

# MOTIVA



para manejar  
comportamientos  
problemáticos  
y consumo de drogas  
en adolescentes



Material de apoyo  
para profesionales de  
la educación

## FICHA TÉCNICA



### **Dirección, coordinación, seguimiento y financiación:**

Gobierno Vasco. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales.  
Dirección de Drogodependencias.

### **Coordinación técnica:**

Hazkunde, S.L.

### **Autoras:**

Becerro, M.<sup>a</sup> A.  
Garai, I.  
López de la Serna, A.

### **Diseño y maquetación:**

Imprenta Berekintza

### **Impresión:**

Imprenta Berekintza



# Presentación

La educación de los chicos y chicas que no se portan bien, que alteran la vida en el aula, que suspenden mucho e incluso usan drogas, supone para los enseñantes un auténtico reto que es necesario abordar con realismo, optimismo, cercanía y dedicación, con auténtica vocación docente. Enseñar a los buenos/as alumnos/as es fácil pero con los que tienen dificultades el educador/a se la juega.

Hemos avanzado mucho en una escuela que comprende las diferencias, que quiere no dejar fuera a nadie; hemos conseguido los niveles más altos de formación para la mayoría de nuestra juventud; y la adaptación curricular y diversificación de la oferta educativa permite, como nunca antes, adaptarse a las necesidades de cada alumno/a. Esto es el fruto de una generación de maestros y maestras que han vivido cambios sociales y culturales en los últimos años que es necesario elaborar.

En este camino algunos paradigmas como la autoridad de los padres y madres, de los profesores/as, de los médicos/as y hasta de los curas -que nuestros padres y madres no se hubieran atrevido a cuestionar-, se han desvanecido y con ellos la vana pretensión de imponer normas y conductas, de que alguien haga cosas “porque lo digo yo”.

Hoy, el liderazgo se gana y la autoridad se consigue conquistando el afecto del alumnado y defendiendo valores y normas de forma consistente. Estas normas siguen siendo imprescindibles para, una vez aprendidas, decidir con madurez y libertad. La autoridad es siempre moral.

En un modelo de gestión democrática de relación con los alumnos/as se necesita reconocimiento, apoyo y complicidad con los padres y madres y, como no, nuevos conocimientos en técnicas que profesionales de otros campos han utilizado con éxito.

En un mundo tan complejo como el que nos ha tocado vivir, el conocimiento es multidisciplinar. No se trata de convertir al maestro/a en padre/madre, en psicólogo/a, ni en médico/a, pero compartir el conocimiento puede ayudar.

El consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias la mayor parte de las veces tiene un carácter experimental y temporal. La adolescencia es el momento de descubrir el mundo, de cuestionarlo todo y de definirse en confrontación con él. Seguramente, sin esta característica, consustancial a la juventud, la sociedad tendría dificultades para avanzar. No obstante, si asumir riesgos es lo normal, desde el punto de vista del desarrollo, en lo educativo, evitar que esto acabe siendo un problema que condicione la maduración, es el gran objetivo de la prevención.

El consumo de sustancias psicoactivas, el consumo de drogas, sin duda, es un comportamiento de riesgo, pero los conocimientos actuales del funcionamiento del cerebro apuntan hacia una vulnerabilidad mucho mayor de algunas personas frente a otras para el desarrollo de consumos adictivos.

La psicología afirma que el consumo de drogas no siempre es el punto de partida, ni debe considerarse como el resultado final de un comportamiento problemático, es un aspecto más de la conducta problemática.

El comienzo de un problema de conducta ocurre, a menudo, cuando existen problemas anteriores no resueltos, se inicia a edades tempranas y si no se interviene adecuadamente se agrava con la edad; cuanto antes se actúe el pronóstico a largo plazo será mejor.

El profesorado vive con impotencia y frustración el comportamiento disruptivo y desafiante de algunos alumnos/as. Quizá estemos ante un niño/a con dificultades psicológicas, familiares o sociales. Preguntarnos acerca de por qué expresa así su malestar, cuáles son sus necesidades, cuáles son sus dificultades ayuda a comprender mejor el problema.

La detección precoz de estas conductas en ningún caso debe llevar al etiquetaje y la exclusión. Permanecer en un ambiente normalizado y sentirse parte de él supone, para algunos chavales/as, la posibilidad de superar conductas impulsivas y agresivas, de proporcionarles un apoyo educativo, que necesitan, más intenso que a los demás, de prevención selectiva. Un ambiente escolar con normas claras, predecible y seguro, donde se inculcan valores solidarios, puede evitar la identificación e implicación con conductas antisociales.

En algunas ocasiones, será necesario aconsejar a la familia una consulta especializada para determinar cuál es el problema y orientar la actuación de prevención indicada pero, en lo cotidiano, el tiempo que el chaval/a está en el colegio, la actitud de su profesor o profesora será una referencia imprescindible. Hablar con los padres y madres, compartir

las dificultades y oportunidades, acordar las pautas de actuación con ellos/as y con el consultor/a o equipo de apoyo psicopedagógico, será fundamental para que la actuación sea coherente y tenga posibilidades de éxito.

Programar actividades grupales de apoyo, de ayuda mutua, con otros compañeros/as con contenidos en habilidades de relación, de comunicación de las emociones, de manejo de la agresividad, de empatía, proporcionará al alumno/a aprendizajes tan importantes o más que los conocimientos en las materias y le ayudarán ante las dificultades de la vida, proporcionándole protección en la prevención de drogodependencias y de otras conductas de riesgo.

Esta **guía MOTIVA** es una buena herramienta para ayudar al profesorado a hablar con el chaval/a, a motivarle y a establecer objetivos con él o ella para el cambio de comportamiento.

La entrevista motivacional ayuda a acompañar al alumno/a a tomar sus propias decisiones, en una relación respetuosa, democrática y comprensiva.

El aumento de la percepción de autoeficacia, de la autoestima, es uno de los factores de protección más importantes frente al consumo de drogas y, seguramente, ayuda también a ser más autónomos/as y felices.

Espero que te ayude.

**Belén Bilbao Borde**

*Directora de Drogodependencias  
Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales  
Gobierno Vasco*



# índice

<b>1. Introducción</b> .....	7
<b>2. ¿Para qué esta guía?</b> .....	9
<b>3. Colectivo Diana</b> .....	11
<b>4. Marco teórico</b> .....	12
1. Teoría Ecológica, de Bronfenbrenner .....	12
2. Factores de riesgo y de protección .....	12
3. Modelo Transteórico para el cambio de Prochaska y Diclemente .....	14
<b>5. Detección precoz</b> .....	17
1. Valoración de los antecedentes personales .....	19
2. Valoración de las conductas problemáticas .....	22
3. Valoración de los consumos problemáticos .....	23

<b>6. Entrevista motivacional</b> .....	29
1. La motivación .....	29
2. La entrevista .....	31
3. Estrategias motivacionales .....	32
<b>7. Principios básicos para trabajar la Entrevista Motivacional</b> .....	33
1. Expresar empatía .....	33
2. Desarrollo de la discrepancia .....	34
3. Evitar la argumentación .....	35
4. Trabajar la resistencia .....	37
5. Apoyar la autoeficacia .....	41
<b>8. Pautas para manejar un caso</b> .....	45
1. Preparación del encuadre .....	46
2. Preparación de la entrevista motivacional .....	46
3. Pautas para derivar un caso .....	47
<b>Bibliografía</b> .....	49





**–MOTIVA– es una guía dirigida a profesionales del colectivo escolar que trabajan con adolescentes, de 12 a 18 años, con problemas de conducta y/o uso problemático de drogas.**

La adolescencia es una época de cambios en la que los chicos y chicas pueden entrar en crisis, pues se encuentran en la búsqueda de su propia identidad, en el proceso de configurar su personalidad. Es este período el más adecuado para favorecer la maduración emocional y social del/la adolescente, fomentar su capacidad crítica, su autonomía personal y la clarificación y fortalecimiento de sus valores.

El objetivo preventivo está centrado en disminuir los factores de riesgo y favorecer los factores de protección de manera que el o la adolescente reduzca su vulnerabilidad y esté menos orientado/a hacia usos problemáticos de drogas.

Las actuaciones preventivas y terapéuticas tienen un punto de encuentro que puede resultar muy eficaz en el caso de comportamientos y conductas problemáticas, ya que los límites entre el tipo de conductas y cuadros psicopatológicos que el o la adolescente presenta no están claramente delimitados.



El ámbito escolar es uno de los espacios prioritarios de intervención donde debe realizarse intervenciones siguiendo una serie de pautas entre las que se incluyen:

- La necesidad de que las actuaciones desarrolladas en este ámbito **impliquen a la comunidad escolar en su conjunto**.
- **Actividades dirigidas por el profesorado y/u orientadores/as** e integradas en las actividades escolares y extraescolares del centro educativo.
- El **apoyo de una guía como material didáctico para una práctica dirigida** y adaptable a la etapa evolutiva de cada alumno y alumna.

**-MOTIVA-** facilita la posibilidad de hacer un acompañamiento al adolescente y a sus familias hacia el cambio, o bien la derivación a un servicio de salud donde pueda llevar a cabo un tratamiento; ya que este tipo de acercamientos e intervenciones preventivas desde la escuela, están provistos de una función diagnóstica de gran valor para el clínico/a. Tenemos que pensar que la complejidad del abordaje de muchos casos pasa por lo interdisciplinar y lo comunitario.

# 1

## Introducción





**Para mejorar las intervenciones orientadas a reducir los factores de riesgo que inducen al uso problemático de drogas en adolescentes altamente vulnerables.**

**1. Favorecer la detección precoz** de usos problemáticos de drogas en adolescentes entre 12 y 18 años y/o que manifiestan trastornos de conducta.

Según la definición del DSM-IV el **uso problemático de drogas** está definido como *“seguir consumiendo a pesar de proponerse no hacerlo, o a pesar de experimentar consecuencias negativas”*.

Por **trastorno de conducta** se entiende una alteración del comportamiento que puede tener un carácter antisocial y que supone la ruptura con las normas y las reglas del contexto. Es un tipo de problema que se exterioriza en la infancia y en la adolescencia como fuente de riesgo de futuros problemas (Kazdin y Buela-Casal, 1999).

**2. Proporcionar un instrumento de calidad** basado en las buenas prácticas.

**-MOTIVA-** es un material didáctico y una herramienta de trabajo práctica para poder realizar una intervención, de carácter breve, basada en la **ENTREVISTA MOTIVACIONAL**.



# 2

¿Para qué guía  
-MOTIVA-?  
Objetivos

Las **intervenciones breves** han demostrado ser efectivas y están siendo cada vez más valiosas en el manejo de los individuos con comportamientos y consumos de riesgo. El bajo coste hace que las intervenciones breves sirvan de herramienta para llenar el hueco que existe entre los esfuerzos de las acciones preventivas y los tratamientos más intensivos. Además, ofrecen un valioso marco de trabajo que facilita la derivación a un tratamiento especializado en casos más graves.

La **ENTREVISTA MOTIVACIONAL** es un tipo de entrevista centrada en la persona que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables.

Facilita que el/la adolescente se posicione hacia el deseo de cambio, ayudándole a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de la eficacia.

**3.** Facilitar a profesionales de la educación **formación** para aplicar adecuadamente la guía de intervención. La guía ofrece la posibilidad de identificar

factores de riesgo que promueven un diagnóstico temprano para derivar a los/as adolescentes a un tratamiento especializado.

Por tanto, se facilitan medios para la **coordinación escuela-familia-comunidad** a través de un procedimiento de actuación unificado.

# 2

¿Para qué guía  
-MOTIVA-?  
Objetivos



## Adolescentes de 12 a 18 años con un perfil de alto riesgo de consumo problemático de drogas.

El colectivo intermedio que participa en esta intervención es:

Orientadores/as pedagógicos/as y profesorado  Sistema escolar

Núcleo familiar del/la adolescente  Sistema familiar

- Profesionales de los servicios sociales (educadores/as de calle, y trabajadores/as sociales)
- Técnicos/as de prevención de drogodependencias
- Asociaciones que trabajan con jóvenes
- Atención primaria
- Servicios de apoyo psicopedagógico

Sistema comunitario



# 3

**Colectivo  
Diana de  
MOTIVA**



# 4

## Marco Teórico



### **-MOTIVA-** se basa:

1. En la **TEORÍA ECOLÓGICA DE BRONFENBRENNER**, que ofrece un marco conceptual para el estudio del desarrollo de la persona en su contexto. Lo más importante, según los estudios realizados para la promoción de conductas prosociales, es que la relación entre las características y competencias de una persona en interacción con las características y competencias en su entorno sea percibida como positiva y promotora de conductas saludables y adaptativas.

Esta guía está diseñada para trabajar en el sistema escolar con los siguientes supuestos:

Personas que ya muestran consumos de drogas y/u otros problemas de comportamiento.

Familias donde el consumo de drogas ocupa un lugar central.

Escuelas y barrios con consumo de drogas y otros problemas asociados, como tráfico de drogas, fácil accesibilidad a las drogas, carencia de infraestructuras de ocio...

2. La prevención de comportamientos antisociales en los/as adolescentes parte de identificar los **FACTORES DE RIESGO Y LOS DE PROTECCIÓN**

**INDIVIDUALES Y AMBIENTALES** que influyen en esos comportamientos (Catalano y Hawkins, 1998). Tal y como se afirma en el V Plan de Drogodependencias:

*“La prevención indicada tiene como objetivo reducir los factores de riesgo y los propios riesgos de consumo en personas altamente vulnerables para evitar usos problemáticos.”*

A continuación se describen los factores de riesgo y protección que promueven conductas de consumo de drogas en adolescentes.

Factores de riesgo	Área	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Predisposición genética.</li> <li>– Síndrome de hiperactividad y déficit de atención desde la infancia.</li> <li>– Abusos sexuales y malos tratos en la infancia. Estrés postraumático.</li> <li>– Trastornos de conducta.</li> <li>– Trastornos de la conducta alimentaria.</li> <li>– Trastornos de ansiedad (Fobias).</li> <li>– Baja autoestima.</li> <li>– Sentimiento de autoeficacia empobrecido.</li> <li>– Estado de ánimo deprimido.</li> <li>– Impulsividad, bajo nivel de autocontrol.</li> <li>– Déficit de habilidades sociales.</li> <li>– Duelos o pérdidas no elaboradas.</li> </ul>	<p><b>Individual</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Control de impulsos.</li> <li>– Habilidades sociales.</li> <li>– Autonomía, autoeficacia.</li> <li>– Autoimagen positiva dentro del grupo.</li> <li>– Imagen positiva de su familia.</li> </ul>

Factores de riesgo	Área	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflictos en las relaciones y tensiones familiares.</li> <li>- Aislamiento social.</li> <li>- Rupturas familiares.</li> <li>- Déficit de disciplina familiar. Normas inconsistentes.</li> <li>- Falta de supervisión y afecto.</li> <li>- Delincuencia/ Violencia/ Malos tratos.</li> <li>- Situación de pobreza.</li> <li>- Historia de abuso de alcohol y/u otras drogas en la familia.</li> </ul>	<b>Familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vínculo familiar positivo.</li> <li>- Consistencia en el cumplimiento de normas.</li> <li>- Afecto y aceptación incondicional.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absentismo escolar.</li> <li>- Rendimiento bajo brusco.</li> <li>- Falta de motivación.</li> <li>- Rechazo de los compañeros/as.</li> <li>- Incumplimiento de la normativa escolar.</li> <li>- Cultura de riesgo y consumo de drogas en los compañeros/as.</li> </ul>	<b>Escolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vínculo escolar positivo.</li> <li>- Ambiente saludable.</li> <li>- Normativa clara.</li> <li>- Relación cercana y firme con alumnado.</li> <li>- Ambiente contenedor.</li> </ul>

**3. MODELO TRANSTEÓRICO PARA EL CAMBIO DE PROCHASKA Y DI CLEMENTE.** Estos autores proponen diferentes etapas de disponibilidad hacia el cambio en las personas que mantienen conductas adictivas y plantean cómo trabajar la motivación para que se lleve a cabo dicho cambio. Entienden que ***“motivar es aumentar la probabilidad de que la persona siga unas acciones concretas cuyo objetivo es el cambio”***. La motivación, o deseo de cambio, fluctúa de un momento a otro y de una situación a otra, y puede verse influida por muchos factores.

**LOS PRINCIPIOS MÁS IMPORTANTES DEL CAMBIO** son los siguientes:

- **La motivación intrínseca:** la capacidad de cambio está en el interior de cada persona y es poco susceptible de ser incrementada desde fuera por “transfusiones de voluntad”. La voluntad no es otra cosa que la motivación para el cambio y los educadores/as podemos ser facilitadores/as de ese cambio.
- **La elección y el control propios:** la persona está más motivada para hacer cambios cuando se basan más en sus propias decisiones que si una figura de autoridad le dice lo que tiene que hacer.

- **El autoconvencimiento auditivo:** se tiende a creer con más fuerza aquello que una persona se oye decir en voz alta a sí misma. Por esto es importante que la persona saque sus propios argumentos y si el que hace la intervención se lo repite y le facilita que los oiga dos o tres veces mucho mejor: **“Dices que quieres dejar de fumar porque te va mal para el asma”**.
- **La autoconfianza o percepción de autoeficacia:** si una persona cree que puede cambiar será más fácil que lo consiga. Esto tiene gran influencia en la capacidad para iniciar una nueva conducta y mantenerla como hábito.
- **La ambivalencia: ¿quiero o no quiero cambiar?** Con frecuencia es el mayor obstáculo para el cambio. Está presente en casi todos nuestros actos y aún más en las conductas adictivas **“Quiero adelgazar pero me gusta mucho comer”**.
- **El tratamiento personalizado** Es como el traje a medida, cada persona necesita diferente ayuda dependiendo de la etapa en que se encuentre en el proceso de cambio.
- **La relación interpersonal:** La motivación y la resistencia del/la paciente al cambio pueden estar poderosamente influenciadas por el tipo

de relación interpersonal que desarrolle el/la profesional que le atiende. A pocas personas les gusta que les digan lo que deben hacer y las indicaciones u órdenes del adulto pueden provocar oposición al cambio. Es importante aprender cómo actuar para aumentar la conciencia del/la adolescente sin provocar su reacción psicológica (rechazo a perder libertad de decisión o actuación).

El criterio para determinar si un/a adolescente está abusando de alguna sustancia es generalmente determinado por los adultos que están a su alrededor. También **es necesario considerar las consecuencias positivas que tiene la conducta adictiva para el/la adolescente**, analizando beneficios y costos, ya que cuando la conducta de riesgo sirve al/la joven a un propósito (por ejemplo pertenecer al grupo, automedicación...), éste/esta no la percibe como un problema, sino como una solución.

**Motivar, o ayudar a cambiar, es conseguir que la persona descubra cuáles son sus elementos o razones motivadoras**

A continuación se revisará cada una de estas **ETAPAS DE LA MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO**, las cuales pueden aplicarse a muchos tipos de comportamientos:

- 1. Precontemplación:** Las personas en esta fase no tienen la intención real de cambiar y generalmente niegan tener algún problema. La mayoría de ellas sólo quieren que las personas a su alrededor cambien.
- 2. Contemplación:** Las personas en esta etapa reconocen que tienen un problema y comienzan a pensar seriamente en resolverlo. Se caracteriza por la ambivalencia.
- 3. Preparación:** La mayoría de las personas en esta etapa están planeando tomar alguna acción determinada a corto plazo, y hacen ajustes finales antes de comenzar a cambiar su comportamiento. Usualmente han comenzado a hacer pequeños cambios, tales como reducir la cantidad de cigarrillos que fuman diariamente. Planean sus acciones y tratan de reforzarlas, (por ejemplo, comprando menos cigarrillos, fijando una fecha para el cambio). Estos pequeños cambios derivan en un aumento de la ansiedad y esto da la oportunidad al/la especialista de tratarla cuando está comenzando y es fácilmente manejable.
- 4. Acción:** En este estadio las personas ejecutan las acciones que han preparado, con el fin de superar su problema (por ejemplo, dejan de fumar, beben la última cerveza). El peligro para los/as especialistas trabajando con este tipo de personas es pensar que estas acciones emprendidas implican de hecho un cambio real.

- 5. Mantenimiento:** Etapa que tiene lugar cuando se estabiliza el cambio y su desafío es prevenir una recaída. Comúnmente ésta es la etapa más ignorada durante el tratamiento. Una tarea para el/la especialista es reconocer situaciones de peligro para una recaída y proveer al/la paciente de alternativas.

# 4

## Marco Teórico





Si hay algo que se reclama con insistencia desde el punto de vista del/la docente hacia las personas que desempeñan funciones de orientación educativa, es el que se les proporcionen ideas, sugerencias, y principios básicos de aplicabilidad inmediata en su trabajo con el alumnado, que sirvan para mejorar tanto el aprovechamiento de lo académico, como la propia acción docente. Pero la respuesta de estas demandas, pasa por un análisis de las relaciones que estos profesores y profesoras mantienen con el grupo y con el alumno/a conflictivo/a en concreto, y en muy pocos casos tienen un efecto positivo inmediato. Lo que si se puede ofrecer son instrumentos que faciliten dicho análisis y que permitan al/la docente derivar a la persona a otros servicios cuando la intervención exceda de los límites de lo escolar.

**-MOTIVA-** puede usarse como un instrumento para identificar los factores de riesgo y ofrece una visión que acerca al sistema escolar al ámbito clínico para poder llevar a cabo intervenciones en el área de la prevención indicada.

**La adolescencia es una época de crisis complicada, pero ¿es necesaria la crisis de la adolescencia para un desarrollo normal? ¿Cuándo debemos alertarnos?**

No hay que olvidar que etimológicamente adolescencia quiere decir *padecimiento*. Encontrarse a sí mismo de nuevo es la difícil tarea en la que está inmerso todo adolescente.



**Detección  
precoz**

Es imprescindible saber cuáles son las características normales de esta crisis que tiene unas manifestaciones comunes:

- Desde el punto de vista **fisiológico** hablamos de cambios físicos que el niño/a va a experimentar como el cambio de voz, la primera eyaculación, la regla... y también comienzan a aparecer los caracteres sexuales secundarios, como vello pubiano y en axilas, aumento de mamas... Cuando hablamos de adolescencia desde el punto de vista físico hablamos de pubertad.
- Desde el punto de vista **psicológico** en esta época se produce la llamada crisis de oposición donde el/la adolescente deja de ser de sus padres y madres para estar con los demás, especialmente con sus amigos/as. Comienzan a manifestar una especie de desarreglo emotivo que se materializa en una expresión del afecto descompensada; a veces, se muestra extremadamente cariñoso/a y otras rechaza cualquier muestra de cariño. Es una etapa que se caracteriza también por la manifestación de una imaginación desbordada, sueñan e idealizan, y esto no es más que un mecanismo de defensa ante un mundo para el que no están preparados/as.

El narcisismo se reconoce en el/la adolescente simplemente cuando nos fijamos en las horas que

invierte mirándose al espejo. Le concede una importancia extrema a su físico y junto con ello se da la llamada **crisis de originalidad** como afirmación del yo, con gusto por la soledad, el secreto, las excentricidades en el vestir y querer ser distinto/a y especial.

En el **plano social** se da una rebelión juvenil respecto al sistema de valores de los adultos y las ideas recibidas debido a que el/la adolescente necesita ser parte del grupo, ser considerado/a y aprobado/a por el propio grupo, llegando a vivir esto de manera obsesiva.

Los sentimientos que acompañan a estas manifestaciones son:

- **Sentimiento de inseguridad:** sufre a causa de sus propios cambios físicos que no van parejos con su crecimiento emocional. No se reconocen y desarrollan una fuerte falta de confianza en sí mismos/as.
- **Sentimientos de angustia:** existe una frustración continua. Por una parte se le pide que actúe como un adulto/a y por otra se le trata como un niño/a. Junto con los sentimientos de angustia y como respuesta a dicha frustración aparece **la agresividad** que es un mecanismo habitual: malas contestaciones, los portazos, las reacciones desmedidas en las peleas entre hermanos/as...

- **El miedo al ridículo** se muestra exageradamente en el/la adolescente. Es un sentimiento social de vergüenza que puede tener manifestaciones físicas como ponerse rojo, sudoración, incluso taquicardia y trastornos gastrointestinales...
- **Angustia expresada de un modo indirecto** como miedo excesivo a los exámenes, timidez extrema, miedo a desagradar...
- **Sentimientos de depresión:** necesidad de estar solo/a, de melancolía y tristeza que pueden alternar con estados de verdadera euforia.

## QUÉ ES LO NORMAL Y QUÉ ES LO PATOLÓGICO

Las características descritas hasta ahora están dentro de la normalidad de un chico o una chica adolescente, pero por supuesto, dentro de unos límites. La angustia, la depresión, la irritabilidad, e ir contra las normas, puede volverse patológico cuando es exagerado, cuando vemos que el/la adolescente sufre mucho o hace sufrir a los/as demás, cuando vemos que se altera toda su vida y que esos sentimientos le condicionan absolutamente y que de alguna forma le alejan en exceso de la realidad.

Cuando hablamos de crisis complicadas en la adolescencia nos referimos a crisis que, por su ex-

tensión, limitan en gran medida la vida del/la adolescente. Este tipo de crisis pueden generarse en la propia etapa de la adolescencia o venir arrastrándose desde la infancia.

## 1. VALORACIÓN DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES

La conducta agresiva (a sí mismo/a o a otros/as) junto con la hiperactividad son los problemas más frecuentes de consulta tanto psiquiátrica como psicológica, ya que interfieren en el aprendizaje, el ajuste a la escuela, y algunas veces en las relaciones con los compañeros/as. Se presentan con una frecuencia mayor en los niños que en las niñas y habitualmente tienen asociados otros problemas psiquiátricos.

El **trastorno por déficit de atención-hiperactividad-impulsividad** es un trastorno de conducta de origen neurológico que de forma prioritaria se manifiesta en la infancia pero que es importante tenerlo en cuenta cuando hacemos la observación de los comportamientos de un/a adolescente para lograr un mejor ajuste en el diagnóstico y, por tanto, en la derivación. En esta etapa la relación con los adultos empeora ya que existe una tendencia a que el/la adolescente se vuelva más discutiador/a, desafiante y rebelde. Las dificultades para el aprendizaje se

han manifestado previamente, así como las dificultades relacionales con el grupo, donde a veces es difícil que contenga la agresividad y la impulsividad. En ocasiones, y debido a su deseo de obtener atención, pasan a interpretar el papel de líder ya que sus actitudes se viven como hazañas o como algo que divierte. También se puede observar una tendencia a la mentira por el afán de ganarse la aprobación de todos/as los/as que le rodean, muy relacionado con su bajo nivel de autoestima.

Con el tiempo se observa que el déficit de atención persiste, en cambio el exceso de actividad motora desaparece. En lo que respecta a los riesgos, son más susceptibles al consumo de alcohol y sobre todo de sustancias estimulantes, ya que este colectivo las puede usar como automedicación para mejorar la atención. En ocasiones se producen consumos abusivos, debido a su nivel de impulsividad que no le permite anticipar las consecuencias de sus acciones.

Las **conductas centradas en el cuerpo** cuando se convierten en una preocupación obsesiva y recurrente pueden generar patología. Dichas conductas pueden estar más centradas en las características sexuales, como el tamaño del pene, de los pechos; o en la silueta provocando situaciones en las que es importante intervenir, como en los casos de delgadez o sobrepeso

extremo. La imagen corporal influye de manera directa en las relaciones y a veces para mantenerla se recurre al uso de sustancias estimulantes por el efecto directo que tienen a la hora de regular el hambre.

Dentro de los antecedentes personales del/la adolescente es importante remarcar los **trastornos mentales** ya que pueden presentar cuadros psicóticos y en algunas personas emergen como resultado del consumo de drogas, por lo cual es importante poder diferenciarlos para derivarlos y hacer un tratamiento oportuno.

En la literatura el término psicosis abarca un gran número de trastornos psiquiátricos graves de diferentes orígenes y que en términos amplios se podrían definir como una grave alteración o deterioro de la conciencia y evaluación de la realidad. El término psicótico se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento raro, extravagante o de inhibición total (comportamiento catatónico).

Sin embargo, lo más normal es que el/la adolescente presente cuadros clínicos que tienen que ver con la ansiedad y/o depresión.

La **depresión** es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en

su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima. De forma prioritaria se manifiesta con sentimientos de infelicidad y tristeza, aunque se observa con mayor frecuencia irritabilidad así como un incremento de la agresividad provocando aislamiento social y bajo rendimiento escolar, debido a la dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones. En cambio, otros casos, dan la sensación de que van a “cámara lenta” debido a la disminución de energía, a la fatiga y al agotamiento que sienten, con una tendencia a quedarse en la cama ya que a veces sienten más sueño de lo normal.

En otras ocasiones se puede observar ausencias escolares debido a consultas médicas múltiples. Los síntomas físicos suelen ser persistentes y no responden al tratamiento médico, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

En algunos casos hay que valorar si el estado de ánimo depresivo esconde ideación de suicidio. Se pueden observar preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio o manifestar abiertamente deseos de morir. Para algunas personas el consumo de drogas se acaba convirtiendo en la elección autodestructiva que tienen a su alcance. Incluso pueden planificar

actos en los que no han calculado de forma realista las probabilidades de morir como, por ejemplo, la conducción a alta velocidad, deportes de riesgo, etc.

La **ansiedad**, cuando se habla de trastorno, se trata de un estado emocional en el que se experimenta una sensación desagradable de peligro inminente para la integridad física o psicológica de la persona, quien puede temer volverse loca, perder la razón o morir de un ataque cardíaco y que puede comprometer las habilidades de la misma para realizar sus actividades cotidianas.

Entre las *manifestaciones psicológicas* sobresalen el temor, la tensión, el nerviosismo, la sensación de estar esperando una mala noticia, la incapacidad para mantenerse quieto en un lugar y de relajarse. En cambio, entre las *manifestaciones conductuales* se observa timidez, aislamiento, evitación de aglomeraciones y actividades sociales, dependencia, intranquilidad motora, hiperactividad afanosa o necesidad de mantenerse ocupado/a.

Es importante saber que la ansiedad es un signo que acompaña a cualquier situación vital que suponga un cambio de lo cotidiano, por lo que es importante aprender a manejarla. En el colectivo adolescente, y muchas veces por imitación de los adultos, se recurre al uso de alcohol y otras drogas (tranquilizan-

tes, cannabis...) para paliar o soportar los efectos de dicha tensión emocional.

## 2. VALORACIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

El proceso de cambio sociocultural ha alterado la forma en que se ejerce o se entiende la autoridad dentro de la escuela, y como consecuencia de la diferente posición en la que se encuentran alumnos/as y profesores/as surgen enfrentamientos.

En muchos casos, los alumnos/as pretenden transferir al colegio las mismas relaciones que tienen establecidas en su familia; educados/as, generalmente en un ambiente en el que los padres/madres deben justificar de forma previa las órdenes que les den y en el que todo puede ser cuestionado, queriendo mantener ese sistema de relación en la escuela. Por otro lado, en lo que respecta al profesorado consideramos que socialmente ha dejado de usarse el principio por el cual la autoridad asociada a un cargo ejercía una influencia directa; por lo tanto, intentar mantener ese carácter puede conducir a que al/la docente, si no se entrena, no sea capaz de ejercer otro tipo de autoridad.

Además los alumnos/as se han desarrollado dentro de una sociedad en la que no se valora la consecución

de objetivos a largo plazo que implican un trabajo constante, sino que se exalta el beneficio rápido y sin esfuerzo. De este modo, la situación de aprendizaje, que obligatoriamente implica esfuerzo y disciplina personal y escolar, se convierte en una experiencia molesta y no valorada de la que se pretende huir.

Por lo tanto, para considerar la situación de conflictividad escolar se debería distinguir entre:

- Los conflictos que se producen debido a la introducción en la escuela de un modelo de autoridad, de valores distintos a los tradicionales y de una mayor diversidad cultural.
- Los problemas de convivencia causados por conductas que constituyen un atentado contra los derechos más elementales de los miembros de la comunidad educativa, y que son la manifestación de un trastorno de relación del sujeto con el ambiente.

A. Calvo Rodríguez (2002), distingue entre las siguientes problemáticas:

**a) Conductas de rechazo al aprendizaje.** Por ejemplo, no asistir al centro sistemáticamente, llegar tarde a clase, no llevar los materiales escolares necesarios, no participar en el desarrollo de las clases, no realizar los trabajos propues-

tos, permanecer aislado/a, estar adormecido/a, etc. Estas conductas puede que no alteren substancialmente el ritmo de trabajo de la clase pero afectan considerablemente al profesor/a.

**b) Conductas de trato inadecuado.** Se trata de comportamientos relacionados con la falta de respeto hacia las normas de urbanidad o hacia las formas de relación social que se consideran aceptables.

**c) Conductas disruptivas.** Se entiende como un conjunto de comportamientos “objetivamente no agresivos” (por ejemplo, levantarse sin permiso, hablar mientras el profesor/a explica en clase, etc.) que deterioran o interrumpen el proceso de enseñanza y aprendizaje del aula. Estas conductas se originan por las dificultades del sujeto para adaptarse al medio y con ellas el alumno/a pretende especialmente llamar la atención del grupo o del profesor/a y obtener un estatus de poder en el aula.

**d) Conductas agresivas.** Comportamientos intencionales cometidos para causar daño a otra persona y que causan placer o recompensan al que las realiza. Identificamos conductas de agresión emocional reactiva u hostil y de agresión instrumental. Las primeras están orienta-

das específicamente a producir un daño a la víctima, mientras que con las segundas, además de hacer daño, el agresor/a pretende obtener algún beneficio adicional; por ejemplo, bienes materiales, evitar que la víctima realice conductas que molestan al agresor/a, acrecentar su dominio dentro del grupo, etc.

Las cuatro categorías establecidas se pueden identificar únicamente con las connotaciones que les son propias o bien asociadas a otras. Por ejemplo, la conducta de rechazo al aprendizaje, bajo determinadas circunstancias, puede darse asociada con la conducta disruptiva, o la conducta de trato inadecuado puede llegar a tener connotaciones agresivas. En otros casos se encontrarán alumnos/as que tienen al mismo tiempo conductas agresivas, disruptivas, de rechazo al aprendizaje, etc.

### 3. VALORACIÓN DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Determinar lo que es un consumo problemático no suele ser una tarea sencilla, dado que a veces, se unen aspectos más valorativos que basados en la realidad. Para algunas personas cualquier tipo de consumo, aunque sólo fuera una experiencia aislada, podría ser considerada como uso problemático.

Otras personas, en cambio, sólo harían tal valoración en el caso de que hubiera una intoxicación plena. Tomar una u otra posición supondría un reduccionismo que no permitiría ver lo que realmente hay detrás de esos consumos.

Para poder aproximarnos a considerar lo que es o no es un consumo problemático creemos que sería conveniente atender de forma simultánea diferentes cuestiones referidas a:

**Qué:** No es lo mismo consumir un zurito que “echar un kinito”. No es lo mismo fumar un porro que fumar una pipa de coca base.

**Cuánto:** No es lo mismo tomarse un zurito que tomarse una litrona. No es lo mismo fumarse un porro en una fiesta que hacerlo a diario. No es lo mismo emborracharse en un día concreto que hacerlo semanalmente.

**Cómo:** No es lo mismo tomar alcohol durante la comida que en ayunas. No es lo mismo inhalar cocaína que inyectársela.

**Dónde:** No es lo mismo beber en una fiesta que solo en casa. No es lo mismo fumarse un porro en un ambiente privado que en el patio del colegio.

**Quién:** No es lo mismo que un chico/a de 18 años tenga su primera experiencia con alguna sustancia

que una persona menor de 13 años. No es lo mismo que un/a adolescente sin ningún problema físico o psicológico consuma alguna sustancia que lo haga un/a adolescente con problemas físicos o mentales diagnosticados.

**Con quién:** No es lo mismo consumir sustancias con amigos/as de confianza que con personas casuales. No es lo mismo iniciarse en el consumo de hachís con los amigos/as de siempre que con personas que tienen experiencia de consumo con muchas sustancias o con una diferencia de edad importante.

**Con qué consecuencias:** No es lo mismo perder la clase del lunes por tener resaca después de una fiesta que perder clases de forma habitual por estar fumado o bebido. No es lo mismo tener una disputa por haber bebido más de la cuenta que mostrarse pendenciero de forma habitual por lo efectos de estimulantes.

Tratar de responder a cada una de estas cuestiones en cada situación o persona concreta nos permitiría contextualizar el suceso, y si bien en todos los casos ejemplificados se presentan consecuencias negativas del consumo de sustancias, sin duda coincidiremos en que algunas situaciones implican mayor gravedad que otras. Así que, primera indicación: tengamos sentido común a la hora de valorar cada si-



tuación que se presente y no partamos de posiciones dramatizantes; se trata de valorar, no de juzgar.

Como decíamos al inicio de este apartado, determinar lo que es un consumo problemático no suele ser una tarea sencilla. Si bien es cierto que existen definiciones basadas en criterios específicos que determinan lo que es un ‘estado de intoxicación’, el ‘uso o consumo problemático’ o la ‘dependencia’ de sustancias psicoactivas, la especificación y diagnóstico de tales situaciones sólo corresponde a profesionales sanitarios o especialistas en drogodependencias, por lo que ahondar en dichos criterios excede los objetivos de esta guía.

No obstante, y por una cuestión práctica, podríamos considerar que un uso problemático sería aquel que tiene consecuencias negativas o disruptivas para la persona que hace uso de esas sustancias. Estas consecuencias negativas pueden producirse en diferentes esferas de la vida de una persona (en su salud, en su actividad cotidiana, en su vida de relación, etc.), y se pueden producir en diferentes ámbitos (en el entorno familiar, en el escolar, en el grupo de amigos/as, etc.). Estar atentos/as a estas manifestaciones negativas y conseguir diferenciarlas es el primer paso en la delimitación de los consumos problemáticos.

Por tanto, segunda indicación, por ahora, nos centraremos en detectar situaciones que pudieran

estar asociadas al uso de drogas y pudieran apuntar hacia la posibilidad de estarse produciendo un consumo problemático. Detectar y delimitar la manifestación de conductas disruptivas permitiría una actuación rápida in situ por parte de los educadores/as, además de poder derivar hacia profesionales especializados/as aquellos casos en los que el grado de disrupción o manifestación del problema exceda las posibilidades de intervención del medio escolar.

¿Dónde, entonces, debemos fijar nuestra atención?, ¿qué es una conducta disruptiva o atípica?

Entendemos por conducta disruptiva o atípica toda manifestación de una persona o grupo de personas que se aparta del patrón habitual del comportamiento de esa persona o grupo, o de los límites sociales comúnmente aceptados. Ejemplos de conductas disruptivas serían: el absentismo o reducción del rendimiento de un alumno o alumna que habitualmente acudía a clase o llevaba al día las lecciones; un aumento de manifestaciones de irritabilidad, deterioro de la apariencia física, tendencia al asilamiento o incremento de expresiones de agitación y euforia fuera de lugar; saltarse las normas de convivencia o las reglas del centro escolar respecto al consumo o mercadeo de drogas; etc. En la Tabla siguiente se resumen las áreas y los contenidos más relevantes para la detección de conductas disruptivas.

## Tabla - Áreas para la detección precoz de conductas disruptivas

### Rendimiento académico

- Faltas de asistencia.
- Descenso en el rendimiento académico.
- Actitud dentro del aula: falta de atención, implicación en el trabajo, participación, incumplimiento de tareas, pérdida de interés, salidas frecuentes del aula, mentiras para autojustificarse.
- Falta de integración escolar: con los compañeros/as, con los profesores/as y en las actividades del centro.
- Problemas, conflictos con las normas.

### Estado emocional y de salud

- Dificultad para expresar sus opiniones o desenvolverse adecuadamente en su medio social.
- Aparición de conductas desafiantes, agresivas, hostilidad.
- Impulsividad a la hora de resolver problemas, tomar decisiones.
- Nerviosismo, apatía.
- Cambios bruscos en el estado de ánimo. Baja autoestima y pobre imagen de sí mismo/a.
- Deterioro de la habilidades sociales para relacionarse con sus compañeros/as, con los profesores/as y con la familia.
- Empeoramiento del estado de salud: pérdida de peso en poco tiempo, palidez, cansancio generalizado, problemas de sueño y somnolencia, irritación ocular, mucosidad constante, falta de apetito, ...

### Conducta antisocial

- Actos vandálicos (estropear o dañar material o instalaciones del centro escolar o inmediaciones).
- Robos a los compañeros/as, a los profesores/as, o del material del centro.
- Conductas agresivas.

### Estilo de vida

- Apariencia física descuidada: higiene, vestimenta, ...
- Cambios en los hábitos de alimentación en el comedor
- Cambios bruscos de las aficiones y de la ocupación del ocio y tiempo libre.
- Quejas de sus compañeros/as, de sus profesores/as o del resto del personal del centro.
- Disponibilidad de dinero. Solicitud de préstamos entre los compañeros/as. Trapicheo o mercado. Deudas.

### Familia

- Existencia de conflictos familiares: problemas maritales, malos tratos, ...
- Antecedentes familiares de uso de sustancias
- Estilo educativo familiar: excesivamente permisivo, excesivamente autoritario, ...
- Relación del alumno/a con los miembros de la familia.
- Falta de control de los padres/madres sobre las tareas escolares y sobre el comportamiento en general de su hijo/a.

### **Grupo de amigos/as**

- Presencia de conductas disruptivas entre el grupo de iguales o de contacto
- Manipulación o presión grupal sobre el individuo
- Liderazgo antisocial: pertenencia a bandas

### **Consumo de sustancias y actitudes ante las drogas**

- Frecuencia e intensidad de uso de sustancias legales.
- Frecuencia e intensidad de uso de sustancias ilegales.
- Opiniones sobre las drogas: Visión lúdica-edonista de las drogas, consideración de las drogas como vía de acceso a la madurez, percepción banal del riesgo del uso de drogas, falsa ilusión de control, ...

*Tomado en parte y adaptado de González,  
Fernández-Hermida y Secades, 2005*

En un capítulo precedente hemos hecho referencia a los factores de riesgo y protección, entendiendo por factores de riesgo aquellos que incrementarían la probabilidad de aparecer una conducta disruptiva como, por ejemplo, el consumo de sustancias o la conducta antisocial. Estar atentos/as o conocer estos factores de riesgo en cada alumno/a permite al/la docente detectar posibles manifestaciones que podrían ser susceptibles de la presencia de un problema.

No hay que confundir la presencia de un factor de riesgo con la manifestación de una conducta disruptiva o, en nuestro caso, de un uso problemático de drogas. En ocasiones, el uso problemático de drogas no tiene por qué estar asociado a un factor de riesgo y puede tratarse simplemente de una experiencia eventual encuadrada dentro del proceso evolutivo de la adolescencia.

Planteamos, por tanto, que la aparición de conductas disruptivas son un signo de que algo está ocurriendo. Pueden o no estar causadas por el consumo de sustancias, o pueden ser el motivo de que se esté produciendo el consumo. En cualquier caso, su detección nos permite contactar con el alumno o alumna y establecer un canal de comunicación en el cual, una vez establecida la confianza debida, se preguntará directamente por el posible consumo de drogas y la frecuencia e intensidad con que se realiza. Con toda esta información, y sólo en ese momento, podrá plantarse la posible existencia de un consumo problemático.

No debemos olvidar que el medio escolar es uno de los principales ámbitos de relación del/a adolescente y, por ello, constituye un punto de referencia en la detección de conductas o manifestaciones atípicas dentro del desempeño habitual de cada alumno/a. De

esta manera el profesor/a a través de la observación puede ir recogiendo datos, sobre todo en lo que se refiere a comportamientos que se salen de lo cotidiano y que pueden orientar hacia la detección precoz, con lo cual, al incidir de forma más temprana sobre el problema, las posibilidades de cambio serán mayores.

En un primer momento el profesor/a puede observar cambios que le orienten a tener una entrevista individual con el/la adolescente, y es aquí donde se propone el modelo de la entrevista motivacional con el fin de evitar hipótesis prematuras o juicios de valor.

# 5

**Detección  
precoz**



## 1. LA MOTIVACIÓN

*“LA MOTIVACIÓN no puede entenderse como algo que se tiene sino, más bien, como algo que se hace.*

*Implica reconocer un problema, buscar una forma de cambiar, y entonces comenzar y mantener esa estrategia de cambio.*

*Resulta que existen muchas formas de ayudar a la gente a que así lo reconozcan y actúen”.*

*Miller, 1995*

La entrevista motivacional ha sido ampliamente descrita por **Miller y Rollnick** (1999) e ideada para llevar a cabo intervenciones breves. Procede del ámbito clínico y cada vez se está extendiendo más su aplicación a otros contextos. Está **centrada en la persona** e incluye estrategias de la terapia cognitiva, la terapia sistémica y la psicología social de la persuasión.

La motivación es la **posibilidad de que una persona entrará, continuará y se comprometerá con una estrategia de cambio** y así mismo, abarca todas las urgencias y deseos internos que sufren las personas,



# 6

## Entrevista motivacional

las presiones externas y las metas que influncian a los individuos, las percepciones sobre los riesgos y los beneficios del comportamiento para consigo mismo/a y las apreciaciones cognoscitivas de la situación.

La experiencia en investigación sugiere que **la motivación es un estado dinámico que puede fluctuar con el tiempo y en relación con distintas situaciones** en lugar de ser un atributo personal estático. También varía en intensidad, aumentando mientras se resuelven las respuestas a las dudas y se ven las metas con mayor claridad. Por lo tanto podemos señalar que la motivación:

- **Es una clave para el cambio**
- **Es dinámica y fluctuante**
- **Es influenciada por las interacciones sociales**
- **La motivación se puede modificar**
- **La motivación está influenciada por el estilo de la persona que dirige la entrevista**
- **La tarea del entrevistador/a es hacer surgir y aumentar la motivación**

## **FACTORES QUE INFLUENCIAN LA MOTIVACIÓN DE LAS PERSONAS**

**Los niveles de angustia:** pueden jugar un papel en el aumento de la motivación para cambiar o buscar ayuda durante o después de episodios de mucha ansiedad o depresión.

**Los sucesos críticos** en la vida producen la tensión suficiente para movilizar las defensas psicológicas estimulando la motivación para cambiar; (muerte de seres queridos, ser despedidos/as, quedarse embarazada...)

**La evaluación cognoscitiva o valoración:** un individuo evalúa el impacto de las drogas en su vida. Esto puede llevar al cambio a través de la racionalización de su comportamiento aumentando la percepción de riesgo y asumiendo una mayor responsabilidad

**El reconocimiento de las consecuencias negativas:** el mal o daño que uno puede estar haciendo a los demás o a uno/a mismo/a, ayuda a las personas a motivarse a cambiar

**Los incentivos externos positivos y negativos** también pueden influir en la motivación. Los amigos/as que apoyan y sienten empatía, las recompensas o la coerción de muchas clases, pueden estimular la motivación para el cambio.

El acercamiento PIES, **Proximidad, Inmediatez, Expectativa y Simplicidad**, define nuestro modelo de trabajo comunitario para la prevención de las drogodependencias; es por eso que planteamos la entrevista motivacional como un modelo que puede trasladarse del ámbito clínico al escolar con un bajo coste, con el convencimiento de que una intervención motivacional hecha en el momento oportuno puede lograr amplios beneficios. Con su aprendizaje, manejo y puesta en práctica, se puede generalizar su uso y no circunscribirse sólo a los alumnos y alumnas que presentan modelos de comportamientos disruptivos.

## 2. LA ENTREVISTA

Es un diálogo en el que las dos partes, entrevistador/a y entrevistado/a, se comprometen a llegar a algún tipo de acuerdo. La entrevista motivacional

permite abordar la cuestión de la falta de motivación en aquellas personas que:

- **no tienen ningún interés** en cambiar su conducta o
- **tienen algún interés** en cambiar su conducta, pero no en ese momento, sino **en un futuro cercano**.

Se elige como **estrategia en las fases de pre-contemplación y contemplación** en el proceso de intervención para el cambio. Se basa en 5 principios básicos (Miller y Rollnick, 1999):

1. expresar **EMPATÍA**,
2. desarrollar la **DISCREPANCIA**,
3. evitar la **ARGUMENTACIÓN** o discusión con el/la adolescente,
4. trabajar las **RESISTENCIAS** del/la adolescente,
5. apoyar y fomentar el sentido de la **AUTOEFICACIA**.

**3. ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES.** En la entrevista se utilizan varias que han demostrado que son muy eficaces:

- 1. Promover la empatía.** Conocer la posición del/la adolescente y entender sus valores y el para qué de su actitud.
- 2. Dar información.** Tratar de identificar el problema y explicar por qué el cambio es importante.
- 3. Eliminar obstáculos,** así como, **ofrecer diversas opciones** al/la adolescente para que pueda elegir.
- 4. Disminuir los factores de riesgo** dentro del sistema escolar que hacen que la conducta de consumo sea deseable.
- 5. Ofrecer principios de realidad.** Sería como hacer un mapa que ubique al/la adolescente donde está para saber hacia donde quiere ir.
- 6. Proporcionarle ayuda activa.**

# 6

Entrevista  
motivacional





## 1. EXPRESAR EMPATÍA:

Significa **ACEPTAR Y RESPETAR AL/LA ADOLESCENTE PERO NO NECESARIAMENTE APROBARLO**. Implica un cierto grado de solidaridad intentando comprender sus pensamientos y emociones.

La entrevista motivacional es sumamente exitosa cuando se establece una relación de confianza entre el entrevistador/a y el/la adolescente.

**No se debe confundir la empatía con la identificación con el otro/a o el compartir experiencias pasadas en común.** Una historia personal del mismo tipo de problema podría comprometer la habilidad del profesor/a para proporcionar condiciones de cambio críticas.

El componente clave para expresar empatía, es **ESCUCHAR** atentamente.

Si no se está escuchando, sino que se está imponiendo dirección y juicio o crítica, el/la adolescente con toda probabilidad acabará estableciendo una lucha por el poder en la relación que no conduce a ninguna parte.

Las amenazas, soluciones prematuras, intentar persuadir o sermonear al/la adolescente sobre cuál es su deber no suele dar buenos resultados.

**Alabar o aprobar también puede ser un obstáculo.** La aprobación no solicitada puede interrumpir el proceso de comunicación entre el/la interlocutor/a y el/la oyente.

**Se puede caer en la tentación de interpretar o analizar imponiendo las interpretaciones propias al otro/a** y encontrar algún significado escondido y así entender las razones ocultas del comportamiento. **No debemos olvidar que el/la verdadero/a experto/a es el/la protagonista.**

**No se debe confundir la empatía con el consuelo.** Esto sucede sobre todo en las entrevistas con los padres/madres donde el sistema familiar aparece como “víctima” de los comportamientos del/la adolescente.

Cuidar la relación y crear un clima de confianza, también pasa por **cuidar el contexto**, es decir dónde y cómo se interviene.

No por preguntar más vamos a saber más. Es importante **prestar atención al lenguaje no verbal** y tener en cuenta las diferencias (de género, culturales, étnicas...). Un elemento importante es la **escucha activa**. Es necesario **integrar la información** procedente de dos fuentes:

- **lo que el/la adolescente nos narra**, su historia, y
- **lo que nosotros/as observamos**, el aquí-ahora.

Al integrar ambas informaciones construiremos una hipótesis sobre el estado de cambio en el que se encuentra y actuaremos conforme a lo que en cada etapa del cambio, la persona puede dar de sí.

## 2. DESARROLLO DE LA DISCREPANCIA

### DESARROLLAR LA DISCREPANCIA

es lograr **que el/la adolescente reconozca donde se encuentra y donde querría estar** respecto al hábito o conducta a modificar. Interesa aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre su conducta actual y los valores importantes de su vida.

La discrepancia se resalta al **hacer conscientes a los individuos de las consecuencias negativas** personales, familiares o de la comunidad, debido a un problema de comportamiento, y ayudándoles a enfrentar el uso de sustancias que contribuye a estas consecuencias.

La motivación para el cambio aumenta cuando las personas perciben discrepancias entre su situación actual y sus esperanzas futuras. Una de las tareas es **ayudar a concentrar la atención del/la adolescen-**

## te en cómo los comportamientos actuales difieren del comportamiento ideal o deseado.

Cuando el/la adolescente comienza a entender de qué forma las consecuencias de su comportamiento se contraponen a sus valores personales, es importante centrarse en esto, hasta que él/ella pueda **articular una preocupación y compromiso hacia el cambio**.

La utilización de preguntas estratégicas, reflexiones en voz alta, pero pareciendo incapaz de encontrar una solución por parte del entrevistador/a (*por Ej. En comportamientos que comprometen a más alumnos/as...*) puede motivar al/la adolescente a tomar control de la situación y ofrecer al adulto una solución; llegando el/la adolescente a darse cuenta de que él/ella es el único/a que puede resolver sus discrepancias o contradicciones.

Tenemos que recordar que las personas se convencen más por lo que se escuchan decir a sí mismas que por lo que otras les dicen.

Dentro del contexto de la entrevista podemos, por ejemplo, decir “Así que algunas veces cuando bebes entre semana, no te puedes levantar de la cama por la mañana”. “El mes pasado contabilizamos 5 faltas y observamos que otros días te costaba despertar y estar

atento/a. Pero dices que este oficio te gusta, y hacerlo bien es importante para ti porque quieres demostrarles a tus padres/madres que has cambiado...”.

La utilización de audiovisuales o imágenes puede ser efectivo en el abordaje de la prevención de las drogodependencias. Hay materiales diseñados para llevar a cabo dinámicas de grupo en la clase como refuerzo al trabajo individual que se está realizando con el alumno/a. Es útil entender, no sólo lo que el/la adolescente (individuo) valora sino también, lo que valora el resto de la clase (la comunidad). **La discrepancia se puede aclarar al contrastar el comportamiento por uso de sustancias con la importancia que los/as adolescentes dan a sus relaciones con la familia, los grupos de pertenencia y la comunidad.**

### 3. EVITAR LA ARGUMENTACIÓN

#### EVITAR ARGUMENTAR O DISCUTIR

sobre la conveniencia o utilidad de un cambio puede crear resistencia en el/la adolescente.

Discutir con un/a adolescente es fácil, ya que, como base de su desarrollo, el desafío y la provocación

están muy presentes en la relación con el adulto. Por lo tanto, tratar de convencerle de que el problema existe o de que se necesita un cambio, podría desatar aún más resistencia. La argumentación puede degenerar rápidamente en una lucha de poder y no aumenta la motivación hacia un cambio beneficioso.

El objetivo es “caminar” no “arrastrarlos” por un mapa que previamente se ha construido con el/la adolescente y con la familia. **Es importante empezar con ellos/ellas allá donde se encuentren y ayudarles a cambiar su auto-percepción.**

Formular **preguntas abiertas** ayuda a entender los puntos de vista del/la adolescente. Facilitan el diálogo; no se pueden contestar con una sola palabra o frase y no necesitan ninguna respuesta en particular. Son una forma de solicitar información adicional de una forma neutral. Estimulan al entrevistado/a a hablar prácticamente todo el tiempo y ayudan al entrevistador/a a evitar emitir juicios prematuros.

Preguntas Cerradas	Preguntas Abiertas
¿Cuántas personas viven en tu casa?	Háblame de tu familia.
En primer lugar, me gustaría que me hablaras de tu consumo de marihuana. En un día, ¿cuánto fumas?	Háblame de tu consumo de marihuana en una semana típica.
¿Te gusta fumar porros?	¿Qué pasa cuando os fumáis un porro entre los amigos/as? y ¿Cuándo te lo fumas solo/la?
¿Cómo ha sido tu consumo de drogas esta semana, comparada a la pasada: más, menos o casi lo mismo?	¿Cómo ha sido tu consumo de drogas durante esta última semana?
¿Crees que usas speed con demasiada frecuencia?	¿De qué formas estás preocupado/a por tu consumo de speed?
¿Cuánto hace que bebiste por última vez?	Cuéntame cómo te fue la última vez que bebiste.
¿Te has planteado cambiar el comportamiento en clase?	Entonces, ¿qué crees que te gustaría hacer en cuanto a tu comportamiento con los compañeros/as?

A través de la información que nos va proporcionando el otro/a, observamos el **contexto donde está incluido el comportamiento**, así como el **grado de apego que tiene a dicha conducta** y que va a influirle directamente sobre el grado de ambivalencia a la hora de cambiar.

En el uso de drogas, tanto el nivel de dependencia como el grado de tolerancia influyen directamente sobre el apego que tenga el/la adolescente a la sustancia. Además, hay que valorar **cómo ha sido el proceso de aprendizaje de dicha conducta**. Sería cuestión de analizar **para qué le sirve** a la persona instaurar dicho comportamiento en su vida, es decir cuál es su función.

Por ejemplo, el consumo de speed o cocaína en una persona con un trastorno por déficit de atención e hiperactividad, o en el caso del consumo de heroína en un trastorno psicótico, hace que esa persona aprenda los beneficios farmacológicos y lo use como automedicación.

A veces, también se utilizan las drogas como una forma de afrontamiento, de tal manera que se les hace difícil enfrentarse a determinadas situaciones sin un consumo previo. Cuando esto sucede y lo observamos a través del diagnóstico (*Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial- VIP de Pedrero y*

*co/s.*) es importante derivar a la persona a un centro de tratamiento.

#### 4. TRABAJAR LA RESISTENCIA

##### TRABAJAR LAS RESISTENCIAS DEL/LA ADOLESCENTE

sin imponer un cambio “*por su bien*” o reñir al/la adolescente por el no cambio.

Sentirse preocupado/a por la resistencia al cambio que puede, experimentar el/la adolescente o sus familias es legítimo, ya que predice resultados pobres para el proceso de cambio, así como falta de motivación.

Un punto de vista de la resistencia, es que **el/la protagonista se esté comportando a la defensiva**. Otro punto de vista, quizás más constructivo, es que la resistencia **es una señal de que el otro/a ve la situación de forma diferente**. Esto exige entender la perspectiva del otro/a y que se parta desde ese punto. La resistencia es la señal para que se cambie la dirección o se escuche con más atención. La resistencia realmente ofrece una oportunidad para responder de una forma nueva, quizás sorprendente,

más creativa y tomar ventaja de la situación sin confrontar. El/la adolescente puede tener mucha información, ya que a veces funciona como emergente, con una carga de información que es muy aprovechable para las intervenciones posteriores.

Muchos autores/as consideran que hay que manejarse con la resistencia como en el judo, donde se **aprovecha la fuerza del contrario/a en beneficio propio** y sacarle ventaja. En este caso, el objeto que se mueve no es el cuerpo, sino una forma de percibir la realidad por lo que el entrevistador/a puede añadir una cualidad diferente a la percepción que le oriente hacia el cambio.

Otras veces sucede que no depende de cómo se haga, sino de qué tipo de técnica se utilice, ya que desde el deseo de cambio del adulto se están instrumentando soluciones sin haber planteado todavía cuál es el problema o bien planteando estrategias relacionadas con otra fase del proceso de cambio.

Así, **en la fase de precontemplación**, donde aún el alumno/a no se ha planteado el cambio, lo más importante es **analizar las percepciones que tiene para saber cuál su interpretación de la realidad**. De hecho, las autoestimas negativas suelen procurar un comportamiento que no se corresponde con la realidad (Casamayor, 1999): es decir, un comportamiento des-

ajustado al marco social de referencia. Por este mismo hecho, **ante autoestimas bajas, se hace necesario establecer un sistema normativo**, cuanto más elaborado mejor, entre padre, madre e hijo/a, que derive a una conducta adecuada al contexto, con el **posterior refuerzo positivo** de éstos/as hacia el hijo/a.

También es un buen momento para **introducir información sobre los efectos de las drogas, desde un enfoque de reducción de riesgos y daños, que le ayuden a valorar las ventajas y desventajas de su uso**; así como para ayudar a intervenir a otras figuras significativas. En esta etapa trabajar la resistencia, se parece a evitar la argumentación, donde se ofrece otra oportunidad para expresar empatía al permanecer sin emitir juicio y siendo respetuoso/a, estimulando al/la adolescente a hablar y mantenerse involucrado/a.

En cambio, **en la fase de contemplación**, la persona ya reconoce aspectos del problema que quiere reparar, por lo que **considera la posibilidad de cambiar**. La ambivalencia puede cronificar a la persona en esta etapa. Por lo tanto, **trabajar la ambivalencia** es trabajar el núcleo del problema, para ello se intenta aumentar la autopercepción sobre la conducta, es decir, **que se de cuenta de los efectos que provoca y se pare a analizarlos**. En estos momentos pueden ser útiles los registros escritos con los pros y contras

del cambio de conducta, así como del comportamiento previo (hoja de balance decisional).

Es importante que en la sesión:

- Se hagan **resúmenes que le vayan recordando al otro/a que se le escucha, se le entiende y que se van dando pasos hacia el cambio** como manera de afianzar su autoeficacia en la toma de decisiones.
- Se puede hacer por escrito, como **hoja de registro** de los planteamientos automotivacionales que, posteriormente, en la fase de acción, se pueden utilizar para llevar a cabo un **contrato de cambio de conducta** con matices educativos e incluso terapéuticos.

**Trabajar la ambivalencia supone un gran incremento de motivación** intrínseca que le va a ayudar al/la adolescente a sentirse más capaz para cambiar (**sentimiento de autoeficacia**) y por lo tanto necesitará menos mostrar su resistencia al cambio a través de estrategias como: el desafío, la descalificación, la confrontación o simplemente la negación del problema.

**Siguiendo el símil deportivo, es importante mantenerse practicando el judo y no convertirlo en una pelea de boxeo, cuyo objetivo puede ser dejar K.O al otro en pocos asaltos.**

## FORMAS DE REACCIONAR ANTE LA RESISTENCIA



### No resistencia. Parafraseo

El más sencillo de todos los acercamientos para responder a la resistencia es con la **no-resistencia**, al repetir el planteamiento del otro/a en una forma neutral. Esto reconoce y valida lo que el/la adolescente ha dicho y puede hacer surgir una respuesta opuesta.

A: **“No quiero dejar de beber por ahora”.**

B: **“No crees que la abstinencia funcione para ti en este momento”.**



### Amplificación

Reflejar el planteamiento de una forma exagerada – señalar de una manera más extrema, pero sin sarcasmo.

- A: **“No sé por qué mis padres están preocupados con esto. Yo no bebo más que ninguno de mis amigos/as”.**
- B: **“Así que tus padres se están preocupando innecesariamente”.**



### Interpolación de resistencias

Implica reconocer lo que el/la adolescente ha dicho introduciendo datos que hacen referencia a su ambivalencia.

Es ayudar al otro/a a que vea la situación “entre dos polos”.

Significa que la escena relacional se representa desde cómo la percibe él/ella, pero llega un momento en el que se introducen factores imprevistos para el/la protagonista, que le lleva a actuar espontáneamente. Este incremento de la espontaneidad supone dar respuestas

nuevas a una situación antigua o una respuesta adecuada a una situación nueva. De esta manera se pueden descubrir otros recursos que le ayudan a salir de la espiral conductual repetitiva, característica de las situaciones cronificadas.

Ej. 1: enfoque desde lo individual

**A: “Yo sé que tú quieres que deje la cocaína completamente, ¡pero yo no voy a hacer eso!”**

**B: “Puedes ver que hay verdaderos problemas, pero no estás dispuesto/a a pensar en dejar el consumo de una vez por todas”.**

Ejemplo 2: enfoque desde lo grupal

**A: “No puedo dejar de fumar porros cuando todos mis amigos/as lo están haciendo”.**

**B: “Te estás adelantando. Todavía estamos explorando tus preocupaciones en cuanto a si puedes repetir o ir a un CIP. Aún no estamos listos/as para decidir en qué forma encajan los porros con tus planes”.**



Ejemplo 3: enfoque desde lo familiar

**A:** “¿Por qué mis padres y tú estáis tan obsesionados con lo que bebo? ¿Qué pasa con todos los problemas que tienen ellos? Tú también beberías si tu familia fuera como la mía.

**B:** “Esto que dices es importante y quizás no le haya prestado suficiente atención. Estoy de acuerdo en que no deberíamos estar buscando a quién culpar. Los problemas de bebida como éstos involucran a toda la familia”.



### Reformular

Una buena estrategia para usarse cuando alguien niega los problemas personales es ofrecer una interpretación nueva y positiva de la información negativa que ha proporcionado, es decir, ofrecer un nuevo significado.

**A:** “**Mi madre, cada vez que llego los sábados, me pregunta cuánto he**

**bebido, empieza con discursos y me dice que voy camino del alcoholismo como mi padre. Realmente me molesta porque yo controlo y no soy como él”.**

**B:** “Parece que realmente se interesa por ti y que está preocupada, a pesar de que lo exprese de una forma que te enfada. Probablemente entienda que “resistir el alcohol”, es decir que cada vez bebas más sin que te emborraches, es un factor de riesgo y una señal de advertencia, ya que eso significa que estás adquiriendo tolerancia al alcohol”.

## 5 APOYAR LA AUTOEFICACIA

### LA AUTOEFICACIA

es la confianza que tiene una persona en su propia habilidad para cambiar o, en su defecto, adquirir habilidades que le ayuden a gestionar los riesgos que supone el consumo de sustancias

Es a la autoestima lo que la motivación es a la voluntad; es decir, son **autopercepciones que ayudan a la persona a cambiar**. Por ejemplo, una investigación demuestra que los/las adolescentes que han experimentado con algunas sustancias y deciden dejarlas por sí mismos/as son más fuertes psicológicamente en comparación con aquellos/as adolescentes que continúan con su uso, o inclusive con aquellos/as que nunca han experimentado con ningún tipo de drogas.

Así, el consumo adolescente de drogas y su abuso presenta características propias que se inscriben en esta etapa del ciclo vital. Muchos de ellos/ellas, no tienen un sentido de autoeficacia bien desarrollado, por lo que encuentran difícil creer que pueden comenzar un cambio de comportamiento o mantenerlo.

**Mejorar la autoeficacia requiere hacer surgir y mantener la esperanza, el optimismo y la viabilidad al cambio.** Esto exige del adulto que reconozca sus fortalezas y que las saque a flote cada vez que sea posible. Si el/la adolescente se siente indefenso/a a la hora de manejar la ambivalencia, posiblemente, lo que resulte de la entrevista sean racionalizaciones o negación para poder reducir la incomodidad.

Es un reto afirmar la autoeficacia y estimular la esperanza y el optimismo en personas a las que les faltan recursos materiales y que hayan sufrido los efectos de la discriminación. Los hechos de la situación se deberían reconocer firmemente. Sin embargo, la capacidad de resistir y de crecimiento personal de las mismas frente a circunstancias difíciles, se puede respetar y afirmar, y después sacar de esto una fortaleza para intentar un cambio.

Es beneficioso hablar de cómo personas en la misma situación extrema han cambiado exitosamente su comportamiento o bien han recurrido a personas significativas que le han podido ayudar en el proceso del cambio.

El/la adolescente debe, por tanto, llegar a la conclusión de que el cambio es su responsabilidad y de que el éxito a largo plazo comienza con un simple paso hacia adelante.

La estrategia por excelencia que promueve la autoeficacia es afirmar.

La afirmación reconoce las dificultades que ha experimentado la persona. Al afirmar, estamos diciendo, **“Oigo, entiendo”**, y validando las experiencias y sentimientos del otro/a. **Afirmar ayuda a los/las adolescentes a que se sientan seguros/as** de clasificar sus recursos internos para empezar la acción

y cambiar su comportamiento. Enfatizar sus experiencias pasadas que demuestren fortaleza, éxito o poder, pueden evitar el descorazonamiento.

**Por ejemplo:**

***“Creo que es muy importante que te estés planteando hacer algo acerca de tu problema”.***

***“Ciertamente, eres una persona de muchos recursos para haber sido capaz de vivir con este problema tanto tiempo y sin haberte desmoronado”.***

***“Eso es una buena sugerencia”***

***“Debe ser para ti difícil soportar tantas tensiones. Tengo que decirte, que si yo estuviera en tu lugar, también me resultaría difícil salir de semejante enredo”.***

Resumir también sirve para propósitos estratégicos. El entrevistador/a puede seleccionar qué información se debe incluir y qué se debe minimizar o dejar fuera. Resumir ayuda al/la adolescente a considerar sus propias respuestas y a contemplar su propia experiencia. También ofrece la oportunidad para señalar lo que se pueda haber pasado por alto, así como lo que se haya señalado incorrectamente.

Se trata de conseguir que el/la adolescente quiera convencernos de la necesidad de que él/ella cambie y de los recursos que va a disponer.

Por ejemplo, en el caso de estar en una entrevista con la familia se puede decir:

***“He planteado esta reunión con todos los miembros de la familia para ver qué opina cada uno de vosotros sobre la situación...”.***

Una vez que han hablado todos/as a nivel individual, es importante conseguir que todos/as dialoguen sobre el problema, esta es una buena manera de entender cómo funciona la familia. A nivel técnico se plantean **preguntas circulares**, es decir, se pregunta a un tercero qué hace uno mientras otro hace...

Por ejemplo, se le puede preguntar a un **hermano/a** ***“qué hace tu padre mientras están discutiendo tu hermano y tu madre...”.***

En una secuencia posterior podemos hacer preguntas al/la adolescente que le pueden ayudar a reflexionar sobre la necesidad de apoyo para el cambio y después de lo que se ha producido en la sesión valorar si son realistas. Se pueden plantear cuestiones del tipo ***“¿Qué puede hacer tu familia para que tú cambies?; ¿Cómo te gustaría que lo hicieran?...”.***

Otro acercamiento efectivo es pedirles que vislumbren qué les gustaría para su futuro **“Si las cosas salieran como realmente deseáis ¿qué tendría que suceder?, ¿qué es lo que os lleva a pensar que podríais cambiar para cumplir con vuestras expectativas?** Muchas veces, con este tipo de acercamientos, se produce una modificación de los “mapas internos” de la familia que ayuda a cambiar el sentido atribuido a la situación.

# 7

Principios  
básicos de  
una entrevista  
motivacional



En esta guía se ofrece un abordaje basado en la motivación para el cambio. Teniendo en cuenta la técnica que se ha desarrollado, la **entrevista motivacional**, el empleo de la misma ha de hacerse desde una perspectiva motivada del profesor y profesora para lograr el cambio, empleando las herramientas desde la habilidad y artesanía de la persona que la lleva cabo.

La entrevista es el pilar de la **comunicación**, no hay entrevista que no implique comunicación, y sus resultados dependen de cómo el entrevistador/a y el entrevistado/a se comuniquen. Se ha observado que generalmente los malos resultados no se deben a una mala praxis, sino a una mala comunicación entre el/la especialista y el receptor/a.

A veces nos cuesta detectar el motivo real del posible fracaso o problema por eso es importante considerar que el problema, que se nos plantea de entrada puede que no sea el más importante y que existan razones latentes. Así mismo, debemos considerar que cada caso es nuevo y supone una serie de retos. Además, al colectivo sobre el que se va a intervenir hay que sumarle grados de dificultad, en primer lugar por el momento vital en el que están y en segundo lugar por el nivel de motivación para el cambio en el que se encuentran en el momento en que se plantea la intervención.



# 8

**Pautas  
para manejar y  
derivar  
un caso**

**-MOTIVA-** facilita la posibilidad de hacer un acompañamiento al/la adolescente y a sus familias hacia el cambio, o bien la derivación a un servicio de salud donde pueda llevar a cabo un tratamiento; ya que este tipo de acercamientos e intervenciones preventivas desde la escuela, están provistos de una función diagnóstica de gran valor para el clínico/a. Tenemos que pensar que la complejidad del abordaje de muchos casos pasa por lo interdisciplinar y lo comunitario.

## 1. PREPARACIÓN DEL ENCUADRE

- **ENCUADRE FÍSICO:** La entrevista puede tener lugar en espacios muy diversos (aulas del colegio, despachos de tutores/as o profesores/as o salas específicas para reuniones), es tarea del profesional preservar unas **condiciones mínimas** que hagan posible la buena marcha de la entrevista.
- **PRIVACIDAD:** Debemos intentar que la entrevista se desarrolle en un **espacio privado** de manera que pueda garantizarse la **confidencialidad** y que la propia entrevista sufra el menor número de interrupciones posibles.

- **RECEPCIÓN DEL ALUMNO O ALUMNA:** Es **aconsejable que sea el propio entrevistador/a el que acompañe al entrevistado/a** y en determinadas ocasiones puede ser apropiado que el alumno/a pase con algún acompañante, si la presencia de éste le resulta tranquilizadora o está incapacitado/a para ser él/ella mismo/a la principal fuente de información. En el caso de que acudan los familiares se procurará que el alumno o alumna sea protagonista de la entrevista. Se le tratará de explicar la necesidad de la intervención, desde la **calma y el respeto por sus opiniones**, teniendo en cuenta que probablemente no sea el propio alumno o alumna quien hace la demanda.

## 2. PREPARACIÓN DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

- La entrevista motivacional constituye la **principal herramienta de trabajo** del/la profesional ya que es de donde sacará la mayor parte de la información necesaria para hacer una buena valoración
- Ante el encuentro, entrevistador/a y entrevistado/a se van a **posicionar emocionalmente** y es necesario que este posicionamiento se es-

tablezca sobre la base del respeto, confianza y motivación para el cambio.

- La entrevista no sólo nos permite comprender el contexto biográfico y social en el que se mueve el alumno o alumna, sino que nos proporciona un acercamiento fundamental a sus sentimientos y emociones, algo que debemos aprovechar para lograr una **motivación para el cambio** si no existe previamente.

### 3. PAUTAS PARA DERIVAR UN CASO

La entrevista con el alumno o alumna es producto de un proceso de observación previo en el que se han detectado la presencia de signos o manifestaciones que alertan al/la docente sobre la existencia de un probable problema. Y es en el contexto de la entrevista donde se ha de realizar una aproximación al conocimiento del problema del alumno o alumna, precisamente a través de la información que el o ella misma ofrece.

La entrevista motivacional, como técnica y forma de encuadre, puede servir para propiciar el cambio positivo de la o el adolescente incidiendo en una reducción o erradicación de los riesgos detectados. Los objetivos, en estos casos, hubieran quedado satisfechos y sólo bastaría con un seguimiento del alumno o alumna para verificar el cambio.

No obstante, existen situaciones que superan las posibilidades y capacidades del profesorado para poder propiciar el cambio y en tales casos la intervención ha de focalizarse en la derivación hacia recursos más especializados, bien dentro del propio centro escolar (equipo psicopedagógico, si existe), como hacia servicios externos (servicios de salud, etc.).

Por tanto, la primera actuación de la o el educador/a, una vez ha reunido información e intentado afrontar el cambio, es motivar a la o el/la adolescente para solicitar ayuda más especializada, para lo cual el propio educador/a puede servir de enlace. Hacer ver al/la adolescente que puede tener un problema es el primer paso para poder afrontarlo de forma efectiva. Si la persona acepta la existencia de un problema y la conveniencia de que alguien más especializado/a pueda ayudarle, sólo quedará establecer este contacto mediante una derivación. En otros casos puede que se rehúse esta posibilidad y en tal situación el educador/a habrá de tomar decisiones que implican a terceros, tales como comunicar la situación a los padres/madres o responsables legales del alumno o alumna.

Toda derivación a un recurso especializado ha de realizarse desde una base bien fundamentada de la existencia de un problema y no ante una mera sospecha. A este respecto es preciso hacer una considera-

ción importante, en el sentido de que se debe evitar la derivación a programas de tratamiento de drogodependencias a cualquier adolescente que haya experimentado con sustancias, ya que existe un riesgo importante de fijar como conducta definitiva lo que sólo era mera curiosidad. Así mismo, se corre el riesgo de «medicalizar» al/la adolescente experimentador/a.

Ante la derivación, el educador/a que ha detectado el problema y ha intentado intervenir inicialmente, ha de servir de enlace posibilitando el acceso de la o el adolescente o su familia con el recurso especializado.

En ocasiones el contacto del educador/a con el recurso especializado se realiza a través de una nota escrita o por teléfono. La información que se ofrezca habrá de circunscribirse a las características del problema detectado y la razón por la cual se realiza la derivación. No hay que hacer diagnósticos ni poner etiquetas, sólo hay que describir lo que se ha visto y comprobado utilizando un lenguaje sencillo y sin recurrir a tecnicismos. En la mayoría de los casos basta con contestar a las preguntas del/la especialista quien determinará lo que precisa conocer. Si realmente se trata de un alumno o alumna con un problema serio que afecta a su salud u otros aspectos de su vida, será el/la especialista el/la encargado/a de diagnosticar y tratar el problema.

A la hora de informar debemos mostrar interés, sin ser invasivos/as; debemos mostrar preocupación, sin ser alarmantes; debemos ofrecer nuestro apoyo, con ánimo de colaboración para poder entender y manejar el caso hacia un cambio positivo. Tras la derivación, el interés, la preocupación y la colaboración deben mantenerse activas de forma constante ya que si bien el caso pudiera ser tratado en un servicio de salud, por ejemplo, también es cierto que el alumno o alumna acudirá al centro escolar de forma cotidiana. Un trabajo en colaboración con los recursos especializados es una forma de propiciar y mantener el cambio.

# 8

**Pautas  
para manejar  
y derivar  
un caso**





# Bibliografía

- BECOÑA, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- BECOÑA, E. (2001). Tratamiento psicológico de las conductas adictivas. En J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Mas (Eds.), *Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo* (pp. 423-462). Madrid: Dykinson.
- CALAFAT, A., JUAN, M., BECOÑA, E., FERNÁNDEZ, C., GIL, E., PALMER, A., SUREDA, P. Y TORRES, M.A. (2000). Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- CALVO RODRIGUEZ, A. (2002) *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. [www.aufop.org/index.asp](http://www.aufop.org/index.asp)
- CATALANO, R.F.; HOWKINS, J.D. (1998) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and adulthood implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*.
- GONZÁLEZ, FERNÁNDEZ-HERMIDA Y SECADES(2005). Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.
- GOSSOP, M. (ed.) (1989). *Relapse and addictive behaviour*. Londres: Routledge.
- KAZDIN, A.E. (1993). *Adolescent Mental Health: prevention and treatment programs*. American Psychologist.
- LABRADOR, F.J., ECHEBURÚA, E. Y BECOÑA, E. (2000). Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Dykinson.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1995). España: Masson, S.A.
- MARLATT, G.A. Y GORDON, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in addictive behavior change*. Nueva York: Guildford Press.
- MARLATT, G.A., BARRETT, K. Y DALEY, D.C. (1999). *Relapse prevention*. En M. Galanter y H.D. Keller (eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (2nd ed., pp. 353-366). Washington, DC: The American Psychiatric Press.
- MILLER, W.R. Y ROLLNICK, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós (original 1991).
- PEDRERO, E. (2005) Cuestionario de cambio educativo CCE-R
- V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2004-2008. Vitoria-Gasteiz, Septiembre de 2004.