

# Manual para la elaboración de protocolos de **detección precoz** e **intervención breve** con **menores** en situación de **vulnerabilidad**



El contenido de esta publicación se ha desarrollado gracias a la colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

### COORDINACIÓN

Esther Anaya González. Jesús Morán Iglesias. Rosario Sendino Gómez.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.

Joaquín Corcobado Romo. Elena Ramón Cercas.

Federación Española de Municipios y Provincias.

### AUTORES

**Antonio Gamonal García.** *Psicólogo experto en adicciones.*

**Cristina Mateo Pérez.** *Graduada en psicología. Máster Europeo en psicología de la movilidad global, inclusión y diversidad social, por las universidades de ISCTE IUL, Koç University y SWPS*

**Agradecimiento de autores:** por su colaboración y puesta a disposición de la información requerida para hacer este manual, a los organismos encargados de la prevención de adicciones de las Comunidades y Ciudades Autónomas y de los Ayuntamientos de Madrid y Barcelona.

A Antonio Rial, de la Universidad de Santiago de Compostela; a Claudia Vicario, María Luisa García y Olga Martín, del equipo del Centro de Tratamiento de Adicciones de Collado Villalba; a Marta Moreno, del Centro de Servicios Sociales de Atención Primaria de Getafe; a Alina Elena Balasa, de Aldeas Infantiles SOS y coordinadora del Centro de Día del Menor y la Familia en Collado Villalba; a Lorena García Romeral, Orientadora del Colegio Maristas Santa María de Collado Villalba; a Juan de Vicente Abad, Orientador del I.E.S Miguel Catalán en Madrid; a Ana Ordoñez y Ángela Prieto, del Instituto de Adicciones de Madrid; a Laura Ferrer de la Fad Juventud y a Gorka Moreno Arnedillo, siempre disponible para lo que se requiera.

Y especialmente a Teotiste Pérez Sanz, Psicóloga Clínica, Jefa de Negociado en el Centro Municipal de Salud del Ayuntamiento de Getafe por sus interesantes sugerencias, su continua disponibilidad y las revisiones de texto al presente manual.

### CITA RECOMENDADA:

Gamonal García, A y Mateo Pérez, C. *Manual para la elaboración de protocolos de detección precoz e intervención breve con menores en situación de vulnerabilidad.* Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 115 p.

### EDITA Y DISTRIBUYE:

©MINISTERIO DE SANIDAD

Centro de Publicaciones

©SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-24-145-6.

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado: <https://cpage.mpr.gob.es>

Diseño y maquetación: ICONICADP.COM

# Índice

Prólogo	6
Justificación	7
Bibliografía	10
<hr/>	
<b>Capítulo 1</b> Definición de conceptos básicos relacionados con la detección precoz e intervención breve	<b>11</b>
1.1 Adicción con y sin sustancia. Situación actual	11
1.2 Menores vulnerables o menores en situación de vulnerabilidad ¿a qué nos referimos?	14
1.3 Intervención temprana	21
1.4 bibliografía	28
<hr/>	
<b>Capítulo 2</b> Situación de los programas de detección precoz e intervención breve en España. Resultados de una encuesta nacional	<b>30</b>
2.1 Objetivo de la actuación	30
2.2 Método	31
2.3 Resultados	31
2.3.1 Programas en el ámbito escolar	33
2.3.2 Programas en el ámbito de los Servicios Sociales	34
2.3.3 Programas en el ámbito de los centros de menores	34
2.3.4 Programas en el ámbito de las medidas alternativas a sanción por tenencia y consumo en espacio público	35
2.3.5 Programas que comprenden dos o más ámbitos	35
2.4 En relación con la evaluación	37
2.5 Fortalezas y debilidades	37
2.6 Recomendaciones	38
2.7 Conclusiones generales	39
2.8 Bibliografía	41
<hr/>	
<b>Capítulo 3</b> La detección precoz e intervención breve con menores en situación de vulnerabilidad	<b>42</b>
3.1 Una propuesta para el abordaje de la detección precoz e intervención breve con menores en situación de vulnerabilidad	43
3.1.1 Principios a tener en cuenta	44
3.1.2 Objetivos de la detección precoz e intervención breve con este tipo de menores respecto a conductas y usos de riesgo.	45
3.1.3 Propuesta de fases de la intervención	46
3.2 Fases del procedimiento de intervención siguiendo el protocolo SBIRT aplicado a menores en situación de vulnerabilidad	47

3.2.1	Fase 1: Identificación de menores en situación de vulnerabilidad. Valoración y screening de conductas relacionadas con las adicciones con y sin sustancia	48
3.2.2	Fase 2: Consejo breve. Procedimiento de actuación para realizar un consejo breve	56
3.2.3	Fase 3: Derivación	63
3.2.4	Fase 4: Seguimiento y refuerzo de los aprendizajes adquiridos hasta la mayoría de edad	64
<b>3.3</b>	<b>Bibliografía</b>	<b>68</b>
<hr/>		
<b>Capítulo 4</b>	<b>Procesos a tener en cuenta a la hora de aplicar el modelo SBIRT</b>	<b>70</b>
4.1	Sobre la relevancia del apoyo institucional	70
4.2	El diseño e implementación de este tipo de programas. Planificación estratégica para implantar programas de intervención breve en una comunidad	73
4.3	El trabajo y la coordinación en red. La mesa local de promoción de la salud y prevención de adicciones.	74
4.4	Barreras generales y facilitadores. Protocolos para la implementación de un programa SBIRT	76
4.5	Plan formativo del modelo SBIRT	78
4.6	Bibliografía	80
<hr/>		
<b>Capítulo 5</b>	<b>Aplicación a cada ámbito</b>	<b>81</b>
5.1	Ámbito educativo	82
5.1.1	Descripción breve del sector	82
5.1.2	Oportunidades y barreras de este ámbito	83
5.1.3	Quién puede implementar cada caso	84
5.1.4	Diagrama de flujo de la aplicación del programa de intervención breve	85
5.1.5	Proceso de implantación, protocolos y herramientas que podría tener el programa.	86
5.1.6	Ejemplo de un caso	86
5.1.7	Bibliografía	88
5.2	Ámbito de los Servicios Sociales de atención primaria	89
5.2.1	Descripción breve del sector	89
5.2.2	Oportunidades y barreras	90
5.2.3	Quién puede implementar cada paso	91
5.2.4	Diagrama de flujo de la aplicación del programa de intervención breve	92
5.2.5	Ejemplo de un caso	93
5.2.6	Bibliografía	95
5.3	Ámbito de los centros de menores	95
5.3.1	Descripción breve del sector	95
5.3.2	Oportunidades y barreras	96
5.3.3	Quién puede implementar cada paso	97
5.3.4	Diagrama de la aplicación del programa de intervención breve	98
5.3.5	Ejemplo de un caso	100
5.3.6	Bibliografía	101

<b>5.4</b>	<b>Ámbito de programas de medidas alternativas a la sanción por infracciones en materia de consumo o tenencia ilícita de drogas</b>	<b>101</b>
5.4.1	Descripción breve del sector	101
5.4.2	Oportunidades y barreras	103
5.4.3	Quién puede implementar cada paso	105
5.4.4	Diagrama de flujo de aplicación del programa de intervención breve	106
5.4.5	Ejemplo de un caso	107
5.4.6	Bibliografía	108
<hr/>		
<b>Capítulo 6</b>	<b>Anexos</b>	<b>109</b>
	<b>ANEXO 1: Cuestionario</b>	<b>109</b>
	<b>ANEXO 2: Secuencia del proceso general de consejo breve</b>	<b>112</b>
	<b>ANEXO 3: Elementos centrales del enfoque centrado en la persona</b>	<b>113</b>
	<b>ANEXO 4: Habilidades necesarias para promover el cambio según los principios de la entrevista motivacional</b>	<b>114</b>

## Prólogo

Durante las últimas décadas la detección precoz e intervención breve se ha ido consolidando como una estrategia preventiva eficaz, con suficiente evidencia científica y unos costes de aplicación relativamente bajos. Este tipo de estrategias se caracterizan por aprovechar los recursos y profesionales cercanos a la comunidad para, desde un abordaje individual, desarrollar su tarea preventiva. Además, se ajustan adecuadamente a la intervención con menores en situación de vulnerabilidad que puedan tener conductas que comprometen su salud, tales como las relacionadas con adicciones con o sin sustancia. Y esto tanto desde una prevención tanto selectiva como indicada.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, destaca la necesidad de desarrollar protocolos de detección precoz e intervención temprana respecto a menores en situación de vulnerabilidad.

Y es aquí donde se enmarca la oportunidad de realizar este documento. En él se pretende ofrecer tanto un concepto como una estrategia común para la realización de protocolos aplicables en los diferentes entornos comunitarios próximos a la realidad de los menores en situación de vulnerabilidad y que necesitan una atención específica de los poderes públicos.

Tanto a nivel nacional como internacional se han elaborado múltiples aproximaciones al entorno de la detección precoz e intervención breve, a través del desarrollo de diversos programas en ámbitos como es el de la atención primaria de salud. Sin embargo, esta práctica se vuelve más difusa y compleja en otros ámbitos comunitarios como los de los servicios sociales, los centros de menores o en los propios centros educativos, entornos que se muestran especialmente cercanos a menores objeto de este documento.

En la elaboración de este material se ha utilizado un procedimiento que conjuga dos realidades: la revisión de diferentes estudios e instrumentos nacionales e internacionales que cuentan con suficiente evidencia científica, y la recopilación de actividades y programas que se realizan en nuestro país. Para ello se han consultado las fuentes bibliográficas científicas disponibles y se han solicitado documentos programáticos a los organismos responsables de la prevención en conductas adictivas de Comunidades y Ciudades Autónomas, así como de las ciudades de Madrid y Barcelona.

Por otro lado, y como ya sabemos, el éxito de estas iniciativas depende de la colaboración coordinada de todas las administraciones en una acción sinérgica. Sin embargo, creemos que es importante insistir en recordar la centralidad que, en la aplicación de estos protocolos, tiene la administración local. Es desde un enfoque de trabajo comunitario, con servicios y recursos cercanos a la población y con programas que coordinen estos recursos, iniciativas y profesionales, donde se entienden la creación de contextos preventivos y la formación de personas con capacidad de gestión de su salud.

Joan R. Villalbí Hereter

*Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*

Luis Martínez-Sicluna Sepúlveda

*Secretario General de la FEMP*

## Justificación

Uno de los problemas más importantes de salud pública en el mundo, y en particular en España, es el del consumo de sustancias adictivas en adolescentes. A este comportamiento se han unido, en las últimas décadas, el del juego con dinero, el uso problemático de internet y el uso compulsivo de videojuegos. Estas conductas tienen una mayor incidencia en las poblaciones más vulnerables, en las que su práctica genera mayores daños que en aquellos grupos de población con contextos personales y sociales más favorables.

Respecto al consumo de sustancias adictivas en España, la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2023) refiere una gran estabilidad en los últimos diez años en las edades de inicio de aquellas sustancias más consumidas: alcohol (13,9), tabaco (14,1) y cannabis (14,9), no observándose diferencias atendiendo al sexo. En el caso de sustancias con inicio en el consumo más tardío (a partir de los 15 años), las edades también se mantienen estables, por encima de los 15 años, en el consumo de éxtasis, alucinógenos y cocaína, aunque se observan descensos de prácticamente medio punto en las anfetaminas y en la cocaína en polvo y/o base.

La sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo entre los jóvenes españoles es el **alcohol**. El 34,6% de los estudiantes de 12 y 13 años reconoce haber consumido alcohol, al menos, una vez en su vida. Este consumo se incrementa con la edad, ya que entre 14 y 18 años el 75,9% lo ha consumido alguna vez y un 56,6% en el último mes. Si a estos datos les unimos los que arroja el consumo intensivo, la realidad nos muestra una situación preocupante a nivel de salud pública: un 5,8% de estudiantes entre 12 y 14 años se ha emborrachado en el último año, ascendiendo a un 42,1% en el grupo de 14 a 18 años; el consumo en atracón de alcohol (*binge drinking*) lo han realizado el 28,2% de los alumnos de 14 a 18 años en el último mes. Estas formas de consumo son algo superiores en chicos que en chicas.

El **tabaco** es la droga que mayor reducción de consumo ha registrado en los últimos años. Se observa que un 8,5% de los alumnos de 12 a 13 años reconoce haber fumado tabaco alguna vez en su vida, 6,5% en el último año y 4,1% en el último mes, cifra que aumenta al 21% de estudiantes entre los 14 y 18 años para el mismo indicador temporal (último mes), siendo significativamente mayor en el caso de las chicas. En contraposición, aumenta la proporción de adolescentes que consumen cigarrillos electrónicos y pipas de agua. Entre menores de 12 a 14 años, respectivamente, lo han probado un 25,2 % y un 9,5 %.

La tercera sustancia psicoactiva más consumida por adolescentes es el **cannabis**: un 15,6% afirma haberlo consumido en los últimos 30 días y un 1,3% a diario en el último mes. Según los criterios de estos estudios, entre los estudiantes que han consumido cannabis en el último año, el 14,5% evidencian un consumo problemático.

Respecto a otras sustancias cabe destacar el incremento, principalmente en chicas, del consumo de **hipnosedantes**. Un 26,1% (uno de cada cuatro) reconoce haberlos consumido alguna vez en su vida. Para el resto de sustancias se registran unos porcentajes mucho más bajos: por señalar

algunas de éstas, atendiendo a su consumo esporádico, se encuentra la cocaína con un 2,9%, el éxtasis con un 3,1% y las anfetaminas con un 1,7%.

A todo lo anterior hay que añadir un nuevo fenómeno que ha ido ganando complejidad e importancia durante los últimos años: **“las adicciones sin sustancia o comportamentales”**. En relación con este fenómeno debe destacarse como las encuestas estatales EDADES y ESTUDES aluden en sus datos a comportamientos que pueden resultar problemáticos, refiriéndose principalmente al “uso problemático de Internet”, el “juego con dinero (tanto online como presencial)”, al “trastorno de juego o juego problemático”, al “uso de videojuegos” y al “uso de pornografía”.

En lo relativo al **juego con dinero** (online o presencial), según ESTUDES 2023, el 9,3% de los estudiantes de 12 y 13 años reconoce haber jugado con dinero online y un 12,7 % presencial. Estas cifras alcanzan el 10,7% con dinero online y al 17,7% presencial en los estudiantes entre 14 y 18 años en el último año. La edad de inicio es similar en juego online y presencial, siendo de 14,7 años y 14,8 años respectivamente. La prevalencia es mayor en chicos que en chicas.

En esta misma encuesta se incorporó complementariamente un indicador para medir la prevalencia de un posible “Juego Problemático o Trastorno de Juego” en la población de 14 a 18 años, observando que en 2023 alcanzaba un 4%.

Con respecto al uso de **videojuegos**, la encuesta ESTUDES sitúa la prevalencia en un 83,1% de la población joven de 14 a 18 años, con una prevalencia significativamente mayor en varones. Adicionalmente, se estima que un 5,1% de los jóvenes entre 14 y 18 años presentaría un posible trastorno por uso de videojuegos según el DSM-5.

A la hora de valorar la magnitud de los problemas relacionados con el **uso de internet y redes sociales**, la encuesta ESTUDES emplea el término de “uso problemático de Internet”, situando su prevalencia en 2023 en un 20,5%. En este caso, se han encontrado prevalencias superiores en las mujeres en comparación con los hombres.

Finalmente, respecto al uso de **pornografía**, según la encuesta ESTUDES, el 66,8% de los estudiantes mencionan haber visionado pornografía al menos una vez en su vida, el 58,6% en los últimos 12 meses y el 44,5% en los últimos 30 días. Con respecto a la prevalencia, es mucho mayor el visionado de pornografía entre los hombres que entre las mujeres.

Las prevalencias de uso de sustancias y de conductas susceptibles de generar adicción en menores, unido al inicio temprano mostrado en las encuestas realizadas, indican la necesidad de actuaciones eficaces a nivel preventivo. Los **programas de intervención temprana y consejo breve con jóvenes** han demostrado una buena efectividad coste-beneficio en la atención primaria de salud y otros entornos asistenciales y comunitarios. Entre otros organismos relacionados con la prevención de las adicciones, la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) señala el uso de la detección precoz e intervención breve desde edades pediátricas como procedimiento indicado para la identificación periódica de las conductas de riesgo y el uso de sustancias, pudiendo desarrollarse desde las revisiones periódicas establecidas en los servicios. En este sentido, el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2022, EMCDDA por sus siglas en inglés) indica que



este tipo de programas puede tener un efecto “beneficioso” en la reducción del consumo de drogas. También señala que estos programas ofrecen un indicador de eficacia “muy bueno” para menores con vulnerabilidad psicológica (2020). Si bien es cierto que su implementación está más extendida en el ámbito de la atención primaria de salud, en la actualidad también se están desarrollando en otros ámbitos como el escolar y el comunitario.

En España, igualmente, es en el ámbito de la atención primaria de salud donde pueden encontrarse las aplicaciones más estructuradas. También es cierto que, a lo largo de los últimos años, se han ido desarrollando en los ámbitos escolar y comunitario protocolos para evaluar e intervenir con menores en el ámbito de prevención selectiva e indicada. Estos podrían conformar una base a partir de la cual se podría avanzar hacia programas de detección precoz y consejo breve más estructurados.

Este Manual pretende dar continuidad a los avances realizados en cuanto a la intensidad y a la extensión de la aplicación de estas intervenciones y, al mismo tiempo, recopilar y contextualizar aquellas que se llevan a cabo en el territorio nacional. De esta manera se espera que pueda servir como una herramienta de referencia que facilite a todas aquellas personas que desean o bien iniciarse en esta área de intervención o mejorar sus procedimientos y adaptarlos a otros ámbitos específicos. Se enmarca en el **Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 y la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024**. En concreto, se sitúa en la actividad 2.6. que se describe como: “Identificación y fomento del desarrollo y realización de protocolos de detección precoz e intervención temprana con menores vulnerables en el ámbito escolar y de los servicios sociales y centros de menores, así como de los programas de medidas alternativas a la sanción por tenencia y consumo en espacio público”. (Acción 2. Proyecto de mejora de programas de prevención universal, selectiva e indicada. Área de actuación denominada Prevención y reducción del riesgo, de la meta 1. Hacia una sociedad más saludable e informada).

## Bibliografía

1. Brolin, M., Reif, S., Buell, J., Witcher, H., Jaghoo, S., & McNeil, P. (2022). Screening and brief intervention with Low-Income Youth in Community-Based Settings. *Journal of Adolescent Health*, 71(4), S65-S72. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.06.001>
2. Levy, S., Williams, J. F., Ryan, S., Gonzalez, P. K., Patrick, S. W., Quigley, J., Siqueira, L. M., Smith, V. C., & Walker, L. R. (2016). Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment. *Pediatrics*, 138(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1211>
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2017). *Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017 - 2024*. [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209\\_ESTRATEGIA\\_N.ADICCIONES\\_2017-2024\\_-\\_aprobada\\_CM.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_-_aprobada_CM.pdf)
4. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). *Informe sobre Adicciones Comportamentales y Otros Trastornos Adictivos 2023: Indicador admitidos a tratamiento por adicciones comportamentales. Juego con dinero, uso de videojuegos, uso problemático a internet y otros trastornos adictivos en las encuestas de drogas en España EDADES y ESTUDES*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2023\\_Informe\\_Trastornos\\_Comportamentales.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2023_Informe_Trastornos_Comportamentales.pdf)
5. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2023). *Encuesta piloto sobre uso de drogas y adicciones en estudiantes de enseñanzas secundarias de 12 y 13 años de 1º y 2º ESO en España*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023\\_OEDA\\_InformePilotoESTUDES\\_1y2\\_ESO.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_OEDA_InformePilotoESTUDES_1y2_ESO.pdf)
6. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). *ESTUDES 2023. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2023\\_Informe.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf)
7. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Currículum de prevención europeo: un manual para quienes toman decisiones, crean opinión y elaboran políticas sobre la prevención del uso de sustancias basada en la evidencia (Universitat de les Illes Balears, trad., Rementeria O, rev.). Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2020. 200P. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/prevencion/pdf/2020\\_Curriculum\\_de\\_prevencion\\_europeo.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/prevencion/pdf/2020_Curriculum_de_prevencion_europeo.pdf)
8. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2022). *Centros escolares y drogas: respuestas sanitarias y sociales*. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/schools-and-drugs-health-and-social-responses\\_es](https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/schools-and-drugs-health-and-social-responses_es)
9. Villalbí, J. R., Bosque-Prous, M., Gili-Miner, M., Espelt, A., & Brugal, M. T. (2014). Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Revista Española De Salud Pública*, 88(4), 515-528. <https://doi.org/10.4321/s1135-57272014000400006>

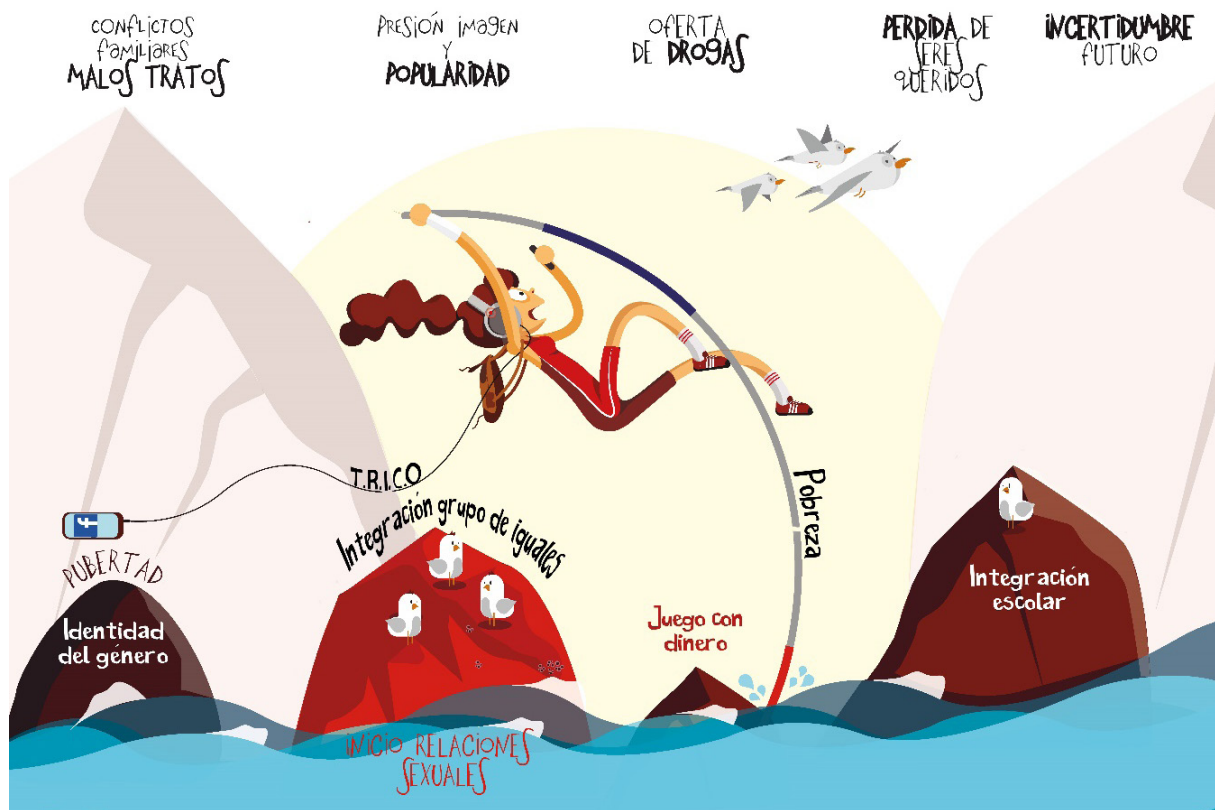
# DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS RELACIONADOS CON LA DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN BREVE

- 1.1. Adicción con y sin sustancia. Situación actual
- 1.2. Menores vulnerables o menores en situación de vulnerabilidad ¿a qué nos referimos?
- 1.3. Intervención temprana
- 1.4. Bibliografía

## 1.1 Adicción con y sin sustancia. Situación actual

Las adicciones con y sin sustancia han supuesto y suponen un considerable problema de salud pública en nuestro país, con especial gravedad en su impacto en la población menor de edad. Si además estos/as menores se encuentran en una situación de vulnerabilidad, la gravedad se manifiesta de manera todavía más preocupante. Según algunos autores, una quinta parte de los/las adolescentes menores de 18 años padecerá algún problema de desarrollo, emocional o de conducta, y “uno de cada ocho” sufrirá algún tipo de trastorno mental, proporción que asciende a “uno de cada cinco” entre los/las niños/as en desventaja (Balda Medarde M.L, Miranda Mínguez M.A, 2012). Siguiendo esta misma dirección, el estudio “Crecer saludable(mente)” realizado por *Save the Children* en 2020, señalaba una diferencia de más de 12 puntos en la probabilidad de que un/a menor que viva en una familia con bajo nivel de renta, sufra algún tipo de trastorno de salud mental o de conducta en relación a una familia de renta alta.

**Cuando hablamos de adicciones con y sin sustancia, nos situamos de lleno en un tipo de uso problemático de sustancias psicoactivas y/o de conductas que son habituales en la cotidianidad de la vida de los adolescentes.** Esta situación implica el necesario reconocimiento del riesgo que esto supone respecto a su desarrollo vital y su salud.



Elaboración propia. Ilustración: David Barrero Gamonal

\*TRICO (Tecnologías de la Relación, Información, Comunicación y Ocio)

El abordaje de las adicciones psicoactivas muestra un gran recorrido desde que el Plan Nacional sobre Drogas inició su trayectoria en 1985. Sin embargo, es en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 cuando se incorporan las adicciones sin sustancia.

**Cuando nos referimos a una adicción con o sin sustancia estamos hablando de una conducta repetitiva que resulta placentera y / o funcional para la persona y que, progresivamente, genera una pérdida de control en el sujeto, con una interferencia grave en su vida cotidiana, a nivel familiar, laboral o social (modificado de Fairburn, 1998).**

Antes de enumerar las conductas que consideramos dentro del término “adicciones con o sin sustancia” describiremos cómo son conceptualizadas y categorizadas respecto a su diagnóstico patológico por los dos manuales diagnósticos de referencia en la comunidad científica: la **Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su Décima Revisión (CIE-10)** y el **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su quinta revisión (DSM-5)**. En ambos manuales, el consumo de sustancias psicotrópicas se contempla dentro de trastornos adictivos.

Sin embargo, en relación a las adicciones sin sustancia encontramos mayor debate y desacuerdos. En el año 2013, el DSM-5 incluye el epígrafe denominado “Trastornos adictivos no relacionados a sustancias”, recogiendo en este apartado tan solo el Trastorno por Juego de Apuestas (*Gambling*

*Disorder*), que estaba anteriormente incluido dentro de los trastornos del control de impulsos. Esta conducta es contemplada también por la CIE11 (Iudopatía). El DSM-5 menciona además el llamado Trastorno por videojuegos en Internet (Internet Gaming Disorder -IGD-, en la sección tercera, p.795-798), anotando que este reúne condiciones para más estudios en el futuro.

En el año 2019, la OMS incluyó el trastorno por uso de videojuegos en la CIE-11. En este contexto de la psicopatología, es muy discutida la inclusión de las conductas asociadas a usos problemáticos de las tecnologías como la adicción a internet, las redes sociales, o la pornografía online. Algo parecido pasa respecto a la adicción al sexo, la comida o las compras compulsivas, las cuales no están contempladas como adicciones, por el momento, en estos manuales. Todas estas conductas están pendientes de obtener evidencias suficientes para poder ser incluidas como patologías en los manuales.

Es importante matizar respecto a estas categorizaciones el hecho de que, para nuestra labor preventiva y en el ámbito que nos movemos, no va a ser necesario que la conducta a prevenir tenga o no, en la actualidad, una clasificación de diagnóstico patológico. Se trataría de conductas que, por sus usos, su funcionalidad en la vida de los/las menores y las relaciones que establecen con ellas, ya les generan riesgos en la salud (en toda su acepción: social, orgánica y psicológica). Un listado de estas conductas respecto a los menores podría ser:

**Tabla 1. Conductas de riesgo en menores**

<b>Adicciones tecnológicas</b> (reconocidas en DSM-5 y CIE-11)	<b>Otros ámbitos</b>
Adicción al juego de azar Apuestas o juego online Videojuegos	
<b>Uso problemático</b>	
Internet Al móvil /smartphone Redes sociales Pornoadicción	Adicción al sexo Adicción a comer Adicción al ejercicio físico Compra compulsiva

Elaboración propia

En este manual se contemplará, además de las adicciones con sustancia, las conductas consideradas propiamente como adicciones sin sustancia por el DSM-5 y la CIE-11 y aquellos usos problemáticos asociados a las TRICO (Tecnologías de la Relación, Información, Comunicación y Ocio) con una alta incidencia en la juventud española y que se encuentran actualmente en debate por parte de la comunidad científica sobre su consideración como posible adicción.

Una de las repercusiones más importantes de la inclusión de las adicciones sin sustancias es que pone de manifiesto la necesidad de actuaciones preventivas más precoces y tempranas, ya que las edades de inicio de estas conductas son más tempranas que en el consumo de sustancias adictivas.

Las **edades de inicio** aproximadas en los usos de las nuevas tecnologías recogidas en diversos estudios publicados en España serían:

**Tabla 2.** Edades de inicio en el uso de nuevas tecnologías.

	INICIO
Al móvil /smartphone	11-12
Apuestas o juego online	14
Internet	Menos de 6 años
Videojuego	Menos de 12 años
Uso de pornografía	11-12

Elaboración propia

## 1.2 Menores vulnerables o menores en situación de vulnerabilidad ¿a qué nos referimos?

En este documento nos referiremos a “menores” como aquellas personas que no han cumplido los 18 años, independientemente de que en algunos recursos y programas se prolongue la edad por conveniencia de la intervención.

El concepto menor vulnerable tiene diferentes acepciones. Una de las más habituales en el ámbito social es la de “menores en riesgo social”, pero existen otras descripciones acerca de qué se entiende por un/a menor vulnerable. En algunos entornos como el jurídico y referido a las garantías de derechos, se entendería que todos los/as menores serían vulnerables.

En este manual equiparamos el concepto “menor vulnerable” con el de “menor en situación de riesgo”, al considerar que aquellos factores determinantes del riesgo social son los que colocan al menor en una situación de vulnerabilidad.

El/la menor “vulnerable” es un/a menor que desde sus variables personales heredadas y/o congénitas, se adapta a su contexto social apoyado por sus agentes socializadores y los recursos que le pueda proporcionar su contexto. Estos agentes y recursos mediarán, a lo largo de su desarrollo evolutivo, en los procesos de aprendizaje para la adquisición de competencias y habilidades que facilitarán su adaptación al medio. Cuando el resultado de este proceso compromete un adecuado desarrollo biopsicosocial del menor hablaríamos de “riesgo” o “vulnerabilidad”.

**La vulnerabilidad, por lo tanto, viene expresada en la combinación de aquellas variables contextuales y personales (heredadas y adquiridas) desarrolladas a lo largo de su historia biográfica en la relación transaccional con su contexto vital.**

En el caso de las conductas que se tratan en este documento, la vulnerabilidad podrá manifestarse en comportamientos que causarán, en la mayoría de las ocasiones, ventajas personales por su uso funcional (adaptativo) a corto plazo, pero disfuncionales en cuanto a las consecuencias que se producen en lo que se refiere a algunos usos problemáticos (daños orgánicos agudos, conflicto familiar y/o social, embarazos no deseados, actos delictivos...) y en la progresión a una posible adicción que comprometa su salud.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2004) considera población vulnerable a “aquellos grupos o individuos que presentan una serie de atributos sociales, culturales y de relación individual en su entorno, independientemente de que se hayan iniciado o no en el consumo. Estos atributos les sitúan en una situación de mayor vulnerabilidad con respecto a otros/as menores, a la hora de desarrollar, con una cierta probabilidad, consumos problemáticos o comportamientos adictivos posteriormente”.

Si cambiamos el término “atributo” por el de “factor de riesgo y protección” y entendemos que la vulnerabilidad puede ser una situación temporal y no permanente en la vida de un/a menor, tendríamos la siguiente definición:

**“Un/a menor en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo será aquel/aquella cuyos factores de riesgo y protección configuran una disposición personal y contextual de mayor probabilidad de sufrir consecuencias negativas y, que, incidiendo en el proceso de su desarrollo biopsicosocial, comprometan su salud”.** Y esto referido a un momento concreto de su vida, entendiendo que **la vulnerabilidad es una situación o un estado y no una característica personal.** Este riesgo se manifestará en la mayor probabilidad de la aparición de conductas o trastornos concretos como los que se abordan en este manual.

Recordemos aquí las definiciones de factor de riesgo y protección:

- Aquellos factores personales o contextuales que incrementan el riesgo de vulnerabilidad se definen como **“factores de riesgo”**. Los factores de riesgo no hacen referencia a las causas de sus problemas, sino que representan aquellas circunstancias o condiciones personales y sociales que incrementan la probabilidad de que aparezcan. Los/as adolescentes que no están expuestos a estos factores de riesgo tienen, por tanto, una probabilidad mucho menor de verse implicados/as en comportamientos de riesgo (Gorka Moreno, 2020).
- Por otro lado, **«factor de protección»** se utiliza para referirse a aquellos factores personales o contextuales que facilitan un descenso en la probabilidad de estas consecuencias. En el Currículo de Prevención Europeo del EMCDDA (EUPC, 2020) lo definen como “aquellos factores que reducen la vulnerabilidad de las personas, son características que compensan o amortiguan el impacto de los factores de riesgo”.

La **relación entre los factores de riesgo y protección** es compleja y está en continuo estudio. Se debe tener en cuenta que:

- **Es una relación de probabilidad, nunca de causalidad.** La interrelación de los factores de riesgo y protección es única en cada persona y está mediatizada por la interacción funcional que el/la menor establece con su contexto. Está relación y los factores de riesgo y protección determinan la probabilidad de aparición de una conducta problema específica o una constelación de ellas enmarcadas en un estilo de vida.
- **La relación a la que aludimos entre los distintos factores es dinámica y variable.** Es decir, se parecería más a la combinación de elementos químicos, en los que la mezcla entre varios elementos en un determinado contexto crea un nuevo compuesto, más que a una relación puramente sumativa de estos elementos.
  - Por ejemplo, tener buenas habilidades de comunicación y asertividad, combinado con poseer valores asociados a la salud, una familia con un estilo de vida que los refuerza y un contexto rico en alternativas saludables, suponen una buena combinación preventiva. Así, las habilidades de comunicación serían un factor de protección, ya que podría ayudar a gestionar con éxito, por ejemplo, las ofertas de drogas.
  - Pero esta misma habilidad de comunicación combinada con escasos valores en relación a la salud, una familia con malos hábitos saludables y un contexto con disponibilidad de conductas de riesgo, aumentaría la probabilidad de convertir las mismas situaciones en un factor de riesgo. Imaginemos a un/a menor con buenas habilidades de comunicación y estos escasos valores de salud, al que le ofrecen trapichear con drogas para así obtener cierto estatus social y ganancias económicas: las habilidades de comunicación operarían como un facilitador de "ganancias" personales en ese contexto.
- **La influencia potencial y la configuración de los factores de riesgo y protección varían con la edad y las situaciones de riesgo que tendrán que gestionar los menores.** Por ejemplo, la influencia de los agentes socializadores puede variar según el momento evolutivo del menor, pasando de la mayor influencia de las familias en la infancia a una mayor de los amigos en momentos como la adolescencia o juventud.
- Es importante indicar que **estos mismos cambios de configuración y capacidad de influencia de estos factores, junto con los cambios contextuales de los ámbitos de socialización, pueden incidir en la modificación de hábitos y aprendizajes previamente adquiridos.** Diversos estudios demuestran que aprendizajes y hábitos de salud aprendidos en un momento determinado del proceso evolutivo pueden sufrir cambios con mayor probabilidad en etapas como la adolescencia, periodo en los que los cambios personales y contextuales facilitan la creación de nuevos aprendizajes que pueden modificar los anteriores (momentos de cambios y crisis como el cambio de lugar de vivienda, el paso a la educación secundaria, cambio de grupo de amigos, los cambios físicos y madurativos, etc.). Esto va a ser especialmente importante en menores con alta vulnerabilidad, en los que la probabilidad de sufrir procesos de cambio de carácter negativo es más alta: pérdida del trabajo por parte de la familia, impactos de crisis económicas, conflictos familiares, etc.



Esta situación tiene implicaciones importantes para cualquier diseño de programas con menores de estas características:

- En la importancia de elaborar y medir indicadores de riesgo diferentes según el momento evolutivo.
  - En la consideración de establecer algún tipo de seguimiento a lo largo del desarrollo evolutivo, que garantice el mantenimiento de los cambios facilitados por las intervenciones realizadas.
- 
- **La relación de factores de riesgo y protección, aunque varía para cada una de las conductas de riesgo, mantiene una serie de factores comunes a todas.** Por un lado, son los factores contextuales y su configuración los que tienen una gran influencia en que la conducta cristalice en un tipo de uso problemático u otro (por ejemplo, la disponibilidad de drogas en el entorno o la accesibilidad por parte de las familias al móvil sin supervisión a edades tempranas). De esta manera el/la menor puede tener una serie de factores que le pueden colocar en una situación de mayor o menor vulnerabilidad, dependiendo de la constelación de otros factores más específicos, asociados a una u otra conducta de riesgo, la probabilidad de desarrollar un tipo de conducta problema u otra variará.
  - **Por otro lado, las conductas de riesgo, en la práctica, muchas veces se manifiestan asociadas o en combinación con otras, por ejemplo, el uso de drogas y relaciones sexuales de riesgo.**

No existen, por lo tanto, menores vulnerables de forma genérica, sino menores en situación de vulnerabilidad respecto a una conducta de riesgo u otra, o en relación a un conjunto de conductas de riesgo asociadas.

Tabla 3. Factores de Riesgo y Protección

	Factores de riesgo	Factores de protección
Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Predisposición genética. Alta impulsividad</li> <li>• Problemas tempranos de conducta y salud mental</li> <li>• Edad temprana de inicio en la conducta problema</li> <li>• Déficits de competencias personales (habilidades de autocontrol, de comunicación, gestión de conflictos, etc.)</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Asociación del aprovechamiento del tiempo libre ligado a conductas o usos de riesgo específicos</li> <li>• Relación negativa con adultos</li> <li>• Creencias positivas y baja percepción de riesgo asociadas a usos de riesgo específicos</li> </ul>	<p>Competencias personales para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión emocional</li> <li>• Solución de problemas, toma de decisiones y gestión de conflictos</li> <li>• Gestión del ocio y tiempo libre de forma saludable</li> <li>• Habilidades de comunicación y asertividad</li> <li>• Valores y creencias positivas al cuidado de la salud personal y actitudes negativas hacia usos problemáticos y determinadas conductas de riesgo</li> <li>• Sentido positivo de sí mismo/a</li> </ul>
Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelos y actitudes favorecedores del uso problemático del consumo de alcohol</li> <li>• Bajar supervisión y apoyo parental</li> <li>• Pautas educativas inadecuadas (falta de normas y límites, modelos autoritarios ...)</li> <li>• Disfuncionalidad familiar. Conflictividad y alto estrés familiar</li> <li>• Escaso apego familiar</li> <li>• Situación de precariedad económica y laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitudes y modelos claros y positivos hacia el cuidado de la salud y contrarios al uso del alcohol</li> <li>• Alta supervisión y disponibilidad familiar</li> <li>• Modelos de gestión familiar claros, cálidos, con capacidad de diálogo, consistentes y respetuosos</li> <li>• Buen apego familia</li> <li>• Expectativas familiares positivas hacia sus hijos/as</li> </ul>
Grupo de pares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pares que consumen drogas o con usos problemáticos de las conductas a las que se refiere este informe</li> <li>• Creencias y actitudes positivas hacia la conducta problema</li> <li>• Pares implicados en conductas antisociales y de baja implicación en contextos integradores (escuela, actividades de ocio regladas, asociaciones...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pares implicados en conductas prosociales</li> <li>• Hábitos sanos en relación al ocio, tiempo libre</li> <li>• Red de apoyo en la solución de problemas y gestión de conflictos</li> <li>• Creencias y actitudes del cuidado a la salud</li> </ul>
Escuela	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja integración escolar</li> <li>• Conflictividad escolar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena integración escolar</li> <li>• Escuelas integradoras con proyectos y estructuras que favorecen la salud, la integración escolar y con expectativas positivas hacia el alumnado</li> </ul>

	Factores de riesgo	Factores de protección
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad temprana de conductas, objetos y sustancias con posibles usos de riesgo</li> <li>• Alta oportunidad para implicarse en actividades antisociales o de riesgo para la salud</li> <li>• Creencias y actitudes culturales positivas a determinados usos de riesgo</li> <li>• Desorganización comunitaria</li> <li>• Pobreza económica extrema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad, control y sanción de usos de riesgo en la comunidad</li> <li>• Oportunidad para la implicación prosocial (recursos, equipamientos, entidades y asociaciones juveniles, redes sociales de apoyo y educativas...)</li> <li>• Recursos y modelos sociales disponibles de salud, educativos y de ocio de calidad</li> </ul>
Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leyes y normas sociales favorecedoras de usos problemáticos relacionados con conductas de riesgo</li> <li>• Modelo y creencias culturales positivas hacia esos usos</li> <li>• Publicidad y refuerzo de falsas creencias, beneficios y usos a través de la nueva "sociedad red"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leyes y normas que limitan y regulan de forma clara usos, distribución, precio y acceso a los usos de riesgo</li> <li>• Publicidad y creencias culturales que refuerzan esos usos</li> </ul>

Elaboración propia

En los últimos años se han realizado diversos estudios sobre los factores de protección y factores de riesgo respecto a menores vulnerables, relacionándolos también con otro concepto muy desarrollado en la prevención y promoción de la salud en los jóvenes que viven en contextos de riesgo: el concepto de "resiliencia". Según la *American Psychological Association*, la **resiliencia** sería el proceso de adaptarse eficazmente a situaciones de adversidad, trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras. Se podría decir que la **resiliencia sería el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo y factores protectores de una persona concreta en su contexto social, con un resultado saludable para su vida**. Las personas resilientes se caracterizarían por tener una serie de factores protectores personales y contextuales que les protegen cuando están expuestos a un conjunto de situaciones estresantes, incluso extremas (violencia, pérdidas irreparables, etc.), sin por ello derrumbarse emocionalmente si no, al contrario, demostrando una fortaleza personal para sobreponerse y aprender de la adversidad.

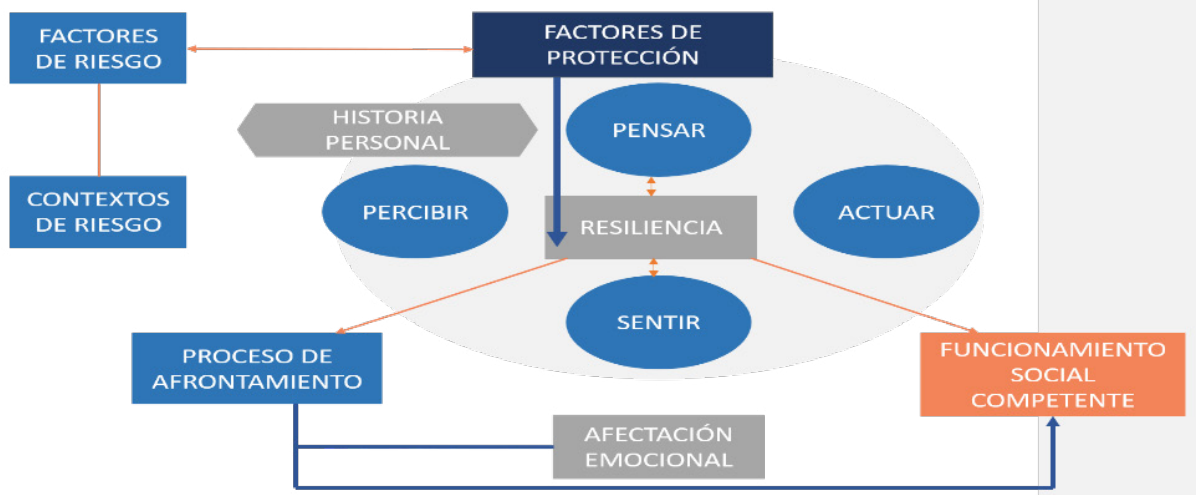
El concepto de resiliencia originalmente surgió del estudio de personas vulnerables y su capacidad de adaptarse de forma saludable a entornos de riesgo en los que vivían un número considerable de situaciones traumáticas. Así, los estudios sobre resiliencia han identificado factores de protección que facilitan una gestión adecuada de las situaciones de vulnerabilidad que puede vivir el/la menor. Estudios como los de Dillon et al. (2007) indican factores que potencian la resiliencia en menores frente al riesgo de problemas con el uso de las drogas: por ejemplo, la regulación de la accesibilidad y disponibilidad de las sustancias, la adecuada toma de decisiones razonada frente al consumo o las habilidades de comunicación y asertividad para gestionar la presión al consumo.

De esta manera, la situación de vulnerabilidad vendrá mediada por los factores protectores de la persona. Por otra parte, según cómo estén configurados dichos factores protectores y la conducta que estudiemos, hablaremos de un grado mayor o menor de vulnerabilidad. Por tanto, sería interesante evaluar el grado de vulnerabilidad respecto a determinadas conductas o situaciones de riesgo en sus contextos específicos, pero carecemos de instrumentos validados que lo midan.

**La vulnerabilidad tiene grados, ya que se trata de un conjunto de factores protectores que van de más a menos: se está en una situación de menor vulnerabilidad, de bastante vulnerabilidad o de mucha vulnerabilidad, tanto individual como colectivamente (Carmen Arbex, 2012)**

Un esquema sencillo y comprensivo de cómo se relacionan los factores de riesgo/ protección y la resiliencia sería el siguiente cuadro de Costa y López (2008):

## EL PROCESO Y LOS RESULTADOS DE LA RESILIENCIA



Adaptación del gráfico original de *Educación para la Salud* (2008) Costa, M, y López, E.

Después de lo expuesto y razonado en este apartado, nos referiremos a menores vulnerables con el término "menores en situación de vulnerabilidad", ya que la vulnerabilidad es una situación que puede variar dependiendo del momento evolutivo, cambios en la vida del/ de la menor o en la actuación educativo/preventiva con el/la menor y su familia. Por lo tanto, es transitoria y modificable.

## 1.3 Intervención temprana

La definición de **intervención temprana** surge en el área de actuación de las adicciones ante la necesidad de actuar y dar respuesta a una realidad que nos muestra, especialmente en los casos de menores, a personas que, sin tener un diagnóstico de adicción, muestran una progresión problemática en determinadas conductas de riesgo. Además, el abordaje de dichas conductas de riesgo requiere de actuaciones/respuestas diferentes a las enmarcadas en los programas de prevención al uso.

**Se denominaría temprana porque es más cercana e inmediata a la identificación del riesgo de trastorno del menor, antes de su posible escalada a una adicción.** Se realiza desde los dispositivos más próximos que no demoran la acción, actuando desde el primer momento y derivando posteriormente, si se valora necesario, a un dispositivo especializado. Viene explicada y argumentada por la necesidad de actuar desde la cercanía e inmediatez con la juventud, aprovechando los espacios de interacción próxima, más natural y espontánea, y desde la diversidad de agentes socializadores más cercanos a estos.

Se podría aludir así al factor “oportunidad” en un doble sentido:

- Por un lado, la **rapidez en la respuesta**, interviniendo lo más rápidamente posible antes de que el problema se agrave y de lugar a un claro diagnóstico patológico (y complicando de esta manera su recuperación). Se intervendría en ese espacio entre la prevención y tratamiento, donde aparecen señales de inicio del trastorno, pero que todavía no han cristalizado en un trastorno claramente diagnosticado. Sería, por decirlo de otra manera, esa etapa que Nora Volkov denomina como “pre-adicción” en un intento de llamar la atención sobre ese periodo previo a la adicción en el que una detección precoz e intervención temprana permitiría detener una escalada a un trastorno adictivo consolidado (Volkov, 2022). En concreto, ella lo define como “un período vulnerable en el que la atención preventiva podría ayudar a evitar consecuencias serias del consumo de drogas y a prevenir trastornos severos de consumo”. Para Nora Volkov, la intervención temprana sería una actuación indicada en el periodo pre-adictivo, en el que nos podemos situar en un trastorno leve a moderado según criterios actuales del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) para consumo de drogas.
- Por otro, la necesidad de aprovechar la **posición estratégica de cercanía** de los/as profesionales (profesorado de centros educativos, educadores de centros de protección o reforma, etc.) y servicios (de atención primaria y comunitarios) para actuar desde la proximidad y desde sus contextos naturales. Esta proximidad puede facilitar, si se maneja de manera adecuada, una posición de confianza en su relación con el/la joven.

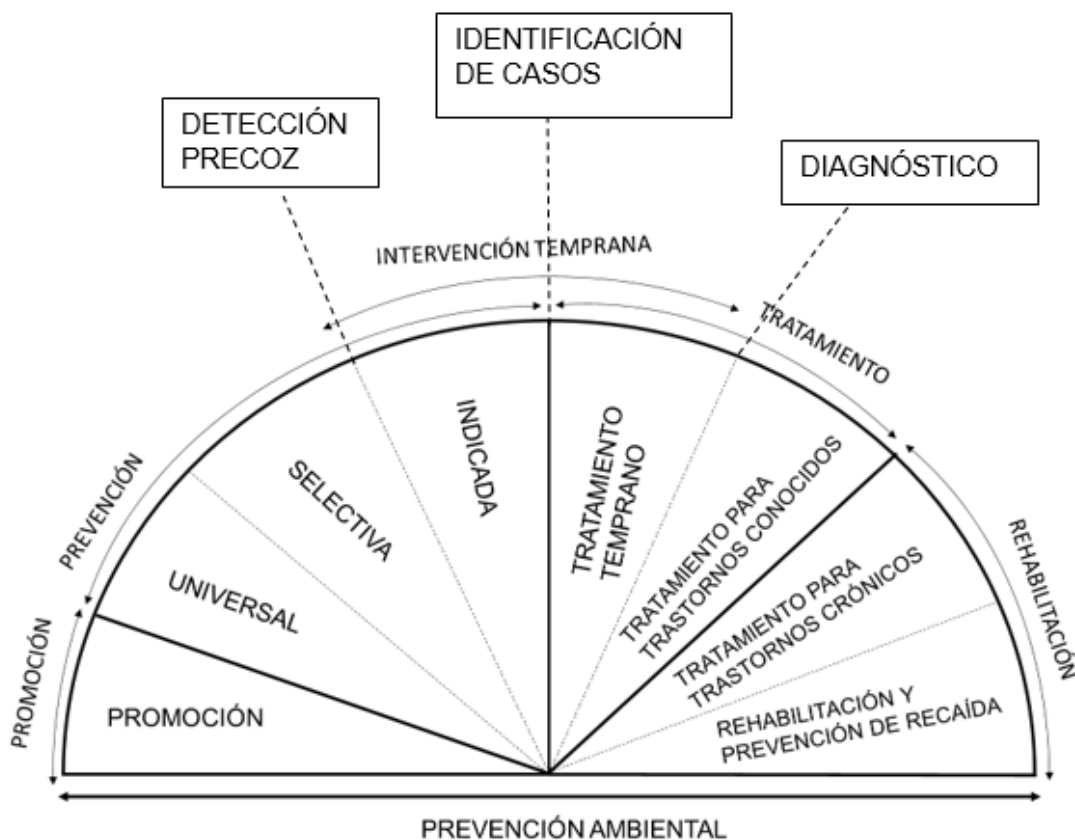
Respecto al momento en el que se aplica la intervención temprana, se ha optado por seguir la línea establecida por el Currículum de Prevención Europeo en su definición de “intervención temprana”.

En éste se equipará la intervención temprana a la intervención breve y se acota el espacio preventivo que ocuparía, situándose preferentemente en el ámbito de la prevención indicada y en aquellas actuaciones dentro del ámbito de tratamiento que se consideran menos intensas que un tratamiento estándar.

“Las intervenciones breves (o intervenciones tempranas) están vinculadas a la prevención indicada y no se implementan extensamente en la práctica preventiva en Europa, aunque son más comunes en relación al uso de alcohol. Las intervenciones breves pretenden prevenir o retrasar el uso de sustancias y prevenir la escalada hacia problemas con el uso de sustancias. Estas intervenciones están limitadas en el tiempo y operan, como se ve en la figura, en el área de transición entre la prevención y el tratamiento. Habitualmente se dirigen a personas jóvenes o personas en riesgo” (EMCDDA, 2017b).

Adaptando este concepto a una definición extendida a las adicciones sin sustancia, podríamos decir entonces que la **intervención temprana o breve pretende prevenir o retrasar los usos problemáticos y la escalada a la adicción en el ámbito de las adicciones con y sin sustancia**

Gráfico 1. Intervención breve o temprana en el ámbito de la prevención ambiental.



Adaptación del original de Mrazek y Haggerty, 1994, realizada por la Unidad de Prevención social de la Diputación de Huelva

El Curriculum de Prevención Europeo (EUPC, 2020) sitúa, por tanto, el ámbito preferente de la intervención temprana o breve en la prevención indicada (hasta lo que ellos denominan la intervención temprana). Y la define como “aquellas intervenciones que se dirigen a personas de forma individual, ayudándoles a lidiar y manejar sus particulares rasgos de personalidad y los factores de riesgo que les hacen más vulnerables a la intensificación del uso de sustancias”.

**Este espacio de actuación nos llevaría a limitar la intervención breve a menores que precisan algún tipo de actuación individual, de menor o mayor intensidad, según el grado de contacto con la sustancia o conducta de riesgo y en los que se detecta una constelación de factores de riesgo que les posiciona en una situación de vulnerabilidad frente a posibles adicciones con o sin sustancia. Esto situaría a aquellos y aquellas menores vulnerables objeto de este manual como claros destinatarios de este tipo de estrategias.**

La mayor o menor intensidad de la intervención marcaría el límite entre prevención indicada y tratamiento temprano (ambos dentro de la modalidad de intervención temprana o breve).

Como ya hemos señalado, el **ámbito preferente de intervención es la prevención indicada**, pero hay que resaltar que, en la práctica, se dispone de ejemplos de su aplicación a otros niveles de prevención. Existen ejemplos de su aplicación eficaz en el ámbito educativo a nivel universal y en el de selectiva, por ejemplo, en prevención con familias. Al fin y al cabo, al tratarse de una intervención breve, centrada en la persona y con una potente base motivacional, se puede realizar en cualquier nivel del abanico preventivo. Desde este punto de vista, sería interesante animar a los expertos a realizar una revisión de este aspecto y adaptarlo a sus nuevos usos y aplicaciones.

La propia equiparación de intervención temprana con el concepto de intervención breve nos señala otra característica a reseñar: **la intervención se limita en temporalidad**. Esto se refiere a que, desde la cercanía y oportunidad de los servicios, se realice una actuación limitada en el tiempo, pero efectiva en su contribución a detener y actuar ante la progresión de la conducta problema a adicción.

Otra consideración interesante respecto a la intervención breve o temprana sería aquella que nos define qué estrategia de intervención se requiere. Ha de tenerse en cuenta en este caso que las personas objeto de esta actuación no tienen, en la mayoría de los casos, conciencia de estar en una situación de riesgo. Por otro lado, las conductas que desarrollan les proporcionan cierto grado de satisfacción y funcionalidad en los contextos donde se mueven. El consumo de alcohol, el uso de videojuegos o internet y otras conductas similares son percibidos con escaso riesgo o incluso beneficiosos para sus vidas. Además, los servicios en los que podemos detectar la conducta problema en los menores (atención primaria, centro educativo, servicios sociales, centro de menores...) nos brindan una buena oportunidad de actuación, pero están limitados en tiempo y capacidades técnicas profesionales respecto a las conductas adictivas. Esto va a suponer desarrollar intervenciones que vayan desde estrategias que sean **sencillas de implementar y eficaces en su brevedad de aplicación** a acciones de **derivación** realizadas en situaciones que requieran de actuaciones más complejas.

En el esquema del Currículum de Prevención Europeo (EUPC, 2020), podemos observar que la intervención temprana abarca desde actuaciones en prevención indicada, hasta actuaciones de atención o tratamiento. Esta situación viene explicada porque la intervención abarca, como decimos, distintos grados en la intensidad, frecuencia y funcionalidad de la conducta problema. A medida que el nivel del riesgo y la relación adictiva con la conducta problema es mayor, la intensidad y frecuencia de la intervención se incrementa. Algunos modelos como el SBIRT, que mencionamos en el siguiente apartado, tratan de abordar esta diferencia distinguiendo entre intervención y tratamiento breve.

Por lo tanto, para responder a estas situaciones en las que se exige un grado de intervención diferente para cada nivel de riesgo, cualquier intervención tendrá que contemplar **diferentes tipos de profesionales para cada nivel:**

- En el nivel de intervención breve, podrán actuar profesionales de atención primaria (enfermería, medicina...), mediadores socioeducativos (como profesorado, trabajo social o educación social...).
- En el nivel de tratamiento temprano, necesitaremos profesionales especializados en adicciones y en los modelos y técnicas de motivación y modificación de conducta.

Cualquier estrategia debe tener, por tanto, una alta capacidad de facilitar que la persona tome conciencia de los riesgos que conlleva su práctica, y, si fuera necesario, motivarla a actuar para reducir este comportamiento. Está actuación estaría apoyada principalmente en los modelos de aprendizaje social que faciliten estrategias conductuales prácticas para la incorporación de pautas saludables de conducta y la modificación de aquellas más problemáticas. Posteriormente, concretaremos estos modelos teóricos.

Por lo tanto, las intervenciones breves estarían circunscritas a una menor intensidad y limitación de tiempo en comparación con cualquier tratamiento al uso. Babor y Higgins, en su trabajo *“Intervención breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria”* publicado en 2001, nos indican esta particularidad de la intervención respecto al consumo de alcohol: “las intervenciones breves son aquellas prácticas cuyo objetivo es identificar un problema de alcohol real o potencial y motivar al individuo a que haga algo al respecto. Las intervenciones breves no están diseñadas para el tratamiento de personas con dependencia de alcohol, que por lo general requieren un abordaje clínico más intensivo y experto” (Babor & Higgins-Biddle, 2001)“.



En resumen, se puede definir la intervención temprana o breve con población menor de edad en base a diferentes criterios:

1. **Ámbito de actuación.** Se sitúa principalmente en un periodo previo al diagnóstico de adicción, principalmente en la etapa de prevención indicada (EMCDDA). Debe resaltarse que en la práctica se está aplicando también en otros momentos del abanico preventivo.
2. **Objetivo que pretenden alcanzar.** Prevenir o retrasar los comportamientos de riesgo de tipo adictivo en su progresión o desarrollo a problemas más graves, incluyendo la adicción.
3. **Sujeto de la intervención.** Menores que precisan algún tipo de actuación individual, de menor o mayor intensidad, y especialmente, en los que se detecta una constelación de factores de riesgo que les sitúa en mayor vulnerabilidad personal frente una serie de conductas de riesgo relacionadas con problemas de adicción con o sin sustancia.
4. **Tipo de estrategia y modelos de actuación.** Debido a que la población con la que vamos a trabajar suele tener una percepción baja de los riesgos que conllevan sus conductas, obteniendo en la mayoría de los casos una alta funcionalidad de su actividad y un nivel bajo de consecuencias negativas, se opta por enfoques basados en **el modelo de aprendizaje social combinados con una estrategia de intervención de tipo** motivacional. Con este enfoque se pretende que la persona sea consciente de los posibles riesgos de su estilo de vida y se movilice al cambio respecto de aquellos patrones de conducta que le suponen riesgo. Desde este tipo de intervención, y respecto a los menores, se desarrolla una estrategia proactiva de actuación estructurada y centrada en la persona, adaptándose al tipo y momento de relación con la conducta de riesgo según su intensidad, frecuencia y relación funcional en la vida del/de la menor. Por lo tanto, se desarrolla en un formato de intervención individual, cara a cara.

El modelo metodológico específico de actuación en intervención breve o temprana más desarrollado en los últimos años es el modelo SBIRT.

#### 5. **Quién lo implementa**

La intervención la pueden realizar diferentes tipos de profesionales, adecuadamente formados, del ámbito social (educación social, trabajo social, psicología...), educativo (profesorado, técnico de servicios a la comunidad, orientación, etc.) o sanitario (enfermería, medicina, psicología...). Por su posición de cercanía respecto al/la menor, ofrecen la oportunidad de una detección temprana y una actuación cercana y más inmediata. Han de disponer de competencias básicas en la materia y habilidades de comunicación para facilitar un vínculo con el/la menor que promueva el apoyo y la motivación para movilizar su acción a un estilo de vida más saludable y resiliente. En los casos más problemáticos que requieren un tratamiento temprano se deberá derivar a profesionales con formación especializada.

6. **Periodo temporal que enmarca la intervención.** Dependiendo de los autores y de la gravedad de la situación, estas intervenciones oscilan entre 1 y 12 sesiones, con una duración entre 5 minutos y 1 hora. Esta variación temporal viene explicada según la necesidad de intervención en cada caso.

### **MODELO SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment)**

Dentro de este capítulo se dedica un apartado especial para describir un modelo de intervención breve que se está implementando actualmente a nivel internacional, sobre todo en el entorno sanitario de atención primaria y con el consumo de alcohol, y que lleva un largo recorrido en Estados Unidos, tanto en éste ámbito como en comunitarios.

Este modelo, según la revisión bibliográfica realizada por el equipo de Antonio Rial (Universidad de Santiago de Compostela, 2020), ha mostrado su eficacia en numerosos estudios realizados durante los últimos años respecto a la reducción del consumo de sustancias (sobre todo a corto plazo), daños físicos y accidentes asociados. Por otro lado, manifiesta un nivel de costo asumible, con beneficios claros respecto al costo de tratamiento en caso de no intervenir. Estos resultados hacen referencia a la aplicación de éste modelo principalmente en el ámbito pediátrico, aunque hay otros como el escolar o el familiar en los que también se ha implementado con resultados positivos y prometedores, que todavía requieren de más investigación.

El modelo SBIRT introduce una definición clara de cuales serían los “momentos de entrada” en el proceso por medio de la detección precoz, y los posibles “momentos de salida” pudiendo ser a través de derivaciones a intervenciones más intensivas y especializadas en aquellos casos en los que se requiera.

**La intervención breve SBIRT actúa en un momento de consumo en el que el sistema de atención no suele intervenir de una manera sistemática, debido a que los menores no manifiestan signos de dependencia. Este modelo asume que todos los/las menores, independientemente del grado de relación con la conducta de riesgo, pueden beneficiarse del aprendizaje de revisar sus relaciones de uso y consumo respecto a unos patrones de un consumo saludable y uso seguro.**

De esta manera, en este modelo vamos a encontrar tres momentos:

1. **Detección precoz.** Se realizará a través de procesos de evaluación y cribado, mediante los cuales se valora el nivel de riesgo del menor respecto a su posible conducta adictiva. Esto permitirá decidir cuál será la intervención preventiva más oportuna. En este manual se detalla el proceso de evaluación y el uso de herramientas de screening estandarizadas y validadas para cada tipo de conducta adictiva.
2. **Intervención o consejo breve.** Este apartado incluye el “consejo o intervención breve simple”, por un lado y el “consejo breve extendido o tratamiento breve” por otro, según el nivel del riesgo del menor.
  - a **El consejo breve simple** se lleva a cabo cuando existe un riesgo bajo y en una a cinco sesiones que duran entre 5 minutos y 1 hora. Tiene como objetivo educar a los/las jóvenes y aumentar la motivación para reducir comportamientos de riesgo, para lo que se suele utilizar un enfoque de entrevista motivacional (Barbosa et al. 2017).
  - b **El consejo breve extendido o tratamiento breve** está dirigido a aquellos/as pacientes con consumos moderados o altos, por lo que su duración ha de ser mayor (entre cinco y doce

sesiones de 1 hora) y con una metodología más compleja que suele combinar la intervención motivacional y la terapia cognitivo-conductual (Barbosa et al. 2017).

### 3. Derivación en el caso de menores con un trastorno adictivo o alta probabilidad de desarrollarlo.

El modelo SBIRT es un modelo aplicado principalmente en entornos de emergencias, atención primaria y, en menor medida, en el ámbito comunitario. En el caso de menores, existe alguna experiencia dentro del sistema de atención primaria, por ejemplo, en Cataluña con el programa "Beber menos" (1995), y el proyecto ODHIN (*Optimizing Delivery of Health Care Interventions*), aplicado en nueve países europeos con el objetivo de optimizar la implementación de programas de identificación e intervención breve (IBI) para el consumo peligroso y nocivo de alcohol (HHAC) en la atención primaria de salud (APS), en 2011 y 2014.

Además, también existen iniciativas en diversas comunidades autónomas. Por ejemplo, dentro del departamento de salud de la Generalitat de Catalunya, en la secretaría permanente de la asociación INEBRIA, existe un grupo de expertos que tiene la finalidad de promover las intervenciones breves en problemas de alcohol a nivel internacional. Entre sus acciones han publicado una hoja de ruta para la mejora de la práctica y la investigación en intervenciones breves telemáticas. En Murcia se incluye, dentro de su proyecto Argos, una aplicación en atención primaria para alcohol y otras drogas. En Asturias, en el ámbito de pediatría, existen iniciativas dentro del ámbito de atención primaria, (Guía de detección precoz e intervención breve sobre el consumo de alcohol en menores), y en Aragón respecto al consumo de alcohol en adultos y jóvenes.

Adicionalmente, existe alguna experiencia de la aplicación de este modelo en el ámbito digital: en Madrid, en 2015, en el Hospital Doce de Octubre se implementó la web ASSISTETE, como instrumento de cribado e intervención breve online. Además, se ha realizado recientemente una experiencia piloto relacionada con el uso de internet dentro del programa PIENSATIC que se basa en ese modelo y trabaja específicamente con jóvenes (Salabert, J.D y Gómez M.I, 2019).

Pero, tal y como se menciona en una aclaratoria revisión del desarrollo de este modelo en jóvenes: "en ninguna comunidad autónoma se ha llegado a protocolizar una verdadera sistemática de trabajo con sus diferentes fases u acepciones: detección precoz, intervención breve y derivación a unidades específicas" (García-Couceiro N, Gómez Salgado P, Kim-Harris S, Burkhart G, Florez-Menéndez G, Rial A. 2021).

En Galicia el equipo de investigación de Antonio Rial, de la Universidad de Santiago de Compostela, en el momento de edición de esta publicación, está trabajando en el diseño e implementación de un sistema de detección precoz y consejo breve para adicciones con y sin sustancia en el ámbito pediátrico (entre 10 y 15 años) en colaboración con la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia.

En el caso de menores vulnerables y en los ámbitos a los que nos referimos, la implantación en nuestro país es escasa y se encuentra sin protocolizar suficientemente, como ya detallaremos en otro apartado de este informe. Existe una guía general, publicada desde Médicos del Mundo en 2023, referida a este modelo en el ámbito de colectivos vulnerables, pero está dirigida a población general y sin llegar a desarrollar una intervención sistematizada.

## 1.4 Bibliografía

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.(2010). *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK). EMCDDA Manuals*. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/perk\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/perk_en)
2. Arbex, C. (2012). PAD: Servicio de Prevención de Adicciones.
3. Ayllón, Alonso, E., García, Torres, C., Olivar, Arroyo, A., & Palmerín, García, A. (2008). *Guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable e inmigrante. Visión diferencial para ambos sexos*. Colegio Oficial de Psicólogos, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://www.cop.es/pdf/Guia-Prevencion-Consumo-Cannabis.pdf>
4. Babor, F., & Higgins-Biddle, J. (2001). *Intervención breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. <https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/bimanualspanish.pdf>
5. Balda, M. L., & Mínguez, M. Á. M. (2012). Menores vulnerables y consumo de sustancias: detección e intervención. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=560554>
6. Brolin, M., Reif, S., Buell, J., Whitcher, H., Jaghoo, S., & McNeil, P. (2022). Screening and brief intervention with Low-Income Youth in Community-Based Settings. *Journal of Adolescent Health*, 71(4), S65-S72. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.06.001>
7. Cabanillas, M. C., & Méndez, E. L. (2008). *Educación para la salud: Guía práctica para promover estilos de vida saludables*.
8. Carbonell, X. (2020). El diagnóstico de adicción a videojuegos en el DSM-5 y LA CIE-11: retos y oportunidades para clínicos. *Papeles del psicólogo*, 41(2). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2935>.
9. Conrod, P.J., O’Leary-Barrett, M., Newton, N., et al. (2013). Effectiveness of a Selective, Personality-Targeted Prevention Program for Adolescent Alcohol Use and Misuse: A Cluster Randomized Controlled Trial. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 334-342. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.651>.
10. Díaz - Salabert, J., & Gómez-Torres, M. I. (2019). Cribado e Intervención Breve Digital en el Uso Problemático de Internet: Programa piensaTIC. *Escritos de Psicología*, 12, 57-68. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092019000200003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092019000200003)
11. Díaz Salabert, C. (2023). *“Guía: Prevención e intervención breve en el uso problemático de las nuevas tecnologías de la información y otras conductas adictivas en colectivos vulnerabilizados. Una herramienta para Médicos del Mundo”*. Ministerios de Sanidad, Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. [https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/20230620\\_Medicos\\_del\\_Mundo\\_Guia\\_Intervencion\\_Breve\\_Nuevas\\_Tecnologias.pdf](https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/20230620_Medicos_del_Mundo_Guia_Intervencion_Breve_Nuevas_Tecnologias.pdf)
12. García del Castillo, J.A. (2013). Adicciones tecnológicas: el auge de las redes sociales. *Salud y drogas. Health and addictions*. 13 (1): 5-13. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83928046001.pdf>
13. García, R. C., & Guillem, F. C. (2022). Cribado e intervención breve en consumo de alcohol. *Atención Primaria*, 54(7), 102349. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102349>
14. Irrarázaval, M., Prieto, F., & Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta Bioethica*, 22(1), 37-50. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2016000100005>
15. Ministerio de Sanidad, Estrategia Nacional sobre Drogas 2009 - 2016, Plan de Acción sobre Drogas 2013 - 2016. *Revisión de la evidencia cribado e intervención breve sobre consumo de riesgo y nocivo de alcohol en atención primaria. Guía de actuación y recomendaciones*. [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion\\_8\\_RESUMEN\\_EVIDENCIA\\_AP-URGENCIAS.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion_8_RESUMEN_EVIDENCIA_AP-URGENCIAS.pdf)
16. Ministerio de Sanidad, Socidrogalcohol. (2018). *Guía de adicciones: Para especialistas en formación*. <https://socioalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/guia-adicciones-para-especialistas.pdf>

17. Moreno, Gorka. (2020). *Conversar con adolescentes en dificultad social: una guía para ayudarles a cambiar inspirada en la entrevista motivacional*. Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2020/20200520\\_ADES\\_Guia\\_conversacion\\_adolescentes.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2020/20200520_ADES_Guia_conversacion_adolescentes.pdf)
18. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2020). *Currículum de prevención europeo: un manual para quienes toman decisiones, crean opinión y elaboran políticas sobre la prevención del uso de sustancias basada en la evidencia*. Ministerios de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/prevencion/pdf/2020\\_Curriculum\\_de\\_prevencion\\_europeo.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/prevencion/pdf/2020_Curriculum_de_prevencion_europeo.pdf)
19. Observatorio Español de las Drogas y Adicciones. (2022). *Informe sobre Trastornos Comportamentales 2022: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES*. Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022\\_Informe\\_Trastornos\\_Comportamentales.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_Trastornos_Comportamentales.pdf)
20. Organización Mundial de la Salud. (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*.  
[https://www.seccatid.gob.gt/images/Docs\\_CTA/IntervencionBreve.pdf](https://www.seccatid.gob.gt/images/Docs_CTA/IntervencionBreve.pdf)
21. Rial Boubeta, A., & García-Couceiro, N. (2020). *Alcohol y adicciones con y sin sustancias. Herramientas de detección*. Congreso de Actualización Pediatría, AEPap.  
[https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/41-54\\_alcohol\\_y\\_adicciones\\_con\\_y\\_sin\\_sustancias.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/41-54_alcohol_y_adicciones_con_y_sin_sustancias.pdf)
22. Sánchez, Mascaraque, P., & Fernández-Natal, C. (2020). Adicción a nuevas tecnologías: Internet, videojuegos y smartphones. Revisión y estado del arte. *Adolescere*, 8(2), 10-17.  
<https://www.adolescere.es/adiccion-a-nuevas-tecnologias-internet-videojuegos-y-smartphones-revision-y-estado-del-arte/>
23. Villalbí, J. R., Bosque-Prous, M., Gili-Miner, M., Espelt, A., & Brugal, M. T. (2014). Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Revista Española De Salud Pública*, 88(4), 515-528. <https://doi.org/10.4321/s1135-57272014000400006>
24. Volkow, N. (6 de julio de 2022). *Es hora de comenzar a hablar de la preadicción*.  
<https://nida.nih.gov/about-nida/noras-blog/2022/07/time-to-start-talking-about-pre-addiction>

# Situación de los programas de detección precoz e intervención breve en España. Resultados de una encuesta nacional

- 2.1. Objetivo de la actuación
- 2.2. Método
- 2.3. Resultados
  - 2.3.1. Programas en el ámbito escolar
  - 2.3.2. Programas en el ámbito de Servicios Sociales
  - 2.3.3. Programas en el ámbito de los centros de menores
  - 2.3.4. Programas en el ámbito de las medidas alternativas a sanción por tenencia y consumo en el espacio público
  - 2.3.5. Programas que comprenden dos o más ámbitos
- 2.4. En relación con la evaluación
- 2.5. Fortalezas y debilidades
- 2.6. Recomendaciones
- 2.7. Conclusiones generales
- 2.8. Bibliografía

## 2.1 Objetivo de la actuación

En el estudio realizado por Villanueva-Blasco, Amatller, Isorna, Otero-Requeijo y Ramírez de Arellano (2024), promovido por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), en el marco de su colaboración con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, los autores mencionan que “los y las profesionales de la prevención de adicciones desarrollan acciones de

detección precoz y consejo breve que pueden ser muy útiles en determinados contextos, pero que deben ser contempladas en un marco de actuación mayor, derivando a programas de prevención selectiva e indicada a quiénes precisen de este tipo de intervenciones”. Concretamente, los datos que recopilan reflejan que prácticamente la mitad de los y las profesionales realizan tanto detección precoz (50,9%), como consejo breve (48%).

Partiendo de esta información, el objetivo de esta actuación es el de recopilar la información específica sobre las prácticas y actuaciones que se están realizando actualmente en detección precoz e intervención temprana y breve en el trabajo con adicciones con y sin sustancia, con menores vulnerables en el ámbito escolar, de los servicios sociales y centros de menores, así como de los programas de medidas alternativas a la sanción por tenencia y consumo de drogas en espacio público en las distintas comunidades y ciudades autónomas.

---

## 2.2 Método

Para llevar a cabo la recogida de datos, se ha elaborado un breve cuestionario que permite recopilar la información específica sobre las prácticas y actuaciones que se están realizando actualmente en la detección e intervención breve en los ámbitos mencionados. (Anexo 1).

El tamaño de la muestra está compuesto por las 17 Comunidades Autónomas y las 2 Ciudades Autónomas, a las que se les envió el cuestionario. Además, se ha contado con la participación del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid y la Agencia de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona.

El cuestionario elaborado fue enviado a inicios de septiembre del 2023 para su cumplimentación por cada una de las entidades referidas. Este se devolvió completado por cada una de ellas junto con documentos de apoyo referidos a protocolos y programas específicos sobre el tema de estudio. El proceso se desarrolló hasta finales de noviembre de ese mismo año.

---

## 2.3 Resultados

Se ha de resaltar que todos los destinatarios de los cuestionarios han colaborado, aportando los documentos de los programas de prevención en adicciones (con y sin sustancia) que actualmente están en marcha en cada uno de sus territorios.

Tras analizar las encuestas recibidas, se ha observado que un 70% de ellas han respondido que tienen protocolos de intervención temprana con menores en riesgo en el ámbito de las adicciones.

Analizando más en profundidad las respuestas, se ha observado que la mayoría de las intervenciones que se han ido recopilando se situarían dentro de la prevención universal y selectiva, siendo los programas de selección indicada menos numerosos.

Además, es importante puntualizar que, dentro de los programas de prevención indicada revisados, no queda claro cuáles de ellos podrían enmarcarse dentro de las intervenciones breves. Esto se debe a que, en general, no existe una definición o consenso claro acerca de los criterios que debe cumplir un programa o intervención para ser considerado "intervención breve" (no existen unos criterios comunes y consensuados que la definan). Esto dificulta, por un lado, el discriminar qué programas podrían enmarcarse dentro de las intervenciones tempranas/breves y cuáles no, y, por otro lado, protocolizar de forma sistemática el trabajo con intervenciones breves.

- En este sentido, y con el fin de analizar los resultados de manera homogénea, para este informe se ha decidido establecer una serie de criterios que definan y determinen cuál es la estructura y las características que debe tener una intervención breve para considerarse como tal.
- Utilizar como marco teórico y punto de referencia el modelo SBIRT, ya presentado en el capítulo anterior.

En cuanto a los criterios que se deben cumplir para que una intervención sea considerada intervención breve:

- Se entiende como una **intervención oportunista**.
- Debe tratarse de un programa con un **número acotado de intervenciones**: puede variar el número de sesiones y duración en función de si se aplica consejo breve o consejo breve extendido. Esto depende de la gravedad de la situación de riesgo en la que se encuentre el menor.
- Debe tener una **estructura de consejo**. Como bien se ha definido antes, esta estructura de consejo, centrada en la persona, puede ser breve o breve extendida en función de las características del/la menor en riesgo.
- Con respecto a la población diana, se recomienda aplicar este tipo de intervención principalmente con **menores en situación de riesgo que requieran actuaciones dentro de la prevención indicada** (aunque últimamente se contempla incluir en estos programas a menores con menor riesgo respecto a las conductas de riesgo mencionadas).
- Se trabaja preferentemente en formato individual. También se recomienda el trabajo con la familia en paralelo.
- Al tratarse de intervenciones oportunistas, deben aplicarse preferentemente por los/las **agentes más próximos al/la menor**, siendo aconsejable que sean profesionales relacionados con el ámbito socioeducativo y/o sanitario (psicología, medicina, enfermería, trabajo social, educación social...) adecuadamente formados.



- Debe trabajar en un marco de **entrevista motivacional**, a través de un acercamiento basado en la persona, y con modelos basados en la **evidencia científica**.

En el cuestionario utilizado para recopilar información, se pueden observar 4 ámbitos distintos en los cuales se aplican los programas de detección precoz e intervención temprana: el ámbito escolar, el ámbito de servicios sociales, el ámbito de centros de menores, y el ámbito de medidas alternativas a sanción por tenencia y consumo en espacio público. A continuación, se procederá a analizar uno a uno cada uno de los ámbitos mencionados:

### 2.3.1 Programas en el ámbito escolar

Un 70% de las comunidades autónomas/ciudades autónomas respondieron que tiene protocolos de intervención temprana en el ámbito escolar. Se ha observado que, en algunos casos, en la encuesta se mencionan acciones de intervención temprana que no son posteriormente respaldadas por programas o documentos donde se describa su estructura o los procedimientos que se llevan a cabo, por lo que no es posible conocer con precisión qué tipo de intervenciones desarrollan, si son breves y si cumplen con los criterios que se han establecido con anterioridad.

Dentro de los protocolos/programas específicos que se adjuntaron, se ha observado que:

- Todos los programas trabajan adicciones con sustancias (mayoritariamente alcohol, tabaco y cannabis), y hay un número importante que está empezando a incluir intervenciones enfocadas a las adicciones comportamentales. Es importante comentar que, de momento, las actuaciones en prevención indicada con adicciones comportamentales se mencionan de manera superficial (no se desarrolla en profundidad, no existiendo tanto material de trabajo disponible como en el caso de las adicciones sin sustancias).
- La mayoría de los programas incluyen prevención universal y selectiva: en el ámbito educativo la mayoría de acciones de prevención que se realizan consisten en talleres grupales con el alumnado sobre educación acerca de las adicciones (consecuencias y peligros), estilos de vida saludable, alternativas de ocio, desarrollo de habilidades...
- Solo unos pocos programas incluyen prevención selectiva y derivación a prevención indicada.
- Dentro de los programas que incluyen prevención indicada, en la mayoría de ellos no se especifican con claridad los criterios que establecerían que son intervenciones breves: criterios temporales, criterios que estructuran el consejo breve e intervenciones oportunistas, etc.

Aun así, es importante destacar algunos programas e intervenciones cuya estructuración cumple con varios de los criterios que se han establecido previamente para ser considerados breves (con mayor o menor grado de estructuración):

- El **“Protocolo de prevenció, detecció i intervenció sobre drogues als centres d’educació secundària”**, desarrollado por la Generalitat de Catalunya. Realiza intervenciones individualizadas educativas con el/la joven en riesgo, llevadas a cabo por un agente próximo al menor (acción tutorial). Acota en cantidad y tiempo dicha intervención individualizada. Tiene en cuenta el factor motivacional, pero lo trabaja de forma superficial y global. En este protocolo se desarrollan procesos de actuación en la escuela, desde la etapa de prevención, hasta las etapas de valoración, detección e intervención.
- **“Protocolo V. Atención temprana frente al consumo de sustancias” (2022)**, junto con el **“Protocolo de actuación ante una situación de posible riesgo, sospecha o evidencia de consumo de sustancias adictivas por los alumnos de los centros educativos no universitarios”** y **“Protocolo de actuación ante una situación de posible riesgo, sospecha o evidencia de comportamiento/ consumo adictivo sin sustancias por los alumnos de los centros educativos no universitarios”**. En la Comunidad de Madrid existe un centro específico de atención a adolescentes y jóvenes denominado “Centro Los Mesejos” y Centros de Atención a las Adicciones (CAD) por áreas geográficas. En dichos centros se trabaja con un “Protocolo de Atención Temprana” (2022) que define la intervención temprana como las actuaciones que se realizan tanto en caso de prevención indicada como de trastorno leve por consumo de sustancias. Por lo tanto, la intervención temprana abarca desde las medidas de prevención hasta las medidas de tratamiento y se realizaría desde los centros de adicciones más cercanos al centro educativo. Además, en el ámbito escolar se implementan protocolos de detección y actuación que incluyen registros y fichas para la evaluación inicial de la situación de riesgo y derivación en caso de ser necesario.

### 2.3.2 Programas en el ámbito de los Servicios Sociales

Un 45% de las comunidades autónomas informan que tienen protocolos de intervención temprana en este ámbito.

Es importante puntualizar que es el ámbito en el que se ha recopilado menos información y se han adjuntado menos manuales y programas. Esto se debe a que la mayoría de comunidades autónomas informan únicamente sobre los **procedimientos de coordinación y derivación** que se realizan desde Servicios Sociales a centros específicos de tratamiento, pero no describen ningún tipo de actuaciones sistemáticas preventivas respecto a conductas adictivas incluidas en el catálogo de servicios y programas de los servicios sociales.

### 2.3.3 Programas en el ámbito de los centros de menores

Un 60% de las comunidades autónomas y ciudades autónomas han respondido que tienen protocolos de intervención temprana en los Centros de Menores.

Aunque la mayoría de éstas realizan acciones de detección precoz, intervención temprana y comunicación, no se han adjuntado apenas documentos, manuales o procedimientos concretos que

las desarrollan. Esto incrementa la dificultad a la hora de realizar un análisis más en profundidad y determinar si existen intervenciones breves o no en este ámbito.

A través de la información recopilada, se puede concluir que la mayoría de acciones realizadas en este ámbito se enmarcarían dentro de la **prevención selectiva e indicada**, pero no se dispone de información suficiente para determinar si son intervenciones breves.

### 2.3.4 Programas en el ámbito de las medidas alternativas a sanción por tenencia y consumo en espacio público

Un 70% de las comunidades autónomas y ciudades autónomas han respondido que tienen programas de prevención selectiva e indicada e intervención temprana en el ámbito de las medidas alternativas a sanción.

La mayoría de estos programas incluyen la aplicación de **talleres psicoeducativos e itinerarios individuales**. Además, suelen ser programas acotados en tiempo y número de sesiones (7 - 14 sesiones). Por ello, el ámbito de alternativas a la sanción, por sus características (periodo de sanción, voluntariedad condicionada...), resulta ideal para la aplicación de estos programas de intervención breve de una forma estructurada.

No obstante, también en este ámbito ha sido complicado determinar si estos programas tienen una estructura parecida o similar a la intervención breve ya que, a pesar de tratarse de programas protocolizados en cuanto a pasos a seguir, se ha encontrado poca información sobre las características de la intervención individual que se realiza con la población joven en situación de riesgo.

### 2.3.5 Programas que comprenden dos o más ámbitos

Se trata de programas/protocolos que **se aplican en más de un ámbito** de los anteriormente mencionados. Normalmente dichos programas han sido desarrollados por entidades, asociaciones u organizaciones relacionadas con las adicciones y **cuentan con centros propios de atención a la drogodependencia**. La mayor parte de acciones que se realizan son de prevención indicada y es importante resaltar que la mayor parte de los jóvenes y menores con los que trabajan han sido previamente derivados por los centros educativos, centros de menores, servicios sociales o medidas alternativas a la sanción por tenencia y consumo en espacio público a través de acciones de coordinación y derivación. También participan en actuaciones de prevención selectiva o universal, y realizan tratamientos específicos con jóvenes que cumplen con criterios de adicción o se encuentran en situación de riesgo muy elevado.

Se ha identificado un número considerable de programas que cumplen con estas características en las distintas comunidades y ciudades autónomas.

Como en los anteriores ámbitos, se han encontrado dificultades a la hora de determinar si encajan dentro de las intervenciones breves o no, ya que también muchos de los programas/protocolos no especifican criterios que permitan clasificarlas como tales. Además, es importante matizar que no son programas que utilicen la oportunidad de profesionales cercanos al contexto del menor (profesorado, orientación educativa, trabajo social, educación de calle, etc.) para valorar la existencia de un posible riesgo, sino que son programas a los que son derivados desde otras entidades o recursos normalmente, siendo los centros de tratamiento de adicciones el tipo recurso desde el que se derivan habitualmente.

De aquellos programas que nos han enviado y que presentan suficiente detalle como para identificar su estructura y tipo de intervención, queremos hacer especial mención al siguiente:

- **Manual de intervención individual con adolescentes y jóvenes en prevención de adicciones desde la educación social** (Ayuntamiento de Madrid): se trata de un manual de aplicación en el ámbito comunitario y educativo, que trabaja derivando a los Centros de Atención a las Adicciones (CAD) a través de Equipos de Prevención (formados por educadores sociales y orientadores familiares). Trabaja a través del "Programa Integral de Atención a Adolescentes y Jóvenes" de Madrid Salud y a partir del equipo de profesionales que existen en los Centros de Atención a las Adicciones de la red asistencial del Ayuntamiento. Realiza tanto prevención universal, como selectiva e indicada. La intervención individual la realiza en función del perfil de riesgo y se resalta la importancia del uso de la entrevista motivacional como una parte esencial a la hora de trabajar con jóvenes y adolescentes. Además, cabe destacar que ha desarrollado su propio sistema de valoración IVRA SALUD para sustancias, juegos y TIC.

Por último, respecto a aquellos protocolos que resulten interesantes para el fin que pretende este informe y que comprenden algún aspecto de los mencionados en relación al protocolo SBIRT (estructuración en mayor o menor medida del consejo breve, intervenciones acotadas en el tiempo, derivaciones...), también deben reseñarse:

- **Protocolo de Intervención con menores con consumo de drogas y conductas adictivas** (Diputación de Granada): se trata de un programa que incluye tanto actuaciones de prevención selectiva (en el ámbito educativo, de centros de menores y servicios sociales), como actuaciones de prevención indicada realizadas en centros especializados de adicciones (CTAs y CPDs) a través de derivación.
- **Programa Vigía** (Diputación de Huelva): se trata de un proyecto piloto de un programa de prevención selectiva e indicada para la prevención de conductas de riesgo relacionadas con las adicciones (con y sin sustancia) en el ámbito educativo. El programa está estructurado en tres partes: detección precoz, intervenciones oportunistas y derivación, por lo que su estructura es muy similar al Protocolo SBIRT.
- **Programa de Intervención Breve en Prevención de Adicciones en el Ámbito Familiar** (Ayuntamiento de Madrid): en dicho programa se realizan acciones de intervención individual implementadas

por profesionales de la psicología (tanto con el/la menor como con la familia). Además, se trabaja con técnicas motivacionales, puntualizando la motivación del menor como algo esencial para elaborar y diseñar su itinerario posteriormente. La duración está acotada a 1 - 10 sesiones (aunque se puede prolongar durante 1 y 9 meses).

## 2.4 En relación con la evaluación

Con respecto a la evaluación de los programas de prevención indicada adjuntados, se han detectado elementos de potencial mejora.

En la mayoría de ellos, la evaluación se limita a analizar asistencia a programas y grado de satisfacción por parte de los participantes. Es decir, se incluyen indicadores de proceso y de satisfacción, pero no de resultado, entendiéndose por estos aquellos indicadores relacionados con los posibles cambios tras la intervención de las conductas de riesgo y sus factores asociados.

Este problema se pone de manifiesto también en el estudio realizado por Villanueva-Blasco, Amatller, Isorna, Otero-Requeijo y Ramírez de Arellano (2024), en el cual se ha observado un sólido porcentaje (65%) de programas en el ámbito de la prevención de adicciones que no disponen evaluación de su eficacia. En este mismo informe, se destaca la importancia de desarrollar acciones para mejorar la evaluación de los distintos programas preventivos, mejorando así su eficacia. Algunas de las acciones que proponen son: establecer un servicio de asesoramiento de implementación de programas preventivos a profesionales y entidades que los apliquen, crear una cartera de evaluadores de programas preventivos, fomentar la acreditación de programas preventivos con evaluación de eficacia a través de la financiación pública, o incrementar la oferta formativa destinada a conocer los programas existentes eficaces.

Por ello, es importante de cara a un futuro incluir la evaluación de las actuaciones concretas, detallando indicadores de proceso y resultado.

## 2.5 Fortalezas y debilidades

Se resumen en este apartado las principales fortalezas y debilidades identificadas en los programas de intervención breve por cada una de las comunidades y ciudades autónomas.

Tabla 4. Fortalezas y debilidades de los programas de intervención breve en España.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Disponibilidad de documentos marco que guían las actuaciones y proporcionan instrumentos de detección y tratamiento precoz (en prevención de adicciones).	Ausencia de una evaluación estructurada de este tipo de programas.
Efectividad del tratamiento cuando hay buena coordinación entre servicios y se trabaja con la red de recursos disponibles.	Dificultad en la coordinación efectiva entre los distintos recursos.
Trabajo en equipo multidisciplinar (médicos/as, psicólogos/as, educadores/as, profesores/as...).	Falta de número, formación y/o capacitación específica de los/las profesionales (falta de personal técnico).
En personas menores infractoras, al estar sujetas a medidas judiciales, las posibilidades de detección precoz e intervención son amplias.	Dificultad en el seguimiento de los programas e intervenciones.
Ofrecer asistencia a población vulnerable (menores).	Dificultad para elaborar/implementar protocolos estandarizados y consensuados.
Adecuación de la intervención e individualización acorde a las necesidades de cada joven.	Dificultad para implantar políticas preventivas en centros derivadores.
Formación continuada de los/las profesionales para abordar nuevas problemáticas.	Falta de recursos humanos y económicos para abordar la problemática (dependencia de las subvenciones anuales).
Papel crucial de la entrevista motivacional, y de una estructura de intervención flexible.	Falta de apoyo institucional.

Elaboración propia

## 2.6 Recomendaciones

Se han recopilado las sugerencias de mayor peso, en las que han coincidido la mayoría de comunidades y ciudades autónomas de cara a mejorar los programas de prevención indicada:

- En detección precoz, dotar a los agentes próximos al menor de **instrumentos de cribado breves y screenings fáciles de usar y validados**. Actualmente, existen varios instrumentos para la detección precoz de consumo de alcohol y tabaco. Sin embargo, sigue habiendo escasa oferta de instrumentos de cribado de otras drogas o de adicciones comportamentales. Además, la evidencia acerca de la **fiabilidad y validez** de estos sigue siendo escasa.
- Al tratarse de un acercamiento a través del modelo SBIRT, se da gran importancia a la **estructura del consejo y al trabajo con la motivación**. Sería de gran ayuda proporcionar formación a los agentes más próximos a los menores en las técnicas de entrevista motivacional, para facilitar un acercamiento más humanista y menos patologizador.

- Mejorar la **coordinación** entre los distintos órganos y recursos que intervienen.
- Realizar **acciones de divulgación** sobre los recursos, centros y servicios disponibles, y acerca de su estructura y funcionamiento en el ámbito de las adicciones.
- Mejorar los **indicadores de evaluación** y recogida de datos para medir el resultado de las intervenciones realizadas.
- Aumentar los **recursos humanos y dotación económica** en el ámbito de la prevención, a través de la creación de convenios que garanticen la sostenibilidad de los programas.
- Desarrollar acciones de detección e intervención temprana desde las consultas de **atención primaria** y pediatría.
- Realizar **seguimiento** a medio y largo plazo de usuarios/as participantes en los programas.

## 2.7 Conclusiones generales

Existen diversos protocolos y programas que trabajan con menores en riesgo en el ámbito de las adicciones con y sin sustancia en España. Tras haber analizado las encuestas realizadas por las diferentes comunidades autónomas y ciudades autónomas, se ha observado que la mayor parte de los protocolos y programas se centran, o bien en la prevención universal y selectiva, o bien pasan directamente a realizar intervenciones en la línea de la prevención indicada y tratamiento en los distintos centros de atención de adicciones con los que cuentan. En este sentido, hemos podido observar que **sí se han desarrollado protocolos de detección y derivación de mayor o menor sistematicidad** a estos centros de atención en la mayoría de las comunidades y ciudades autónomas.

Por otro lado, teniendo en cuenta los criterios establecidos anteriormente acerca de qué es una intervención breve/temprana, se ha observado que en muchos de los programas remitidos ha resultado muy complicado establecer si son breves o no debido a la falta de información. Por ello, todavía existe un gran margen de mejora. Esto se debe principalmente a la falta de criterios claros y consensuados que las acoten y definan y, por tanto, que permitan determinar cómo desarrollarlas.

Se observan ciertas limitaciones en los protocolos y programas recibidos respecto a la aplicación del SBIRT:

- Por lo general, la mayor parte de las intervenciones puestas en marcha por las distintas comunidades y ciudades autónomas se centran en el consumo de drogas u otras sustancias (principalmente alcohol y tabaco), siendo pocas las que incluyen las adicciones comportamentales o sin sustancias.

- No se contempla de forma extensiva y estructurada una sensibilización y formación a los profesionales de base de los centros educativos y sociales.
- Se tiene una actitud reactiva o de demanda asistencial (enfoque de espera) más que una actitud proactiva en la detección de personas en situación de vulnerabilidad y/o con situaciones de riesgo en el ámbito de las adicciones con o sin sustancia, debido en gran medida a la escasez de recursos humanos y económicos.
- Se precisa mejorar en la aplicación de la entrevista motivacional, componente esencial dentro del consejo breve.

Por tanto, es posible con que **existen múltiples programas de prevención indicada que podrían ofrecer cobertura y constituir la base sobre la que implementar protocolos de detección temprana e intervención breve**, pero se pone de manifiesto la necesidad de realizar un estudio pormenorizado de programas de intervención breve que permitan la elaboración y homogenización de criterios, y la validación y estructuración de estos. Dicho de otra forma, ante la falta de criterios y estudios fiables, sería necesario realizar un estudio riguroso que garantizase un acercamiento a las intervenciones breves desde una metodología científica.

La intervención breve que se propone en este manual puede suponer una mejor relación costo-efectividad, llegando a parte de la población de riesgo que no acostumbra a buscar ayuda de forma activa. Además, sería importante que dicha intervención temprana no se proporcione de forma aislada, sino que se realice un seguimiento a medio y largo plazo de los jóvenes con los que se ha realizado.

**Existen múltiples programas de prevención indicada que podrían ofrecer cobertura y constituir la base sobre la que implementar protocolos de detección temprana e intervención breve**

Tabla 5. Conclusiones Generales.

CONCLUSIONES GENERALES	
No existe una definición clara ni consensuada acerca de lo que es una intervención breve (falta de criterios).	En general, la mayor parte de comunidades y ciudades autónomas realiza prevención indicada sin delimitar claramente si es breve o no.
En la mayoría de programas aportados por las comunidades y ciudades autónomas la intervención temprana/ breve se realiza en el ámbito escolar y a través de las medidas sustitutorias. Este tipo de intervención es mucho más escasa en el ámbito de los centros de menores y no se han observado en el de los servicios sociales.	Ante la falta de criterios y estudios fiables, sería necesario realizar un estudio riguroso que garantizase un acercamiento a las intervenciones breves desde una metodología científica.

Elaboración propia



## 2.8 Bibliografía

1. Comunidad de Madrid (2022). "Protocolo de actuación ante una situación de posible riesgo, sospecha o evidencia de consumo de sustancias adictivas por los alumnos de los centros educativos no universitarios". Vicepresidencia, Consejería de Educación y Universidades. EducaMadrid. (n.d.). <https://www.educa2.madrid.org/web/convivencia/protocolos-de-prevencion>
2. Comunidad de Madrid (2022). Protocolo de actuación ante una situación de posible riesgo, sospecha o evidencia de comportamiento/consumo adictivo sin sustancias por los alumnos de los centros educativos no universitarios. Vicepresidencia, Consejería de Educación y Universidades. EducaMadrid. (n.d.). <https://www.educa2.madrid.org/web/convivencia/protocolos-de-prevencion>
3. Consejería de Sanidad (2022). Atención Temprana Frente al Consumo de Sustancias. Servicio Madrileño de Salud. (documento interno)
4. Diputación de Granada. (2018). Protocolo de Intervención con Menores con Consumo de Drogas y Conductas Adictivas. Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones. [Protocolo Intervención Con Menores y Adicciones.pdf \(dipgra.es\)](#)
5. Diputación Provincial de Huelva. (2019). Programa Vigía. [La Unidad de Prevención Social de Diputación pone en marcha la experiencia piloto del proyecto 'Vigía' en Cartaya y Trigueros \(diphuelva.es\)](#)
6. Generalitat de Catalunya. (2016). Protocol de Prevenció, Detecció i Intervenció sobre Drogues als Centres d'Educació Secundària. [PROTOCOL DE PREVENCIÓ, DETECCIÓ I INTERVENCIÓ SOBRE DROGUES ALS CENTRES D'EDUCACIÓ SECUNDÀRIA \(gencat.cat\)](#)
7. Instituto de Adicciones. (2016). Programa de Intervención Breve en Prevención de Adicciones en el Ámbito Familiar. Madrid Salud. [Programa de Intervención Breve en Prevención de Adicciones en el ámbito familiar - Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid \(madridsalud.es\)](#)
8. Instituto de Adicciones. (2016). Manual de Intervención Individual con Adolescentes y Jóvenes en Prevención de Adicciones desde la Educación Social. Madrid Salud. <https://madridsalud.es/publicacionness/manual-de-intervencion-individual-con-adolescentes-y-jovenes-en-prevencion-de-adicciones-desde-la-educacion-social/>
9. Villanueva-Blasco, V.J., Amatller, O., Isorna, M., Otero-Requeijo, M., y Ramírez de Arellano, A. (2024). Estudio descriptivo sobre la situación demográfica y perfiles formativos de los y las profesionales de prevención de adicciones. Opciones de futuro. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2024\\_Estudio\\_profesionales\\_prevencion.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2024_Estudio_profesionales_prevencion.pdf)

# La detección precoz e intervención breve con menores en situación de vulnerabilidad

- 3.1. Una propuesta para el abordaje de la detección precoz e intervención breve con menores en situación de vulnerabilidad
  - 3.1.1. Principios a tener en cuenta
  - 3.1.2. Objetivos de la detección precoz e intervención breve con este tipo de menores respecto a conductas y usos de riesgo
  - 3.1.3. Propuesta de fases de la intervención
- 3.2. Fases del procedimiento de intervención siguiendo el protocolo sbirt aplicado a menores en situación de vulnerabilidad
  - 3.2.1. Fase 1: Identificación de menores en situación de vulnerabilidad. Valoración y screening de conductas relacionadas con las adicciones con y sin sustancia
    - 3.2.1.1. Identificación de menores en situación de vulnerabilidad
    - 3.2.1.2. Identificación de conductas de riesgo por medio de la entrevista y la implementación de cuestionarios breves de screening
  - 3.2.2. Fase 2: Consejo breve. Proceso de actuación para realizar un consejo breve
    - 3.2.2.1. Objetivos
    - 3.2.2.2. Consejo breve simple
    - 3.2.2.3. Consejo breve extendido
    - 3.2.2.4. El papel de las familias
  - 3.2.3. Fase 3: Derivación
  - 3.2.4. Fase 4: Seguimiento y refuerzo de los aprendizajes adquiridos hasta la mayoría de edad del menor
- 3.3. Bibliografía

### 3.1 Una propuesta para el abordaje de la detección precoz e intervención breve con menores en situación de vulnerabilidad

Dentro del ámbito de la prevención indicada en el uso problemático de sustancias adictivas, el **modelo SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment)** es el que cuenta con una trayectoria de aplicación más amplia y estudiada en el mundo. Este modelo se encuadra dentro de aquellos modelos de intervención breve basados en la evidencia para reducir el consumo de sustancias adictivas. Además, ha demostrado resultados positivos y contrastados en adultos y prometedores con población menor de edad.

La aplicación de este modelo hasta la fecha se ha realizado principalmente con drogas como el alcohol, aunque recientemente se está ampliando a otros posibles comportamientos de riesgo.

También se ha aplicado en otros ámbitos de la salud. Un ejemplo especialmente interesante, que se refiere a estilos de vida, aparece desarrollado dentro de la “Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Sistema Nacional de Salud” (EPSP), concretamente en su “Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS)”, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) el 14 de enero de 2015. En esta guía se propone el abordaje de diferentes conductas que abarcan desde el ejercicio, alimentación, consumo de tabaco y/o alcohol y bienestar emocional/estrés hasta lesiones no intencionadas. Dicho documento se centra en el desarrollo de la intervención breve mediante la estrategia de intervención denominada “**5 A’s (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar)** de la *US Preventive Services Task Force* (USPSTF). A la hora de aplicarlo, ya avisan que se requiere de más tiempo del que se plantea habitualmente en un consejo breve.

Tabla 6. Estrategia de intervención 5 A.

Modelo de intervención 5 A para las intervenciones breves	
<b>Assess</b>	<b>Averiguar/Valorar</b> aquellas conductas de riesgo con escalas de cribado breve que faciliten/apoyen a la hora de valorar la situación de riesgo del menor.
<b>Advise</b>	<b>Aconsejar</b> a los/las menores, solicitando su permiso para devolverles información valiosa (basándose en datos contrastados científicamente), sobre sus hábitos. El consejo debe proporcionarse de forma clara, específica y personalizada, y debe abordar los riesgos/beneficios personales de sus conductas.
<b>Agree</b>	<b>Acordar conjuntamente</b> objetivos individuales alineados con sus propias metas y valores respecto a su bienestar y su salud, potenciando su capacidad para tomar decisiones, responsabilidad y capacidad de cambio. Es importante motivar a los/las menores a proponerse objetivos respecto a mantener la abstinencia, alcanzarla o reducir el consumo o uso a niveles de bajo riesgo (reducción del daño).
<b>Assist</b>	<b>Ayudar</b> a los/las menores a activar y/o potenciar sus recursos personales, familiares y comunitarios para conseguir sus objetivos de modificación de hábitos, instaurando otros más saludables.
<b>Arrange</b>	<b>Establecer citas pautadas</b> para reforzar el consejo y para realizar un seguimiento de los indicadores de salud en menores y en sus familias (si se considera). Se puede incluir la derivación a otros recursos especializados sé si valora oportuno.

Adaptación propia del esquema propuesto por la USPSTF (2000).

Desde el marco del modelo SBIRT, y teniendo en cuenta estrategias como la de las “5 A’s”, las cuales proponen el abordaje de un abanico más amplio de conductas de riesgos, vamos a desarrollar una propuesta de criterios y posibles aplicaciones de este modelo, que permitan su extensión y uso en el ámbito de menores en situaciones de vulnerabilidad y dentro del contexto comunitario en general (y en los sectores concretos que lo conforman).

**Este documento pretende ser una base común y un marco de referencia que oriente en la elaboración de programas de detección temprana y consejo breve, y que sirva como guía en su aplicación**

El **objetivo estratégico** de trasladar y aplicar el modelo SBIRT a nivel comunitario tiene que ver con la oportunidad que ofrecen los servicios y profesionales más próximos a los/las menores para actuar preventivamente ante situaciones y conductas de riesgo que se van a manifestar durante su contacto cotidiano con ellos/as desde cada uno de sus recursos.

### 3.1.1 Principios a tener en cuenta

Tomando en consideración el marco expuesto en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024, y, desde el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 de la Agenda 2030 Salud y Bienestar, se realiza la propuesta de principios a seguir en el diseño de estos programas preventivos:

#### 1. Oportunidad, cercanía y accesibilidad

Una de las ventajas que ofrecen los programas de intervención temprana o breve es la proactividad, permitiendo así la anticipación a los acontecimientos y el aprovechamiento de la disponibilidad de los servicios más cercanos a la ciudadanía y, en concreto, a los/las menores vulnerables. Ofrece la posibilidad de una atención cercana, accesible y oportunista, potenciando la capacidad de detección y actuación de forma sistemática y científica de los/las profesionales de estos servicios.

#### 2. Atención a la diversidad cultural, ideológica, religiosa, familiar y de género

Los efectos de los factores de riesgo y de protección son diferentes no solo respecto a la edad y momento evolutivo, sino también respecto del sexo, raza, cultura y entorno de cada persona (Beauvais y cols., 1996; Moon y cols., 1999). Por ejemplo, es múltiple y está bien documentada cómo influye la variabilidad del género no solo en el consumo de drogas, sino en el uso de redes, internet, juego etc. El diseño de cualquier programa tiene que tener en cuenta esta variabilidad.

#### 3. Enfoque centrado en la persona

El comportamiento de los/las menores se entiende desde la relación y sentido que mantienen con su contexto, adaptándose a él. Sus conductas son el resultado de la interacción entre su

biografía personal, la historia transaccional con su contexto y la funcionalidad de la conducta, que explica su reiteración en ella a través de las consecuencias experimentadas. Si entendemos esto, comprenderemos que, estratégicamente, no se puede promover ningún cambio sin situar al menor como eje de su propia vida, con capacidad de promover y decidir sus propios cambios y ser capaz de realizarlos (ver Anexo 3).

#### **4. Seguimiento y apoyo durante el proceso de desarrollo hasta la mayoría de edad**

En menores en situación de vulnerabilidad nos encontramos una mayor incidencia de contextos cambiantes, con situaciones estresantes e impredecibles. Con frecuencia, las demandas que generan sus entornos son mayores que las competencias y recursos con los que cuentan para darles respuesta. En el resultado de esta ecuación está la probabilidad de padecer algún trastorno. Es conveniente, especialmente en menores vulnerables, la potenciación de sus recursos personales y sociales, y el seguimiento en la utilización de los mismos hasta la mayoría de edad.

#### **5. Necesidad de intervención comunitaria (enfoque intersectorial e interdisciplinar)**

Las actuaciones puntuales y aisladas de los servicios son menos relevantes y estables y tienen un menor impacto que la participación y coordinación intersectorial y comunitaria, tanto pública como privada. La necesidad de coordinación de los recursos y de los profesionales se hace imprescindible en el trabajo con menores y sus familias, donde la intervención se va a basar en el cambio y refuerzo de las múltiples áreas de sus vidas: educativa, social, ocio y tiempo libre, salud...

#### **6. La importancia de la participación de la familia desde un enfoque de parentalidad positiva**

El papel de las familias es crucial, tanto como factor protector como de riesgo. Por ello, su implicación en la intervención es de vital importancia, tanto para la prevención como para la evitación de la cronicidad de las conductas adictivas. Desde los programas de parentalidad positiva se enfatiza la potenciación de habilidades de las familias, siendo un recurso útil para intervenciones de este tipo.

#### **7. Evidencia científica de las actuaciones y modelos explicativos que sustentan el programa**

Se trata de que la información, las intervenciones y los programas que se desarrollen en este ámbito estén basados en información actualizada y en la evidencia científica.

### **3.1.2 Objetivos de la detección precoz e intervención breve con este tipo de menores respecto a conductas y usos de riesgo.**

- **Respecto al consumo de drogas:** el objetivo principal siempre será la abstinencia, pero teniendo en cuenta que esta dependerá de los usos que hagan de las sustancias y su decisión de cambio. Se contempla la estrategia de reducción del consumo y de riesgos en todo momento. Es importante recordar, tanto a los menores como a sus familias, que no existe riesgo cero con el uso de drogas.

- **Respecto al juego de apuestas:** el objetivo será el de respetar la legislación vigente, es decir, no apostar antes de la edad permitida (18 años). Como en el caso de las adicciones con sustancia, debe tenerse en cuenta que esto dependerá de los usos de las sustancias, de su edad y de su decisión de cambio. Por ello, se contempla la estrategia de reducción de riesgos en todo momento. Es importante recordar, tanto a los menores como a sus familias, la legislación al respecto.
- **Respecto al uso de nuevas tecnologías** (internet, redes sociales, móviles...): el objetivo será el uso adecuado de las mismas, con apoyo en la regulación de su uso por parte de la familia.

**En general, podemos contemplar objetivos que vayan desde la abstinencia (sustancias adictivas), la reducción del uso, la reducción del riesgo, hasta el uso adecuado (en las tecnológicas). Además, en todos los casos se hará referencia a la legislación vigente, respecto a cada conducta, en cada comunidad autónoma.**

### 3.1.3 Propuesta de fases de la intervención

Estratégicamente, se puede optar por diversas opciones de intervención a la hora de elaborar programas de intervención breve:

- **Centrarse en una o varias conductas de riesgo.** Sería importante tomar la decisión en base al grado de incidencia de las conductas de riesgo en la población de menores con la que vamos a trabajar, seleccionando aquella o aquellas con mayor incidencia.
- **Aplicar el programa dentro de todo el abanico de conductas y problemas presentados en esta propuesta,** tanto conductas con riesgo adictivo como usos problemáticos, enmarcándose en un enfoque más cercano al de conductas de riesgo asociadas al estilo de vida de los menores. Esta última opción es la propuesta que se realiza a continuación.

Teniendo en cuenta que lo que se propone en este documento es adaptar el modelo SBIRT y ampliar su aplicación al trabajo intersectorial del ámbito municipal y comunitario, es importante tener en cuenta una serie de consideraciones:

1. Incluir una **fase inicial** que contemple la **identificación de menores en situación de vulnerabilidad** y la consiguiente evaluación de su estilo de vida (y sus familias en aquellos casos de mayor riesgo), así como las conductas de riesgo sobre las que actuar. Estas conductas van a estar asociadas principalmente a su tiempo de ocio y van a estar moduladas por su familia y grupo de iguales, dos aspectos que hay que considerar de forma clara durante todo el proceso.

2. **Identificación de indicadores de riesgo en los procesos de intervención formal e informal.**  
Al movernos en el ámbito comunitario y respecto a menores en situación de vulnerabilidad, esta estrategia se conforma como un elemento esencial del proceso. Ejemplos:
  - **En el centro educativo:** profesorado, equipo técnico, auxiliares de servicios, menores y sus familias, compañeros/as, son todos posibles detectores de riesgo para la salud en los múltiples tiempos de la interacción formal e informal.
  - **En los servicios sociales:** se detectarán los indicadores de riesgo a través del proceso de intervención y de los programas asociados al servicio: trabajo social de zona, programas de intervención familiar, prevención comunitaria, educación de calle, centro de día de familia, programas de prevención en barrios, etc.
  - **En los centros de menores:** la detección de indicadores se llevará a cabo en los momentos de evaluación y a lo largo del proceso de convivencia cotidiano.
3. **Explorar la red de conductas de riesgo relacionadas entre sí:** por ejemplo, consumo de drogas y conductas sexuales de riesgo y/o conductas para-suicidas, mayor prevalencia de uso de tabaco, cannabis, borracheras y/o “binge drinking” entre menores con uso problemático de internet, etc...
4. **Revisión y ajuste de los tiempos empleados en las intervenciones técnicas** ante la ausencia de estudios relacionados con este tipo de intervenciones con menores en situación de vulnerabilidad.

## 3.2 Fases del procedimiento de intervención siguiendo el protocolo SBIRT aplicado a menores en situación de vulnerabilidad

Teniendo en cuenta esas consideraciones, a continuación, se definirán las fases de actuación del modelo SBIRT aplicado a menores en situación de vulnerabilidad.

Tabla 7. Fases del Procedimiento de Intervención según el protocolo SBIRT

### FASE 1. Identificación de menores en situación de vulnerabilidad respecto a conductas de riesgo que comprometen su salud. Valoración y screening de conductas de riesgo específicas

**Objetivo general:**

- Identificar menores en situación de vulnerabilidad, y trabajar junto con el/ella la valoración, identificación y screening del nivel de riesgo respecto a su salud, su estilo de vida y conductas de riesgo.

**Procedimiento:**

- Identificación de forma general de menores en situación de vulnerabilidad y conductas de riesgo.
- Identificación de conductas de riesgo por medio de la entrevista y cuestionarios breves de screening.

## FASE 2. Aplicación del consejo breve

### Objetivos generales:

- Motivar al/a la menor a ponerse objetivos personales en línea con sus valores y deseos de mejora de vida.
- Concretar objetivos, según la evidencia científica actualizada, que le permitan generar el cambio de las conductas de riesgo.
- Activar sus capacidades y competencias personales para realizar ese proceso de cambio.
- Explorar aquellos recursos comunitarios que puedan ayudarle en esta tarea y facilitarle su acceso.

### Procedimiento:

- Aplicación de los pasos del consejo breve:
- Consejo breve simple.
- Consejo breve extendido.

## FASE 3. Derivación (en aquellos casos que se considere necesario)

### Objetivo general:

- Facilitar el proceso de derivación a recursos especializados.

### Procedimiento:

- Aplicación de protocolos específicos de derivación.

## FASE 4. Seguimiento y refuerzo de aprendizajes adquiridos hasta la mayoría de edad en menores

### Objetivo general:

- Implementar el seguimiento del/la menor reforzando los aprendizajes adquiridos en las fases anteriores.

### Procedimiento:

- Realización de citas de seguimiento del/de la menor y revisión de indicadores según las conductas de riesgo y estilo de vida.

Elaboración propia.

### 3.2.1 Fase 1: Identificación de menores en situación de vulnerabilidad. Valoración y screening de conductas relacionadas con las adicciones con y sin sustancia

#### ***Identificación de menores en situación de vulnerabilidad***

No hemos encontrado, en la literatura revisada, referencias **a la identificación de la situación de vulnerabilidad en menores** dentro de programas de intervención temprana o breve. Sí se mencionan, y en algunos casos se evalúan, los factores de riesgo y protección respecto a las conductas adictivas, pero no se utiliza el término de vulnerabilidad ni se identifican indicadores asociados. Esto puede tener que ver con los diferentes conceptos que se utilizan desde los diferentes ámbitos de abordaje a los menores en situación de vulnerabilidad. En el ámbito de las adicciones se suelen utilizar conceptos referidos a los factores de riesgo y protección en los menores, familias o contextos, mientras que en el ámbito de los servicios sociales se utiliza más el de menor o familia en situación de riesgo o vulnerabilidad.



De esta manera, la detección de menores en situación de vulnerabilidad se ha realizado tradicionalmente a través de la identificación de indicadores de riesgo general o de indicadores de riesgo social (en Servicios Sociales y Protección de Menores), tanto en el ámbito del/ de la menor como de la familia, y principalmente a través de procedimientos de observación o entrevista. No hemos encontrado en la literatura científica revisada escalas o cuestionarios de identificación de "vulnerabilidad", salvo un "cuestionario social" realizado por el Instituto Deusto de Drogodependencias en colaboración con la Cruz Roja, que mide el grado de vulnerabilidad respecto a la exclusión social con cuatro niveles de riesgo diferentes (González de Audikana, J.M; Montero Matellanes, M; Ruiz Narezo, N. 2015). Este cuestionario se basa en el constructo de la vulnerabilidad social (Ayala, 2006; Subirats i Humet, 2005; Rubio y Monteros, 2002; Malgesini, 2001; Perona et al, 2000, EDIS et al, 1998).

En la práctica profesional, la valoración de este aspecto se desarrolla principalmente mediante la **observación y descripción de los factores de riesgo y protección**, detectados por distintos tipos de profesionales en sus ámbitos de intervención. Así, por ejemplo, un trabajador/a social justificará la situación de vulnerabilidad de un/una menor a partir de: identificar que la familia no está apenas en casa por motivos laborales y que, por ello, el/la menor tiene escasa supervisión y pasa muchas horas en la calle con su grupo de referencia, en un barrio con escasos recursos de ocio e indicios de "trapicheo" con sus amigos; que su rendimiento escolar es bajo, con numerosas ausencias de las clases, que hay evidencias de discusiones violentas entre los padres en su casa y que manifiesta estados claros de inquietud y conflictividad en el centro educativo desde temprana edad con múltiples sanciones y partes de incidencias.

**Respecto a la identificación de factores de riesgo/protección relacionados con las adicciones con y sin sustancia**, sí existen indicadores, criterios diagnósticos y cuestionarios estandarizados que expondremos más adelante.

En la práctica profesional encontramos diferentes situaciones a partir de las cuales identificar tanto a menores y familias en situación de vulnerabilidad, como posibles problemas asociados a consumo de sustancias psicoactivas o hábitos problemáticos de conducta:

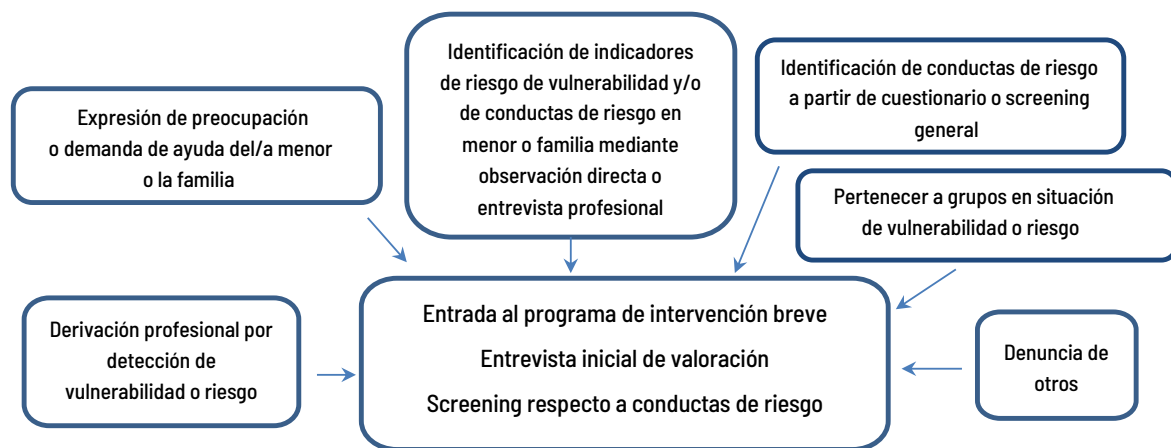
- Por **exposición de un problema, petición de ayuda o demanda directa** por parte del/la menor en algún tipo de situación. Expresan una dificultad, problema o demanda de ayuda a algún profesional del servicio.
- Por **denuncia o exposición de preocupación de personas cercanas o compañeros/as** sobre algún aspecto de la vida del/de la menor o su familia. Por ejemplo, un vecino acude a Servicios Sociales o la policía ante una situación de posible abandono de un/una menor.
- **Derivados por otros servicios o profesionales**, que identifican indicadores de riesgo relacionados con la situación de vulnerabilidad.
- **A partir de la observación directa o entrevista con menores o su familia** en el ámbito del ejercicio profesional. Por ejemplo: cuando la policía observa situaciones de abandono o maltrato; cuando el profesorado detecta esta situación en una entrevista en su servicio.

- Por **detección a partir de alguna prueba de valoración o screening de forma universal** a la población destinataria de algún servicio de la comunidad. Por ejemplo, a partir de un cuestionario sobre uso de nuevas tecnologías realizado en el aula o centro educativo.
- Por **pertenecer a colectivos en situación de riesgo o vulnerabilidad** respecto a las conductas a que nos referimos. Por ejemplo, menores cuyo padre o madre tiene problemas de adicción, menores inmigrantes no acompañados, etc.

### Indicadores y grupos de riesgo en un programa de intervención temprana o breve con menores en situación de vulnerabilidad:

- Indicadores asociados a los diferentes tipos de problemas o adicciones con o sin sustancias.
- Indicadores asociados a maltrato y desprotección familiar
- Grupos con mayor riesgo de encontrarse en situación de vulnerabilidad: menores inmigrantes, personas con discapacidad, trastornos tempranos de la conducta, menores con familias con trastornos psiquiátricos o de adicciones, menores institucionalizados...

Gráfico 2. Indicadores de entrada al programa de intervención breve



Elaboración propia

Es importante remarcar que, durante las intervenciones en adicciones con o sin sustancia, el que un/a menor esté en mayor grado de vulnerabilidad le va a situar en un grado de riesgo mayor respecto a las conductas problemáticas que estamos estudiando. Por ello, en muchos casos, en esta situación se aconseja una intervención más intensa, alentando a menores y sus familias a participar en algún tipo de intervención fortalecedora en competencias personales además de, probablemente, intervenir respecto a su situación social y económica, desde el ámbito de la intervención comunitaria. Por ejemplo, se les puede ofrecer participar en programas de prevención selectiva, de competencias o habilidades de vida, de prevención indicada, o si se cuenta con este recurso, la inclusión en un centro de día centrado en menores y familias con apoyo socioeconómico y en competencias parentales.

En todo caso, los procesos de detección de vulnerabilidad referidos, debidamente contrastados, proporcionarían los motivos suficientes para la entrada al programa y el inicio de una valoración más detallada de los/las menores y sus familias.

### **Identificación de conductas de riesgo por medio de la entrevista y la implementación de cuestionarios breves de screening**

Una vez que se identifica un/a menor con posibilidades de desarrollar algún tipo de problema, se pueden encontrar dos dificultades con respecto a la posible intervención:

- La mayor/menor **motivación de estos/as a colaborar con la evaluación**, ya que en muchos casos es probable que no exista conciencia de problema.
- La **posibilidad de encontrar diferentes conductas problema y, en muchos casos, la asociación entre ellas. Esto implica dedicar tiempo a su exploración**, especialmente si se tiene en cuenta que no existe hasta el momento un único cuestionario de *screening* que valore todas las conductas de riesgo referidas de una vez y de forma rápida. Por otro lado, realizar una entrevista estructurada que explorara todas las conductas sería larga y costosa de implementar con menores.

Estas limitaciones obligarán a utilizar un procedimiento que ayude a superarlas, de manera que podamos abordarlas de la forma más eficientemente posible en un periodo breve de tiempo. Para ello, se utilizará un formato de evaluación centrado en la **entrevista motivacional**, focalizado en valorar aquellas conductas de riesgo detectadas en el/la menor, pero sin olvidar revisar otras conductas y riesgos que puedan estar asociadas a ellas. Nos referimos entre otras, y especialmente, a conductas sexuales de riesgo o conductas parasuicidas.

En aquellos menores que acceden al programa por su situación de vulnerabilidad sin conocer si existen conductas de riesgo, se valorarán estas a partir de explorar su estado general de salud asociado al estilo de vida personal y familiar.

#### **Proceso general de entrevista:**

- Cuando el profesional no es conocido por el/la menor, **se presenta con su nombre y profesión.**
- **Se expresa el objetivo de la entrevista**, centrándose en el protagonismo que el/la menor tiene para tomar sus propias decisiones. Desde ese principio se le ofrece un servicio que le ayude a valorar su situación de salud respecto algunas situaciones o conductas que pueden resultar problemáticas en su vida.
- Se le informa de los **principios de confidencialidad** de que consta el programa.
- **Se le pregunta si quiere participar** en el proceso de entrevista y evaluación y, si el/la menor acepta, se comenzará con ella.

- Se empieza preguntando de forma general por **sus valores** (principalmente referidos a la salud, ocio, formación, familia y amigos) y la importancia que tienen para el/la menor. Posteriormente, se le pregunta cómo le gustaría estar en estos ámbitos y cómo cree que está actualmente (contrastar su conducta de riesgo en estas áreas respecto a los valores planteados provocando discrepancias).
  - Se aprovecha durante este debate para realizar un **barrido general sobre las conductas de riesgo a evaluar** y, si existe el tiempo suficiente, se pregunta por el tipo de uso, frecuencia, intensidad y contextos de uso con el fin de identificar aquellas que puedan suponer una amenaza a la salud. **Se pregunta al menor sobre las consecuencias que estas conductas tienen o pueden tener en su vida.**
  - Se le informa, preguntando previamente, si está interesado/a en conocerlas, otras posibles consecuencias habitualmente asociadas a esas conductas de riesgo y a su edad.
  - Se pregunta por incidencia y actitud de estas conductas de riesgo en la familia y los amigos.
- **En el caso de que el/la menor acuda por su propio interés respecto a alguna conducta de riesgo, derivado tras sanción o ante una sospecha conocida de poder tener problemas con alguna conducta con potencial adictivo o uso problemático:**

Se comenzará explorando cuánto le afecta la situación acontecida y su preocupación al respecto. Se valorarán con él/ella las posibles consecuencias e implicaciones en su vida y se le ofrecerá el programa como un recurso que le ayude a valorar mejor su estado actual con respecto a su salud y posibles conductas que le estén causando problemas.

- **Se le ofrecerá investigar más detenidamente, por medio de un cuestionario, aquellas conductas en las que manifiesta algún consumo o uso que pudiera ser problemático.** Para ello se **explica la utilidad que puede tener la realización del cuestionario** y se requiere su interés y aprobación. Explicar que **el objetivo principal de pasar el cuestionario** es el de conocer el tipo de uso de la sustancia, o de la conducta que estamos evaluando, y poder informarle si estos usos pudieran ser problemáticos. También se puede explicar que el cuestionario tiene la misma utilidad que los análisis de sangre que le realizan para conocer su estado general de salud cuando va a su centro de atención primaria. Este uso sería parecido, pero respecto a sus hábitos de conducta y a la relación que establece con las drogas, las TRICO, etc.

Una condición para pasar este tipo de instrumentos a personas jóvenes es la de garantizar que den la respuesta de forma veraz y sincera. Para ello, tenemos que asegurarnos que ya se ha establecido un ambiente mínimo de confianza a estas alturas de la entrevista.

Podemos escoger entre la forma autoadministrada o incluir el cuestionario de *screening* como un elemento más de la entrevista. En el primer caso, es útil revisar las preguntas con la persona, ya que aparte de poder verificar las respuestas, da la oportunidad de preguntar y matizar estas, estableciendo una conversación que puede aportar información extra y útil en la valoración.

- **Una vez realizado y valorado el cuestionario breve, pasamos a la fase de consejo breve** con la devolución de *feedback* del cuestionario, análisis conjunto de la situación y propuesta de cambio.

### **Formas de utilización del cuestionario o screening desde el enfoque motivacional**

La utilización de este tipo de herramientas nos permite obtener una información contrastada a través de instrumentos validados científicamente. Además, nos ofrece una oportunidad para conducir la entrevista hacia una metodología de tipo motivacional, indispensable en el consejo breve.

De esta manera se genera un diálogo reflexivo con el/la menor a través de sus respuestas al cuestionario y de los resultados obtenidos, nos permite escuchar sus percepciones sobre usos y consumos, afrontar sus resistencias y buscar las ventajas de un cambio de conducta.

#### **Un ejemplo de conversación durante el screening:**

Ante la pregunta del cuestionario GASA de videojuegos “¿Te has peleado con otros (amigos, padres...) por el tiempo que dedicas al juego?”

- *Mira Jorge, aquí indicas que a menudo tienes peleas con otros por jugar, ¿a qué te refieres? ¿Con quién?*
- *Es que mis padres son muy pesados y no saben esperar a que termine...y además no entienden que estoy jugando con otras personas... ¡no me voy a ir de repente!*
- *Y cuando dices peleas... ¿a qué te refieres?*
- *Pues a que nos gritamos, el último día mi madre me desenchufo el ordenador y casi nos pegamos, le di un puñetazo a la pared por no dárselo a ella. Cuando vino mi padre yo me había encerrado en mi habitación.*
- *Ya, ¿cómo te sientes con estas situaciones?*
- *Pues mal, si es que no lo entienden, yo ya voy a clase y apruebo, si no quiero salir a la calle es mi problema.*
- *Ya veo. ¿No sales a la calle?*
- *Prefiero quedarme en casa, si no quiero salir a la calle y prefiero jugar con mis amigos por ordenador o si no quiero ir a extraescolares es mi problema”.*
- *Ya entiendo, y me dices que es tu decisión.*
- *Claro.*
- *En relación a esto que me cuentas...en la siguiente pregunta respondes que...*

Elaboración propia.

## Listado de cuestionarios de screening según conductas de riesgo

### Herramientas sugeridas para la detección precoz de las adicciones con y sin sustancia en España

Uso	Herramientas
Drogas en general	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CRAFFT (Abuse Screening Test)</b> – Validado en España: Rial A, Kim-Harris S, Knight JR, Araujo M, Gómez P, Braña T, et al. – Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. <i>Adicciones</i>. 2018;31(2):160.</li> <li>• <b>CRAFFT 2.1 Y CRAFFT 2.1+N</b> Validadas con adolescentes españoles por el equipo de investigación del profesor Rial Boubeta, de la Universidad de Santiago de Compostela, en colaboración con sus autores originales, mostrando un comportamiento psicométrico adecuado (Isorna et al., 2023).</li> <li>• <b>POSITUAS (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers -Subescala de uso y abuso de sustancias-)</b>. – Validado en España: Araujo, M, Golpe, S, Braña, T, Varela, J, Rial, A. Validación psicométrica del POSIT para el cribado del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas entre adolescentes. <i>Adicciones</i>. 2018; 30(2):130.</li> </ul>
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>AUDIT (Alcohol User Disorders Identification Test)</b> Validado en España: Rial, A, Golpe, S, Braña, T, Varela, J. Validación del «Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol» (AUDIT) en población adolescente española. <i>Behavioral Psychology</i>. 2017;25(2):371-386.</li> <li>• <b>AUDIT-C (Versión abreviada del Alcohol User Disorders Identification Test)</b> Validado en España: Cortés-Tomás M-T, Giménez-Costa J-A, Motos-Sellés P, Sancerni-Beitia. M-D. Different versions of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as screening instruments for underage binge drinking. <i>Drug Alcohol Depend</i>. 2016;158:52-9.</li> </ul>
Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>HONC..</b> Isorna, M.; Harris, S.K.; García, N.; Gómez, P.; Varela, J, y Rial, A. (2023). Validación del Hooked on Nicotine Checklist (HONC) con adolescentes españoles. 5th International Congress - L Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Granada, 23-25 sept. 2023.</li> </ul>
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CAST (Cannabis Abuse Screening Test)</b> – Validado en España con población general de adolescentes: García-Couceiro N, Golpe S, Braña T, Varela J, Rial A. Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Garantías psicométricas para la detección del consumo de riesgo en adolescentes. En: Isorna M, Villanueva V, Rial A. Cannabis: evidencia científica vs. controversia social. Madrid: Dykinson; 2021. p.137-148.</li> </ul>
TRICO y juego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tecnotest.</b> Cuestionario de screening para la detección temprana de adicciones tecnológicas (videojuegos, móvil y redes sociales) y juego. Elaborado para aplicación en menores. Cholíiz Montañés, M; Marcos Moliner (2020). Desarrollo del instrumento: Marta Marcos; Mariano Cholíiz.(2023) Tecnotest: A screening tool for technological addictions and gambling disorder .Revista Adicciones. Vol 35. nº 3. 2023.</li> </ul>
Uso de internet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EUPI-a (Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes)</b> – Validado en España: Rial A, Gómez P, Isorna M, Araujo M, Varela J. EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. <i>Desarrollo y validación psicométrica</i>. <i>Adicciones</i>. 2015; 27(1):47-63.</li> </ul>
Video juegos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>GASA (Game Addiction Scale for Adolescents)</b> – Validado en España por: Lloret Irlés D, Morell Gomis R, Marzo Campos JC, Tirado González, S. Validación española de la Escala de Adicción a Videojuegos para Adolescentes (GASA). <i>Atención Primaria</i>. 2018;50(6):350-358.</li> </ul>
Juego Patológico/ Problemático	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>BAGS (Brief Adolescent Gambling Screen)</b> – Validado por: Stinchfield R, Wynne H, Wiebe J, Tremblay J. Development and psychometric evaluation of the Brief Adolescent Gambling Screen (BAGS). <i>Frontiers in Psychology</i>.2017;8(2204):1-9.</li> </ul>

ACTUALIZADO por los autores de Nuria García-Couceiro et al. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95:

Es importante, tras estudiar las conductas de riesgo con el cuestionario, explorar otras que puedan estar asociadas a estas. En concreto, hacer preguntas sobre conductas para suicidas, conductas sexuales de riesgo y acompañamiento en vehículos con conductores bajo efectos de sustancias. Otros screening relacionados con conductas de riesgo asociadas:

<b>Conductas suicidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Escala conducta suicida SENTIA-Breve para adolescentes españoles</b> – Validado en España por: Díez-Gómez A, Fonseca Pedrero E, Pérez-Albéniz, A Sebastián Enesco C. <i>Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: validación de la escala SENTIA-Breve Artículo en Actas Españolas de Psiquiatría 2021.</i></li> </ul>
<b>Uso de pornografía en Internet</b>	<p>“Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS-6-A) in adolescents”, para adolescente Bóthe, B., Vaillancourt-Morel, M.-P., Dion, J., Stulhofer, A., &amp; Bergeron, S. (2021) Esta escala no está traducida ni validada en población adolescente española.</p>

Desde el Instituto de Adicciones de Madrid Salud se ha elaborado un **Manual de intervención individual en prevención de adicciones con adolescentes y jóvenes desde la Educación Social (2016)**. Este manual documenta la intervención preventiva desde la detección precoz y la valoración del riesgo hasta la intervención individual socioeducativa en las conductas de riesgo relacionadas con adicciones.

El manual cuenta, además, con tres Instrumentos de **Valoración del Riesgo de Adicción (IVRA) para adicciones con y sin sustancias: IVRA sustancias, IVRA TIC e IVRA juego**. Este instrumento ayuda al profesional a realizar una valoración de la situación de riesgo durante la entrevista con el menor, y a partir de otras informaciones recogidas durante el proceso.

Las herramientas IVRA permiten medir de forma unificada, estructurada y cuantificable el riesgo de adicción a través una serie de indicadores que se categorizan en criterios comunes, criterios específicos y criterios de derivación. Estas tres categorías valoran y cuantifican la conducta problema, y las áreas de las vidas de los/las adolescentes y jóvenes afectadas por la conducta problema.

La ponderación de todos estos indicadores permite identificar tres perfiles de riesgo de desarrollar una conducta adictiva: perfil leve, perfil moderado y perfil de riesgo elevado. Una vez establecido el perfil de riesgo, se diseñan los objetivos, las actuaciones e intervenciones en consonancia con ese perfil.

Actualmente, el instrumento de valoración IVRA está en proceso de validación y evaluación externa en colaboración con la Universidad de Deusto.

Incluimos aquí esta referencia porque puede ser una herramienta interesante para aquellos recursos que quieran y puedan profundizar más en la evaluación, de una forma sistemática, delimitando más concretamente el riesgo. Es un proceso de detección e intervención que, por ejemplo, en centros de protección de menores con periodos de permanencia de los menores de larga estancia, puede ser un modelo a tener en cuenta. Si bien no se puede encasillar en intervención temprana, ya que tiene tiempos de intervención más largos, en este tipo de centros se pueden buscar modelos de intervención adaptados a ese entorno.

Es importante tener en cuenta la edad de los menores a la hora de valorar y comentar los resultados de los cuestionarios con ellos y/ o sus familias, ya que el riesgo es mayor cuanto menor es su edad. Por lo general, este tipo de diferencias no están ponderadas en la mayoría de los cuestionarios, por lo que tendrá que ser tenido en cuenta por quien haga la entrevista.

Respecto al alcohol y la variable edad existen dos **herramientas de interés** (ambas están incluidas en *“National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2021). Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth. A Practitioner’s Guide”*, en la bibliografía.

- *“Pocket Guide”* del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2021), que cruza edad con número de días de consumo a la semana.
- *“Escala de estimación de niveles de bebida respecto al binge drinking para menores”* (Donovan, 2009) que establece un criterio de cantidad respecto a la edad en este tipo de consumo.

### **3.2.2 Fase 2: Consejo breve. Procedimiento de actuación para realizar un consejo breve**

Dependiendo del resultado del screening y la problemática evaluada se requerirá un tipo de consejo breve simple para aquellas situaciones menos problemáticas; uno extendido, para aquellas que se empiece a manifestar un uso de riesgo sin llegar a ser problemático o una derivación en aquellos que ya se muestre un uso problemático de forma manifiesta. A continuación, exponemos un esquema de pasos para utilizar de forma general en cada situación. También incluimos un apartado sobre el abordaje con la familia.

#### **Consejo breve simple**

Se realizará en el caso de que el/la menor no consuma ningún tipo de sustancias adictivas, que su consumo sea ocasional y/o el uso de este tipo de conductas no conlleve riesgo. Las pautas a seguir serán:

1. **Reforzar la conducta actual**, orientando hacia una posible abstinencia en el caso de consumo de drogas y reflexionar con el/la menor las ventajas y consecuencias que éste tiene.
2. **Explorar su futura intención respecto al uso de sustancias u otros usos de riesgo**, reforzando el mantener la decisión o dar recomendaciones en caso de de atisbar alguna opción de cambio en la decisión, valorando pros y contras de cada opción, aportando información científica si le interesa.
3. **Explorar los usos de riesgo de la familia y/o amistades**. Observar si la familia tiene conductas de riesgo. Explorar cuales son las pautas que se mantienen con el/la menor respecto a estas conductas de riesgo y **valorar una entrevista con la familia para consejo breve**. Igualmente valorar la recomendación de algún recurso de fortalecimiento para la gestión educativa de la vida familiar.



4. Si el grupo de amistades mantiene usos de riesgo, **valorar con el/la menor estrategias de cómo mantener su decisión, para reducir el riesgo** (por ejemplo, en el caso de consumo de drogas facilitar pautas generales respecto a uso de drogas y conducción) **y para gestionar usos problemáticos** (por ejemplo, intoxicación de un amigo/a).
5. **Facilitar una cita posterior de seguimiento/refuerzo.**

### **Consejo breve extendido**

Se realizará en el caso de valorar uso de riesgo. Los pasos generales del procedimiento, tras la implementación del proceso de valoración por medio de la entrevista y los cuestionarios (adaptados del Manual de intervención breve vinculada al ASSIST), serán los siguientes:

1. **Preguntar si desea conocer sus puntuaciones** en los cuestionarios implementados.
2. **Proporcionar retroalimentación personalizada** sobre sus puntuaciones, siguiendo las recomendaciones establecidas para cada cuestionario. Explicar qué puede suponer e implicar cada puntuación en su salud. Al ser menores, siempre se les indicará que cualquier tipo de consumo de drogas supone riesgo para su salud independientemente de cantidad y frecuencia.
3. **Valorar su conciencia del riesgo.** Preguntar en qué grado cree que estas puntuaciones pueden ser un problema para su vida y para la gente con la que vive, teniendo en cuenta sus valores y objetivos personales. Valorar su conciencia del riesgo respecto a sus conductas de riesgo.
4. **Analizar las consecuencias positivas acerca de la conducta de riesgo frente a las consecuencias negativas de ésta.** Permitir la discrepancia y la resistencia durante el proceso de diálogo.
5. **Explorar con él/ella las posibilidades de alcanzar la abstinencia o reducir los riesgos asociados a sus usos problemáticos.** Ofrecer consejo respaldado científicamente dentro del ámbito de la prevención. Cuando existan diferentes usos de riesgo, priorizar aquellos en los que se sitúe en mayor riesgo y en los que piense que es más fácil iniciar un cambio de hábitos. Permitir al/a la menor tomar una decisión responsabilizándose de ella. **Facilitar que concrete posibles objetivos de cambio.** Los objetivos que se establezcan deben priorizar su seguridad y tener en cuenta las restricciones impuestas por la ley, la familia, la escuela u otras fuentes (Tevyaw y Monti, 2004).
6. Dedicar un tiempo a ayudar al/la menor a **planificar cómo hacer efectivos sus objetivos**, garantizando que están dentro de sus posibilidades. Ver si necesita apoyo o no para alcanzarlos.
7. **Resumir y reflexionar sobre lo que ha expresado y decidido** acerca de las conductas de riesgo, haciendo hincapié en la importancia de que la decisión la tome él/ella. Ayudar a identificar las ventajas que puede tener esta decisión para su vida y para sus personas cercanas.

8. **Informar de los recursos de apoyo comunitarios oportunos** a menores y sus familias, si se valora oportuno, apoyando su accesibilidad. Ofrecer materiales informativos para llevar a la casa con el fin de reforzar la intervención breve.
9. **Concretar citas de seguimiento y refuerzo** para facilitar el cumplimiento de sus objetivos.

### **Ejemplo de consejo breve extendido**

- ...*Gracias por contestar a las preguntas, Irene. Una vez contestado el cuestionario se puede obtener una puntuación de cada persona sobre el riesgo que tiene al consumir cannabis ¿Te parece que calculemos la puntuación y conozcamos qué riesgo nos indica según tu consumo?*
- *Bueno, por qué no, por ver lo que dice, pero ya me lo imagino.*
- *¿Sí? ¿tú qué crees que va a decir?*
- *Que debo de consumir menos...seguro.*
- *¿Y eso? ¿Qué es lo que te hace pensar eso?*
- *Porque consumo todos los fines de semana y algo entre semana, pero eso sí, poco, ...no creo que sea tan malo para mi salud, me lo paso bien un rato con mis amigos. Mis padres me dan la "chapa" sobre si estoy fumando algo y esas cosas y que si saben que mis amigos fuman... pero yo sé que es ahora, pero en unos años lo dejaré. Bueno, dime que te pone ahí.*
- *Mira tú puntuación es de ... y, como tu más o menos sospechabas, expresa que tienes riesgo de tener problemas con tu uso del cannabis. Si te parece bien te cuento un poco más de por qué el cuestionario valora que tú puedes tener problemas con tu consumo.*
- *Bueno. Pero yo no estoy teniendo ningún problema...*
- *Ya, entiendo que quieres decir "que tú no fumas todos los días, tampoco es mucha cantidad y hasta ahora no has tenido problemas y piensas que lo dejarás algún día". Por otro lado, te diviertes al fumar con tus amigos ¿no es así?*
- *Pues sí (asevera con la cabeza).*
- *Antes, de todas formas, me comentabas "que no crees que fuera tan malo" y lo de las "charlas de tus padres", es decir, algo sospechas que podría afectarte ... ¿Qué riesgos piensas tú que puedes tener por consumir así teniendo en cuenta tu edad y esto que me comentabas antes?*
- *Yaaa, si yo sé que bueno no es, pero yo consumo poca cantidad, a veces solo unas caladas con mi gente, no creo que me dé problemas. Hay veces que solo es... y la verdad, me da buen rollo, "me deja muy chill". A veces me planteo si me está afectando la cabeza, lo mal que voy en los estudios, ya sabes...*
- *¿Te refieres a lo de la concentración, a la memoria?,...*
- *Sí a veces... ¡es que no me acuerdo de nada! ¡y mis padres me dicen que estoy "empanada".*
- *¿Qué opinas de lo que te dicen tu madre y tu padre?*
- *Esos no tienen mucha idea, pero entiendo que al menos se preocupan. Oye, no les dirás nada ¿no? No me molaría nada que se enterasen.*

- *Ya comentamos cuál era nuestro acuerdo y en qué casos tendría que informar a tus padres. De momento no estamos en esa situación.*
- *La verdad, "a veces me rayo" y me planteo dejarlo, pero yo qué sé, ...*
- *Quizás consumir te da buen rollo, pero a veces no te mola por qué sabes que bueno no es y a veces piensas hasta dejarlo, aunque ya me decías en el cuestionario que hasta el momento no lo has intentado.*  
*Si me permites otro día podemos hablar más de por qué sabes que no es bueno y comentamos sus efectos en una persona de tu edad. Pero también me interesa mucho esto que dices ahora ¿Crees que te lo podrías plantear ahora?*
- *No, no creo, si acaso consumir menos y así me gasto menos dinero y a lo mejor mejora mi cabeza, mis padres no me "comen" tanto la cabeza y esas cosas...*
- *Bueno es un desafío ¿no? ... consumir menos ¿a qué te refieres?*
- *Hay días que voy a extraescolares y al salir me paro con una gente que conozco y suele estar fumando, si me voy directa a casa seguro que no fumo y eso ya serían dos días sin probarlo...y los lunes voy a la academia con una amiga que no fuma y siempre me dice que me vaya con ella al salir...*
- *¿Podemos hablarlo? Me parece buena idea ¿Quieres que te ayude a intentarlo y lo planificamos?*
- *Bueno, ¿por qué no?*
- *Te voy a dar un pequeño documento sobre el consumo de cannabis, los riesgos en menores de edad y algunas cosas que se pueden hacer para reducir o abandonar el consumo, según tu decidas. ¿Te parece que volvamos a hablar la semana que viene?*
- *Ok, nos vemos entonces...*

Elaboración propia

### **El papel de las familias y pautas de intervención**

En el caso de menores, y especialmente en aquellos que viven en situaciones de vulnerabilidad, uno de los factores relevantes en los estándares de prevención y en la evidencia científica es el de la **participación de las familias en el proceso de intervención**. Como ya hemos reflejado en otros momentos del texto, dicha participación es básica ya que en este ámbito se encuentran una gran cantidad de factores de riesgo y protección.

En general, este tipo de intervenciones breves, en su práctica en el ámbito socioeducativo, se han centrado en el uso de sustancias dentro del ámbito de medidas alternativas a la sanción y en el ámbito escolar en educación secundaria. Esto ha implicado que la población destinataria fuese principalmente de adolescentes, y que las familias y la intervención con ellas adquiriese una menor notoriedad. Sin embargo, el uso de las nuevas tecnologías se produce ya en edades inferiores a los 11 años, y el uso de sustancias adictivas como tabaco, alcohol y cannabis entre los 12 y 14

años. Esto va a implicar un proceso de trabajo para algunos usos y edades en las que el grado de intervención sobre la familia adquiere una importancia central. Por ejemplo, en la intervención con un/a menor de 11 años con indicios de uso problemático del móvil, una gran parte se centrará en trabajar elementos educativos y de regulación familiar de estos usos.

De esta manera, durante el desarrollo de la intervención es conveniente tener una breve entrevista con la familia donde poder testear la información, la actitud y el estilo de vida de la familia respecto a los usos y hábitos de las conductas a estudiar. Durante ésta, se recogen posibles necesidades y demandas referidas a las posibles usos y conductas de riesgo y se informa sobre recursos socioeducativos de apoyo. Esta entrevista se puede presentar al/a la menor como un elemento más del programa, en el que se informa a la familia de recursos y programas socioeducativos que existen en la comunidad para ellos. Además, se le asegura que se mantendrán los principios de confidencialidad que se hayan acordado.

Por tanto, la participación de la familia va a ser fundamental en todo momento, especialmente en los casos de menores de edades tempranas. Durante este proceso puede aparecer el conflicto de respetar o no la confidencialidad en aquellos casos que el/la profesional considere que es importante informar a la familia. Sobre todo, teniendo en cuenta que en este tipo de intervenciones se le da mucha importancia a la opinión y decisión del/la menor y a mantener la confianza establecida con este. Por consiguiente, para decidir cómo actuar en estas situaciones, es importante atender a una serie de consideraciones:

- a **Expresar el acuerdo de confidencialidad con el/la menor, y aclarar que se mantendrá en todo momento, salvo en aquellas situaciones en las que se manifieste grave riesgo para su salud o para otras personas.** Estas situaciones serían:
  - Cuando el/la menor requiera tratamiento especializado. Expresarle que en este caso cualquier tratamiento requiere el consentimiento informado de la familia obligatoriamente para menores de 16 años y en edades posteriores hasta los 18 años, dependiendo de la madurez y plena capacidad de comprensión del menor para tomar decisiones.
  - Ante cualquier riesgo de daño de algún tipo a sí mismo/a o a otros.
  - Cuando la edad de inicio respecto al tipo de uso nos indique un alto riesgo (ver ejemplo respecto al uso de alcohol).

Tabla 8. Edades de Inicio.

	Algún uso de alcohol	Problemas leves	Problemas significativos o dependencia
9-11 años	sí	sí	sí
11-14 años	Quizás*	sí	sí
14-18 años	Quizás*	Quizás*	sí

Traducido de "Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth | A Practitioner's Guide. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism".

\*Se entiende el término "quizás" como la necesidad de valorar los factores de riesgo/protección relacionados con el menor y su familia para determinar el riesgo.

- b **En el caso de que se considere conveniente informar a la familia, lo apropiado es motivar y dar alternativas para que sea el propio menor el que decida hacerlo.** Se tratará de darle facilidades para realizarlo en el programa y con el apoyo profesional si de esta manera le resulta más fácil.
- c Una situación de especial vulnerabilidad es aquella en la que se requiera **derivación a tratamiento**, el menor no quiera acudir y la familia no apruebe o no tenga autoridad para facilitar su inclusión en el programa. En este caso, **el/la menor se sitúa en una situación de desprotección que tendrá que ser comunicada a los Servicios Sociales de zona.**

#### Objetivos de proceso respecto a la familia:

1. **Aumentar el conocimiento** sobre las adicciones y usos problemáticos de las conductas del programa, sus consecuencias y evolución en población adolescente.
2. Apoyar y **reforzar la responsabilidad** y el papel de la familia en el estilo de vida del/de la menor.
3. **Aclarar dudas** mejorando la comprensión del problema.
4. Reforzar las **habilidades parentales** de la familia.
5. **Facilitar pautas de manejo educativo** respecto a la educación de la salud del/de la menor, a la abstinencia y a los usos adecuados de nuevas tecnologías. Motivar al cambio en usos de riesgo.
6. **Facilitar recursos de parentalidad positiva para potenciar los factores de protección familiares y de tratamiento temprano en caso de valorar esta necesidad.**

#### Pautas de intervención general con las familias:

1. **Concretar el motivo de la entrevista y establecer una relación de cooperación con la familia.** Es importante situar la entrevista en el ámbito del programa y buscar la colaboración de la familia en todo momento.

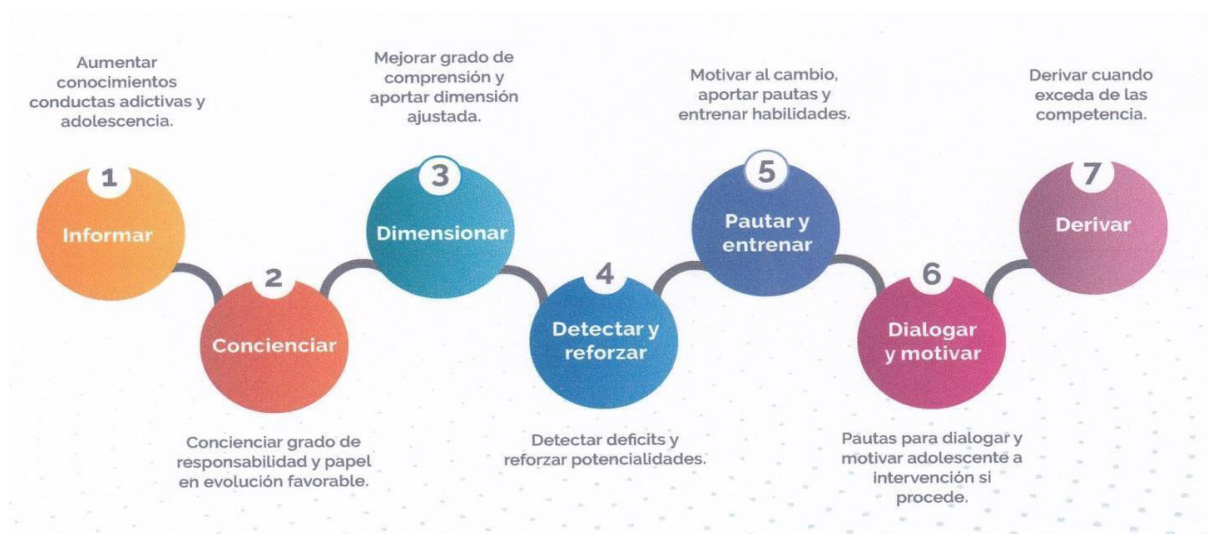
*“Os hemos solicitado acudir a esta entrevista para ver vuestro interés en participar en una intervención destinada a ayudaros en la mejora de hábitos respecto al uso de sustancias y otras conductas, con los que a esta edad vuestros/as hijos/as suelen tener problemas como son... ¿Qué os parece?, ¿Nos gustaría preguntaros si respecto a estas conductas tenéis algún tipo de preocupación respecto a vuestro hijo?” ... ¿Estaríais interesadas en participar? El proceso consistiría en...*

El objetivo sería **buscar una alianza cooperativa** respecto a cómo colaborar para reforzar aquellos comportamientos de salud que sean preventivos en el proceso educativo del menor. De nuevo, se seguirá una estrategia centrada en las potencialidades de la familia, su participación y toma de decisiones responsable. Se facilitará un análisis de la situación, conocimientos científicos y recursos que ayuden a tomar las decisiones de salud más adecuadas a la situación.

2. **Informar sobre la confidencialidad** de la entrevista y las condiciones establecidas con el/la menor.
3. **Valorar brevemente la situación de salud biopsicosocial de la familia.** Valorar la situación de vulnerabilidad de la familia, sus valores respecto a la salud y su conocimiento, su actitud, hábitos y pautas adoptadas respecto a las conductas de riesgo que previamente hayamos detectado en el menor. Ver, en general, como es la relación, pautas educativas y comunicación.  
*... Respecto a las conductas que os preocupan: ¿Cuánto os preocupan? ¿En qué sentido? ¿Cuándo observáis estas conductas, qué frecuencia tienen...? ¿Cómo desearíais que vuestro hijo o hija se comportase respecto a esa conducta? ¿Qué estáis haciendo para intentar regularlas? Y vosotros y otros familiares que convivan en casa ¿qué hábitos tenéis respecto a estas? ¿Cuál sería el objetivo ideal para vosotros?...*  
*¿Cómo es la comunicación con vuestro hijo? ¿Y su comportamiento en casa? ...*
4. **Dar información contrastada científicamente y pautas concretas respecto a aquellos usos de riesgo que hayamos detectado en el/la menor que puedan ayudarle a establecer objetivos oportunos de cambio.**  
*En base a la información que hemos visto y conociendo los usos de vuestro/a hijo/a ¿Cuál sería el objetivo ideal para vosotros?...*  

Es posible que los objetivos del/la menor y la familia no sean comunes, por lo que habría que dar pautas a la familia de cómo regular los desacuerdos, de tal forma que puedan comunicarse al respecto y llegar a acuerdos.
5. **Identificar aquellas potencialidades de la familia que ayuden a conseguir los objetivos de cambio de en el/la menor y la familia y motivar al cambio.**  
*"Es interesante eso que comentas de que quieres y puedes sacar algún tiempo para salir con tu hija de vez en cuando de compras o a tomar un café, es un buen momento para..."*
6. **Facilitar recursos comunitarios e información adicional** que les ayude en los objetivos planteados. En el caso de familias con menores en situación de vulnerabilidad siempre es oportuno informarles acerca de recursos de la comunidad que les ayuden a potenciar los factores de resiliencia: recursos de parentalidad positiva, centros socioeducativos de barrio, centros de día de menor y familia, etc.
7. **Facilitar vías de comunicación con el servicio, y fijar citas posteriores de seguimiento y refuerzo** para consolidar y apoyar los acuerdos tomados.

Gráfico 3. Pasos en el Programa de Intervención breve en el ámbito familiar.



*Pasos del Programa de intervención breve en prevención de adicciones en el ámbito familiar. Ayuntamiento de Madrid (2015)*

### 3.2.3 Fase 3: Derivación

Una de las actuaciones clave de esta fase es propiciar que accedan a la derivación si se requiere una intervención especializada, de ahí la importancia de la estrategia de motivación al cambio y la gestión de la comunicación con la familia durante el consejo breve. Por consiguiente, en este momento del proceso es muy importante garantizar los principios de accesibilidad, rapidez y cercanía del servicio de atención.

En las intervenciones breves se establecen unos procesos de derivación a una intervención especializada o a tratamiento en las siguientes situaciones:

- **Indicadores de riesgo** de dependencia o tener un uso problemático instaurado.
- **Fracaso de los objetivos** planteados en el consejo breve extendido.
- Encontrar **otros problemas de riesgo grave** para la salud como indicadores asociados a conducta. Por ejemplo, en el caso de usos con asociación a la conducta suicida derivar a salud mental para proceder a su valoración.
- **Trastornos psicopatológicos asociados** a la conducta de riesgo que hagan necesaria una intervención especializada.

Para la realización de estos procesos de derivación es necesario elaborar **protocolos de derivación inter servicios** debidamente cumplimentados, donde al menos figuren los indicadores de riesgo encontrados y los factores de riesgo y protección identificados. Es importante, por otro lado, determinar tanto las vías de comunicación formales para realizar la derivación, la información y

autorización de la intervención y de protección de datos de la familia y menores, como los posteriores momentos de seguimiento.

### 3.2.4 Fase 4: Seguimiento y refuerzo de los aprendizajes adquiridos hasta la mayoría de edad

Respecto al seguimiento en el trabajo con menores en situación de vulnerabilidad, nos referimos al acompañamiento que se realiza durante todo su proceso de desarrollo evolutivo hasta su mayoría de edad. Este seguimiento tan prolongado se ve justificado por encontrarse, a lo largo de su proceso de maduración, con mayor probabilidad de sufrir situaciones de riesgo y eventos estresantes. Esto implica:

- **Citas de seguimiento según la gravedad de la situación (trimestrales, semestrales, o anuales)** que permitan reforzar los aprendizajes adquiridos o ayudar a resolver situaciones de crisis. Los seguimientos de menores y sus familias los realizarán principalmente los servicios de atención primaria de base: centro de salud de atención primaria, centro de servicios sociales y centro educativo por parte del equipo de orientación durante el periodo escolar. Los centros de menores tendrán evaluación continua por medio de tutores responsables del caso.
- Para la realización de un seguimiento adecuado es importante **contrastar periódicamente la situación con la familia y recursos socializadores en contacto con el/la menor**: centro educativo, servicios sociales, pediatra, recursos y programas a los que acuda (centro de día de menores y familia, centros de educación y ocio del barrio, educadores de calle, etc.).
- En cada uno de estos pasos es importante tener instrumentos de **registro de los indicadores de riesgo y los factores de riesgo y protección que han variado a lo largo del proceso**. Se deben hacer constar, así mismo, los servicios y programas a los que se ha remitido al/la menor y la familia y que intervienen en el proceso.

#### Esquema de intervención breve respecto a la conciencia de riesgo del/de la menor

Grados de riesgo	Tipo de consejo	Conciencia de riesgo	Objetivo	Familia	Comunidad
Abstinente, consumo puntual. Uso no problemático	Consejo simple. Seguimiento		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refuerzo y motivación a la abstinencia.</li> <li>• Promover un estilo de vida saludable.</li> <li>• Recomendaciones sobre gestión de situaciones de riesgo en general y, en concreto, con grupo de amigos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre recursos de mejora de competencias tanto individuales como parentales para el/la menor y la familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información acerca de los recursos socioeducativos y de tiempo libre de la comunidad.</li> <li>• Escuelas de familia y/o parentalidad positiva a familias.</li> </ul>

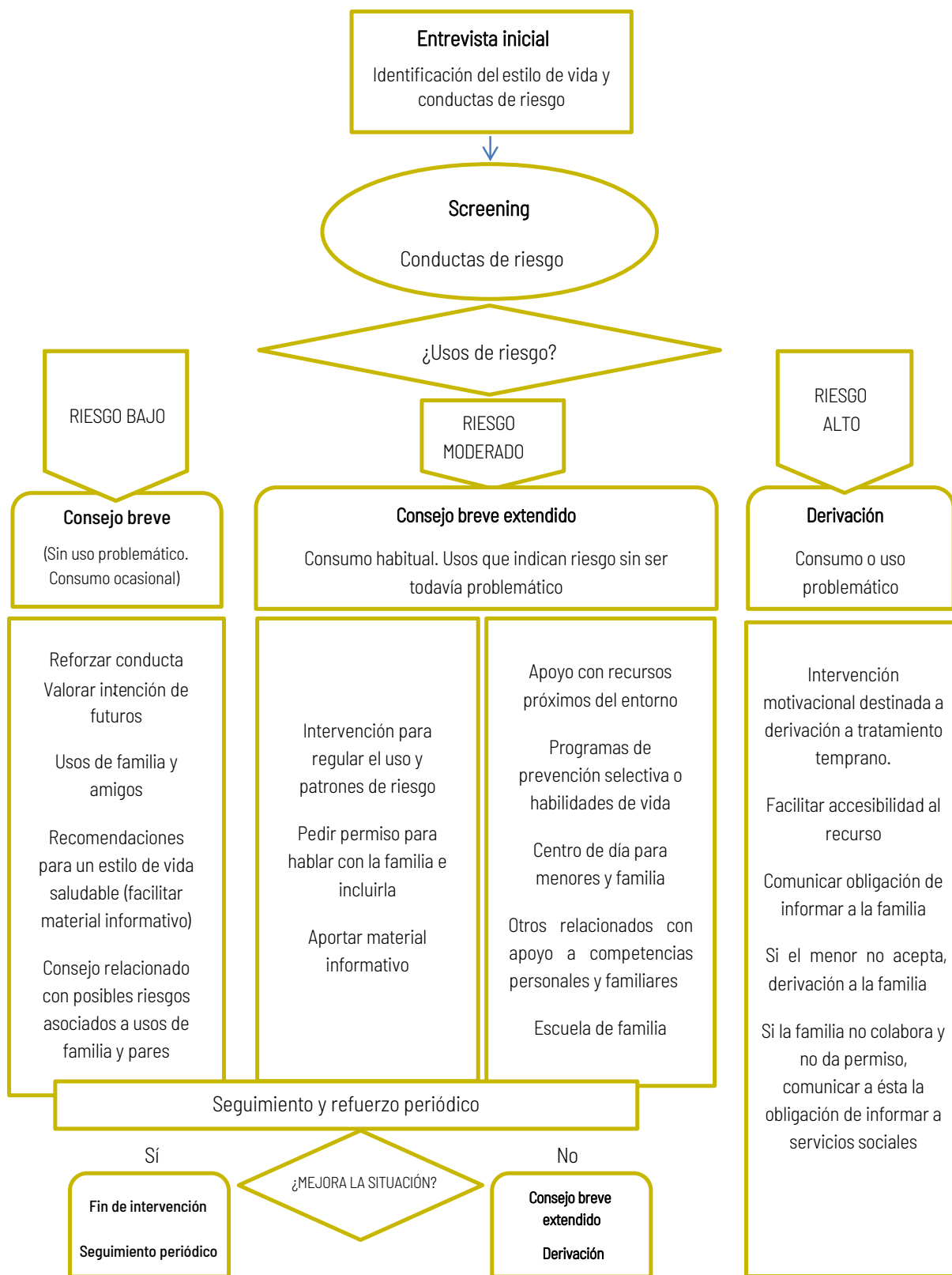


Grados de riesgo	Tipo de consejo	Conciencia de riesgo	Objetivo	Familia	Comunidad
		Sin conciencia del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivar al cambio con pequeños objetivos de reducción del riesgo.</li> <li>Fortalecer factores de protección y reducir los de riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitar recursos de gestión y apoyo a la familia, independientemente del grado de conciencia del problema en el menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se recomienda al/la menor programas de prevención selectiva y fortalecimiento de factores de protección (centro de día de familia, escuela de familias, etc.)</li> <li>Coordinación con recursos comunitarios para facilitar el proceso.</li> </ul>
Consumo o uso establecido poco problemático, pero con signos de posible riesgo o problemas más adelante	Consejo breve extendido Seguimiento	Con conciencia de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo en la concreción de sus propios objetivos que faciliten la abstinencia o regulación de las conductas de riesgo.</li> <li>Establecer un vínculo profesional-menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se motiva al/la menor a hablar sobre su situación con su familia, haciéndole ver que puede ser un recurso de apoyo. Respetar la confidencialidad.</li> <li>Entrevista con la familia.</li> <li>Analizar grado de conciencia y pautas de la familia.</li> <li>Facilitar recomendaciones sobre gestión de conductas objetivo a la familia.</li> <li>Recomendar a la familia recursos socioeducativos (escuela de familia, etc.) y facilitar acceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclusión en programas de prevención selectiva y fortalecimiento de factores de gestión de conductas de riesgo al/la menor y la familia.</li> </ul>

Grados de riesgo	Tipo de consejo	Conciencia de riesgo	Objetivo	Familia	Comunidad
Consumo de riesgo o uso problemático	Derivación para tratamiento	Sin conciencia del riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivar a la abstinencia o reducir consumo y/o pautas de reducción del riesgo a través de derivación a tratamiento especializado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se comenta con el/la menor nuestra obligación de información a la familia.</li> <li>Trabajar con ellos pautas de menos riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar a los servicios competentes si el/la menor y su familia se niegan a intervenir respecto al riesgo (Servicios Sociales, Centro de Tratamiento de adicciones...).</li> </ul>
		Con conciencia de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Derivar a tratamiento especializado realizando acompañamiento y seguimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar a la familia de la situación (motivamos a que sea el propio menor). Facilitamos una reunión con la familia.</li> <li>Derivación e información a la familia al ser menor de edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Derivación a tratamiento.</li> </ul>

Elaboración propia

**Diagrama de flujo del proceso general de actuación general**



Elaboración propia

### 3.3 Bibliografía

1. Alonso, Alonso, O., Amador, Tejón, V., Otero, Argüelles, L., García, Alas, N., García, Tardón, S., González, Fernández, A., et al. (2016). Guía de prevención del consumo de alcohol en la Edad Pediátrica para profesionales sanitarios. Dirección General de Salud Pública. <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/8845/2/Archivo.pdf>
2. Bóthe, B., Tóth-Király, I., Zsila, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2017). The development of the problematic Pornography Consumption Scale (PPCS). *Journal of Sex Research*, 55(3), 395-406. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1291798>
3. Bóthe, B., Vaillancourt-Morel, M.-P., Dion, J., Štulhofer, A., & Bergeron, S. (2021). Validity and reliability of the short version of the Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS-6-A) in adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(4), 486-500. <https://doi.org/10.1037/adb0000722>
4. Camarelles Guillem, F., Córdoba García, R., Justo Gil, S., Ramírez Manent, JI., Rodríguez Benito, L., Cervigón Portaencasa, R., et al. (2022). Guía breve para el cribado e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. <https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/Guia-breve-Para-el-cribado-e-intervencion-breve-en-el-consumo-de-riesgo-de-alcohol-PAPPS-semFYC-2022-jx2quu.pdf>
5. Cholz Montañés, M., & Marcos Moliner, M. (2020). Detección temprana y prevención de adicciones tecnológicas en adolescentes. Universidad de Valencia. <https://www.infocoonline.es/pdf/DETECCION-TEMPRANA-ADICCIONES.pdf>
6. Díez-Gómez, A., Fonseca Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., & Sebastián Enesco, C. (2021). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: validación de la escala SENTIA-Breve. [https://www.researchgate.net/publication/349039571\\_Evaluacion\\_de\\_la\\_conducta\\_suicida\\_en\\_adolescentes\\_validacion\\_de\\_la\\_escal SENTIA-Breve](https://www.researchgate.net/publication/349039571_Evaluacion_de_la_conducta_suicida_en_adolescentes_validacion_de_la_escal SENTIA-Breve)
7. Fernández, A., Macías, A. & Mendigutxia, G. (2021). Propuesta de intervención con adolescentes, jóvenes y familias en los programas de prevención indicada de Proyecto Hombre, Proyecto Hombre. [https://pnsd.sanidad.gob.es/eu/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/ProyectoHombre\\_VD\\_Guia\\_Indicada.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/eu/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/ProyectoHombre_VD_Guia_Indicada.pdf) (Accessed: 30 November 2021).
8. García, R. C., Guillem, F. C., Seco, E. M., Puente, J. M. G., Arango, J., Manent, J. I. R., Cantera, C. M., Del Campo Giménez, M., & Frauca, J. R. (2018). Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50, 29-40. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(18\)30361-5](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(18)30361-5)
9. González de Audikana, J., Montero Matellanes, M., Ruiz Narezo, M. (2016). Informe de Vulnerabilidad social de los Programas Cruz Roja Bizkaia 2014-15. Instituto Deusto de Drogodependencias. [https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc\\_sosa\\_iii\\_inform\\_cruz\\_roja/eu\\_def/adjuntos/informe\\_vulnerabilidad\\_2014-15\\_es.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_iii_inform_cruz_roja/eu_def/adjuntos/informe_vulnerabilidad_2014-15_es.pdf)
10. Gonzáles Galnares, I.R. (2015). Programa de intervención breve en prevención de adicciones en el ámbito familiar (IBAF). Instituto Adicciones, Madrid-Salud. <https://serviciopad.es/wp-content/uploads/MANUAL-SOF-1.pdf>
11. Instituto de Adicciones. (2016). Manual de Intervención Individual con Adolescentes y Jóvenes en Prevención de Adicciones desde la Educación Social. Madrid Salud. <https://madridsalud.es/publicacionness/manual-de-intervencion-individual-con-adolescentes-y-jovenes-en-prevencion-de-adicciones-desde-la-educacion-social/>
12. Juan, M., Nobre-Sandoval, L., Al-Halabí, S., & Duch, M. (2022). La prevención familiar de las adicciones. Desafíos y oportunidades de las estrategias de calidad. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [https://www.researchgate.net/publication/36606539-La\\_prevencion\\_familiar\\_de\\_las\\_adicciones\\_desafios\\_y\\_oportunidades\\_de\\_las\\_estrategias\\_de\\_calidad](https://www.researchgate.net/publication/36606539-La_prevencion_familiar_de_las_adicciones_desafios_y_oportunidades_de_las_estrategias_de_calidad)
13. Levy, S., & Shrier, L. (2015). Adolescent SBIRT: Toolkit for Providers. Boston Children's Hospital, Massachusetts Department of Public Health Bureau of Substance Abuse Services. <https://files.hria.org/files/SA3541.pdf>
14. López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M. L., & Freixa-Blanxart, M. (2012). Adaptación española del "Mobile Phone Problem Use Scale" para población adolescente. *Adicciones*, 24(2), 123-130. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122912005.pdf>
15. Marcos, M. & Chóliz, M. (2023). *Tecnotest*: Desarrollo de Una Herramienta de screening de adicciones tecnológicas y juego. *Adicciones*, 35(3). <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1380/1276> (Accessed: 30 January 2024).

16. Maslowsky, J., Capell, J. W., Moberg, D. P., & Brown, R. L. (2017). Universal School-Based Implementation of Screening Brief intervention and Referral to treatment to reduce and prevent alcohol, marijuana, tobacco, and other drug use: Process and feasibility. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 11, 117822181774666. <https://doi.org/10.1177/1178221817746668>
17. Ministerio de Sanidad. (2015). Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo\\_Integral\\_EstiloVida\\_en\\_AtencionPrimaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf)
18. Moreno Arnedillo, J.J. Entrevista motivacional. Una guía de aplicación en adicciones y otros comportamientos relacionados con la salud. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. <https://evictproject.org/assets/docs/profesionales/materiales/EVICT-entrevista-motivacional-2019-v02.pdf>
19. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. (2012). An SBIRT Implementation and Process Change Manual for Practitioners. [https://cdn-01.drugfree.org/web/prod/wp-content/uploads/2012/11/19202214/An-SBIRT-implementation-and-process-change-manual-for-practitioners.pdf?\\_gl=1\\*y1tq0s\\*\\_ga\\*MTE30DYwNTE3Ni4xNzAyNDkxMzk0\\*\\_ga\\_ECZG00GWSZ\\*MTcwMjQ5MTM5Ny4xLjAuMTcwMjQ5MTQwNy41MC4wLjA](https://cdn-01.drugfree.org/web/prod/wp-content/uploads/2012/11/19202214/An-SBIRT-implementation-and-process-change-manual-for-practitioners.pdf?_gl=1*y1tq0s*_ga*MTE30DYwNTE3Ni4xNzAyNDkxMzk0*_ga_ECZG00GWSZ*MTcwMjQ5MTM5Ny4xLjAuMTcwMjQ5MTQwNy41MC4wLjA)
20. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2021). Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth. A Practitioner's Guide. [https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA\\_AlcoholScreening\\_Youth\\_Guide.pdf](https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_AlcoholScreening_Youth_Guide.pdf)
21. Organización Mundial de la Salud. (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*. [https://www.seccatid.gob.gt/images/Docs\\_CTA/IntervencionBreve.pdf](https://www.seccatid.gob.gt/images/Docs_CTA/IntervencionBreve.pdf)
22. Ramírez de Arellano, A.R., (2022). Gramática de la prevención de adicciones: documento técnico para la prevención local de las adicciones. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2023/20220217\\_Ramirez\\_Arellano\\_A\\_Gramatica\\_prevencion\\_adicciones.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2023/20220217_Ramirez_Arellano_A_Gramatica_prevencion_adicciones.pdf)
23. Robertson, E, B., David S, L., & Rao, S, A. (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A research-based guide for Parents, educators, and community leaders. National Institute on Drug Abuse. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED521530.pdf>

# Procesos a tener en cuenta a la hora de aplicar el modelo SBIRT

- 4.1. Sobre la relevancia del apoyo institucional
- 4.2. El diseño e implementación de este tipo de programas. Planificación estratégica para implantar programas de intervención breve en una comunidad
- 4.3. El trabajo y la coordinación en red. La mesa local de promoción de la salud y prevención de adicciones
- 4.4. Barreras generales y facilitadores. Protocolos para la implementación de un programa SBIRT
- 4.5. Plan formativo del modelo SBIRT
- 4.6. Bibliografía

## 4.1 Sobre la relevancia del apoyo institucional

Un requisito básico para el desarrollo de este tipo de programas en el ámbito comunitario es el liderazgo institucional en los distintos niveles administrativos. Estos programas deben, además, estar integrados en políticas integrales de prevención y salud pública, materializándose en planes de promoción de la salud y prevención de adicciones con y sin sustancia, según las competencias atribuidas a cada nivel estructural (nacional, autonómico y mancomunidad o municipio).

**Tabla 9.** Competencias según cada nivel administrativo para el desarrollo de este tipo de programas

Estatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la investigación y la formación, aportando conocimientos y recursos técnicos, económicos y científicos actualizados que permitan garantizar los estándares internacionales y europeos sobre la prevención de adicciones con y sin sustancias basada en la evidencia.</li> <li>• Apoyo en la financiación de comunidades autónomas, Corporaciones Locales y ONG de ámbito estatal, para la realización de protocolos e instrumentos que ayuden en la mejora de programas e intervenciones, aprovechando especialmente el desarrollo de las tecnologías.</li> <li>• Definición de las líneas de actuación, en prevención, a través de la elaboración de estrategias nacionales y planes de acción sobre adicciones.</li> </ul>
Autonómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión de estas iniciativas en los planes estratégicos sobre salud y adicciones, facilitando su implementación y desarrollo en el ámbito de su comunidad autónoma.</li> <li>• Promoción de la participación y la coordinación entre sectores y consejerías implicadas a través de consejos y mesas de coordinación.</li> <li>• Desarrollo de la implantación y financiación de programas y protocolos basados en la evidencia científica.</li> <li>• Apoyo a la formación, facilitando las herramientas tecnológicas necesarias para el desempeño de la actividad (por ejemplo, incluir los indicadores de uso y consumo en la historia social y educativa de las bases de datos de los servicios, respetando las políticas de protección de datos o facilitar la realización de los screening y sus resultados de forma digital).</li> </ul>
Local	<p>Es el nivel más cercano a la ciudadanía, conocedor de sus necesidades. Las tareas de promoción de la salud y la prevención de adicciones con y sin sustancia son, normalmente, lideradas por los servicios municipales y diseñadas desde sus propios planes municipales. Entre sus competencias a este nivel están:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de las estrategias y desarrollo de los programas preventivos adecuadamente financiados a través de los planes locales de adicciones y, en su caso, de los planes municipales de salud y prevención de adicciones con y sin sustancias.</li> <li>• Desarrollo de la participación y formación, en estos planes, de la red comunitaria (socioeducativa y sanitaria) de modo que se facilite la inserción, implantación, evaluación y seguimiento de los programas en los diferentes servicios y centros comunitarios cercanos a los menores y sus familias.</li> <li>• Es importante una adecuada coordinación entre comunidades autónomas y municipios o mancomunidades, ya que las competencias de algunos servicios comunitarios están divididas.</li> </ul>

Elaboración propia

Este último nivel es clave para un adecuado desarrollo del programa. Es importante que tengamos en cuenta que busquemos actuaciones que se integren en el funcionamiento cotidiano y de forma estable en los servicios de la comunidad. El ámbito local se propone como el espacio donde iniciar actividades de prevención ante factores de riesgo concretos. Este tipo de espacios permite aprender y colaborar en red considerando las individualidades, lo colectivo, la práctica profesional y la sociedad civil. (Juan, M., Nobre-Sandoval, L. A., Duch, M. 2022). En este sentido, **los Planes Locales de Adicciones se configuran como los órganos clave en su coordinación, diseño e implementación.**

Teniendo en cuenta el marco establecido, el **objetivo general** de cualquier acción en este plano sería el de la aplicación de este modelo en los servicios sociales, educativos, formativo-laborales

y sanitarios de cercanía, que trabajan con menores en las CCAA y sus municipios. Dicho de otra manera:

**“Integrar de manera sistemática y estable el modelo de actuación de detección precoz e intervención temprana en adicciones con y sin sustancias en la práctica socioeducativa y sanitaria de los profesionales que trabajan con menores”.**

Por lo tanto, a nivel de planificación estratégica, para insertar este tipo de programas en la comunidad **es necesario que se incardinan e interactúen de manera sinérgica con el resto de acciones preventivas y asistenciales de la comunidad**, proveyendo y nutriendo las intervenciones preventivas y ajustándose de manera más específica a las diversas realidades de cada persona y sus grupos. Es importante que las estructuras autonómicas y locales ayuden a establecer un **trabajo en red** teniendo en cuenta las diferentes dimensiones que funcionan a nivel local, desde la promoción de la salud a las diferentes actuaciones preventivas que se desarrollan desde los diferentes servicios.

Es interesante recordar que el éxito de estos programas será mayor si están insertos en políticas locales que contemplen la **prevención ambiental** en adicciones y en contextos ricos en recursos de apoyo socioeducativo y cultural.

No obstante, debido a la escasa implantación de estos programas en el ámbito comunitario y a la también insuficiente investigación al respecto, sería necesario impulsar investigaciones que evalúen la validez y fiabilidad del modelo en cada ámbito de aplicación comunitario, ayudando así a concretar y a hacer eficientes la aplicación de cada uno de los procesos. Para ello se recomienda:

- Impulsar **evaluaciones rigurosas** de los programas de intervención breve. Para continuar avanzando es necesario depurar y mejorar la praxis existente. Hay que identificar el stock de malas prácticas que se acumulan en el camino preventivo y que, en ocasiones, impiden el avance de buenas prácticas (Juan, M., Nobre-Sandoval, L. A., Duch, M. 2022).
- Concretar y **detectar qué aspectos de estos programas son eficaces** para una prevención efectiva y proponer un modelo general a nivel comunitario que mejore la propuesta planteada en este informe. Por lo revisado hasta el momento, sería interesante estudiar con más detalle la incorporación de elementos de intervención familiar, trabajo en red y papel de los recursos comunitarios. Estos aspectos están, salvo algunas excepciones, poco detallados en la literatura y proyectos revisados.
- **Impulsar la mejora de los proyectos existentes** y lanzar proyectos piloto con los datos obtenidos en las evaluaciones.



## 4.2 El diseño e implementación de este tipo de programas. Planificación estratégica para implantar programas de intervención breve en una comunidad

Cualquier proyecto que se diseñe deberá seguir unos criterios de elaboración que estén sustentados en un proceso que se mantenga en unos adecuados márgenes de calidad. Para ello recomendamos los criterios establecidos por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, por sus siglas en inglés) en su manual “Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: Guía breve” (2014).

### Fases y componentes de un proyecto según los estándares europeos de calidad en prevención

Aspectos transversales	
A: Sostenibilidad y financiación	C: Desarrollo del personal
B: Comunicación y participación de las grupos de interés para el programa	D: Aspectos éticos de la prevención de drogas
1. Evaluación de necesidades	
1.1 Conocer las políticas y legislación relacionadas con las drogas	1.3 Describir la necesidad – Justificar la intervención
1.2 Evaluar el consumo de drogas y las necesidades de la comunidad	1.4 Conocer la población objetivo de la intervención
2. Evaluación de recursos	
2.1 Evaluar la población objetivo y los recursos de la comunidad	2.2 Evaluar las capacidades internas
3. Formulación del programa	
3.1 Definir la población objetivo	3.4 Definir el contexto de intervención
3.2 Utilizar un modelo teórico que sustente la intervención	3.5 Utilizar la evidencia de efectividad
3.3 Definir finalidad, metas y objetivos	3.6 Definir el cronograma
4. Diseño de la intervención	
4.1 Diseñar con calidad y efectividad	4.3 Ajustar la intervención a la población objetivo
4.2 Si se selecciona una intervención existente	4.4 Si se planifican evaluaciones finales
5. Gestión y movilización de recursos	
5.1 Planificar el programa – Ilustrar el plan del proyecto	5.4 Captar y retener a los participantes
5.2 Planificar las necesidades de financiación	5.5 Preparar los materiales del programa
5.3 Establecer el equipo	5.6 Proporcionar una descripción del programa
6. Implementación y monitoreo	
6.1 Si se desarrolla una intervención piloto	6.3 Monitorizar la intervención
6.2 Implementar la intervención	6.4 Ajustar la implementación
7. Evaluación final	
7.1 Si se realiza una evaluación de resultados	7.2 Si se realiza una evaluación de proceso
8. Difusión y mejora	
8.1 Determinar si el programa debe ser mantenido	8.3 Si se elabora un informe final
8.2 Difundir información acerca del programa	

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2014) “Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: Guía breve”

La puesta en práctica de estos programas exige una **coordinación importante entre administraciones, servicios y recursos** ya que, tanto en su desarrollo como en su implementación, intervienen diferentes ámbitos. En dichos ámbitos hay que contemplar desde la incorporación del programa o la estructura de programas ya existentes, hasta la dotación de formación, recursos humanos, económicos y técnicos para poder desarrollarlos. Además, debe estar apoyado adecuadamente desde el nivel político, técnico y con las entidades del sector pertenecientes a la comunidad, visualizándose su función, posición y relación en la estructura de prevención respecto a otros programas y acciones que se realicen en el municipio. Asimismo, deben quedar contemplados, entre otras cosas, sus objetivos, temporalidad, población destinataria, profesionales de referencia, recursos asignados e indicadores de proceso y resultado con los que rendir cuentas una vez aplicado el programa.

### 4.3 El trabajo y la coordinación en red. La mesa local de promoción de la salud y prevención de adicciones.

A la hora de implementar este tipo de programas en una comunidad, es básico tener una estructura desde la que promover, ofertar y dinamizar tanto el proceso de implantación como el de soporte y el de evaluación, en el marco del plan local de adicciones si está disponible. Esto será más fácil en aquellos lugares donde exista una mesa de coordinación o red de promoción de la salud y prevención de conductas adictivas, y técnicos en promoción y prevención que den soporte técnico a los planes y programas.

**Esta red o mesa de coordinación tendrá entre otras las siguientes funciones:**

- Realizar un **análisis de la realidad municipal** respecto a los estilos de vida saludable y comportamientos de riesgo de salud (incluidas adicciones).
- **Apoyar y hacer seguimiento de la implantación del programa** en los diferentes servicios y entidades del municipio.
- **Supervisar los procesos de evaluación** de los programas relacionados con la promoción de la salud y prevención, incluidos aquellos de intervención breve ya implantados.
- **Facilitar la coordinación** entre los diferentes servicios, entidades y recursos para lograr una máxima optimización de programas y recursos.
- Facilitar a las distintas entidades, profesionales y a la ciudadanía un **informe o memoria anual** en base a indicadores bio-psico-sociales del estado de la situación. En el informe se contemplarían los programas que están incluidos en el Plan Municipal de Adicciones y sus principales resultados.
- Promover la **actualización de conocimientos científicos** del sector a través de procesos informativos y formativos tanto a los servicios, programas, entidades como a la comunidad.

### **Funciones básicas de técnicos/as locales de prevención**

- **Promover y participar en el diseño e implementación** de proyectos en materia de prevención de adicciones, aplicando la normativa legal vigente y contemplando los estándares europeos de calidad en prevención.
- **Supervisar la implementación y realizar el apoyo, seguimiento y evaluación** de los proyectos de prevención.
- Desarrollar las acciones necesarias para promover y **realizar análisis anuales de la situación del fenómeno de las adicciones en la comunidad**, y para el fomento de hábitos de vida saludables, a través de la promoción de conductas saludables en el ámbito de las adicciones y de la promoción de la educación para la salud.
- **Asesorar técnicamente con información científica actualizada** sobre conocimientos técnicos modelo y programas de prevención basados en la evidencia científica a las distintas áreas municipales y entidades colaboradoras en la planificación de actividades en el campo de las adicciones y en la ejecución del plan local de adicciones, así como en la promoción de conductas saludables en este mismo ámbito, con el fin de lograr una intervención integral y coordinada.
- **Coordinarse, en el desarrollo de sus funciones, con los servicios y entidades sociales, sanitarias y educativas** relacionados con la promoción de la salud y prevención de adicciones.
- **Promover y participar en la elaboración de Mesas de coordinación y Planes** de promoción de la salud y prevención de adicciones.

Elaboración propia

**Gráfico 4.** Ejemplo de composición de mesa



Elaboración propia

## 4.4 Barreras generales y facilitadores. Protocolos para la implementación de un programa SBIRT

A continuación, se exponen las dos barreras principales que se pueden encontrar a la hora de implementar un programa SBIRT en nuestros ámbitos de aplicación, así como una propuesta de alternativas más viables para su gestión:

1. **Saturación de los servicios y falta de tiempo para nuevos programas.** Es importante analizar la realidad de cada servicio para ser flexible y adaptar la aplicación del modelo de tal manera que se aumente la probabilidad de su generalización y aplicación adecuada.

A este nivel sugerimos que la aplicación del modelo **se incorpore, de forma natural, por los/as propios/as profesionales a los procesos de trabajo ya existentes en el servicio**, apoyada con recursos digitales. Para ello sugerimos:

- Incorporar de forma sencilla y manejable el proceso de evaluación de las conductas adictivas o problemáticas a las historias sociales, educativas y psicológicas ya existentes en los servicios.
- Dotar a los profesionales de screening por vía digital, accesibles y sencillos de utilizar.
- Facilitar tiempo a los/as profesionales, de tal manera que puedan realizar los procesos de entrevista y evaluación adecuados.

En aquellos servicios con escasez de recursos humanos, la implementación del consejo breve extendido, abordaje temporalmente más costoso y técnicamente más complicado, **será desarrollada por profesionales pertenecientes a programas de prevención y atención de adicciones del ámbito municipal o regional**, a ser posible en el propio centro de atención primaria o centro educativo.

2. **Falta de motivación para la aplicación en el servicio y/o insuficientes competencias específicas de los profesionales.**

Es habitual que este tipo de programas sean vistos por los profesionales como fuera de su ámbito de competencias o funciones, especialmente dentro del ámbito educativo.

A este nivel, la experiencia de aplicación del modelo en ámbitos educativos y sociales ha demostrado que cuanto mejor es la formación, el entrenamiento y cuantos más recursos se faciliten para su aplicación, menos resistencias se presentan. De esta manera, la supervisión, el seguimiento, la existencia de protocolos sencillos y manualizados, los screening digitales, fáciles y rápidos de aplicar, promueven la aceptación de este tipo de programas.

En general, es importante hacer un esfuerzo por adaptar el modelo SBIRT a cada servicio, flexibilizando y adaptándolo a cada realidad.

**Procesos generales a tener en cuenta en la elaboración de los protocolos y manuales de apoyo a la implementación del programa, en soporte escrito o digital.**

Propuesta de protocolos a incluir para la implementación de este tipo de programas:

- Desarrollo del proceso de detección y captación de menores en situación de vulnerabilidad según profesional y ámbito.
- Descripción de los indicadores de riesgo para situaciones de vulnerabilidad y aquellos asociados a adicciones y usos problemáticos.
- Procedimiento de registro, comunicación de los indicadores y activación del proceso de evaluación de menores y sus familias.
- Protocolos de consentimiento informado y protección de datos.
- Protocolo de evaluación de menores y sus familias (si se ve necesario).
  - Instrumentos y procesos de anamnesis general para menores y sus familias.
  - Procedimiento de evaluación respecto a las conductas de riesgo estudiadas (anamnesis)
  - Instrumentos y procesos de valoración por medio de screening válidos y fiables para cada conducta en su aplicación a cada ámbito. Procedimiento de implementación del *screening*.
  - Registro en la historia psicosocial del/de la menor y su familia.
- Protocolos relacionados con la implementación del consejo breve con ejemplos de cómo aplicarlo.
  - Protocolo para comunicar screening.
  - Procedimiento de consejo breve simple y extendido. Ficha de acuerdo y toma de decisiones (para menores y familias), con objetivos a conseguir y recursos a utilizar.
- Procedimiento de derivación. Ficha de derivación.
- Coordinación y trabajo en equipo con otros recursos. Registro de coordinaciones y decisiones tomadas.
- Protocolos de evaluación de proceso y resultado. Facilitar herramientas de registro de indicadores de proceso y resultado.

Para la aplicación de estos protocolos es importante tener en cuenta:

- Facilitar la existencia de tiempo necesario a aquellos profesionales que tengan que aplicar los protocolos en cada servicio comunitario.
- Promover la formación adecuada en este ámbito de tipo teórico y práctico, con entrenamientos específicos del enfoque motivacional para el trabajo con menores en situación de vulnerabilidad.

Como ya se menciona en el capítulo 2 de este informe, en el apartado sugerencias ofrecidas por las comunidades autónomas... "sería de gran ayuda proporcionar formación a los agentes más próximos a los menores en técnicas de entrevista motivacional, para facilitar un acercamiento más humanista y menos patologizador". En el siguiente apartado, se realiza una propuesta formativa general.

- Facilitar soporte técnico, económico y material para el desarrollo de estas acciones.

Secuencia de pasos para la implantación del modelo SBIRT a nivel local:

#### Presentación del proyecto a:

- Responsables políticos, para su apoyo y liderazgo.
- Técnicos/as locales de adicciones y, en su caso, de promoción de la salud.
- Presentación a responsables de los servicios y sus profesionales. Formación del programa a profesionales.
- Presentación en Consejos locales sectoriales y Mesas locales de actuación en estas áreas. Establecimiento de apoyo y colaboración con los servicios y entidades participantes en los Consejos y Mesas.
- Elección de servicios adecuados para su implantación, apoyo y aprobación por los equipos directivos y técnicos. Selección de profesionales promotores para impulsar el programa. Presentación en los equipos y formación de estos.
- Implantación del programa y sus protocolos.
- Evaluación y seguimiento.

## 4.5 Plan formativo del modelo SBIRT

Aquí se ofrece una propuesta de contenidos que pudiera servir como guía para la formación de los diferentes agentes de intervención, atendiendo a dos modalidades:

- a **BÁSICA:** destinada a **profesionales del ámbito comunitario en general**. Aquellos/as que ayudarán a integrar el programa, identificar adecuadamente menores en situación de vulnerabilidad y pudieran ofrecer un consejo simple a cualquier menor o familiar. Esta formación sería común a cualquier formación básica en prevención de conductas adictivas, en relación a los contenidos necesarios en la formación y práctica de cualquier profesional en el ámbito socioeducativo. Sería una formación para implementar de forma general en los centros comunitarios y asociaciones que trabajen con menores.

- b **AVANZADA:** destinada a **los que específicamente vayan a desarrollar el consejo breve extendido**. Incluye formación y entrenamiento respecto a consejo extendido y derivación. Sería una formación más específica para profesionales con mayor preparación en intervención socioeducativa y psicológica: por ejemplo, profesionales de la educación social, del trabajo social, de la psicología, de la orientación educativa o del profesorado técnico de servicios a la comunidad (PTSC) en el ámbito educativo.

## A. Formación básica general en profesionales de cada sector en el Modelo SBIRT.

### Detección de menores en situación vulnerabilidad y consejo breve simple.

- Menores en situación de vulnerabilidad. Indicadores generales de menores en situación de vulnerabilidad. Importancia de los contextos y agentes socializadores para agravar o compensar esta vulnerabilidad.
- Menores y salud. Adicciones con y sin sustancias. Cuáles son.
- Modelos etiológicos de la ciencia preventiva basados en el ámbito de la salud y, en concreto, para las adicciones. ¿Cómo se aprenden las conductas de salud y las conductas de riesgo?
- Prevención de adicciones con o sin sustancia. Intervención basada en la evidencia. Programas de prevención, competencias personales e intervención breve.
- Modelo SBIRT en el ámbito comunitario. Explicación de procesos y procedimientos. Desarrollo de un consejo breve simple.
- Signos e indicadores de uso y de uso problemático de sustancias psicoactivas.
- Signos e indicadores de uso problemático en adicciones sin sustancia.
- Modelos eficaces de comunicación con menores y sus familias. Principios de la entrevista motivacional. Entrenamiento básico.
- Papel de los/as profesionales comunitarios, de las entidades sin ánimo de lucro y asociaciones centradas en la familia en estos programas. Profesionales que pueden desarrollarlos según fases y niveles.
- Recursos sociales, formativo-laborales, educativos y de la salud para menores y sus familias en la comunidad.

## B. Formación específica general en profesionales de cada sector que vayan a realizar el Modelo SBIRT en modalidad avanzada y/o derivación.

- Manejo de herramientas de screening y su valoración.
- Desarrollo específico, para cada una de las fases del modelo SBIRT, en el ámbito comunitario: consejo breve, consejo extenso y derivación. Estrategias centradas en la persona y basadas en la entrevista motivacional y los modelos de aprendizaje social.

- Manejo de instrumentos de screening según sustancias y conductas. Cómo aplicarlos e interpretarlos. Entrenamiento en su uso.
- Habilidades de comunicación específicas para realizar los procesos de entrevista motivacional durante la tutoría con menores y sus familias. Entrenamiento en su práctica.
- Intervención específica con las familias.
- Entrenamientos en los procesos implicados en el Modelo SBIRT.
- Trabajo en red e interdisciplinar.
- Recursos comunitarios a utilizar en cada contexto de aplicación.

## 4.6 Bibliografía

1. Diputació de Barcelona. (2013). *Guía para la elaboración de un Plan Local de Prevención de drogodependencias*. Centre de Prevenció i Intervenció en drogodependències. SPOTT. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaParaElaboracion\\_deunPlan\\_LocaldePrevencion.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaParaElaboracion_deunPlan_LocaldePrevencion.pdf)
2. Diputación de Huelva. (2023). *Vigía: Programa de prevención indicada de adicciones para adolescentes en distintos contextos psicosociales*. <https://www.diphuelva.es/export/sites/dph/prevencionSocial/galleries/documentos/programa-vigia-imagenes.pdf>
3. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. (2009). Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual\\_implementacion.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_implementacion.pdf)
4. Juan, M., Nobre-Sandoval, L., Al-Halabí, S., & Duch, M. (2022). La prevención familiar de las adicciones. Desafíos y oportunidades de las estrategias de calidad. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [https://www.researchgate.net/publication/366606539-La\\_prevencion\\_familiar\\_de\\_las\\_adicciones\\_desafios\\_y\\_oportunidades\\_de\\_las\\_estrategias\\_de\\_calidad](https://www.researchgate.net/publication/366606539-La_prevencion_familiar_de_las_adicciones_desafios_y_oportunidades_de_las_estrategias_de_calidad)
5. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2014). "Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: Guía breve". [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/Estandares-prevencion-OEDT-ES-24\\_07\\_2014.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/Estandares-prevencion-OEDT-ES-24_07_2014.pdf)
6. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. (2012). An SBIRT Implementation and Process Change Manual for Practitioners. <https://drugfree.org/wp-content/uploads/drupal/An-SBIRT-implementation-and-process-change-manual-for-practitioners.pdf>
7. Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas (PIDCA 2008-2012). (2013). *Manual de técnicos municipales en prevención de conductas adictivas*. Servicio Extremeño de Salud Consejería de Salud y Política Social Gobierno de Extremadura. [https://saludextremadura.ses.es/filescms/ventanafamilia/uploaded\\_files/CustomContentResources/Manual%20de%20T%C3%A9cnicos%20en%20Conductas%20Adictivas.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/ventanafamilia/uploaded_files/CustomContentResources/Manual%20de%20T%C3%A9cnicos%20en%20Conductas%20Adictivas.pdf)



# Aplicación a cada ámbito

## 5.1. Ámbito educativo

- 5.1.1. Descripción breve del sector
- 5.1.2. Oportunidades y barreras
- 5.1.3. Quién puede implementar cada paso
- 5.1.4. Diagrama de flujo de la aplicación del programa de intervención breve
- 5.1.5. Proceso de implantación, protocolos y herramientas que podría tener el programa
- 5.1.6. Ejemplo de un caso
- 5.1.7. Bibliografía

## 5.2. Ámbito de servicios sociales de atención primaria

- 5.2.1. Descripción breve del sector
- 5.2.2. Oportunidades y barreras
- 5.2.3. Quién puede implementar cada paso
- 5.2.4. Diagrama de flujo de la aplicación del programa de intervención breve
- 5.2.5. Ejemplo de un caso
- 5.2.6. Bibliografía

## 5.3. Ámbito de centros de menores

- 5.3.1. Descripción breve del sector
- 5.3.2. Oportunidades y barreras
- 5.3.3. Quién puede implementar cada paso
- 5.3.4. Diagrama de flujo de la aplicación del programa de intervención breve
- 5.3.5. Ejemplo de un caso
- 5.3.6. Bibliografía

- 5.4. **Ámbito de programas de medidas alternativas a la sanción por infracciones en materia de consumo o tenencia ilícita de drogas**
  - 5.4.1. Descripción breve del sector
  - 5.4.2. Oportunidades y barreras
  - 5.4.3. Quién puede implementar cada paso
  - 5.4.4. Diagrama de flujo de la aplicación del programa de intervención breve
  - 5.4.5. Ejemplo de un caso
  - 5.4.6. Bibliografía

## **5.1** **Ámbito educativo**

### **5.1.1** **Descripción breve del sector**

Los centros educativos se muestran como un ámbito ideal para aplicar los programas de detección precoz e intervención breve, ya que a ellos acude la población escolar de una comunidad. Como indica el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2022) "..., los centros escolares también pueden proporcionar un entorno importante para la identificación temprana de las personas en riesgo, incluidos los jóvenes con rasgos de personalidad vulnerables y los que no asisten a la escuela, los cuales pueden beneficiarse de intervenciones específicas que reduzcan la probabilidad de que se produzca una escalada en trastornos por consumo de sustancias". Existen ejemplos bien documentados de la aplicación de este tipo de programas en centros educativos en países como Estados Unidos o Inglaterra (ver referencias 3 y 6 en bibliografía).

Es importante remarcar que en muchos centros educativos ya existe una base de trabajo preventivo donde insertar este tipo de programas. Se trata de un contexto en el que ya cuentan con normativas y protocolos de actuación ante posible sospecha de consumo o tenencia de sustancias, y en algunos de ellos se han aplicado y/o se aplica algún tipo de programa preventivo a nivel selectivo o indicado, con protocolos de derivación a centros de atención especializados si fuera necesario.

Este tipo de intervenciones tienen que estar integradas en programas de promoción de la salud y prevención que ofrezcan al centro educativo alternativas a todos los niveles: promoción de la salud y prevención universal, grupos de prevención selectiva e intervención breve dentro del propio centro educativo. Contarán para ello con el soporte de profesionales especializados de la zona.

## 5.1.2 Oportunidades y barreras de este ámbito

Tabla 10. Oportunidades y barreras en el ámbito educativo.

Oportunidades	Barreras
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia a los centros educativos de toda la población en edad escolar.</li> <li>• Permanencia de un extenso periodo de tiempo en el centro, facilitando así el tiempo suficiente para aplicar el programa.</li> <li>• Equipos multiprofesionales de orientación educativa.</li> <li>• Disponibilidad del apoyo de una red de recursos educativos y de actividades extraescolares.</li> <li>• Facilidad para estar integrados en redes de trabajo formadas por múltiples recursos comunitarios de todos los sectores de atención integral a menores y sus familias.</li> <li>• Contacto con la familia de los menores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga de trabajo en los/as profesionales de los centros educativos, lo que ocasiona falta de tiempo para desarrollar el programa y para coordinarse con la comunidad.</li> <li>• Percepción, por parte de los centros educativos, de que las competencias de la prevención se sitúan en otros servicios de la comunidad.</li> <li>• Escasa formación en prevención de adicciones con y sin sustancias en los profesionales del ámbito educativo .</li> <li>• Dificultades de coordinación con centros de atención en adicciones en aquellos municipios donde los recursos están dispersos debido al tamaño de la población.</li> </ul>

Elaboración propia

Los protocolos SBIRT deben ser implantados con un criterio de flexibilidad que permita al programa su adaptación a la realidad de cada centro, ajustándose en cada una de sus fases y en función de las necesidades de cada centro. Respecto a la fase de **detección precoz o temprana**:

- **Realizar un screening masivo en todo el centro educativo o sólo en aquellos niveles educativos donde se identifique mayor riesgo de uso y problemáticas derivadas de este.** El equipo del profesor Javier Martín Babarro, de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (2023), ha desarrollado un instrumento de screening de salud mental (**Test screening Sociescuela**), que incluye el uso problemático de internet, videojuego y redes sociales. Permite hacer un primer filtrado de menores con posibles problemas en esta área.
- **Identificar a los/as menores en situación de vulnerabilidad, tanto de manera proactiva, identificando indicadores de vulnerabilidad y uso problemático, como de manera reactiva, identificando aquellos/as que incumplen la normativa respecto a conductas de riesgo relacionadas con uso problemático de sustancias adictivas y con otras conductas adictivas.** En este caso es muy importante la sensibilización previa y la formación de toda la comunidad educativa en este tipo de procesos. Existen algunos protocolos de actuación en los centros educativos que van más allá de la idea reactiva de activarse ante situaciones de incumplimiento de la normativa y que van en esta línea.

Respecto a la **fase de consejo**:

- El consejo breve simple se realiza en el centro por medio del tutor/a o del equipo de orientación.

- El consejo breve extendido se lleva a cabo por parte del equipo de orientación o por programas externos al centro educativo, según los recursos y capacidad del propio centro:
  - En aquellos centros con capacidad y recursos lo podrá desarrollar el equipo de orientación, contando con el apoyo de equipo de prevención de la zona y la colaboración de la mesa de prevención o salud de la comunidad. Esta opción tiene la ventaja de la proximidad, accesibilidad y mayor conocimiento del menor y su familia.
  - En aquellos centros en los que haya una mayor dificultad se realizará a través de un recurso especializado externo, especializado en prevención de conductas adictivas, a ser posible acudiendo éste al propio centro educativo. Esta modalidad ya se realiza en algunos programas de prevención indicada en nuestro territorio, aunque habitualmente no en el centro educativo.

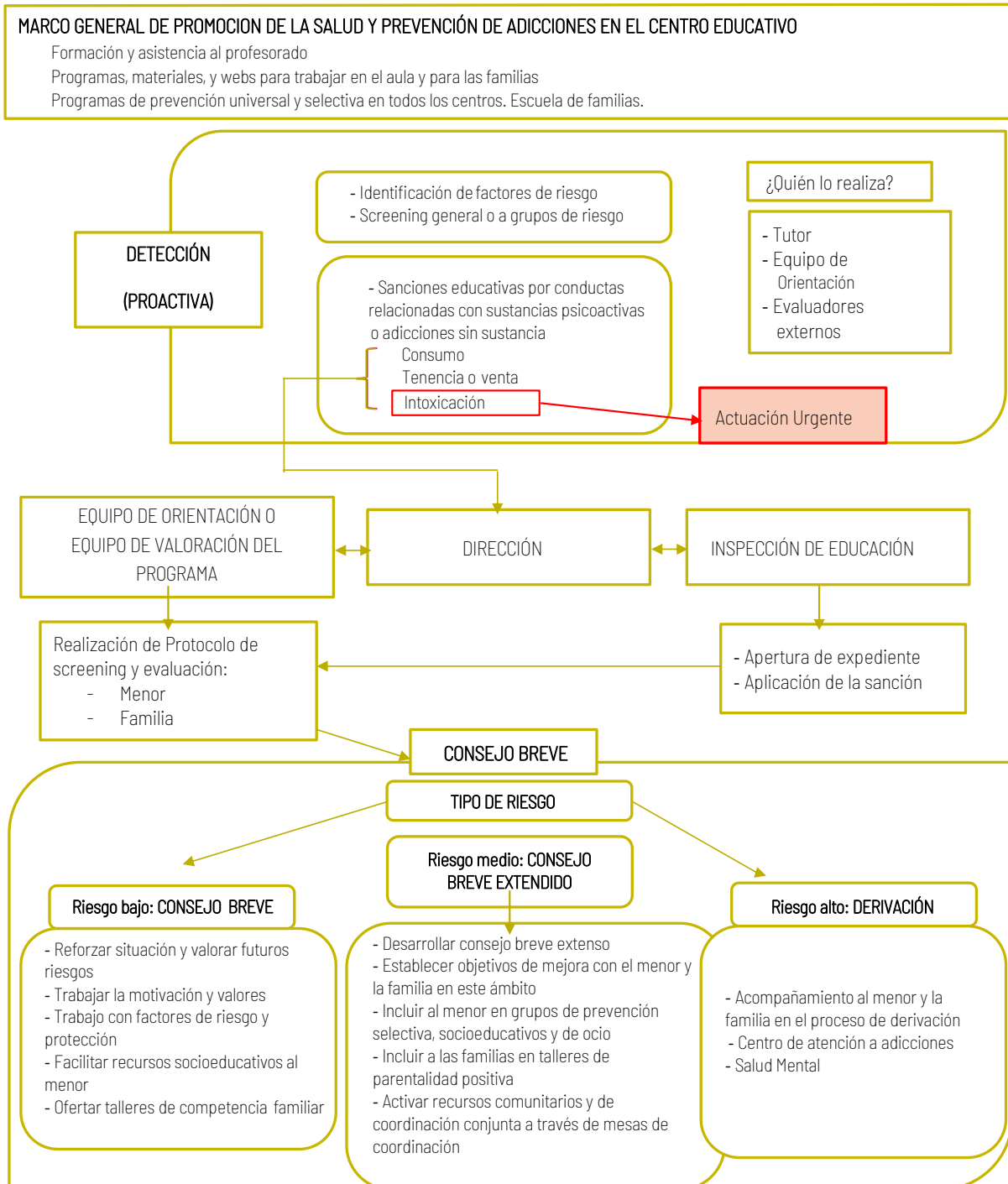
### 5.1.3 Quién puede implementar cada caso

Tabla 11. Quién puede implementar cada paso en el ámbito educativo.

Fase	Profesionales	Servicio
Detección	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunidad educativa (profesorado, personal de servicio, equipo de orientación)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro Educativo</li> </ul>
Screening Consejo breve simple	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutores/as</li> <li>• Equipo de orientación</li> <li>• Profesionales especializados en adicciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro educativo</li> <li>• Plan Local de Adicciones o Centro de Atención a las Adicciones</li> </ul>
Consejo breve extenso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de orientación</li> <li>• Profesionales especializados en adicciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro educativo</li> <li>• Plan Local de Adicciones o Centro de Atención a las Adicciones</li> </ul>

Elaboración propia

## 5.1.4 Diagrama de flujo de la aplicación del programa de intervención breve



Elaboración propia

### 5.1.5 Proceso de implantación, protocolos y herramientas que podría tener el programa.

Herramientas y procedimientos útiles en la elaboración de un programa o un protocolo:

- Manual de actuación en prevención de adicciones para la comunidad educativa acompañado de:
  - Ficha indicadores de riesgo asociados a uso y/o uso problemático de adicciones con o sin sustancia.
  - Modelos de proceso de actuación ante:
    - Incumplimiento normativo por conductas asociadas a consumo de sustancias o a otras conductas adictivas
    - Identificación de situaciones de vulnerabilidad y/o indicadores asociados a uso o consumo problemático
    - Intoxicación por uso de sustancias psicoactivas
  - Procedimiento para realización de screening, valoración y desarrollo de consejo breve.
- Modelos de fichas de:
  - Comunicación ante detección e indicadores de riesgo
  - Informe de valoración del menor
  - Confidencialidad en el consejo breve
  - Propuesta plan de actuación individual y familiar
  - Solicitud de derivación a programa de intervención externo
  - Otros

### 5.1.6 Ejemplo de un caso

Silvia, tutora de un curso de 3º de ESO está preocupada por una alumna llamada Irene. Una compañera de la alumna le ha comentado que toma pastillas para la ansiedad e incluso le ha ofrecido alguna. Se lo ha comentado cómo si fueran buenas para tomarlas en cualquier momento, y además le cuenta que con ellas “pasa de todo y le ayudan a no ponerse nerviosa en los exámenes”. También le ha dicho que ella los fines de semana se las toma con alcohol porque le hacen sentirse muy bien.

Silvia ha descartado que Irene haya traído pastillas al centro para ofrecerlas, y por lo que dice, la alumna no se ha tomado ninguna en el centro ni ha parecido en estos días que estuviera bajo efectos de ninguna sustancia. Estas conductas serían motivo de sanción por parte del centro y un claro indicador de riesgo respecto a la menor.

Silvia tiene muy buena relación con sus alumnas, por lo que ha intentado realizar algunas tutorías en su despacho durante el año para facilitar la mejor integración y desarrollo del curso del alumnado que tutoriza. Por eso, cuando le pide a su alumna reunirse con ella para una tutoría, a Irene le parece normal. Silvia conoce a Irene del año pasado ya que estaba en su clase de inglés (aunque el año pasado ella no era la tutora de la clase), y sabía que era una menor con algunos problemas de ansiedad, algunos problemas en casa y con dificultades para sacar las asignaturas a pesar de ser una muchacha que intentaba estudiar y esforzarse. Entre ellas existe una buena relación e Irene suele hablar mucho cuando se encuentra en un contexto que le da confianza.

Durante la reunión programada con Irene a Silvia no le cuesta iniciar la conversación. Repasan conjuntamente las distintas situaciones que Silvia conoce como más preocupantes de Irene. A la vez refuerza su comunicación abierta, la confianza, la capacidad de esforzarse y su disposición a mejorar.

Durante la conversación Silvia anota la necesidad de la menor de querer mejorar sus notas y de ser aceptada en la clase. En el primer trimestre ha suspendido cuatro asignaturas y en uno de los exámenes de estas se fue de clase porque se puso muy nerviosa. A partir de este incidente, la tutora descubre que Irene ha tenido algún episodio de "ansiedad" y algún otro de autolesión de forma muy puntual, este último en un contexto de riña con su madre por las notas. También descubre que ha ido recientemente al médico y le ha recetado una pastilla para la ansiedad que se puede tomar "cuando esté muy nerviosa". Su madre también toma unas parecidas porque desde hace tiempo tiene ansiedad. Cuando Silvia le pregunta si ha tomado alguna de estas últimas pastillas cuando se sentía peor, Irene le ha dicho que sí. Y la última vez se las tuvo que "prestar" su madre porque son muy parecidas, ella no llevaba ninguna y estaban fuera de casa.

Irene quiere estudiar en la universidad y le produce mucha frustración sus problemas con los estudios, se siente una "inútil" y duda de que pueda sacarlos adelante. Piensa que muchos compañeros creen que es "cortita". Por otro lado, durante la conversación, Silvia constata que durante los fines de semana alguna vez ha tomado alcohol con sus amigas, sobre todo en fiestas, y ha probado el cannabis, pero dice que fumar no le gusta. Sus amigas suelen tomar alcohol, algunas también toman pastillas para la ansiedad y aunque dos de ellas sí que toman cannabis, el resto no. Silvia le ofrece hablar con la orientadora de estos temas ya que piensa que le puede ayudar e Irene acepta.

Teresa, la orientadora, revisa la situación con Irene y está le permite pasarle el CRAFFT (Abuse Screening Test) e investigar con ella algunas dudas sobre la medicación y las drogas. Durante el screening se muestra un consumo grupal inicial de Irene del alcohol, puntual de cannabis y un uso inadecuado de los ansiolíticos, llegando a haber mezclado estos con alcohol una vez. Esto permite revisar la información de Irene sobre la medicación, por un lado, y su interacción con las drogas, por otro. Al aclarar algunas dudas sobre esto, Irene se muestra interesada en pautas para tomar bien la medicación, no tomar alcohol y regular mejor su ansiedad relacionada sobre todo con los estudios. Durante la entrevista se descubre que la madre de Irene acude a Servicios Sociales por problemas económicos y laborales, los cuales le están

causando ansiedad. Irene se muestra interesada en tener más entrevistas con la orientadora para reforzar su abstinencia al alcohol y para ver pautas para mejorar sus estudios. Se informa del proceso a jefatura de estudios y está apoya el procedimiento establecido.

La orientadora se coordina con los Servicios Sociales de zona y entre los dos servicios se decide lo siguiente:

- Servicios Sociales se compromete a dar apoyo a la madre para la regulación de la situación familiar desde su equipo de familia. Este servicio realiza una coordinación con el médico de atención primaria para facilitar pautas frente a los síntomas de ansiedad que padecen madre e hija y para una adecuada administración de la medicación.
- El centro educativo se compromete a dar apoyo escolar a la menor, reforzar su abstinencia a drogas y proporcionar algunas pautas de gestión ante situaciones de ansiedad en los exámenes, a través del servicio de orientación del centro.
- La menor accede a apuntarse a un taller de regulación emocional que imparten trimestralmente en los servicios de juventud.
- Hacer seguimiento de la situación conjuntamente con atención primaria por si se valora un apoyo desde salud mental ante la situación de ansiedad y las autolesiones puntuales.

En las siguientes semanas Irene acude a citas con su orientadora con la que se compromete tanto a introducir mejoras en su forma de estudio como a seguir las pautas acordadas para mantener la abstinencia al alcohol. Por un lado, se habla con el resto de profesorado para revisar un plan de apoyo a la menor en las asignaturas con mayor dificultad. La menor acude al centro de juventud a los talleres mostrando buena integración en el grupo y aceptación de la actividad. Por otro lado, acude adecuadamente con su familia al servicio de apoyo familiar ofrecido por los servicios sociales.

La orientadora constata que desde las últimas citas con el resto de servicios Irene ha mejorado respecto a sus síntomas puntuales de ansiedad por lo que no se valora la necesidad de apoyo psicológico.

## 5.1.7 Bibliografía

1. Consejería de Educación. Comunidad de Madrid (2023). Información Test screening Sociescuela. Versión 1.3. Javier Martín-Babarro, J. [https://sociescuela.es/pdf/test\\_screening\\_help.pdf](https://sociescuela.es/pdf/test_screening_help.pdf) <https://www.educa2.madrid.org/web/convivencia/-que-es-sociescuela->
2. Comunidad de Madrid. (2022). Prevención de riesgo de consumo de sustancias adictivas por los alumnos de los centros educativos. Pautas para la elaboración de planes individualizados con el alumnado en situaciones de riesgo en centros educativos. Vicepresidencia, Consejería de Educación y Universidades. <https://site.educa.madrid.org/cp.dulcechacon.rivas/wp-content/uploads/cp.dulcechacon.rivas/2023/05/Pautas-de-actuacio%CC%81n-sustancias-adictivas.pdf>



3. Conrad, J.P., Maeve O'Leary-Barrett, B.A., Newton, N., Topper, L., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C., & Girard, A. (2013). Effectiveness of a Selective, Personality-Targeted Prevention Program for Adolescent Alcohol Use and Misuse. A Cluster Randomized Controlled Trial. *Jama Psychiatry*, 70(3).
4. Conselleria de Educació, Cultura y Deporte de la Generalitat Valenciana. (2022). *Resolució conjunta de 18 de novembre de 2022*, de la Direcció General de Inclusió Educativa y de la Direcció General de Salut Pública y Adicciones, por la que se establece el protocolo de actuación para la detección de conductas de abuso o tráfico de drogas y otras adicciones. [https://dogv.gva.es/datos/2022/11/30/pdf/2022\\_11246.pdf](https://dogv.gva.es/datos/2022/11/30/pdf/2022_11246.pdf)
5. Generalitat de Catalunya. (2016). Protocol de prevenció. Detecció e Intervenció sobre drogues als centres de educació secundària. Departament de Salut. <https://xtec.gencat.cat/web/contenut/comunitat/salutescola/protocol-de-prevencio-de-drogues-a-secundaria/170505-PROTOCOL-SECUNDARIA-DROGUES-DEFINITIU.pdf>
6. Martín Babarro, J., Ruiz Espinosa, E., & Martínez Arias, R. (2014). Desajuste psicológico de las víctimas de acoso escolar: Un análisis evolutivo desde la educación primaria hasta la secundaria. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (COP).
7. Maslowsky, J., Whelan Capell, J., Moberg, D.P., & Brown, R.L. (2017). Universal School-Based Implementation of Screening Brief Intervention and Referral to Treatment to Reduce and Prevent Alcohol, Marijuana, Tobacco, and Other Drug Use: Process and Feasibility. *Subst Abuse Res Treat*. Ref:2017;11:117822181774666.
8. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2022). Centros escolares y drogas: respuestas sanitarias y sociales. <https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/schools-and-drugs>.

## 5.2 **Ámbito de los Servicios Sociales de atención primaria**

### 5.2.1 **Descripción breve del sector**

Los Servicios Sociales son el conjunto de servicios y actuaciones orientados a promover el bienestar social, prevenir las situaciones de riesgo y compensar la falta de apoyo social, centrando su interés en los factores de vulnerabilidad o dependencia que pueden producirse en cada etapa de la vida. Son servicios universales, destinado a toda la población y de proximidad, cercanos a la ciudadanía.

Están organizados, por un lado, de forma territorial, sectorizados en zonas de atención correspondientes al territorio al que ofrecen los servicios (trabajo social de zona o UTS –unidad de trabajo social-). Cada ciudadano/a y su familia tienen un profesional del trabajo social de referencia (es una estructura similar a la atención primaria sanitaria). Y, por otro lado, atendiendo a grupos poblacionales específicos o a funciones sociales esenciales para el bienestar e integración social: existen programas de menores y familia, de mayores y personas dependientes, de prevención e inserción social, de cooperación social y voluntariado, etc.

La “puerta de entrada” a los Servicios Sociales es el Centro Municipal de Servicios Sociales, lugar que centraliza todos los servicios a la comunidad de este sector.

## 5.2.2 Oportunidades y barreras

Tabla 12. Oportunidades y barreras en el ámbito de Servicios Sociales.

Oportunidades	Barreras
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de atención primaria con acceso a población en situación de vulnerabilidad</li> <li>• Atención integral a menores y sus familias</li> <li>• Especial posición en la red de recursos biopsicosociales en la comunidad</li> <li>• Formación y preparación general para dar un servicio cercano, confidencial y centrado en la persona</li> <li>• Equipos multiprofesionales con atención intersectorial</li> <li>• Están integrados en redes de trabajo que están formadas por múltiples recursos comunitarios de todos los sectores de atención integral a menores y sus familias</li> <li>• Se realiza la historia social del menor y su familia, contemplándose la evaluación de áreas esenciales que determinan su bienestar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga de trabajo en el servicio, lo que ocasiona falta de tiempo</li> <li>• Escasa formación en prevención de adicciones.</li> <li>• Los servicios sociales todavía no son percibidos como un recurso universal por los/as menores, que no suelen conocer el recurso y, por tanto, lo ven como ajeno</li> <li>• Resistencias a participar por parte de menores.</li> <li>• Percepción de los profesionales de este sector respecto a que la prevención de adicciones se sitúa en la competencia de otros servicios y concejalías</li> <li>• Resistencia de los profesionales a realizar procesos de evaluación e intervención relacionadas con esta área, que perciben como sobrecarga de tiempo y esfuerzo</li> </ul>

Elaboración propia

Los Servicios Sociales tienen una posición estratégica y un desarrollo operativo que les sitúa próximos a la ciudadanía y a los recursos comunitarios. Esto les permite detectar y actuar coordinadamente con una red de recursos, tanto públicos como privados, sobre a las situaciones de vulnerabilidad y crisis psicosocial.

Además, es un área que posee programas específicos de prevención e intervención integral con menores y sus familias, aunando a profesionales de diferentes sectores: educativo, social, jurídico y psicológico, pudiendo desarrollar atenciones integrales e integradoras.

Sus profesionales están formados para ofrecer confidencialidad, confianza y recursos de apoyo al menor y su familia, facilitando así los procesos preventivos y asistenciales desde la comunidad. Por todo ello, son una oportunidad ideal para los programas de detección precoz e intervención breve.

**De esta manera la intervención que se realiza en los centros de Servicios Sociales ofrece:**

- Una relación confidencial en un clima de confianza
- Servicios específicos de prevención familiar y comunitaria
- Intervenciones focalizadas en el bienestar de la persona, su desarrollo integral y familiar, y en coordinación con otros recursos comunitarios

Existen también ciertas dificultades en la aplicación de este tipo de programas, especialmente la sobrecarga de asistencia en los propios servicios. Por tanto, cualquier nuevo programa supone una dificultad tanto en su aceptación como en su implementación, dada la percepción de que la prevención de adicciones pertenece a otro departamento o concejalía. Una buena coordinación con el Plan Local de Adicciones o el Centro Asistencial de Adicciones más próximo, además del contacto con entidades del tercer sector especializadas en adicciones, podría ayudar a solventar o atenuar esta dificultad.

Cualquier implantación de estos programas tendría que contemplar el apoyo y liderazgo de las instituciones, la sensibilización e implementación de formación específica, con supervisión durante el desarrollo de la práctica, y la disponibilidad y facilidad para utilizar los screening (por ejemplo, facilitando su uso y corrección inmediata por vía digital).

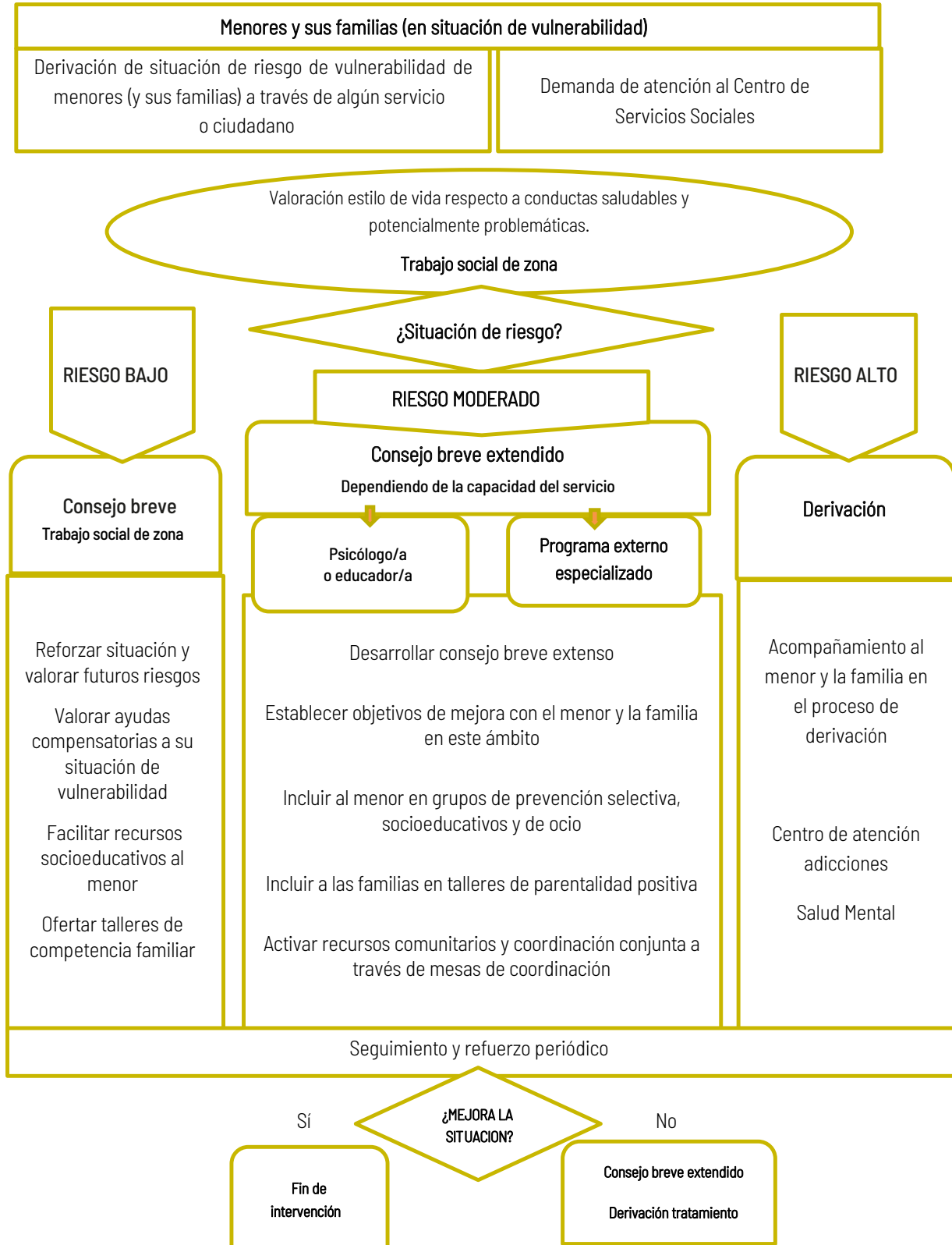
### 5.2.3 Quién puede implementar cada paso

Tabla 13. Quien puede implementar cada paso en el ámbito de Servicios Sociales.

Fase	Profesionales	Servicio
<p><b>Detección y captación</b></p> <p><b>Screening</b></p> <p><b>Consejo breve simple</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo social de zona</li> <li>• Educación social, programas de menor y familia</li> <li>• Trabajo social de equipos de familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo social de zona, educación de calle, programas socioeducativos de barrio, centro de día de menor y familia</li> </ul>
<p><b>Consejo breve extenso</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación social de equipos de familia o de Centros de día de menor y familia</li> <li>• Psicólogos/as de equipo de menor y familia</li> <li>• Profesionales de Planes Locales de Adicciones o de los Centros de Atención a Adicciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Servicios Sociales</li> <li>• Centros de día de menores y familia</li> <li>• Centro de Atención a Adicciones con programa específico de atención breve (con aplicación preferente en servicios sociales o centros de día)</li> </ul>

Elaboración propia

## 5.2.4 Diagrama de flujo de la aplicación del programa de intervención breve



Elaboración propia

## 5.2.5 Ejemplo de un caso

A continuación, exponemos un caso que pasa por todas las fases:

Faris es un menor indio que llega a nuestro servicio con su familia, compuesta por sus padres y su hermana Alisha, 1 año menor que él. Se realiza la historia familiar y la recogida de la demanda de apoyo por parte de los servicios sociales de zona. Tras facilitar el proceso de acogida y construir una relación de confianza con ellos se evidencia cierta situación de vulnerabilidad familiar:

- Dificultad de integración laboral y social en los padres. Dificultades para aprender el castellano y manejar los recursos sociolaborales.
- Impulsividad y dificultades de relación con sus pares, por parte de Faris. Por otro lado, posee buena capacidad de relación con adultos, capacidad cognitiva para entender su situación y una actitud responsable, sobre todo en relación con apoyar a la familia (valores familiares).
- Tienen un vínculo afectivo familiar muy fuerte con múltiples apoyos entre ellos.
- La relación parental es vertical con un fuerte patrón cultural, pero con cierta flexibilidad y apertura a la integración en España.

Inicialmente, no se evidencian conductas de riesgo asociadas a algún tipo de usos problemáticos con algún tipo de sustancias, videojuegos o nuevas tecnologías. Por otro lado Alisha muestra una buena integración escolar y social.

Desde el servicio de trabajo social de zona se facilitan recursos jurídicos, socio laborales y consejo para la integración social, escolar y laboral de los menores y la familia. Se facilita consejo breve reforzando la conducta saludable de los dos adolescentes y se revisan posibles situaciones de riesgo en su adaptación al entorno.

A los dos meses se evidencian problemas de integración en Faris: el Instituto le ha puesto varios partes por agresividad con compañeros y el menor se muestra disruptivo y desafiante con el profesorado. Aun así, existe un rápido aprendizaje del idioma y denota un alto nivel de inteligencia, aprendiendo los contenidos durante la clase con relativa facilidad.

Relacionados con el proceso de adaptación de la familia a la nueva situación encontramos un alto nivel de estrés, reducción de tiempo para supervisión y apoyo a los menores por parte de la familia y problemas en los procesos de comunicación.

La situación empeora cuando el menor orienta su proceso de integración social hacia un grupo de menores que se distingue por sus ausencias a clase y un consumo habitual de cannabis. Al poco tiempo nos informan de faltas de asistencia, conflictos con los compañeros de clase y sospecha de consumo de cannabis por parte de Faris. Por otra parte, su hermana Alisha se muestra preocupada y con síntomas de ansiedad. Ante la situación ha adoptado un rol de vigilancia respecto al hermano y además pasa mucho tiempo gestionando papeles y citas

para su familia ya que ella ha aprendido, como su hermano, rápidamente el castellano. Alisha mantiene un bajo nivel de riesgo respecto a posibles conductas adictivas, está muy centrada en sus estudios, en la lectura, en el rol de apoyo a la familia y la participación en actividades extraescolares le ayudan a gestionar el estrés de forma saludable.

La relación de Faris con el servicio y con la trabajadora social de zona es buena. Cuando surgen problemas en el centro educativo y ante el inicio de relación con grupos de riesgo, la trabajadora social aprovecha una cita de seguimiento para valorar la nueva situación. Faris reconoce haber iniciado consumo de cannabis, faltar a últimas horas de clase y alguna a primera hora. Él dice que lo tiene controlado. Reconoce que su hermana está estresada por ello, le preocupa hacerle daño, y, por otro lado, le preocupa que se entere su familia. Por todo ello, manifiesta que va a intentar regular la situación.

Aprovechando esta manifestación de preocupación se le pide permiso para pasar el CAST y se obtiene como resultado una puntuación de 3, lo que se valora como "problemas moderados de consumo". Dada su situación de vulnerabilidad se acuerda con él su derivación al psicólogo del servicio para que le ayude con algunos objetivos acordados: mejora de su relación con pares, faltas de asistencia a clase y abstinencia al cannabis. También se decide apoyar a la familia en objetivos relacionados con reducir la dinámica de estrés familiar y disminuir la situación de ansiedad de la hermana. A su vez, desde el colegio se facilitan actividades extraescolares de fútbol y teatro, la trabajadora social activa la intervención con los educadores de calle para seguimiento y apoyo en la integración escolar, se informa de la posibilidad de gestión del carnet de biblioteca para la hermana y se facilita cita con el abogado del servicio de inmigración para apoyo y seguimiento la gestión de los documentos de permiso laboral para la familia.

Se empieza a trabajar con el psicólogo, que se centra en ofrecer un consejo breve extenso que el menor acepta. Éste ayuda a Faris a organizarse con las actividades extraescolares, organizar con la familia, padres y hermana, las tareas y roles familiares, y el seguimiento más cercano con apoyo de la orientadora, educadores y tutor de su integración en el aula. Acuerda, en principio a petición del menor, intentar conseguir abstinencia sin apoyo familiar. Sin embargo, al poco tiempo aumenta el consumo, se observa que ha hecho nuevos amigos en clase que no son consumidores pero que mantiene la relación con el grupo de consumidores cuando sale y entra del instituto. Valorando la situación con él se decide introducir a la familia para que le apoye. Se realiza una reunión familiar y se acuerda, entre todos, una serie de medidas de control y regulación a propuesta del menor. La respuesta es buena y este empieza a manifestar sentirse más satisfecho e integrado. Se acuerdan citas quincenales de seguimiento con coordinación mensual con la escuela y la familia, que más tarde, si la respuesta es buena, se modificarán.

## 5.2.6 Bibliografía

1. García, R. C., & Guillem, F. C. (2022). Cribado e intervención breve en consumo de alcohol. *Atención Primaria*, 54(7), 102349. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102349>
2. González Menéndez, A., Fernández Hermida, J.R. & Secades Villa, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. [http://www.irefreea.eu/uploads/PDF/Fernandez%20et%20al\\_2004\\_Deteccion%20Evaluaci%C3%B3n%20Intervencion.pdf](http://www.irefreea.eu/uploads/PDF/Fernandez%20et%20al_2004_Deteccion%20Evaluaci%C3%B3n%20Intervencion.pdf)
3. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2023). Consulta pública previa anteproyecto de Ley de Servicios Sociales. [https://www.mdsocialesa2030.gob.es/servicio-a-la-ciudadania/proyectos-normativos/documentos/Consulta\\_Publica\\_Ley\\_SSSS\\_final.pdf](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/servicio-a-la-ciudadania/proyectos-normativos/documentos/Consulta_Publica_Ley_SSSS_final.pdf)
4. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. (2012). An SBIRT Implementation and Process Change Manual for Practitioners. [https://cdn-01.drugfree.org/web/prod/wp-content/uploads/2012/11/19202214/An-SBIRT-implementation-and-process-change-manual-for-practitioners.pdf?\\_gl=1\\*y1tq0s\\*\\_ga\\*MTE30DYwNTE3Ni4xNzAyNDkxMzk0\\*\\_ga\\_ECZGQ06WSZ\\*MTcwMjQ5MTM5Ny4xLjAuMTcwMjQ5MTQwNy41MC4wLjA](https://cdn-01.drugfree.org/web/prod/wp-content/uploads/2012/11/19202214/An-SBIRT-implementation-and-process-change-manual-for-practitioners.pdf?_gl=1*y1tq0s*_ga*MTE30DYwNTE3Ni4xNzAyNDkxMzk0*_ga_ECZGQ06WSZ*MTcwMjQ5MTM5Ny4xLjAuMTcwMjQ5MTQwNy41MC4wLjA)

## 5.3 Ámbito de los centros de menores

### 5.3.1 Descripción breve del sector

Para este documento, nos referiremos como “sector referido a los centros de menores” a todos aquellos centros entre los cuales están:

- Centros de protección de menores, donde se asume temporalmente el cuidado y la educación de niños y niñas que carecen de un entorno que pueda satisfacer sus necesidades biológicas, afectivas y sociales.
- Centros para el cumplimiento de algún tipo de sanción administrativa o medida judicial.
- Centros a los que el/la menor acude a algún programa socioeducativo de forma más o menos prolongada, permitiendo así el desarrollo de actuaciones preventivas. Son ejemplo de ello los centros de día del menor y familia.

En la mayoría de estos centros existen equipos multiprofesionales que dan cobertura a diversos programas educativos y terapéuticos, o tienen coordinación con dispositivos que puedan implementar la fase de consejo breve extenso acudiendo al mismo centro.

En el modo de trabajo de los centros de menores se contempla que cada menor tiene asignado un tutor/tutora, normalmente profesionales de la educación social, los cuales se encargan de apoyar y facilitar el desarrollo socioeducativo del/de la menor durante el periodo en el que éste/a permanezca o acuda al centro. Este profesional contará con el apoyo de profesionales de la psicología, trabajo social y en algunos casos (dependiendo de la capacidad del centro) del equipo médico. Con un funcionamiento de equipo, y teniendo en cuenta la participación del/de la menor, se decidirán los objetivos de desarrollo biopsicosocial de este durante el periodo de estancia en el centro. Por otra parte, la mayoría de los centros poseen entre sus actividades algún tipo de taller de competencia social (habilidades sociales, solución de problemas y toma de decisiones, autoestima...), apoyo escolar y/o educación para la salud (afectivo sexual, ...) que complementan la intervención individual.

Una de las características de los y las menores que acuden a estos centros es precisamente su situación de vulnerabilidad:

- Por estar en una situación de desprotección (centros de protección).
- Por estar implicados en algún tipo de actividad delictiva (centros de cumplimiento de medidas judiciales).
- Porque se encuentren con alguna situación de vulnerabilidad previamente detectada por algún profesional de los servicios comunitarios y haya sido derivado/a para un programa socioeducativo (centros de día de menor y familia).

Respecto a las familias, en el caso de los centros de día del menor y familia, en la mayoría de ellos se ofrece atención integral a la familia desde el propio centro, posibilitando el apoyo psicosocial y su participación en talleres de competencias parentales o de parentalidad positiva. En el caso de los centros de protección y de medidas sustitutorias se mantiene coordinación con las familias, aunque es a través de los centros de Servicios Sociales donde se establecen las medidas de apoyo psicosocial y educativo.

### 5.3.2 Oportunidades y barreras

Tabla 14. Oportunidades y barreras en el ámbito de centros de menores.

Oportunidades	Barreras
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros a los que acuden menores en situación de vulnerabilidad</li> <li>• Permanencia en el centro el tiempo suficiente para aplicar el programa</li> <li>• Atención integral (y en algunos centros con posibilidad de intervención con la familia)</li> <li>• Formación y preparación general para dar un servicio cercano, confidencial y centrado en la persona</li> <li>• Equipos multiprofesionales con apoyo de una red de recursos comunitarios.</li> <li>• Están integrados en redes de trabajo formadas por múltiples recursos comunitarios de todos los sectores de atención integral a menores y sus familias</li> <li>• Se realiza la historia social del/de la menor y su familia, contemplándose la evaluación de áreas esenciales que determinan su bienestar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga de trabajo en profesionales de los centros, lo que ocasiona falta de tiempo</li> <li>• Resistencia de profesionales a realizar procesos de evaluación e intervención en el área de adicciones, que perciben como sobrecarga de tiempo y esfuerzo</li> <li>• Escasa formación en prevención de adicciones</li> <li>• Dificultades de coordinación entre los centros de protección y reforma con los Servicios Sociales de base para implementar programas conjuntos de actuación con menores y familias</li> <li>• Una dificultad, sobre todo en los/las menores que cumplen medidas judiciales, es generalización de los aprendizajes producidos en el centro residencial a sus contextos naturales una vez terminada la medida</li> </ul>

Elaboración propia.

Los centros de menores tienen una posición y unas condiciones ideales para la aplicación de este tipo de programas:

- En ellos se desarrolla una relación socioeducativa durante la convivencia cotidiana, que contextualiza una intervención continua no restringida tan solo a los momentos de la tutoría o cita terapéutica.



- Por otro lado, las condiciones de los centros de protección y de medidas judiciales propician que la dimensión del tiempo de aplicación de cada fase pase a ser un factor que se puede manejar con mayor flexibilidad. La limitación temporal vendrá establecida por la acotación del tiempo establecida en el periodo de internamiento o protección.
- Como elemento complementario a la intervención en estos centros, es importante la existencia de programas de promoción de la salud y de prevención selectiva.

Dependiendo de la dotación de recursos de cada centro, el consejo podrá ser implementado por profesionales de los centros y del sistema de protección/medidas judiciales, o por otros/as profesionales desde servicios de intervención externos comunitarios.

Otra característica propia de los centros de protección y reforma es la de regular, en caso de necesidad y según la capacidad de recursos del centro, medidas de control externo respecto al/a la menor. Por ejemplo, concretar el grado de control en el acompañamiento al menor en sus salidas con los educadores, la regulación de posesión o no de móviles e internet en determinados momentos del día, los horarios de salida y entrada o las salidas a sus localidades de origen. Esta posibilidad es muy útil en los casos de mayor problemática en los usos de drogas u otras conductas con potencial adictivo.

Es muy importante, en el caso de menores con medidas judiciales o en acogimiento temporal, que se trabaje desde el inicio la generalización de los aprendizajes y competencias realizados en el centro al contexto natural de los menores, así como en el seguimiento y apoyo a posibles situaciones de recaída en conductas de riesgo, debiendo hacerse tanto desde el centro de menores como desde los servicios sociales de base o desde los servicios de adicciones. Para ello, es básica la gestión y planificación de los espacios con la familia en su comunidad de origen, y la provisión y la inclusión en redes alternativas de pares a través de entidades o actividades locales.

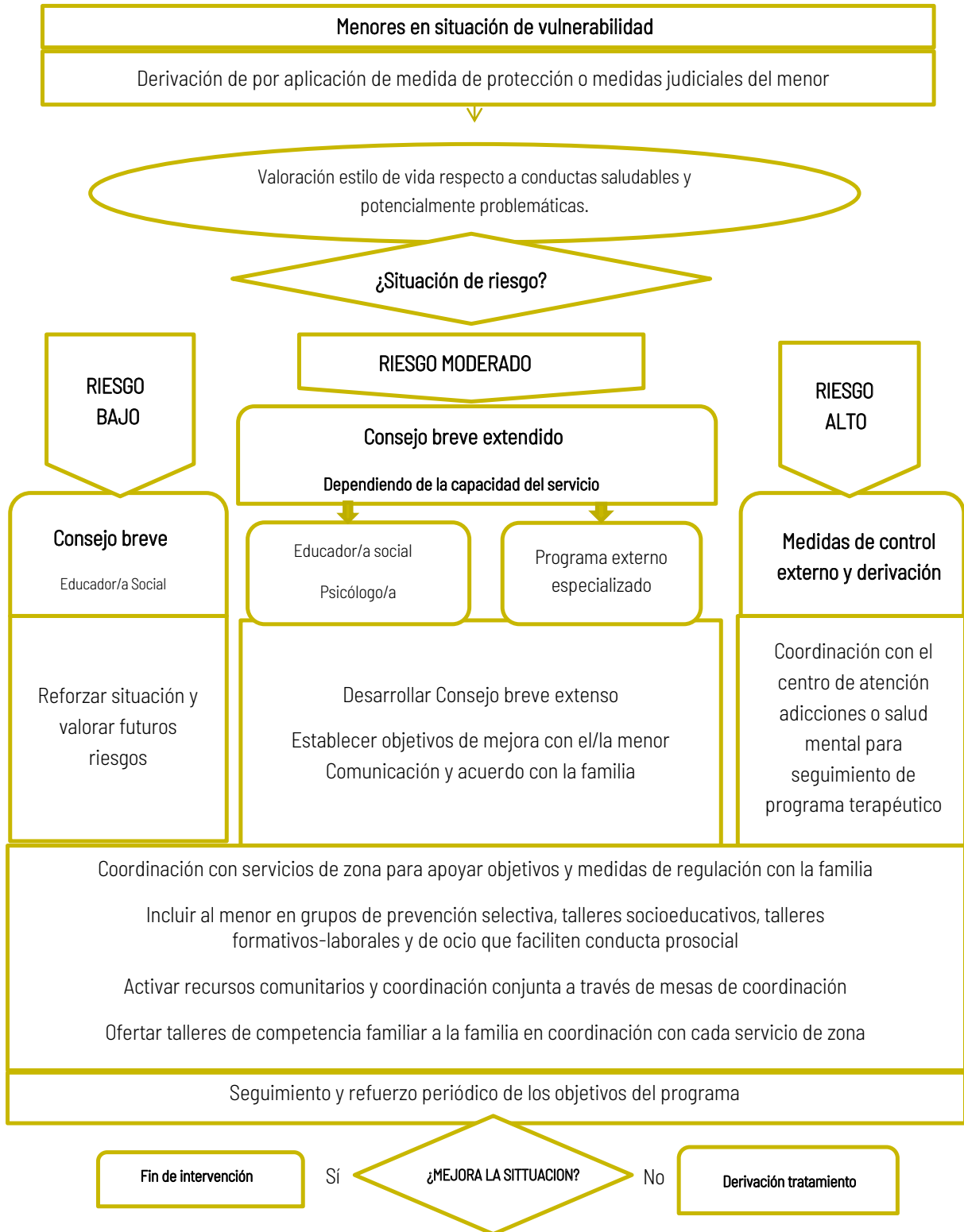
### 5.3.3 Quién puede implementar cada paso

Tabla 15. Quién puede implementar cada paso en el ámbito de Centros de Menores.

Fase	Profesionales	Servicio
Screening Consejo breve simple	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación social (tutor/a del menor)</li> <li>• Trabajo social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de protección, de medidas judiciales o centro de día</li> </ul>
Consejo breve extenso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación social</li> <li>• Psicología</li> <li>• Centro de protección, de medidas judiciales o centro de día</li> <li>• Centro de atención a adicciones con programa específico de atención breve (con aplicación preferente en servicios sociales o centros de día)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de protección, de medidas judiciales o centro de día</li> <li>• Centro de atención a adicciones con programa específico de atención breve (con aplicación preferente en servicios sociales o centros de día)</li> </ul>

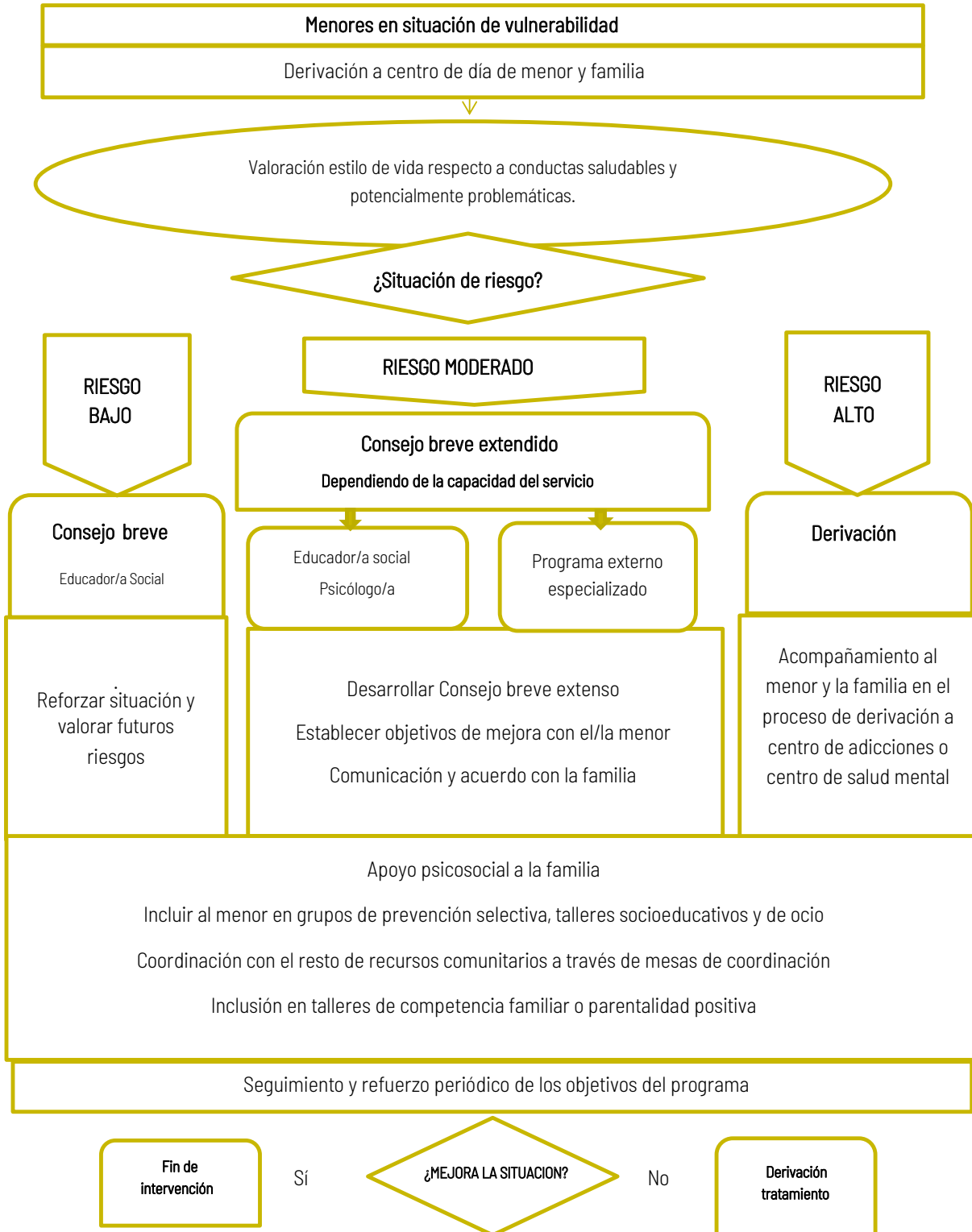
Elaboración propia.

### 5.3.4 Diagrama de la aplicación del programa de intervención breve



Elaboración propia.

**DIAGRAMA DE FLUJO de la aplicación del programa en CENTRO DE DÍA**



Elaboración propia.

### 5.3.5 Ejemplo de un caso

A continuación, exponemos un caso que pasa por todas las fases:

Sara es una menor de 12 años que se encuentra en una fase de acogimiento temporal ante una situación de desamparo: el padre está ausente del núcleo familiar y la madre padece una enfermedad incapacitante, con una convalecencia larga que ha dificultado el cuidado de la menor y ha producido conflictos y discusiones en la unidad familiar. Al ingreso de la menor en el centro, y según consta en el informe realizado por los Servicios Sociales de base, existen problemas de absentismo escolar, malnutrición, síntomas de ansiedad y escasa red de apoyo social con largos periodos sin salir de casa. La familia se mantiene económicamente con las ayudas por incapacidad permanente de la madre y ayudas puntuales de Servicios Sociales. Existe buen vínculo afectivo y de cuidado entre ellas, manifestándose sobre todo en los periodos de mejora de la enfermedad de la madre.

Durante el periodo de evaluación de la menor con su educadora/tutora y la psicóloga del centro, se evidencian posibles problemas con el uso del móvil e internet. La menor se muestra irritable y con síntomas de ansiedad cuando tiene que cumplir la normativa del centro ante uso del móvil. Durante las citas con su educadora de referencia, se realiza screening con el EUPI-a y se constatan problemas, principalmente en su uso de redes sociales, algo menos en juegos online. Por otro lado, se manifiestan dificultades en la comunicación con sus pares, gestión de emociones y escasa motivación e implicación en actividades de ocio y de carácter prosocial.

En el centro, todo el equipo ha recibido formación y entrenamiento del modelo SBIRT. En la reunión de equipo se establece que la educadora apoyará a la menor con sus problemas de gestión del uso de internet y que la psicóloga le ayudará en el área de autocontrol emocional. Por otro lado, en el centro existen talleres de comunicación y gestión de emociones para los/as menores.

Desde un primer momento se establece una buena relación entre educadora y la menor, por lo que entre las dos se ponen objetivos de gestión del uso del móvil e internet de acuerdo con las normas del centro y todo ello en comunicación con la madre de la menor.

En citas con la madre de la menor se le comunica y se acuerdan objetivos y normas para la gestión del móvil y para futuras salidas a casa en aquellos periodos que la madre esté físicamente mejor. Paralelamente, se establece coordinación con la educadora de familia del centro de Servicios Sociales para reforzar las medidas adoptadas, sobre todo en relación con el trabajo socioeducativo con la madre.

Durante su estancia en el centro, se percibe una mejora de las competencias de la menor tanto en sus habilidades de gestión de internet como en sus competencias personales para la gestión de su vida y relacionadas con su madre. En los tiempos de visita a casa han surgido en algunos momentos problemas al principio, principalmente relacionados con el cumplimiento de acuerdos. Estos han sido progresivos y pactados: en la primera salida del centro se planteó como un desafío el hecho de salir unas horas sin el móvil con su madre y posteriormente se planificó alguna salida durante todo el día. Según se fuera autorregulando, la idea era que ella

fuese gestionando sus tiempos. Los problemas surgieron a lo largo de las primeras visitas en las que decidió gestionar ella el móvil, previo acuerdo de tiempo en las reuniones con su educadora. Tenía dificultades para gestionar momentos concretos: duración de finalización en el tiempo acordado en algunas redes sociales o en algún juego en red, etc.... Para la gestión de estos momentos se ayudó tanto a la menor como a la madre en el empleo de técnicas de autorregulación, solución de problemas y toma de decisiones en un contexto de escucha y diálogo, y en línea con los objetivos marcados por la menor y sus propios valores, en los que la relación y cuidado de la madre tenían una función importante.

Por otro lado, a medida que la menor se fue implicando más en actividades externas y en su integración escolar, los problemas fueron disminuyendo. La última fase de intervención consistió en integrar a la menor de manera adecuada en los recursos de la comunidad antes de que terminase el periodo de acogida. Se la incluyó en actividades de juventud, en un módulo de F.P básica y en una entidad juvenil de su barrio que desarrollaba actividades durante el fin de semana.

### 5.3.6 Bibliografía

1. Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (A.R.R.M.I.) - CES Proyecto Hombre. (2011). Programa de Prevención indicada Enlace. Guía de intervención. Comunidad de Madrid. <https://bienestaryproteccioninfantil.es/programa-de-prevencion-indicada-enlace-guia-de-intervencion/>
2. Gamonal García, A., Moreno Arnedillo, G., & Suárez Vázquez, R. (s.f.). Fase II del programa de mejora de la intervención en prevención en centros de protección y reforma: Instrumentos prácticos de intervención: Instrumentos prácticos de intervención. Bases sobre las que diseñar e implantar un programa de drogas en los centros de menores de protección y reforma. CEPS. Delegación del gobierno para el Plan Nacional de Drogas. [https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal\\_social/import/ceps/ceps0002.pdf](https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/import/ceps/ceps0002.pdf)
3. Redondo Illescas, S., Martínez Catena, A., Andrés Pueyo, A. (2011). Factores de éxito asociados a los programas de intervención con menores infractores. Ministerio de Sanidad. <http://www.observatoriodelainfancia.mschs.gob.es/productos/pdf/factoresDeExito.pdf>

## 5.4 **Ámbito de programas de medidas alternativas a la sanción por infracciones en materia de consumo o tenencia ilícita de drogas**

### 5.4.1 Descripción breve del sector

Las medidas alternativas a sanción consisten en **conjunto de intervenciones educativas, actividades o servicios de utilidad pública e interés social, planes de desarrollo personal, mediaciones o una**

**combinación de los anteriores, en los que puede participar una persona que haya cometido una infracción de las ordenanzas municipales.** Dentro estas medidas se encuentran las desarrolladas ante la tenencia y/o consumo de sustancias estupefacientes en la vía pública. Esta posibilidad se ofrece en sustitución de la sanción económica impuesta o bien en cumplimiento de una medida judicial mientras la sanción no sea firme por vía administrativa.

### **Marco jurídico**

En España no está penalizado el consumo de drogas, pero sí se sanciona la tenencia ilícita y el consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en espacios públicos, contemplada en la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. En su disposición adicional quinta, esta Ley Orgánica recoge que las multas impuestas a los menores de edad por consumo o posesión de drogas podrán suspenderse por tratamientos de rehabilitación o actividades de reeducación.

En 1985 se creó el Plan Nacional de Drogas, que recoge los criterios de actuación y las medidas prioritarias para las distintas Administraciones en el ámbito de las adicciones. Desde entonces, se han diseñado y ejecutado diversas Estrategias Nacionales sobre Drogas y Adicciones que han proporcionado un marco de planificación para las actuaciones de la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales y organizaciones de la sociedad civil comprometidas en este terreno.

A su vez, cada Comunidad Autónoma tiene reservada sus propias competencias para regular y desarrollar sus propios planes autonómicos de adicciones, donde se contemplan y desarrollan las diversas actuaciones a llevar a cabo en el ámbito de las adicciones, entre las que se encuentran las medidas alternativas a sanción por consumo y/o tenencia de sustancias.

La “puerta de entrada” a las medidas alternativas a sanción, por tanto, suele ser a través de los correspondientes Planes Autonómicos de Adicciones, la Delegación de Gobierno de la Comunidad Autónoma correspondiente o los propios Ayuntamientos a través de la imposición de una multa por tenencia y/o consumo de sustancias estupefacientes por parte de los diferentes cuerpos de la policía.

## 5.4.2 Oportunidades y barreras

Tabla 16. Oportunidades y Barreras en el ámbito de Programas de Medidas Alternativas a Sanción.

Oportunidades	Barreras
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio accesible para menores/jóvenes multados por tenencia/ consumo de sustancias</li> <li>• Se trata de un ámbito muy estructurado (acotado en tiempo y número de sesiones)</li> <li>• Incrementa la asistencia e interés por cumplir con el programa debido a la naturaleza de la propia sanción</li> <li>• Proporciona alternativas educativas para trabajar con menores y fomentar el cambio de hábitos</li> <li>• Creación de espacios seguros donde poder expresar emociones, motivaciones etc....</li> <li>• Posibilidad de actuación flexible y adaptable a cada contexto y municipio</li> <li>• Facilitación de la responsabilización del propio menor de sus actos</li> <li>• Coordinación de diferentes agentes sociales implicados, en colaboración con los recursos comunitarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad de creación de un modelo común, que se pueda aplicar a las diferentes realidades sociales de los distintos municipios</li> <li>• Disparidad de recursos y posibilidades de aplicación en función del territorio</li> <li>• Resistencias a participar por parte de menores y sus familias</li> <li>• Falta de motivación intrínseca; motivación únicamente unida a la eliminación de la sanción económica</li> <li>• Falta de seguimiento de participantes una vez han cumplido con el programa de medidas alternativas a sanción económica</li> </ul>

Elaboración propia

Los programas de medidas alternativas a sanción, por tanto, engloban una serie de acciones preventivas selectivas e indicadas para jóvenes que se exponen a situaciones de riesgo asociados al consumo, ofreciendo diversas actividades educativas que intentan reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección frente a el consumo problemático.

Los objetivos que persiguen este tipo de programas son:

- Abordar el consumo de drogas en jóvenes no solo desde el punto de vista legal, sino también desde una perspectiva de salud.
- Promover la responsabilidad de los menores de sus propios actos. Muchas veces, el pago de la sanción económica recae en los padres o tutores legales, ya que los propios menores no tienen recursos económicos propios.
- Detectar a menores que pueden estar en situaciones de riesgo relacionadas con las adicciones, por lo que sirven como programas de detección precoz.
- Crear espacios de reflexión acerca de la salud, y en concreto acerca de consumo de drogas, tanto para menores como para las familias.
- Singularizar e individualizar la medida sustitutiva, tratando así de lograr una mayor efectividad preventiva.
- Implicar a la familia (padres, tutores legales, guardias legales...) en el proceso de reeducación de menores facilitando recursos y competencias familiares para la gestión del problema.

El ámbito de medidas alternativas a sanción, por sus propias características, requieren de un trabajo de coordinación y en red por parte de los diferentes recursos de la comunidad autónoma: los distintos Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, Centros de Atención Primaria y de Salud Mental Infanto-Juvenil, Centros de Atención a la Drogodependencia, Servicios Sociales, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que trabajan en adicciones, asociaciones sectoriales o comunitarias.... Deben establecerse mecanismos de colaboración y cooperación que permitan y faciliten la realización de actividades sustitutivas a la sanción.

Se trata de protocolos de actuación acotados en el tiempo (que son establecidos por cada comunidad autónoma y, dentro de cada una de ellas, por cada municipio). Durante la ejecución y participación en el programa, la sanción queda suspendida temporalmente hasta la resolución final.

Los/as profesionales implicados tanto en el proceso de detección y valoración como en la intervención educativa, están formados para ofrecer confidencialidad, confianza y recursos de apoyo al menor y familia que decidan participar. De esta manera, la intervención que se realiza en el ámbito de medidas alternativas a sanción ofrece:

- Una relación confidencial, transmitiendo seriedad y profesionalidad
- Una oportunidad educativa (al margen de la sanción), involucrando tanto a menores como a sus familias, y enfocándose como una oportunidad que deben aprovechar
- Creación de un clima de confianza y empatía
- Aclarar que no se trata de discutir sobre la sanción o la multa
- Un enfoque centrado en la potenciación de los factores de protección y debilitamiento de los factores de riesgo

Estos programas proporcionan un “caldo de cultivo” ideal para la implementación de intervenciones breves debido a sus propias características:

- Van precedidos por una sanción administrativa, la cual puede evitarse asistiendo a dichos programas
- Son dispositivos con una estructuración considerable que trabajan con distintos recursos en red.



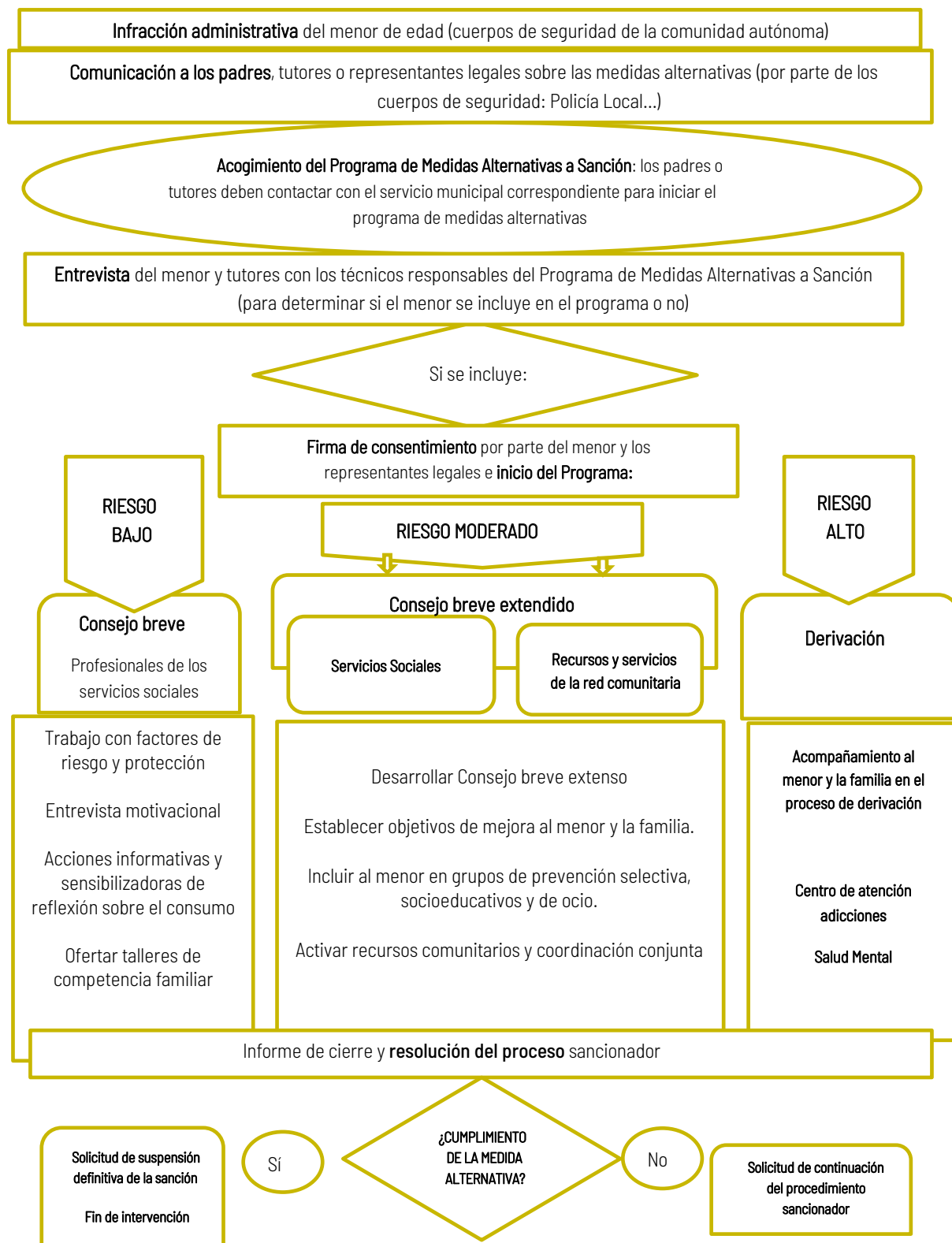
### 5.4.3 Quién puede implementar cada paso

Tabla 17. Quien puede implementar cada paso en el ámbito de Programas de Medidas Alternativas a Sanción.

Fase	Profesionales	Servicio
Detección	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier cuerpo policial del municipio/ CCAA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuerpos de Seguridad</li> </ul>
<i>Screening</i> Consejo breve simple Consejo breve extenso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores/as Sociales, Educadores/as Sociales, Psicólogos/as</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de atención a adicciones, Planes Locales de Adicciones, tercer sector con servicios de adicciones</li> </ul>

Elaboración propia

## 5.4.4 Diagrama de flujo de aplicación del programa de intervención breve



Elaboración propia

## 5.4.5 Ejemplo de un caso

Juan es un menor de 17 años, que acude al programa de alternativas a sanción de un Centro de tratamiento de adicciones por una multa por consumo de marihuana.

La principal motivación para acudir al programa es la de quitarse la multa, ya que existen problemas económicos en la familia, y él está muy concienciado de que es lo mejor, ya que pagar ese dinero por parte de su familia es muy complicado. Acude al programa con una idea muy clara de no consumir y mantenerse abstinente durante los 3 meses que dura la intervención, aunque después de acabar el programa quiere volver a hacerlo.

El programa se estructura en un tipo de atención individual centrada en la persona. Una vez se firma el consentimiento y se entra en el programa, se asigna profesional responsable del trabajo y seguimiento. El primer paso es determinar la relación y tipo de uso que establece con la sustancia. Para ello la intervención se apoya en instrumentos validados de screening. Después, al estar en un centro especializado en tratamiento de adicciones, se establece el criterio temporal de controles de orina aleatorios que se realizan a lo largo del programa, que dura entre 2 y 3 meses, en los cuales se debe mostrar abstinencia para la suspensión definitiva de la multa. El trabajo con Juan se realizó en sesiones quincenales durante casi 3 meses.

Durante las 2 primeras sesiones se realizó una entrevista inicial, en la que Juan contó que en el instituto estaba cursando una FP, pero cada vez se estaba desvinculando más y acudiendo menos, sobre todo desde que había empezado a consumir. Además, explicó que en casa existía una situación de violencia grave y de gran conflicto familiar, y que el consumo de porros le ayudaba mucho al manejo de la ira. Por último, comentó que su círculo de amigos era quien le había introducido en el consumo, y los porros para él formaban parte del proceso de socialización y relación con sus amigos, por lo que dejar los porros implicaba en cierta medida distanciarse de su grupo de iguales y su grupo de apoyo más cercano. Además de la entrevista, se le aplicó un screening de uso de drogas en general, el POSIT, donde se pudo observar un consumo problemático de cannabis y en menor grado de alcohol.

Durante estas primeras sesiones se trabaja, paralelamente, la toma de conciencia del consumo en su vida y respecto a sus propios valores, teniendo en cuenta el impacto de éste en su vida. Con ello se consigue percibir la utilidad que podría tener mantenerse abstinente o al menos reducir el consumo, más allá del objetivo de conseguir la abstinencia tan solo para que le quitasen la multa. Se llega a proponer una especie de experimento de probar a ver qué pasa en su vida tras mantenerse tres meses abstinente.

En las siguientes sesiones Juan demanda ayuda para el control de la ira, él además reconoce que trabajar este aspecto le podría ayudar en su abstinencia también. Se enseñan estrategias de control de ira y además se le ayuda a buscar otros recursos y opciones para socializar, aunque siempre mantuvo el contacto con su grupo de amigos. Poco a poco Juan fue notando cambios, mejora en el clima familia y, sobre todo, a nivel de energía: disminuyó mucho el aletargamiento y conductas depresivas que tenía, como estar todo el día encerrado en casa y sentado en el sofá fumando y empezó a tener una vida mucho más activa. Todo ello le llevó a

verse a sí mismo con una mejor proyección de futuro y, a nivel de estudios, recuperó las ganas de reengancharse a la FP que estaba cursando anteriormente. En general, tenía más ganas de seguir con su proyecto personal de vida, y de establecerse un nuevo propósito de fumar menos y mantenerse en esa actitud y con esa motivación tras acabar el programa.

Fueron 3 meses de tratamiento, cada 15 días. Una vez dada el alta, se le propone un seguimiento hasta la mayoría de edad con el fin de ayudarlo a mantener un consumo de menos riesgo, o incluso la abstinencia si se lo propusiera.

## 5.4.6 Bibliografía

1. Decreto 88/2014, de 3 de julio, por el que se regula el sistema de sustitución de sanciones impuestas por incumplimiento de la Ley 11/2010, de 17 de diciembre, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad y se establecen los criterios básicos de los programas preventivos que de ella se derivan. Diario oficial de Galicia, Martes, N 138, de 22 de julio de 2014.  
[https://www.xunta.gal/diario-oficial-galicia/mostrarContenido.do?ruta=/u01/app/oracle/shared/resources/pxdoq100/doga/Publicados/2014/20140722/Secciones1\\_es.html&paginaCompleta=false&compMenu=10102](https://www.xunta.gal/diario-oficial-galicia/mostrarContenido.do?ruta=/u01/app/oracle/shared/resources/pxdoq100/doga/Publicados/2014/20140722/Secciones1_es.html&paginaCompleta=false&compMenu=10102)
2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas- Federación Española de Municipios y Provincias (2019). Orientaciones en el diseño de programas alternativos a las sanciones impuestas a menores de edad por infracciones en materia de consumo o tenencia ilícita de drogas.  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2019/FEMP\\_GuiaOrientacionesProgramasAlternativos\(2019\).pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2019/FEMP_GuiaOrientacionesProgramasAlternativos(2019).pdf)
3. Generalitat de Catalunya. (2012). Protocol de prevenció sobre drogues ASA: Alternativa a la Sanció Administrativa.  
[https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/prevencio/programa/comunitari/guia\\_recomanacions\\_Ilei\\_2015-OK\\_OK.pdf](https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/prevencio/programa/comunitari/guia_recomanacions_Ilei_2015-OK_OK.pdf)
4. Gobierno de Navarra (2022). *Guía para la Implementación de Medidas Socioeducativas Alternativas por consumo y tenencia de drogas ilegales en menores de edad en Navarra*. III Plan de Prevención: Drogas y Adicciones.
5. Mera, N., Latorre, M., Rivers, C., & Piqué, N. (2017, 24 y 25 de noviembre). Protocolo de Medidas Alternativas a Sanción por Consumo en la Vía Pública de Menores (LO 4/2015). [Congreso Internacional sobre Cannabis y sus Derivados]. Pontevedra, España. <https://www.salutmental.cat/noticias/i-congreso-internacional-sobre-cannabis-y-sus-derivados-salud-educacion-y-ley.html>
6. Rossi, P., Blay, E., Costela, V., & Torrens, M. (2018). Política de Drogas Ilegales en España: La Opinión de los Profesionales del Ámbito Sanitario y del legal. *Adicciones*, 30, 33-40. [https://www.researchgate.net/publication/312357571\\_Politica\\_de\\_drogas\\_ilegales\\_en\\_Espana\\_la\\_opinion\\_de\\_los\\_profesionales\\_del\\_ambito\\_sanitario\\_y\\_del\\_legal](https://www.researchgate.net/publication/312357571_Politica_de_drogas_ilegales_en_Espana_la_opinion_de_los_profesionales_del_ambito_sanitario_y_del_legal)

# ANEXOS

## ANEXO 1: Cuestionario

Desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias, estamos recopilando aquellas prácticas y actuaciones de **detección precoz e intervención temprana (en lo que se refiere al itinerario de consumos y conductas que pueden generar adicción), en adicciones con y sin sustancia, con menores vulnerables en los ámbitos escolar, de los servicios sociales y de los centros de menores, así como de los programas de medidas alternativas a la sanción por infracciones en materia de consumo o tenencia ilícita de drogas.** El objetivo de esta actuación es el de promover este tipo de actuaciones en el contexto del Plan Nacional sobre Drogas a través de una propuesta metodológica común que facilite la elaboración de protocolos en este ámbito.

Esta propuesta se desarrollará a través de la elaboración de un documento que tenga en cuenta, de manera sucinta, las prácticas recopiladas y avance una propuesta metodológica que ayude a las comunidades autónomas, corporaciones locales y entidades del tercer sector a desarrollar protocolos de actuación en este ámbito dentro de su territorio.

Para ello solicitamos vuestra colaboración para cumplimentar un pequeño cuestionario al que estaríamos interesados que aportaras toda aquella documentación que estéis utilizando en estas actuaciones: manual de procedimientos, protocolos, cuestionarios de *screenings*, etc.

Agradecemos de antemano vuestra colaboración y esfuerzo.

Si deseáis más información sobre este trabajo puedes dirigirte al email del siguiente correo [agamonal@gmail.com](mailto:agamonal@gmail.com).

*Esta acción estaría enmarcada en la actividad 2.6. "Identificación y fomento del desarrollo y realización de protocolos de detección precoz e intervención temprana con menores vulnerables en el ámbito escolar y de los servicios sociales y centros de menores, así como de los programas de medidas*

*alternativas a la sanción por tenencia y consumo en espacio público”. (Acción 2. Proyecto de mejora de programas de prevención universal, selectiva e indicada. Área de actuación denominada Prevención y reducción del riesgo, de la meta 1. Hacia una sociedad más saludable e informada. (Plan de acción sobre adicciones 2021-2024. Estrategia Nacional de adicciones 2017-2024).*

<b>Nombre de la persona que completa el cuestionario:</b>	
<b>Profesional:</b>	<b>Puesto:</b>
<b>Consejería:</b>	
<b>Comunidad/ Ciudad Autónoma:</b>	
<b>Teléfono contacto:</b>	<b>email:</b>

1. ¿Existe en vuestra Comunidad o Ciudad Autónoma algún protocolo para la detección precoz e intervención temprana con menores vulnerables en alguno de los siguientes ámbitos: escolar, de los servicios sociales y de centros de menores, así como en relación con los programas de medidas alternativas a la sanción por infracciones en materia de consumo o tenencia ilícita de drogas?  
SI/NO
2. ¿En qué ámbitos y con qué tipo de actuaciones se desarrollan estos protocolos de actuación de detección precoz e intervención temprana con menores vulnerables? Señala en el/los recuadros correspondientes.

		TIPO DE ACTUACIÓN			
		Detección precoz	Intervención temprana	Coordinación y comunicación entre profesionales y dispositivos implicados	Otros
AMBIENTE	Escolar				
	Servicios Sociales				
	Centros de menores				
	Programas de medidas alternativas a la sanción por infracciones en materia de consumo o tenencia ilícita de drogas ...				

3. ¿Qué instrumentos utilizáis para el desarrollo estas actuaciones?

	Nombre del Instrumento	Observaciones	Disponible en cita, referencia, link, etc...
Manual de procedimiento			
Cuestionarios de screening			
Entrevistas generales			
Entrevista específica de adicciones			
Entrevista motivacional			
Fichas de derivación			
Información sobre adicciones			
Flyers y material informativo / de consejo breve/de recursos			
Protocolos derivaciones a talleres preventivos o programas de intervención			
Formación de profesionales			
Otros			

- ¿Tenéis implementados indicadores de evaluación de estas actuaciones? ¿Los podéis enumerar?
- ¿Se encuentra disponible algún documento/memoria/informe sobre el impacto/resultados de la implementación/aplicación de estas actividades? Si fuera así, ¿disponéis de algún link, referencia, de consulta?
- ¿Qué fortalezas/debilidades habéis encontrado a la hora de implementar estas actuaciones?

Fortalezas	Observaciones
Debilidades	Observaciones

- ¿Qué sugerencias de mejora habéis contemplado?
- ¿Habéis contemplado algún próximo cambio en los protocolos tras la práctica?

Para poder desarrollar adecuadamente el estudio de la aplicación de esta acción en nuestro territorio os solicitamos nos enviéis, adjuntos a vuestros correos electrónicos de respuesta, aquellos protocolos, manuales o instrumentos que pudieran sernos útiles en el desarrollo de esta propuesta.

Muchas gracias por vuestra colaboración. vuestra referencia y contacto serán incluidos en la propuesta que salga como resultado final de esta acción.

## ANEXO 2: Secuencia del proceso general de consejo breve

- **Evaluar y comprender la situación**, y el momento de cambio del menor respecto a la conducta problema. **Indagar su disposición al cambio** y su visión personal sobre su propia situación.
- **Devolver la información** al menor de forma útil, y a través de procesos lógicos y contrastados de valoración.
- **Ayudarle a identificar su situación personal** respecto a esas conductas de riesgo y respecto a los valores y objetivos que él o ella desean para su vida. En muchos casos esto implica crear discrepancia y ambivalencia que hagan confrontar las conductas con los propios valores y metas.
- **Movilizar al cambio**, identificando las ventajas de este.
- Promover su capacidad de cambio, activando la **autoeficacia** a través del **consejo útil**, factible y posible dentro de sus competencias y contextos.
- **Acordar un plan** a partir de la valoración un menú de opciones de acción, establecido a través del diálogo entre el/de la menor y el/la profesional (junto la familia en algunos casos).
- Fijar una fecha para hacer **seguimiento y apoyo** a su plan.



## ANEXO 3: Elementos centrales del enfoque centrado en la persona

- **Validar su experiencia y opción de vida.** El/la profesional es capaz de aceptar al menor, su comportamiento, sus argumentos y justificaciones, y de entender su resistencia a los cambios desde la comprensión de la propia experiencia biográfica de éste. También implica que el menor sienta que es aceptado y comprendido por el profesional. *“Entiendo que cuando juegas con tus colegas a los videojuegos todo lo demás se te olvida y sientes que has formado un grupo con ellos que para ti es especial e importante”.*
- **Aclarar sus valores y objetivos de vida.** Es una de las cuestiones centrales y más importantes. Los propios valores y objetivos serán la base de la intervención, y se ayudará al menor a conectar con ellos, para así facilitar, decidiendo con él o ella, comportamientos y estilos de vida más saludables. *“Veo que para ti tus amigos son importantes. ¿Me podrías decir qué cosas consideras que son las más importantes en tu vida? Hay gente que dice que la familia, otros tener un trabajo de esto o aquello, conocer mundo, ayudar a los demás...no sé ¿tú qué dirías?”*
- **Respetar y alentar la capacidad de ser responsable de sus decisiones y conductas (responsabilidad).** Es importante recordar que los/las menores son capaces de decidir por sí mismos/as independientemente de que, por su edad, sus familias tengan la responsabilidad de su cuidado y protección. Tienen capacidad de decidir qué quieren hacer y ser responsables de sus conductas. Cuando les damos y alentamos esta opción, facilitamos su capacidad de responsabilidad, autonomía y reducimos su resistencia al cambio. *Teniendo en cuenta que una de las cosas que te interesa en la vida es estar sana ¿te interesaría realizar un cuestionario que te ayude a ver cuál es tu estado de salud respecto a algunas conductas que suelen ser problemáticas a tu edad? Con el resultado te podemos dar alguna información útil para que luego tú decidas que quieres hacer.*
- **Ayudarles a que identifiquen y experimenten que tienen capacidad y competencia para ser protagonistas de su cambio (autoeficacia) con el apoyo del programa o servicio y la participación de su familia si ellos/as desean.** Nos referimos a promover la autoeficacia del/de la menor, valorando que son capaces de hacer cambios en la línea de sus valores y objetivos. El servicio les ayuda a tomar decisiones y poner en prácticas sus propias alternativas de forma eficaz. *¿Y crees que si te apuntas a alguna extraescolar con tus otras amigas del instituto pasarías menos tiempo con el móvil? Yo también creo que podría ser una buena idea. ¿Te parece que exploremos cómo ponerla en marcha?*

## **ANEXO 4: Habilidades necesarias para promover el cambio según los principios de la entrevista motivacional**

- Escucha activa
- Expresar empatía y reconocimiento
- Mensajes yo. Describir y utilizar mensajes en primera persona
- Expresar *feedback* útil respecto a los valores y conductas del menor
- Utilizar preguntas abiertas que creen la discrepancia y ambivalencia
- Informar, aconsejar si el menor lo permite
- Fomentar la creatividad por medio de generar alternativas posibles generadas por los propios menores y convirtiéndolos en nuevas metas y objetivos
- Planificar la puesta en marcha de esas ideas

