

PROYECTO

HOMBRE

MONOGRÁFICO
XIII JORNADAS ASOCIACIÓN
PROYECTO HOMBRE



MIÁS ALLÁ
DE LAS DROGAS:
NUEVOS RETOS EN
LA INTERVENCIÓN
CON JÓVENES

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN
PROYECTO HOMBRE
Nº 75 MAYO 2011

3€

PROYECTO HOMBRE

PRESIDENTE

Manuel Muñíos

COMITÉ CIENTÍFICO

Luigi Cancrini
Médico psiquiatra
Roma, Italia

Domingo Comas
Sociólogo y Presidente
del G.I.D. Madrid

Javier Elzo
Sociólogo, Investigador
del Instituto Deusto de
drogodependencias.
Bilbao

Georges Estievenart
Director de Honor
del Observatorio
Europeo de las Drogas
y Toxicomanías.
Lisboa, Portugal

Jaume Funes
Psicólogo Periodista y
Escritor. Barcelona

Baltasar Garzón
Magistrado, Juez. Madrid

Elena Goti
Consultora Dianova
Internacional. Barcelona

Alain Labrousse
Presidente
del Laboratorio de
Geopolítica de las
Drogas. Francia

Emiliano Martín
González
Psicólogo Responsable
del Menor y la Familia
Ayuntamiento de Madrid

Luis Rojas Marcos
Psiquiatra. Profesor
de la Universidad de
Nueva York. USA

Santiago de Torres
Médico y ex-Director
General PNSD. Madrid

Nore D Volkow
Directora National
Institute on Drug
Abuse (NIDA). USA

CONSEJO DE REDACCIÓN

Antonio Tarabini

Antonio Alemany

Tomeu Catalá

Modesto Salgado

EDICIÓN

PROYECTO HOMBRE
Beatriz Sánchez

MAQUETACIÓN Y DISEÑO

Abrelatas
Comunicación

DELEGACIONES Y CORRESPONSALES

AMÉRICA LATINA

Argentina
Martín Gomá
Fundación Belén Escobar

Colombia
Gabriel Mejía
FLACT

Guatemala
Sergio Rolado Valle Leoni
Pte. Red Guatemalteca
de Organizaciones
que trabajan
en Drogodependencias

México
Joaquín
del Bosque
Presidente CCTT México

España
Alicante
Maritina Asensi

Almería
M^a Dolores López

Asturias
Ernesto Lois

Baleares
Lino F. Salas

Burgos
Fernando Pérez
del Río

Cádiz
Julia Bellido

Canarias
Esther Brito y
María Padrón

Cantabria
José Miguel Ruíz

Castellón
José María
Arquimbau

Castilla La Mancha
Begoña Rubio

Cataluña
Ana Belén Solana

Córdoba
Lázaro Castro

Extremadura
Raquel Molano

Galicia
Amalia Calvo

Granada
M^a José Martínez

Huelva
Víctor Rodríguez

Jaén
Rosa Martínez

La Rioja
Vanessa Gordo

León
Jorge Rubio

Madrid
Pepe Mejía

Málaga
Belén Pardo

Murcia
Javier Pérez

Navarra
Marisa Aristu

Salamanca
Rosa Barrios

Sevilla
Manuel Orellana

Valladolid
Rubén González

FOTOGRAFÍAS

Adela Ríos

Daniel Pozo

Archivo Proyecto

PRECIO ANUAL ESPAÑA

10 euros

PRECIO ANUAL EXTRANJERO

Europa: 20 €

Resto: 20 \$ (EE.UU.)

EDITA

Asociación
Proyecto Hombre

IMPRIME

Globalia Artes
Gráficas

Severo Ochoa,9.

P.I. Los Villares.
37184 Villares de la
Reina (Salamanca)

Tirada: 5.000 ejem.

DEPOSITO LEGAL

M-41802-1991

IS.S.N.

1136-3177

Permitida
la reproducción
citando procedencia.

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y DIFUSIÓN

Responsable:
Beatriz Sánchez

Avda. Osa Mayor,
19. 28023

Aravaca. Madrid

prensa@proyectohombre.es

Tel.: (91) 357 01 04

Fax: (91) 307 00 38

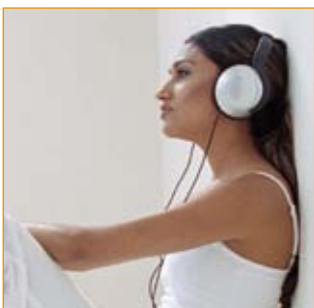
Revista financiada por:



www.proyectohombre.es

902 88 55 55

Los artículos firmados
sólo reflejan el
pensamiento
de sus autores.



Revista financiada por:



SUMARIO

MAYO 2011 Nº75

01 CONFERENCIAS

- **La psicopatologización de la Sociedad**
Antonio Ortiz Lobo. Centro de Salud Mental Distrito Salamanca. Madrid
- **El incremento de conductas violentas en los jóvenes**
José Manuel Andreu. Universidad Complutense de Madrid
- **Adolescencia e Internet: del uso provechoso al uso problemático**
Manuel Cortés. Universidad Complutense de Madrid
Antonio Piñeroa. Instituto de Medicina Preventiva de la Defensa. Madrid
- **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en adolescentes consumidores de sustancias**
Enriqueta Ochoa. Proyecto Hombre Madrid

02 SEMINARIOS PRÁCTICOS

1. **Estrategias educativas con jóvenes en situación de riesgo**
Eduardo Cueto y Ricardo Bravo. Proyecto Hombre Madrid
2. **Una comprensión holística del fenómeno de la violencia juvenil**
José Miguel Sánchez Cámara. Escuela Española de Desarrollo Transpersonal. Madrid
3. **La terapia breve centrada en soluciones**
Margarita Herrero de Vega. Universidad Pontificia de Salamanca
4. **Programa de intervención con familias y menores con conductas de maltrato**
Josefa Sánchez Heras; Cristina Arias Salvador
y M^a José Ridaura Costa. Colonia San Vicente Ferrer, Godella (Valencia)
5. **Por los buenos tratos: prevención en jóvenes de la violencia interpersonal, en la pareja y mucho más**
M^a Ángeles González y Jon Kepa. Acción en Red. Burgos
6. **Intervención con adolescentes consumidores de drogas y sus familias**
Pablo Llama y Javier Moral. Proyecto Hombre Madrid

03 MESAS DE EXPERIENCIAS

MESA 1: USOS SALUDABLES DE LAS TIC

- **Usos y abusos del teléfono móvil: características e intervención educativa**
Manuel Gámez- Guadix. Universidad de Deusto
Marina Muñoz-Rivas. Universidad Autónoma de Madrid
Liria Fernández- González. Universidad Autónoma de Madrid
- **Prevención desde la escuela y la familia. Hacia un uso sano de la tecnología**
Ana Requesens. Fundación Gaudium. Madrid
- **Las nuevas tecnologías. Programa Ariadna**
Ignacio Sancho Rodríguez. Proyecto Hombre Burgos

MESA 2: INTERVENCIÓN CON CONDUCTAS VIOLENTAS

- **Intervención con menores tutelados**
Sergio Núñez Herrera. Proyecto Hombre Cádiz
- **Prevención de la delincuencia juvenil**
M^a José Espigares. Asociación Ímeris. Granada
- **Identidad adolescente y conductas violentas. Intervención desde la convivencia**
Andrés Pérez Rúa. Asociación Aesim. Huelva
- **Aplicación práctica de la evaluación neuropsicológica de adolescentes con consumo problemático de drogas, para el tratamiento de la violencia familiar**
María Victoria Martínez. Universidad de Granada.
Miguel Ángel Márquez. Proyecto Hombre Granada.
Antonio Verdejo . Instituto de Neurociencias de la Universidad de Granada.

MESA 3.- DIAGNÓSTICO DUAL

- **Caso práctico para abordar el trastorno dual desde un programa de prevención indicada**
M^a Luisa Poladura. Proyecto Hombre Valladolid
- **Comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad**
Reyes Moliner. Centro PREVI. Valencia
- **Los problemas de salud mental más relevantes en la adolescencia**
Auxi Javaloyes. Clínica Mediterránea de Neurociencias. Alicante.

04 PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS







01

CONFERENCIAS

- **La psicopatologización de la Sociedad**
Antonio Ortiz Lobo. Centro de Salud Mental
Distrito Salamanca. Madrid
- **El incremento de conductas violentas en los jóvenes**
José Manuel Andreu. Universidad Complutense
de Madrid
- **Adolescencia e Internet: del uso provechoso al uso problemático**
Manuel Cortés.
Universidad Complutense de Madrid
Antonio Piñeroa. Instituto de Medicina
Preventiva de la Defensa. Madrid
- **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en adolescentes consumidores de sustancias**
Enriqueta Ochoa. Proyecto Hombre Madrid



LA PSICOPATOLOGIZACIÓN DE LA SOCIEDAD

ALBERTO ORTIZ LOBO

DOCTOR EN MEDICINA. ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA. PROFESOR EN LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ DE HENARES Y EN EL INSTITUTO PERE MATA DE REUS

Los rituales de la asistencia harán creer a la gente que su salud se beneficia con el tratamiento, aunque en realidad el resultado sea que disminuya la capacidad de la mayor parte de la gente para afrontar la adversidad. [...] Cuanto mayor sea el potencial de adaptación autónoma a uno mismo, a los demás y al ambiente, menos se necesitará ni se tolerará el manejo de la adaptación. La gente sana no necesita intervenciones burocráticas para amarse, dar a luz, compartir la condición humana y morir. Cuando el ser humano se hace dependiente del manejo de su intimidad, renuncia a su autonomía y su salud tiene que decaer.

Iván Illich. Némesis Médica, 1975

INTRODUCCIÓN

En los últimos decenios se está desarrollando un fenómeno en las sociedades occidentales por el que cada vez más personas consultan en los Servicios Sanitarios por malestares derivados de la vida cotidiana. Los sentimientos normales que surgen del enfrentamiento con una realidad que muchas veces no se ajusta a nuestros deseos, son recodificados como síntomas de una enfermedad mental o, al menos, como objeto de una atención psicológica o psiquiátrica. De esta manera, la tristeza por haber perdido algo valioso, la frustración por no conseguir aquello que anhelamos, el temor a que no nos salgan bien las cosas, la decepción cuando nuestras expectativas no se cumplen o la rabia y la indignación cuando nos tratan mal, son reconvertidos en problemas psicológicos que precisan de la intervención de un profesional. El sufrimiento se descontextualiza de la vida del individuo, ya no tiene un sentido dentro de su trayectoria en la relación con el entorno, queda cosificado y adquiere un significado puramente médico o psicológico desde donde hay que erradicarlo. La expresión de esta psicopatologización de la vida en el ámbito asistencial ha supuesto un incremento extraordinario en el número de consultas en Atención Primaria y en Salud Mental de personas que demandan atención aunque no presenten ningún trastorno mental diagnosticable.

Pero este fenómeno no es exclusivo de la Salud Mental, de hecho, es parte de un concepto más amplio denominado medicalización que es la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. Se trata de un fenómeno complejo que se desarrolla en un marco social, asistencial y político-económico de-

terminados y en el que participan distintos agentes en su desarrollo. Las empresas sanitarias, los profesionales liberales, la industria farmacéutica y la tecnológico-sanitaria se benefician del incremento de personas que precisen de sus servicios, medicamentos o pruebas diagnósticas. Una forma de aumentar la rentabilidad de estos negocios es expandir los límites de la enfermedad, abrir el mercado a personas sanas que también consuman estos productos. Los medios de comunicación, por otra parte, difunden un conocimiento superficial de la medicina y la salud mental que incluso propugna la consulta con el experto a la primera señal de alarma. La población general, lógicamente, pretende conseguir esa felicidad y bienestar que se publicita en los mass-media y la Administración Sanitaria no se compromete a poner algún límite a las prestaciones a través de una agenda de servicios que acote esa demanda insaciable e imposible de ausencia de malestar. Pero los últimos responsables de este fenómeno somos los profesionales sanitarios. Finalmente, en nuestra consulta de cada día somos los que delimitamos qué hay que tratar y qué no y los que podemos favorecer la idea omnipotente de que es posible vivir sin sufrir y que hay una respuesta para todo desde la medicina y la psicología.

MARCO ASISTENCIAL, POLÍTICO-ECONÓMICO Y SOCIAL

El incremento de las consultas sin patología en atención primaria y salud mental es un fenómeno que está inmerso en un contexto sociocultural, político-económico y asistencial que lo condiciona. Se han escrito muchos libros y artículos que han teorizado sobre la medicalización y psiquiatrización de la sociedad en los últimos decenios que recogen los

aspectos extraclínicos en los que se está desarrollando este fenómeno para buscarle una explicación, o dar cuenta de la dinámica de este proceso. Entre los cambios asistenciales más relevantes que se han producido en la segunda mitad del siglo XX está la aparición de los Sistemas Nacionales de Salud en Europa que han permitido el acceso a los servicios sanitarios de forma universal y gratuita, financiada principalmente por los impuestos de los ciudadanos. En el terreno de la salud mental en particular se produce una reforma psiquiátrica que busca la atención comunitaria del enfermo mental en detrimento de los manicomios. Esto permite una mayor accesibilidad de los individuos a los servicios de salud mental a la vez que estos se popularizan y los psiquiatras dejan de ser los médicos que atienden exclusivamente a los “locos” para convertirse en unos especialistas más a los que se puede consultar, dentro de la sanidad. Paralelamente se ha producido una evolución de la filosofía asistencial que pasó en los inicios de la implantación de los Sistemas Nacionales de Salud, de la curación de enfermedades a su prevención e incluso a la promoción de la salud gracias al auge de la Salud Pública. Pero en los últimos años se ha ido más allá e incluso se plantea no solo curar a los enfermos o prevenir la enfermedad, sino potenciar las capacidades y la salud de los ciudadanos que son sanos. Esto permite una ampliación sin límite del objeto de atención sanitaria y en salud mental en particular.

A finales de los 70 se produce la crisis económica que colapsa el modelo Keynesiano de crecimiento capitalista y que pone también en crisis el Estado de Bienestar. La respuesta es un auge del neoliberalismo que enmarca un nuevo panorama sociopolítico en el que el mercado aparece como el principal regulador de las instituciones sociales y culturales del hombre. En el nuevo paisaje económico la salud y la atención sanitaria también se convierten en un mercado más que debe abrirse a los capitales privados. Las nuevas empresas sanitarias y la industria farmacéutica son los principales beneficiarios de convertir la salud en un producto de consumo.

A nivel social, aparece la posmodernidad, un nuevo orden en el que la seguridad de las tradiciones y costumbres no ha sido sustituida por la certidumbre del conocimiento racional. Las nuevas tecnologías, liberan a las relaciones sociales de su fijación a unas circunstancias locales específicas y se transforma el contenido y la naturaleza de la vida social cotidiana. Esta nueva reorganización de espacio y tiempo favorece el desenclave de las instituciones, tradiciones y lazos generacionales y abre un abanico infinito de posibilidades de trayectorias vitales. El proyecto del yo se ha convertido en una tarea llena de elecciones y por tanto de riesgos. En este marco, la identidad del yo necesita



unos sistemas de conocimiento especializado, de expertos, que los filtren esos riesgos, en nuestro caso, profesionales sanitarios. Expertos que asesoren cómo y qué hacer en el trabajo, la pareja o la familia, como si hubiera una forma idónea de vivir la vida basada en conocimientos científicos. Y expertos, por supuesto, que alivien cualquier malestar derivado de enfrentarse con la realidad. En este punto, el individualismo, la doctrina que sostiene que todos los fenómenos sociales e individuales solo pueden ser comprendidos desde los hechos o conductas de los individuos, ignorando las perspectivas basadas en análisis de clase, raza, género u otros factores socioeconómicos, se convierte en el valor hegemónico. El individuo descontextualizado aparece así como el único responsable de su situación, justo en un momento en que los cambios en las relaciones de trabajo generan una mayor inestabilidad y una desarticulación de las redes tradicionales de contención, y en el que las políticas sociales son recortadas. Además, el mayor nivel de vida suele ir unido a una cultura de consumismo (medicina incluida) por lo que en las sociedades más desarrolladas cada vez más se instala el rechazo del sufrimiento como parte inevitable de la vida.

CUANDO INDICAMOS UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA O PSICOFARMACOLÓGICA, EXPONEMOS AL PACIENTE A EFECTOS BENEFICIOSOS PERO TAMBIÉN INDESEABLES

Todo este contexto favorece que aparezcan nuevas demandas en salud mental que tienen que ver con sufrimientos que siempre han existido y que antes tenían un significado y una respuesta colectiva, o de índole ética, o pública, o religiosa, etc. pero que ahora se han transformado en malestares íntimos que precisan de una intervención psicológica o psiquiátrica.



MAGNITUD DEL FENÓMENO DE LA PSICOPATOLOGIZACIÓN

Tradicionalmente los estudios epidemiológicos se han preocupado de determinar las prevalencias de las enfermedades y en buscar los métodos de cribaje que permitan detectar mejor a todos los pacientes sin que se escape ninguno (de hecho, en psiquiatría siempre se ha cuestionado esta capacidad de los médicos de atención primaria y se ha dicho que no detectaban a la mitad de los trastornos mentales que acudían a su consulta). Pero casi nadie se ha ocupado de estudiar a los ciudadanos que son diagnosticados como enfermos sin serlo. En el campo de la salud mental, se ha medido la psicopatologización a través de la cuantificación de las personas que consultan en los servicios de salud mental derivados desde su médico de atención primaria y que no presentan ningún trastorno mental diagnosticable. En los pocos estudios que se han hecho al respecto, se ha encontrado que entre un 20 y un 30% de los pacientes que acuden a un Centro de Salud Mental no presenta un trastorno mental diagnosticable. La mitad de estas personas ya tiene psicofármacos prescritos, casi siempre por su mé-



dico de cabecera y en casi la mitad de estos casos, son antidepresivos.

El principal motivo de consulta en estas demandas son los problemas de relación con el grupo de apoyo (problemas de pareja, paterno-filiales, duelos...) y, en segundo lugar los problemas relacionados con el trabajo y el desempleo. Curiosamente, la demanda de atención especializada (psiquiátrica o psicológica) parte del paciente en más de la mitad de los casos y no del médico de atención primaria, como

cabría esperar, al tratarse de un acto sanitario. Además, las expectativas que tienen estas personas en que la consulta con el psiquiatra o psicólogo les va a restablecer completamente son muy elevadas. Esto puede influir en la tasa tan alta de abandonos del seguimiento de estas personas, muy superior a los individuos diagnosticados de trastorno mental. Probablemente unas expectativas tan elevadas son el terreno abonado para una gran decepción con la consulta del especialista. Otro factor que puede influir en el alto número de abandonos de las consultas de esta población puede ser la resolución espontánea de sus problemas. De hecho, al cabo de 10 meses, solo el 4% de estos individuos se encuentra peor, aunque la mayor parte solo acudió al especialista a una o dos entrevistas.

LAS CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO EN PERSONAS SANAS

El tratamiento psiquiátrico o psicológico de personas que no presentan ningún trastorno mental diagnosticable acarrea repercusiones socioculturales, asistenciales y, por supuesto, clínicas. Si miramos el impacto de este fenómeno en un nivel "macro", más allá del paciente que tenemos en nuestra consulta, se está creando una corriente de pensamiento en la que se pretende objetivar, dentro de lo psicológico y de lo íntimo, asuntos que son de orden ético y de ámbito público. Se está contribuyendo a otorgar un significado médico a cuestiones existenciales como la muerte o el sufrimiento. En ocasiones se propugna un adaptacionismo personal frente a situaciones sociales injustas, como se hace a veces en el tratamiento del "mobbing" o cuando se interviene individualmente en problemas derivados de la precariedad laboral. Se favorece, en definitiva, un reduccionismo psicológico o biológico de fenómenos o situaciones mucho más complejos que trascienden de lo individual como también sucede en ocasiones con el fracaso escolar, por ejemplo.

A nivel asistencial se está produciendo un aumento de las demandas en atención primaria y salud mental por esta progresiva psiquiatrización de la vida cotidiana. Si los dispositivos asistenciales se saturan, se limitan las prestaciones y acaba cumpliéndose la ley de cuidados inversos: se presta mayor atención a quien más la demanda, pero no a quien más la necesita. De esta manera, pacientes graves que sí se pueden beneficiar de las intervenciones psicológicas y psiquiátricas de los profesionales pueden ver reducidos sus cuidados en favor de la atención a demandas que tienen una respuesta técnica sanitaria muy dudosa. Otra consecuencia de la psicopatologización es un incremento aún mayor del gasto farmacéutico y un aumento de la demanda

LA CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN TODO CASO SOLO ASEGURA QUE LAS COSAS SE HACEN BIEN, PERO NO EVITA LOS EFECTOS ADVERSOS DE LAS COSAS BIEN HECHAS

para terapias psicológicas y de asesoramiento, del que se benefician principalmente los sectores que las comercializan, pero no los ciudadanos.

Cuando indicamos una intervención psicoterapéutica o psicofarmacológica, exponemos al paciente a efectos beneficiosos pero también indeseables. La calidad de las intervenciones en todo caso solo asegura que las cosas se hacen bien, pero no evita los efectos adversos de las cosas bien hechas. Una psicoterapia produce efectos o evoluciones negativas en el 8-17% de los casos y todos los psicofármacos tienen un larguísimo listado de efectos secundarios, por muy bien que estén prescritos. A pesar de ello, indicamos psicoterapias y pautamos tratamientos farmacológicos porque en nuestros pacientes enfermos, el beneficio del tratamiento es superior a los riesgos derivados del mismo. Pero este balance riesgo-beneficio no es claramente positivo cuando atendemos malestares y sufrimientos derivados de la vida cotidiana. Sufrimientos que pueden ser desagradables, pero que son la respuesta emocional adecuada, sana, proporcionada y necesaria para afrontar la situación vital que las personas están experimentando.

Pero además del daño directo de nuestros remedios (psicoterapia y psicofármacos) hay una iatrogenia derivada de la relación paciente-profesional, de la configuración relacional implícita que se construye entre quien demanda ayuda y el experto que la otorga. Esto puede ser útil para comprender los distintos efectos negativos que puede tener una intervención en salud mental.

Cuando indicamos tratamiento a un paciente que no presenta un trastorno mental, le desresponsabilizamos de sus conductas y emociones que pasamos a gestionar nosotros. Implícitamente le estamos transmitiendo muchos mensajes que pueden ser potencialmente perjudiciales. Lo que estamos haciendo es interpretar las características personales del paciente, su malestar o su relato vital en el marco de un sistema de creencias orientado a la patología. De esta manera, se le comunica de forma latente que su problema no mejorará o incluso empeorará si no rea-

liza el tratamiento y, si este se interrumpe de forma anticipada (lo que sucede en numerosas ocasiones), no habrá mejorado lo que estaba previsto o corre el peligro de ponerse mucho peor. Esta dependencia respecto de la intervención profesional tiende a empobrecer los aspectos no médicos (saludables y curativos) de los ambientes social y físico y tiende a reducir la capacidad psicológica del paciente para afrontar sus problemas. No se escapan a esta argumentación aquellos marcos basados en la psicología de la salud o dirigidos a “potenciar” al paciente o dotarlo de nuevos recursos o maximizar los que tiene. En estos casos el paciente sigue siendo alguien deficitario al que un experto le tiene que dar algo que él no alcanza ni puede conseguir por su cuenta.

El lenguaje psiquiátrico y psicoterapéutico está plagado de descriptores y etiquetas que intentan aprehender e interpretar la realidad del paciente y que además puede resultar útil en la comunicación entre los profesionales. Sin embargo, este lenguaje, lleva en ocasiones a que los profesionales, inadvertidamente, crean erróneamente que han capturado la esencia del paciente y comprendan verdaderamente su complejo mundo emocional, cognitivo y conductual, así como su forma de ver la vida. Estas etiquetas influirán en las cosas que vamos a resaltar de nuestro paciente, pero además estos descriptores también restringen la comprensión que realizan los propios pacientes de sus experiencias. La ventana de la normalidad que tiene el paciente se estrecha, se ensombrecen otro tipo de comportamientos y puede acabar codificando la mayor parte de sus conductas desde su condición psiquiátrica o psicológica. Esto puede limitar su sensación de autonomía y gobierno y favorece la necesidad de que sea el experto profesional el que gestione sus emociones y experiencias. Además, las categorías diagnósticas y el lenguaje psicoterapéutico por su carácter estigmatizador pueden contribuir a la pérdida de status social del paciente que puede tener mayores expectativas de ser rechazado y generar además vergüenza. Este aspecto, aunque en la población adulta puede que no sea muy relevante (ya casi está de moda ir a un terapeuta o tomar antidepresivos), sí que puede ser muy dañino para los niños y adolescentes que pueden quedar marcados innecesariamente entre sus pares como “enfermos”.

En la configuración relacional paciente-profesional se pueden producir ganancias secundarias en la medida que el paciente, al sentirse mal recibe atención y el profesional, al etiquetarlo, siente que lo necesitan. De esta manera se favorece que el paciente se sitúe en un rol pasivo y enfermo ante los avatares de su vida y se respalda el debilitamiento de las redes tradicionales de contención, que son las que han amortiguado desde siempre este tipo de demandas.



PREVENCIÓN CUATERNARIA EN SALUD MENTAL

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades sanitarias que evitan o atenúan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Su fundamento es aquel principio hipocrático *primum non nocere*. Si entendemos que no todo sufrimiento o malestar es una enfermedad, entonces tenemos que delimitar bien qué tratar y qué no. Si indicamos un tratamiento, implícitamente estamos tratando el problema del paciente como algo patológico, que se va a beneficiar de una intervención técnica sanitaria. La clave estaría en saber si ante el problema humano que tenemos delante vamos a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad a tratar que si no fuera visto como tal. Tratar el malestar no va a comportar más salud porque esta no depende básicamente de la asistencia y tampoco supone menos “enfermedad” porque buena parte de los problemas atendidos no tienen solución psicológica ni psiquiátrica. Los profesionales somos responsables de gestionar los limitados recursos asistenciales de nuestro Sistema Nacional de Salud y tenemos que considerar qué pacientes necesitan mucho, quiénes menos y quiénes nada.

Pero, en este punto, ¿qué nos puede llevar a intervenir innecesariamente? Las profesiones de médico, psicólogo o psiquiatra tienen cierto prestigio social. No es infrecuente que en este contexto muchos profesionales busquen de alguna manera y a través de su desempeño laboral sentirse reconocidos, halagados y, de esta manera, fomentar inconscientemente la dependencia. Si se considera la indicación de no-tratamiento, es porque los pacientes no tienen patología y, obviamente, van a evolucionar espontáneamente a la recuperación pero se ha descrito la tendencia de los profesionales a tratar a los pacientes que precisamente mejoran porque son más gratificantes. En otras ocasiones el profesional tiende a evitar sentirse impotente, limitado y se siente con la necesidad de tener una respuesta para todo y ser omnipotente. Otras veces la necesidad puede surgir de la incapacidad para decepcionar a los pacientes y asumir todo, aunque no tengamos nada eficaz que hacer.

Las herramientas básicas de los profesionales de la salud mental son la psicoterapia y los psicofármacos y su sustento teórico no encuentra fronteras en

el tratamiento de cualquier síntoma o sufrimiento psíquico. Desde un punto de vista psicoterapéutico, no hay apenas obstáculos para tratar a cualquier paciente que lo demande. En cualquier teoría psicoterapéutica siempre hay margen para indicar un tratamiento. Siempre habrá que modificar alguna conducta mal aprendida, creencias irracionales o pensamientos automáticos susceptibles de una reestructuración cognitiva, mecanismos de defensa poco maduros que esconden conflictos inconscientes que habrá que desvelar, dinámicas familiares sujetas a leyes no explicitadas que será conveniente trabajar o angustias existenciales por analizar. La indicación de psicoterapia está determinada más por la motivación del paciente que no por la falta de posibilidad de un trabajo terapéutico. La psicofarmacología también tiene expectativas casi ilimitadas en su capacidad de mejorar cualquier síntoma o malestar psíquico. Incluso hay autores que proponen el desarrollo de una subespecialidad denominada “psicofarmacología paliativa” que se encargaría de aliviar el malestar derivado de vivir.

A veces los profesionales sufrimos acontecimientos vitales que, si son intensos y se relacionan con los que sufre el paciente pueden favorecer una identificación excesiva del profesional y condicionar por valores personales la indicación de tratamiento o no. Por otra parte, todos funcionamos con un sistema de valores, ideología o visión del mundo que, si son compartidos con el paciente, pueden favorecer la “simpatía” personal con él y favorecer el inicio de un tratamiento innecesario.

Desafortunadamente nuestra capacidad terapéutica como profesionales de la salud mental es bastante limitada y antes de intervenir y prescribir algún tratamiento es preciso reconsiderar con una actitud crítica los beneficios que podemos proporcionar y los daños que vamos a infligir. Desde esta perspectiva, tenemos que evitar someternos a tener una solución para todo e inmediata y trabajar nuestra tolerancia (y la del paciente) a la incertidumbre. Esto significa reconsiderar la fórmula de “esperar y ver” antes de prescribir, y reivindicar la indicación de no-tratamiento que puede impedir los efectos negativos de intervenciones innecesarias o excesivas. No se trata de abogar por la austeridad o el pesimismo sino, más bien, definir de forma más realista los límites de nuestras actuaciones. Buena parte de los males y problemas menores de salud mental se van a beneficiar muy poco de nuestras intervenciones psicológicas o psicofarmacológicas porque tienen su raigambre en problemáticas de otra índole (social, laboral, económica o, en todo caso, fuera del sistema sanitario) y muchos otros se van a resolver espontáneamente. ■

EL INCREMENTO DE CONDUCTAS VIOLENTAS EN LOS JÓVENES



PROFESOR DR. JOSÉ MANUEL ANDREU

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA. ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA FORENSE. PROF. TITULAR DE PSICOPATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

El placer, la recompensa, es una idea central metida a fuego en todos los seres vivos que pueblan la tierra. El placer (y la evitación del daño y el dolor) es el centro del universo biológico"

Francisco Mora. El Bosque de los Pensamientos, p. 75

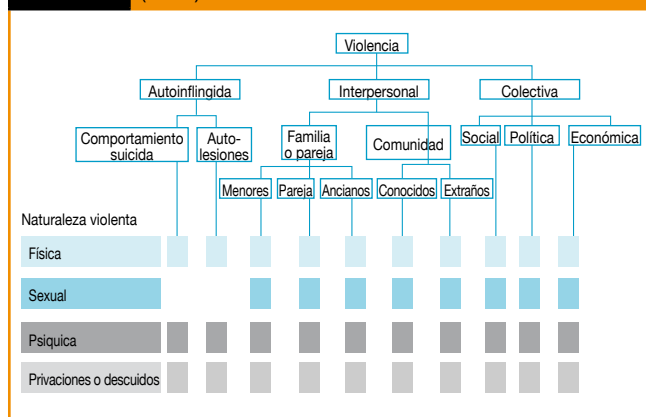
La violencia, en todas sus múltiples y variadas formas y manifestaciones sociales, es considerada en nuestros días como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo (OMS, 2002). Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia es un fenómeno complejo que implica el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Con el objetivo de sensibilizar a la población del problema con el que nos enfrentamos, esta organización mundial desarrolló un "Informe Mundial sobre Violencia y Salud" (OMS, 2002). Desde una perspectiva global, en este informe se especifica que la violencia presenta distintas facetas o dimensiones en función de quién es el autor del acto violento. Además, teniendo en cuenta la naturaleza de los comportamientos violentos, la violencia puede manifestarse de distintas formas que irían desde la violencia física hasta la psíquica, pasando por la privación y el abandono.

Así, la violencia contra uno mismo, o intrapersonal, incluye las conductas suicidas y autolesivas. La violencia interpersonal se divide en dos grandes subcategorías: violencia intrafamiliar o de pareja, y violencia comunita-

ria, entre desconocidos o, al menos, sin relaciones de intimidad entre agresor y víctima. Finalmente, la violencia colectiva concierne a aquellas manifestaciones en las que la violencia, de unos grupos contra otros, es utilizada con fines políticos, económicos o sociales.

Figura 1 Las distintas formas de expresión de la violencia (OMS)



En relación con algunas cifras y datos de interés, se estima que cada año, alrededor de 1,6 millones de personas en todo el mundo mueren violentamente, lo que supone una tasa del 28,8 por cada 100.000 habitantes. En torno a la mitad de tales muertes lo son por suicidios, una tercera parte por homicidios (con una



tasa de 8,8/100.000) y una quinta parte por conflictos armados. En general, la mayor tasa de homicidios se produce entre los varones jóvenes de entre 15 y 29 años de edad, y especialmente en los países con menores niveles de desarrollo socio-económico.

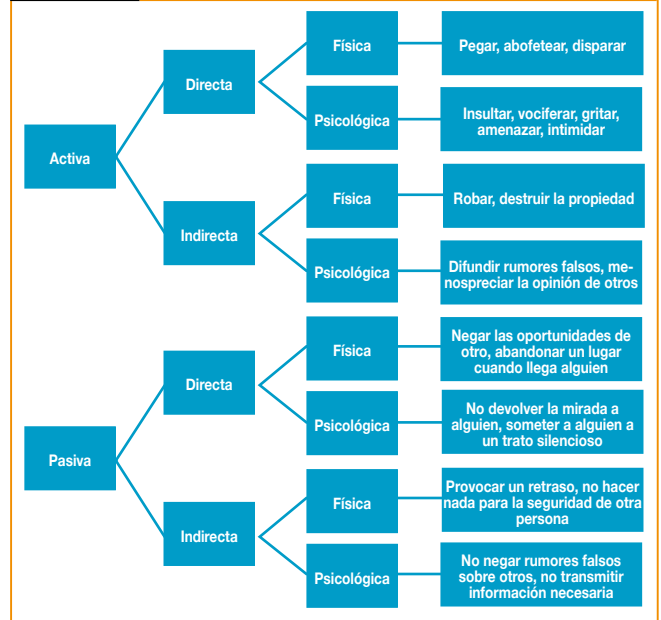
Además de las muertes violentas, son muy superiores las cifras de malos tratos físicos, sexuales y psicológicos, con graves efectos inmediatos y permanentes sobre la salud de las víctimas, tales como depresión, abuso de alcohol, ansiedad y comportamiento suicida, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales. Entre los costos indirectos, derivados de todas estas consecuencias de la violencia, se encuentran las siguientes: la necesidad de provisión de refugios y lugares de seguridad y atención a las víctimas; la menor productividad laboral, debida a discapacidades; la disminución de la calidad de vida y de la autonomía personal; o las alteraciones de la vida cotidiana como resultado del miedo por la propia seguridad. En el marco de la violencia interpersonal, se calcula que en el año 2000 perdieron la vida unos 200.000 jóvenes de 10-29 años, lo que supone una tasa del 9,2 por 100.000. En este caso, por cada joven muerto violentamente, entre 20 y 40 sufrieron lesiones que demandaron tratamiento hospitalario.

Paralelamente, muchos niños pequeños son maltratados o asesinados, siendo las edades comprendidas entre 0-4 años las de mayor riesgo. Entre el 10% y el 69% de las mujeres manifiestan haber sufrido agresiones físicas en algún momento de sus relaciones de pareja. A la vez que en torno a un 20% dice haber sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia y, en algunos países, una de cada cuatro mujeres refiere haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja. Durante los últimos años diversos estudios han puesto de relieve otro problema de violencia, hasta ahora ignorado, como es el maltrato de ancianos, que se estima entre el 4% y el 6%.

De entre las múltiples estrategias que tenemos a nuestro alcance para aproximarnos a este complejo campo de estudio, es necesario plantear que la violencia es un tipo de comportamiento agresivo pero con unas características diferenciadas. La cuestión clave es determinar cuáles son esas características esenciales y en qué consisten. De entre los diferentes criterios que se han planteado, la distinción entre los distintos tipos formales y funcionales de la agresión supone un marco de investigación especialmente relevante en nuestros días.

La Figura 2 describe los distintos tipos formales de agresión sobre los que la investigación actual profundiza en relación con sus mecanismos, origen y epidemiología.

Figura 2 Dimensiones formales de la conducta agresiva



La Tabla 1 presenta las tres dimensiones básicas a través de las cuales se puede analizar la agresión desde una perspectiva multidimensional y funcional.

Tabla 1 Dimensiones y tipos de conducta agresiva y/o violenta		
Dimensiones	Tipos de agresión	
Conductual	Agresión Física	Agresión Verbal
Social	Agresión Directa	Agresión Indirecta
Motivacional	Agresión Reactiva	Agresión Proactiva

Tabla 2 Características diferenciales entre ambos tipos de agresión	
Agresión reactiva	Agresión proactiva
Con afectación emocional negativa (enfado, ira u hostilidad).	Agresión con un objetivo y que no es provocada.
En respuesta a una provocación percibida (real o no).	No hay activación emocional negativa.
Tendencia a atribución de hostilidad.	Creencia en la eficacia positiva y en los resultados de la violencia.
Impulsiva.	Premeditada.
Historia previa de victimización y maltratos.	Exposición previa a modelos agresivos.

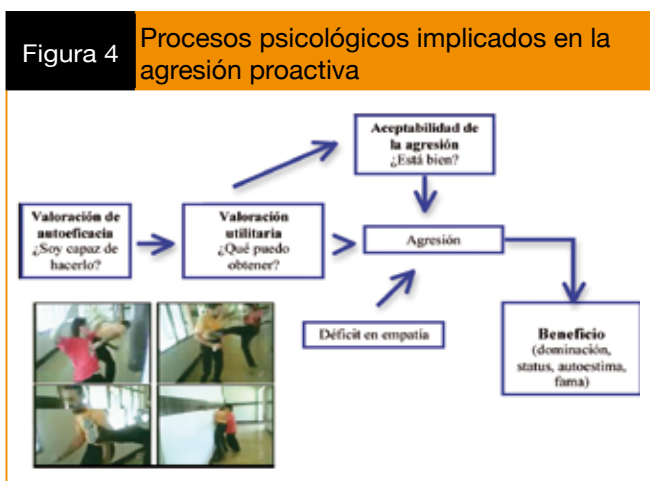
Fuente: Andreu (2010)

Esta última dimensión, referida a los aspectos funcionales de la agresión, es especialmente relevante en el estudio de la agresión en jóvenes y adolescentes ya que facilita el análisis empírico de la motivación fundamental del agresor a la hora de recurrir a la agresión para resolver un conflicto; además de permitir a los investigadores analizar los procesos socio-cognitivos y motivacionales subyacentes a la conducta agresiva (Andreu, Ramírez y Raine, 2006; Crick y Dodge, 1996). Así, partiendo de un parámetro conductual muy básico, el daño producido o el beneficio recibido, es posible distinguir dos tipos de agresión: la reactiva y la proactiva. La agresión reactiva incluye una serie de conductas elicítadas básicamente como reacción a una agresión, provocación o amenaza percibida, además de sesgos atribucionales hostiles (Raine et al., 2006).

La figura 3 ilustra los procesos psicológicos que parecen intervenir en este tipo de agresión.



La agresión proactiva (Figura 4), por el contrario, incluye una serie de actos puestos en marcha intencionalmente para resolver conflictos, para conseguir beneficios, recompensas o refuerzos valorados por el agresor, por lo que no implican necesariamente que la motivación primaria de la agresión sea hacer daño a la víctima (Ramírez y Andreu, 2006).



Los aspectos considerados anteriormente, señalan la necesidad de prestar atención a los siguientes aspectos en relación con la evaluación psicológica de la violencia juvenil (Andreu, 2010):

- La existencia de diferentes tipos de agresión
 - Función instrumental vs. hostil de la agresión
- La co-existencia de múltiples factores (biológicos, psicológicos y sociales)
 - Creencias normativas, estilos atribucionales y consecuencias
- La identificación de los factores de riesgo (personales, escolares, familiares y de personalidad)
 - Desadaptación familiar, escolar e influencia de los pares

SE ESTIMA QUE CADA AÑO, ALREDEDOR DE 1,6 MILLONES DE PERSONAS EN TODO EL MUNDO MUEREN VIOLENTAMENTE, LO QUE SUPONE UNA TASA DEL 28,8 POR CADA 100.000 HABITANTES

En relación con las implicaciones de cara a la prevención y el tratamiento, tenemos que tener en cuenta que los agresores reactivos son adolescentes con altos niveles de agresividad hostil y vengativa que atribuyen intenciones hostiles a los demás y no saben controlar su ira el tiempo suficiente como para buscar soluciones no agresivas a sus conflictos. Por tanto, la reestructuración del pensamiento en este tipo de agresores es fundamental, de modo que se debe de lograr que estos adolescentes interpreten desde otro punto de vista sus interacciones y no atribuyan intenciones hostiles cuando no las hay. Además, es necesario que desarrollen habilidades de empatía colocándose en el lugar de la víctima e imaginando cómo se siente ésta. Finalmente que generen soluciones no agresivas a sus conflictos mediante el entrenamiento de la asertividad y el control de la ira.

Por otra parte, en cuanto a los agresores proactivos, que son adolescentes muy agresivos a quienes no les resulta difícil realizar actos agresivos y que confían plenamente en la agresión como medio de resolver sus conflictos, las orientaciones de cara al tratamiento implican eliminar, cuando sea posible, las consecuencias reforzantes de la agresión, impulsando medios alternativos para lograr sus objetivos, aprendiendo métodos no agresivos o cooperativos de resolución de problemas y desarrollando creencias no favorables a la agresión. ■

**MANUEL CORTÉS BLANCO**

LICENCIADO EN MEDICINA. ESPECIALISTA EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA.
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE DROGODEPENDENCIAS, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE, MADRID

ANTONIO PIÑEROA SIERRA

LICENCIADO EN MEDICINA. ESPECIALISTA EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA.
INSTITUTO DE MEDICINA PREVENTIVA DE LA DEFENSA "CAPITÁN MÉDICO RAMÓN Y CAJAL", MADRID.

ADOLESCENCIA E INTERNET: DEL USO PROVECHOSO AL USO PROBLEMÁTICO

Internet forma parte de nuestro día a día, al igual que el de nuestros adolescentes. De hecho hay ya una generación completa (la llamada Net-generation que incluye los nacidos entre 1977 y 1997) que por vez primera ha crecido en casa rodeada de ordenadores personales, videojuegos y cuantas

prestaciones ofrece la Red. Hay también en ella espacios específicos dedicados desde muy temprano a los más jóvenes que presentan un seguimiento extraordinario. Es el caso del portal Webkinz que invita a los pequeños a cuidar una mascota virtual, de la red social Togetherville orientada

Los doctores Manuel Cortés Blanco y Antonio Piñeroa Sierra han sido galardonados con un Premio Nacional Ulysses a la Investigación 2009 por su trabajo titulado Prevalencia y factores asociados al uso problemático de Internet en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria de la ciudad de Madrid

específicamente a niños entre seis y diez años, o de las muchas salas de chat infantil que permiten “hacer amigos de tu edad en cualquier parte del mundo”.

Asimismo Internet ha irrumpido con fuerza en el ámbito escolar generando una revolución en el conocimiento e innovación de la educación. La presencia de estas nuevas tecnologías de la información y comunicación dentro del proceso educativo, especialmente en población joven y adolescente, han hecho que se hable más de un aprendizaje en Red (Internet) que de una red (relaciones) de aprendizaje.

En principio dicho uso por sí mismo aporta una gran cantidad de beneficios para esos estudiantes, en especial de ser controlado por sus padres, docentes o tutores. De hecho en la actualidad las ventajas de Internet son indudables, constituyendo una fuente de recursos de información y conocimientos compartidos a escala mundial al haberse convertido en el medio de comunicación más extendido en toda la historia de la humanidad. Y así ha minimizado el tiempo de envío de documentos a cualquier destino, ha permitido el desarrollo de comunidades virtuales interesadas en una gran variedad de temas, ha facilitado la búsqueda de información incluso en tiempo real (no en vano Wikipedia se ha convertido en la biblioteca más grande y actualizada del mundo), ha agilizado la formación a distancia permitiendo la divulgación de nuevos materiales académicos... En definitiva se ha constituido en un medio básico y universal para informarse y comunicar del que todos podemos hacer un uso provechoso.

EL LADO OSCURO DE INTERNET: ADICCIÓN O USO PROBLEMÁTICO

Paralelamente también se ha sugerido que distintos usuarios (especialmente los más vulnerables) y en determinadas situaciones (ambientes y contextos problemáticos) podrían realizar un mal uso y/o abuso de tales prestaciones, resultando paradójico el hecho de que Internet sea una tecnología de comunicación global y que al mismo tiempo pudiera reducir el desarrollo social y bienestar psicológico de quien lo utilice.

Pese a la cantidad ingente de estudios publicados al respecto, el concepto de Adicción a Internet no ha sido reconocido por la comunidad científica internacional. Aquel conjunto de síntomas y signos que describiera el psiquiatra Ivan Goldberg en el año 1995 bajo el nombre de Desorden de Adicción a Internet (IAD) parece no haber tenido su correlato en la práctica clínica diaria. De hecho la nueva versión del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V) que elabora la Asociación Americana de Psiquiatría volverá a excluirlo como trastorno de conducta al no constatar evidencias científicas que le avalen. Muchos de los principales especialistas en la materia niegan la existencia de tales pacientes, e incluso el propio Goldberg después de admitir irónicamente que se inventó el citado desorden afirmarí que “si extendemos el concepto de adicción para incluir todo aquello que la gente hace en exceso, tendríamos que aplicarlo también a otras actividades como leer libros, hacer ejercicio o simplemente hablar con los demás”.

En el lado contrario se sitúan otros expertos -desde la psicóloga Kimberley Young (referente de primer nivel en este tema, creadora del Center for Internet Addiction en 1995) hasta el psiquiatra Jerald Block (quien recientemente ha solicitado la inclusión de este síndrome en el citado Manual)- que abogan airadamente por su existencia. Alentando esta discusión encontramos en la misma Red declaraciones tan recientes como contradictorias de los propios psiquiatras españoles especializados en adicciones. Mientras que unos aseguran “que en 25 años de profesión no han conocido ni un solo paciente que la padezca”, para otros este tipo de adicción “está arrasando en España” esperándose que los casos sigan aumentando de manera exponencial.

Al debate se ha añadido de manera oportunista una sucesión de noticias recogidas en los medios de comunicación: inauguración de clínicas específicas para tratar la adicción a facebook, imágenes grabadas con cámara oculta de la reacción violenta de algún menor (los llamados niños búnker) ante la imposibilidad de conectarse, sentencias judiciales retirando a unos padres la custodia de sus hijos por desatención al “no despegarse del ordenador ni para comer”...



En este contexto ambivalente nos sobrevienen algunas dudas: ¿es Internet un medio peligroso? Y más concretamente, ¿genera adicción? A la primera pregunta contestamos que en principio no, si bien como todo depende del uso que de él se haga. La segunda requiere una respuesta más pausada, aun cuando atendiendo a nuestra experiencia y a la bibliografía consultada pensamos que tampoco. Otra cosa sería hablar del uso problemático de Internet, entendido como un empleo abusivo capaz de generar problemas por sí mismo. Y es que navegar sin medida por el ciberespacio puede ser una pauta de comportamiento normal que en ocasiones se convierte en problemática, pero también puede ser una conducta sustitutiva de otras adicciones primarias, un síntoma más de diferentes procesos psiquiátricos o la consecuencia de un trastorno previo de la personalidad. Si bien en un principio se intentó establecer un perfil del usuario problemático de Internet (hombre joven, profesión liberal, clase media-alta, etc.), en la actualidad se considera más adecuado referirse a un tipo de personalidad con ciertos rasgos predisponentes para el desarrollo de una adicción: alteración en el control de impulsos, introversión, narcisismo, disforia, intolerancia a estímulos displacenteros, hipocondría, fobia social, baja autoestima, búsqueda exagerada de sensaciones, persistencia de un pensamiento mágico y fantasioso, carencia de habilidades o del temperamento para alcanzar sus objetivos, personalidades border-line, etc. Esto explicaría la alta comorbilidad del uso abusivo de Internet con otras adicciones y otros trastornos psiquiátricos, especialmente de tipo afectivo: abusos de fármacos, alcohol y otras drogas, productos relacionados con el sexo, depresiones, trastornos bipolares, ansiedad, alteraciones en la conducta alimentaria, etc. Ese empleo problemático de Internet se ha relacionado también con un empobrecimiento de las relaciones interpersonales con los otros miembros de la familia, con una reducción significativa del círculo de amistades y con un incremento de los sentimientos de soledad, quedando en muchos casos la duda de si dicho uso se erige en causa o consecuencia de tal actitud.

Es evidente que la Red permite satisfacer dos tipos de necesidades de suma importancia para la persona en general y el adolescente en particular: la estimulación solitaria y la búsqueda de interacciones sociales. El uso problemático de Internet se ve además fortalecido por las posibilidades que el medio brinda en términos de intimidad, variedad en su oferta, independencia del tiempo real y ausencia de inhibición, amparado por sus características conocidas en el mundo anglosajón como la “triple A”: accessibility (accesibilidad), affordability (bajo coste) y anonymity (anonimato). Y todo de una manera sencilla, frecuentemente desde el propio hogar, en cualquier momento y sin restricciones horarias, lejos de mayores exigencias. Además el

hecho de que este tipo de medio permita una comunicación directa e inmediata, llevada incluso desde una identidad diseñada a la carta, con plena posibilidad de escape, y sin juicios morales ni represalias, aumenta el atractivo para determinados sujetos -especialmente aquellos más introvertidos- a los que dota de un rasgo de libertad.

Estos procesos se desarrollan de manera progresiva, habiéndose descrito tres fases al respecto. En una primera, el sujeto aprende a usar Internet, los grupos de noticias y el chat, y se fascina con ellos. En una segunda fase, va integrándose en las comunidades virtuales más acordes con su personalidad. En una tercera, ya específicamente relacionada con el uso problemático, la persona se entrega al ciberespacio minimizando la importancia de su actitud, adaptando a la misma sus hábitos de vida y descuidando incluso otras actividades cotidianas.

Parece claro que en la mayoría de las ocasiones esa personalidad predisponente antecede al uso de Internet y no a la inversa, considerándose a la Red como un mero catalizador de las mismas. Siguiendo la pauta de los psiquiatras franceses Marc Valleur y Jean Claude Matysiak, “omnipresente y de fácil acceso, esa Red es el lugar de todas las tentaciones”. Internet supondría, desde este punto de vista, un canal nuevo que facilitaría la reedición de viejas adicciones.

ADOLESCENTES EN RED

Si bien no hay una autoridad central que controle el funcionamiento de Internet, se estima que la población usuaria podría superar actualmente los 1000 millones de sujetos en el mundo. El índice de crecimiento tanto de portales como de usuarios es del 12% anual lo que supone que de mantenerse este ritmo para el año 2020 se superarían los 2000 millones. El promedio de ese usuario standard ronda los 30 años, siendo uno de cada diez menor de edad.

El último estudio de la Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC), de febrero de 2011, demuestra la importancia que tiene la Red en nuestra vida. El 86% de la población encuestada -usuarios de Internet que visitan sitios webs españoles- se conecta varias veces al día, preferentemente desde casa (93%) y el trabajo (51%). Si bien la mayoría (30%) tuvo un tiempo de conexión en su domicilio entre una y dos horas, un 40% superó las dos -el 16% hasta más de cuatro-. El horario preferente se sitúa entre las 21:00 y las 24:00 horas (54%), accediendo fundamentalmente al correo electrónico (95%), páginas World Wide Web (91%), mensajería instantánea (35%), foros de discusión (27%) y chats (11%). A la pregunta de si ha disminuido el tiempo que dedica a otras actividades por utilizar Internet, las respuestas

se centran en ver la tele (69%), buscar información en bibliotecas/catálogos/guías (38%), leer (27%), oír la radio (19%), dormir (17%), practicar algún deporte (16%), estudiar (11%), pasear/estar con amigos o pareja (10%) y trabajar (5%), entre otras.

En cuanto al uso de las redes sociales, la conexión en las últimas 24 horas alcanza el 60% -preferentemente en Facebook (90%) y Tuenti (26%)- con los siguientes fines: relaciones de amistad (85%), hobby (33%), contactos profesionales (31%) y búsqueda de pareja (3%). El 18% de los usuarios dispone de página web personal y el 28% de blog propio.

Centrándonos en la población más joven, según el informe *Cómo usan Internet los jóvenes: hábitos, riesgos y control parental* realizado por los profesores Carmelo Garitaonandia y Maialen Garmendia, este colectivo suele conectarse principalmente desde casa, aunque muy pocos disponen de acceso en su propia habitación. Navegan un promedio de una a dos horas diarias que pueden incrementarse durante los fines de semana al disponer de mayor tiempo libre. La edad de inicio en este uso se sitúa entre los seis y los diez años, siendo habitualmente un familiar el encargado de enseñar a los niños su manejo. Sin embargo el control de los padres sobre ese uso resulta "escaso", siendo su máxima preocupación "el tiempo de conexión" y sintiendo sus hijos que dicho control "es totalmente ineficaz". Atendiendo a los datos de este estudio, Internet influye pobremente en otras actividades cotidianas, salvo ver la televisión y, en algún caso, en la disminución del tiempo que dedican a realizar sus tareas escolares. Asimismo esos jóvenes utilizan preferente el Messenger para "comunicarse con sus amigos", tienen acceso a contenidos violentos y pornográficos si bien "los miran o toleran con indiferencia" en el primero de los casos, y no los frecuentan demasiado en el segundo por temor a los virus informáticos, a los que perciben "como su gran enemigo". Los jóvenes manifiestan un escaso interés por la compra on line y hacen un mal uso de Internet para las tareas escolares, ya que "elaboran poco las informaciones" limitándose a "cortar y pegar" los datos que encuentran.

Precisamente con relación al uso por estos adolescentes de Messenger, Facebook u otras redes sociales, no parece corroborarse el mito del riesgo que entrañarían para generar adicción o para perjudicar su proceso de socialización. En este sentido un estudio de la Universidad de Virginia acaba de concluir que los adolescentes entre 13 y 14 años con una vida social activa y equilibrada al margen de Internet son luego más proclives a utilizar dichas redes sociales con absoluta normalidad entre los 20 y 22 años, considerándolas una extensión más de su vida cotidiana.



INTERNET, HA IRRUMPIDO CON FUERZA EN EL ÁMBITO ESCOLAR GENERANDO UNA REVOLUCIÓN EN EL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN DE LA EDUCACIÓN. LA PRESENCIA DE ESTAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN DENTRO DEL PROCESO EDUCATIVO, ESPECIALMENTE EN POBLACIÓN JOVEN Y ADOLESCENTE, HAN HECHO QUE SE HABLE MÁS DE UN APRENDIZAJE EN RED (INTERNET) QUE DE UNA RED (RELACIONES) DE APRENDIZAJE




La práctica regular de actividad física, la pertenencia a una asociación de tiempo libre o el uso de otros medios distintos a la Red para realizar sus tareas escolares, se erigen en factores de protección para los adolescentes ante el uso problemático de Internet

A estos estudios les acompañan otros muchos que estiman las tasas de uso problemático de Internet en diversas poblaciones basándose en la aplicación de distintos tests, entre los que destacan el Internet Adiction Test -el primero que se validó desde el Center for Internet Addiction-, el Internet-Related Addictive Behavior Inventory (IRABI) o el Internet Related Problem Scale (IRPS). En todos ellos las variables fundamentales para determinar dicho uso problemático están relacionadas con el tiempo de exposición, lo que podría conllevar en sí mismas una limitación al presuponer que todo uso prolongado genera algún tipo de problema.

Para el caso concreto de los adolescentes españoles, esas tasas han llegado en algunas investigaciones hasta el 15% siendo en su conjunto similares a las observadas en población adulta. En nuestro estudio Prevalencia y factores asociados al uso problemático de Internet en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria de la ciudad de Madrid constatamos que aproximadamente un 10% de los 594 estudiantes encuestados dio puntuaciones sugerentes de tal uso problemático en el Internet Adiction Test adaptado. Desde un sentido crítico sería importante profundizar en el estudio de tales adolescentes para valorar si realmente ese uso les genera algún tipo de conflicto y, en su caso, establecer las correspondientes estrategias preventivas. En nuestra experiencia una de las aplicaciones más problemáticas de la Red en este grupo de edad son los chats -en especial de accederse a diario y de forma compulsiva- por todas sus particularidades antes descritas. En cuanto a los llamados juegos virtuales o en línea, se ha observado que muchos de esos jóvenes invierten un tiempo excesivo en el ciberespacio como jugadores virtuales, lo que puede conllevar un deterioro en las relaciones sociales, una dejación de sus obligaciones y una mayor ansiedad.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN: EN FAVOR DEL USO PROVECHOSO

Conocer los distintos aspectos que influyen sobre un problema es una de las medidas para darle solución. Atendiendo a los datos de nuestro estudio, algunas variables como la práctica regular de actividad física, la pertenencia a una asociación de tiempo libre o el uso de otros medios distintos a la Red para realizar sus tareas escolares se erigen en factores de protección para los adolescentes ante el uso problemático de Internet. Contrariamente, la tenencia añadida de nuevas tecnologías -como videoconsolas o teléfonos móviles- y el mayor gasto en su mantenimiento constituyen factores de riesgo de primera magnitud. Una de las principales recomendaciones para alcanzar ese uso provechoso de Internet es que se emplee de forma racional, para los fines que se requiera, de manera controlada en tiempos y contenidos si fuese preciso -en especial ante los menores de edad-, sin interferir con el sueño, con otras necesidades básicas, ni con las obligaciones que como persona el internauta pudiera tener. Y es que existe un consenso prácticamente generalizado de que el adolescente que utilice Internet debe conseguir un equilibrio entre las horas dedicadas a su uso y el resto de las actividades cotidianas, procurando una armónica integración entre todas ellas a fin de no afectar sus relaciones de socialización, sea en un ámbito familiar, de amistades o laboral/escolar. La implicación de los padres o tutores en este proceso se considera fundamental, siendo su comunicación con ellos necesaria para detectar precozmente cualquier problema, ofertar alternativas -incluyendo las de ocupación del tiempo libre-, dar pautas de uso, ayudar en la selección de contenidos, e incluso compartir con sus hijos estas y otras actividades. ■



TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS

ENRIQUETA OCHOA MANGADO.

DOCTORA EN MEDICINA. ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL, MADRID.

PSIQUIATRA DEL PROGRAMA ADOLESCENTES Y FAMILIAS DE PROYECTO HOMBRE. MADRID.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual con bases neurobiológicas. Se define, según los criterios diagnósticos DSM-IV-TR, por la presencia continuada de diversos síntomas de déficit de atención y/o hiperactividad, síntomas que deben haber estado presentes durante más de 6 meses.

El artículo completo está disponible en la web de la Asociación Proyecto Hombre www.proyectohombre.es, en el apartado “Publicaciones” > “Artículos de interés” http://proyectohombre.es/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=63&Itemid=84





02

SEMINARIOS PRÁCTICOS

1 Estrategias educativas con jóvenes en situación de riesgo

Eduardo Cueto y Ricardo Bravo
Proyecto Hombre Madrid

2 Una comprensión holística del fenómeno de la violencia juvenil

José Miguel Sánchez Cámara. Escuela Española de Desarrollo Transpersonal. Madrid

3 La terapia breve centrada en soluciones

Margarita Herrero de Vega
Universidad Pontificia de Salamanca

4 Programa de intervención con familias y menores con conductas de maltrato

Josefa Sánchez Heras; Cristina Arias Salvador
y M^a José Ridaura Costa. Colonia S. Vicente Ferrer

5 Por los buenos tratos: prevención en jóvenes de la violencia interpersonal, en la pareja y mucho más

M^a Ángeles González y Jon Kepa
Acción en Red. Burgos

6 Intervención con adolescentes consumidores de drogas y sus familias

Pablo Llama y Javier Moral
Proyecto Hombre Madrid



ESTRATEGIAS EDUCATIVAS CON JÓVENES EN SITUACIÓN DE RIESGO

EDUARDO CUETO HERNÁNDEZ

DIPLOMADO EN MAGISTERIO. ESPECIALISTA EN EDUCACIÓN SOCIAL. SUBDIRECTOR DEL CENTRO DE DÍA DE MENORES EN RIESGO SOCIAL "DONOSO CORTÉS". ÁREA DE MENORES Y PREVENCIÓN DEL CENTRO ESPAÑOL DE SOLIDARIDAD – PROYECTO HOMBRE MADRID.

RICARDO BRAVO ELVIRA

LICENCIADO EN GEOGRAFÍA E HISTORIA. ESPECIALISTA EN EDUCACIÓN SOCIAL. DIRECTOR DEL CENTRO DE DÍA DE MENORES EN RIESGO SOCIAL "DONOSO CORTÉS". ÁREA DE MENORES Y PREVENCIÓN DEL CENTRO ESPAÑOL DE SOLIDARIDAD – PROYECTO HOMBRE MADRID



Colaboración de Proyecto Hombre Madrid con el proyecto "Causas Justas" del Real Madrid. Estadio Santiago Bernabéu



Campaña de recogida y reparto de juguetes por jóvenes del Centro de Menores Donoso Cortés de Proyecto Hombre Madrid

La constante evolución de la sociedad que vivimos requiere de un gran esfuerzo de actualización de los fenómenos que se dan en su contexto, muchos de los cuales determinan nuevos fenómenos sociales y las consecuencias que tienen en el desarrollo en los distintos individuos que la conforman. Los colectivos que se encuentran en situaciones de riesgo social son de los que más afectados se ven por estos fenómenos de cambio social, ya que los cambios estructurales, socioeconómicos y culturales son los que definen sus procesos de socialización.

El artículo completo está disponible en la web de la Asociación Proyecto Hombre www.proyectohombre.es, en el apartado "Publicaciones" > "Artículos de interés" http://proyectohombre.es/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=63&Itemid=84



UNA COMPRENSIÓN HOLÍSTICA DEL FENÓMENO DE LA VIOLENCIA JUVENIL

JOSÉ MIGUEL SÁNCHEZ CÁMARA

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA. ESTUDIOS DE DOCTORADO EN PREVENCIÓN DE COMPORTAMIENTOS JUVENILES DE RIESGO.

COORDINADOR DEL ÁREA DE EDUCACIÓN DE LA ESCUELA ESPAÑOLA DE DESARROLLO TRANSPERSONAL (EEDT), MADRID.

“Convertir en ideal la persecución del bien, es como querer desembarazarse de la izquierda doblando constantemente a la derecha, un camino en círculos”.

Alan W. Watts

¿Qué emociones inundan a los educadores, incluidos los padres, cuando con esfuerzo tratan de inculcar valores de paz, solidaridad y compañerismo a aquellos jóvenes que parecen no conocer este florido lenguaje en su forma de relacionarse?

Cuando un educador aborda la tarea de educar a jóvenes que cometen actos de violencia contra otros jóvenes, se puede enfrentar con frecuencia a la inquietud de tener que afrontar la gestión de sus propios sentimientos de ira y rabia contenida, que por lo general no saben ser elaborados.

Para muchos jóvenes, parece que es la forma más “normal” de expresarse, y de ganarse cierto respeto en el grupo de iguales a través de su actitud confrontativa. En el mundo adolescente varonil, los blanditos se quedan a menudo fuera de las principales fuentes de refuerzo social entre sus pares: estatus, credibilidad, poder de atracción... En la lucha permanente por construir una frágil identidad personal, tratan de sobrevivir en una verdadera jungla emocional.

A menudo se aferran a frágiles identidades sociales con su pandilla, para sentir una identidad donde refugiarse. La educación transpersonal propone dotarles de estrategias para potenciar precisamente lo que andan buscando, seguridad y fuerza, de forma prioritaria, ante aquellos otros grandes valores que probablemente sólo sean significativos para una población adulta, culta y refinada, que expresa con grandes palabras sus más bellas intenciones universalistas.

Los enfoques educativos predominantes, a pesar de su enorme interés práctico, tienden a reducir la intervención al plano de los pensamientos y de la acción. En estos enfoques positivistas y pragmáticos de intervención, las emociones son tratadas como “verbalizaciones”, por lo que la inquietante sensación fisiológica, sentida queda al margen de la indagación introspectiva. La inteligencia intrapersonal se ha ido desvalorizando en esta cultura de la superficialidad, y resulta difícil observar nuestros propios procesos. Juzgamos y analizamos a los demás, sin ser conscientes de que lo observado activa y resuena con el observador (paradigma cuántico).





La cuarta ola de la psicología, el enfoque transpersonal, comenzó a ser conocido a través de las manos del fundador de la psicología humanista (tercera ola) A. Maslow, tras darse cuenta de que la cúspide de su pirámide de necesidades humanas se quedaba corta; Tras las necesidades de autorrealización que le dieron renombre, descubrió necesidades de auto-trascendencia, que fueron obviadas con recelo por esta joven ciencia psicológica que había aprendido a arremeter contra la primera ola, psicoanalítica, y con todo aquello que no pudiera ser observado a través de los sentidos y del intelecto cotidiano consensuado. Aquello de que *lo esencial es invisible a los ojos quedó entonces relegado a la literatura poética.*

Si lo intrapersonal se refiere al conocimiento de cómo soy (rasgos), y lo interpersonal a cómo interaccionamos socialmente, lo transpersonal apunta a aquello que permanece estable en nuestra consciencia a través de los cambios. Propicia el reconocimiento de lo que soy de forma estable a través de mi vida: ese observador inmutable de las transformaciones que se producen en la careta de la personalidad, sometida a la experiencia, al aprendizaje y a la ensalada genética de cada uno.

Un espacio de libertad en el que puedo sentir la pura experiencia de ser. Un espacio de quietud que me permite observar una realidad menos teñida por componentes subjetivos proyectados. Del intelectualista “pienso, luego existo” cartesiano, recuperamos y actualizamos el paradigma atemporal del “soy eso”. Entre los principales representantes actuales de esta cuarta ola de la psicología, contamos con Ken Wilber (2004), John Welwood (2002) y en España José María Doria (2004).

Este enfoque transpersonal, por tanto, resuelve la histórica pelea entre psicologías al dar su lugar a cada enfoque parcial, correspondiendo a los diferentes niveles de conciencia que expresa el ser humano. Cada psicología, desde esta visión, ha surgido en relación a un determinado nivel de conciencia y por tanto, son complementarias (Wilber, 2004). El paradigma transpersonal ha sido aplicado conceptualmente a la educación holística por Ana M^a González Garza (2009).

La Escuela Española de Desarrollo Transpersonal (www.escuelatranspersonal.com) cuenta con un programa de formación en Educación Transpersonal, que propicia un proceso de reeducación vivencial on line en comunidades de aprendizaje formadas por padres, profesores, educadores, facilitadores de grupos y personas con vocación de autodescubrimiento. Detallaremos aquí la visión de este enfoque educativo transpersonal, a la hora de abordar situaciones de violencia en las que se ven implicados los jóvenes actualmente.

Parece importante para comenzar, proceder a desmontar esa lucha fratricida que ha teñido los presupuestos de partida de la intervención social ¿Hasta cuándo vamos a seguir tratando de cambiar cualquier comportamiento, en medio del rencor y la rivalidad que existente entre escuelas? Prevenir la violencia, en medio de la disputa intelectual que suele anidar en los equipos interdisciplinares, resulta algo parecido a tratar de limpiar barro teniendo las manos empujadas sin saberlo. Nos sorprende una y otra vez la autoafirmación agresiva de los adolescentes y jóvenes con los que trabajamos, pero rara vez somos capaces de reconocerla como espejo de aquella que nosotros mismos sentimos en estos frustrantes entornos educativos. Tanto más cuando no cumplimos los objetivos de cambio que nos imponemos.

¿Qué sucede cuando comenzamos a observar a estos jóvenes como espejos de aspectos no reconocidos en nosotros mismos, en lugar de seres de un mundo ajeno al nuestro, teñidos de agresividad y malicia?

Hacerse adulto significa adaptarse a ciertas convenciones sociales. Se renuncia entonces a la utopía adolescente, a la capacidad de soñar mundos imaginarios. Supone pasar por la ducha fría de esta construcción social a la que llamamos “cruda realidad”. Una ducha fría en la que tiritamos de resignación, y frustración de expectativas mal asimiladas. Quizás posos del rencor de vivir una vida cuando no es la que fue soñada.

No confundamos la resignación con la aceptación de lo que hay. A esta última se accede primero tratando de hacer algo por cambiar la realidad, por tratar de ser más felices y hacer más felices a los que queremos. Es necesaria por tanto la pasión en el intento de superación de los obstáculos en los caminos emprendidos en los diferentes contextos educativos, para que surja un anhelo por algo más estable y verdadero. Cada piedra en el camino nos hará más sabios si tenemos la capacidad de aprender, esto es, de mirar hacia el interior y ver qué me pasa a mí, en lugar de engancharme con intentos egoicos de tratar de cambiar a los demás.

¿Qué me impide ser feliz cuando suceden estas frustrantes y duras intervenciones educativas? La escurridiza felicidad parece que es el resultado de un permiso que uno se da cuando suelta la necesidad de controlar, cuando esta adquiere al menos un carácter secundario y funcional. ¿Desde dónde puede surgir una firmeza efectiva, justa y amable en nuestro acompañamiento educativo? De forma sorprendente descubrimos que justo allí donde no queremos mirar: en el propio ojo del huracán. Como veremos, precisamente en la ira que no somos capaces de reconocer ni gestionar dentro de nosotros mismos.

UNA IMAGEN ESPECULAR DE LA VIOLENCIA JUVENIL EXOGRUPAL

Vamos a usar este espejo que son los jóvenes para ver qué nos cuentan de nosotros mismos. El mecanismo de proyección descubierto por C.G. Jung conocido como la sombra personal, nos dice que cuando Juan nos habla de Pedro, nos habla en realidad más de sí mismo que de Pedro. ¿Qué resuena en nosotros en esta descripción?

Los jóvenes parecen buscar en el calor del grupo de amigos la aprobación y admiración que parecen faltarles en los que fueron sus principales fuentes de socialización: familia y colegio. Las conclusiones finales de potentes estudios factoriales multivariantes y cualitativos realizados en la UAM por el equipo de psicología social comunitaria (Martín, A. y cols., 1998), con el que he colaborado estrechamente, reflejan un interesante patrón de ambivalencia en los educadores de referencia de estos jóvenes.

Los chicos más violentos parecen provenir de familias donde se alternan de forma inconsistente pautas de rigidez autoritaria con una extrema permisividad. Traducido en un lenguaje que podamos comprender más fácilmente, parecen ser padres que han querido mostrar su amor a los hijos dejándoles hacer todo aquello que ellos quisieron poder hacer en su propia adolescencia, y que reaccionan de forma agresiva y autoritaria cuando el conflicto escapa a su control. Se imponen castigos desproporcionados e imposibles de cumplir, no contingentes, y que al cabo de unas horas o días acaban quedando en el olvido. La confusión, la culpa y la sensación de no ser buen padre abundan aquí, lo que termina de socavar la autoridad de unos padres dependientes de la aceptación y perdón de sus hijos. La inconsistencia de los castigos, que dejan de ser creíbles en sus amenazas, hace el resto.

Sin embargo, en su momento estos padres seguramente pensaron que con esa educación más libre sus hijos serían así más felices que ellos. ¿Somos capaces de ver estas buenas intenciones, o nos asaltan prejuicios sobre su vago “dejar hacer” y su “ausencia de límites”, que señala a estos padres como el origen del mal? Una dinámica que comienza a volverse contra ellos mismos. La violencia juvenil adquiere una nueva dimensión al dirigirse contra los referentes que han perdido toda autoridad y credibilidad comunicativa.

Por otra parte, aquellos jóvenes que etiquetamos como “violentos” no siempre se comportan de esta forma. De vez en cuando expresan su ira de forma violenta, algo que no se permite hacer el resto. La violencia está siendo más y más condenada, y resulta inquietante cómo esto puede estar produciendo más y conciencia de que “debo de ser muy malo si pego

a alguien”. Les ayudamos entonces a autocategorizarse y autoexcluirse de lo que hoy consideramos normal.



El efecto paradójico que pueden tener campañas de sensibilización simplistas y maniqueas contra la violencia, ampliaría así la inconsciencia y la sombra personal sobre nuestra propia agresividad, que pasamos a mostrar sin darnos cuenta: “yo no soy como ellos”. ¿Cuánta agresividad desplegamos a la hora de defender a las víctimas? Acabamos enredados en la espiral de violencia si dejamos de observarnos en el mapa global del fenómeno. El primer paso para acercarse a un joven “violento”, es acercarse a él como un joven más. Un ser humano: lo que en realidad es.

¿Nos atrevemos a ver la realidad desde los ojos de estos jóvenes? Me centraré ahora en aquellos que comenten actos de violencia desde la pertenencia a grupos, definidos contra otros grupos rivales. Podría interpretarse desde una visión libre de prejuicios, que estos jóvenes forman comunidades austeras, alejadas del hedonismo imperante propio de su edad. Siguen disciplinas fuertes, y de alguna manera se respira un ambiente iniciático que mantiene fuerte el vínculo y la identidad social. Según cuentan, suele prohibirse el consumo de sustancias que alteren la capacidad de responder a un ataque, como el alcohol y el cannabis. Sin embargo, no les interesa descontrolar.

La violencia intergrupala es, para sorpresa de muchos, organizada, planificada, instrumental y fría. La promesa para estos chicos es una fuente de estima grupal (que no ha mostrado correlación significativa con la autoestima, por cierto), y una seguridad que afronte el miedo con el que viven la existencia. Se busca además la experiencia hedónica del “subidón” de adrenalina que se experimenta en el combate cuerpo a cuerpo. Jugar a que la vida está en riesgo por unos instantes, hace que ésta cobre más intensidad emocional por un momento.

Resulta interesante aquí rescatar que antiguamente en la India, algunas pequeñas comunidades espirituales en las que se veneraba al dios Shiva en su faceta de destructor del universo (como símbolo del proceso de transformación interior), algunos ascetas tenían como requisito para entrar en la comunidad matar a un sacerdote o brahman. De esta forma rompían los lazos con el mundo convencional, y propiciaban así un profundo camino meditativo. La agresión hacia uno mismo o hacia otros grupos ha tenido un fuerte componente espiritual en numerosas tradiciones religiosas.

Desde una visión transcultural, parece que hay algo de



orden monacal distorsionado en estos grupos violentos, cuya conciencia grupal se mantiene a través del odio impuesto al exogrupo, y que propicia la excusa perfecta para el verdadero objetivo velado: obtener una fuerte sensación de soporte y cohesión grupal. Si podemos limpiar nuestras gafas, sin ningún ánimo de justificarles, veremos que en realidad les une un anhelo de comunión y amistad. Estos sentimientos afectivos, se esconden bajo una masculinidad que exagera la expresión de la agresividad.

Las necesidades desatendidas en estos jóvenes violentos, desde una perspectiva holística son: la falta de respeto y reconocimiento a lo que son por el hecho de ser, por parte de sus referentes adultos, carencia de afecto y vinculación segura en sus familias, límites confusos (que tanta seguridad dan, y tanta ansiedad generan cuando desaparecen) y la ausencia de una vocación laboral.

Al cubrirse en mayor o menor medida estas necesidades, la violencia intergrupal desaparece con la edad: como efecto de encontrar una pareja que cubra el sentimiento de abandono emocional, y/o a través de un primer trabajo que les lleve a encontrar un entorno normativo seguro, que proporcione recursos económicos propios y cierto sentido vital.

A veces, el estricto juego de amenaza territorial, calculado cual guerra fría, se calienta en virtud de algún desaire amoroso. Por eso las chicas aparecen relegadas a un segundo plano en estos grupos, mayoritariamente constituidos por chicos... asumiendo éstas a veces una arquetípica versión actualizada de Helena de Troya. Suele ser la pasión afectiva la que lleva finalmente a cometer los actos de violencia más dañina, así como las traiciones a la lealtad al grupo.

De forma más frecuente, se eligen víctimas indefensas para dar sentido a la expresión de la fortaleza grupal. La agresión entonces es instrumental para el grupo y calcu-

CUANDO UN EDUCADOR ABORDA LA TAREA DE EDUCAR A JÓVENES QUE COMETEN ACTOS DE VIOLENCIA CONTRA OTROS JÓVENES, SE PUEDE ENFRENTAR CON FRECUENCIA A LA INQUIETUD DE TENER QUE AFRONTAR LA GESTIÓN DE SUS PROPIOS SENTIMIENTOS DE IRA Y RABIA CONTENIDA, QUE POR LO GENERAL NO SABEN SER ELABORADOS

Una vez más, una lupa de aumento en la que observar la constitución de la masculinidad en nuestra cultura adulta de referencia. Nos impresionaría ver cómo muchos de ellos se derrumban llorando en entrevistas de investigación por la culpabilidad que sienten cuando encuentran un espacio libre de juicio que les acoja.

Rompiendo el mito de la violencia asociada a patrones socioeconómicos, la hipótesis de frustración social, muchos de ellos pertenecen a familias con recursos, o reciben un importante esfuerzo económico por parte de las menos favorecidas. Parece que cada vez más, estos jóvenes tienen "de todo", excepto quizás lo más fundamental.

lada, y no suele terminar de forma trágica, a no ser que se vaya de las manos. Suele recaer como bulling, precisamente en aquellos chicos que más tragan su propia ira, forzándose en dar una imagen buena y aceptable.

UN CAMBIO EN NUESTRA MIRADA HACIA LOS JÓVENES QUE REALIZAN ACCIONES VIOLENTAS

Las desastrosas consecuencias de la violencia, por fortuna puntuales cuando suceden, movilizan a la sociedad y hacen que cíclicamente se cuestione ¿Qué está pasando con los jóvenes? Esperamos, ante la falta de respuestas, a que la madurez sobrevenga con la edad, y que el tiempo lo cure todo, y pase la enfermedad de la adolescencia.

Muchos adolescentes relatan sentirse encerrados tanto en casa como en el aula, sometidos a una batería de condicionamientos operantes que les empujan a la exclusión de una u otra forma, y que les sella figuradamente en la frente la marca de Caín, a través de cada vez más frecuentes etiquetas diagnósticas.

Un enfoque holístico lleva a tomar en cuenta por tanto la dimensión puramente emocional del conflicto, más allá de las discusiones que tratan de racionalizar lo que ocurre. En su mayoría, simples narraciones prefabricadas que no llegan a propiciar ninguna toma de conciencia relevante (aquello de que los problemas se solucionan hablando, ha matado de aburrimiento a más de un educador y terapeuta).

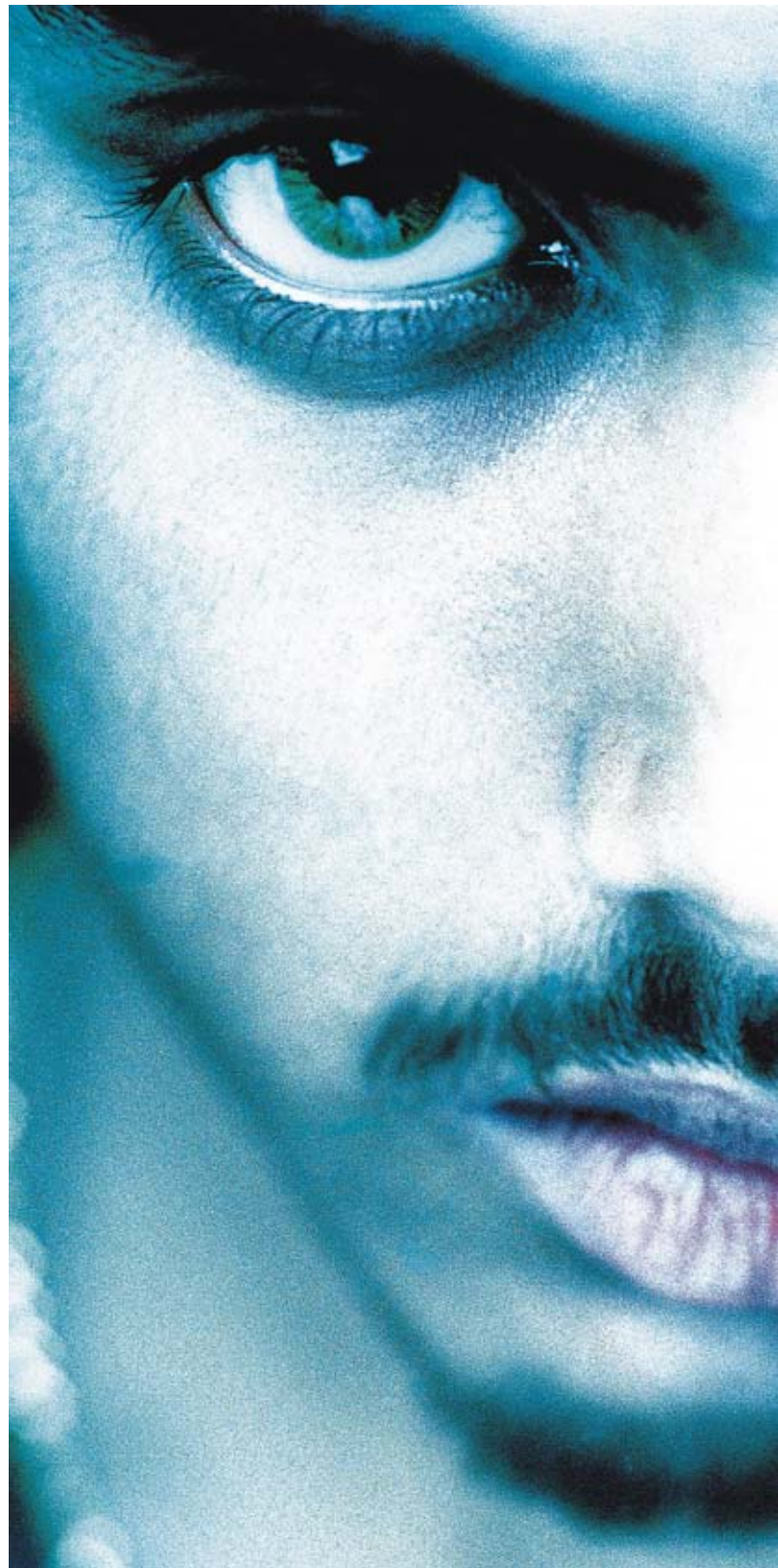
Es imprescindible salir de la conversación, una vez que el joven ha sido suficientemente escuchado y acogido. Lo determinante será aquí desde dónde uno escucha: ¿desde la intolerancia? ¿desde el prejuicio académico y la sanción social?

La educación transpersonal realiza su innovadora apuesta por la escucha libre de juicio, la cual tan sólo es posible si se escucha y se ve al otro en su más radical esencia bondadosa. En realidad, por más perversas que puedan resultar las acciones de cualquier joven en apariencia, como el resto de los mortales, a poco que se indague con cierta neutralidad se descubrirá a la búsqueda de la felicidad, el amor y la serenidad, como motores de cualquier acción. Su violencia resulta tan sólo una herramienta, un medio aprendido para tratar de conseguir estos anhelos profundos, eso sí, atajando al no tener en cuenta el cómo. Si sabemos escuchar esto entre líneas, el resto del discurso sobrará rápidamente, y entonces en la mirada del joven aparece un brillo de reconocimiento. Parecen que ellos entonces te dicen: “¡me ves!”. De aquí nace una enorme fuente de autoridad para el educador.

La educación transpersonal aparece en el horizonte de una honda línea de investigación, no sólo científica, sino también arraigada en el conocimiento más atemporal y profundo que ha podido ofrecer el ser humano a través de la historia y las diferentes culturas. Suministra el suficiente valor al educador para saber discernir que tras la apariencia subyace una esencia común en la que descansa el ser. Un ser que nunca es corrompido por la dualidad que impone la mente, aquella que lleva a juzgar si alguien es bueno o malo por sus actos. Son las acciones las que pueden ser o no correctas, en función siempre del contexto.

RESPIRACIÓN CONSCIENTE DE LA IRA Y SU TRANSFORMACIÓN EN FIRMEZA, SERENIDAD Y ALEGRÍA.

Una vez captada esta esencia bondadosa que no tiene opuesto, comienzan o ocurren transformaciones



asombrosas, en las que puede parecer que el educador no hace nada. Tan sólo acompaña, escucha, ayuda a indagar... y en todo caso indica cómo respirar la emoción que esté presente, soportando su propia incomodidad con las emociones que resuenen en su tripa o en su corazón, y las respire con él.



Escuela Española de **Desarrollo Transpersonal**

John Welwood (2002) denomina “sensación sentida” a la activación fisiológica inespecífica de la emoción (arousal según Marañón, Schachter, Berkowitz y Russell), inspirado en las técnicas de focusing emocional. Un enfoque que se distancia del mundo de la mente, y por tanto de las asociaciones con el pasado y anticipaciones del futuro temidas, y que se centra en el aquí y ahora, en el cuerpo. Siento entonces la ira como calor, y quizás si cierro los ojos, como una luz roja que enciende mis retinas desde dentro. Puedo entonces reconocerla como ira, y nombrarla.

NUESTRA PROPUESTA, ES PRECISAMENTE LA DE PONER CONCIENCIA EN LA IRA, TRATÁNDOLA COMO UNA EMOCIÓN MÁS CON LA QUE UNO PUEDE INVESTIGAR EN SU INTERIOR, SIN HACER DAÑO A LOS DEMÁS NI A UNO MISMO

Muchos profesionales de la educación no pueden permitirse reconocer esto, ya que en esta cultura deficitaria de educación emocional es compartido que cuando uno se emociona deja de actuar de forma profesional. Hemos recibido toda una serie de directrices para inútilmente consolar el llanto con un “no llores” y el miedo con un “no tengas miedo”. Como en estas situaciones, la negación de la emoción de la ira tan sólo logra incrementarla. Evitándola la hacemos más grande, se amplifica con nuestra atención sostenida hacia ella. Alguien te dice “te has avergonzado, estás rojo”. Por lo general, esto no hace sino poner más rojo a uno, a poco que uno se avergüence de estar avergonzado. Propiciamos aquí lo contrario, permanecer presentes con la emoción, sea cual sea, en lugar de tratar de evitarla.

Se trata a través de esta práctica de soltar resistencias, y quedarse con la sensación sentida, inofensiva, una vez que la activación toma su lugar en nuestro cuerpo. Usamos el intelecto para dar un nombre a esta activa-

ción, y así responsabilizarnos de su gestión. Una vez hecho esto, llevamos el enfoque de nuestra atención con más conciencia al cuerpo.

En la mitología hindú, el dios Shiva acaba por poner en riesgo su vida a través de su propia consorte, Kali, que luchando contra los demonios, llena de ira, acaba confundiendo a su esposo con uno de ellos. Con su pie ya en el cuello de Shiva, en el último instante le reconoce y cesa su acción violenta. Una manera de ejemplificar cómo la ira destructiva se acaba volviendo contra uno mismo cuando no está presente la conciencia.

Nuestra propuesta, siguiendo un simbolismo similar, es precisamente la de poner conciencia en la ira, tratándola como una emoción más con la que uno puede investigar en su interior, sin hacer daño a los demás ni a uno mismo.

Ya que tenemos dentro una olla a presión de ira, hagamos un buen guiso con lo que hay. Antes de tratar de expresarla hacia el exterior conductualmente (el paradigma de la catarsis, que tanto se sigue usando, a pesar de que la Psicología Social desde hace años, ha llegado a cuestionar si esto lleva a reforzar pautas de expresión agresiva) uno cierra los ojos para interiorizarse y soportar estar junto a la sensación sentida en el cuerpo, respirándola profundamente.

Soportando la necesidad de que la emoción salga hacia el exterior, nos convertimos en observadores de la localización y del movimiento de la emoción en el cuerpo. Tras unos minutos respirando, y aguantando la tentación de tratar de evitar el malestar haciendo algo o negando la emoción, vemos que la naturaleza de esa emoción se transforma y pasa a otro estado.

Por lo general la ira surge tras una frustración, según la hipótesis clásica de Dollard, que se mantiene en el tiempo, y tiende a transferirse a otras situaciones (Zillmann). La sensación de impotencia, de que uno deseaba algo diferente a lo que hay. Si no se vive desde la resignación (tragarse la ira, que tiende a instalarse psicosomáticamente en algún lugar del cuerpo), tiende a producirse el estallido externo cólico. Un intento desde la ignorancia de recuperar el poder interior que parece haberse perdido.

La investigación transpersonal aporta algo enormemente brillante y clarificador al respecto, a lo que llega a llamar “al química emocional” (Welwood, 2002). En el corazón de cualquier emoción, incluida la ira,

hay una puerta de acceso a una realidad más honda, libre de la mente y por lo tanto del tiempo y de los cambios de humor. Una fuente estable de serenidad interna, donde la ira se transforma inteligentemente en la firmeza que nos confiere autoridad como educadores, y que puede acompañar el sentido de la vida de los jóvenes que reflejan comportamientos violentos. Precisamente la seguridad y la fuerza que estos jóvenes buscan a través de su conducta. Les ofrecemos una alternativa apetecible, en lugar de una imagen idealizada por el educador de “niño bueno”, que sin duda podría traerles consecuencias directas negativas en su entorno más próximo.

Una manera inteligente y asertiva de decir “hasta aquí” o “esto no es para mí”, entre otros múltiples mensajes que surgen si hacemos un espacio hondo para que a través de la ira, nuestro ser exprese su mensaje más inteligente para nosotros en esa situación. La tripa nos dice con quién enfadarnos y en qué medida, se convierte en un radar para la orientación vital, y para dar solidez a nuestra estructura personal.

Sin embargo, detrás de esta necesaria discriminación, interesante para manejarnos con soltura en la vida, descubrimos un espacio amplio de Bondad en nosotros mismos, y en lo que sucede en todo momento. Entonces el camino educativo comienza a vivirse con alegría, a pesar de todo. Investigando en profundidad y respirando la sensación sentida, encontramos finalmente la conexión con la fuente de energía vital.

Descubrimos a través de respiración, la meditación y las prácticas de atención plena que nuestra esencia está plena de amor, y que no necesitamos la aprobación y aceptación del grupo de iguales. Una vez realizado este autodescubrimiento esencial, que resuelve en silencio la eterna respuesta a ¿quién soy?, un puede liberarse al fin de los patrones agresivos heredados de una u otra forma del pasado familiar.

Podemos entonces no sentirnos incómodos con la agresividad de estos chicos. Reconocemos en ella a la ira, como patrimonio emocional de la humanidad. Respirada conscientemente, se convierte en una firmeza con la que ponemos el límite correcto y justo, con serenidad. Validamos su emoción, y es entonces cuando esta se desinfla y revela su mensaje oculto de poder interno.

Trasmitir nuestra confianza transpersonal en su bondad, que atraviesa la personalidad y el comportamiento, hace que resuene en los jóvenes su propia fuente de serenidad, y la motivación por seguir realizando las acciones más oportunas para su propósito vital. Sin duda, una buena alternativa al efímero placer de conseguir ser respetado por una máscara personal de hostilidad.

Aprendemos entonces con humildad, junto a ellos, que no siempre podemos conseguir lo que nos proponemos, y aceptamos la inteligencia de los límites que nos marca la vida. Una dimensión que aporta un significado radicalmente hondo a la “tolerancia a la frustración”. La aceptación de ella, nos lleva a ver que las cosas suceden de una manera que trasciende nuestra limitada inteligencia personal. Nos abrimos a una inteligencia transpersonal, donde se despliegan virtudes, como la paciencia.

Se abre entonces para el educador, tanto en casa como en el aula, tantos caminos como indagaciones emocionales pueda haber dentro de cada uno. El foco de atención deja de estar en los “terribles jóvenes”. Descubro mi propio abono, con el que cultivar las flores que si llegan a florecer en mi camino, sin duda sembrarán semillas en el que es acompañado. ¿Cuándo? A su debido tiempo, en la estación de la vida más adecuada. Recordamos que en el camino, educamos por lo que somos. ■

José Miguel Sánchez Cámara
 educacion@escuelatranspersonal.com
 www.escuelatranspersonal.com

**HACERSE ADULTO SIGNIFICA
 ADAPTARSE A CIERTAS
 CONVENCIONES SOCIALES. SE
 RENUNCIA ENTONCES A LA UTOPIA
 ADOLESCENTE, A LA CAPACIDAD
 DE SOÑAR MUNDOS IMAGINARIOS.
 SUPONE PASAR POR LA DUCHA FRÍA
 DE ESTA CONSTRUCCIÓN SOCIAL A LA
 QUE LLAMAMOS “CRUDA REALIDAD”**





LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN LA SOLUCIONES

MARGARITA HERRERO DE VEGA

DOCTORA EN PSICOLOGÍA. PROFESORA DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA



“Como terapeutas tenemos un deber muy claro. Primero, conseguir claridad en nosotros mismos; y buscar luego cualquier señal de claridad en los demás y apoyarles y reforzarles en todo lo que haya de sano en ellos”

Gregory Bateson, 1972

La Terapia Familiar nació en Estados Unidos y Europa en los años sesenta del siglo XX. Pretendía explicar cómo las relaciones entre los miembros de la familia influían en la patología del paciente. Este fue el inicio de un importante giro en el mundo de la psicoterapia, se dejó de pensar en términos intrapsíquicos y comenzó un interés por lo interaccional y relacional. Esta nueva forma de pensar sobre qué es lo que provocaba un problema tuvo como consecuencia cambios en la forma de intervenir, es decir, se empezaron también a desarrollar nuevas técnicas orientadas a cambiar dicha interacción.

A comienzos de los años 80, en el contexto del interés sistémico por las interacciones y las relaciones, dos terapeutas, Steve de Shazer y su mujer Insoo Kim Berg, crearon en Milwaukee el BFTC (Centro de Terapia Familiar Breve, Milwaukee). Estos terapeutas pasaron del enfoque centrado en los problemas a un mayor énfasis en lo que funcionaba en cada caso a fin de señalar y amplificar estas secuencias de solución (de Shazer, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis 1986; de Shazer, 1988) A este modelo de terapia desarrollado en el BFTC se le llamó Terapia Breve Centrada en las Soluciones.

Este enfoque terapéutico centrado en las soluciones mantiene que no hay que saber mucho sobre la naturaleza de los problemas para resolverlos, que los clientes realmente quieren cambiar, y que tienen recursos propios para hacerlo (de Shazer, 1988).

En la TCS el objetivo terapéutico consiste en, una vez explicitadas las metas terapéuticas mediante la pro-

yección al futuro, recoger la mayor información posible sobre las excepciones (momentos en los que debería aparecer el problema y por el contrario no aparece), ampliarlas y atribuir la responsabilidad del logro a los clientes, de manera que sean capaces de repetirlos y que el problema desaparezca. Entienden por tanto que el cambio se produce como resultado de la entrevista terapéutica, lo que significa que la sesión se dedica a generar soluciones, es decir, cambios perceptivos y conductuales que elaboran conjuntamente los clientes y el terapeuta con el fin de mejorar la forma de superar el problema.

Al igual que en cualquier otro modelo de terapia, en la TCS pueden distinguirse, por una parte, ciertas premisas teóricas y por otra, determinadas técnicas y procedimientos que traducen estas premisas a la práctica terapéutica.

Al hablar de premisas nos estamos refiriendo a los supuestos teóricos que un terapeuta adopta cuando trabaja en psicoterapia. Estas premisas configuran desde qué punto de vista decidimos describir o explicar algunos fenómenos. Partimos de estos presupuestos teóricos porque son los que más se ajustan a nuestras preferencias éticas y a las características (posibilidades y limitaciones) del contexto en el que trabajamos.

PREMISAS

Punto de vista Constructivista

Adoptar un punto de vista constructivista supone que la realidad es algo que básicamente creamos y negociamos nosotros mismos mediante el uso del lenguaje,

es decir, se considera que no existe un conocimiento realmente verdadero de las cosas, solamente un conocimiento idóneo, o bien un conocimiento instrumental que nos permite administrar la realidad con la cual interactuamos. Se pueden tener percepciones y opiniones muy diversas de la realidad, y sobre la base de cada una de éstas, las reacciones de las personas cambian (Nardone y Watzlawick, 1990).

El hecho de adoptar un punto de vista constructivista no sólo es un planteamiento epistemológico, sino que conlleva implicaciones a nivel clínico. Por un lado un terapeuta constructivista contribuye de manera más activa a co-construir una realidad más positiva para los clientes mediante el uso del lenguaje, sin necesidad de tratar de evaluar o diagnosticar previamente cómo “son realmente” las cosas. Por otro lado, la forma de conceptualizar los problemas también es diferente, desde este punto de vista, lo que constituye un problema es sobre todo la construcción que los clientes hacen de una realidad dada.

La premisa constructivista nos lleva a asumir un punto de vista no-normativo, es decir, a rechazar un modelo de normalidad y a aceptar que hay muchas maneras de actuar, de comportarse, en definitiva de vivir en pareja, familia o con uno mismo (Beyebach, 2005). Por lo tanto, rechaza también la idea de que haya un único patrón de funcionalidad o normalidad y mantiene la creencia de que cada persona es única e irrepetible. Desde este punto de vista, la función del terapeuta no es tratar de adaptar a sus clientes a un patrón preestablecido de funcionalidad, sino de ayudarles a que alcancen sus propias metas y objetivos.

Punto de vista contextual y relacional

Adoptar un punto de vista contextual y relacional consiste en tratar de entender los comportamientos humanos en relación a su contexto más amplio y al modo en que interactuamos con los demás.

Asumir esta premisa implica ampliar el foco de lo intrapsíquico a lo inter-personal. Esta nueva visión puede ayudar a modificar nuestra comprensión de las conductas que son consideradas problemáticas.

Admitir este punto de vista significa también aprovechar y contar con un número mayor de recursos. No sólo interesa intervenir sobre el individuo, sino que las personas cercanas a él, el contexto en el que vive y los profesionales relacionados (profesores, compañeros de trabajo...) se convierten en parte importante tanto para ayudar a comprender el “problema” como para poder generar la “solución”.

Punto de vista Centrado en las Soluciones

El punto de vista centrado en las soluciones es lógicamente el aspecto distintivo del modelo terapéutico

SE PUEDE ENTENDER LA TERAPIA COMO UN ESPACIO DONDE OCURRE UNA CONVERSACIÓN ORIENTADA A PROVOCAR CAMBIO O SIMPLEMENTE COMO “CONVERSACIÓN DE CAMBIO”

desarrollado en el BFTC de Milwaukee. Lo novedoso es el énfasis que pone en identificar lo que funciona a fin de identificar y amplificar estas secuencias de solución (de Shazer, 1982, 1985).

El punto de vista centrado en las soluciones implica adoptar la creencia de que todas las personas disponen de los recursos necesarios para solucionar sus problemas, aunque tal vez no hayan encontrado aún la forma de activarlos. Esta creencia comporta que el terapeuta se centre en potenciar y aumentar las soluciones, es decir, en lo que va bien, en lo que sí funciona. Para ello ponen un especial énfasis en el trabajo con las excepciones (momentos en los que se espera que ocurra el problema y éste no aparece).

Lo particular de este trabajo es que fomenta los recursos de las personas hasta que el problema deja de ser tal, por lo que podemos considerar el Modelo Centrado en las Soluciones como un método de intervención principalmente orientado al cambio; un cambio que, desde esta perspectiva, se considera constante e inevitable (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Lipchik, 2002), es decir, se considera que las situaciones (problemas) de las personas siempre están cambiando y encuentra que en todo caso lo que no cambia sería la forma de ver la situación.

Además de sostener que el cambio es constante e inevitable se defiende que igualmente es contagioso y que un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema. De la misma forma un cambio pequeño en una parte de la vida de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas. (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Punto de vista Centrado en la Cooperación y en el Consultante

Desde este punto de vista, se entiende la relación terapéutica como una relación de respeto, entendiendo el respeto como una posición de mayor igualdad entre terapeuta y cliente.

En esta nueva manera de entender la relación terapéutica se da prioridad a los objetivos de los consultantes, es decir, son ellos los que marcan sus propias metas; mientras que la misión del terapeuta en este proceso es hacer de intermediario o facilitador para que finalmente las alcancen.



LAS TÉCNICAS QUE SE PROPONEN DESDE EL MODELO CENTRADO EN LAS SOLUCIONES PARA PROMOVER EL CAMBIO SON: LA NEGOCIACIÓN DE LOS OBJETIVOS; EL TRABAJO CON EXCEPCIONES Y LA PREGUNTA DE ESCALA

Para una mejor cooperación con los consultantes, los terapeutas adoptan una postura de expectación, o “ir por detrás” (Berg, 1994), que hace que los terapeutas aprendan constantemente cosas nuevas sobre cómo trabajar y ayudar a los clientes. Entienden las posibles dificultades que puedan poner los consultantes, no como “resistencia” sino como una forma de enseñar a los terapeutas cuál es su estilo, cómo prefieren cooperar, es decir, si los terapeutas están atentos a la postura de los clientes, a sus creencias, a sus objetivos y se escucha a los clientes entendiendo que son ellos los “expertos” en su propia vida, puede que sea más fácil encontrar las claves necesarias para que ellos mejoren.

Que los terapeutas usen el mismo lenguaje que los consultantes ayuda a una mejor cooperación. Puesto que las personas utilizamos ciertas expresiones únicas para reflejar nuestras experiencias, creemos que el que los terapeutas adopten las expresiones de los clientes para devolverles mensajes, resumirles lo que han dicho, etc., hará que se sientan más escuchados, más comprendidos y que perciban que se identifican mejor con su experiencia.

TÉCNICAS

Toda terapia, en un sentido muy amplio, está pensada para producir cambio. Los consultantes llegan a terapia donde, mediante un proceso de interacción con el terapeuta, describen su problema esperando que éste les ayude a resolver su situación. Por tanto, se puede entender la terapia como un espacio donde ocurre una conversación orientada a provocar cambio o simplemente como “conversación de cambio” (de Shazer, 1994). Las técnicas que se proponen desde el modelo Centrado en las Soluciones para promover el cambio son:

- 1.- La Negociación de los objetivos
- 2.- El Trabajo con Excepciones
- 3.- La Pregunta de Escala.

1.- La Negociación de los Objetivos

La finalidad de la Negociación de Objetivos en la TCS es tener claro qué objetivos se quieren conseguir en terapia. Este aspecto sirve de señal para que tanto el terapeuta como los clientes sepan cuándo el problema está resuelto. Además es una forma de saber hacia dónde caminamos en el proceso terapéutico.

Para este propósito la técnica más utilizada es la proyección al futuro. Permite a los clientes ver su problema desde una nueva perspectiva. Se les invita a que imaginen un futuro sin el problema, donde puedan expresar sus deseos o anhelos, de manera que el ambiente que se crea es tan ilusionante y grato que los consultantes de alguna forma deseen alcanzar ese futuro.

La *Pregunta Milagro* es la técnica que más se utiliza para realizar una proyección al futuro, y uno de los principales componentes de la Terapia Centrada en las Soluciones.

Cuadro 1 La formulación de la Pregunta Milagro

“Imaginen que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se resuelven, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo no se dan cuenta de que este milagro se produce. ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que les hagan darse cuenta de que este milagro se ha producido?”

En realidad no es sólo una pregunta sino una secuencia de preguntas que ayuda al terapeuta a transformar los objetivos de los consultantes en objetivos bien formados, ya que habitualmente cuando los consultantes llegan a terapia no nos dan una descripción de sus objetivos en estos términos, más bien los definen en negativo, o inalcanzables. Generalmente todos los consultantes tienen muy claro qué es lo que quieren que deje de ocurrir, pero sin una visión de lo que quieren que ocurra en su lugar.

Una Pregunta Milagro bien trabajada supone con frecuencia un impulso decisivo para la rápida culminación de la terapia.

Cuadro 2 Características de los objetivos bien formados. (Beyebach, 2005)

- Relevantes para los clientes
- Pequeños
- Descritos en *términos conductuales*, concretos
- Descritos como “*empezar algo*” más que “*terminar algo/dejar algo*”
- Descritos como “*presencia de algo*” en vez de “*ausencia de algo*”
- Descritos en su contexto *interaccional*
- Que los clientes perciban que conseguirlos implica “*trabajo duro*”
- Alcanzables

Cuadro 3. Preguntas para construir objetivos bien formados en Pregunta Milagro (Beyebach, 2005).

Si el cliente habla...	El terapeuta pregunta
...en términos de queja	¿cómo va a cambiar eso?
...en negativo (dejar de)	¿qué es lo que harán en vez de...?
...en términos poco concretos	¿en qué va a notar que...? ¿cuál será la primera cosa que...?
...en términos individuales	¿cómo va a reaccionar usted cuando él...? ¿cómo va a responder él cuando usted...?
...si se agota un “tema”	¿qué más va a cambiar?

2.- El Trabajo con Excepciones

Podemos definir “excepciones” como aquellas ocasiones en las que se espera que aparezca el problema y éste no se da (de Shazer y cols, 1986) o cualquier avance hacia la consecución de los objetivos terapéuticos. Lo característico de la Terapia Centrada en las Soluciones es la creencia de que las excepciones ya se dan antes de comenzar la terapia, lo cual lleva a hablar de “*cambio pre-tratamiento*” (Weiner-Davis, de Shazer

y Gingerich, 1987), que sería las mejorías que ocurren desde la llamada para concertar una cita hasta el momento en que se inicia la terapia, también se distinguen las mejorías que aparecen una vez iniciada la terapia, que llamaríamos “*avances o cambios terapéuticos*”.

Podemos describir varios pasos para trabajar con las excepciones (de Shazer, 1991; Beyebach, 1999):

Elicitar: Elicitar una excepción significa “dar pie” a que se hable de las excepciones, de aquellas ocasiones, por muy insignificantes que sean, en que las cosas van bien, o menos mal. A veces son los propios clientes quienes informan espontáneamente sobre estos avances, en ocasiones abiertamente y otras veces mientras explican parte del problema. Sin embargo, cuando esto no ocurre, el terapeuta se vale de algunas preguntas que pueden ayudar a promover una conversación centrada en lo que va bien.

Marcar: Una vez identificada la excepción, se llama la atención de los consultantes sobre ella. El terapeuta hace notar esa diferencia.

Ampliar: Una vez encontrada y marcada la excepción, el trabajo del terapeuta consiste en hablar de ella el máximo tiempo posible. En construir o re-construir la historia con todo lujo de detalles. Al igual que en la “Pregunta Milagro”, nos interesa tener una ampliación de la historia descrita en términos conductuales, en positivo, interaccionales, etc. y el terapeuta puede valerse de las mismas preguntas que en la técnica anterior para ir transformando la descripción de los consultantes.

Atribuir control: Es el aspecto que más interés tiene en el trabajo con las excepciones. Consiste en ayudar a los consultantes a que tengan control sobre la excepción, es decir, que lleguen a saber qué fue lo que ellos hicieron para que la excepción tuviese lugar. Fortalece los recursos de los clientes y les permite aumentar la frecuencia en que se da la excepción. Podemos decir que los clientes habrían encontrado la “receta” que les puede ayudar a poner fin a sus dificultades. En términos más cognitivos, diríamos que habremos promovido un locus de control más interno (Rodríguez Morejón, Palenzuela y Rodríguez-Arias, 1996).

Seguir: Cuando el terapeuta ha identificado la excepción, la ha marcado y ha ayudado a los clientes a atribuirse control, el siguiente paso a seguir en el trabajo con las excepciones consiste en volver a elicitar otra nueva excepción. La pregunta más utilizada para seguir trabajando las excepciones es tan simple como “¿qué más?”, “¿qué más está yendo mejor?”, “¿en qué otras ocasiones ha ocurrido el milagro?”, etc. Una vez identificada otra excepción se vuelve a



marcar, ampliar y atribuir control, así sucesivamente hasta que los consultantes informan de que ya no hay nada más que haya ido bien.

3.- La Pregunta de Escala

Existe otra pregunta muy útil para elicitación de excepciones y para buscar objetivos terapéuticos, la Pregunta de Escala. La utilización de escalas no es algo exclusivo del modelo de Terapia Centrada en las Soluciones, ya que en terapia familiar es habitual utilizar las escalas para “medir” la gravedad del problema, obteniendo información complementaria para establecer la línea-base del problema, así como disponer de un elemento más con el que evaluar el resultado de la terapia (Navarro Góngora, 1992). Sin embargo, en TCS la utilización de escalas tiene una intención diferente. Steve de Shazer y su equipo propusieron inicialmente utilizar las “escalas de avance” como una forma de trabajar en aquellos casos en los que la queja y los objetivos eran excesivamente vagos para obtener descripciones conductuales de los mismos (de Shazer y cols., 1986). Finalmente las escalas de avance se han convertido en algo más que un instrumento de evaluación. Permiten a los consultantes y terapeutas identificar excepciones, suscitar objetivos concretos y además la posibilidad de atribuir la responsabilidad del cambio a las personas que acuden a terapia.

Cuadro 4 Formulación de la Escala de Avance

En una escala de 1 a 10, en la que 1 es el momento en el que las “cosas” que les han traído aquí han estado peor, y 10 es el momento en que estarán del todo solucionadas, ¿dónde diría usted que se encuentran las “cosas” en este momento?

Al igual que ocurría con la pregunta Milagro, la Pregunta de Escala no es sólo una pregunta, sino una secuencia de preguntas que ayudan a terapeutas y consultantes a generar una conversación sobre excepciones y a construir objetivos trabajables y pasos intermedios.

La manera en que se comienza a trabajar con esta pregunta es pidiendo a los consultantes que valoren cómo están los problemas que les han llevado a terapia en ese momento. Una vez que los consultantes responden con un número se continúa con una serie de preguntas (cuadro 5.) ampliando la excepción y atribuyendo control (cuadro 6.).

Cuadro 5 Preguntas para ampliar la excepción (Beyebach, 2005)

“¿Qué cosas entran en ese...?”
 “¿Cómo es que las cosas están en un... y no en un 1?”
 “¿Qué está siendo ahora diferente que le hace pensar que las cosas están en un...?”
 “¿Qué cosas ve que le permite puntuar en un...?”

Cuadro 6 Preguntas para atribuir control (Beyebach, 2005)

“¿Qué te ha ayudado a que las cosas estén en un ...?”
 “¿Qué has puesto tú de tu parte?”
 “¿Cómo lo has conseguido?”
 “¿Qué ha hecho tu marido/ padres/ amigos... que te permite ver las cosas en un...?”
 “¿Qué crees que diría tu mujer que ha ayudado a que las cosas estén en un...?”

Comentábamos en párrafos anteriores que el trabajo con las Escalas de Avance era útil también para conseguir objetivos intermedios. Para ello el terapeuta pregunta a los consultantes, una vez que ya tiene toda la información sobre las mejorías y cómo lo han conseguido, por un pequeño paso más, es decir, cuál sería el siguiente paso a seguir para que la puntuación dada en la Escala aumente un punto más.

Cuadro 7 Preguntas para identificar el paso siguiente (Beyebach, 2005).

“¿En qué va a notar que la situación ha mejorado un punto más en la escala?”
 “¿Qué va a ser diferente cuando las cosas estén en un punto más?”
 “¿Cuál puede ser una señal que le haga pensar que las cosas están en un punto más?”
 “¿Qué tiene que pasar para que considere que las cosas están en un punto más?”
 “¿Qué puede hacer usted para que las cosas mejoren un punto en la escala?”

Elogios y Tareas

La primera sesión se cierra con lo que en la TCS se llama “mensaje final” (de Shazer, 1982). Cuando la entrevista finaliza, el terapeuta hace una pausa y sale de la sala para reunirse con el equipo y poder diseñar el mensaje que finalmente contará a los consultantes. El formato de este mensaje consta de elogios y tareas, es decir, se destacan aquellos aspectos que los clientes ya están haciendo bien, son positivos o útiles para ellos. A continuación se le sugiere hacer, fijarse o bien reflexionar sobre algo que le permita seguir avanzando en su dificultad (tarea). Tanto los elogios como las tareas tienen que ser coherentes con el modo en el que ha transcurrido la entrevista, y además, el terapeuta debe asegurarse de que la tarea sea algo que los consultantes puedan llevar a cabo.

A lo largo del artículo hemos presentado las técnicas más utilizadas por el modelo de Terapia breve Centrada en las Soluciones. La terapia sería entonces una conversación entre consultantes y terapeutas centrada en hacer visibles los recursos que las personas tienen para llegar a alcanzar los objetivos terapéuticos que se proponen. ■

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS Y MENORES CON CONDUCTAS DE MALTRATO¹



JOSEFA SÁNCHEZ HERAS

DOCTORA EN PSICOLOGÍA. DIPLOMADA EN CRIMINOLOGÍA. COLONIA SAN VICENTE FERRER. VALENCIA

M^a JOSÉ RIDAURA COSTA

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA. COLONIA SAN VICENTE FERRER. VALENCIA

CRISTINA ARIAS SALVADOR

LICENCIA EN PEDAGOGÍA . COLONIA SAN VICENTE FERRER. VALENCIA

La Colonia San Vicente Ferrer es un Centro de Reeducción de menores infractores perteneciente a la Consellería de Justicia y Administraciones Públicas y que está gestionado por los Terciarios Capuchinos (Amigonianos). En la Colonia se atiende, desde el año 1922, pedagógicamente a adolescentes y jóvenes de ambos sexos.

El centro está ubicado en el término municipal de Burjassot (valencia)

y dispone de 72 plazas para cumplimiento de medidas en régimen cerrado, semiabierto, abierto y convivencia en grupo educativo.

*Es en la “**Colonia San Vicente Ferrer**” donde se crea y comienza a desarrollarse, en el año 2004, el “**Programa de intervención con familias y menores con conductas de maltrato**”. Desde entonces hemos trabajado con más de 130 familias.*

1. La descripción que se detalla ha sido realizada por las autoras del libro “Manual de Intervención para Familias y Menores con Conductas de Maltrato”. Pepa Sánchez Heras; María José Ridaura Costa y Cristina Arias Salvador. Editorial Tirant lo Blanch. Valencia 2010. Publicado en el Estudio Daphne sobre violencia intrafamiliar-II. Marzo 2010.



MARCO TEÓRICO

El programa de intervención está diseñado basándonos en el modelo teórico de la **Psicología cognitivo-conductual**. Modelo que mejor explica y predice la conducta humana y que está avalado por numerosos estudios científicos.

El ser humano nace muy indefenso pero con una enorme capacidad de aprendizaje. Desde el nacimiento, excepto algunos reflejos, aprendemos absolutamente todo. Y en este proceso, realizamos buenos y malos aprendizajes. Es decir, aprendemos comportamientos que nos van a ayudar a ser más felices y otros que complicarán esta tarea. Así desde este modelo se entiende que todos los comportamientos se pueden modificar, mejorando la calidad de vida de las personas.

Un determinado comportamiento se puede aprender de diferentes maneras (origen). Existen varias formas de aprendizaje: por asociación, imitación, refuerzo positivo o refuerzo negativo.

Por otro lado, las conductas tienen tres niveles de respuesta que se encuentran interrelacionados. Así, hablaremos de Respuesta Cognitiva –pensamientos, imágenes y recuerdos-, Respuesta Fisiológica/emocional –emociones y sensaciones físicas que dependen del sistema nervioso autónomo-, y Respuesta Motora –aquellos comportamientos que realiza la persona para modificar su medio-. Ante cualquier situación, la persona piensa algo determinado y en función de estos pensamientos, tiene una serie de sensaciones físicas y emociones y realiza una conducta para conseguir una consecuencia determinada. Por ejemplo: para una persona que le da miedo hablar en público, la situación sería presentar un trabajo.

Pensaría que lo va a hacer fatal, que se quedará sin voz, que hará el ridículo, etc. y sentirá tensión en los músculos, calor, taquicardia, nerviosismo. Por último, ante estos pensamientos y emociones probablemente lo que hará será decir que está enferma para no exponer el trabajo.

Destacar que dentro de la psicología cognitivo-conductual, es muy importante el papel de los pensamientos, de cómo las personas interpretamos las situaciones para tomar una u otra decisión y emitir distintos comportamientos.

Es distinto por lo que empieza un problema a los fenómenos por los que dicho problema se mantiene. Las conductas se mantienen por las consecuencias (beneficios, premios o refuerzos) que obtenemos al emitirlos. Podemos obtener cosas positivas (refuerzo positivo) o eliminar sensaciones desagradables de nuestro ambiente (refuerzo negativo).

En cuanto a las conductas de maltrato en sí, y tal y como se ha comentado anteriormente, las personas nacemos sin experiencia previa y conforme vamos viviendo, aprendemos a comportarnos de una determinada manera, en función de lo que ganemos o perdamos. Los chicos que agreden, física o verbalmente, a sus padres, consiguen sus propósitos, como obtener cosas materiales, librarse de una bronca, hacer lo que quieran o sentirse bien por tener el control de la casa.

Ahora bien, si lo anterior es cierto, también lo es que cuando nacemos podemos hacerlo teniendo un *temperamento fácil o difícil*, y esta parte sí que es innata. Cuando hablamos de temperamento nos referimos al carácter, al conjunto de características psicológicas que tiene una persona y que, en parte, determinan su forma de comportarse, y decimos en parte, porque la mayoría de estos chicos, aunque con mucho más trabajo, podrán socializarse correctamente. Es aquí donde cobra importancia el papel de los padres y por tanto, la doble dirección del problema.

A los padres nadie les enseña a educar. Muchos se enfrentan a este desafío con voluntad e ilusión, pero no siempre con las ideas claras. Educar es una ardua tarea, que se complica muchísimo cuando los hijos han nacido con un temperamento difícil. Pero este temperamento está y debe estar mediatizado por los padres, por las pautas de crianza que utilicen.

Los padres que utilizan unas *pautas de crianza adecuadas*, conjugan el afecto, la disciplina y la comunicación, y suponen modelos positivos para sus hijos. Saben poner límites, supervisar que no se rebasen, imponen consecuencias cuando se transgreden y refuerzan cuando se cumplen. Son aquellos que escuchan a sus hijos, que hacen un uso adecuado del “NO” y del “SÍ”, y que no caen en constantes contradicciones.

Si desde pequeños los padres no van moldeando los comportamientos negativos de los niños difíciles, enseñándoles que de esta forma no conseguirán sus objetivos, el niño crecerá y su temperamento difícil y conductas negativas crecerán con él, con la diferencia de que cuando son pequeños, son más o menos controlables, y cuando son adolescentes las conductas negativas son más exageradas y descontroladas, llegando incluso al maltrato.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN Y METODOLOGÍA

A la hora de diseñar y estructurar este programa de intervención, tuvimos muy presente la necesidad de trabajar de forma paralela tanto con hijos como con los padres, ya que consideramos que los problemas familiares deben conceptualizarse como un problema,

cuanto menos, dimensional. En el seno de las familias se establecen dinámicas negativas, en las que, tanto en su origen como en su mantenimiento, participan los padres y los hijos, siendo por tanto ambas partes responsables del proceso y por consiguiente, siendo necesaria su implicación en la intervención para manejar y cambiar conductas inadecuadas que se están retroalimentando mutuamente.

Este hecho nos ha llevado a trabajar de forma individualizada con los hijos pero también con los padres, así como con padres e hijos conjuntamente. Asimismo, con el objetivo de dotar de estrategias concretas, reforzar los aprendizajes y como apoyo al malestar y el sentido de culpabilidad con que se encuentran cuando llegan al Centro un elevado porcentaje de familias, llevamos a cabo una formación grupal con el conjunto de padres ("Escuela de Padres"). También trabajamos con los adolescentes en grupo.

Nuestro modelo de trabajo es esencialmente psico-educativo, en el que la práctica diaria adquiere una importancia crucial.

El objetivo general del programa es disminuir hasta llegar a extinguir los comportamientos agresivos y violentos de los hijos hacia sus padres, mejorando la relación entre ellos.

Para alcanzar dicho objetivo, se trabajaba a través de **cinco bloques de intervención** (Padres individualmente; Hijos individualmente; padres en grupo (Escuela de Padres); Hijos en grupo; Padres más hijos), que se desarrollan en cuatro fases ((Evaluación, Hipótesis; Intervención y Seguimiento)

En la **Fase de Evaluación**, se recoge información, tanto de padres como de hijos para poder entender el problema, identificando la conducta problema, viendo que variables pueden predecirla y que consecuencias la controlan (Pastor y Sevillá, 1990).

En esta fase trabajamos con dos de los bloques de intervención: Padres individualmente e hijos individualmente.

En la **Fase de Hipótesis** se explica el origen y mantenimiento del problema, tanto a los padres de forma individualizada como en el grupo de padres de una forma más general. Se explica cuál es el problema de su hijo, por qué aparece y qué variables hacen que dicho problema se mantenga a lo largo del tiempo.

En esta fase trabajamos con dos bloques de intervención: Padres individualmente y padres en grupo ("Escuela de Padres").

En la **Fase de intervención**, se enseñan, tanto a los padres como a los chicos, aquellas técnicas, estrategias y habilidades que les ayuden a resolver el problema.

Por otro lado, se ensaya y se pone en práctica todo lo aprendido. En esta fase trabajamos con los cinco bloques de intervención simultáneamente

EL SER HUMANO NACE MUY INDEFENSO PERO CON UNA ENORME CAPACIDAD DE APRENDIZAJE. DESDE EL NACIMIENTO, EXCEPTO ALGUNOS REFLEJOS, APRENDEMOS ABSOLUTAMENTE TODO. Y EN ESTE PROCESO, REALIZAMOS BUENOS Y MALOS APRENDIZAJES. ES DECIR, APRENDEMOS COMPORTAMIENTOS QUE NOS VAN A AYUDAR A SER MÁS FELICES Y OTROS QUE COMPLICARÁN ESTA TAREA

En la **Fase de Seguimiento**, se van observando los resultados a corto plazo y si estos resultados se mantienen a lo largo del tiempo, incluso una vez ha finalizado la intervención.

En esta fase trabajamos con los padres y los hijos, en sesiones individuales y conjuntas, en el centro durante la parte final del internamiento y se observan los resultados durante el cumplimiento de la libertad vigilada y una vez acabada la misma.

Los objetivos específicos de cada bloque de intervención son los siguientes:

BLOQUE-I. PADRES EN INDIVIDUAL

OBJETIVOS

1-Evaluar el problema funcionalmente

En aras a realizar un diagnóstico acertado y planificar adecuadamente la intervención, es necesario evaluar el problema, obteniendo la información necesaria para poder realizar el Análisis Funcional de la conducta o conductas problema, de forma que una vez concluido podamos contestar a las siguientes



preguntas: ¿Cuál es concretamente el problema?, ¿Cómo aparece? y ¿Qué variables hacen que se mantenga a lo largo del tiempo? La información se recoge a través de la entrevista semiestructurada, de la observación directa y de diferentes cuestionarios y autoregistros, durante dos o tres sesiones.



2-Entender claramente por qué se mantiene el problema de conducta de su hijo

Tras realizar la evaluación y poder seguir avanzando con ciertas garantías en la intervención, es fundamental que los padres entiendan la hipótesis explicativa del problema. En nuestra experiencia la mayoría de los chicos con los que hemos trabajado presentan un problema conductual, instrumental y aprendido. Muchos padres, influidos por otros autores y por la necesidad de calmar su sentimiento de culpa y buscar razones externas a los comportamientos agresivos de sus hijos, piensan que sus hijos tienen un problema orgánico, genético, y crónico como una enfermedad mental, una psicopatía, etc.

Por ello y para que se impliquen en la intervención, es importante que los padres entiendan que el problema de sus hijos es aprendido y por tanto, modificable, que se mantiene por los beneficios que consiguen al emitir la conducta agresiva, que asuman su parte de responsabilidad y sepan qué conductas, que mantienen el comportamiento agresivo de su hijo, han de cambiar.

3-Flexibilizar las ideas irracionales

Teniendo en cuenta todos los acontecimientos negativos vividos en el último tiempo, la mayoría de padres acuden a las sesiones con mucho malestar y con pensamientos negativos sobre su hijo, sobre la solución del problema, incluso sobre ellos mismos. Algunos de estos pensamientos negativos están distorsionados, son irracionales. Esto es, no están basados en la evidencia, generan emociones difíciles de controlar y no son útiles para conseguir nuestros objetivos. Por ejemplo: “Aunque me hubiese comportado de otra manera mi hijo hubiese hecho lo mismo”; “Mi hijo es esquizofrénico”; “Toda la culpa es mía”. Es importante detectar la existencia de estos pensamientos y abordarlos para poder avanzar adecuadamente a la intervención, ya que pueden interferir de forma significativa.

4-Aprender a reforzar positivamente

El refuerzo positivo es una de las técnicas más potentes para mantener conductas positivas a lo largo del tiempo. Además ayuda a construir y mantener una adecuada autoestima y favorece la relación positiva y afectiva entre las dos partes. Cuando comenzamos a trabajar, tanto con los padres como con los hijos, observamos que les cuesta ver cosas positivas en el otro. Durante mucho tiempo su forma de relacionarse y comunicarse se ha basado en la crítica, la exigencia e incluso el desprecio. Por ello, es fundamental que aprendan a valorarse por lo que son, y no exclusivamente por lo que hacen, que sean capaces de expresarse cosas positivas, de decirse lo que les gusta del otro, de felicitarse, de mostrarse afecto, etc.

5-Revisar los fines de semana

Cuando llega el momento de que los chicos comienzan a disfrutar de permisos de fin de semana al domicilio familiar, dichas salidas se preparan con ambas partes clarificando los objetivos de las mismas y firmando un contrato conductual en el que se especifican las normas que los padres les piden y las consecuencias, tanto positivas (privilegios) como negativas (sanciones) que obtendrán en función del cumplimiento o no de las normas. Las salidas se revisa, con ambas partes, lo más detalladamente posible, cómo ha transcurrido el fin de semana. Principalmente nos interesa conocer cómo se han sentido, si el hijo ha cumplido todas las normas que aparecían en el contrato, y en el caso de haber incumplido, cómo han manejado los padres la situación y cómo ha reaccionado el chico ante esto. Por otro lado, se intenta obtener información acerca de la actitud del hijo y los padres, el tipo de comunicación, la participación en la dinámica familiar, etc. Tras recoger toda esta información, damos feedback, reforzamos y trabajamos los aspectos a mejorar.

EL REFUERZO POSITIVO ES UNA DE LAS TÉCNICAS MÁS POTENTES PARA MANTENER CONDUCTAS POSITIVAS A LO LARGO DEL TIEMPO

6-Trabajar las tareas y los contenidos del grupo.

En estas sesiones individuales se revisan los contenidos trabajados en el grupo de padres (“Escuela de Padres”). Las explicaciones en grupo se realizan de forma general, sin centrarnos en cada caso en concreto. Así pues, con los padres individualmente concretaremos los aspectos de su caso, observaremos si se ha entendido lo explicado en el grupo y se revisarán las tareas.

METODOLOGÍA

Los dos primeros objetivos (“Evaluar el problema funcionalmente” y “Entender claramente por qué se mantiene el problema de conducta de su hijo”), se trabajan con los padres de forma individual durante la fase de “Evaluación” y la fase de “Hipótesis”.

Las sesiones se realizan con los padres. Es importante motivar a ambos progenitores para que asistan a las sesiones, ya que ambos son en parte responsables del problema familiar y, de ambos depende el proceso de cambio de su hijo, y por consiguiente de la dinámica familiar. En ocasiones nos encontramos con que los padres, por motivos laborales, de horarios...delegan en las madres la función de asistir a las sesiones.

Como sabemos la coherencia educativa es una de las variables importantes y que influye en el comportamiento de el/la hijo/a de forma significativa, a la hora de educar. Cada uno de los progenitores tiene su estilo y si únicamente modifica su forma de relación y acción con el hijo uno de ellos, el problema no se resolverá porque se seguirán reforzando, por alguna de las dos partes, los comportamientos negativos o castigando algunos positivos.

En aquellos casos en los que los padres están separados, se interviene sistemáticamente con el progenitor encargado de la educación de el chico (normalmente con quien vive), aunque recomendamos que a la hora de evaluar, en la medida de lo posible, se obtenga información del otro progenitor. A partir de este momento, si se valora como pertinente, se interviene con los dos, bien en sesiones conjuntas o bien en sesiones individuales, dependiendo del caso.

Asimismo, siempre que sea posible, también se tendrá en cuenta a otras personas significativas en la dinámica familiar y en el mantenimiento del problema (abuelos, parejas sentimentales de los padres, tíos, hermanos, etc). Las sesiones se desarrollan semanalmente y duran aproximadamente 60 minutos.

Si durante la evaluación detectamos, en alguno de los padres, problemas individuales secundarios al problema principal (por ejemplo, consumo de sustancias tóxico-dependientes; Trastornos de Ansiedad; Depresión Clínica; Problemas de Pareja; Trastornos de Personalidad; etc.), no los trabajamos, pero intentamos derivarlos a otro recurso (UCAS; Psicólogos o Psiquiatras, públicos o privados, etc.). Trabajamos en un centro de reforma en el que la prioridad es atender educativamente a cada uno de los chicos que se encuentren ingresados por cualquier tipo de delito. La intervención que realizamos en los casos de violencia filio-parental requiere de mucho trabajo y esfuerzo. Por ello, por cuestiones prácticas y de temporalidad, lamentablemente no podemos intervenir en los problemas emocionales individuales de los padres. No obstante, entendemos que dichos problemas también afectan a la relación y por tanto a la dinámica familiar y es fundamental resolverlos.

En la mayoría de sesiones se mandan tareas para la próxima sesión. Hay que reforzar que las traigan hechas, ya que nos dan mucha información acerca de si se han cumplido los objetivos o si hay que continuar trabajándolos. También hay que insistir en que han de realizarlas los dos, ya que los dos son parte activa en la intervención y necesitamos feedback de ambos progenitores.

En ocasiones nos encontramos con padres resentidos, con sentimientos de culpa, con desconfianza, con miedo, con desafíos, con pensamientos muy rígidos, etc. Por ello, es importante que tengamos habilidades sociales, autocontrol emocional, y principios éticos claros, ya que, tanto en evaluación como en intervención se nos presentarán situaciones difíciles que tendremos que manejar. El número de sesiones es flexible, ya que esto va a estar condicionado, tanto por las características de los padres como por el propio criterio del profesional. Es posible que haya contenidos en los que tengamos que incidir una y otra vez a lo largo de las sesiones. Por ejemplo, a la hora de trabajar los pensamientos irracionales, con unos padres necesitaremos una sesión y con otros necesitaremos algunas más.

BLOQUE-II. ADOLESCENTES EN INDIVIDUAL

OBJETIVOS

1-Evaluar el problema funcionalmente

La pertinencia de este objetivo y su desarrollo es el mismo que realizamos en las sesiones con los padres de forma individual.



2-Asumir su parte de responsabilidad en el problema

A los hijos les cuesta mucho asumir su parte de responsabilidad en los problemas con sus padres. Justifican sus agresiones verbales y/o físicas, su desobediencia, sus escapadas de casa, en definitiva sus comportamientos negativos hacia sus padres, culpabilizándolos a ellos de sus propias acciones.

El que los hijos asuman su parte de responsabilidad en los problemas con sus padres supone uno de los objetivos fundamentales para poder continuar de forma efectiva con el resto de la intervención, ya que si entienden que sus reacciones y problemas dependen exclusivamente de causas externas, serán muy resistentes al cambio.

3-Aprender a resolver problemas.

A los chicos les cuesta mucho evaluar las consecuencias a largo plazo. Generalmente, se mueven por los refuerzos inmediatos y fáciles de conseguir, costándoles mucho demorar la gratificación. Así mismo, muchos tiene una baja capacidad de empatía. Es decir, les cuesta ponerse en el lugar del otro y entender sus sentimientos. Por esta razón, también les cuesta ver las consecuencias para los demás, tanto positivas como negativas, y si las ven, las valoran y, por tanto, puntúan, como poco importantes. Generalmente estos chicos no saben resolver problemas de forma adecuada y normalmente se equivocan en sus decisiones, que les traen nuevos problemas. Por ello, ayudamos a los chicos a que detecten las señales que les indiquen que tienen un problema, que definan metas apropiadas y diferentes alternativas de solución, y que elijan la alternativa más adecuada, pensando en las consecuencias a largo plazo para ellos y para los demás. Por último les ayudamos a diseñar un plan de acción concreto para llevar a cabo la alternativa seleccionada.

4-Cumplir con las normas de convivencia familiar

Cuando los chicos ingresan en el centro llevan mucho tiempo sin cumplir normas, han dejado de ver a sus padres como figura de autoridad y viven el día a día haciendo su voluntad sin contar con los demás

miembros de la casa y haciendo cualquier cosas para cumplir sus deseos. La mayoría de estos chicos han crecido teniendo exceso de "sí" por parte de sus padres, desarrollando la idea de que están cargados de derechos y que sus padres únicamente tienen obligaciones para con ellos. Otros han tenido exceso de "no" y han terminado por revelarse frente a esa situación, dejando de cumplir las normas. Ayudamos a los chicos a que aprendan a evaluar la necesidad de la norma como mecanismo para poder entendernos y para poder convivir dentro de un grupo: sociedad, amigos, trabajo, pareja, y por tanto, también la familia. Asimismo es importante que entiendan que ellos son los hijos y que pueden expresar sus necesidades y deseos e intentar negociarlos con sus padres, pero que son sus padres quienes tienen la autoridad y por tanto, la última palabra.

5-Controlar su agresividad

Nos encontramos con que hay chicos que utilizan la agresividad de una forma totalmente instrumental. En general estos chicos tienen un alto control emocional y se dan el permiso voluntariamente de tener conductas agresivas con el objetivo de intimidar y conseguir lo que quieren. No obstante, también nos encontramos con chicos con una agresividad más reactiva. Es decir, son más impulsivos. En estos chicos también hay una parte instrumental que les ha llevado a generalizar estas reacciones porque han obtenido beneficios al emitirlos, pero realmente tiene menos control sobre sus reacciones. Los segundos, tras la realización de las conductas agresivas, se sienten más culpables que los primeros. El objetivo va destinado a entrenar a controlar la agresividad fundamentalmente a los últimos, los primeros no lo necesitan.

6-Flexibilizar los pensamientos irracionales

La funcionalidad de este objetivo y el abordaje que se le da, es el mismo que con los padres en las sesiones individuales. No obstante con chicos con un pensamiento muy rígido e irracional recomendamos no trabajar los pensamientos distorsionados, ya que no es efectivo. Contradicen cualquier cosa que se les dice, teniendo dificultades para razonar y comienzan a pensar que les quieres convencer. En estos casos es mejor, al menos en un primer momento, centrarnos en la parte conductual, siendo ésta la única forma de que puedan comprobar que lo que piensan no es del todo cierto.

METODOLOGÍA

Las sesiones individuales se realizan con el chico que emite conductas de maltrato en casa. Dichas conductas pueden materializarse en agresividad física y/o psicológica hacia sus padres, hermanos, abuelos, y/u objetos del ámbito familiar.

Este bloque consta de diez sesiones aproximadamente que se desarrollan semanalmente y que duran aproximadamente 60 minutos. No obstante, el número de sesiones es aproximado, se podrán añadir o quitar sesiones en función del caso, de las características de el chico, del ritmo de las sesiones, del grado de comprensión... Siempre que el terapeuta lo considere oportuno.

Si durante la evaluación detectamos problemas secundarios al problema principal (por ejemplo, consumo de sustancias tóxico-dependientes, problemas de celos hacia hermanos/as o hacia parejas sentimentales del padre o madre, depresión, trastornos de ansiedad, etc.), los trabajaremos también ya que pueden estar influyendo en el problema principal o ser causa del mismo.

En este bloque de intervención las sesiones son teórico-prácticas. En la mayoría de sesiones se le mandan tareas para la próxima sesión. Es importante reforzar que las hagan, ya que nos dan mucha información acerca de si se han cumplido los objetivos, o si hay que continuar trabajándolos.

Muchos de los chicos con los que nos encontramos se muestran resentidos, emocionalmente distanciados de sus padres, y en ocasiones con bloqueos o negativas ante la intervención. Por esto, al igual que con los padres, es importante que el terapeuta tenga habilidades técnicas, de autocontrol emocional, éticas y sociales, ya que, tanto la evaluación como la intervención, están llenas de situaciones difíciles que hay que saber manejar.

BLOQUE-III. PADRES E HIJOS/AS

OBJETIVOS

1-Mejorar la relación entre padres e hijos

Cuando los chicos ingresan en el centro llevan mucho tiempo, sin considerar a sus padres como figura de autoridad y manteniendo con ellos relaciones utilitarias y de abuso, donde no hay cabida para la expresión del afecto. Es fundamental restablecer los roles en el sistema familiar y trabajar todos los aspectos relacionados con las normas. No obstante, es muy importante que además de centrarnos en qué papel debe adoptar cada cual en el sistema familiar, se trabaje la parte afectiva y emocional en aras a mejorar la relación entre ambas partes. Aprendiendo a valorarse y valorar al otro, y vivenciando de forma positiva los beneficios que tiene sentirse parte de una unidad familiar y vivir en ella.

2-Mejorar la comunicación entre los padres y los hijos

Antes de comenzar a resolver sus problemas, la comunicación entre padres e hijos estaba muy de-

teriorada. En la mayoría de casos había una muy escasa o ausencia total de comunicación y la que había era completamente negativa, basada en las críticas malintencionadas, en los reproches y en las exigencias. Por ello, a padres e hijos se les entrena de forma grupal en habilidades sociales y comunicativas. Durante las sesiones conjuntas ponemos en práctica estas habilidades de forma que se hagan cumplidos, que se expresen peticiones, que se realicen críticas honestas, que se escuchen, etc.

3-Preparar el reencuentro y las salidas

Las primeras interacciones, tras el ingreso en el centro, son complicadas para ambas partes. La última vez que hablaron y se vieron fue en los Juzgados de Menores, después de un episodio de tensión y violencia. Para ayudarles en este primer encuentro o en esta primera comunicación, además de clarificar los objetivos, tanto a los padres como a los hijos, preparamos previamente a ambas partes. No les forzamos a que se muestren afectivos entre ellos ni a que hablen de temas importantes o trascendentes, pero sí exigimos, a ambas partes, que mantengan el respeto. Les pedimos que no hablen de lo sucedido y que no saquen "trapos sucios". Esto se trabajará en sesiones conjuntas cuando el terapeuta lo considere conveniente, de forma que evitemos críticas deshonestas, sentimientos negativos y conductas descontroladas. El objetivo de las primeras interacciones es que ambas partes se queden con "buen sabor de boca", y experimenten que es posible relacionarse y comunicarse sin agresividad.

El objetivo final del internamiento es que los hijos vuelvan a vivir en el domicilio familiar, pero para conseguirlo con ciertas garantías hay que ir poco a poco en la intervención. Así, antes de comenzar a salir con los padres, los chicos tienen que realizar correctamente una serie de pasos. En primer lugar tienen que ponerse en contacto con los padres con una llamada telefónica y, en tono de respeto, pedirles que vayan a visitarlo. Las visitas se realizan en el centro y si funcionan bien, se realizarán algunas visitas, de aproximadamente dos horas, fuera del centro. Superado este objetivo, padres e hijos podrán disfrutar de un día de permiso de convivencia familiar y si toda va bien, comenzará a disfrutar de permisos de fin de semana al domicilio familiar.

4-Realizar contratos y revisarlos periódicamente

Cuando los chicos comienzan a pasar los fines de semana en casa se firma un "contrato conductual" entre ellos y los padres. El objetivo final es que ambas partes sean autónomas. Para ello, después de realizar varios contratos escritos, pasaremos al contrato verbal. Aunque el contrato lo preparamos antes con los padres, y se revisa con ambas partes



después del fin de semana, el mensaje a los hijos es que son los padres quienes ponen las normas y las consecuencias y quienes manejarán las diferentes situaciones durante el fin de semana. Es fundamental que esta cuestión la tenga clara ambas partes, y no piensen que es el centro el que sancionará los comportamientos negativos. Nuestra intención es que los padres vayan ganando autoridad y no se creen relaciones de dependencia con el centro, porque llegará un día en que tendrán que resolver los problemas con los hijos sin el apoyo del centro.

5- Poner en práctica las técnicas para aumentar y disminuir comportamientos

Este objetivo se trabaja transversalmente durante todas las sesiones, especialmente durante la firma del contrato, donde los padres tienen que poner en práctica las técnicas para aumentar y disminuir conductas aprendidas, (refuerzo positivo, extinción, costo de respuesta...), bien en sesiones individuales o en la "Escuela de Padres".

6- Afrontar el conflicto

En el trabajo con las familias no podemos obviar lo relacionado con lo que aconteció en el seno de las mismas y que les llevó a la situación de encontrarse separados, con los chicos en el centro. Entendemos que es una parte fundamental en el trabajo, ya que si toda la intervención se basa en la disciplina e imposición de normas no estamos resolviendo el problema en su totalidad. Es importante que expresen cómo se sentían con la dinámica de relación que tenían antes de ingresar en el centro, que expresen qué significan los unos en la vida de los otros y porqué, que se expresen cosas positivas, que hagan compromisos de cambio y concreten porqué están dispuestos a hacerlo. El momento de trabajar estos objetivos lo marcará el criterio del terapeuta. Es una sesión delicada donde se ponen sobre la mesa muchos sentimientos, algunos positivos y otros no tanto, y no todas las familias están preparadas para afrontarlo en el mismo momento de la intervención.

METODOLOGÍA

Los objetivos de este bloque se trabajan durante varias sesiones, dependiendo de la información obtenida durante la evaluación y de la evolución del caso. Tendrán una periodicidad semanal y durarán aproximadamente una hora. En estas sesiones, participan tanto los padres como los hijos. Se trata de sesiones conjuntas en las que se ponen en práctica cuestiones que han sido explicadas en sesiones individuales y grupales, tanto con las familias como con los adolescentes.

En cuanto a la firma del contrato, destacar que esta sesión se ha preparado de forma individual con cada

parte, por lo que en la sesión conjunta, el papel que juega el educador y el terapeuta, es de "testigo". Favorecemos que manejen la situación entre ellos y únicamente intervenimos cuando aparecen problemas que solos no saben resolver. El objetivo es que los padres se muestren como autoridad y los hijos entiendan y acepten dicha autoridad. Si intervenimos demasiado, los hijos pueden pensar que la autoridad es el centro y no toman en serio a los padres.

Cada familia posee un ritmo de aprendizaje, por lo que, en el caso de que el/la chico/a no muestre una actitud de acuerdo y aceptación de normas y consecuencias no tendrá salida hasta que dicha actitud cambie.

La metodología que se utiliza durante estas sesiones son los contratos conductuales, role-playing, técnicas de negociación, etc.

En estas sesiones conjuntas observamos todas las dificultades con las que se encuentran, tanto padres como hijos/as, a la hora de poner en práctica todo lo aprendido en las sesiones individuales. Daremos feedback, reforzando todo aquello que hacen bien y diciéndoles todas aquellas cosas que tienen que mejorar.

BLOQUE-IV. PADRES EN GRUPO ("Escuela de Padres")

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este bloque es dotar a los padres de estrategias y habilidades para mejorar sus pautas de crianza y la relación con sus hijos. El objetivo último es que a través del comportamiento de los padres, los hijos abandonen sus conductas agresivas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1-Entender qué es un problema de conducta

A lo largo de estos años hemos trabajado con más de 120 familias, y basándonos en nuestra experiencia, la violencia de hijos a padres se trata, en la mayoría de los casos, de un problema aprendido y no genético. En los casos en los que tras la evaluación detectamos que efectivamente esto es así, es fundamental que los padres lo entiendan para poder corregir los comportamientos que, con la mejor intención y sin ser del todo conscientes de ello, están reforzando las conductas negativas y agresivas de sus hijos.

2-Comprender por qué se inicia y qué hace que se mantenga un problema de conducta

Explicamos el origen y el mantenimiento de los problemas de conducta de una forma general, ya que de forma más específica se explica en las sesiones individualizadas con los padres.

3-Conocer las características típicas de un adolescente

Muchos padres piensan que sus hijos, por el exceso de comportamientos que han realizado, son diferentes al resto de adolescentes. Nuestro objetivo en esta sesión es que a los padres les quede claro que su hijo no es un “extraterrestre”, simplemente es un adolescente, con la mayoría de características similares a todos los demás, pero que lamentablemente ha aprendido a comportarse de forma agresiva para conseguir sus propósitos. Por ello, es importante que conozcan las características peculiares de esta fase evolutiva de sus hijos.

4-Conocer estrategias para aumentar y disminuir conductas

Los padres han probado diferentes estrategias para manejar las conductas y actitudes negativas de sus hijos y no les han funcionado. En esta sesión se explica a los padres técnicas y herramientas concretas y cuál es la mejor forma de aplicarlas y ante qué situaciones.

5-Entender qué significa “educar”

Muchos padres piensan que educar es ofrecer a los hijos todo lo que les piden y que ser un buen padre es ser amigo de tu hijo. Otros piensan que hay que colmarlos de amor y cariño sin necesidad de decirles que “No” por la creencia errónea de que esto les puede hacer crecer con cierto trauma. Otros piensan que sus hijos, por una especie de ciencia infusa, deberían saber que sus padres les quieren, y se centran exclusivamente en la parte de disciplina. Es importante que los padres entiendan que educar a los hijos es una obligación suya y que recoge tres variables fundamentales: afecto incondicional, disciplina adecuada y comunicación adecuada.

6-Aprender a poner normas y a supervisarlas de manera adecuada

Al igual que a los chicos, explicamos a los padres la necesidad de las normas para poder vivir en grupo. Asimismo les dotamos de estrategias a la hora de controlar y supervisar el comportamiento de sus hijos de forma adecuada.

7-Aprender a realizar y recibir críticas honestas

Entrenamos a los padres a decirles a sus hijos asertivamente lo que les molesta de ellos y a pedirles cambios de comportamiento y actitud. Por otro lado les entrenamos a que reciban las críticas de sus hijos, aun que sean deshonestas, sin entrar en el juego ni perder el control.

8-Aprender a pedir las cosas, diferenciando entre pedir-exigir

Entrenamos a los padres a hacer peticiones de



forma asertiva. Es importante que los padres entiendan que hay cosas que se deben exigir (norma) y otras que no, que se pueden pedir, pero aceptando que la otra persona te diga que “no”. Hacer una petición no es dar una orden ni tampoco implica que el otro se sienta forzado y obligado a acceder a nuestros deseos.

9-Aprender a decir NO

La mayoría de padres con los que nos encontramos tienen dificultades para decir que no a las peticiones o demandas de sus hijos, por miedo a que tengan una reacción descontrolada y se desencadene un nuevo conflicto. Sin embargo es fundamental que aprendan a hacerlo y se expongan (manteniendo la ansiedad a corto plazo) para a largo plazo resolver el problema y dejar de funcionar por alivio (refuerzo negativo). Les damos herramientas para que lo hagan sin perder su objetivo ni enfadarse.

METODOLOGÍA

En este bloque utilizamos una metodología teórico-práctica, consistente en breves explicaciones teóricas, role-playing, visualización de vídeos, etc.

Este bloque de intervención consiste en terapia EN grupo, no DE grupo. Nuestro objetivo en este sentido es que las explicaciones sirvan para todos y las sesiones sean más amenas, NO que se ayuden entre ellos. Seremos nosotros siempre los que dirijamos la intervención. Es recomendable que las cuestiones más personales se trabajen con los padres en las sesiones individuales. No obstante, no podemos negar que el



hecho de que los demás padres vean que hay más padres con sus mismos problemas, les hace no sentirse tan raros, facilitando el proceso de cambio.

Se han programado once sesiones. Este formato es totalmente flexible, por lo que si se considera necesario añadir alguna sesión es bueno que se haga.

Entendemos que estas sesiones en grupo tienen que ser dirigidas por un Psicólogo o Pedagogo. Éste puede ser ayudado por un co-terapeuta, que podría ser un educador.

En nuestra experiencia, el número ideal para formar el grupo son cuatro o cinco familias, aunque, como siempre, dependerá del criterio del terapeuta y de las características de las familias.

Hemos observado que existen una serie de características en las familias que facilitan el funcionamiento del grupo, aunque será el profesional, el que decida, en último término, que familias van a ser miembros del mismo. Estas características son: comprensión de la hipótesis explicativa del problema (que asuman su parte de responsabilidad), que no existan problemas emocionales en ningún padre (como consumo de alcohol o drogas) y que se comprometan a asistir a todas las sesiones.

Los padres siempre van a llevar tareas para casa. Éstas se recogerán en las sesiones en grupo o en las individuales y se comentarán en las individuales, aunque si las recogemos en el grupo les preguntamos si han tenido algún problema.

Las sesiones de los padres en grupo van a ir paralelas, en la medida de lo posible, a las sesiones de los padres individualmente, los hijos individualmente, el grupo de hijos y los adolescentes con los padres.

BLOQUE-V. ADOLESCENTES EN GRUPO

OBJETIVO GENERAL

1-Adquirir Habilidades Sociales.

Los chicos, especialmente con sus padres, están acostumbrados a utilizar un estilo de comportamiento agresivo, ya que han aprendido que comportarse de esta forma tiene más beneficios para ellos. Es frecuente que, cuando explicamos a los chicos el estilo asertivo, no se identifiquen con él y valoren como poco realista la posibilidad de utilizarlo es su ambiente natural.

Les explicamos que ser asertivos con los demás, no sólo garantiza que defendamos nuestros derechos sin pisar los de los demás, sino que además

umentan las probabilidades de conseguir nuestro objetivo. Asimismo les decimos que les enseñamos a ser asertivos, como una forma de comportarse con los demás, más adecuada a la que han estado utilizando hasta ahora. Después ellos eligen si ponerla en práctica o no con sus amigos u otras personas, pero con los padres, tanto en las sesiones que se realicen conjuntamente, como en casa, les exigiremos que utilicen el estilo asertivo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1-Conocer el significado de Habilidades Sociales.
- 2-Diferenciar entre estilo de comportamiento agresivo, pasivo y asertivo, remarcando las ventajas del estilo asertivo.
- 3-Aprender a realizar peticiones de forma asertiva.
- 4-Aprender a aceptar el NO.
- 5-Aprender a rechazar peticiones de forma asertiva (Decir NO).
- 6-Aprender a expresar críticas asertivamente.
- 7-Aprender a afrontar (rechazar o aceptar) críticas asertivamente.
- 8-Aprender a hacer y recibir cumplidos.

METODOLOGÍA

Estas sesiones se realizan en grupo con los chicos con los que se está interviniendo, bien en un grupo específico o bien dentro pero dentro de su grupo educativo de convivencia con los demás compañeros.

Este bloque consta de 8 sesiones que se desarrollan semanalmente y que duran aproximadamente 60 minutos. Cabe comentar que el número de sesiones es aproximado, ya que, es fundamental adecuarnos al funcionamiento del grupo, teniendo en cuenta sus características de comprensión, atención, comportamiento, etc. No pasaremos a explicar una nueva habilidad hasta que la anterior no esté superada.

Las sesiones se desarrollan por un psicólogo, pedagogo o educador. Al igual que en el grupo de padres, se trata de sesiones teórico-prácticas en las que se realizan breves explicaciones teóricas, rol-playing, dinámicas de grupo, etc. Normalmente, las sesiones se estructuran de la siguiente manera: resumen de la sesión anterior; breve explicación teórica del tópico que toque trabajar (hacer críticas honestas, rechazar peticiones, hacer cumplidos...); practicar a través de rol-playing lo explicado y pedir feedback de la sesión, (haciendo preguntas concretas sobre lo explicado y extrayendo conclusiones).

Los objetivos que se van a trabajar en este bloque, se pueden trabajar de forma individual. Sin embargo, aconsejamos hacerlo en grupo ya que es más sencillo, dinámico, ameno y motivador, poner en práctica cada tópico a través de la técnica de rol-playing. La técnica

de rol-playing en sesiones individuales, donde únicamente están el terapeuta y niño, resulta mucho más tedioso y a los chicos les cuesta más “soltarse” en la puesta en práctica. Además el rol-playing nos da información acerca del grado de comprensión sobre los contenidos explicados.

Las explicaciones serán muy breves, dedicando más tiempo a ensayar y practicar con los chicos. Es importante facilitar al máximo la participación. Tenemos que evitar que se aburran y que se distraigan, al tiempo que entiendan los conceptos.

La disposición de los participantes será en semicírculo. Como material utilizaremos una pizarra y tarjetas en las que están descritas diferentes situaciones para poder realizar rol-playing de cada tópico.

RESULTADOS

Desde el año 2004 hasta hoy ha aumentado de forma significativa el número de ingresos por delitos de violencia filio-parental. Concretamente en la Colonia en el año 2004, ingresaron 8 menores; en 2005, 18 menores; en el año 2006, fueron 22; en 2007, 27 menores; en 2008, 33 y en el año 2009 fueron 35 los menores que ingresaron por “maltrato familiar”.

En la actualidad hay 31 chicos por este delito y a lo largo de todos estos años hemos trabajado con más de 130 familias. A través del seguimiento de las familias con las que se ha intervenido, podemos decir que los resultados del programa son positivos.

Estos resultados están avalados por un estudio en el que se ha investigado longitudinalmente, desde el año 2004 hasta el 2008, la efectividad del programa y las va-

LOS PADRES QUE UTILIZAN UNAS PAUTAS DE CRIANZA ADECUADAS, CONJUGAN EL AFECTO, LA DISCIPLINA Y LA COMUNICACIÓN, SUPONEN MODELOS POSITIVOS PARA SUS HIJOS

riables relacionadas con el problema y con el pronóstico del mismo (Sánchez, J., 2008, Tesis Doctoral). En este estudio se evaluó la mejoría teniendo en cuenta diferentes tratamientos. T1 (intervención específica, pasando por los cinco bloques de intervención del programa), T2 (intervención específica pero sin pasar por todos los bloques de intervención del programa) y NT (ninguna intervención específica, más allá de la que se ofrece educativamente a todos los chicos y chicas que ingresan en la Colonia). Pese a que no se obtienen resultados estadísticamente significativos, respecto a las tres modalidades de tratamiento, lo cierto es que sí aparece en los resultados una tendencia importante en el t1, indicando una mayor mejoría con el tratamiento completo (cinco bloques de intervención). Es importante señalar que la muestra del estudio es pequeña, pudiendo ser esta una de las razones que expliquen la tendencia y no los resultados estadísticamente significativos.

A continuación se describen las variables relacionadas con el buen y mal pronóstico en tres momentos temporales diferentes (Sánchez, P., 2008, Tesis Doctoral, SURGAM, mayo-agosto, 2010, nº 507). ■

Momento	Variables relacionadas con la “mejoría”	Variables relacionadas con la “no mejoría”
Al ingreso	Familia nuclear	Familia monoparental padre o reconstituida madre. Expulsiones por agredir al profesor. Idealización de valores marginales y machistas.
Tras el internamiento	Hacer y recibir críticas asertivamente. Rechazar peticiones de manera asertiva. Cumplir las normas en casa. En el hogar las normas están claras. Los padres refuerzan positivamente. Las críticas de los padres son asertivas.	No asumir la responsabilidad de los hechos. No tolerar la frustración. Padres que no saben decir no.
En libertad vigilada	Estar trabajando o estudiando. Realizar peticiones adecuadamente. Tener metas prosociales. Cumplir las normas.	No estar haciendo nada (ni estudiar ni trabajar) Amigos con comportamientos delictivos. No asumir la responsabilidad de los hechos. Consumo de cánnabis y/o cocaína. Problemas de drogas y/o alcohol en la madre. Neurosis madre.



POR LOS BUENOS TRATOS: PREVENCIÓN EN JÓVENES DE LA VIOLENCIA

JON KEPA
ACCIÓN EN RED. BURGOS

M^a ÁNGELES GONZÁLEZ
ACCIÓN EN RED. BURGOS



El programa Por los Buenos Tratos es un instrumento de aprendizaje de buenas prácticas para mejorar las relaciones interpersonales. Queremos que sea un medio de prevención de violencia interpersonal, especialmente en la pareja; formulado en positivo desde los valores que deben sustentar estas relaciones: la igualdad entre mujeres y hombres, la autonomía personal, la libertad para decidir sobre nuestras vidas sin condicionantes sexistas, la resolución pacífica de conflictos, la responsabilidad, el respeto...¹

EJES DE UN PROGRAMA SINGULAR

El programa Por los Buenos Tratos (PLBT) surge como una necesidad dada la escasa presencia de respuestas educativas adecuadas ante la creciente constatación de que los malos tratos también se producían en las parejas jóvenes. El 8 de Marzo de 2005 se presentó como una “Campaña PLBT” lo que hoy es un eje de actuación permanente de la ONG *acciónred*, de la que surge esta iniciativa y la promueve. La experiencia desarrollada durante estos años ha

ido añadiendo ramas al tronco de ese árbol que es el programa PLBT. No obstante, los ejes básicos sobre los que pivota esta iniciativa se mantienen desde sus orígenes.

Por los Buenos Tratos irrumpe en el escenario social lanzando un mensaje en positivo: “frente a los malos tratos proponemos buenos tratos”. Que sean los valores sociales de igualdad, libertad, resolución pacífica de conflictos, entre otros, los que quíen nuestras conductas.

Esto no responde a una simple estrategia de comunicación ni a un eslogan recurrente.² Por los Buenos Tratos expresa un contenido y una posición: reforzar lo mejor de cada persona para inhibir lo peor que también todos tenemos.

Este enfoque en positivo pretende destacar la capacidad autónoma de las personas para dirigir el timón de la propia vida, especialmente de las mujeres, a quienes muchas veces se les niega. De ahí que la apelación a la responsabilidad sea el eje sobre el que descansa esta iniciativa. Capacidad autónoma también para desprendernos de algunos condicionantes sociales como el sexismo o la violencia, que nos influyen y pueden modular nuestras conductas pero que no determinan nuestra forma de ser. Por eso el programa se propone aumentar la capacidad crítica sobre esos condicionantes sociales y también personales, permitiendo así ampliar los márgenes de elección y de libertad de las mujeres y de los hombres, ya que el sexismo nos constriñe a ambos.

Esta mirada inclusiva de mujeres y hombres en la que está basado el Programa PLBT se fundamenta en la convicción de que asumir los valores citados como perspectiva personal y social es un bien para ambos y para la sociedad que compartimos. Es más, sólo con un compromiso activo de toda la ciudadanía con esos valores es posible lograr los cambios sociales y personales necesarios para erradicar el sexismo y la violencia, ya que “todos somos en cierto modo propietarios de los conflictos que nos rodean”³

En la óptica expresada hasta aquí subyace una manera de afrontar los diversos conflictos interpersonales (también los sociales). Por un lado, considerando que no hay sólo dos opciones, ganar o perder, sino que podemos ganar todos y que, en este sentido, nos incumbe también a todos intervenir. Por ello, el Programa PLBT se sitúa en lo que William Ury denomina el Tercer Lado. Este concepto hace referencia a personas o grupos de la comunidad que intervienen de

1. Extracto del libro “Buenos Tratos: prevención de la violencia sexista”. Editorial Talasa. 2. En los últimos años, “buenos tratos” es usado recurrentemente, lo que no implica necesariamente que los contenidos singulares de los que hablamos, sean recogidos. 3. William URY, Alcanzar la Paz. Resolución de conflictos y mediación en la familia, el trabajo y el mundo, Paidós, Madrid 2005, pp. 40.

diversas formas para prevenir la violencia, en los diferentes niveles donde se produce, incidiendo en los factores de riesgo y potenciando los protectores, y desde una base común relacionada con la cultura de la paz, del diálogo y la no violencia.

En este sentido, también apostando por la reeducación y la reparación del mal ocasionado cuando dicha violencia se ha producido, ya que “un conflicto no se puede considerar totalmente resuelto hasta que haya comenzado a sanar la relación dañada”. Es, por ello, una mirada crítica con aquellas propuestas que niegan la capacidad autotransformadora de las personas al considerar que es su naturaleza o su condición masculina o femenina lo que las convierte en agresoras o víctimas, transformando lo que podría ser circunstancial en un destino vital. Desde esta óptica, nos esforzamos por diferenciar la reprobación moral que merece cualquier conducta agresiva (sea o no de malos tratos) del tratamiento diferenciado que requiere la diversidad de situaciones y personas implicadas en cada conflicto. El enfoque en positivo del programa PLBT se extiende igualmente a la mirada sobre el amor. Para ello, propone adoptar una actitud crítica contra algunos mitos sobre el amor y la pareja, demostrando que *donde manda corazón, también tiene que mandar cabeza*, ya que, a pesar de lo que muchas veces se piensa, la razón no es algo frío ni contrapuesto a lo emocional, sino más bien un instrumento que permite una mejor elección.

En el mismo sentido reflexionamos sobre la sexualidad desde una consideración positiva, distanciada de quienes la asocian al pecado o al peligro. Una faceta en la que, al igual que otras que forman parte de las relaciones interpersonales, nos parece más constructivo actuar fortaleciendo valores y habilidades que hagan posible que la disfrutemos en igualdad y libertad como forma de erradicar situaciones de discriminación, abusos o riesgos.

Una vez más, apelamos a la responsabilidad demostrando que no es contraria al amor o al placer. La toma de decisiones más conscientes y la previsión no reducen la intensidad en la vivencia amorosa y/o sexual sino que permiten una mejor elección, evitando así consecuencias indeseadas. Decidir conscientemente qué se quiere, dónde están los límites (que toda relación interpersonal de pareja y/o sexual debe tener) o tomar medidas (por ejemplo, en un encuentro sexual para evitar un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual) no elimina placer sino todo lo contrario, nos permite abandonarnos al mismo. Reforzar estas herramientas personales crítico-reflexivas



posibilita disfrutar del amor y/o de la sexualidad con menos prejuicios, tabúes, inseguridades y miedos.

De todo lo dicho se desprende la doble vertiente individual y social de la intervención PLBT. Por un lado, no es un programa de autoayuda, aunque invita a una autorreflexión que afecta a la esfera personal y enseña habilidades para el afrontamiento pacífico de los conflictos. Por otro, propugna un compromiso activo con los cambios sociales necesarios para el logro de los valores éticos que defendemos, ofreciendo para ello cauces de acción colectiva. De ahí que aunque el programa se dirija prioritariamente hacia la juventud sea extensivo al conjunto de la sociedad.

Finalmente, otra de las características destacadas del Programa PLBT es el fuerte protagonismo juvenil tanto en su gestación como en su desarrollo. Desde los inicios se interviene tratando de aprehender la diversidad existente entre la juventud desde una mirada realista que afiance lo mejor de ella y atienda también a sus límites o dificultades, lejos de la mirada alarmista que afirma que estamos ante la generación “ni-ni”.⁴

Apostamos por reforzar los mejores valores de los jóvenes ofreciéndoles cauces para que se impliquen por los buenos tratos, contribuyendo en la erradicación de los problemas que también tiene la juventud actual.

Cuatro son los aspectos a los que se presta una atención especial: la implicación de chicas y de chicos, la adaptación del programa cuando se dirige a adolescentes, la diversidad sexual y la que se deriva del fenómeno migratorio. El voluntariado joven es su principal sostén y el mejor beneficiario de esta iniciativa.

PREVENIR LA VIOLENCIA SEXISTA EN LAS PAREJAS JÓVENES⁵

Como sabemos, la violencia sexista no sólo se produce en el ámbito de la pareja. Tampoco es el único maltrato existente. Pero el que se produce más frecuentemente

4. Como lucidamente sostiene Javier Pueyo en “La generación ni-ni ni existe” en Revista Trabajadora nº 37, esta ficción oculta la realidad sociolaboral de la juventud precaria e inestable, así como las razones de la “inactividad” juvenil como, por ejemplo, estar estudiando, al cuidado de personas, etc. 5. Con el término pareja nos referimos al vínculo afectivo amoroso tanto como cónyuge o novio (con o sin convivencia) y sus respectivos ex, sean del sexo que sean.



es el que se ejerce por los hombres hacia las mujeres y es en el ámbito de la pareja donde hoy se da con mayor intensidad⁶. Eso es lo que nos movió a focalizar la intervención sobre la prevención de la violencia sexista en la pareja, aunque con el objetivo explícito de abarcar toda violencia interpersonal. El

enfoque que hacemos desde la gestión pacífica de los conflictos permite afrontar lo que hay en común entre todas estas violencias.

Es fundamental conocer cuáles son los factores de riesgo para la violencia pero también, desde la perspectiva de los buenos tratos, saber cuáles son las variables que intervienen en la calidad de las relaciones amorosas y cómo las conciben las chicas y los chicos.

Los datos no indican que haya más violencia entre las parejas jóvenes, aunque sí apuntan a que no se ha roto la transmisión generacional de la violencia. Esto a pesar de la mayor conciencia social sobre el problema, el progresivo reconocimiento de los derechos de las mujeres, el desarrollo legislativo y de medidas sociales, judiciales y policiales para atención de la violencia de género, etc. En definitiva, a pesar de que el contexto y las mentalidades sociales han cambiado y rechazan rotundamente este tipo de violencia, ésta se sigue produciendo y afecta también a la juventud.

Los jóvenes son un reflejo de la sociedad en la que viven. Por ello, reproducen modelos y relaciones sociales. Pero la capacidad que tenemos las personas para transformar(nos) encuentra en la adolescencia un momento de especial relevancia para cuestionar las concepciones sociales a las que estamos expuestos, ya que se combinan la capacidad para reflexionar y la creciente necesidad de autonomía que surge en dicha edad. Así, el programa PLBT se adecua bien a las chicas y chicos, ya que se basa en lo más característico del transitar por la adolescencia: la capacidad de elegir qué queremos y qué no queremos en nuestra vida y en nuestras relaciones. Esto entronca además con la propuesta de reeducación y reparación del mal producido. Como vienen recomendando diversos estudios, una intervención temprana, desde la adolescencia, puede resultar más efectiva ya que el impacto de prevención puede ser mayor actuando desde las primeras

relaciones amorosas porque es en estos momentos cuando el amor, la pareja y también la sexualidad concentran mayor atención. Al mismo tiempo.

Actuar sobre estas primeras relaciones puede evitar que se instalen formas relacionales violentas o abusivas, ya que no podemos olvidar que, en muchos casos, los malos tratos comienzan desde el noviazgo⁷.

La adolescencia nos ofrece oportunidades desde el punto de vista preventivo, siempre y cuando atendamos sus particularidades; es decir, ajustemos la propuesta que hacemos a su realidad. Los jóvenes no se sienten identificados con la violencia en el ámbito de las relaciones de pareja. Como constatamos a través de nuestra intervención y como afirman diversos estudios⁸, consideran que “es cosa de mayores”, la asocian a las expresiones más graves de los malos tratos y, además, para ellos supone la expresión de valores del pasado con los que no se ven identificados.

En el programa PLBT distinguimos entre malos tratos, la existencia de *relaciones o conductas abusivas* (comportamientos agresivos, impositivos, coercitivos, que reiterados pueden llegar a producir erosión en la autoestima y autonomía de la otra persona) y actitudes de *no tratarse bien* (por ejemplo, no respetar la autonomía de la otra persona, faltarle al respeto en un conflicto, etc.).

Los dos últimos grupos de problemas son muy habituales entre los jóvenes, los identifican fácilmente y se pueden dar tanto por chicas como por chicos, aunque las consecuencias de sufrirlos sean bien diferentes⁹. Estas conductas, sobre todo las que denominamos *relaciones abusivas*, pueden llegar a constituir malos tratos si se instalan como forma de relación en la pareja.

La homogeneización que se ha hecho de las conductas agresivas que se dan entre las personas jóvenes, así como la exageración, en ocasiones, sobre sus dimensiones no ayuda a una intervención adecuada. Por el contrario, tiene efectos negativos como, por ejemplo, dar una imagen irreal de la juventud o justificar políticas punitivas contra los menores basadas en casos dramáticos excepcionales. Alimentar esa imagen distorsionada ni se corresponde con la realidad ni ayuda a arbitrar el abanico de medidas que la diversidad de conductas agresivas y de circunstancias requieren.

6. Este asunto lo aborda en profundidad M^a Antonia Caro en el capítulo II del libro. 7. Según una muestra clínica de 250 mujeres, se concluye que el 21% de los casos de malos tratos comenzaron desde el noviazgo. Enrique ECHEBURÚA, et ál, “Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes”, en *Acción Psicológica*, nº 2, 2002, pp. 135-150. 8. Destacamos Miren IZARRA et ál, “Parejas jóvenes: del amor y sus límites”, en Cristina BRULLET y Carme GÓMEZ-GRANELL, *Malestares: Infancia, adolescencia y familias*, Graó, Barcelona, 2008. 9. Además de las diferencias cuantitativas respecto al uso de la violencia por parte de los hombres, también cabe hacer una distinción cualitativa: las consecuencias y el contexto aportan un significado diferente a la violencia ejercida por hombres o por mujeres. Sobre este asunto aportan Miren IZARRA et ál, “Parejas jóvenes: del amor y sus límites”; Rosaura González y Juana Dolores Santana, *Violencia en parejas jóvenes: análisis y prevención*, y María José DÍAZ-AGUADO, “La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela”, en *Psicothema*, vol. 17, 2005, pp 549-558.

UN CONFLICTO NO SE PUEDE CONSIDERAR TOTALMENTE RESUELTO HASTA QUE HAYA COMENZADO A SANAR LA RELACIÓN DAÑADA

A pesar de que los jóvenes actuales están asistiendo a unas transformaciones sin parangón en nuestra sociedad en relación a las mentalidades sociales y a las vidas de las personas (la modernización, la progresiva secularización, el arraigo del pacifismo, los avances en la igualdad de género, etc.), el mero relevo generacional no permite acabar con el sexismo y la violencia. En los últimos años se han puesto en marcha muchos recursos pero los resultados siguen sin ser satisfactorios. Por ello, es preciso incrementar los recursos preventivos, pero asegurándose además que se encaminan en la buena dirección.

Por todo lo expuesto, se debería estar debatiendo si se transita por buen camino para reducir la violencia sexista. El programa PLBT supone una manera activa y constructiva de participar en ese necesario diálogo.

REFORZAR LO MEJOR DE CADA PERSONA Y CONTRIBUIR A UNA SOCIEDAD MEJOR

Reforzar lo mejor de cada persona, es un vector central del programa PLBT. Esto no responde a una óptica candorosa: es una opción para destacar la capacidad de las personas para decidir sus conductas más allá de los condicionantes sociales., fortalezcamos lo primero desde la responsabilidad individual y social.

Como decíamos en el material *¿Activas el antivirus por los buenos tratos?*: “Nuestra cabeza funciona como un disco duro que va acumulando información a lo largo de la vida, pero no todo lo que se almacena es válido. A veces son virus y troyanos los que se alojan en nuestro disco duro y nos dificultan un buen funcionamiento. La violencia es como un troyano que puede llegar a instalarse en nosotros. No obstante, a veces basta con tener un virus alojado en el disco duro para impedirnos chatear bien; la reflexión a la que invitamos desde el programa PLBT trata de ayudar a detectar esas posibles amenazas y dar la posibilidad de formatear el disco duro, un antivirus que consideramos que puede ser eficaz”¹⁰.

La violencia es destructiva para todos. Produce dolor a la víctima pero también erosiona al agresor, que al ejercer violencia renuncia a parcelas de su humanidad y erosiona también a la sociedad al tambalear cimientos de convivencia básicos como el respeto, el derecho a la integridad física y psíquica o el derecho a vivir en paz.

Reducir la distancia entre los valores que promovemos (la igualdad entre mujeres y hombres, la libertad, la resolución no violenta de los conflictos, etc.) y las conductas de las personas, específicamente de los jóvenes que son el centro de atención del programa

PLBT, es uno de los objetivos prioritarios.

¿Qué ideas cortocircuitan la relación entre valores y conductas? En nuestra intervención nos encontramos con un estado de opinión favorable a los valores que se transmiten desde el Programa PLBT, pero cuando nos sumergimos en lo concreto, en cómo se dan las relaciones y en las dificultades que se tienen, aparecen ideas comúnmente aceptadas que contradicen esos valores. Es imprescindible favorecer la reflexión de los jóvenes sobre aquellos condicionantes sociales que pueden justificar relaciones violentas, que impiden que lo mejor que se tiene, los principios éticos de igualdad, no violencia y libertad, se correspondan con las conductas. Para alcanzar este objetivo, una herramienta imprescindible es ensanchar la autonomía personal de manera que, dentro de los límites que la vida y las circunstancias imponen, podamos tomar decisiones conscientes, guiadas por esos valores. Caminar en esta dirección, concretando los *noes* (lo innegociable, lo que no queremos) y los *síes* (lo que nos resulta importante y queremos compartir), estableciendo *la hoja de ruta personal*, requiere esfuerzo, pero también otros ingredientes como la responsabilidad, aprender a gestionar las propias frustraciones, asumir mejor los límites y aprender a ponerlos desde la conciencia de que “no todo vale”, aprender a dialogar, a concretar acuerdos y ser leales a los mismos, el control de los deseos y las emociones, el compromiso, etc.

Entre los factores que inciden en los malos tratos en la pareja los condicionantes sexistas son fundamentales, pero no pueden agotar la explicación sobre la conducta del individuo pues intervienen también otras variables (psicológicas, ambientales, etc.).

Hablar de factores de riesgo nos permite complejizar y aprehender en todas sus dimensiones el problema de los malos tratos. Este enfoque nos permite poner el acento en la responsabilidad sobre la propia conducta y, consecuentemente, huir de estigmas como, por ejemplo, que el factor de riesgo es ser mujer en una relación heterosexual¹¹. PLBT se refiere a la conducta de la persona que ha maltratado o que ha sido maltratada, huyendo incluso de considerar esencialmente “maltratador” y “maltratada” a toda persona que se haya visto inmersa en situaciones de violencia. De ahí que los ejes de intervención que se plantean sean: prevenir, es decir, intervenir antes de que se produzca

10. Material didáctico del PLBT *¿Activas el antivirus por los buenos tratos?*. www.porlosbuenostratos.org. 11. En algunos programas de prevención de violencia de género la orientación parte de encasillar a las chicas como víctimas y a los chicos como victimarios, en algún caso incluso pronosticando en qué porcentajes dentro del aula (proyectando las cifras actuales en el alumnado) ellos serán maltratadores y ellas maltratadas.



el problema; capacitar para gestionar el conflicto, y reeducar cuando se ha producido una actitud abusiva.

Poner el acento en las conductas y no en la maldad o bondad de los individuos, además de ajustarse mejor a la realidad, permite seguir reforzando lo mejor de las personas, la reeducación y la reparación, en quienes han agredido, pero también en la sociedad que tiene que juzgar su conducta. Interesa, más bien, facilitar el empoderamiento, particularmente de las mujeres, deshacernos de esos lastres que limitan nuestra libertad en un contexto de desigualdad para poder elegir conscientemente nuestra “singular manera de ser mujeres y hombres” y nuestras particulares relaciones amorosas: De ahí que sea un programa realizado y destinado a mujeres y a hombres. No es un criterio funcional para evitar “guerras de sexos” o para sumar apoyos a la “causa feminista”, sino que se fundamenta en la consideración de que es un reto de toda la sociedad pues los condicionantes sexistas no afectan sólo a las mujeres. No se nace mujer, decía Simón de Beauvoir. Tampoco se nace hombre. Unas y otros tenemos el reto y la capacidad para avanzar, la cuestión es elegir bien el camino. Hemos de hacerlo sin culpabilizar al colectivo masculino en su conjunto de esa desigualdad social ni victimizar a las mujeres considerándolas incapaces de dirigir el timón de su vida. Sino responsabilizándonos unos y otras de nuestras conductas y nuestras vidas. Pero es que, además, “la igualdad no es algo que se consiga de una vez y para siempre, sino que ha de ser una aspiración permanente para corregir las desigualdades y construir una sociedad en la que todo ser humano cuente con las mismas posibilidades y oportunidades de desarrollarse. En definitiva, una sociedad más justa y humana”.

Lograr la igualdad entre mujeres y hombres no es sólo un objetivo feminista sino también de justicia social.

Este enfoque que apuesta por la igualdad pero también por la libertad (desde el reconocimiento de la diversidad) y la solidaridad, permite no sólo conectar con la juventud sino que el feminismo pueda ser entendido y asumido por chicos y chicas.



DEL CAMINO PARA LOGRARLO

Tan o más importante que los objetivos es el propio camino para lograrlos. En ese sentido, hay una lista de noes y síes que se refieren a los criterios básicos que sustentan nuestra intervención. Resumiendo algunos de sus ejes centrales:

- No pretendemos ofrecer modelos de mujeres y hombres sino que nuestro objetivo es contribuir a ampliar los márgenes de elección personales y sociales de las personas.
- Tampoco ofrecemos modelos buenos de amor o de relación de pareja. No pretendemos sustituir a nadie en decisiones que sólo a cada cual compete tomar. No consideramos que podamos saber mejor que la persona afectada lo que le conviene. En este aspecto, procuramos ofrecer vías para que las decisiones, en este ámbito, sean más conscientes y permitan elegir unas relaciones de mayor calidad para las personas implicadas.
- Aspiramos a erradicar la violencia interpersonal de nuestras vidas, razón por la cual nos esforzamos en diferenciarla del conflicto que forma parte de la relación de pareja, como de cualquier otra.
- No identificamos a toda víctima de violencia de género con mujeres victimizadas, como resultado de haber estado inmersas en un proceso de malos tratos en la pareja. La intervención que demanda una y otra mujer es diferente. Por eso, debe ser individualizada y, en cualquier caso, siempre orientada a no instalar a la víctima en el victimismo. Por otra parte, condenamos las conductas violentas pero tratando de recuperar al agresor para la sociedad.
- No basamos la prevención de la violencia sexista en el miedo al castigo penal, sino que aspiramos a un cambio de conducta, basado en una mayor conciencia individual y colectiva del mal que produce la violencia y de los beneficios que procura la no violencia para todas las partes implicadas.
- Tratamos a los jóvenes en igualdad, estableciendo un diálogo permanente en el que aprendemos enseñando. La menor experiencia acumulada, no justifica tratarles con una superioridad que autoriza a decirles lo que tienen que hacer. Nuestra experiencia permite afirmar el fuerte rechazo que esto produce en chicas y chicos jóvenes.
- Crear las condiciones para favorecer un debate en el que todas las opiniones puedan expresarse, aunque éstas vulneren la corrección política. Nada de lo anterior se sostendría sin la convicción de que los objetivos propuestos merecen la pena, y que dedicarse altruistamente a lograrlo mejora nuestra calidad de vida. Como afirma Rojas Marcos, “una labor de voluntariado es saludable, no sólo suma años a la vida, sino también inyecta vida a los años”¹²

PLBT es un programa sustentado en personas jóvenes, de ellas parten y hacia ellas se dirigen prioritariamente las iniciativas que impulsamos. La gente joven está en el centro del programa.

Los equipos del programa son mixtos. Sin que eso signifique renunciar a espacios sólo de chicas o sólo de chicos. En algunas ocasiones, segregar ha permitido mayor libertad de unos y otras (por ejemplo, en debates sobre sexualidad) o profundizar mejor (por ejemplo, ante una autorreflexión sobre aspectos nocivos de la masculinidad o de la feminidad, respectivamente).

Se ofrecen muy variadas maneras de implicación con objeto de alcanzar el compromiso con el mayor número de personas de los diversos ámbitos sociales. Así lo demuestra la intensa actividad realizada por el Programa PLBT a lo largo de estos cinco años de existencia, durante los que más de 30.000 personas se han beneficiado del mismo.

Finalmente, cabe destacar que el programa permite detectar diversas situaciones de violencia o actitudes

de abuso contra chicas a manos de sus parejas o ex parejas en la medida en que las personas afectadas encuentran un cauce en el que expresarlo. La tarea de acompañar la hemos aprendido a lo largo de estos años en los que se han presentado diversas situaciones.

UNA INVITACIÓN FINAL

Tras estos años de andadura constatamos que esta singular propuesta, que parte del feminismo a la par que desde los derechos humanos, puede ser una buena forma de afrontar la prevención de la violencia sexista. Pero, sobre todo, es un buen cauce para transformar la sociedad hacia valores de igualdad y libertad, desde el respeto y reconocimiento de la diversidad, desde una cultura de la paz que opte por una gestión no violenta de los conflictos que inevitablemente surgen de la convivencia.

POR ELLO, NO PODEMOS DEJAR PASAR LA OPORTUNIDAD DE INVITAR A QUIENES COMPARTEN ESTOS OBJETIVOS A “SUBIRSE AL CARRO DE LOS BUENOS TRATOS”. AQUÍ CABÉMOS TODAS Y TODOS. ■

INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE DROGAS Y SUS FAMILIAS

PABLO LLAMA SIERRA

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA. COORDINADOR DEL ÁREA DE ADOLESCENTES Y PREVENCIÓN DE PROYECTO HOMBRE MADRID

JAVIER MORAL ZAPATA

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA. DIRECTOR DEL PROGRAMA ENLACE. PROYECTO HOMBRE MADRID

La intervención especializada con adolescentes y sus familias es una prioridad para Proyecto Hombre Madrid desde hace ya muchos años. En 1996 nació el programa Soporte debido a las nuevas necesidades de intervención que iban apareciendo en la sociedad de aquel entonces. El perfil del consumidor de drogas había cambiado sustancialmente desde los años 80 y aparecían nuevos problemas con características muy concretas. Llegaban hasta nuestros programas familias con hijos consumidores de alcohol, cannabis y estimulantes primordialmente en contextos recreativos. En la mayoría de los casos los jóvenes seguían integrados en su familia y en muchos casos dentro del sistema educativo.

El artículo completo está disponible en la web de la Asociación Proyecto Hombre www.proyectohombre.es, en el apartado “Publicaciones” > “Artículos de interés” http://proyectohombre.es/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=63&Itemid=84



03

MESAS DE EXPERIENCIAS

MESA 1:**USOS SALUDABLES DE LAS TIC**

- **Usos y abusos del teléfono móvil: características e intervención educativa.**

Manuel Gámez-Guadix. Universidad de Deusto

Marina Muñoz-Rivas. Universidad Autónoma de Madrid

Liria Fernández-González. Un. Autónoma de Madrid

- **Prevención desde la escuela y la familia. Hacia un uso sano de la tecnología.**

Ana Requesens. Fundación Gaudium. Madrid

- **Las nuevas tecnologías. Programa Ariadna**

Ignacio Sancho Rodríguez. Proyecto Hombre Burgos

MESA 2:**INTERVENCIÓN CON CONDUCTAS VIOLENTAS**

- **Intervención con menores tutelados**

Sergio Núñez Herrera. Proyecto Hombre Cádiz

- **Prevención de la delincuencia juvenil**

M^a José Espigares. Asociación Ímeris. Granada

- **Identidad adolescente y conductas violentas.**

Intervención desde la convivencia

Andrés Pérez Rúa. Asociación Aesim. Huelva

- **Aplicación práctica de la evaluación neuropsicológica de adolescentes con consumo problemático de drogas, para el tratamiento de la violencia familiar.**

María Victoria Martínez. Universidad de Granada.

Miguel Ángel Márquez. Proyecto Hombre Granada.

Antonio Verdejo. Instituto de Neurociencias de la

Universidad de Granada.

MESA 3.- DIAGNÓSTICO DUAL

- **Caso práctico para abordar el trastorno dual desde un programa de prevención indicada.**

M^a Luisa Poladura. Proyecto Hombre Valladolid

- **Comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad.**

Reyes Moliner. Centro PREVI. Valencia

- **Los problemas de salud mental más relevantes en la adolescencia.**

Auxi Javaloyes. Clínica Mediterránea de Neurociencias. Alicante.



MESA 01

USOS SALUDABLES DE LAS TIC

USOS Y ABUSOS DEL TELÉFONO MÓVIL: CARACTERÍSTICAS E INTERVENCIÓN EDUCATIVA

MANUEL GÁMEZ-GUADIX.

DOCTOR EN PSICOLOGÍA. INVESTIGADOR EN LA UNIVERSIDAD DE DEUSTO.

MARINA MUÑOZ-RIVAS.

DOCTORA EN PSICOLOGÍA. PROFESORA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.

LIRIA FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ.

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA. INVESTIGADORA EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.

Los beneficios surgidos de la aparición del teléfono móvil (TM) son innegables al posibilitar nuevas vías para la comunicación y para el desarrollo de entornos sociales. Además, más allá de su función comunicativa, el TM se ha convertido en un instrumento de ocio y entretenimiento (ej., internet, juegos, reproductor de música, cámara fotográfica y de vídeo) que ofrece al mismo tiempo otros posibles usos como el de la agenda, el despertador, el reloj y/o el diario. Por su parte, no pocos padres parecen utilizarlo como un medio de control y supervisión de sus hijos, al igual que algunas personas que reportan su uso en determinadas situaciones (ej., cuando vuelven a casa solos por la noche) como un medio para ganar seguridad y sentirse a salvo. Su generalización en nuestra sociedad ha conllevado importantes repercusiones a nivel individual, social, tecnológico y económico, así como un considerable número de ventajas para la mayoría de las personas. Sin embargo, en determinados casos, su empleo inadecuado y abusivo puede conllevar la aparición de diversos efectos negativos y, entre ellos, el posible desarrollo de un patrón de uso problemático y desadaptativo con características similares a otras adicciones (Griffiths, 2005; Muñoz-Rivas, Fernández y Gámez-Guadix, 2009).

Si bien es cierto que la gran mayoría de las personas hacen un uso adecuado y saludable de su TM, algunas otras informan de niveles excesivamente elevados y/o de usos inapropiados, lo que trae como resultado consecuencias negativas tanto para la persona como para su entorno. A continuación, se describen las principales características del uso problemático de esta nueva tecnología, otros riesgos derivados de su empleo inadecuado y, finalmente, algunas pautas de prevención temprana e intervención.



CARACTERÍSTICAS DEL USO PROBLEMÁTICO DEL TELÉFONO MÓVIL

Fruto de las dificultades para adaptar los criterios de los manuales diagnósticos y estadísticos al uso (p.ej., DSM-IV) para la dependencia de sustancias y para el juego patológico, diversos autores han propuesto indicadores específicos para las denominadas adicciones conductuales y/o tecnológicas, entre ellas la adicción al TM (Brown, 1997; Griffiths, 1997). Estas aproximaciones han enfatizado los síntomas psicológicos y comportamentales, frente a los síntomas fisiológicos de las adicciones a sustancias. Los criterios definitivos incluyen los siguientes puntos:

- 1 Pérdida de control e incapacidad para limitar el tiempo dedicado a la conducta de uso.
- 2 La conducta problemática se lleva a cabo como una forma de reducir un estado de ánimo negativo o escapar de los problemas.
- 3 La presencia de sensaciones de alivio o euforia al llevar a cabo el comportamiento problemático.
- 4 El uso del móvil domina los pensamientos y comportamientos de la persona.
- 5 Como consecuencia del uso problemático del móvil, aparecen problemas a nivel interpersonal y en otras áreas de la vida de la persona.
- 6 Tolerancia. Se caracteriza por la necesidad de incrementar progresivamente la cantidad de tiempo dedicada al uso del móvil.
- 7 Abstinencia. Presencia de reacciones fisiológicas o emocionales como, por ejemplo, la aparición de alteraciones del humor, irritación, impaciencia, inquietud o angustia como consecuencia de reducir o de interrumpir el uso del móvil.

RIESGOS DEL USO INADECUADO DEL TELÉFONO MÓVIL

El uso problemático del TM aparece con mayor frecuencia entre los jóvenes y adolescentes, consecuencia de que la población más joven es a menudo la que presenta mayores niveles de uso de las nuevas tecnologías y es, además, la más vulnerable a la aparición de diversas conductas adictivas. Ello se ve favorecido por la facilidad de acceso, la inmediatez y, en algunos casos, el anonimato que estos nuevos medios tecnológicos proporcionan para participar en apuestas on line, realizar compras o acceder a pornografía (Muñoz-Rivas y Agustín, 2005). Más específicamente, algunos riesgos del uso inadecuado del TM en esta población son (Muñoz-Rivas, Fernández y Gámez-Guadix, 2009):

EL USO INADECUADO DEL MÓVIL PUEDE CONSTITUIR UNA VÍA DE ACCESO PARA EL DESARROLLO DE NUEVAS CONDUCTAS ADICTIVAS, COMO ES EL CASO DE LA ADICCIÓN A INTERNET, EL JUEGO PATOLÓGICO O LAS COMPRAS COMPULSIVAS

- 1 El acoso a través del móvil o ciberbullying. El ciberbullying es definido como la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, entre ellas del móvil, con la finalidad de provocar deliberadamente daño a otra persona. Ejemplos de ciberbullying incluyen el envío de mensajes amenazantes a través de SMS o la difusión de información o videos comprometidos que puedan perjudicar a la víctima.
- 2 El móvil como puerta de acceso a otras adicciones. El uso inadecuado del móvil puede constituir una vía de acceso para el desarrollo de nuevas conductas adictivas, como es el caso de la adicción a internet, el juego patológico o las compras compulsivas. Si bien estos riesgos están igualmente presentes entre adultos, resultan aún más preocupantes en el caso de menores.
- 3 Acceso a contenidos y personas indeseables. El móvil permite el acceso a líneas de tarificación adicional, cuyo coste puede ascender a los 3 euros por minuto, el contacto con desconocidos y el acceso a material inapropiado o a contenidos violentos, sexistas, degradantes o ilegales.

PAUTAS EDUCATIVAS PARA UN USO RESPONSABLE

La prevención primaria de los problemas relacionados con el uso desadaptativo del TM pasa por educar de forma temprana en un uso responsable de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información. Igualmente importante es proporcionar información completa en relación a internet y el móvil, tanto de sus ventajas como de sus posibles riesgos. De forma más específica, se han de establecer una serie de normas y reglas básicas sobre el uso de las nuevas tecnologías en general y del TM en particular (Castellana, Sánchez-Carbonell, Graner, y Beranuy, 2007), entre las cuales se incluyen:

- Comunicar a padres o profesores contenidos desagradables o vejatorios cuando se reciban.
- Evitar facilitar información personal, como direcciones personales, a desconocidos a través del móvil.



Tabla resumen. Algunas recomendaciones educativas sobre el uso del teléfono móvil

Fomentar un uso responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Delegar la responsabilidad del pago de la factura del móvil en el menor. • Limitar el uso del TM a unos determinados espacios y horarios.
Establecer claramente normas y reglas de uso	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar contenidos desagradables o vejatorios. • Evitar facilitar información personal a desconocidos. • No efectuar pagos o participar en juegos o concursos sin el consentimiento de los padres. • Fomentar otras actividades alternativas de ocio y tiempo libre.
Comunicación y diálogo sobre el uso del teléfono móvil	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha informado a su hijo/a sobre los posibles riesgos de un mal uso del móvil? • ¿Con qué frecuencia habla con su hijo/a sobre las personas con las que se relaciona a través del TM? • ¿Con qué frecuencia habla con su hijo/a sobre el tiempo que utiliza su móvil? • ¿Pregunta a su hijo/a qué páginas de internet visita a través del móvil? • Cuando habla con su hijo/a de su uso del móvil, ¿le intenta hacer sentir que lo comprende? • Cuando habla con mi hijo/a de su uso del móvil, ¿le intenta hacer sentir cómodo?

- Limitar el gasto mensual en TM a una cantidad determinada.
- Delegar la responsabilidad del pago de la factura del móvil en el menor.
- Que no se efectúen pagos o se participen en juegos o concursos a través del móvil sin el consentimiento de los padres.
- Proporcionar terminales pocos sofisticados a los menores a edades tempranas.
- Limitar el uso del TM a unos determinados espacios y horarios. Por ejemplo, no usar el móvil en el colegio, a no ser que sea estrictamente necesario, o en horas que deberían ser dedicadas al sueño.

Una vez que se ha desarrollado un problema de uso desadaptativo del TM, el tratamiento puede requerir ayuda especializada y el empleo de técnicas conductuales específicas como el control de estímulos, el aprendizaje de técnicas de relajación y la exposición progresiva con prevención de respuesta (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2006). A diferencia de las adicciones a sustancias, el objetivo terapéutico perseguido no es conseguir la abstinencia total, dado que se trata de un dispositivo cuyo uso resulta necesario en algún momento de la vida de la persona. En estos casos, la intervención se dirige más bien a reaprender a controlar la conducta desadaptada que se ha descontrolado y a conseguir hacer un uso normalizado y saludable del TM.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión cabe señalar que, de la misma manera que el TM representa un indudable avance a nivel social y tecnológico, su uso descontrolado y abusivo es un problema cada vez más evidente en nuestra sociedad. De ahí la importancia de que padres y educadores estén informados de los riesgos y de que se lleven a cabo estrategias preventivas a edades tempranas. Tales estrategias deberían sensibilizar a los adolescentes en el propio ámbito

escolar sobre los posibles problemas del abuso de las nuevas tecnologías en general, y del móvil en particular, y fomentar actitudes positivas hacia las pautas de conducta responsables. Asimismo, es de gran relevancia promover el uso crítico y razonado de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Finalmente, es importante no olvidar la importancia de los aspectos comunicativos en las relaciones entre padres e hijos sobre esta materia y de fomentar la diversificación de las actividades de ocio como herramientas fundamentales en la prevención de estos problemas. ■

LAS ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DEBERÍAN SENSIBILIZAR A LOS ADOLESCENTES EN EL PROPIO ÁMBITO ESCOLAR SOBRE LOS POSIBLES PROBLEMAS DEL ABUSO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN GENERAL, Y DEL MÓVIL EN PARTICULAR, Y FOMENTAR ACTITUDES POSITIVAS HACIA LAS PAUTAS DE CONDUCTA RESPONSABLES

MESA 01

USOS SALUDABLES DE LAS TIC

PREVENCIÓN DESDE LA ESCUELA Y LA FAMILIA. HACIA UN USO SANO DE LA TECNOLOGÍA

ANA REQUESENS.

LICENCIADA EN DERECHO, ESPECIALIDAD EMPRESARIAL POR ICADE. DIRECTORA EJECUTIVA DE LA FUNDACIÓN GAUDIUM.

“Facebook es ya el tercer país más grande del mundo, si consideramos su población, por lo que es capaz de mover más información que cualquier gobierno”.

Mark Zuckerberg, fundador de FACEBOOK

INTRODUCCIÓN

Las nuevas tecnologías (NNTT) son responsables en gran medida del impulso renovador que ha revolucionado el mundo desarrollado. Sus enormes posibilidades comunicativas, informativas, educativas y sociales ofrecen indudables beneficios. Su uso a nivel familiar avanza de manera vertiginosa calando sobre todo en los más jóvenes.

Según Marc Prensky coexisten en nuestros días dos generaciones con actitudes muy diferentes hacia estos nuevos medios, por una parte los nativos digitales, sujetos nacidos desde mediados de los 90' (del siglo pasado) cuando la tecnología digital ya existía, para los que las nuevas tecnologías son su medio natural. Por otra parte, los inmigrantes digitales, el resto de los mortales que nacieron en la era pre-digital, y que con esfuerzo se han tenido que alfabetizar tecnológicamente para intentar no quedarse atrás.

Entre ambos se alza una brecha digital. Por primera vez en la historia de la humanidad existe una generación de niños y adolescentes que saben más de algo que sus padres. Los que deben educar se encuentran desarmados ante el mayor dominio de estos nuevos medios por parte de los que deben ser educados. ¿Qué pautas deben seguir los padres y educadores para que los más jóvenes crezcan haciendo un uso sano de las tecnologías? ¿Qué riesgos puede acarrear el uso descontrolado de Internet, los videojuegos o el móvil? ¿Qué responsabilidad tienen los padres, e incluso las administraciones públicas, ante un uso inadecuado por parte del menor? El desarrollo de ac-

ciones preventivas y formativas dirigidas tanto a los adultos como a los jóvenes parece imprescindible, sobre todo en un campo como el que nos ocupa, que está experimentando una rápida y constante transformación. Por otra parte al ser un fenómeno reciente, es necesario fomentar una mayor labor investigadora, con objeto de delimitar las fronteras entre un uso adecuado, el mal uso o el abuso y la adicción.

La mayoría de los estudios enmarcan las adicciones a las nuevas tecnologías dentro de las adicciones psicológicas o sin sustancia con características comunes a otro tipo de adicciones, como la pérdida de control, aparición del síndrome de abstinencia, fuerte dependencia psicológica, interferencia grave en las actividades de la vida cotidiana y pérdida de interés por otras actividades (Echeburua y Amor, 2001).

USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS ENTRE LOS JÓVENES

Del análisis de los estudios más recientes sobre el uso de las NNTT por parte de los menores se desprenden algunas conclusiones:

- La utilización diaria e intensiva de las NNTT por parte de los menores supone un hecho imparable.
- Existe una considerable brecha digital entre los adolescentes y sus padres en cuanto al conocimiento de las NNTT y la frecuencia de uso.
- Un porcentaje de los menores desarrollan un uso problemático de NNTT, desarrollando conductas muy similares a las adicciones, con pérdida de control e interferencia grave en su vida cotidiana.



El estudio realizado por Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid (2008) revela que el 13'5% de los jóvenes madrileños manifiesta un uso problemático en alguna tecnología lúdica o de la comunicación, mientras que el 47'1% de los padres, madres y tutores encuestados afirman tener un conocimiento nulo de Internet.

Según el estudio de 2009 realizado por el Instituto de la Juventud (INJUVE), el 96% de los jóvenes españoles se conectan habitualmente a Internet. Además el 63'8% utiliza diariamente la videoconsola, y más del 90% utiliza diariamente el móvil.

El estudio de INTECO (2009) indica que lo que más preocupa a los padres es el riesgo de dependencia o uso abusivo (un 39,5% lo declara de forma espontánea), muy por delante del resto de situaciones: virus (13,4%), acoso sexual (9,9%), la interacción con desconocidos (9,2%).

La Comisión Europea ha realizado el estudio **EU Kids Online II** en el que ha participado España, sobre el uso que hacen de Internet los niños europeos de veinticinco países. En la primavera de 2010 se realizaron encuestas sobre una muestra aleatoria de 23.420 usuarios. Entre sus conclusiones que sólo el 72% de los padres españoles utiliza Internet de forma habitual frente al 86% de los niños de entre 11 y 14 años y que destaca un 12,9% de los menores trata de pasar menos tiempo en Internet sin lograrlo.

¿PODEMOS HABLAR DE ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS?

La investigación sobre la adicción a las NNTT ha sido escasa hasta la fecha. Esta patología no está recogida como categoría médica dentro de las clasificaciones diagnósticas, como no lo están las adicciones conductuales, salvo el juego patológico, incluido dentro del epígrafe de los trastornos del control de impulsos. A pesar de estas limitaciones, el trastorno de la adicción a Internet (IAD) fue inicialmente propuesto por Ivan Goldberg (1995) y los primeros estudios para su diagnóstico se hicieron según los criterios diagnósticos del abuso de sustancias del DSM-IV. Posteriormente Kimberley Young presentó una segunda definición relacionada con los criterios del juego patológico.

Algunos estudios señalan la relación entre el atractivo de la Red y la adolescencia (Kim, 2006) como el grupo más vulnerable a un uso excesivo de las nuevas tecnologías. En la adolescencia el uso de estos medios se hace intensivo; Internet, las redes sociales, los móviles o videojuegos se convierten en señas de identidad para el joven, la forma habitual de emplear su ocio, el canal más importante para conseguir información para sus tareas escolares, o el medio estrella para relacionarse con sus amigos. Todo este caudal de información y de relaciones le llega al adolescente en un período en el que "desconecta" de sus padres, exige privacidad y autonomía y se rebela ante el control. Por todo ello la adolescencia supone un factor de riesgo ante el uso de las Nuevas Tecnologías, que los padres y educadores

deben conocer y prevenir adecuadamente.

Las investigaciones más recientes se han centrado en el uso problemático de las TIC en esta edad. Destaca el trabajo desarrollado por Lourdes Estevez (2009) realizado sobre una muestra de 920 alumnos de Secundaria (14 a 18 años) de tres centros (público, concertado y privado) de la Comunidad de Madrid. Aplicó el estudio de Uso Problemático de Internet a partir de los Test de Adicción a Internet de McOrman y Young. Según este estudio habría un 20% de usuarios de riesgo y más de un 3% de uso problemático.

El estudio de Becoña (2009) entre 421 jóvenes de 14 a 21 años de la Ciudad de Vigo, determinó que un 13,3% de los jóvenes de entre 14-17 años presentarían una probable adicción a Internet y un 12,9% de probable adicción al móvil.

Adicciones Comportamentales en los Jóvenes de la Ciudad de Vigo (Becoña, 2009)

421 sujetos	TOTAL	SEXO		EDAD	
		Varón	Mujer	14-17	18-21
Probable adicción					
Internet	12,7	14,4	10,6	13,3	12
Videojuegos	6,6	11,4	0,9	6,8	6,4
Móvil	12,1	6,3	19	12,9	11,2

El estudio de realizado por Francisco Labrador (2010) sobre una muestra de 1566 alumnos de Educación Primaria de 9 a 12 años de la Comunidad de Madrid, utilizó como instrumento de medida un el cuestionario recientemente validado de detección de uso problemático de NNTT. Según este estudio un 12,4% de los menores realizarían un uso problemático de Internet, un 13% de los videojuegos y un 6,4% del móvil.

Parece pues que contamos datos que apuntan a que la alarma que este fenómeno está causando entre las familias y educadores no es del todo infundada.

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

Desde los poderes públicos se están realizando considerables esfuerzos para fomentar el uso de las TIC en todos los ámbitos de nuestra sociedad especialmente en lo que se refiere a la población infantil y juvenil. Por ello el riesgo que puede acarrear el uso descontrolado de estos nuevos medios, conlleva a nuestro juicio una especial responsabilidad por parte de las autoridades sanitarias, para poner en marcha medidas preventivas y formativas dirigidas no solo a los menores sino también a los padres y educadores.

Fundación Gaudium ha sido una de las primeras entidades que impulsaron en España los programas

de formación para prevenir la adicción a las nuevas tecnologías en el contexto escolar y familiar y fomentar un uso saludable. Desde el año 2005 realiza talleres de formación y prevención en centros escolares, asociaciones juveniles y ayuntamientos dirigidos a los alumnos de primaria y secundaria, a los padres y madres, y a los educadores, tanto en la Comunidad de Madrid, donde por 5º año consecutivo llevamos a cabo el Programa Avanzamos, de Prevención de la Adicción a las NNTT, que ha llegado a 40.000 alumnos de primaria y a sus padres con muy buenos resultados, como en el resto de la geografía española. Hasta la fecha hemos organizado 7 encuentros científicos con investigadores españoles e internacionales, para profundizar en el conocimiento y en las alternativas terapéuticas de estas nuevas adicciones.

Prevención desde la escuela y familia

A continuación recogemos algunos aspectos importantes, que desde la experiencia recabada por Fundación Gaudium en este campo, consideramos relevantes a la hora de abordar el tema.

Entendemos que las claves para realizar una prevención eficaz en el uso de las NNTT difieren de las que se aplican en la prevención del consumo de sustancias. En el ámbito de las drogas, se pretende el retraso de la edad de inicio y la abstinencia en el consumo, mientras que al contrario, el uso de las NNTT se fomenta de forma intensiva entre los menores, tanto desde la escuela como desde la familia (los aparatos tecnológicos se han convertido en los regalos estrella en las celebraciones infantiles) y por lo tanto, el objetivo no es el "no uso", sino lograr por parte de los niños y adolescentes un uso responsable y controlado.

Especialmente en el campo que nos ocupa, la prevención eficaz va más allá de la simple información sobre los riesgos, ya que ésta por sí sola no cambia actitudes ni comportamientos. Es necesario fortalecer aspectos básicos de la personalidad tales como el fortalecimiento de la autoestima, el desarrollo de habilidades, la creación de recursos de interacción social y la aceptación de valores, entre otros.

Actualmente se está implantando en un número de Comunidades Autónomas españolas el PLAN ESCUELA 2.0 impulsado desde el Ministerio de Educación, por el que los alumnos de 5º de Educación Primaria (9 - 10 años) están recibiendo un ordenador portátil en los centros financiados por fondos públicos. Sin embargo, en pocas comunidades se están llevando a cabo programas preventivos eficaces, que garanticen un uso sano y sin riesgos. La prevención se está reduciendo a meras acciones informativas, en muchas ocasiones en forma de materiales como folletos, CDs o webs especializadas que no llegan ni a los menores ni a los padres. Desde Fundación Gaudium creemos es necesario llamar la atención de los responsables públicos para que actúen, ya

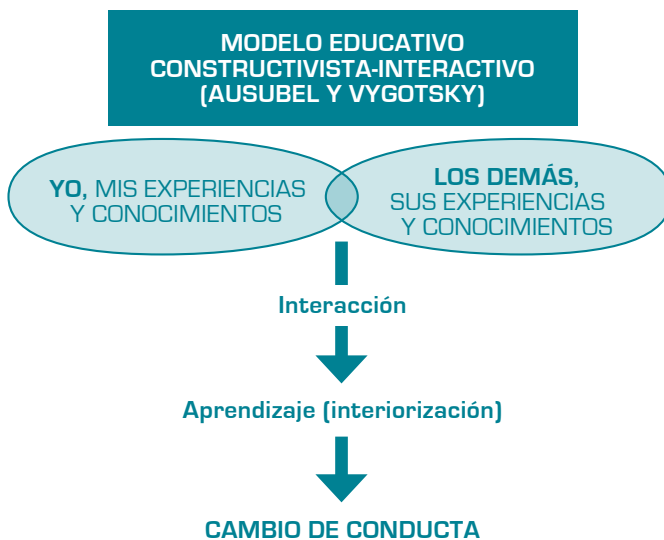
EXISTE UNA BRECHA DIGITAL ENTRE PADRES E HIJOS. POR PRIMERA VEZ EN LA HISTORIA DE LA HUMANIDAD EXISTE UNA GENERACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE SABEN MÁS DE ALGO QUE SUS PADRES. LOS QUE DEBEN EDUCAR SE ENCUENTRAN DESARMADOS ANTE EL MAYOR DOMINIO DE ESTOS NUEVOS MEDIOS POR PARTE DE LOS QUE DEBEN SER EDUCADOS





que así como en Prevención de las Drogodependencias se llegó tarde, cuando el problema estaba ya arraigado, en la prevención de las NNTT nuestra sociedad tiene todavía una oportunidad de oro para llegar a tiempo.

La metodología preventiva desarrollada Fundación Gaudium tiene como referente la teoría del aprendizaje social, más tarde renombrada como “teoría cognitiva social” de Bandura (Bandura 1969 y 1986), y el modelo constructivista-interactivo fundamentado por Ausubel (1983) y Vygotsky (1926). Según estos autores, el aprendizaje es una construcción social, no meramente individual, se aprende cuando hay un conocimiento compartido, que lleva a la interiorización de los conceptos y al cambio de conducta.



Los programas preventivos son impartidos por psicólogos especializados y se dirigen a alumnos de Educación Primaria y Secundaria, a lo largo de 3 -5 sesiones, espaciadas semanalmente y a los padres y madres, en 2 -3 sesiones, en horario extra laboral, procurando que la impartición de la formación a padres y a hijos sea simultánea durante el mismo periodo, de manera que se fomente el dialogo sobre estos temas dentro de las familias y la realización de acuerdos y compromisos. La metodología es dinámica y participativa, utilizando recursos multimedia, el trabajo en grupos, el debate y el role playing. Se trabajan los conceptos de uso, abuso y adicción, los factores de protección y de riesgo y aspectos de prevención universal como habilidades sociales, autoestima y asertividad, el locus de control y utilización sana del ocio y el tiempo libre. La evaluación de esta metodología se ha llevado a cabo con un modelo pre-test y post-test, con grupos experimental y control y seguimiento a 6 meses. Entre los resultados

a destacar se encuentra la reducción de un 40% el riesgo de dependencia a las NNTT, el 90.3% de los menores considera que es importante controlar el tiempo de uso de los videojuegos, el 88% considera que es importante controlar el tiempo de uso de Internet y la disminución significativa los problemas derivados del uso del móvil.

En cuanto a la familia es incuestionable su papel como agente preventivo de primer orden, tanto en el área de las NNTT como en cualquier otra. Los padres tienen la responsabilidad de informar a sus hijos de los riesgos que corren, enseñarles a hacer un uso razonable y responsable de estos recursos pero, sobre todo, deben ser referente dando un ejemplo coherente con sus propios actos. Sin embargo, como muestran los datos presentados anteriormente, todavía queda mucho por hacer en este campo, dada la brecha digital existente y la desinformación de los padres y docentes respecto a cómo educar en la utilización sana de estos nuevos medios.

Una cuestión particularmente poco difundida y sin embargo muy importante es el efecto que pueda producir en el niño la exposición a las pantallas a una edad prematura, así como la recomendación sobre la edad de inicio. Algunas marcas intentan vender videojuegos destinados a bebés, capturando la atención de los padres con la promesa de producir niños más inteligentes. Sin embargo hay que ser muy cautos con estos productos ya que algunas investigaciones apuntan a que esta exposición a las pantallas cuando el lóbulo frontal del cerebro no está suficientemente desarrollado, puede traer efectos nocivos en el desarrollo posterior del niño. A este respecto la Asociación Americana de Pediatría junto con la Clínica Mayo han publicado algunas recomendaciones:

- En la edad de 0 y 2 años, el niño no debe ser expuesto a ninguna pantalla.
- Entre 2 - 7 años, 2 horas de tiempo máximo de exposición a pantallas que no sean de ordenador (por ej. TV)
- Ninguna consola o videojuego antes de los 7 años.
- De 7 a 12 años, de 1 -2 horas de tiempo máximo de exposición a pantallas, evitando la actividad online o conexión a Internet.
- A partir de 13 años, 2 -3 horas de exposición a pantallas, incluida actividad online.
- Permita los juegos online solamente cuando el menor demuestra una madurez adecuada.
- No olvidar establecer pausas de 15 minutos cada hora de uso.

Habitualmente los padres y educadores nos piden pautas concretas, o más bien “recetas” de actuación con sus hijos con respecto a las NNTT. Creemos que cada padre y madre en cada familia sabe mejor que nadie cómo

EN EL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS RIGEN LAS MISMAS NORMAS DE COMPORTAMIENTO, EN CUANTO A BUENA EDUCACIÓN Y SENTIDO COMÚN QUE APLICAMOS EN EL MUNDO REAL. EN DEFINITIVA, EDUCAR DANDO UN BUEN EJEMPLO, ES EL MEJOR REFERENTE QUE PODEMOS DAR A LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

debe educar a sus hijos, por lo que a continuación recogemos algunas recomendaciones, que solo pretenden ser orientativas, y que en cualquier caso deben aplicarse siguiendo ante todo el sentido común y el conocimiento profundo de la madurez de nuestros hijos.

Internet y Redes Sociales

- Establecer junto con los hijos reglas consensuadas para navegar por Internet. Para que las reglas sean asumidas por el niño, sobre todo si está en edad adolescente, no se deben imponer, sino que hay que lograr un acuerdo mutuo.
- Hablar con los hijos sobre sus hábitos de uso de Internet y las redes sociales. Es esencial conocer y comentar con ellos cómo y para qué usan Internet. Es habitual que los hijos tengan mayor conocimiento de ciertas herramientas o aplicaciones de Internet que los padres. Hay que darles la oportunidad de que sean ellos quienes nos enseñen para qué sirve una determinada aplicación, qué ventajas tiene y cómo se utiliza.
- El ordenador no debe estar en la habitación del niño donde el control es mucho menor, sino en alguna habitación de la casa de uso común.
- Es aconsejable navegar y chatear de vez en cuando con los niños, así se podrá conocer sus hábitos y preferencias y creará un clima de mayor confianza entre ambos. Resulta divertido poder chatear ellos y nos ayuda a derribar el muro tecnológico que nos separa.
- Se debe evitar que intercambien direcciones, números de teléfonos ni datos personales que puedan identificarlos.
- Hay que procurar conocer los contactos y contraseñas de las cuentas de correo de los hijos. Y en la medida de lo posible, que utilicen cuentas que le permitan saber las personas con las que se comunican (por ejemplo, Hotmail).
- Evitar que se conecten a Internet por la noche, especialmente a los chats. Se sabe que el 30% de los menores que chatean en Internet recibe algún tipo de provocación (sexual, de sectas o de incitación a conductas peligrosas).
- Fijar objetivos para navegar por Internet y establecer límite de tiempo en la conexión. Permitirles que pasen conectados un tiempo ilimitado, navegando sin un objetivo fijo, puede producir problemas.
- Procurar alcanzar el nivel de habilidad informática de los niños. Hay que ponerse al día, actualizarse, y sobre todo poner los mismos límites que se establecerían en cualquier otro ámbito de la vida.

- Utilizar todos los sistemas de protección disponibles para evitar el acceso a páginas no aprobadas para menores. En la propia red se pueden encontrar páginas en las que puede descargar estos programas de protección infantil.
- Recordar que con el icono del historial puede saberse las páginas a las que se ha entrado en el pasado.
- Fomentar una buena comunicación con los hijos para que tengan la confianza de contar si reciben algún tipo de información amenazadora o desagradable.
- No permitir nunca que el menor quede con alguien que ha conocido en Internet, sin supervisión, aunque diga tener su edad y le envíe datos personales o incluso una foto.

Videojuegos

- Debe controlarse el tiempo de uso.
- No deben utilizarse como recompensa o como forma de castigo, ni es recomendable prohibirles su uso porque pueden volverse demasiado atractivos.
- Cuando están cansados, nerviosos o han dormido poco no son buenos momentos para utilizar videojuegos.
- Si el hijo padece epilepsia debe consultar con un especialista.
- Es importante que la habitación esté bien iluminada.
- Deben imponerse pausas de quince minutos cada hora de juego.

Teléfono móvil

- Ser precavido en la utilización del móvil y observar si su hijo llama o utiliza las aplicaciones (música, cámara, etc)
- Educar en el uso coherente del móvil: utilizarlo solo si es necesario para localizar o ser localizado, cuando no hay otro medio.
- Mantener conversaciones cortas y siempre que no se pueda establecer comunicación mediante un teléfono fijo.
- Durante la noche y cuando no se esperen llamadas, el móvil debe estar apagado.
- Los expertos consideran que 30 euros mensuales es un límite razonable.
- En situaciones de uso extremo y alteraciones de conducta debe consultarse a un profesional.

Finalmente, es importante recordar que en el uso de las nuevas tecnologías rigen las mismas normas de comportamiento, en cuanto a buena educación y sentido común que aplicamos en el mundo real, y que en definitiva, educar dando un buen ejemplo, es el mejor referente que podemos dar a los niños y adolescentes. ■



MESA 01

USOS SALUDABLES DE LAS TIC

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS. PROGRAMA ARIADNA

IGNACIO SANCHO RODRÍGUEZ.

LICENCIADO EN TEOLOGÍA Y PEDAGOGÍA. DIRECTOR DE PROYECTO JOVEN, PROYECTO HOMBRE BURGOS



Cuenta la mitología griega que Ariadna, hija de Minos, rey de Creta, se enamoró profundamente de Teseo, hijo de Egeo, rey de Atenas. Teseo había recibido de su padre la misión de liberar a siete jóvenes y siete doncellas de un horrible monstruo, el minotauro, que Minos, su enemigo, había encerrado en un majestuoso laberinto. Teseo, que a su vez también se sentía atraído por la princesa cretense, recibió de ella una madeja de hilo. Ariadna le explicó que hallaría la salida del laberinto si ataba el extremo a su entrada y la iba desenrollando a medida que avanzaba.

Efectivamente, una vez dentro del laberinto, así lo hizo y pidió a los jóvenes que le acompañaban que esperasen junto a ella. Se adentró en el laberinto, encontró al Minotauro y lo estranguló. Impresionado por el valor del joven, Minos liberó a los atenienses y dejó partir a su propia hija, Ariadna, junto a ellos rumbo a Atenas. El programa Ariadna está inspirado en el papel que esta bella joven realizó, colaborando creativamente para alcanzar una loable misión.

MESA 02

INTERVENCIÓN CON CONDUCTAS VIOLENTAS

INTERVENCIÓN CON MENORES TUTELADOS



SERGIO NÚÑEZ HERRERA.

DIPLOMADO EN EDUCACIÓN SOCIAL. EDUCADOR TERAPÉUTICO PROGRAMA PROTECCIÓN DE MENORES, PROYECTO HOMBRE CÁDIZ.

“Solidaridad con los más desfavorecidos.”
Principio básico de la filosofía de Proyecto Hombre.

Como en la mayoría de los países europeos, España se encuentra en la situación, desde hace varios años, de dar una respuesta al aumento considerable de menores extranjeros no acompañados (MENA) y menores tutelados. Actualmente se considera que los MENA atendidos por

los servicios de protección a la infancia pueden llegar a suponer el 50% de los menores en algunas comunidades. Como sucede en el programa que llevamos a cabo en Proyecto Hombre provincia de Cádiz, donde el 70 % de nuestros destinatarios son MENA.



El artículo completo está disponible en la web de la Asociación Proyecto Hombre www.proyectohombre.es, en el apartado “Publicaciones” > “Artículos de interés”
http://proyectohombre.es/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=63&Itemid=84



MESA 02

INTERVENCIÓN CON CONDUCTAS VIOLENTAS

PREVENCIÓN DE LA DELINCUENCIA JUVENIL

M^º JOSÉ ESPIGARES.

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA. TÉCNICO DE INTERVENCIÓN EN MEDIO ABIERTO EN LA ASOCIACIÓN IMERIS (INTERVENCIÓN CON MENORES EN RIESGO SOCIAL). GRANADA.

A la infancia, quizás; pero a la adolescencia no quiere volver nadie. La edad del pavo la llamamos; la de deslumbrado descubrimiento de sus propios cuerpos. Justo en la peor hora: la del desgarmo, el acné,...

Antonio Gala

Es necesario apostar por la educación y trabajar con los menores y sus familias en su entorno. "todo lo que se haga de acuerdo con el menor y su familia tiene mejores resultados"

Esther Giménez-Salinas. Rectora de la Universidad Ramón Llull

Resulta contradictorio que si el actual sistema judicial pretende fomentar que los menores se responsabilicen de sus conductas, se declare "no responsables" y no se de ninguna respuesta institucional, a los menores que con edades inferiores a los 14 años cometen conductas infractoras tipificadas como delitos.

Dada la importancia de una intervención educativa realizada a tiempo en la prevención de la delincuencia, sobre todo cuando se trata de comportamientos violentos, habría que apostar por respuestas, que como la justicia reparadora, favorezcan la **responsabilización** y la **concienciación** del menor sobre las consecuencias de sus actos.

Con esta finalidad, la **Delegación Provincial para la Igualdad y Bienestar Social**, desde el **SERVICIO DE PREVENCIÓN Y APOYO A LAS FAMILIAS** detectó que ni los instrumentos de evaluación ni los programas de intervención, que hasta entonces se utilizaban en los servicios de protección, se adaptaban a las características y problemáticas de la mayoría de menores infractores menores de 14 años ya que el sistema de protección trabaja con casos claros de abandono o desamparo, algo a lo que no responden un alto porcentaje de menores infractores. Dicha situación propició en el año 2007 la creación en la provincia de Granada del Equipo de Intervención socio-educativa con menores de 12-14 años de la **Asociación IMERIS**.

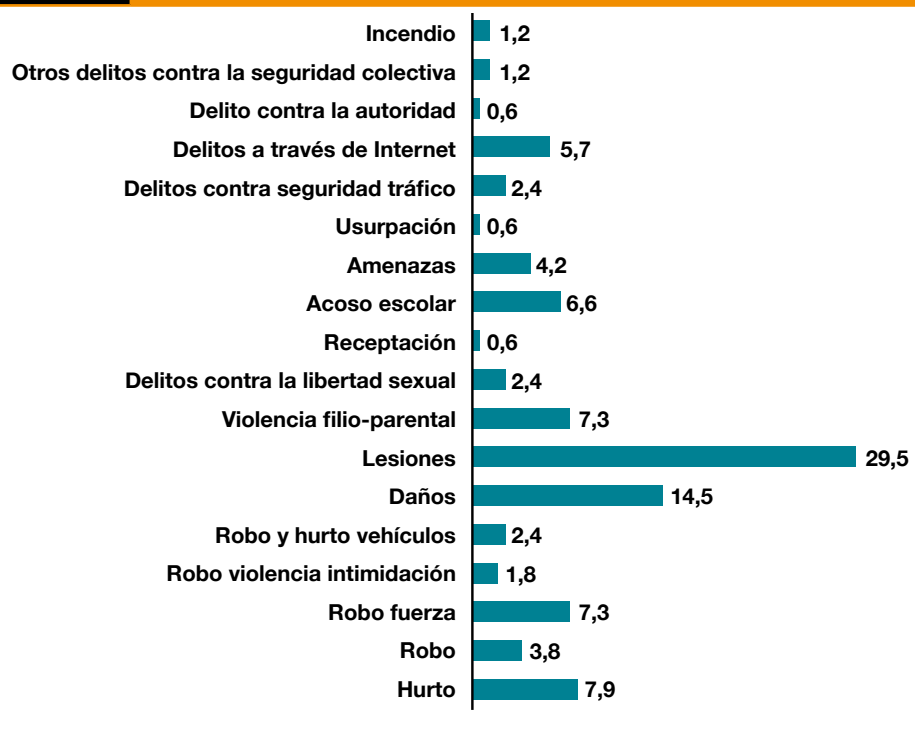
Por su interés descriptivo, ofrecemos un gráfico porcentual de las conductas infractoras más cometidas por los menores entre 12-14 años en la provincia de Granada (ver Gráfico 1).

Del análisis de las conductas infractoras en la provincia de Granada, se revela un dato interesante: la lesión-agresión entre iguales, ha sido la conducta infractora más denunciada en esta franja de edad 12-14 años y que la mayoría de las víctimas, son también menores de edad.

De hecho, este dato ha favorecido y potenciado la **atención a las víctimas y a sus necesidades**. En base al principio de devolución social: tanto la víctima como la sociedad, tienen derecho a conocer las actuaciones educativas que la entidad educativa realiza con los menores infractores. Así, siempre y cuando exista una víctima identificada, se le escucha y se le expone la intervención que se considera más apropiada para el menor infractor.

Por otra parte, destacar el **aumento de los delitos de acoso escolar o bullying**. (Maltrato entre iguales en el entorno escolar): Dicho término define una situación caracterizada por las agresiones constantes de un alumno o grupo de alumnos a algún compañero/a. El acoso a la víctima por parte del agresor suele comenzar con agresiones verbales y pueden incluir agresiones físicas directas como empujones, pelliz-

Gráfico 1 Porcentaje de conductas infractoras en la franja de edad 12-14 años durante 2010



**SE HACE
NECESARIO
PREPARAR AL
INDIVIDUO PARA
AFRONTAR LOS
RETOS DE LA
VIDA MEDIANTE
EL DESARROLLO
LA CONCIENCIA
EMOCIONAL Y DE
COMPETENCIAS
EMOCIONALES
PARA PREVENIR
TODAS ESTAS
SITUACIONES**

Fuente: Asociación IMERIS

cos, puntapiés o amenazas con armas; o violencia física indirecta como romper, robar o esconder objetos personales de la víctima. Según Nora Rodríguez, pedagoga especialista en acoso escolar y creadora de la primera iniciativa de estrategias antibullying, generalmente este fenómeno nace de lo que se ha gestado en casa o en la sociedad, manifestándose posteriormente en las aulas. Si bien, el mayor número de casos de bullying se da entre los 13 y los 15 años, recientemente se está detectando una etapa de riesgo entre los 7 y 9 años, dato que aconseja la intervención temprana sobre esta problemática.

Resaltar, un dato relacionado con el acoso escolar y es que en la mayoría de los casos, tanto de acoso escolar como cuando se trata de faltas de amenazas; se producen cada vez más a través de las **redes sociales**. Los delitos que se llevan a cabo a través de Internet suponen una nueva tipología de delitos con consecuencias graves para las víctimas. Consisten fundamentalmente, en delitos contra la propiedad intelectual, de ciber-acoso a través de la red- y captación de imágenes de menores en “situaciones comprometidas” o peleas. En este sentido, la violencia que registran los menores en grabaciones de móviles con el elemento añadido de subirlo a Internet los eleva a categoría de delito.

Igualmente, poner de relieve el notable aumento de nuevas tipologías de delitos en los que se encuentra implicada la violencia como la **Violencia filio-parental**. Este fenómeno de creciente alarma social, tipificado como delito por maltrato familiar ha tomado el nombre de “El Síndrome del Emperador”, “Pequeños dictadores”, “Hijos Tiranos”, “Violencia filio-parental”; siendo definido por Roberto Pereira (2006) como “*las conductas reiteradas de violencia física (agresiones, golpes, empujones, arrojar objetos), verbal (insultos repetidos, amenazas) o no*

verbal (gestos amenazadores, ruptura de objetos apreciados) dirigida a los padres o a los adultos que ocupan su lugar”.

El notable aumento de esta tipología de delito tiene un reflejo significativo en los Juzgados de Menores. En el siguiente gráfico, aparece una comparativa por años del número de casos que pasan por el sistema de reforma Juvenil en la provincia de Granada. Es decir el número de padres/madres que toman la decisión de denunciar a sus hijos/as por maltrato (ver Gráfico 2). Tradicionalmente, cuando se hablaba del maltrato intrafamiliar se hacía referencia al que podían sufrir los hijos de parte de los padres o maltrato infantil y a la violencia en la pareja o violencia de género. La última expresión de violencia continuada en las relaciones familiares es la que afecta al núcleo más básico de la organización familiar, es la **violencia de los hijos hacia los padres o filio-parental**.

Un estudio realizado por Francisco Romero (2005) destaca que el 94.1% de los profesionales que trabajan en esta realidad coinciden con que **la intervención con los jóvenes por un delito de violencia domestica tiene que ser diferente** a la que se hace por otras conductas delictivas. Destacando la relevancia de una atención a nivel familiar e individual, unido al trabajo socio-comunitario que si se cubre desde las medidas judiciales de Libertad Vigilada para los menores con edad de responsabilidad penal (14 años). Pero ¿que ocurre con los menores que no tienen edad de responsabilidad penal? En este sentido, la alta tasa de participación (95,40%), en el Programa de Intervención socio-educativa con menores de 12-14 años de la **Asociación IMERIS**; indica la existencia de una gran demanda social por parte de las familias de este tipo de intervenciones ya que cubre una necesidad real y es que los padres y las madres demandan cada vez más una intervención de ayuda para reconducir el comportamiento de sus hijos/as.



Por otra parte, debemos destacar en cuanto a las **diferencias de género**, que el delito más cometido por los menores tanto de sexo masculino como de sexo femenino es la lesión-agresión (ver Gráfico 3).

En general el sexo masculino, en esta franja de edad (12-14 años) tiene expediente abierto en la Fiscalía de Menores por delitos y/o faltas contra las personas (lesión-agresión) seguido por delitos contra la propiedad (robo, hurto, robo con violencia) y finalmente el delito de daños materiales. Por el contrario, no existen datos significativos de menores de sexo femenino que cometan delitos contra el patrimonio (robo, hurto, robo con fuerza y robo con violencia e intimidación) ni delitos/falta de daños, como ocurre en los varones. Si bien, el **sexo femenino** destaca principalmente por la comisión de **delitos de agresión-lesión y violencia filio-parental**. En cuanto a los delitos que se producen en Internet a través de las redes sociales (acoso, amenazas...) no existen diferencias de género.

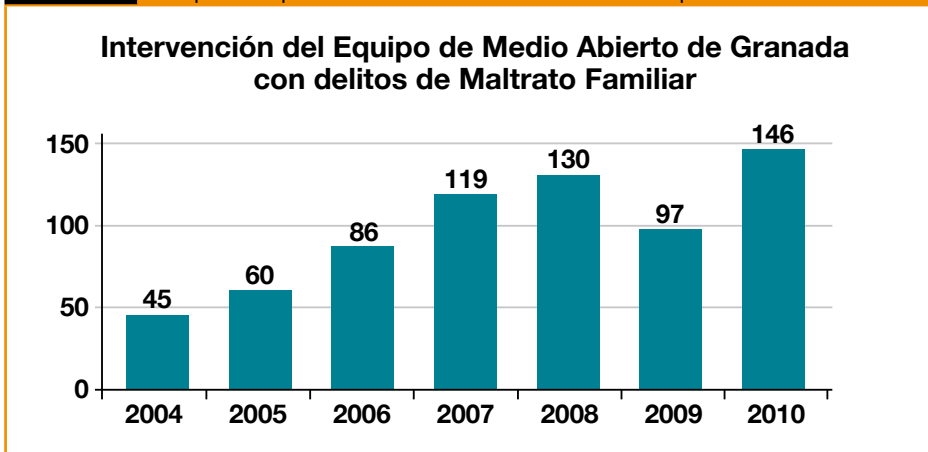
Por último, señalar que el hecho de manifestar un **comportamiento violento** de intensidad se convierte en el aspecto más crucial y el que legitima la necesidad de intervenir lo más rápidamente posible ya que las investigaciones demuestran que el comportamiento violento es uno de los mejores predictores para explicar la conducta

delictiva posterior (Klein, 1989; Jünger-Tas, Terlouw y Klein, 1994; Rechea, Barberet, Montañés y Arroyo, 1995). En la sociedad actual tenemos una serie de necesidades que no están suficientemente atendidas en la educación formal. Muchos problemas que experimentan los adolescentes y jóvenes, tienen que ver con ansiedad, estrés, depresión, consumo de drogas, conductas de riesgo. Es por esta razón, que se hace necesario preparar al individuo para afrontar los retos de la vida mediante el **desarrollo la conciencia emocional** y de competencias emocionales para prevenir todas estas situaciones. En este sentido, debemos hacer mención al Informe de Loors sobre las perspectivas de la educación en el siglo XXI encargado por la UNESCO. Dicho informe establece 4 grandes pilares:

- **Aprender a aprender**
- **Aprender a hacer**
- **Aprender a convivir**
- **Aprender a ser**

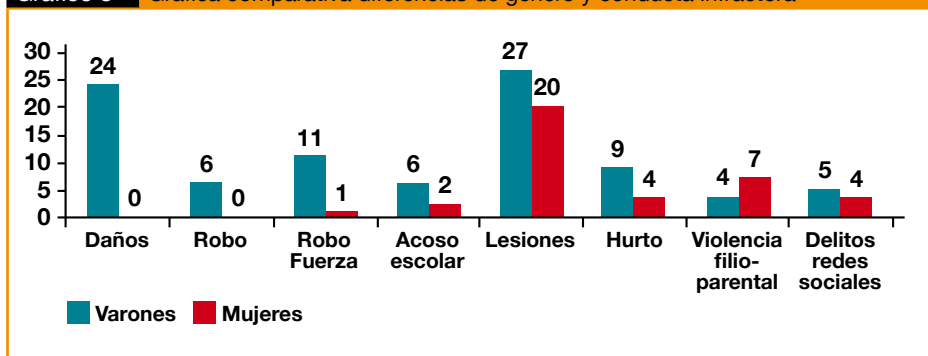
Los dos primeros son necesarios porque a lo largo de toda la vida estamos aprendiendo y haciendo cosas. Pero el gran reto del siglo XXI es aprender a convivir que se complementa con aprender a ser. Donde se fundamenta y justifica la educación emocional. ■

Gráfico 2 Comparativa por años de los casos de violencia filio-parental



Fuente: Asociación IMERIS

Gráfico 3 Gráfica comparativa diferencias de género y conducta infractora



DADA LA IMPORTANCIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA REALIZADA A TIEMPO EN LA PREVENCIÓN DE LA DELINCUENCIA, SOBRE TODO CUANDO SE TRATA DE COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS, HABRÍA QUE APOSTAR POR RESPUESTAS, QUE COMO LA JUSTICIA REPARADORA, FAVOREZCAN LA RESPONSABILIZACIÓN Y LA CONCIENCIACIÓN DEL MENOR SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE SUS ACTOS

MESA 02

INTERVENCIÓN CON CONDUCTAS VIOLENTAS

IDENTIDAD ADOLESCENTE Y CONDUCTAS VIOLENTAS. INTERVENCIÓN DESDE LA CONVIVENCIA

ANDRÉS PÉREZ RUA.

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA. DIRECTOR CENTRO RESIDENCIA CON GRUPO EDUCATIVO "AL-XARAT", AESIM, HUELVA.



El impacto social de comportamientos violentos en adolescentes no es un elemento novedoso en la intervención psicosocial, pero en los últimos tiempos, la focalización del interés sobre este fenómeno por parte de los medios, ha generado un debate constante sobre el mismo. Cobra mayor importancia, si cabe, el desarrollo de conductas agresivas en marcos de convivencia tradicionales como los académicos o los familiares. Contextos que han sido el sustento del grueso del proceso educativo de los adolescentes y que han generado una nueva percepción del adolescente como potencial elemento disruptivo.

En este momento podemos encontrar una doble lectura de este debate. Por un lado el referido a la necesidad de modificar presupuestos preventivos de conductas violentas, muy relacionados con nuestro propio sistema de valores a la hora de desarrollar nuestra labor educativa con menores y jóvenes. Y por otra parte, la eficacia de medidas correctoras como las establecidas legalmente. Más allá de repasar estas dos vías de debate, nos proponemos analizar determinados aspectos de la realidad educativa de nuestros adolescentes, partiendo de un modelo de intervención circunscrita a una medida judicial concreta, la Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo, establecida dentro de las Medidas de Régimen Abierto de la Ley 5/2000 de Responsabilidad Penal de los Menores, modificada por la 8/2006 de 4 de diciembre, tal y como lo entendemos en los recursos de estas características que ejecutamos desde la asociación AESIM mediante contrato público con la Dirección General de Justicia Juvenil y Servicios Judiciales de la Consejería de Gobernación y Justicia de la Junta de Andalucía en las provincias de Huelva y Sevilla.



EL DETERIORO DE LAS RELACIONES, DISTANCIA AÚN MÁS A LOS ADOLESCENTES DE SUS PADRES Y GENERA EN LOS PRIMEROS LA NECESIDAD DE BÚSQUEDA DE NUEVOS ESCENARIOS DONDE ENCONTRAR LA VALIDACIÓN DE SU NUEVA E INCIPIENTE IDENTIDAD

Partiendo de planteamientos teóricos de corte existencial-humanista y muy influido por metodologías de corte sistémico y basadas en modelos de investigación-acción, nos encontramos con una pregunta esencial a la hora de abordar la intervención con estos menores y jóvenes. ¿En qué momento del ciclo vital se encuentran y qué caracteriza al mismo? Es evidente que la adolescencia actual se encuentra sumida en un proceso de alargamiento y modificación de su esencia en relación a momentos históricos anteriores, pero aún así, se puede seguir considerando como una etapa que marca el paso de la infancia a la adultez y que, como característica fundamental, se puede considerar como el momento donde se produce el proceso de construcción de la identidad individual. Es la etapa donde el niño comienza a desvincularse de una identidad fuertemente relacionada con la de sus padres, para cimentar una identidad propia que sustentará las bases de su identidad adulta.

Este proceso de desarrollo identitario es un proceso complejo y puede ser mermado por multitud de situaciones desde la base misma del desarrollo ontogénico del adolescente hasta por la inoculación de valores imperantes en macrosistemas sociales. Ante la imposibilidad de desarrollar adecuadamente este proceso identitario, la respuesta del menor suele ser la expresión sintomática de conductas que son vistas como disruptivas o impropias de su edad, si bien suelen responder a situaciones de desajuste de su entorno inmediato. No podemos entender al adolescente aislado que labra su propia identidad al margen de su realidad social y, sobre todo, familiar.

Es en esta realidad familiar donde produce un mayor impacto el proceso de desarrollo identitario del adolescente, ya que provoca la necesidad de una adaptación de los roles ante una nueva dinámica donde uno de los miembros, el adolescente, presenta nuevas necesida-

des. Este impacto viene a poner en crisis una dinámica de relación y, en determinadas circunstancias, puede amenazar la propia existencia de la misma. Ante esta situación en no pocas ocasiones comienza a generarse una serie de resistencias al cambio y con ellas un cierto deterioro en las relaciones paterno-filiales que, en circunstancias concretas, derivan en la aparición de "síntomas" que parecen atentar contra la estructura familiar y pueden generar conductas antinormativas (conductas agresivas, actividades delictivas, consumo de drogas, etc.) en los propios adolescentes.

El deterioro de las relaciones distancia aún más a los adolescentes de sus padres y genera en los primeros la necesidad de búsqueda de nuevos escenarios donde encontrar la validación de su nueva e incipiente identidad. Si esta validación se produce en contextos donde son apreciados los comportamientos antinormativos, este tipo de conductas pueden desarrollarse en el adolescente con relativa facilidad.

Por otra parte, una vez establecido este contexto de deterioro en la relación paterno-filial, es frecuente la focalización de los conflictos familiares en la figura del menor adolescente, lo que éste recibe como un ataque a su nueva individualidad y que permite sostener una estructura familiar desajustada bajo la excusa de la incidencia del comportamiento de un miembro que es el causante de todos los "desastres" familiares. Incluso, es sorprendente comprobar como familias enteras son capaces de propiciar situaciones donde la conducta del adolescente se ve abocada a la antinormatividad para mantener roles y dinámicas propias. Este tipo de paradojas en la relación no suelen ser conscientes, pero son difíciles de asumir por los miembros de un núcleo familiar.

Puede parecer extraño que la intervención que proponemos se desarrolle en un ambiente distinto al del núcleo familiar, como sería el de un Centro de Convivencia con Grupo Educativo, pero debemos aclarar que durante todo el desarrollo de la medida se establece una intervención familiar a través de visitas y permisos familiares. Así, si entendemos la conducta del menor como parte de un todo y no de forma aislada, el proceso de recuperación ha de ser entendido también desde esta perspectiva.

Una vez el menor o el joven ingresa en un centro de estas características nos debemos plantear hacia dónde dirigir la intervención para facilitar el desarrollo de su identidad individual. Es el contexto del centro de convivencia donde el adolescente comienza a desarrollar una serie de actividades normalizadas, desde higiene y limpieza personal y del propio entorno, hasta las propias de su formación académico-profesional, pasando por el adecuado cumplimiento de sus responsabilidades de convivencia con otros chicos. Aquí cobra fundamental importancia la figura del educador como adulto que guía y orienta hacia el desarrollo de la propia identidad, a través no sólo del refuerzo o de

EL FUTURO ES DIFÍCILMENTE PERCEPTIBLE PARA LOS ADOLESCENTES EN LA SOCIEDAD ACTUAL DONDE SE LE DA PREPONDERANCIA A LO INMEDIATO, PERO A MEDIDA QUE SE COMIENZA A ALCANZAR ÉXITOS EN CONTEXTOS DONDE ERAN FRECUENTES LOS FRACASOS, LOS SENTIMIENTOS DE AUTOEFICACIA DEL ADOLESCENTE APARECEN, DANDO LUGAR A UN FORTALECIMIENTO DE SU PROPIA AUTOESTIMA

la corrección, sino como facilitador de la expresión de las emociones que va vivenciando, día a día, el adolescente. Esta relación va a marcar el desarrollo de un vínculo emocional entre el adolescente y figuras adultas que no sesgarán su desarrollo y que potenciarán comportamientos que darán lugar a un nuevo sentimiento de validación social, ahora sí, ligado a contextos ajustados a la norma.

Un contexto estable, marcado por una rutina que permita una reflexión sosegada de su actividad diaria, así como la preponderancia de sus necesidades personales en cuanto al desarrollo de intereses académicos, formativos o de ocio que parten del propio adolescente, permiten que éste sienta una sensación de proceso vital, alejándose poco a poco del aquí y ahora y comenzando a plantearse metas a medio plazo. Es decir, su necesidad de crecimiento no se encuentra constreñida por un presente marcado por la conflictividad, sino que comienza a emerger un planteamiento de futuro más esperanzador.

Este futuro es difícilmente perceptible para los adolescentes en una sociedad actual donde se le da preponderancia a lo inmediato, pero a medida que se comienza a alcanzar éxitos en contextos donde eran frecuentes los fracasos, los sentimientos de autoeficacia del adolescente aparecen, dando lugar a un fortalecimiento de su propia autoestima.

Fundamental es también el desarrollo de un lenguaje emocional más amplio, ya que será a través de él donde el adolescente empezará a expresar las características de su nueva identidad y mediante la que comenzará a reconocer la misma en los otros, significándose como sujeto válido dentro de su grupo.

Por otra parte, como se indicó anteriormente, el tra-

bajo familiar se desarrolla en íntima conexión con el propio de convivencia en el centro. A través de entrevistas, sesiones familiares y visitas, se establece una intervención donde los miembros de la familia son invitados a expresar su percepción del conflicto. Una vez analizada la dinámica, el trabajo se dirige a “hacer visible” los síntomas que generan las conductas desadaptativas para el adecuado funcionamiento de las relaciones. Es entonces cuando aparecen las resistencias de los miembros a abandonar roles que no favorecen la resolución de los conflictos. Por lo general, los familiares terminan asumiendo la responsabilidad individual en la aparición y potenciación de una dinámica conflictiva que facilita conductas anti-normativas en sus hijos. Desde esta nueva posición, son ellos mismos quienes se sienten partícipes en la construcción de un nuevo modelo de relación que asuma las necesidades identitarias del adolescente y no la observe como un atentado a una dinámica anterior que, en definitiva, coartaba el adecuado crecimiento de su hijo. Esta sensación de construcción de una nueva dinámica, va dando sentido a una sensación de identidad familiar que armonice adecuadamente con la identidad individual del adolescente que, ahora sí, se siente “significado”, es decir que se siente incluido y reconocido por sus familiares, lo que facilita un comportamiento más ajustado a las normas recién establecidas en el nuevo modelo familiar.

Ni que decir tiene que este trabajo familiar es complejo y supone la asunción de pérdidas personales de los miembros en pos de una nueva realidad familiar que, a la larga, facilitarán ganancias a sus miembros en la medida que adapte y de cobertura a los procesos personales de cada uno de ellos. ■





MESA 02

INTERVENCIÓN CON CONDUCTAS VIOLENTAS

APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE ADOLESCENTES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS, PARA EL TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

MARÍA VICTORIA MARTÍNEZ.

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA. CURSA DOCTORADO EN LA UNIVERSIDAD DE GRANADA.

MIGUEL ÁNGEL MÁRQUEZ GUTIÉRREZ.

LICENCIADO EN PEDAGOGÍA. DIPLOMADO EN MAGISTERIO. TERAPEUTA DE PROYECTO HOMBRE GRANADA.

ANTONIO VERDEJO GARCÍA.

DOCTOR EN NEUROPSICOLOGÍA. INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA.

“La próxima vez que los que sois padres tiréis, enfadados del edredón que cubre a vuestro hijo o vuestra hija, tened en cuenta que es probable que las pobres criaturas no puedan evitarlo”

David Bainbridge

LA INVESTIGACIÓN

Hasta la fecha, pocos estudios han examinado el impacto asociado al uso y abuso de drogas psicoactivas sobre el sistema nervioso central (SNC) de individuos adolescentes. Dicho fenómeno constituye un problema importante no sólo en el ámbito nacional sino que constituye una prioridad para los organismos de salud pública mundial (World Health Organization, 2004a y 2004b).

Un inicio temprano en el consumo de sustancias de abuso predice mayor severidad en el problema de las adicciones y podría servir como “puerta de ingreso” hacia el uso de múltiples sustancias a lo largo de la vida (Paus, Keshavan & Giedd, 2008; Spear, 2000). Así como también, interferiría en procesos cognitivos y del aprendizaje social, que determinan el desempeño del individuo a posteriori (de Witt, 2000).



UN INICIO TEMPRANO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DE ABUSO, PREDICE MAYOR SEVERIDAD EN EL PROBLEMA DE LAS ADICCIONES Y PODRÍA SERVIR COMO “PUERTA DE INGRESO” HACIA EL USO DE MÚLTIPLES SUSTANCIAS A LO LARGO DE LA VIDA

En este sentido, la neuropsicología reconoce alteraciones cognitivas y motoras en actividades de la vida diaria durante el consumo agudo de drogas y las consecuencias a largo plazo del uso prolongado de las mismas.

La adolescencia resulta de sumo interés dado que es un período crítico del desarrollo que está caracterizado por cambios biológicos, psicológicos y sociales promovidos por modificaciones que ocurren en el desarrollo del cerebro durante esta etapa y, en menor medida, por el aumento hormonal propio de la pubertad. Estas características neuronales transitorias podrían predisponer a los adolescentes a comportarse de manera particular.

Entre otros aspectos, hoy se sustenta una nueva perspectiva sobre la toma de decisiones en adolescentes, la cual comienza por la premisa de que la toma de riesgos en el mundo real es el producto tanto del razonamiento lógico como de factores psicosociales, no obstante, las capacidades psicosociales que mejoran la toma de decisión y moderan los riesgos que se corren, como el control de impulsos, la demora en la gratificación y la resistencia a la influencia de los pares, continúan desarrollándose en los jóvenes adultos (Steinberg, 2007) dando lugar a un desbalance que hace de la adolescencia un período en el cual la actividad de los sistemas de recompensas prevalecen sobre los sistemas de auto control y evitación. De esta forma, la toma de riesgos y la búsqueda de novedades son comportamientos que se convierten en norma durante el desarrollo adolescente y están asociados con bajos niveles de ansiedad independientemente del daño potencial (Wilson y Daly, 1985 citados en Crews et al 2007).

Cambios significativos se observan en habilidades cognitivas dependientes de los lóbulos frontales, parietales y temporales (Lenroot & Giedd, 2006). Dentro de estas habilidades se destaca la Función Ejecutiva (FE) las cuales caracterizan por la capacidad de transformar los pensamientos en acción y se manifiestan como la habilidad para iniciar, modular o inhibir la atención y la actividad mental y la habilidad para planificar y controlar la conducta dirigida a un resultado (Estévez González et al., 2000) debido a que supervisan y coordinan las actividades relacionadas con inteligencia, atención, lenguaje, flexibilidad mental, control motor y regulación de la conducta emocional (Portellano, 2005). Es decir, son importantes en situaciones nuevas y demandantes que requieren un ajuste rápido y flexible del comportamiento al nuevo ambiente demandante (Zelazo, Muller, Frye y Marcovith, 2003 citado en Huizinga, et al., 2006).

Dado que el uso de sustancias psicoactivas está asociado con déficits neuropsicológicos en mecanismos relacionados a la emoción, la memoria y funciones ejecutivas y que el deterioro de estas funciones no solo afecta al desempeño cognitivo de los consumidores de manera general sino que también influye sobre la tendencia a continuar el consumo a pesar del aumento de las consecuencias negativas asociadas al mismo (Fernán-

dez-Serrano, Pérez García & Verdejo García, 2010) y tiene implicaciones potencialmente dañinas en el subsecuente rendimiento académico, ocupacional y funcionamiento social (Squeglia, Jacobus y Tapert, 2009) el presente estudio tuvo como objetivo analizar el desempeño neuropsicológico de funciones superiores en sus correlatos cognitivos y emocionales en adolescentes con consumo problemático de sustancias así como también indagar en aspectos de la personalidad tales como la impulsividad.

DE LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

El Programa Joven de Proyecto Hombre Granada, dirige su actividad hacia el tratamiento de las problemáticas relacionadas con los consumos de drogas legales e ilegales y de sus circunstancias adyacentes, ya sean inductoras o consecuentes, en la población adolescente de esta provincia andaluza.

Los tratamientos dirigidos a jóvenes y adolescentes, conviven con un extenso repertorio de rasgos, que sin ser exclusivos de esta etapa de la vida, sí mantienen elevados grados de presencia e intensidad, que terminan por generar una compleja circunscripción para el desarrollo profesional.

De entre esas características, despuntan en ámbitos intrínsecos el *autoengaño* y *distorsiones* de la conciencia de los problemas asociados al consumo y la consecuente y deficitaria *motivación* para acometer estrategias dirigidas al cambio.

Transcendiendo la esfera personal, suelen encontrarse relaciones familiares afectadas por deterioros en los niveles de comunicación, rendimiento académico deficitario (incluido el fracaso escolar), incrementos significativos de conductas de riesgo, generalmente asociadas a los entornos sociales y usos del tiempo libre y ocio (consumos de drogas, conductas disruptivas, o transgresión de las distintas normativas-familia, centros escolares, convivencia, etc.-).



SI BIEN ES CIERTO QUE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EJERCIDA POR LOS HIJOS HACIA CUALQUIER OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA (ESPECIALMENTE MADRES Y PADRES), NO ES UN FENÓMENO NUEVO, SÍ SE HA CONVERTIDO EN OBJETO DE ESTUDIO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Mención particular hacemos en esta experiencia a la irrupción de conductas impulsivas en su vertiente de violencia, en concreto a las ejercidas en el ámbito familiar y reconocidas como delito desde la entrada en vigor en España de la Ley Orgánica 5/2000, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores de edad.

Si bien es cierto que la violencia doméstica ejercida por los hijos hacia cualquier otro miembro de la familia (especialmente madres y padres) no es un fenómeno nuevo, sí se ha convertido en objeto de estudio en los últimos años. Necesariamente, tales realidades y flujos de conducta, requieren la puesta en marcha de programas de intervención, adaptados a las realidades e idiosincrasia de la sociedad y juventud actuales.

El Programa Joven de Proyecto Hombre Granada, ha sido diseñado con un marcado carácter educativo y terapéutico, para abordar de forma integral todas aquellas circunstancias y problemáticas mencionadas. Parte de sus objetivos, se dirigen a paliar los múltiples factores de riesgo presentes en la población atendida, así como hacia la modificación de las conductas disruptivas, persiguiendo un descenso de su incidencia.

A través de instrumentos de recogida de datos (historias, registros, autoinformes, pruebas de personalidad, inteligencia, etc) se obtiene información necesaria para el diseño personalizado de los tratamientos y es en esta fase, en la que de forma novedosa se incluyen los resultados arrojados por las evaluaciones neuropsicológicas mencionadas.

El desarrollo de los tratamientos, en referencia a las conductas violentas se abordan (como el resto de áreas de intervención) desde una triple vertiente, a saber:

A) Trabajo con los menores

- Por medio de entrevistas individualizadas, análisis funcional de las conductas violentas, análisis de las si-

tuaciones detonantes de respuestas impulsivas, etc.).

- Realización del Taller de Conductas Agresivas, que ofrece información sobre la funcionalidad de las conductas violentas, además de ahondar en sus factores sociales, antropológicos y psicológicos.
- Grupos de autoayuda para la evaluación de los compromisos y logros personales en este ámbito.

B) Trabajo con madres y padres

- Mediante la realización de una Escuela de Padres en las que se abordan aspectos relevantes de la educación durante la adolescencia, incluyendo normas y limitaciones, y estudio de los distintos estilos educativos.
- Realización de entrevistas en las que se ofrece orientación y pautas de afrontamiento de situaciones reincidentes.
- Sesiones específicas de recogida de información sobre el progreso de los tratamientos.

C) Trabajo en el núcleo familiar

- En el que se establecen compromisos y se evalúan los cambios de todos los miembros para la mejora de las dinámicas de relación familiar.

Los beneficios de contar en los niveles de tratamiento con informaciones tan valiosas, como las desprendidas de las evaluaciones neuropsicológicas, permiten afinar la planificación de las intervenciones y los instrumentos a utilizar, para un rendimiento más eficiente en áreas como el autocontrol conductual, los procesos de toma de decisiones o el control gradual de la implicación emocional en los patrones de respuesta. ■

MESA 03

DIAGNÓSTICO DUAL

CASO PRÁCTICO PARA ABORDAR EL TRASTORNO DUAL DESDE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN INDICADA

M^a LUISA POLADURA.

DIPLOMADA EN TRABAJO SOCIAL. ESPECIALISTA EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS. TERAPEUTA DE PROYECTO HOMBRE VALLADOLID.

La continua evolución del fenómeno de las drogas trae consigo, inevitablemente, la necesidad de adaptar los abordajes preventivos a la realidad de cada momento. En la actualidad se dibuja una nueva realidad caracterizada por el consumo de drogas por parte de adolescentes que incluyen

el consumo como parte consubstancial a su manera de entender el ocio y el fin de semana. Esta situación de uso problemático de drogas puede coexistir con otros factores de riesgo tales como, la inadaptación familiar y social, el fracaso escolar, trastornos del comportamiento, etc.



El artículo completo está disponible en la web de la Asociación Proyecto Hombre www.proyectohombre.es, en el apartado “Publicaciones” > “Artículos de interés” http://proyectohombre.es/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=63&Itemid=84



MESA 03

DIAGNÓSTICO DUAL

COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

REYES MOLINER ALBERO.

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA. PSICÓLOGA CLÍNICA-COORDINADORA CENTRO PREVI. VALENCIA.

En los últimos años, los trastornos de la conducta alimentaria están recibiendo una atención creciente desde distintas disciplinas científicas. Una de las líneas de investigación en este campo trata de estudiar los factores implicados en la adquisición y mantenimiento de las alteraciones del comportamiento alimentario. Actualmente el abordaje de este estudio se realiza desde un enfoque biosocial que propone una etiología multifactorial y contempla factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí para conformar una determinada psicopatología. Dentro del estudio de los factores psicológicos, uno de los aspectos que más atención está recibiendo es la personalidad. Con respecto a la relación entre la personalidad y los síndromes clínicos, se han realizado diversas propuestas. Algunos modelos proponen una causa común, otros consideran a la patología de personalidad como un factor de predisposición o vulnerabilidad para padecer ciertos síndromes clínicos, y otros consideran a algunos trastornos de personalidad como una exacerbación y complicación de determinados síndromes clínicos (Klein et al. 1993). Estas perspectivas teóricas sólo pueden proporcionar resultados concluyentes mediante estudios longitudinales. Los resultados de estos estudios permitirán establecer diferencias en cuanto al pronóstico, así como diseñar estrategias de tratamiento distintas en función de las características de personalidad implicadas.

En el tema de los trastornos alimentarios (en adelante

TCA) los resultados obtenidos hasta el momento reflejan una relación importante entre los trastornos de la conducta alimentaria y patrones de personalidad disfuncionales. Los estudios de comorbilidad ofrecen tasas elevadas de entre el 50 y el 90% entre ambos tipos de trastornos (p.ej., Cassin & von Ranson, 2005, Bulik et al, 2003; Karwautz, Troop, Rabe-Hesketh, Collier, y Treasure, 2003; Wonderlich, 1995). Estas altas prevalencias se encuentran también en estudios realizados con población española (Díaz-Marsá, Carrasco y Sáiz, 2000; Gargallo, Fernández y Raich, 2003; Echeburúa & Marañón, 2001; Echeburúa, Marañón y Grijalvo, 2002; Marañón, Echeburúa & Grijalvo, 2004; García-Palacios, A., Rivero, I y Botella, C., 2004; Marañón, Echeburúa y Grijalvo, 2007; Martín, Cangas, Pozo, Martínez y López, 2009).

Dicha comorbilidad ha llevado a los investigadores a estudiar cuál es la naturaleza de esa relación. Los trabajos en esta línea se han incrementado en los últimos años, pero se observa una gran heterogeneidad en los resultados, existiendo incluso estudios con resultados contradictorios. Además, los Trastornos de personalidad son más frecuentes en los TCA, si los comparamos con otros diagnósticos en el Eje I (Grilo, Sanislow, Skodol et al., 2003; Marañón, Echeburúa y Grijalvo, 2007).

De entrada, los TCA, se definen por alteraciones importantes de las conductas relacionadas con la ingesta, consecuencia de los dramáticos esfuerzos

por controlar el peso y la silueta. Esto es debido, en parte, a que actualmente en nuestra sociedad existe una enorme preocupación acerca del cuerpo y de la delgadez sobre todo en las mujeres. La influencia sociocultural acerca del culto al cuerpo y la presencia de estándares ideales de delgadez favorece la aparición o incidencia tanto de la anorexia nerviosa como de la bulimia nerviosa en adolescentes principalmente, y cada vez en niñas más jóvenes. En cuanto a datos generales de prevalencia, en un estudio llevado a cabo en España (Peláez et al., 2007), se encontró una prevalencia de TCA del 5.34% en mujeres y de 0.64% en hombres. Si atendemos a estos datos, se ha producido un incremento de dos a cinco veces a lo largo de las tres últimas décadas.

Los tipos más comunes de trastornos de la conducta alimentaria que aparecen tanto en adolescentes como en adultos son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad, aunque ésta última se considera una condición médica.

Los trastornos alimentarios parecen estar influidos por múltiples factores y es necesario abordarlos desde una perspectiva multidimensional. Su historia viene marcada por una evolución desde un énfasis en los factores biológicos, pasando por un reconocimiento de los factores psicológicos y más recientemente de los factores sociales y culturales que parecen tener un papel fundamental en estos trastornos. Hablaríamos pues, de un enfoque biopsicosocial (Toro y Vilardell, 1989, Toro, 2009).

La anorexia nerviosa fue el primero de los TCA en ser identificado, con criterios diagnósticos específicos, desarrollados en los años 70. En 1979, se describió la bulimia nerviosa. La existencia de trastornos de la conducta alimentaria no especificados, se estableció a lo largo de la década de los 80. Las características esenciales de la anorexia nerviosa son un rechazo a mantener el peso por encima del valor mínimo normal para su edad y talla, miedo intenso respecto a la ganancia de peso y una distorsión en la percepción de la propia imagen corporal. Es un deseo irrefrenable de perder peso que puede alcanzar dimensiones delirantes y que perturba gravemente el resto de áreas de la vida de la persona. El estar delgada es una idea sobrevalorada que se refleja en su comportamiento (Ibañez y Barreto, 1985).

Respecto a la relación entre este trastorno y algunas características de personalidad, se señala que los pacientes que presentan anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgativo poseen más probabilidades de presentar dificultades en el control de los impulsos, abuso de alcohol o drogas, mayor labilidad emocional, mayor frecuencia de intentos de suicidio y padecer alteraciones de la personalidad como por ejemplo el trastorno límite de la personalidad (APA, 2000).

En nuestro país, en uno de los estudios más recientes, se encontró una prevalencia del 0.33% (Peláez et al., 2007). En cuanto a la comorbilidad, los TCA no suelen apa-



recer de forma aislada, sino que frecuentemente se asocian a otras patologías. Los diagnósticos más comunes son: depresión, trastornos de ansiedad, alteración de la personalidad y abuso de sustancias (Mateo y Solano, 1999).

Respecto a la comorbilidad con el eje II existe evidencia en cuanto a la relación entre anorexia nerviosa y el cluster C de los trastornos de personalidad (Thornton y Russell, 1997; Wonderlich, Swift, Slotnick and Goodman 1990). Otros estudios sugieren que las características de este grupo de individuos presentan un estilo o patrón caracteriológico duradero presente antes del trastorno de alimentación y que posiblemente contribuye al desarrollo y mantenimiento del problema. Por lo que a la bulimia se refiere, en ese trastorno se dan tres características necesarias para identificarlo (Fairburn y Garner, 1988): una pérdida de control con respecto a la ingesta o impulso a comer, que les llevan a presentar atracones; conductas de control de peso (vómitos, toma de laxantes) y una preocupación por la figura y el peso corporal son las principales características. En España se estima una prevalencia para mujeres en el 2.29% y en el 0.16% para hombres. (Peláez et al., 2007).

En cuanto a la comorbilidad, en cuanto a los estudios sobre abuso de sustancias, p.ej., Goebel, Scheibe, Grahling y Striegel-Moore, (1995), parece existir una gran relación entre la conductas bulímicas (atracones y purgas) y el abuso de sustancias, que se observa en bulímicas o anoréxicas de subtipo purgativo. La comorbilidad con la anorexia tipo restrictivo es mucho menor (Braun et al., 1994; Wonderlich y Mitchell, 1997). Existe comorbilidad entre la bulimia y el cluster B de los trastornos de personalidad, aunque los datos son heterogéneos e incluso contradictorios.

Mencionar también que con la aparición del DSM-V (prevista para el 2013), el equipo de trabajo que está



revisando los TCA, ya ha realizado algunas propuestas por lo que a algunos criterios diagnósticos y subtipos se refiere (p.ej. en el caso de la anorexia nerviosa, se plantea la supresión del criterio de la amenorrea, en la medida que hay pacientes que presentan todos los síntomas y signos de la anorexia nerviosa, pero que tienen actividad menstrual (Attia y Roberto, 2009). Quien esté interesado en dichas propuestas puede consultar la página web del APA <http://www.dsm5.org>. Finalmente, estudios recientes indican que para un porcentaje importante de pacientes (casi el 60%) con un trastorno de la conducta alimentaria, no se cumplen todos los criterios diagnósticos, tanto para la anorexia como la bulimia nerviosas (Fairburn & Bohn, 2005; Wade, Crosby & Martin, 2006). De hecho, muchos encajan en el diagnóstico de un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (en adelante TCANE).

Fairburn también avanza en su análisis y afirma “lo más impactante acerca de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el TCANE no es lo que los distingue, sino lo similares que son” (Fairburn, 2008). Este prestigioso investigador señala que sería mejor categorizar la psicopatología de los trastornos alimentarios en com-

LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS PARECEN ESTAR INFLUIDOS POR MÚLTIPLES FACTORES Y ES NECESARIO ABORDARLOS DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIDIMENSIONAL



ponentes generales (la sobrevaloración de la silueta y el peso y del control. Hábitos alimentarios desadaptativos: conductas para el control del peso)- y específicos (serían los que comparten con otros trastornos como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, autolesiones o rasgos de personalidad patológicos entre los que Fairburn destaca el perfeccionismo y la baja autoestima. En este sentido una de sus características fundamentales es la migración de un diagnóstico a otro. Por ejemplo, la anorexia tiene una edad de inicio en la adolescencia que, en la mitad de los casos suele derivar en una bulimia nerviosa. La bulimia nerviosa empieza de forma más tardía, pero en alrededor de un 25% de estos pacientes cumplen en algún momento criterios de anorexia nerviosa. Es cierto que en algunos casos se mantienen en un diagnóstico, pero en la mayoría de los casos se produce esta migración que no es aleatoria, suele comenzar con episodios de restricción y control que derivan en pérdida de control que se traduce en atracones y purgas.

Antes de hablar de la comorbilidad entre los TCA y los Trastornos de Personalidad (en adelante TPe), nombraremos los TPe como actualmente los recoge la última versión del DSM (DSM-IV-TR, APA, 2000). De entrada las características que definen un Trastorno de Personalidad son un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y que se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes: cogniciones, afectividad, actividad interpersonal, y control de los impulsos. Dicho patrón persistente es inflexible, y se manifiesta en diferentes situaciones (personales y sociales), provoca un malestar clínicamente significativo y un deterioro a nivel social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo; es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta. Dicho patrón, no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental, ni tampoco es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal) (APA, 2000).

El sistema de clasificación actual adopta un enfoque categorial prototípico. y se describen cada uno de los trastornos específicos agrupándolos en tres grandes grupos o clusters donde se incluyen los distintos TPe: Cluster A (denominados extraños-excéntricos): TPe paranoide, esquizoide y esquizotípico Cluster B (llamados teatrales-emotivos): TPe antisocial, límite, histriónico y narcisista. Y Cluster C (conocidos por ansiosos-temerosos): TPe evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.

Por lo que respecta a la relación entre los TCA y los TP, la determinación genética, junto a otros factores (como indicábamos con anterioridad), unos predisponentes, y otros precipitantes, parecen actuar sobre el área de la personalidad. En este sentido, se apunta por un lado



PARECE EXISTIR UNA GRAN RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTAS BULÍMICAS (ATRACÓN Y PURGAS) Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS, QUE SE OBSERVA EN BULÍMICAS O ANORÉXICAS DE SUBTIPO PURGATIVO. LA COMORBILIDAD CON LA ANOREXIA TIPO RESTRICTIVO ES MUCHO MENOR

al exceso de control afectivo, conductual y cognitivo expresados a través de una mayor autodisciplina, que caracteriza a las pacientes restrictivas en comparación con las bulímicas que presentan mayor labilidad social y posibilidad de apertura a experiencias nuevas (Kirszman y Salguero, 2002). Por otra parte, también se apunta al Factor Neuroticismo, entendido, cuando es elevado, como alta inestabilidad o susceptibilidad emocional, y una actitud negativa depresiva, ante uno mismo y su entorno. Así, hay estudios que apuntan a que un alto neuroticismo, aumenta más de tres veces el riesgo de TCA (Cervera et al., 2003).

Por otra parte, la relación de la impulsividad con la Bulimia Nerviosa es evidente (Fischer et al., 2003). Se trata, de que la impulsividad es un rasgo temperamental estrechamente relacionados con otros de naturaleza muy semejante, por ejemplo, búsqueda de sensaciones, implicado en el desarrollo de conductas de riesgo. La obsesividad, se presenta también estrechamente asociada a los TCA, especialmente a la AN. En torno al 20% de los paciente con TCA son diagnosticados de Trastorno de la personalidad Obsesivo-compulsivo (Marañón, Echeburúa y Grijalvo, 2004). En una muestra de pacientes con TCA los Trastornos más frecuentes fueron el Trastorno obsesivo compulsivo, el Trastorno límite de la personalidad y el Trastorno de la personalidad por evitación, pero sin embargo no existían diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de TCA. Se estableció además que más de la mitad de sujetos del estudio (55%) tenían un trastorno de la personalidad. Se observaba, no obstante que en el caso de la anorexia nerviosa, subtipo restrictivo, anorexia nerviosa, subtipo purgativo y bulimia nerviosa, subtipo purgativo, el diagnóstico que se establecía con mayor frecuencia era el Cluster C, y en el caso del TCANE, el más común era el Cluster B (Marañón, Echeburúa y Grijalvo, 2007). Respecto a las diferencias encontradas

en los perfiles de los distintos subgrupos de TCA, los resultados son contradictorios. En unos parece que los perfiles son diferentes, así, las pacientes con BN puntúan más alto en la escala límite (Torres et al., 2008), y otros encuentran elevaciones clínicamente significativas en las escalas del MCMI-II en mujeres con bulimia nerviosa (Del Río et al., 2002). Otros en cambio, no encuentran perfiles específicos para cada grupo de TCA (Wiederman y Pryor, 1997; Torres et al., 2003; Torres et al., 2008).

Entendemos que a tenor de estos resultados, las implicaciones, sobretodo desde el punto de vista terapéutico son importantes. Así, de darse dicha comorbilidad entre los TCA y los TPe, debemos contar con recursos y dispositivos asistenciales destinados ,no sólo a la intervención en la patología alimentaria, sino al abordaje del funcionamiento desadaptativo de los pacientes desde el punto de vista de la personalidad (en algunos casos, por ejemplo , la presencia de atracones, puede llevar al diagnóstico de un TCA, pero el paciente, recurre a ellos, como una conducta de carácter impulsivo más de las que realiza el paciente con el objetivo de manejar el malestar emocional, y que puede estar acompañada de otras, como autolesiones, promiscuidad sexual, consumo de drogas, etc. (Linehan, 1993; García-Palacios, 2004).

En los diferentes dispositivos PREVI (Hospital de día y Centro de Atención Continuada) se está aplicando en la actualidad, tanto a nivel de terapia individual como grupal (entrenamiento en habilidades de mindfulness, regulación emocional, tolerancia la malestar y eficacia interpersonal), el tratamiento de la Terapia Dialéctico Comportamental, para pacientes fundamentalmente con Trastorno Límite de la Personalidad, que en muchos casos presentan además algún subtipo de patología alimentaria. Dicho enfoque terapéutico está produciendo resultados alentadores por lo que a la mejoría de la sintomatología, tanto alimentaria como de personalidad se refiere (Navarro, M. 2011). ■



MESA 03

DIAGNÓSTICO DUAL

LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL MÁS RELEVANTES EN LA ADOLESCENCIA

AUXI JAVALOYES SANCHIS.

LICENCIADA EN MEDICINA. PSIQUIATRA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. CLÍNICA MEDITERRÁNEA DE NEUROCIENCIAS DE ALICANTE.

Los problemas de salud mental en el niño y el adolescente se han convertido en un área de interés creciente tanto para los profesionales del ámbito sanitario como para los del ámbito social y educativo debido fundamentalmente a la creciente prevalencia, la complejidad en el manejo y las consecuencias tan negativas a medio y largo plazo tanto para el niño o adolescente como para la sociedad sino se tratan de forma adecuada.

La enfermedad mental en el adolescente puede definirse como una alteración grave de las emociones, la conducta y/o las relaciones con los demás, que repercute de forma muy negativa a nivel personal, familiar y social. Aunque los avances a nivel neurobiológico en los últimos años, nos han ido desvelando un peso claro de la genética en la etiología de muchas de estas patologías, los cambios sociales de las últimas décadas han dejado su impronta en la salud mental de los jóvenes. Las patologías que han aumentado de forma más clara han aumentado en los últimos años son los denominados trastornos psicosociales entre los que se encuentran los trastornos conductuales (conocidos a nivel de clasificaciones diagnósticas como Trastorno negativista desafiante y Trastorno disocial) y la patología psiquiátrica derivada del consumo de tóxicos. Es importante destacar la continuidad entre un diagnóstico muy frecuente como es el trastorno por déficit

de atención con hiperactividad, con los trastornos psiquiátricos mencionados anteriormente, sobre todo cuando este diagnóstico se realiza de forma tardía. Por este motivo va a ser esencial la detección temprana y una intervención efectiva.

De forma paralela a este grupo de problemática externalizante, es importante destacar la alta prevalencia en este grupo de edad de la denominada patología internalizante entre las que se encuentran los Episodios depresivos y los trastornos de ansiedad. Esta problemática es difícil de identificar y diagnosticar en la etapa adolescente y suele enmascarse como problemática conductual.

El consumo de tóxicos guarda una relación bidireccional con la patología psiquiátrica de los jóvenes: por un lado la presencia de ciertas patologías psiquiátricas hace que exista un riesgo mayor de consumo de tóxicos (en los trastornos de conducta mediados entre otros por la elevada impulsividad, y en los trastornos internalizantes como estrategia para enmascarar la sintomatología), y por otro lado el consumo de tóxicos repercute de forma negativa en la salud mental (con diagnósticos como los episodios psicóticos o los cuadros depresivos).

A nivel de detección e intervención, los recursos han ido aumentando tanto a nivel cualitativo como a nivel cuantitativo en los últimos años. Aunque hace

LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL ADOLESCENTE PUEDE DEFINIRSE COMO UNA ALTERACIÓN GRAVE DE LAS EMOCIONES, LA CONDUCTA Y/O LAS RELACIONES CON LOS DEMÁS, QUE REPERCUTE DE FORMA MUY NEGATIVA A NIVEL PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL

falta todavía mejorar la red de recursos y la formación específica de los trabajadores en este campo, se ha mejorando de forma clara en los últimos años. Se disponen de herramientas diagnósticas más adecuadas y de un conjunto de estrategias psicoterapéuticas y farmacológicas que permiten un abordaje adecuado de muchas de estas patologías. Los psicofármacos se utilizan en este grupo de edad cada vez de forma más frecuente, pero su utilización tiene como generalmente como objetivo reducir la intensidad de los síntomas en lugar de curar trastornos psiquiátricos completos. Por este motivo es importante combinar siempre estas intervenciones con el abordaje psicoterapéutico tanto individual como familiar.

A nivel de intervención, es importante destacar los escasos recursos dirigidos a la prevención primaria y secundaria de los problemas de salud mental, destinándose los recursos mayoritariamente a una intervención terciaria de la problemática una vez ya esta establecida. Por último es importante reseñar, que para la realización de un diagnóstico adecuado, como para la puesta en marcha de un plan de intervención adecuado en materia de salud mental juvenil, hace falta un trabajo interdisciplinario y una coordinación clara entre las instituciones implicadas en el bienestar de estos menores: sanidad, educación y bienestar social. La coordinación sigue siendo un reto para las administraciones y es una tarea pendiente con la que todos tenemos que seguir esforzándonos. ■

LAS PATOLOGÍAS QUE HAN AUMENTADO DE FORMA MÁS CLARA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS SON LOS DENOMINADOS TRASTORNOS PSICOSOCIALES, ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRAN LOS TRASTORNOS CONDUCTUALES (CONOCIDOS A NIVEL DE CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS COMO TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y TRASTORNO DISOCIAL) Y LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DERIVADA DEL CONSUMO DE TÓXICOS



EL CONSUMO DE TÓXICOS GUARDA UNA RELACIÓN BIDIRECCIONAL CON LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE LOS JÓVENES



PNSD

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

La ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad clausura la IV Reunión del Foro "La Sociedad ante las drogas".

LEIRE PAJÍN ANUNCIA LA FIRMA DE UN ACUERDO SOCIAL PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN MENORES Y ADOLESCENTES

- **El acuerdo social se firmará con todos los sectores y colectivos implicados e irá acompañado de una campaña de sensibilización.**
- **Los integrantes del Foro han presentado sus propuestas y reflexiones sobre los jóvenes en relación con el "Ocio saludable", "Ocio nocturno" y "Ocio y nuevas tecnologías"**
- **El Foro "La Sociedad ante las drogas" es una iniciativa de la delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que tiene como objetivo implicar a la sociedad civil en la lucha contra las drogas.**

La ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín, ha anunciado la próxima firma de un **acuerdo social para reducir el consumo de alcohol en menores y adolescentes**. El acuerdo social se firmará con "todos los sectores y colectivos implicados" y cada uno "se comprometerá expresamente a poner en marcha acciones concretas encaminadas a la reducción del consumo". Además, **irá acompañado de una campaña de sensibilización** sobre el consumo de alcohol en estos sectores, campaña que facilitará "el debate social y el ejercicio de la propia responsabilidad".

La ministra hizo este anuncio durante la clausura de la IV Reunión del Foro "La Sociedad ante las drogas", que ha girado en torno a la prevención del consumo de drogas en relación con el "Ocio de los jóvenes".

Leire Pajín subrayó que la **percepción de riesgo del consumo de alcohol es baja tanto entre menores como entre adultos y ha destacado la importancia**

de las medidas de sensibilización, que no pueden dirigirse sólo a los menores a o los jóvenes, sino que deben estar destinadas a la sociedad en general, porque es un tema que "implica a la sociedad entera".

El **"Foro la sociedad ante las drogas"** es una iniciativa de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que tiene como objetivo implicar a la sociedad civil en la lucha contra las drogas. En él participan 60 entidades que representan a todos los sectores de la sociedad: familia, jóvenes, educadores, ONGs que trabajan en drogodependencias, empresarios, sindicatos y medios de comunicación.

En una primera etapa, el Foro realizó una serie de trabajos acerca del papel que la familia, los medios de comunicación y los propios jóvenes juegan en la prevención del consumo de drogas, recogidos en la publicación "II Reunión del Foro La sociedad ante las drogas".

En febrero de 2009 el Foro acordó analizar el "Ocio de los jóvenes" y su relación con el consumo de drogas, de cara a la búsqueda de medidas que contribuyan a mejorar la prevención en este sector de la población. Para ello, se establecieron tres grupos de trabajo, dedicados al "Ocio saludable", Ocio Nocturno" y "Ocio y nuevas tecnologías".

Para la ministra, las aportaciones de estos grupos servirán "no sólo para diseñar las políticas de las Administraciones en relación con las drogas, sino también para difundir un conocimiento en profundidad de las inquietudes y los estilos de vida de los jóvenes, que tenemos que conocer bien si queremos acertar en nuestras respuestas".



Leire Pajín estuvo acompañada en este acto por la secretaria General de Política Social, Isabel Martínez; la delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; Nuria Espí de Navas y la directora general del IMSERSO, Purificación Causapie.

En la reunión, celebrada el pasado 11 de abril, se presentaron los resultados de este trabajo, que **partió de una serie de premisas:**

- La necesidad de acotar por edades y de no tipificar “jóvenes de discoteca”, frente a jóvenes de “ocio saludable”. Probablemente jóvenes de discoteca también practican un ocio saludable.
- Tener presente las diferencias de género. Las jóvenes son más conscientes de los riesgos y por tanto, asumen menos.
- De acuerdo con la Estrategia Nacional sobre Drogas, había que distinguir entre prevención de riesgos y reducción de daños. En los espacios de ocio de los jóvenes las actividades son fundamentalmente de prevención de riesgos.
- Las propuestas de prevención de riesgos deberían tener en cuenta que el ocio es un factor de socialización de los jóvenes.
- El papel fundamental de las nuevas tecnologías en el ocio de los jóvenes.

OCIO SALUDABLE

El grupo de “**Ocio Saludable**” presentó una serie de recomendaciones, entre las que se encuentran las siguientes:

- Los programas de ocio saludable deben considerarse como un proceso de educación continua. Deben contar con la máxima difusión para que lleguen a los ciudadanos.
- Todos los agentes educativos y sociales (jóvenes, familia, escuela, instituciones y organizaciones) deben estar implicados en el desarrollo de programas que fomenten un ocio saludable.
- Considera prioritario **fomentar las políticas de apoyo a la familia** para reforzar su papel educativo en el ámbito del ocio y tiempo libre de los jóvenes.
- Apuesta por elaborar **programas de formación para padres en ocio familiar**.

- Para los **adolescentes y jóvenes**, considera el ocio como una plataforma idónea en educación para la salud. Propone **rescatar los espacios comunitarios al aire libre, como espacio público donde se puedan realizar actividades de ocio accesibles económicamente**.
- Evaluar las opciones de ocio y los recursos públicos y privados que actualmente están destinados a los jóvenes.
- Para las **personas drogodependientes**, propone **incluir en el proceso terapéutico** la gestión del tiempo libre y **las actividades de ocio saludable como elemento clave en la prevención de las recaídas**.

OCIO NOCTURNO

Por su parte, el grupo que ha trabajado en el ámbito del “**Ocio Nocturno**” planteó a modo de reflexión los siguientes conceptos:

- **El ocio nocturno es una nueva realidad social**, en la que los jóvenes asumen el espacio nocturno como un espacio propio, en el que el alcohol y las demás drogas son uno de los componentes básicos y la masificación es una oportunidad de encuentro.
- **El alcohol merece una mención especial en el ocio nocturno de los jóvenes**. Las protestas derivadas de las nuevas formas de consumo juvenil se producen más por el ruido, la suciedad y la violencia que por los problemas sanitarios que ocasiona el consumo de alcohol. Para poder legislar y prevenir eficazmente el consumo de alcohol, se debe incrementar la conciencia social sobre los riesgos del abuso de esta sustancia.
- **La preocupación por el ocio nocturno está directamente relacionada con el consumo de alcohol y de otras drogas ilegales**. El fenómeno del ocio nocturno sin el consumo de alcohol y otras drogas pasaría desapercibido.
- El capital social de los jóvenes depende en buena parte de su participación en las actividades de ocio nocturno.
- Como alternativa, se propone no etiquetar jóvenes con “salir de marcha” o con “consumo de drogas”.
- También se apuesta por fomentar un “ocio saludable o alternativo”, sin consumos de drogas, con actividades educativas, recreativas y convivenciales, como la música, el cine o el teatro.
- Se recomienda definir los distintos efectos que pueden darse en el tiempo y el espacio del ocio nocturno, las estrategias preventivas necesarias para afrontar todo el conjunto de efectos y riesgos, así como sus causas y aclarar los agentes responsables de las distintas intervenciones.



OCIO Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

El Foro también ha demostrado un especial interés por la relación entre el **Ocio de los jóvenes y las nuevas tecnologías**, dada la fuerza con que ha irrumpido este reciente fenómeno. En la actualidad, dos tercios de los adolescentes españoles son usuarios de algún tipo de red social, blog o fotolog en Internet, entre los que destacan Tuenti y Facebook, mientras que algo menos de la mitad juega habitualmente con videojuegos. Los datos son de un reciente estudio sobre el uso de las tecnologías digitales en el ocio de los adolescentes, realizado por la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), entre 2.054 chicos de 12 a 18 años.

El grupo de trabajo sobre “Ocio y nuevas tecnologías” considera importante seguir profundizando en las posibilidades de incorporar las redes sociales al trabajo preventivo.

Los trabajos –que se recogen en un CD- se han completado con un estudio sobre “Adolescentes y jóvenes. Uso del tiempo libre en España”, realizado por Teresa Salvador, en el que analiza desde una perspectiva de salud pública la relación entre los jóvenes, su tiempo libre y las conductas de riesgo. Este trabajo destaca el consumo de drogas, la siniestralidad vial relacionada con este consumo y las relaciones sexuales de riesgo que conllevan embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual.

Su autora destaca la necesidad de realizar estudios cuantitativos y cualitativos que permitan profundizar en aspectos como:

- Los **factores que condicionan las marcadas diferencias de género** que se observan en los distintos aspectos relacionados con el ocio.

- Factores subyacentes en la tendencia incipiente a que descienda el número de adolescentes y amigos que salen con amigos.
- **El impacto de las tecnologías de la comunicación (TIC) en el ámbito del ocio** y su posible relación con el **descenso de la actividad física**.
- **Impacto de las TIC en población infantil y adolescente** para el **desarrollo de conductas violentas** o de abuso de cualquier índole.
- **Factores de riesgo asociados al uso compulsivo de las TIC**.
- **Necesidades reales de información** y atención sociosanitaria que existen en el ámbito **de la sexualidad** en general y la sexualidad asociada a situaciones de ocio en particular.
- **Condiciones reales de acceso de los jóvenes a los recursos existentes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva**, especialmente los orientados a la población menor de 30 años.
- **Necesidades y dificultades de los jóvenes inmigrantes para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva** (horarios, conocimiento de los recursos, idioma, grado de aceptación cultural, etc.)
- También recomienda definir y establecer la recogida periódica de **indicadores, capaces de delimitar los factores económicos relacionados con las actividades de ocio juvenil**. ■



HAZTE SUScriptor DE LA REVISTA PROYECTO

Proyecto es la revista cuatrimestral de la Asociación Proyecto Hombre, especializada en la prevención y tratamiento de las adicciones

COLABORA CON NOSOTROS COMPLETANDO LA FICHA DE SUSCRIPCIÓN



PROYECTO
HOMBRE

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE



Asociación Proyecto Hombre
Apartado nº 4 F.D./ 2831794
28023 Madrid Suc. 33

