

**D O S S I E R**  
C O M P L E M E N T A R I O  
A L M O N O G R Á F I C O  
**XIII JORNADAS ASOCIACIÓN  
PROYECTO HOMBRE**



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



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

**ENRIQUETA OCHOA MANGADO.**

DOCTORA EN MEDICINA. ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

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

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

## INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual con bases neurobiológicas. Se define, según los criterios diagnósticos DSM-IV-TR, por la presencia continuada de diversos síntomas de déficit de atención y/o hiperactividad, síntomas que deben haber estado presentes durante más de 6 meses<sup>1</sup> (Tabla I).

El diagnóstico supone no sólo la presencia de los síntomas (evaluados por medio de los criterios normalizados del DSM-IV o de la CIE-10), sino además, como consecuencia de los mismos, se produce perturbación significativa en áreas importantes para la persona, como las relaciones familiares, las académicas, las laborales y las recreativas<sup>2</sup>.

El DSM-IV-TR estima que entre 3-7% de los niños sufre este trastorno. El TDAH se diagnostica aproximadamente tres veces más entre los niños que entre

las niñas. No se han demostrado diferencias entre diferentes áreas geográficas, grupos culturales o niveles socioeconómicos<sup>1,3</sup>.

Esta disfunción neurobiológica fue reconocida primero en la edad infantil. Posteriormente se reconoció su carácter crónico, ya que puede persistir y manifestarse más allá de la adolescencia. Estudios de seguimiento a largo plazo muestran que un alto porcentaje de los niños con TDAH continúa presentando los síntomas hasta la vida adulta<sup>4,5</sup>.

Los rasgos principales del TDAH son, por una parte, la dificultad para sostener la concentración (déficit de atención), sobre todo en circunstancias que ofrecen baja estimulación y, por otra, la falta de inhibición o control cognitivo sobre los impulsos, frecuentemente asociadas con inquietud motora (hiperactividad-impulsividad). Estos dos conjuntos de signos pueden aparecer por separado o combinados.

En ese sentido, se reconocen tres subtipos de TDAH:

- Con predominio de déficit de atención
- Con predominio de conducta impulsiva e hiperactividad
- Tipo combinado, donde los dos trastornos anteriores se dan a la vez

El subtipo más común es el que combina los trastornos de la atención con hiperactividad e impulsividad (60%). Los subtipos puros son menos frecuentes (déficits atencionales: (30%); hiperactividad e impulsividad: (10%)<sup>1</sup>.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y no se dispone de pruebas diagnósticas per se, pese al conocimiento creciente de sus bases biológicas. Las pruebas de neuroimagen aportan conocimientos importantes pero no tienen aun validez diagnóstica. La realización de baterías neuropsicológicas y psicométricas puede ser un apoyo importante al diagnóstico clínico<sup>6,7</sup>.

En la adolescencia puede producirse cambios en la expresión de los síntomas del TDAH infantil. La hiperactividad motora suele mitigarse, con persistencia de la impulsividad y el déficit de atención. Las características de la adolescencia generan dificultades adicionales en el diagnóstico del TDAH, ya que puede confundirse con actitudes propias de esta etapa de la vida o bien con otros trastornos, sean estos emocionales, de aprendizaje, por uso de sustancias o de personalidad. La forma de presentación del TDAH en un adolescente consiste, fundamentalmente, en bajo nivel de rendimiento académico, absentismo escolar, tendencia a la distracción en las actividades habituales, falta de organización en las tareas, descuidos y negligencias, aburrimiento, ansiedad, depresión, baja autoestima, cambios de humor, problemas de relaciones con los demás, abuso o adicciones tanto a sustancias (alcohol y otras drogas) como adicciones comportamentales<sup>8-11</sup>.

El TDAH presenta elevada comorbilidad. Lo más común en adolescentes y adultos son trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, conductas adictivas, trastornos del aprendizaje, trastornos de conducta antisocial y trastorno límite de la personalidad<sup>4,12,13</sup>.

El TDAH parece aumentar el riesgo de un trastorno por uso de sustancias independientemente de otra comorbilidad psiquiátrica: así los adolescentes con diagnóstico previo de TDAH presentan mayor prevalencia de abuso-dependencia de alcohol y otras drogas. Si además existe un trastorno disocial comórbido o un trastorno bipolar comórbido, se incrementa más el riesgo de abuso o dependencia de sustancias. Algunos estudios señalan que el 50% de los diagnosticados con TDHA en la infancia presentaron problemas de alcohol y otras drogas a lo largo de la vida, mientras que en la población sin TDAH era el 27%<sup>6,8,14</sup>.

El TDAH es predictor de un comienzo más precoz del abuso de sustancias en adolescentes y la evolución

hacia un abuso o dependencia es más rápida que en las personas que no padecen un TDAH<sup>11,15,16</sup>.

Se estima que entre el 15-45% de los pacientes en tratamiento por un trastorno por uso de sustancias pueden haber padecido un TDAH en la infancia y adolescencia. La cocaína y el cannabis son las sustancias más relacionadas con el TDHA. Así, entre el 31-75% de pacientes con dependencia al alcohol, el 35% de pacientes cocainómanos, el 17% de los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona, y un número importante de los dependientes al cannabis, cumplen criterios de TDAH. Estos adictos con TDHA presentan peor evolución en el tratamiento de la dependencia de drogas y tienen más riesgo de recaídas en el consumo de sustancias tras la desintoxicación<sup>4,17-19</sup>.

La complementariedad entre terapias cognitivo-conductuales y el seguimiento farmacológico, parecen hoy en día el mejor tratamiento para el TDAH. El tratamiento psicológico de los problemas conductuales asociados debe complementarse con el tratamiento farmacológico. Igualmente es aconsejable una intervención psicopedagógica sobre los problemas de aprendizaje que suelen aparecer en gran parte de los sujetos con TDAH<sup>7,13</sup>.

La efectividad de los estimulantes en el TDAH no ha resuelto la preocupación que genera usar medicación que puede ser objeto de abuso por sí misma. Sin embargo, los diversos estudios sobre el tema, indican que los TDHA tratados con estimulantes tuvieron un 50% menos de probabilidades de desarrollar problemas con drogas que aquellos que no siguieron este tratamiento. Sin embargo, los pacientes con TDAH no tratados presentan un riesgo significativamente mayor que los controles para el consumo de drogas, especialmente el alcohol<sup>19,20</sup>.

## MATERIAL Y METODO

El objetivo de este estudio es valorar los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) que presentan los 223 adolescentes atendidos en el Programa para Adolescentes y Familias de Proyecto Hombre Madrid, desde agosto 2006 a abril de 2009.

Los adolescentes atendidos en el programa presentan un uso y/o abuso de sustancias según criterios DSM IV-R. No es motivo de exclusión en el programa la presencia de sintomatología psiquiátrica.

El equipo terapéutico está formado por psicólogos, pedagogos y educadores sociales, además de un psiquiatra que realiza la valoración psiquiátrica de los adolescentes con antecedentes psiquiátricos, en tratamiento con psicofármacos o con sintomatología sugestiva de patología psiquiátrica. Este profesional presta atención psiquiátrica a aquellos con psicopatología activa y realiza el control del tratamiento psicofarmacológico si lo hubiese, además de la coordinación con psiquiatras de la comunidad.





Los adolescentes atendidos, son en el 75,70% varones y en el 24,30% mujeres. La edad media es de 17,76 años. El 54,20% de ellos presentan fracaso escolar. Las sustancias que motivan la demanda son sólo cannabis 39%, cannabis y alcohol 15%, cannabis y cocaína 13%, alcohol y cocaína 14%, policonsumo (excepto opiáceos) 10% y heroína 2%. Por tanto el 76% tienen problemas con el cannabis y el 28% con el alcohol.

El diagnóstico de TDHA se realiza de forma clínica según criterios DSM-IV-TR1. Posteriormente se administra la escala autoaplicada ASRS-V1.21.

## RESULTADOS

15 adolescentes fueron diagnosticados de trastorno comórbido con TDAH, lo que supone el 6,72% de total de adolescentes atendidos.

Todos los adolescentes con diagnóstico de TDHA eran varones. La edad media de estos pacientes es de 16,96 años. El 73% presenta fracaso escolar crónico, previo al consumo de sustancias. En el momento de la demanda el 93% de ellos habían fracasado en los estudios e iban por debajo del nivel correspondiente para su edad.

Estos adolescentes consumían cannabis (54%), cannabis y alcohol (21%), alcohol (13%), cocaína (6%) y alcohol y cocaína (6%). Por tanto, el 74% tenían problemas con el cannabis, el 41% con el alcohol y 13% con la cocaína.

El diagnóstico de TDAH se realizó previo al consumo de sustancias en 13 de los adolescentes. En la evaluación en el centro se confirmó el diagnóstico en 11 de ellos, mientras que 2 fueron reevaluados y se considero que no presentaban este trastorno (en ambos casos el diagnóstico se había realizado recientemente al presentar el adolescente trastornos conductuales y ocultar el consumo de cannabis). En otros 4 adolescentes el diagnóstico de TDHA se realizó en el Programa.

De los 13 pacientes con diagnóstico previo de TDHA, 11 habían recibido en algún momento tratamiento farmacológico específico para el TDHA.

De los 11 con diagnóstico previo y confirmado en el Programa de TDHA, 9 habían tomado alguna vez tratamiento farmacológico. De ellos, sólo 3 lo tomaban en el momento de la evaluación (4 lo habían abandonado voluntariamente, y a 2 les había sido retirado).

Durante el tratamiento del consumo de sustancias, 14 de ellos realizaron tratamiento farmacológico específico para el TDAH (13 recibieron metilfenidato de vida media larga, y 1 recibió metilfenidato de vida media corta)

## DISCUSIÓN

Desde el inicio de las investigaciones en TDAH se ha mantenido que es el padecer este diagnóstico es un predictor de riesgo para el consumo posterior de drogas: alcohol, tabaco, cannabis, etc...<sup>5,8,11,12</sup>. Sin embargo esta asociación fue puesta en cuestión por razones metodológicas como pequeño tamaño muestral, así como la ausencia de una definición operativa de lo que se entendía por consumo de sustancias: ocasional, continuada, dependencia...<sup>9</sup>.

En nuestro estudio el 6,72% de los adolescentes atendidos por consumo de sustancias presentó este diagnóstico, cifras que se sitúan entre las que se refieren en la literatura<sup>1,2</sup>.

El 100% de ellos son varones, porcentaje mayor que el señalado en la población general donde se señala que entre el 60-75% son varones<sup>1,3</sup>.

Se admite que los pacientes con TDAH presentan una edad de inicio del consumo más precoz, y que los trastornos disociales están asociados al consumo de drogas, independientemente de la presencia o no del TDAH<sup>11,13</sup>. En nuestra muestra, no encontramos diferencias significativas en la edad de estos respecto al total de la muestra. La casi totalidad de los adolescentes con TDHA recibieron tratamiento para el mismo, controlado por el psiquiatra del equipo, independientemente de la evolución que presentasen respecto a su consumo.

Llama la atención el bajo número de adolescentes (sólo el 36% de los diagnosticados) que a su llegada al Programa recibían dicho tratamiento, a pesar de la unánime aceptación del beneficio que produce en estos adolescentes<sup>7,19,20</sup>. Algunos de ellos habían abandonado el tratamiento para el TDHA, o les había sido retirado al considerar que el consumo de cannabis y/o alcohol era incompatible con el mismo. Sin embargo, las alteraciones conductuales que presentan los adolescentes con TDHA no tratados agravan el consumo y dificulta el abordaje del mismo.

## TABLA I: CRITERIOS DSM-IV-TR DE TDAH.

### I. A o B:

**A** Seis o más de los siguientes síntomas de inatención han estado presentes en la persona por lo menos durante 6 meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador del nivel de desarrollo:

### Inatención

- 1** A menudo no presta la debida atención a los detalles o, por descuido, comete errores en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades.
- 2** A menudo tiene problemas para concentrarse en las tareas o en los juegos.
- 3** A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.

- 4 A menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas de la escuela, los quehaceres o cualquier otra responsabilidad en el trabajo (no por conducta oposicional o por no entender las instrucciones).
- 5 A menudo le cuesta organizar actividades.
- 6 A menudo evita, rechaza o se niega a hacer cosas que requieren mucho esfuerzo mental por mucho tiempo (como tareas escolares o quehaceres de la casa).
- 7 A menudo pierde las cosas que necesita para hacer ciertas tareas o actividades (p. ej. juguetes, trabajos escolares, lápices, libros, o herramientas)
- 8 Se distrae con frecuencia.
- 9 Tiende a ser olvidadizo en la vida diaria.

**B** Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han estado presentes en la persona por lo menos durante 6 meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador del nivel de desarrollo:

#### Hiperactividad

- 1 A menudo no deja de mover las manos ni los pies mientras está sentado.
- 2 A menudo se levanta de la silla cuando se quiere que permanezca sentado.
- 3 A menudo corre o trepa en lugares y en momentos inoportunos (es posible que los adultos y adolescentes se sientan muy inquietos).

- 4 A menudo, tiene problemas para jugar o disfrutar tranquilamente de las actividades de recreación.
- 5 A menudo, “está en constante movimiento” o parece que tuviera “un motor en los pies”.
- 6 A menudo habla demasiado.

#### Impulsividad

- 1 A menudo suelta una respuesta sin haber oído antes toda la pregunta.
  - 2 A menudo le cuesta esperar su turno.
  - 3 A menudo interrumpe al que esté hablando o se entromete, por ejemplo, en una conversación o juego.
- II. Algunos de los síntomas que causan alteraciones están presentes desde antes de los 7 años de edad.
- III. Alguna alteración provocada por los síntomas está presente en dos o más situaciones (p. ej., en la escuela o el trabajo y en la casa).
- IV. Debe haber clara evidencia de una alteración considerable en el funcionamiento social, escolar o laboral.
- V. Los síntomas no ocurren únicamente mientras la persona sufre de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno sicótico. Los síntomas no indican la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad). ■

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC. American Psychiatric Association, 2000.
- 2- Quintero Lumbreras FJ, Correas Lauffer J, Quintero Gutiérrez del Álamo FJ. Introducción al trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. En trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida. Eds. Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras FJ. Ergon Madrid 2006.
- 3- García García MD, Prieto Tato LM, Santos Borbujo J, Monzón Corral L, Hernández Fabián A, San Feliciano Martín L. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales Pediatría* 2008;69(3):244-50.
- 4- Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample attention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:305-13.
- 5- Correas Lauffer J, Ibañez Cuadrado A, García Blázquez V, Saiz Ruiz J. Comorbilidad y evolución del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el adulto. En trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida. Eds. Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras FJ. Ergon Madrid 2006.
- 6- Rossi G. Evaluación del trastorno por déficit atencional con hiperactividad en población de usuarios problemáticos de drogas. *Rev Psiquiatr Urug* 2009;73(1):109-18.
- 7- Soutullo Esperón C. Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:222-6.
- 8- Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SW, Weber W, Curtis S, et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1: 21-9.
- 9- Díaz Atienza J. Comorbilidad en el TDAH. *Rev Psiquia Psicol niño y adolescente* 2006; 6(1): 44-55.
- 10- Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC et al MTA Group (Multimodal treatment study of children with ADHD). ADHD comorbidity findings from MTA study; comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 147-58.
- 11- Wilens TE, Biederman J, Mick E et al. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997, 185: 475-82.
- 12- Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal Psychiatry* 2009;54(10):673-83.
- 13- Díez Suárez A, Figueroa Quintana A, Soutullo Esperón C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8 Supl 4: S135-55.
- 14- Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and adult ADHD symptoms. *Drug Alcohol Depend* 2008; 95: 90-6.
- 15- Upadhyaya HP. Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in the presence of substance use disorder. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: suppl 11: 23-30.
- 16- Kollins SH. Abuse liability of medication used to treat attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Am J Addict* 2007; 16: 35-42.
- 17- Carroll KM, Rounsaville BJ. History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Comp Psychiatry* 1993; 34: 75-82.
- 18- Levin FR, Evans SM, Cléber HD. Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52: 15-25.
- 19- Faraone VS, Biederman J, Wilens TE, Adamson J. A naturalistic study of the effects of pharmacotherapy on substance use disorders among ADHD adults. *Psychol Med* 2007; 37: 1743-52.
- 20- Volkow ND, Swanson JM. Variables that affect the clinical use and abuse of methylphenidate in the treatment of ADHD. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1909-18.
- 21- Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jim R, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walter EE. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS). *Psychological Medicine* 2005; 35(2):245-56.



# ESTRATEGIAS EDUCATIVAS CON JÓVENES EN SITUACIÓN DE RIESGO

## EDUARDO CUETO HERNÁNDEZ

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

## RICARDO BRAVO ELVIRA

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

suele definir como un grupo en proceso de desadaptación social por problemas económicos, culturales, de desestructuración familiar, conductas anómalas y otras circunstancias personales, familiares o del entorno.

Un joven está en riesgo social si pertenece a un entorno que presenta factores de riesgo y la interacción de éste con el medio crea una menor adaptación del sujeto al mismo. En aquellos casos en los que la interacción sea negativa se pone en peligro el correcto desarrollo del joven y dará lugar a un posible inicio del proceso de inadaptación social; en uno o más de sus entornos como son la familia, la escuela, el barrio, las instituciones, ... las situaciones de conflictos sociales son todas aquellas circunstancias sociales carenciales para el correcto desarrollo del joven.

La oleada de inmigrantes llegados a España durante los últimos años y en especial durante los últimos años del siglo pasado y primeros de éste, los cambios de los hábitos de ocio de los jóvenes, el aumento del consumo de sustancias entre los mismos, el aumento del



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

Concretamente, en nuestra sociedad avanzada, se están dando importantes cambios y apareciendo situaciones hasta ahora desconocidas, que afectan directamente a la correcta socialización de nuestra adolescencia y juventud. El colectivo que se recoge bajo el título de jóvenes en situación de riesgo se

fracaso escolar y menores que no concluyen los estudios básicos de la ESO, junto a otros condicionantes sociales y familiares hicieron que desde la Fundación Centro Español de Solidaridad – Proyecto Hombre Madrid se empezara a trabajar con este tipo de población. El camino empezó con la implantación del programa Soporte, programa de deshabitación de consumos donde se realiza un trabajo personalizado a cada caso y donde las familias tienen un gran protagonismo.

Pero ya desde la apertura del Centro Donoso Cortés en el año 2002, se empezó a dar cabida a todos/as aquellos/as adolescentes/jóvenes que presentaban cualquier tipo de situación de riesgo social.

En estos casi 10 años de trayectoria se han desarrollado, en función de distintos colectivos, diversos programas itinerantes y permanentes, por la amplia



demanda de jóvenes en riesgo social. Todos ellos buscando el afianzamiento de la autonomía y el desarrollo de la personalidad prosocial del menor en su proceso madurativo.

Programas de madres adolescentes, programas educativos como las antiguas garantías sociales, hoy Programas de Cualificación Profesional Inicial, convenidos con la Consejería de Educación, programas de cumplimiento de medidas judiciales en medio abierto, convenido con la Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor, Escuela deportiva con la colaboración de la Real Federación Española de Fútbol, programas de Formación e Inserción Profesional (Planes FIP), programas educativo-terapéuticos para la deshabitación de consumos en jóvenes consumidores, Campamentos urbanos, 12 meses 12 causas, programa transversal que trabaja los valores en los jóvenes en riesgo, escuela de adultos especializada en jóvenes en riesgo social convenido con la consejería de Educación... sin olvidar diversos estudios realizados sobre menores con medidas judiciales y su relación con el consumo de sustancias, así como me-

intercambiables entre los 15 y 19 años de edad:

- Juventud: 10 a 24 años
- 10 a 14 años - Pubertad, adolescencia inicial o temprana, juventud inicial (5 años)
- 15 a 19 años - Adolescencia media o tardía, juventud media (5 años)
- 20 a 24 años - Juventud plena (5 años)

El ingreso en el mundo adulto exige una serie de cambios, de maduraciones en todos los niveles del ser que desembocan en actitudes y comportamientos de madurez. Este cambio pone de manifiesto que el verdadero sentido de la etapa de la adolescencia es la maduración de la autonomía personal. El adolescente/joven, persigue 3 objetivos íntimamente relacionados entre sí:

1. Conquista de madurez entendida como personalidad responsables
2. Logro de independencia
3. Realización de la cualidad de tener una existencia independiente, de ser, en definitiva, persona, la adolescencia debe pues considerarse como una etapa de inmadurez en busca de madurez.



nores inmigrantes y consumo de drogas, son ejemplos de los programas que se desarrollan dentro del área de menores y prevención del CES-Proyecto Hombre Madrid y del Centro de día especializado en menores en riesgo. Así pues, la experiencia laboral que se ha recabado a lo largo de estos años nos ha hecho crear una metodología y unas estrategias para afrontar tanto la desadaptación social del menor como la forma de intervenir.

### ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

La Organización Mundial de la Salud propuso en el año 2000 una escala de edades para la estratificación de la adolescencia y la juventud. La propuesta de la OMS se recoge en el documento La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, y es una consideración genérica en períodos de 5 años en los que términos como juventud y adolescencia resultan

Durante esta etapa se desarrolla la afectividad del adolescente, es el período donde se suponen que finalizan los estudios básicos y medios y a veces se insertan en el mundo laboral, donde se producen cambios físicos y hormonales, se desarrolla la capacidad cognitiva, el desarrollo lingüístico y sobre todo el desarrollo social del adolescente, basados fundamentalmente en la sociabilidad, con los conceptos de amistad y pertenencia a grupo. Por otro lado, cambia la relación que hasta el momento se había mantenido en el ámbito familiar, pasando ésta a un segundo plano dentro de los valores inmediatos de los adolescentes.

Todo este proceso de cambios está sujeto a varios riesgos que asumen los adolescentes en su aprendizaje hacia los objetivos de la etapa y es de ahí donde surgen los fenómenos de conflicto social.



### ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA EL TRABAJO CON JÓVENES EN RIESGO SOCIAL

Basándonos en el período madurativo que viven los adolescentes/jóvenes, nunca se tiene que perder de vista que este proceso está en constante cambio, la definición de una personalidad cuesta años y esfuerzos y los procesos de asunción de valores y conductas apropiadas es otro proceso largo en el tiempo.

Desde este punto de vista se tiene que trabajar con una concepción parcial en el tiempo de intervención, nuestra acción no será más que una parte de todo un proceso que puede ir solo o acompañado. Así pues nuestros objetivos tienen que ser realistas y basados en el apoyo al desarrollo de la autonomía y proceso de construcción de la personalidad de el/la joven, adaptados al momento evolutivo de cada uno de los/as jóvenes con las que intervenimos.

## UN JOVEN ESTÁ EN RIESGO SOCIAL SI PERTENECE A UN ENTORNO QUE PRESENTA FACTORES DE RIESGO, Y LA INTERACCIÓN DE ÉSTE CON EL MEDIO CREA UNA MENOR ADAPTACIÓN DEL SUJETO AL MISMO

Es fundamental aplicar el criterio de individualidad, cada joven representa un momento evolutivo distinto, pero en el caso de encontrarnos a jóvenes que estén en el mismo punto de evolución, las causas que les han llevado a ese punto pueden ser totalmente diferentes, por lo que cada joven requerirá de una intervención puntual y adaptada a sus necesidades.

Así como los procesos de evolución son personales, las intervenciones tienen que serlo también, considerando la flexibilidad como herramienta constante de aplicación

Por otro lado, los modelos de aprendizaje que priman en la adolescencia son el condicionamiento operante y el modelaje, esto nos sitúan en un punto clave para la intervención, ya que ayudaremos a través del modelaje a transmitir los valores sociales que no tienen plenamente asumidos. Por otro lado, el aprendizaje por condicionamiento operante puede crear resultados a medio - largo plazo. El momento en el que los menores están en el conflicto social, incluso ven aspectos inmediatos y positivos en estas conductas, por lo que el principio de la espera es básico para poder intervenir con cada menor.

Para mejorar las relaciones con el entorno más inmediato, no podemos separar, salvo por causas de



fuerza mayor a los menores de sus entornos reales e inmediatos, por lo que es clave intervenir con ellos en espacios suyos, sin alejarles de su realidad cotidiana.

Finalmente no podemos etiquetar a los menores en riesgo social por el/los motivos que le han provocado esta situación de riesgo, sino que tenemos que intervenir desde un ámbito global, no incidiendo exclusivamente en el tema de su riesgo sino en la globalidad de la persona.

Otros elementos a tener en cuenta para la intervención con adolescentes en riesgo social es trabajar en un equipo multidisciplinar, siempre que se pueda, así como vincular a la familia al problema de su menor/joven.

Con todos estos principios metodológicos se puede empezar a intervenir con menores en riesgo social desde diferentes perspectivas.

#### ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DEL CENTRO DE DÍA DONOSO CORTÉS

Para cualquier intervención que se haga con un adolescente/joven en riesgo hay que valorar inicialmente si vienen obligados o por iniciativa propia. Este último caso no suele darse en la mayoría de los menores/jóvenes ya que apenas tienen percepción de riesgo, por lo que siempre son agentes externos los que les fuerzan a acudir o a acudir con asiduidad a los distintos programas que tenemos en el centro. Este factor, unido a la característica propia de la adolescencia/juventud de rechazo a la ayuda de los adultos, marca un inicio de la relación, que sino se rompe, puede ralentizar la intervención y la consecución de los objetivos por parte del menor o el abandono del programa.

Así pues, como método, en el centro Donoso Cortés se intenta romper con esa imagen antagónica que producen los educadores/as y/o adultos que van a intervenir con ellos, facilitando la acción adaptada tanto a sus necesidades como a sus potencialidades. Hay que recordar que todos/as los/as menores/jóvenes en riesgo social, tienen tanto carencias y necesidades, como fortalezas y potencialidades. De ahí que nuestra primera intervención vaya encaminada a conocer aquellos aspectos positivos y factores de protección que hagan ver al menor que no sólo le vamos a considerar por sus riesgos o necesidades. Si se plantea esta metodología unida a una cercanía con el educador/a y con todo el equipo educativo del centro, el menor/joven suele romper con mayor facilidad todas las resistencias creadas al acceder al recurso.

Sin embargo, muchas veces las hostilidades que nos encontramos en los menores/jóvenes son grandes resistencias difíciles de romper. Tras emplear distintas

técnicas y estrategias, la que más resultado nos ha ofrecido ha sido la aplicación del humor como herramienta de acercamiento, como forma de romper resistencias iniciales y crear un clima relajado y cercano para el/la menor. El modelo de aprendizaje por experimentación unido al sentido práctico del mismo, hacen que los menores/jóvenes aprendan divirtiéndose, practicando y realizando las actividades por ellos/as mismas/os.



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



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

Por otro lado, tenemos que valorar que un gran porcentaje de menores con riesgo social tienen o han tenido fracaso escolar. En un alto porcentaje el riesgo social viene condicionado por la desadaptación temprana al sistema educativo español. Esto deriva en absentismo escolar y la realización de actividades en el horario escolar, fuera del centro educativo, con otros compañeros/as que también son absentistas, lo que facilita la ociosidad y la realización de otras conductas desadaptadas.

Por tal motivo, consideramos que la mayoría de los menores/jóvenes que acuden al centro tienen, por un lado, un rechazo al sistema de educación formal y, por otro lado, una necesidad de cubrir espacios de



ocio, por lo que normalmente el planteamiento de actividades del tipo suelen ser dinámicas, globales, inmediatas y a ser posible basadas en el “aprendiendo divirtiéndome”.

Así mismo, pretendemos que las actividades que realicen sean lo más reales posibles, basadas más en la práctica que en la teoría, donde los menores sean los que realicen la actividad y el educador/a sea su guía. El centro de día Donoso Cortés dedica un gran esfuerzo a la organización de actividades que supongan romper el espacio ficticio de un aula, donde el/la menor/joven pueda sentirse cohibido a expresar actitudes y conductas. De esta manera, se intentan crear actividades prácticas que propicien que los menores/jóvenes se desenvuelvan en un entorno lo más cercano a la realidad cotidiana. En consecuencia los/as menores/jóvenes salen del espacio del aula/recurso, para pensar, hacer, actuar y experimentar situaciones reales, lo que facilita la observación de las competencias sociales de los menores/jóvenes y facilita la intervención conductual.

Las actividades que mejor suelen realizar los menores/jóvenes son aquellas que se realizan en grupo, con un fin común y de aprendizajes integrados, donde se integren conceptos, procedimientos y valores.

## **LAS ACTIVIDADES QUE MEJOR SUELEN REALIZAR LOS MENORES/JÓVENES SON AQUELLAS QUE SE REALIZAN EN GRUPO, CON UN FIN COMÚN Y DE APRENDIZAJES INTEGRADOS, DONDE SE INTEGREN CONCEPTOS, PROCEDIMIENTOS Y VALORES.**

Cabe destacar como uno de los rasgos de la adolescencia actual es una nueva escala de valores propiciada por la sociedad actual, en constante evolución y muy competitiva, por tal motivo, uno de los elementos que más se trabajan son los valores in situ, como la solidaridad, el respeto, la empatía... hacia otros colectivos donde los menores en riesgo social ponen en práctica todas sus habilidades para mejorar la calidad de vida de otros colectivos en riesgo, véase indigente, ancianos, niños desfavorecidos... Cuando un menor/joven desadaptado desde hace tiempo encuentra un lugar donde se encuentra útil, ve las potencialidades en lugar de sus carencias y ve la recompensa directa de un trabajo o ayuda realizada por él mismo, el menor está desarrollando valores de solidaridad, se coloca en la piel de otra persona, por lo que desarrolla la empatía, se considera importante al ayudar a una necesidad básica de

otras personas y puede expresar más fácilmente los sentimientos. Por tal motivo, el centro Donoso Cortés trabaja en colaboración con una amplia red de instituciones donde podemos desarrollar este tipo de actividades sociales, tales como jardines botánicos, residencias de ancianos, asociaciones de niños desfavorecidos, servicios sociales...

Con esto no sólo trabajamos aspectos personales del menor/joven sino también favorecemos la expresión de sentimientos. Si bien los/as menores/jóvenes no conciben la necesidad de expresar sentimientos en público, muchos/as de estos/as menores/jóvenes acaban en una mayor situación de riesgo al no saber gestionar ni verbalizar los mismos, por eso, desde el centro se valora como fundamental que los menores/jóvenes puedan desarrollar esta capacidad sin miedos a parecer más vulnerables.

Finalmente, se recomienda como estrategia básica trabajar en red, derivando a aquellos/as menores/jóvenes que no pueden ser atendidos/as en nuestro recurso a otros/as más especializados o donde los menores puedan encajar en caso de desadaptación al centro. Si bien es importante el trabajo en red, no hay que olvidar que la única red con la que trabajar es la red social de asociaciones, entidades públicas o privadas o recur-

sos comunitarios sociales, existen muchos recursos normalizados, empresas, instituciones, federaciones deportivas, o simplemente gente anónima que pueden proporcionar recursos mucho más valiosos que los meramente educativos o sociales. Por tal motivo, el centro Donoso Cortés tiene una amplia red de colaboradores entre los que se incluye el Real Madrid C.F., la Federación Española de Fútbol, la productora musical Livenation, la fundación Exit... que propician la realización de actividades en colaboración con estas entidades como una escuela de fútbol en las instalaciones de la Federación Española de Fútbol, realizar los coros de la canción The Wall a Roger Waters – Pink Floyd en sus últimos conciertos en Madrid... Todas estas actividades crean un plus de enganche en los menores/jóvenes que facilita la continuidad en el trabajo con el menor así como que experimenten situaciones nunca antes vividas. ■