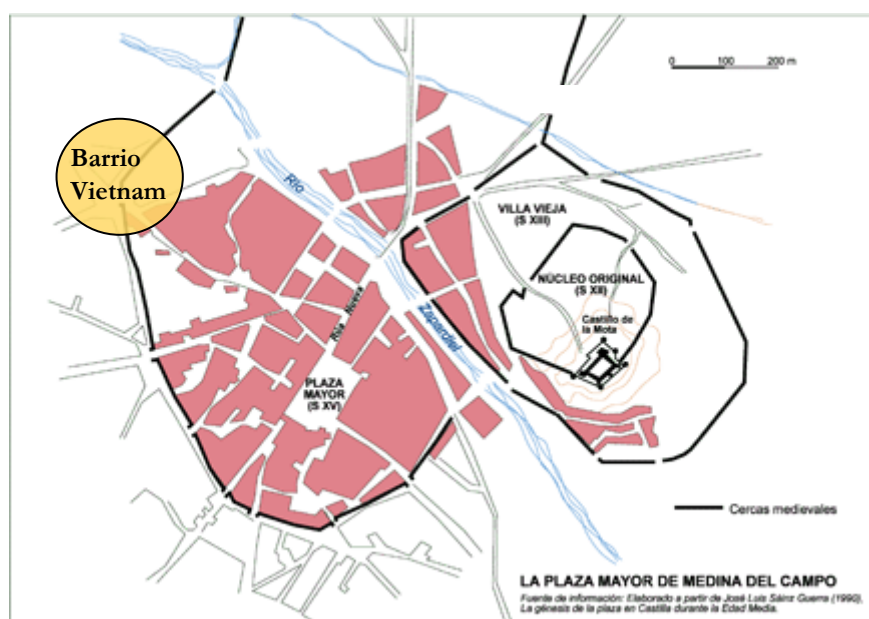


Figura 10. Ámbito territorial de aplicación en Medina del Campo

Medina del Campo está situada al sureste de la provincia de Valladolid y dista a unos 50 Km. de la capital. Es eje central de comarca y privilegiada en cuanto a comunicaciones y accesos gracias a su ubicación en la A-6 que comunica con la región de Madrid y con el noreste Peninsular, y por su relevancia como nudo ferroviario, lo que permite un mejor desarrollo económico de la población.

La cifra de habitantes ronda en torno a 22.000 (21.556 personas exactamente); Instituto Nacional de Estadística, 2013). De ellos, en cifras aproximadas el 9,7% tienen entre 10 y 19 años, dato relevante a tener en cuenta para la planificación futura. Asimismo, la población extranjera censada forma un 6% del total. Destaca entre el colectivo de emigrantes el de los rumanos con 632 personas, casi el 50% del total, seguido del de latinoamericanos con 332. También estos datos son importantes para la planificación por las necesidades de inmersión que pudiera crear tanto a nivel lingüístico como cultural, especialmente en el primero de los casos.

En cuanto al ámbito socioeconómico se sitúa en un nivel medio, tras considerar que su actividad económica se relaciona principalmente con el comercio, la industria y la construcción, sin demandar una mano de obra cualificada en la mayoría de los casos.

No obstante, cabe señalar que todos ellos están siendo afectados por la crisis económica de forma grave, dato que se refleja en el número actual de parados registrados: 2.500 personas. A causa de ello se han desencadenado importantes desigualdades dando lugar a la aparición de bolsas de pobreza que inciden en mayor medida sobre colectivos en situación de desventaja como son las minorías étnicas y otra población en riesgo de exclusión, las cuales están viendo afectadas sus condiciones económicas y fuente de ingresos, sus viviendas, los apoyos educativos y sanitarios que reciben, repercutiendo además en situaciones de discriminación; lo cual ha alterado los avances que habían conseguido en los últimos años y producido un estancamiento e incluso un retroceso de los mismos.

5.4 DESTINATARIOS

Las personas a las que va destinada la propuesta de intervención son adolescentes pertenecientes a grupos en riesgo de exclusión, dando mayor cabida a todos aquellos que forman parte de la comunidad gitana, con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años y

que habitan en la población de Medina del Campo, y más concretamente en el barrio del Vietnam.

Se dará preferencia por aquellos adolescentes que registren mayores niveles de comportamientos problemáticos que puedan afectar sobre su desarrollo impidiendo que este se lleve a cabo de una manera normalizada e íntegra en la sociedad en la que están implicados. Así pues, centraremos nuestro interés en aquellos que reflejen niveles más bajos en las pruebas de evaluación inicial que se les aplicará en la fase previa a la iniciación del Proyecto, la cual servirá para llevar a cabo el proceso de captación.

Se ofertará una cifra aproximada de 10 plazas, pudiendo variar la ratio de las mismas en función del nivel general que represente al grupo tras las pruebas de evaluación que se les realice, sin superar nunca el máximo de 15 personas, ya que se pretenden conseguir unos resultados óptimos que no serían posibles si trabajamos con un grupo demasiado amplio.

De un modo breve, el perfil prototipo para realizar el programa se concentra en jóvenes que reúnen alguna o varias de las siguientes características:

- No son partícipes de ninguna actividad organizada relacionada con el ocio y tiempo libre. La mayoría de ellos dedica su tiempo de ocio en actividades propuestas desde el culto cristiano evangélico al que la mayoría pertenece o salir a la calle a pasar el tiempo con el grupo de iguales.
- Escaso desarrollo de habilidades sociales (por lo general no suelen tener empatía alguna, presentan niveles altos de frustración, incumplimiento de normas y límites, no tienen asignado ningún tipo de responsabilidad,...). Todo ello repercute en el tema de la resiliencia de modo que son incapaces de afrontar conflictos y resolver situaciones en el medio que les rodea mediante una actuación normalizada.
- Los niveles de autoestima que tienen son deficientes en la mayoría de los casos y la visión que poseen sobre ellos mismos no tiende a ser una visión positiva.
- No tienen motivación y aspiración alguna en la vida para formarse de cara a una profesión, siendo habitual que continúen en la profesión que han ejercido sus padres, generalmente, la venta ambulante.

- Bajo interés por los aspectos relacionados con el colegio. En esto tienen mucho que ver las familias de los niños dada la escasa implicación de los padres, quienes juegan un papel principal como agentes socializadores y referentes primarios en la educación de sus hijos e hijas. Debido al bajo refuerzo paternal y la despreocupación en muchos casos es frecuente encontrarse con situaciones de absentismo escolar.
- Nivel académico por debajo de la media de edad que les corresponde. Sin ningún hábito de estudio preestablecido y con cierto desfase curricular.
- Los hábitos alimenticios que tienen son poco saludables, a pesar de que en algunos casos cuidan su aspecto personal en cuanto a peinado y vestimenta, tienden a restar importancia al tema de la salud.
- Se constata la existencia de factores de riesgo específicos relacionados con el consumo de drogas de forma problemática. No se hacen conscientes de los riesgos que produce el consumo ocasional de alcohol y tabaco y alcohol, sobre todo en el género masculino.
- Se percibe un fuerte lazo de protección a la mujer gitana que hace que las diferencias en los procesos educativos de acuerdo con el género sean altamente notables.
- Muchos de ellos se encuentran en una edad en la que según concierna a los ritos que marca su cultura es propio el comprometerse con otro u otra joven del sexo opuesto como paso previo al matrimonio temprano.

5.5 OBJETIVOS

Los objetivos sirven de referencia en el trabajo que ha de desempeñar el técnico responsable a lo largo de todo el proceso. En este caso en concreto, reflejan aspectos acerca de la prevención de situaciones de riesgo ante el consumo de drogas. A la hora de poner en práctica cualquier Proyecto es importante fijar una serie objetivos que marquen la finalidad que debemos perseguir con nuestras actitudes, conocimientos y capacidades, y en base a los que tomar las decisiones más adecuadas para llegar a cumplir dichas metas. Así pues, nos responden al interrogante de “¿qué queremos conseguir?”.

5.5.1 Objetivos generales

1. Fomentar el desarrollo de iniciativas de programas estructurados relacionados con el ámbito de la prevención de la drogodependencia.
2. Prevenir el consumo de drogas en adolescentes pertenecientes a colectivos en riesgo de exclusión.
3. Propiciar un desarrollo integral en los sujetos.
4. Realizar el acompañamiento y la orientación de los menores en la incorporación o en el mantenimiento al itinerario educativo-formativo.
5. Fomentar la calidad de vida de las personas participantes en el programa haciendo incidencia en las principales áreas de su vida.

5.5.2 Objetivos específicos

1. Evitar que se produzcan conductas adictivas, se retrase su edad de inicio respecto a las mismas, o bien, que no se conviertan en un problema para la persona o su entorno social.
2. Reducir los niveles de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales así como los daños asociados a su consumo en el municipio de Medina del Campo (III Plan Municipal Drogas).
3. Fomentar los factores de protección en los adolescentes y en sus familias de cara al consumo de drogas y reducir los factores de riesgo.
4. Formar en competencias emocionales y habilidades sociales para favorecer el desarrollo de una conducta responsable.
5. Mejorar las competencias básicas de los adolescentes beneficiarios.
6. Adquirir habilidades que ayuden a propiciar un cambio hacia un pensamiento racional que permita afrontar todo tipo de situaciones a personas con estados emocionales negativos.
7. Aprender a dar respuestas positivas frente a las críticas destructivas de tal manera que el pensamiento positivo sustituya al pensamiento negativo.
8. Desarrollar una actitud crítica para afrontar la presión del medio con respecto al consumo de drogas.
9. Reconocer la importancia que adquiere un adecuado desarrollo personal y social
10. Promover un estilo de vida saludable en adolescentes en riesgo de exclusión a través de diversas actividades grupales para mejorar sus conductas de cooperación y solidaridad.
11. Entrenar en la aceptación de normas y límites.
12. Potenciar el crecimiento de conductas de ocio saludable en los adolescentes del municipio.

13. Potenciar la participación de la población adolescente en actividades de índole social.

14. Aumentar la autoestima de los participantes a través de la práctica de estrategias mediante las que reconozcan las cualidades positivas de cada persona.

15. Establecer mecanismos de coordinación y cooperación con todos los servicios y organizaciones socio-educativas existentes en la población de Medina del Campo, que se encuentren implicados con el tema ya sea de forma directa o indirecta.

5.6 CONTENIDOS

En el siguiente apartado se hace mención a los contenidos generales que asientan la base para la programación de las actividades con vistas a alcanzar los objetivos marcados. Cada uno de ellos está relacionado con todo lo que hemos ido viendo hasta el momento de forma que cada contenido resulta ser una pieza fundamental para poder completar el puzzle y lograr el fin último de este proyecto con el que guardan una estrecha relación: el desarrollo y refuerzo de los factores de protección para la prevención del consumo de drogas.

De manera transversal se deben de desarrollar:

1. Las interacciones sociales. Se trata de aprender a convivir en sociedad ya que el resultado de que esas interacciones sean positivas o negativas va a depender de la forma en que actuamos y actúan con nosotros.

2. Las habilidades de comunicación: permiten establecer nuevas relaciones de socialización y participar con éxito en las diversas situaciones de interacción haciendo contribuciones positivas en los distintos grupos sociales, reforzando así la probabilidad de fijar y mantener vínculos prosociales.

-Diálogo

-Escucha activa

-Emisión de mensajes, peticiones y elogios.

3. La asertividad. El éxito o el fracaso de las relaciones interpersonales se rigen según el estilo de relación que entablemos con el resto de personas de nuestro entorno. Con el fin de evitar el rechazo y saber enfrentarse a la presión social, trabajaremos el fomento de un estilo asertivo positivo. En relación a esta subyacen dos contenidos más específicos:

-Habilidades de resistencia frente a la presión social

-Elaboración de críticas constructivas.

4. La Inteligencia emocional: en la manera de actuar y de interpretar lo que sucede a nuestro alrededor influyen los sentimientos. Para el mantenimiento de relaciones satisfactorias es importante comprender tanto las emociones propias como las de los demás y actuar de acuerdo a ellas.

-Emociones y sentimientos positivos y negativos

-Control emotivo y autorregulación

-Comportamiento armónico: pienso – siento - actúo

5. El pensamiento positivo. Ayudar a ver los errores como oportunidades de aprendizaje y no como fracasos que dañen la autoestima. Se trata de que adquieran como habilidad la capacidad de pensar en términos positivos.

-Optimismo

-El sentido del humor

-Las cualidades

6. La Autoestima. Es habitual que en la adolescencia se vivan experiencias desagradables como la desaprobación por parte de personas que son significativas para ellos, lo cual repercute de manera negativa en la valoración y autoestima personal causando sentimientos de autodesprecio o autorechazo que les aleja de las normas convencionales y les predispone a vincularse con grupos socialmente desviados que suponen un factor de riesgo. Por ello es importante no olvidarnos de fortalecer su autoimagen y reforzar su autovalía.

-Aprender a ser feliz, aceptarse y valorarse

7. La convivencia. Se ponen en juego contenidos relativos al respeto, la cooperación, la tolerancia y empatía con y hacia los demás.

8. La responsabilidad

-Establecimiento y cumplimiento de normas y límites

-Consecuencias del no cumplimiento.

9. El buen uso del ocio y tiempo libre. De acuerdo a algunos estudios existe una relación entre la forma de ocupar el tiempo libre y el consumir drogas. Se trata entonces de proponer y ofrecer actividades saludables que se ajusten a las motivaciones e intereses de los adolescentes para que sirvan como factor protector ante la influencia del grupo de iguales.

-Alternativas de ocio posibles

-Aficiones y hábitos saludables

10. La creación artística: Arte urbano-cultural (el grafiti). Entre el amplio abanico de posibilidades disponibles parece ser que las actividades artísticas y culturales son las que tienen mayor poder preventivo.

5.7 METODOLOGÍA

Como en todos los Proyectos, en este también es necesario incluir y especificar el tipo de metodología que se va a llevar a cabo. Esta se apoya en los modelos teóricos que han sido explicados con anterioridad en la primera parte de fundamentación de la propuesta.

Así pues, entendemos que es la base bajo la cual se sustentan nuestras acciones y el modo en que estas han de ser efectuadas.

Por lo tanto, a continuación lo que presento son una serie de recomendaciones y pautas a seguir durante todo el proceso con el fin de crear una atmósfera adecuada que facilite el desarrollo de una interacción positiva en el grupo con el que vamos a actuar.

5.7.1 Principios y elementos metodológicos

Se destacan los siguientes:

- Contextualización: se habrán de adaptar todas las actividades que se programen a las necesidades y características tanto del Barrio como del grupo objeto de intervención, adecuando las actuaciones a las peculiaridades de cada realidad.

- Evidencia científica: la aplicación del programa ha de ser efectuado en el marco de desarrollo de las políticas de prevención.

- Actuación comunitaria: no debemos centrarnos únicamente en los sujetos que tenemos delante sino que debemos de ir un poco más allá e involucrar y hacer partícipe al resto de la sociedad.

- Coordinación y cooperación: es imprescindible que exista una estrecha coordinación con los servicios sociales, los centros educativos de la zona y otros agentes sociales que puedan verse implicados para conseguir una actuación óptima y una eficaz gestión de todos los recursos.

- Motivación y Globalización: se utilizará un centro de interés como hilo conductor del programa. En este caso en concreto, como hemos podido leer, retoman su protagonismo el arte urbano-cultural expresado a través del grafiti.

- Empoderamiento (del inglés empowerment). Puesto que queremos que se potencie el autocontrol en las vidas de los adolescentes y sean ellos mismos los protagonistas del proceso, nuestra intervención se centrará en el acompañamiento para que logren, con nuestra ayuda, la modificación de su entorno de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos.

- Enfoque integral. Se deben de abarcar todos los puntos de vista posibles e intervenir sobre todas las áreas y ámbitos de la persona.

- Perspectiva de género. La intervención debe matizarse desde este punto de vista con el fin de garantizar una situación de igualdad entre hombres y mujeres. Para ello, serán dos profesionales de sexo diferente los encargados de impartir las sesiones del Proyecto.

- Flexibilidad y apertura. Es importante que los planteamientos reúnan ambos requisitos para reforzar nuestro trabajo como factores que facilitan las relaciones desde un enfoque comunitario, incluyendo y sensibilizando a todos los agentes mediadores.

- Carácter semi-lúdico. Este componente servirá como eje motivador del proceso, puesto que por medio de actividades que resulten entretenidas, agradables y gratificantes va a ser más fácil captar la atención de los adolescentes y desarrollar sus diversas capacidades.

- Participación activa. El protagonista el programa ha de ser en todo momento el propio sujeto, por lo tanto, dentro de la temática propuesta debemos centrar los esfuerzos en que todos tomen pie en ella y sean partícipes por igual.

- Intervención multidisciplinar. Existirán tres tipos de intervención: individual para reforzar el trabajo realizado en grupo y profundizar en el itinerario socioeducativo; grupal para poner en práctica y ensayar las habilidades aprendidas; y familiar para sensibilizar a las mismas sobre la situación y servir de apoyo frente al logro de una inserción activa y plena de los hijos en su entorno.

- Empleo de técnicas de modificación de conductas: contrato de contingencias, contrato conductual, refuerzo positivo y negativo, economía de fichas, moldeamiento y/o modelado, según proceda en cada caso.

- Psicología positiva. Los esfuerzos en conseguir el mayor éxito posible se concentran en la identificación de los puntos fuertes del individuo y el desarrollo de todo ellos realzando siempre los progresos por encima de cualquier dificultad o error que surja.

5.7.2. Funciones del técnico responsable

Tomando como referencia los anteriores elementos metodológicos, la totalidad de nuestros esfuerzos deben regirse por una actuación que además cumpla las siguientes funciones:

- ✓ Promover una actitud favorable de cara a la adquisición de habilidades sociales y competencias socioemocionales, entre otras.
- ✓ Mantener la actividad y velar por que su desarrollo se ajuste a la planificación, estructuración y temporalización prevista.
- ✓ Guiar y apoyar las conversaciones y los debates grupales potenciando la participación activa y facilitando todo tipo de interacciones positivas.
- ✓ Asumir un papel de autoridad en aquellos momentos que la situación así lo requiera.

- ✓ Reajustar y modificar el seguimiento del proceso o variar las actividades si se considerase oportuno pero siempre cñiéndose a los propósitos del programa.
- ✓ Representar un modelo referente para los adolescente que equipare un estilo de vida saludable y potencie una imagen prototipo.

5.8 TEMPORALIZACIÓN

Todo el proceso real estima una temporalización aproximada de siete meses, de los cuales dos de ellos irían destinados a la planificación detallada y al proceso de captación, otro mes a la evaluación final y el cuatrimestre restante a la puesta en marcha del proyecto con el grupo de adolescentes seleccionado, sobre el que se interviene en su conjunto una vez a la semana con una sesión de hora y media a dos horas de duración y otra sesión individualizada de 45 minutos por la que irán rotando cada uno de los participantes.

El **cronograma** queda establecido de la siguiente manera:

Septiembre - Octubre	<u>Fase previa</u>			
	Organización	Coordinación	Preparación y planificación	Captación y motivación
Noviembre - Febrero	<u>Aplicación del Programa</u>			
	1 sesión semanal con duración de entre 90 y 120 minutos			
	Total 17 sesiones (variable y ajustable según el ritmo de ejecución del taller y las necesidades del grupo)			
Marzo	<u>Fase posterior</u>			
	Evaluación final con sus correspondientes reuniones, elaboración de informes y emisión de la memoria final.			

Tabla 4. Cronograma de la programación de actividades (Elaboración propia)

5.9 ACTIVIDADES

Las actividades enmarcadas en la línea del Proyecto para su correcta aplicación incluyen:

- La difusión del Proyecto. Requiere establecer reuniones informativas para su comunicación en el contexto de intervención de modo que ponga en conocimiento de la población diana y de los agentes sociales la información general sobre el mismo.

- Captación y selección de participantes. Implica la colaboración con los centros educativos y con el Centro de Acción Social como puerta de acceso que nos facilite información y posibles participantes. En esta actividad recoge la evaluación inicial que se lleva a cabo para elegir quiénes serán los beneficiarios directos.

- Coordinación con los agentes y con las familias. Paralelo al trabajo con los adolescentes es oportuno mantener un contacto regular con los colectivos implicados citados, ya sea telefónicamente o a través de reuniones (al menos una al mes) en las que se genere un feedback proporcionando un intercambio útil de información acerca de la trayectoria académica, las relaciones sociales, la orientación formativo-laboral, el establecimiento de normas y límites y el funcionamiento del grupo y de las actividades, todos ellos aspectos enriquecedores para una mejor intervención.

- Sesiones individuales. Un día a la semana se reservará para ir citando a cada participante por separado para hacer labores de apoyo en la que se les ayude a resolver sus dificultades y a orientarle en sus avances, estableciendo un seguimiento individualizado en su itinerario educativo-formativo. Se constata la convocatoria de al menos 3 sesiones con cada uno de los menores.

- Sesiones grupales. Previamente el técnico se encargará de la preparación de las actividades y de los recursos y materiales necesarios para cada sesión. En la programación de las mismas se ha de incluir:

- Una sesión inicial informativa y de toma de contacto con el grupo en la que se establezcan normas y límites, dinámicas y juegos de conocimiento y la presentación-organización del taller.
- Una visita guiada por las zonas de la vía pública que contengan arte urbano expresado en forma de grafiti.

- Algún juego o actividad lúdica de ocio y tiempo libre saludable que apoye los contenidos del programa.
 - Diálogo libre y dirigido en el que poner en práctica y trabajar las habilidades comunicativas y las actitudes.
 - Dinámicas grupales para trabajar competencias y habilidades para la vida.
 - Una última sesión enfocada a la organización de una fiesta de despedida y en la que se recoja la valoración final del taller por parte de los asistentes.
 - Desarrollo de un gran taller;
- **Taller “Urban-Art”**. Será el eje central de todo el proceso. En él ha de entrar en juego el tratamiento transversal de los contenidos explícitos anteriormente. El objetivo es estimular a los menores para potenciar sus factores de protección con la realización de una pintada de un grafiti, quedando ésta reflejada en una zona específica del núcleo urbano que se determine de acuerdo a los permisos del Ayuntamiento de Medina del Campo.

A la hora de preparar la planificación de las actividades la **estructura del desarrollo general de las sesiones** (con la estimación aproximada del tiempo) es la siguiente:

-Llegada y saludo. (5’)

-Tiempo de diálogo libre o dirigido. (15’)

-Actividad, juego o dinámica cuya preparación y elección corre a cargo del técnico educador que tendrá la libertad de seleccionar aquella más apropiada acorde a los contenidos y al grupo. (15’)

-Desarrollo del taller “Urban-Art”. (50’)

-Opiniones y valoraciones de la sesión y despedida. (5’)

5.10 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Para cubrir la demanda que conlleva la implementación de la propuesta de una manera efectiva y sostenible es primordial establecer una adecuada dotación y gestión de los recursos de los que vamos a disponer tanto a nivel interno como a nivel externo, distinguiendo los siguientes tipos de recursos: personales o humanos y materiales.

RECURSOS HUMANOS

Para la ejecución del programa se necesitarán dos perfiles profesionales: una Educadora que será quién tome el mando directo y una persona, varón, licenciado o graduado en Bellas Artes o que posea conocimientos demostrables acerca de las artes gráficas del grafiti, que se encargará de la actividad-taller a la par que servirá de apoyo a la otra persona. Es importante que ambos cuenten con un mínimo de experiencia y formación con respecto al trabajo con adolescentes y familias. Se recomienda la permanencia de los mismos profesionales durante todo el período. En el caso de no dar con el perfil idóneo el sexo de los profesionales puede darse a la inversa, siempre que exista uno de cada sexo como requisito indispensable para el cumplimiento de la perspectiva de género.

Se pedirá a los servicios locales del Ayuntamiento de Medina del Campo que guarden el respaldo de ambas personas en todo momento.

Por otro lado, también se contará con algunos agentes colaboradores de la comunidad, quienes serán captados en la fase previa al proyecto.

RECURSOS MATERIALES

Se prevé que las actividades programadas sean realizadas en la mayoría de las sesiones en las instalaciones del Centro Cultural Integrado Isabel la Católica (una vez aceptados los debidos permisos y consentimientos), de manera puntual en los locales de las entidades con las que se colabore (como por ejemplo el I.E.S. Emperador Carlos) y en los recursos o lugares que se visite y/o se precisen para las actividades que vayan a ser planificadas (en el caso del taller se plantea que su realización quede plasmada en la vía urbana bien en las paredes que encauzan el paso del río Zapardiel, en alguna fachada o en alguna pared de las instalaciones del Centro Cívico).

En tema de instrumentos, se dispondrá de material fungible, destacando todos los elementos de construcción gráfica que se requieren para la actividad-taller (folios, revistas, pinturas, spray de colores, pinceles...) y material audiovisual como ordenadores y cámara de fotos necesaria para elaborar el diario y registro de cada sesión.

Matizada la organización de cada sesión cabría añadir también todos aquellos materiales específicos que vayan a ser necesarios.

5.11 EVALUACIÓN

Con vistas a una mejora continuada del trabajo desarrollado en este tipo de programas preventivos es de vital importancia llevar a cabo una correcta evaluación de nuestras actuaciones ejecutando un análisis lo más preciso posible, ya que se trata de una propuesta innovadora de inclusión social en la zona de Medina del Campo, por lo que es imprescindible tomar una actitud autocrítica con el fin de poder realizar los ajustes oportunos de cara a que el proyecto pudiera continuar en marcha posteriormente bien haciendo una extensión del mismo con el ofrecimiento de un nuevo taller-actividad o bien el mismo proyecto pero con otro grupo nuevo, siempre que los resultados finales hayan sido favorables.

Obtendremos una evaluación completa si nos ceñimos a valorar el programa en todas sus vertientes y con una revisión continuada a lo largo de todo el proceso desde el momento en que se empieza a ejecutar hasta su finalización. Los pasos a seguir se estructuran en:

1. Evaluación inicial

En primer lugar hay que ejecutar un análisis del contexto elegido, de la realidad del barrio y de las características y peculiaridades de la población diana.

Gracias a la observación directa de los jóvenes participantes de otros programas similares al que propongo, he podido conocer más a fondo las características y necesidades de todos ellos, sus intereses y motivaciones, sus costumbres y formas de relación, sus limitaciones y debilidades, etc... El empleo de la observación como técnica evaluadora resulta de gran utilidad para recabar información más exhaustiva de la situación de la que se parte.

No podemos olvidar el inicio y mantenimiento del contacto con los agentes implicados (Centro escolar, educadores o asistentes sociales, población del barrio, familias...), con quienes abriremos un vínculo para un mejor funcionamiento.

A su vez, para el proceso de captación de los participantes será de carácter obligatorio aplicar una serie de pruebas y escalas que determinen la situación personal y social en que se encuentran, ya que según las puntuaciones obtenidas en las mismas tendrán prioridad de ser beneficiarios aquellos que presenten mayores factores de riesgo de cara al consumo de drogas. Esta valoración inicial nos va a ayudar a tener una visión más precisa y ajustada de cómo abordar una intervención efectiva con los menores y con su entorno más próximo.

2. Evaluación procesal

Permite recoger gran cantidad de datos para valorar si los objetivos propuestos se están o no cumpliendo y en el segundo de los casos dar opción a remodelar los contenidos y actividades. La forma de llevarla a cabo conlleva hacer un seguimiento mediante varios procedimientos.

Con el grupo beneficiario, al término de cada sesión semanal, se hará una breve autoevaluación en la que se ha de recoger de manera oral las opiniones personales acerca del grado de satisfacción y del cumplimiento de los objetivos trabajados.

Posteriormente, el técnico especialista rellenará una ficha de evaluación de la sesión en la que quede reflejada el registro de asistencia y aspectos destacables sobre el desarrollo de la actividad y el funcionamiento general del grupo (participación, grado de interés y motivación e incidencias en el caso de que hubiera alguna). La información se obtiene de la observación directa y queda plasmada por escrito mediante las hojas de registro. Este proceso se repite con regularidad todas las semanas.

Asimismo, se procederá también a rellenar un registro de cada participante en el que se evalúe a nivel individual su evolución general a lo largo del programa.

Paralelamente, a fin de hacer un seguimiento completo, se convocarán reuniones periódicas con los agentes implicados para valorar y contrastar información, la cual quedará fijada en actas y registros. Es conveniente que se haga al menos una al mes.

3. Evaluación final o de resultados

La evaluación ha de determinar los cambios que ha generado la aplicación del proyecto dando a conocer en qué medida se han visto cumplidas las expectativas y los objetivos programados, aproximándonos a conocer los resultados y con ello la eficiencia, la efectividad y el nivel de éxito de la propuesta. Así pues, su fin reside en poder optimizar la gestión del proyecto.

El enfoque de esta última se centra en todos los grupos implicados: los agentes sociales, los técnicos responsables, el grupo de adolescentes y las familias.

Se evaluará la integridad del programa en base a todos los datos recogidos a lo largo de las sesiones y contrastando evaluación inicial y evaluación final, en la que se volverá a administrar de nuevo todas las pruebas y cuestionarios a cada uno de los sujetos participantes.

Al mismo tiempo, es preciso programar una reunión final con cada uno de los grupos para proceder a una devolución de la información en la que se comenten y valoren los resultados, la evolución, las impresiones y las experiencias personales así como para aportar sugerencias de cara a posibles modificaciones. De esta manera se trata de sensibilizar con el tema y ampliar el campo de acción social.

La variedad de información que ofrecen los distintos puntos de vista sirve para enriquecer el proyecto y comprobar también el alcance de los resultados. Una vez recogida toda la información y procesada adecuadamente se plasmarán los datos en una memoria final que elaborará el técnico responsable, la cual además será emitida a los agentes que hayan intervenido.

5.11.1 Mecanismos de evaluación

A) Observación directa.

B) Registro de las sesiones.

C) Registro y actas de las reuniones.

D) Escalas y pruebas de evaluación (Martínez, Pérez, de las Heras, 2003): (ANEXOS)

ESCALAS A RELLENAR LOS PARTICIPANTES	DIMENSIONES EVALUADAS	NÚMERO DE ÍTEMS	PUNTUACIÓN MÁXIMA
OTL	Ocio y tiempo libre	4	
A-ICE	Autoestima	14	35
	Inteligencia emocional		35
	Control Emocional		
HPV-HR	Habilidades para la vida.	13	65
	Habilidades de resistencia		
HC	Consumo de Drogas	8	
IC-RPG	Intenciones de consumo	9	20
	Reacción a la presión de grupo		25
SEARS – A (Crespo y Arias, 2014)	Autorregulación	38	
	Competencia social		
	Empatía		
	Responsabilidad		

Tabla 5. Relación de escalas de evaluación para los destinatarios. (Elaboración propia)

ESCALA A RELLENAR POR EL MONITOR	DIMENSIONES EVALUADAS	NÚMERO DE ÍTEMS	PUNTUACIÓN MÁXIMA
CSE monitor	Agresividad,	11	15
	Control emocional,		15
	comportamiento social		25
Evaluación del proceso	Evaluación del proceso	19	Contenidos: 60 Otros aspectos: 35

Tabla 6. Relación de escalas de evaluación para el monitor. (Elaboración propia)

5.12 PROPUESTAS DE MEJORA

Debido a la escasa existencia de Proyectos de esta índole es necesario que tras la puesta en marcha y su correspondiente evaluación nos detengamos a pensar sobre aquellos aspectos que de una u otra forma pueden ser mejorados, modificados, eliminados o incluso innovados a través de nuevas proposiciones enfocadas siempre de cara a la consolidación del programa y

a la consecución de una escala lo mayor óptima posible en cuanto al cumplimiento de los objetivos establecidos al principio. Todo ello es imprescindible para afianzar una base sólida en el programa que dé pie a una intervención de calidad.

Tomando como referencia la observación sobre algunos programas de prevención comunitaria he de concretar que existen varios aspectos en los que posiblemente debamos de centrar nuestra atención para ir mejorándolos en la medida de lo posible con el día a día.

Entre los aspectos a resaltar debemos de esforzarnos por:

- Fortalecer el trabajo realizado con las familias y tratar de conseguir mayor implicación por parte de ellos estableciendo una relación de confianza que aumente el vínculo afectivo.

- Mejorar los resultados y conseguir una coordinación más fluida.

- Utilizar registros más exhaustivos que faciliten la detección de los progresos en relación a los objetivos propuestos.

6. CONCLUSIONES

En primer lugar, puedo decir que por fin veo matizado todo mi proyecto lo cual supone un gran logro y satisfacción a nivel personal, pues debido a diversas complicaciones y contratiempos que se me han presentado por motivos de tiempo, trabajo y sobre todo por salud, la realización del Trabajo Fin de Máster me ha requerido un costoso esfuerzo.

A pesar de ello, he de decir que ha supuesto una experiencia enriquecedora para mí digna de ser valorada positivamente puesto que desde el punto de vista profesional, como educadora y futura psicopedagoga, me ha permitido adquirir, profundizar e interiorizar nuevos conocimientos sobre temas de interés como es hoy en día la prevención de las drogodependencias, la psicología positiva o la resiliencia, y asimismo me ha servido para extraer de todos ellos una utilidad práctica.

En segundo lugar, he de resaltar la limitación de mi trabajo en cuanto a que no ha sido llevado a la práctica y consecuentemente no se puede garantizar que los resultados que se obtengan de él sean óptimos. Sin embargo, creo que si puede alcanzarse un porcentaje mínimo de eficacia debido a que para la elaboración del programa parto, por un lado, de la experiencia de las prácticas realizadas durante el máster habiendo participado en el desarrollo de dos programas diferentes de intervención comunitaria con población de etnia gitana que se asemejan en cierto grado a mi propuesta, y por otro lado, porque la base del mismo se sustenta en programas fiables y guías de apoyo que marcan una serie de pautas y recomendaciones a seguir para una correcta y efectiva planificación.

Debido a mi interés en la temática seleccionada, a la motivación y al afán de progresar me gustaría tener la oportunidad de presentar mi propuesta de trabajo con el fin de que pudiera ser llevada a la práctica algún día, aunque entiendo que son numerosas las limitaciones y restricciones que actuarán de barrera ante tal expectativa.

Pero para empezar a cambiar el mundo primero hay que empezar por uno mismo. Con esto quiero decir que en muchas ocasiones somos nosotros los primeros que no confiamos en las posibilidades de cambio y nos cerramos en banda ante cualquier sugerencia que se extrapole de lo relativamente normal. Por eso, como futura profesional de la psicopedagogía entiendo que soy la primera que ha de abrir sus puertas si quiero conseguir avanzar un paso hacia adelante en la transformación de la realidad.

Quizá esto suene demasiado a utopía, pero desde la Psicología positiva he aprendido que sin una actitud positiva no hay camino hacia al éxito. No obstante, para lograrlo hay que enfrentarse a las adversidades y confiar en nuestras posibilidades, así que dicho esto, al menos de intentarlo que no sea.

Y por otro lado, a modo de reflexión final, me gustaría resaltar algunos aspectos relevantes en relación con la temática sobre la que he trabajado. Considero que la drogodependencia es una realidad que cada día está más presente en nuestra sociedad y cada vez en edades más tempranas y sobre la cual existe un desinterés y una pasividad generalizada en casi todos los ámbitos. Ante tal situación, creo que es conveniente sensibilizar a todos los agentes del entorno de cuál es la verdadera realidad que nos rodea y concienciar del grado de preocupación que deberíamos de mostrar hacia las conductas problemáticas de los adolescentes.

Con ello y por ello, pretendo establecer una nueva alternativa de trabajo que refuerce la situación de este colectivo, especialmente en aquellas personas que se encuentran en riesgo de exclusión y que como hemos podido observar son más propensas de propiciar conductas de consumo de drogas.

A fin de evitar que se produzcan estas conductas, el enfoque del programa se sitúa en el ámbito preventivo, pues como he podido valorar, la importancia de la intervención reside en no esperar a que surja el problema para solventarlo. Por lo tanto, me he centrado en una actuación temprana que proteja al adolescente dotándole de habilidades y competencias socioemocionales que le ayuden a promover una actitud resiliente en su interacción con el medio.

Desde esta perspectiva, me apoyo en un nuevo método de trabajo, la Psicología positiva. A través de ella quiero dar cabida al tratamiento de las fortalezas y potencialidades de la persona trabajando todas ellas desde la transversalidad y confiando en que si partimos de una visión optimista de la persona será más posible alcanzar también unos resultados óptimos que potencien un mejor desarrollo del grupo objeto que aumente su calidad de vida y ayude a paliar los efectos negativos derivados de las adversidades a las que se enfrentan cada día.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Proyecto Hombre – Fundación Aldaba (2003). *Programa de prevención familiar universal ¡A tiempo!* Madrid: Proyecto Hombre.
- Arbex, C. (2002). Población diana de la intervención: los menores/adolescentes. En C. Arbex, *Guía de intervención. Menores y consumos de drogas* (págs. 11-20). Madrid.
- Arbex, C. (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva, selectiva e indicada*. Madrid: ADES.
- Ayerbe, P. (1996). *La intervención educativa ante la desadaptación social*. España: Lazkao: Pax Argitaletxea.
- Ayuntamiento de Medina del Campo. *III Plan Municipal de prevención de drogodependencias* (2012 – 2015). Plan Municipal de Prevención del Consumo de Drogas. Medina del Campo: Concejalía de Juventud: Área de Prevención del Consumo de Drogas.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*(77), 25-32.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Revista Adicciones*, 19(1), 89-101. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122034010.pdf>
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*,3, 333-356.
- Cano, A. B. (2012). La educación social: ¿antídoto contra la exclusión social o mecanismo de estigmatización social? *Revista de Educación Social (RES)*. Obtenido de http://www.eduso.net/res/pdf/14/estig_res_%2014.pdf

- Carretero, R. (2010). Resiliencia: una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 1-13.
- Catalano, R. F. y Hawkins, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime. Current theories* (pp. 198-235). Nueva York: Cambridge University Press.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Crespo, M.T. y Arias, B. (2014). *Estructura Factorial de la Escala de Resiliencia y Competencias Socioemocionales SEARS-A*. Poster presentado en el II Congreso Nacional de Psicología Positiva. Oroposa del Mar, mayo 2014.
- Fernández, C. (s.f.). *Los adolescentes: población diana de la intervención en el consumo de drogas*. Recuperado el 2014, de Menores y consumo de drogas: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/menores-y-consumo-de-drogas/adolescentes-poblacion-diana.shtml>
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *PediatricAnnals*, 20, 459-466.
- Grotberg, E. (2003). *Nuevas tendencias en resiliencia*. (Paidós, Ed.) Obtenido de Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas: <http://www.addima.org/Documentos/Nuevas%20tendencias%20en%20resiliencia%20Grotberg.pdf>
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Henderson, N. y Milstein, M (2003). *Resiliencia en la escuela*. Barcelona: Paidós.
- Iglesias, E. B. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Instituto Nacional de Estadística (2013). *Cifras oficiales de la Revisión anual del Padrón municipal*.

<http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?per=12&type=db&divi=DPOP&idtab=49>

Izaskun, S., & Arostegui, E. (2013). Marco conceptual y legislativo. En S. Izaskun, & E. Arostegui, *Manual de buenas prácticas para la creación de alternativas de intervención dirigidas a la población drogodependiente en situación de exclusión social: un nuevo paradigma de intervención* (págs. 14-25). Bilbao: Bilboko Elizbarrutikoa y Munduko Meikuak.

Ley 5/2002, de 27 de junio, *sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos*. Boletín Oficial del Estado, nº176, de 24 de julio de 2002. Madrid.

Martínez, F., Pérez, E., & de las Heras, M. D. (2003). *Nexus. Programa para la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Deporte y vida. Asociación de deportistas.

Melendro, M. (2010). Presentación. *Revista interuniversitaria de Pedagogía Social*(17), 7-11. Obtenido de Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135013577001>

Ministerio de Sanidad, S. S. (2013). *Encuesta Estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2012/2013*. España: DGPNSD. MSSSI. Obtenido de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf

Naranjo, M. L. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista INIE*, 7(2), 1-27.

Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, Á., & Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 53-62.

Park, N.; Peterson, C. y Sun, J. (2013). La psicología positiva: Investigaciones y aplicaciones. *Terapia Psicológica* 31 (1) 11-19.

Pérez de Armiño, K., & Eizagirre, M. (2006). *Exclusión social*. Obtenido de Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/96>

Pineda, S., & Aliño, M. (2002). El concepto de la adolescencia. En F. Cruz Sánchez, S. Pineda Pérez, N. Martínez Vázquez, & M. Aliño Santiago, *Manual de prácticas*

clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia (2ª ed., págs. 15-23). La Habana, Cuba: MINSAP.

Rivera de los Santos, F., Ramos, P., Moreno, C., & Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 2, 129-139.

Rosenfeld, E. (2009). Los procesos de producción artística como espacios para el desarrollo positivo de los jóvenes. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*(66), 181-202.

Sánchez, A., & Jiménez, M. (2013). Exclusión social: fundamentos teóricos y de la intervención. *Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención Social*, 3(4), 133-156.

Sandín, M. P. (2007). La socialización del alumnado en contextos multiculturales. En M. Á. Essomba, *Construir la escuela intercultural. Reflexiones y propuestas para trabajar la diversidad étnica y cultural* (7ª ed., págs. 37-46). Barcelona: Graó.

Sarabia, I., & Arostegui, E. (2013). Marco conceptual y legislativo. En I. Sarabia, E. Arostegui, & G. vasco (Ed.), *Manual de buenas prácticas para la creación de alternativas de intervención dirigidas a la población drogodependiente en situación de exclusión social: un nuevo paradigma de intervención* (págs. 14-25). Bilbao: Bilboko Elizbarrutikoa y Munduko Medikak.

Subirats, J., & Brugué, J. (2005). La exclusión social: concepto y factores. En J. Subirats, R. Gomà, & J. Brugué, *Análisis de los factores de exclusión social* (págs. 7-20). Madrid: Fundación BBVA e Instituto de estudios Económicos de la Generalitat de Cataluña.

Subirats, J., Riba, C., Giménez, L., Obradors, A., Giménez, M., Queralt, D., . . . Rapoport, A. (2004). La exclusión social: debates y conceptos. En J. Subirats, C. Riba, L. Giménez, A. Obradors, M. Giménez, D. Queralt, . . . A. Rapoport, *Pobreza y exclusión. Un análisis de la realidad española y europea* (Vol. 16, págs. 10-33). Barcelona: Fundación La Caixa. Colección de Estudios Sociales.

Valverde Molina, J. (1996). *El proceso de inadaptación social*. Madrid: Popular.

Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27, 3-8.

Vera, J., & Muñoz, Á. M. (2008). Exclusión e inadaptación social. En J. Vera, & Á. M. Muñoz, *Tesis doctoral. Evaluación de un programa de Educación Social con jóvenes en situación de riesgo* (págs. 59-62). Málaga: Universidad de Málaga. Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Obtenido de <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/17961695.pdf>

Vinaccia, S., Margarita Quiceno, J., & Moreno San Pedro, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*(16), 139-146.

Wikipedia. (s.f.). *Wikipedia. Enciclopedia libre*. Obtenido de Inteligencia Emocional: http://es.wikipedia.org/wiki/Inteligencia_emocional

Wikipedia. (s.f.). *Wikipedia. Enciclopedia libre*. Obtenido de Teoría de las inteligencias múltiples: http://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa_de_las_inteligencias_m%C3%BAltiples

ANEXOS

ANEXO 1. ESCALAS DE EVALUACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA

A) ESCALA OTL (Ocio y tiempo libre)

1. ¿Estás satisfecho con la forma en la que ocupas actualmente tu tiempo libre?

- Muy satisfecho	
- Satisfecho	
- No sé, difícil de decir	
- Insatisfecho	
- Muy insatisfecho	

2. Señala las actividades que realizas habitualmente en tu tiempo libre.

- Estar con mis amigos/as	
- Ver la televisión	
- Escuchar música	
- Jugar con ordenadores o videojuegos	
- Leer	
- Ir al cine o al teatro	
- Ir a conciertos	
- Hacer deporte	
- Realizar alguna actividad artística o cultural	
- Ver algún espectáculo deportivo	
- Otras ¿Cuáles?	

3. ¿Qué actividades te gustaría hacer en tu tiempo libre?

.....

.....

.....

4. Señala si perteneces a algunos de los siguientes clubes o asociaciones.

- Deportivo	
- Juvenil	
- Religioso	
- Cultural	
- Recreativo o de ocio y tiempo libre	
- Ecologista	
- Humanitario	
- Otros ¿Cuáles?	

B) A-ICE (Autoestima / Inteligencia Emocional y Control Emocional)

1. Señala la casilla con la que estés más de acuerdo sobre las siguientes afirmaciones referidas a ti mismo.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Difical de decir	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas					
2. Me gusta mi aspecto físico					
3. La mayoría de los chicos y chicas de mi edad son más listos que yo					
4. Creo que tengo una serie de buenas cualidades					
5. Soy torpe para los deportes					
6. Me gusta mi forma de ser					
7. Creo que soy una persona simpática y alegre					
8. A menudo me pongo nervioso/a por nada					
9. Me cuesta ver el lado positivo de las cosas					
10. Me doy ánimos cuando algo me sale mal					
11. Me preocupo mucho por cosas tontas					
12. Con frecuencia pienso que no valgo para nada					
13. Para mi es horrible que las cosas me salgan mal					
14. A menudo me siento triste					

Modo de valoración e interpretación de los resultados:

Autoestima

Puntuación directa: afirmaciones 1, 2, 4, 6 y 7. Totalmente de acuerdo (5 puntos), de acuerdo (4 puntos), difícil de decir (3 puntos), en desacuerdo (2 puntos), totalmente en desacuerdo (1 punto).

Puntuación inversa: afirmaciones 3 y 5. Totalmente de acuerdo (1 punto), de acuerdo (2 puntos), difícil de decir (3 puntos), en desacuerdo (4 puntos), totalmente en desacuerdo (5 puntos).

Puntuación máxima de autoestima: 35 puntos. A mayor puntuación, más autoestima.

□ **Inteligencia y control emocional**

Puntuación directa: afirmación 10. Totalmente de acuerdo (5 puntos), de acuerdo (4 puntos), difícil de decir (3 puntos), en desacuerdo (2 puntos), totalmente en desacuerdo (1 punto).

Puntuación inversa: afirmaciones 8, 9, 11, 12, 13 y 14. Totalmente de acuerdo (1 punto), de acuerdo (2 puntos), difícil de decir (3 puntos), en desacuerdo (4 puntos), totalmente en desacuerdo (5 puntos).

Puntuación máxima de inteligencia y control emocional: 35 puntos. A mayor puntuación, más inteligencia y control emocional.

C) **HPV – HR** (Habilidades para la vida – Habilidades de Resistencia)

1. A continuación te presentamos una serie de afirmaciones sobre la forma de pensar o de comportarse de las personas. Marca la casilla que más se ajuste a tu forma de pensar o de actuar.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Con frecuencia hago lo primero que se me viene a la cabeza					
2. Cuando se meten conmigo lo mejor es ser agresivo y atacar					
3. Me da vergüenza decirles cosas agradables a los demás					
4. Cuando hay que resolver un problema, merece la pena pararse a pensar					
5. Sé cómo "decir no" cuando me piden algo que no quiero hacer					
6. La publicidad de alcohol y tabaco oculta los perjuicios que ocasiona consumir estos productos					
7. Cuando me critican me siento atacado y respondo con agresividad					
8. Normalmente tomo las decisiones pensando en las consecuencias					
9. Si alguien me molesta, le pido que deje de hacerlo					
10. Cuando decido algo pienso en lo que es mejor para mi salud y no en lo que piensan o dicen los demás					
11. Cuando alguien me critica me callo y no sé que hacer					
12. La publicidad trata de vender como sea					
13. Cuando decido algo, no me importa lo que piensen mis amigos					

*Modo de valoración e interpretación de los resultados:

Puntuación directa: afirmaciones 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12 y 13. Totalmente de acuerdo (5 puntos), de acuerdo (4 puntos), no estoy seguro (3 puntos), en desacuerdo (2 puntos), totalmente en desacuerdo (1 punto).

Puntuación inversa: afirmaciones 1, 2, 3, 7 y 11. Totalmente de acuerdo (1 punto), de acuerdo (2 puntos), no estoy seguro (3 puntos), en desacuerdo (4 puntos), totalmente en desacuerdo (5 puntos).

Puntuación máxima: 65 puntos. A mayor puntuación, más habilidades para la vida y para resistir la presión social.

D) **HC** (Hábitos de consumo)

1. ¿Has fumado tabaco alguna vez?

Si	
No	

2. Si fumas o has fumado, ¿a qué edad empezaste? años

3. ¿Alguien fuma en tu casa?

Mi padre	
Mi madre	
Mis hermanos	
Nadie	

4. ¿Algunos de tus amigos fuman?

No, ninguno	
Algunos	
La mayoría	
Todos	

5. ¿Has consumido bebidas alcohólicas alguna vez?

Si	
No	

6. Si has probado el alcohol, ¿a qué edad empezaste? Años.

7. ¿Alguien consume bebidas alcohólicas habitualmente en tu casa?

Mi padre	
Mi madre	
Mis hermanos	
Nadie	

8. ¿Algunos de tus amigos consumen bebidas alcohólicas?

No, ninguno	
Algunos	
La mayoría	
Todos	

E) **IC – RPG** (Intenciones de consumo y reacción a la presión del grupo)

1. ¿Hasta qué punto consideras probable hacer cada una de las siguientes cosas en el próximo año? (... o en los próximos dos años)

	Muy probable	Probable	No estoy seguro	Improbable	Muy improbable
1. Probar el tabaco por curiosidad					
2. Aceptar ofertas de cigarrillos					
3. Fumar habitualmente					
4. Fumar un cigarrillo si mis amigos me desafían a hacerlo					
5. Fumar porque mis amigos fuman					
6. Beber alcohol habitualmente los fines de semana					
7. Aceptar invitaciones de bebidas alcohólicas					
8. Beber alcohol cuando me apetezca					
9. Beber alcohol cuando salga con mis amigos para que no piensen que soy un bicho raro					

* Modo de valoración e interpretación de los resultados:

Todos los ítems se puntúan de forma directa. Muy probable (5 puntos), probable (4 puntos), no estoy seguro (3 puntos), improbable (2 puntos), muy improbable (1 punto).

Intenciones de consumo

Ítems: 1, 3, 6 y 8. Puntuación máxima: 20 puntos. A mayor puntuación, más intención de consumir drogas.

Reacción a la presión del grupo

Ítems: 2, 4, 5, 7 y 9. Puntuación máxima: 25 puntos. A mayor puntuación, más susceptibilidad a la presión del grupo para consumir drogas.

ANEXO 2. ESCALAS DE EVALUACIÓN PARA EL MONITOR RESPONSABLE DEL PROGRAMA

A) CSE (Agresividad, control emocional comportamiento social)

1. Por favor, conteste con qué frecuencia se producen los siguientes comportamientos en cada uno de los miembros del grupo. Rellene una ficha por cada preadolescente.

Clave personal:	Dos primeras letras del primer apellido		
	Dos primeras letras del segundo apellido		
	Número del mes de nacimiento		
	Año de nacimiento		

	Nunca o casi nunca	A veces	Difícil de decir	Con frecuencia	Siempre o casi siempre
Comportamientos agresivos					
1. Discute con sus compañeros y con el monitor					
2. Amenaza o insulta a sus compañeros					
3. Se pelea con sus compañeros					
Control emocional					
4. Se muestra nervioso o ansioso					
5. Parece muy preocupado					
6. Se enfada fácilmente					
Comportamiento social					
7. Se relaciona fácilmente con los demás					
8. Sus compañeros le hacen caso					
9. Le gusta estar con sus compañeros					
10. Se muestra independiente en su relación con los demás					
11. Cooperar con sus compañeros					

* Modo de valoración e interpretación de los resultados:

Puntuaciones directas: ítems 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10 y 11. Nunca o casi nunca (1 punto), a veces (2 puntos), difícil de decir (3 puntos), con frecuencia (4 puntos) y siempre o casi siempre (5 puntos).

Puntuaciones inversas: ítems 4, 5 y 6. Nunca o casi nunca (5 puntos), a veces (4 puntos), difícil de decir (3 puntos), con frecuencia (2 puntos) y siempre o casi siempre (1 punto).

Comportamientos agresivos

Puntuación máxima: 15 puntos. A mayor puntuación, más agresividad.

Control emocional

Puntuación máxima: 15 puntos. A mayor puntuación, más control emocional.

Comportamiento social

Puntuación máxima: 25 puntos. A mayor puntuación, mejor comportamiento social.

B) EVALUACIÓN DEL PROCESO

1. Señale cómo se han desarrollado las sesiones del programa

Sesión	¿Se ha realizado la sesión?		Duración (minutos)	Grado en el que se han abordado los contenidos e ideas clave de cada sesión				
	Si	No		Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

2. Señale cómo se ha desarrollado el programa en los siguientes aspectos:

	Muy bueno	Bueno	Moderado	Deficiente	Muy deficiente
1. Interés del monitor en el programa					
2. Interés de los preadolescentes en el programa					
3. Grado de fidelidad a lo programado					
4. Grado de comunicación, discusión e intercambio de ideas en el grupo					
5. Grado de participación de los preadolescentes					
6. Grado de práctica de las habilidades objeto de aprendizaje					
7. Clima del grupo					

* Modo de valoración e interpretación de los resultados:

Muy bueno o muy alto (5 puntos), bueno o alto (4 puntos), moderado (3 puntos), deficiente o bajo (2 puntos), muy deficiente o muy bajo (1 punto).

Puntuación máxima para el grado en que se han abordado los contenidos del programa: 60 puntos.

Puntuación máxima para otros aspectos del programa: 35 puntos.

En ambos casos, a mayor puntuación, mejores resultados en la evaluación del proceso.

