



**MANUAL DE INTERVENCIÓN
INDIVIDUAL CON ADOLESCENTES
Y JÓVENES EN PREVENCIÓN DE
ADICCIONES DESDE LA
EDUCACIÓN SOCIAL**

MANUAL DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL CON ADOLESCENTES Y JÓVENES EN PREVENCIÓN DE ADICCIONES DESDE LA EDUCACIÓN SOCIAL

Un programa de
INSTITUTO DE ADICCIONES



Con financiación:



Este trabajo está protegido por licencia Creative Commons 4.0.

No se permite un uso comercial de la obra original
ni la generación de obras derivadas.

Vínculo a la obra original: https://madridsalud.es/pdf/adicciones/MANUAL_IVRA-MS.pdf

Más información en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Coordinación técnica

Departamento de Prevención

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ADICCIONES

MADRID SALUD

El programa Integral de Atención a Adolescentes y Jóvenes desarrolla acciones para la prevención y tratamiento del consumo de alcohol y/u otras drogas, del uso abusivo de tecnología (internet, redes sociales, videojuegos) y del trastorno adictivo por juego de azar y apuestas deportivas.

Para ello cuenta con un equipo multidisciplinar con amplia experiencia en la intervención de adicciones y en el trabajo con adolescentes y jóvenes. El trabajo se desarrolla en la red de Centros de Atención a las Adicciones (7 CAD) de la ciudad de Madrid, colaborando además en los entornos naturales de adolescentes y jóvenes (centros educativos, entidades sociales y recursos juveniles, etc.).

Además de trabajar con adolescentes y jóvenes, este programa integral trabaja con las familias, los centros educativos (profesorado, equipos de orientación y AMPAS) y con equipos de profesionales de entidades que se ocupan de adolescentes y jóvenes, así como con los recursos sociales de salud, de policía, de juventud y otras asociaciones del barrio.

Autores

Angela Prieto Madrazo.

Médico. Asesora Técnica. Departamento de Prevención. Subdirección General de Adicciones de Madrid Salud.

Auxiliadora Pimenta Cilleruelo.

Terapeuta Ocupacional. Departamento de Prevención. Subdirección General de Adicciones de Madrid Salud.

Colaboradores

Ana Isabel Estévez Gutiérrez.

Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Psicología. Universidad de Deusto.

Marta Herrero Lázaro.

Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Psicología. Universidad de Deusto.

Agradecimientos:

Al equipo profesional de la Subdirección General de Adicciones cuyo compromiso y trabajo en equipo ha hecho posible la publicación de este manual y el proceso de validación de sus herramientas.

Al equipo de la Universidad de Deusto por sus inestimables aportaciones a este manual y su trabajo de evaluación.

Al equipo de profesionales de la Educación Social de la empresa Servicios Profesionales Sociales, (S.P.S.), que a través su experiencia, compromiso y trabajo diario hacen posible que este manual se haga realidad cada día.

Índice

1. Prólogo.	Pág. 07
2. Introducción.	Pág. 11
3. Marco teórico.	Pág. 13
3.1. La adolescencia como etapa de gran vulnerabilidad para las conductas problemáticas con y sin sustancia.	Pág. 13
3.2. Conceptualizando las conductas problemáticas con y sin sustancia.	Pág. 14
3.3. Mantenimiento de las conductas problemáticas con y sin sustancia.	Pág. 17
3.4. La perspectiva socio-educativa en adicciones.	Pág. 18
3.4.1. La conducta problema.	Pág. 19
3.4.2. Hábitos y actividades cotidianas.	Pág. 20
3.4.3. Relaciones personales.	Pág. 21
3.4.4. La salud mental.	Pág. 26
3.4.5. Indicadores de Riesgo Elevado.	Pág. 26
3.4.6. Aspectos específicos en función de la conducta riesgo.	Pág. 27
3.4.7. El rol de la edad en el riesgo de la adicción.	Pág. 28
3.4.8. Diferencias desde la perspectiva de género.	Pág. 29
4. Programa de Atención Integral a Adolescentes y Jóvenes.	Pág. 33
5. Detección, Captación y Vinculación de adolescentes y jóvenes.	Pág. 35
6. Intervención Individual.	Pág. 36
6.1. Educación social en adicciones.	Pág. 37
6.2. Funciones del profesional de Educación social en la intervención individual.	Pág. 37
6.3. Objetivos generales.	Pág. 39
6.4. Procedimiento administrativo.	Pág. 39
6.4.1. Vías de acceso.	Pág. 39
6.4.2. Recepción del caso por parte de Educación social.	Pág. 40
6.4.3. Recogida de información.	Pág. 41
6.4.4. Cita de Educación social.	Pág. 41
6.4.5. Registro SUPRA.	Pág. 43

7. Intervención Individual en Adicciones.	Pág. 43
7.1. Valoración del perfil de riesgo de adicción de adolescentes y jóvenes.	Pág. 43
7.1.1. Valoración de riesgo de adicción.	Pág. 44
7.2. Presentación y valoración del caso de el/la adolescente y joven.	Pág. 49
7.2.1. Equipo de adolescentes y jóvenes.	Pág. 49
7.2.2. Descripción del perfil individual.	Pág. 50
7.2.3. Resumen para reflejar en SUPRA.	Pág. 52
7.3. Intervención Individual según perfil de situación de riesgo.	Pág. 54
7.3.1. Inicio intervención con adolescentes y jóvenes.	Pág. 54
7.3.2. Importancia de la entrevista motivacional.	Pág. 56
7.3.3. Objetivos y actuaciones desde Educación social según conducta problema y áreas afectadas.	Pág. 57
7.3.4. Intervención según perfiles de situación de riesgo.	Pág. 65
7.3.5. Valoración de la evolución.	Pág. 69
7.4. Intervención grupal en adicciones.	Pág. 69
7.4.1. Grupos propios.	Pág. 70
7.4.2. Grupos mixtos de CAD.	Pág. 71
7.4.3. Indicadores.	Pág. 72
7.4.4. Coordinadores.	Pág. 73
8. Evaluación y cierre.	Pág. 76
Anexo 1. Autorización del centro educativo o entidad.	Pág. 79
Anexo 2. Ficha primera atención.	Pág. 80
Anexo 3. Contrato de intervención.	Pág. 82
Anexo 4. Autorización de información a terceros.	Pág. 83
Anexo 5. Contrato de personas sancionadas.	Pág. 84
Anexo 6. IVRA Madrid Salud - Sustancias.	Pág. 86
Anexo 7. Descripción criterios IVRA Madrid Salud - Sustancias.	Pág. 88
Anexo 8. IVRA Madrid Salud - Juego.	Pág. 91
Anexo 9. Descripción criterios IVRA Madrid Salud - Juego.	Pág. 93
Anexo 10. IVRA Madrid Salud - TIC.	Pág. 98
Anexo 11. Descripción criterios IVRA Madrid Salud - TIC.	Pág. 100
Anexo 12. Ficha SUPRA objetivos.	

Prólogo



1. Prólogo

El nuevo Plan de Adicciones 2022/26 se ajusta a la nueva realidad de las adicciones y a las necesidades de las personas, mostrando especial atención en las que tienen mayor riesgo de vulnerabilidad y ofreciendo a la ciudadanía servicios de calidad, evaluados y basados en la evidencia. Uno de los objetivos es el de "Ofrecer a adolescentes y jóvenes atención integral, tanto los que presentan una situación de riesgo como quienes cumplen criterios de adicción a través de la red de Centros de Atención a las Adicciones (CAD)".

La población joven y adolescente presenta una serie de factores de riesgo o circunstancias personales, familiares, sociales o culturales, que les sitúan en una posición de especial vulnerabilidad frente a las adicciones tanto por consumo de sustancias como por el desarrollo de otras relacionadas con las tecnologías de la información, la comunicación y el ocio (TICO), o con el juego y otras apuestas.

Desde el Instituto de Adicciones de Madrid Salud (S.G de Adicciones) se enfoca la atención integral, dirigida a esta población, como un continuo de actuaciones, de calidad, protocolizadas y basadas en la evidencia, diseñadas para poder actuar sea cual sea la situación que presenta cada adolescente o joven en relación con las adicciones, y, por tanto, con actuaciones adaptadas a las características, necesidades y demandas, en función del nivel de riesgo, del grado de afectación o gravedad que se presente y de las características de su entorno. Otras variables como el momento evolutivo en que se encuentra el/la adolescente y joven y la motivación determinarán el ritmo de la intervención y las estrategias que se utilizarán. Y además se debe tener una especial sensibilidad a la hora de realizar la intervención con enfoque de género.

Contamos con la figura de proximidad, profesional de la Educación social, capaz de establecer vínculos de confianza y que, como profesional especializado, se convierte en persona de referencia en materia de adicciones que actúa en el entorno natural de adolescentes y jóvenes y va a facilitar el acceso a otros recursos y servicios especializados.

Prólogo

Este manual que les presentamos, cuya fundamentación teórica está basada en las principales evidencias para la intervención ante el riesgo de adicción con y sin sustancias, recoge desde una perspectiva socioeducativa y de manera pormenorizada el modelo de intervención que aplicamos. El personal de Educación social actúa en la fase de detección y captación proactiva, estableciendo un vínculo motivador y promoviendo con su intervención los cambios necesarios para reducir los indicadores de vulnerabilidad, modificar la conducta de riesgo o propiciar el inicio de una intervención terapéutica, si fuera preciso.

Estas fases son imprescindibles para poder intervenir de manera temprana y ajustada a las necesidades y además persiguen promover la motivación y fidelización de adolescentes y jóvenes, sus familias y profesionales de su entorno natural a los diversos servicios y programas que ofrecemos.

Para poder evaluar el riesgo de adicción, desde los estadios iniciales, hemos establecido unos indicadores específicos para el consumo de sustancias, el uso abusivo de pantallas (internet, redes sociales y/o videojuegos) y para el trastorno por juego de azar y/o apuestas deportivas. Además, se ha considerado necesario cuantificar el grado de afectación en diferentes áreas para obtener una evaluación objetiva del perfil de riesgo de adicción Leve, Moderado o Elevado.

Con estas consideraciones hemos elaborado tres Instrumentos de Valoración del Riesgo de Adicción (IVRA Madrid Salud): IVRA Madrid Salud - Sustancias, IVRA Madrid Salud - Pantallas y IVRA Madrid Salud - Juego, que permite la evaluación teniendo en cuenta la frecuencia y persistencia del consumo o conducta problema y la repercusión que ésta tiene en las diferentes áreas de la vida.

Prólogo

Atendiendo a los estándares de calidad y a las recomendaciones metodológicas que se deben tener en cuenta, hemos considerado imprescindible un estudio de validación de estos instrumentos (IVRA Madrid Salud), mediante el método Delphi de consulta, diseñado específicamente por profesionales expertos de la Universidad de Deusto, y por el que se ha pedido la valoración de la adecuación de las herramientas a 40 personas expertas elegidas de forma aleatoria de entre los/as profesionales del Instituto de Adicciones, con especial representación de los/as profesionales de la Educación social. Se concluye en este estudio que los tres instrumentos propuestos presentan una adecuada validez de contenido y son, por lo tanto, herramientas que recogen los elementos clave y con precisión para la ajustada evaluación del riesgo de adicción en adolescentes y jóvenes

Esperamos que este manual, elaborado por el Instituto de Adicciones de Madrid Salud, resulte de gran interés para el abordaje de las adicciones en adolescentes y jóvenes y que sirva de soporte para la implementación y replicación en otros modelos o programas de interés.

Para concluir, Madrid Salud persigue rendir cuentas de su actividad con documentos como el presente, en definitiva, mantener firme su vocación de servicio público, prestando servicios de calidad y esforzándose por su mejora.

Beatriz Mesías Pérez

Subdirectora General de Adicciones

Introducción

2. Introducción

Uno de los objetivos principales del Instituto de Adicciones es proporcionar atención integral a adolescentes y jóvenes que presenten conductas de riesgo o conductas adictivas, desarrollando para ello un proceso continuo de atención que reúne programas o estrategias de prevención, tratamiento y reinserción que mejor se adapten a cada situación y caso concreto.

La adolescencia y la juventud son etapas vitales decisivas en el desarrollo personal, ya que en ellas se llevan a cabo aprendizajes y habilidades, se instauran hábitos, creencias y valores, que irán perfilando la personalidad, la estabilidad emocional y en general, el proceso de maduración que condicionará la conducta y el equilibrio futuro. Son momentos de gran vulnerabilidad para el desarrollo de conductas de riesgo y conductas adictivas relacionadas con el consumo de sustancias (alcohol, cannabis u otras), uso abusivo de pantallas (internet, redes sociales y/o videojuegos) y trastorno por juego de azar y/o apuestas deportivas.

Por consiguiente, es un objetivo prioritario garantizar el abordaje integral de manera temprana, flexible, eficaz, personalizado, ágil y ajustado a la realidad. Asimismo, es de suma importancia favorecer la prevención, detección precoz, captación proactiva, motivación y fidelización de adolescentes y jóvenes, sus familias y profesionales de su entorno natural a nuestros programas.

A su vez, se proporciona una especial atención a las especificidades de la ciudadanía más joven, alineándose con las estrategias de inclusión, perspectiva de género, multiculturalidad, diversidad funcional y otras necesidades especiales.

3. Marco teórico

3.1. La adolescencia como etapa de gran vulnerabilidad para las conductas problemáticas con y sin sustancias

La adolescencia es una etapa del ciclo vital especialmente crítica y vulnerable debido a que el cerebro y los procesos neuro madurativos aún se encuentran en desarrollo (Mashhoon et al., 2019; Windisch y Kreek, 2020). Es en este periodo donde suelen iniciarse las conductas de riesgo como es el caso de la experimentación con las drogas o con otras conductas de riesgo sin sustancia. Esto es debido en gran medida a los cambios madurativos del cerebro, a la gran necesidad de búsqueda de sensaciones y novedades, a la inmadurez y susceptibilidad biológica subyacente a la dependencia y a factores psicosociales o ambientales (Ren y Lotfipour, 2019). Además, la capacidad de regulación emocional, el control de la impulsividad y la capacidad de planificación y previsión de las consecuencias futuras no se encuentran aún desarrollados. Sin embargo, es importante mencionar que la necesidad de búsqueda de sensaciones y la impulsividad característica de esta etapa no solo preceden al consumo, sino que también se ven empeoradas por el mismo. Además, la adolescencia es un periodo sensible donde se configuran los hábitos. Esto deriva en el establecimiento y mantenimiento de la problemática a lo largo del tiempo (Crum y Hulvershorn, 2021; Jordan y Andersen, 2016). A esto, hay que sumarle la gran relevancia que tiene la necesidad de pertenencia y aceptación del grupo de iguales en esta etapa del desarrollo. La familia va pasando a un segundo plano y los amigos van adquiriendo una mayor importancia. En caso de tener amistades consumidoras o que normalizan el consumo, el no consumir puede generarles sentimientos de exclusión que terminan impulsándoles a llevar a cabo conductas de riesgo.

Por lo tanto, la juventud y adolescencia es una época de mayor riesgo o vulnerabilidad para el desarrollo de conductas problemáticas con y sin sustancias. Desgraciadamente, el consumo de sustancias y la implicación en otras conductas de riesgo sin sustancia en esta etapa del ciclo vital, influye en el desarrollo neurobiológico. Así, el cerebro en desarrollo es especialmente vulnerable a los efectos negativos de las drogas y de otras problemáticas sin sustancias. Además, es la antesala del desarrollo de adicciones y su gravedad más adelante en la vida. Cuánto más temprano se inicia en el consumo mayor probabilidad habrá de convertirse en dependientes y mayor será su gravedad (Corongiu et al., 2020; Kwan et al., 2020).

Debido a todo esto, se ha mencionado la gran relevancia de las estrategias dirigidas a la prevención o detección precoz de las conductas de riesgo con y sin sustancias en jóvenes y adolescentes. La prevención puede ser definida como "un proceso activo de planificación,

implementación y evaluación de múltiples estrategias orientadas a la reducción de los factores de riesgo específicos, además del fortalecimiento de los factores de protección considerando a la persona en un determinado contexto social, cultural, político y ambiental" (Aguirre et al., 2010, p. 254).

3.2. Conceptualizando las conductas problemáticas con y sin sustancias

Las conductas problemáticas con y sin sustancias son enormemente frecuentes y representan un importante problema de salud pública (Zilberman et al., 2018).

En cuanto al consumo de sustancias, se considera una epidemia mundial que acarrea grandes costes para la persona consumidora y también para la sociedad (Hiebler-Ragger y Unterrainer, 2019).

El consumo de sustancias puede definirse como una introducción al organismo humano de sustancias químicas que modifican varias funciones (Zou et al., 2017). Los/as jóvenes y adolescentes en comparación con los adultos consumen con el objetivo de expresar diferentes maneras de comprender la vida, las relaciones entre iguales y con las personas adultas, identificarse con la moda, con sus pares consumidores, para evitar el malestar emocional, aumentar las emociones positivas o rechazar las normas sobre la prohibición de consumo de determinadas sustancias que les resultan atractivas (Carceller-Maicas et al., 2020).

El establecimiento de una problemática sigue un proceso gradual. Por eso es importante diferenciar entre los conceptos de uso, abuso y dependencia de las drogas.

- **Uso:** el consumo de drogas no ocasiona consecuencias negativas en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana de las personas adolescentes y jóvenes debido a su escasa cantidad consumida, baja frecuencia y la propia situación física, psicológica y social.
- **Abuso:** el consumo de drogas ocasiona consecuencias negativas en los diversos ámbitos de la vida cotidiana de adolescentes y jóvenes debido a su cantidad y frecuencia, a las circunstancias en las que se produce o a las características individuales físicas, psicológicas y sociales. Además, ocasiona un deterioro en áreas fundamentales de su vida, malestar emocional, incumplimiento de obligaciones, situaciones de peligro, problemas legales, problemas interpersonales, etc.
- **Dependencia:** el consumo se convierte en el centro de la vida de la persona y se convierte en algo prioritario. El *craving* y la tolerancia adquieren una gran fuerza

que les impulsa a seguir consumiendo para eliminar el malestar o aumentar la cantidad de consumo para obtener los mismos efectos deseados. Aparecen múltiples problemáticas en diversos ámbitos de la vida cotidiana relacionadas con el consumo.

Es importante identificar si los y las adolescentes y jóvenes hacen uso, abusan o presentan una dependencia hacia el consumo para poder poner en marcha las medidas necesarias para intervenir en cada caso concreto.

El consumo abusivo de sustancias ha sido reconocido y recogido desde hace mucho tiempo en los manuales de diagnóstico clínico más reconocidos y aceptados internacionalmente como son el DSM-5 (APA, 2013) y la CIE 11 (World Health Organization, 2019). Sin embargo, en el caso de las conductas problemáticas sin sustancias, el trastorno de juego es el único trastorno adictivo que ha sido recientemente incluido en el DSM-5, la OMS ha incluido la adicción a los videojuegos, aunque todavía no figuren en dichos manuales. Hay que destacar que las conductas adictivas sin sustancia o también denominadas comportamentales, están adquiriendo una elevada relevancia en los últimos años debido a su gravedad y elevada prevalencia en la sociedad (Echeburúa, 2012).

Siguiendo con el juego problemático, ha sido definido como una pérdida de control de la conducta de juego, llevándose a cabo de manera recurrente y persistente a pesar de ocasionar graves consecuencias negativas en diversos ámbitos de la vida de la persona jugadora. Debido a esto, recientemente, se ha considerado un problema de salud mundial (López-Torres et al., 2020; Rogier y Velotti, 2018). Además, a lo largo de los años se había pensado que era una problemática que solamente afectaba a la edad adulta.

Sin embargo, se ha ido comprobando cómo la prevalencia es de 2 a 4 veces mayor en los y las jóvenes y adolescentes en comparación con los adultos. Esto es debido a que el juego problemático online entre la población joven ha ido aumentando de manera exponencial y lo sigue haciendo (Calado et al., 2017; Petit et al., 2015) debido en parte a que se trata de una etapa del desarrollo crítico en la cual existe una necesidad de búsqueda de novedades o experimentación de conductas de riesgo y, por ende, supone un mayor riesgo de implicarse en conductas de juego problemáticas (Calado et al., 2017; Lambe et al., 2015). Además de todo esto, en esta etapa del desarrollo la familia va pasando a un segundo plano y va adquiriendo una mayor relevancia la amistad con los pares y el aumento de la necesidad de pertenencia al grupo. Entre los y las jóvenes existe una amplia aceptación del juego online y lo emplean como una manera de adaptarse a sus iguales y sentirse parte del grupo. En contra, el no jugar les ocasiona una sensación de exclusión del grupo (Sarabia y Estévez, 2016). En esta línea, otros factores que indican en el aumento de la prevalencia del juego problemático están relacionados con que el juego online está disponible las 24 horas del día y se puede acceder a él desde múltiples dispositivos electrónicos (Canale et al., 2016; Estévez et al., 2014; Volberg et al., 2010).

Custer (1984) señaló tres fases para comprender cómo una persona que es jugadora social pasa a convertirse en una jugadora problemática. La primera fase la denominó la fase de ganancias. La conducta de juego se lleva a cabo en contextos sociales y de manera ocasional, sin embargo, comienza a obtener recompensas que actúan como refuerzos positivos que mantienen la conducta de juego y se instauran las creencias relacionadas con que es posible ganar a través del juego. En ese momento, empieza a aumentar las ganancias y a minimizar las pérdidas.

La segunda fase, la denominó fase de pérdidas. En esta fase la persona jugadora comienza a jugar en solitario y aumenta la frecuencia del juego. Comienzan a aparecer las pérdidas y las deudas. En lugar de detener la conducta de juego, continúa jugando debido a que ha instaurado creencias relacionadas con que la única manera de poder solventar o eliminar esas deudas es continuar jugando. Así, comienza a verse envuelta en un círculo vicioso del que le resulta muy complicado salir e impacta de manera negativa en diversos ámbitos de su vida. No es consciente de la presencia de la problemática ni de su gravedad. Es en este momento también cuando surgen emociones negativas intensas como la depresión, ansiedad, irritabilidad y aislamiento social. Finalmente, el proceso culmina con la fase de desesperación. En este momento existe un deterioro importante en diversos ámbitos de su vida, sobre todo en el ámbito familiar. Promete dejar el juego y efectúa diversos intentos con este fin sin éxito. Continúa jugando, pero en esta ocasión a escondidas, ocultando la conducta de juego y mintiendo a su entorno. Las deudas contraídas por el juego son muy elevadas y puede llevar a la persona a cometer actos ilegales con el objetivo de saldarlas. Además, las emociones negativas son tan intensas que pueden derivar en el consumo de alcohol y otras drogas ilegales.

Respecto al uso problemático del móvil, internet y redes sociales, a pesar de que todavía no se encuentran incluidas en los manuales de diagnóstico clínico anteriormente mencionados, se consideran conductas de riesgo o problemáticas sin sustancia debido a que se trata de conductas que en determinadas circunstancias pueden convertirse en adictivas e interferir en la vida cotidiana. El uso problemático del móvil, internet y redes sociales se encuentran interrelacionadas debido a que a internet y a las redes sociales se accede predominantemente a través del teléfono móvil (Roberts et al., 2015). La problemática surge cuando se da una pérdida de control del tiempo invertido en el uso del móvil, redes sociales o internet. Tal y como se ha comentado previamente, al igual que el juego problemático, presentan una analogía con las conductas de riesgo o problemáticas a sustancias como son la pérdida de control de la conducta, *craving* y abstinencia, tolerancia, es decir, necesidad de invertir cada vez más tiempo para conseguir los mismos efectos placenteros, múltiples intentos de abandono o reducción de su uso sin éxito y la interferencia o impacto negativo en diversos ámbitos de su vida (ej. académico, laboral, social, familiar y salud) (Arab y Díaz, 2015; Giménez et al., 2015; Navarrete y Romanos,

2017). Todo esto junto con la facilidad de acceso, la inmediatez, la comodidad de uso y el anonimato favorecen su uso problemático (Rial et al., 2014).

3.3. Mantenimiento de las conductas problemáticas con y sin sustancias

Las conductas problemáticas con o sin sustancias se mantienen por reforzamiento positivo o negativo. Es decir, el refuerzo positivo se trata de la obtención de una recompensa inmediatamente después de emitir la conducta. Esto deriva en el mantenimiento de la conducta o en el aumento de su frecuencia. Además, es frecuente comprobar cómo las conductas problemáticas se generalizan a otras conductas o contextos, esto es, es común observar cómo una persona con una problemática de juego también podría desarrollar una problemática con el consumo de sustancias (Mann et al., 2017). Por su parte, el refuerzo negativo hace alusión a la supresión de un estímulo negativo inmediatamente después de emitir la conducta. Por lo tanto, la conducta disfuncional o desadaptativa reporta aspectos positivos o elimina aspectos negativos para la persona (Martin y Pear, 2008). Dicho de otra forma, la conducta problemática presenta una funcionalidad o utilidad para la persona y por lo tanto es importante comprenderla como una manera disfuncional de transmitir una necesidad (Berástegui et al., 2021).

Las conductas de riesgo o problemáticas con y sin sustancias pueden ser reforzadas de manera positiva mediante las recompensas económicas, posibilidad de socializar, establecer nuevas relaciones interpersonales, aumentar el estatus social y el estado de ánimo (Calvarro et al., 2019; Buran y Dogan, 2019; García del Castillo et al., 2019), escapar de la realidad, buscar nuevas emociones o sensaciones, etc. (Arab y Díaz, 2015; de la Villa y Suárez, 2016). En cuando al refuerzo negativo, las conductas problemáticas con y sin sustancias pueden emplear dichas conductas como una manera de disminuir las emociones negativas como la soledad, ansiedad, depresión, craving y abstinencia (Echeburúa y Requesens, 2012).

Cabe señalar que los estímulos ambientales asociados al consumo desempeñan un papel importante en la problemática. Es decir, la conducta de consumo se asocia con ciertos estímulos ambientales (ej. sonidos, olores, amistades, lugares, etc.), que evocan el deseo de consumo cuando se presentan o se expone a ellos. Se ha mencionado que la recaída del consumo puede ser explicada por una incapacidad de emplear estrategias de afrontamiento adaptativas al intentar aliviar los síntomas negativos como es el craving o abstinencia experimentados al exponerse ante situaciones o personas que recuerdan los efectos placenteros del consumo. Por eso es importante trabajar con los/las jóvenes y adolescentes en su medio natural prestando una especial atención al control de los

estímulos y a la implementación de estrategias dirigidas a reeducar, modelar e intervenir en las principales áreas afectadas (Kutlu y Gould, 2016).

3.4. La perspectiva socioeducativa en adicciones

Los cambios en la conceptualización de la salud hacia el enfoque biopsicosocial frente a modelos biomédicos han permitido ampliar la presencia de la educación social en el campo de las adicciones (Ruiz Soriano et al., 2016). Desde esta perspectiva, la prevención y reducción de problemáticas de los/as adolescentes y jóvenes están unidas al abordaje de los factores de riesgo y consecuencias sociales y personales que pueden favorecer el desarrollo de problemas de adicción así como favorecer relaciones sociales para que puedan desarrollar una vida plenamente sana (Bas-Peña, 2014).

Entre los modelos teóricos que apoyan la conceptualización biopsicosocial destaca la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1976). Es una de las teorías más aceptadas para comprender el relevante papel que ejerce el entorno o el ambiente sobre el desarrollo de las personas. Así, esta teoría plantea que el desarrollo de los/las niños/as está condicionado o se modifica en función del contexto en el que crecen. Desde esta teoría, el ambiente se divide en cinco sistemas interrelacionados entre sí y sitúa a la persona en desarrollo en el núcleo.

La influencia que uno de esos cinco sistemas tiene en el desarrollo de la persona depende de su relación con los otros cuatro sistemas restantes. Además, las personas no se consideran como elementos pasivos de las influencias del ambiente, si no que existe una relación bidireccional ya que también participan en la construcción de dicho ambiente. De este modo, aunque en un primer momento la teoría no contempló las influencias biológicas, con el paso del tiempo fue viendo la necesidad de incluirlas en el nivel nuclear de la persona. Los cinco sistemas que influyen en el desarrollo de las personas se expondrán a continuación desde los más cercanos hasta los más alejados teniendo presente que la persona se sitúa en el centro.

- **Microsistema:** Hace alusión a los diferentes ambientes en los que la persona está inmersa y con los que interactúa (ej. familia, colegio, iguales).
- **Mesosistema:** Hace referencia a los vínculos o relaciones establecidas entre los diferentes microsistemas (ej. relaciones entre la escuela y la familia).
- **Exosistema:** Hace referencia a los ambientes en los que la persona no juega un papel activo pero que influyen en su desarrollo de manera indirecta (ej. la situación laboral de los progenitores).
- **Macrosistema:** Hace referencia al contexto cultural en la que la persona crece y se desarrolla y que es transmitido de manera generacional. Diferentes culturas

promueven patrones de comportamiento, creencias, valores, reglas y normas diferenciales.

- **Crono sistema:** Fue incorporado a la teoría ecológica con posterioridad. Hace referencia a la importancia del momento del ciclo vital o momento del desarrollo en el que se encuentra la persona ante las diferentes situaciones. Dicho de otra forma, los diferentes acontecimientos que se van produciendo a lo largo de la vida de las personas tendrá un impacto diferencial en función del momento del ciclo vital en el que se encuentren (ej. el fallecimiento de unos progenitores afecta de manera diferente a un/a menor con 9 meses que con 7 años).

Este modelo teórico es relevante de cara al diseño de estrategias de prevención e intervención ya que expone la dinámica bidireccional entre las personas adolescentes y jóvenes y el ambiente en el que se desenvuelven. Así, señala cómo los/las jóvenes y adolescentes se van exponiendo a diversas situaciones de riesgo y de protección a lo largo del ciclo vital pertenecientes al contexto en el que viven. Debido a esto, resulta necesario potenciar las características personales que favorezcan la adaptación al entorno, así como realizar intervenciones en todos los niveles para que permitan potenciar los factores protectores y minimizar los factores de vulnerabilidad o de riesgo. Estos factores varían en función del momento del ciclo vital en el que se encuentran los/as jóvenes y adolescentes (Cava et al., 2008). Por lo tanto, múltiples factores psicológicos y ambientales contribuyen al desarrollo y mantenimiento de las conductas problemáticas o de riesgo con y sin sustancias (Zilberman et al., 2020).

La multiplicidad de factores e interacciones sitúa una realidad que hace claramente compleja la atención a adolescentes y jóvenes por parte de los educadores y las educadoras sociales. El abordaje efectivo, seguro y de calidad desde la educación social involucra una adecuada planificación de la atención de el/la adolescente o joven, para lo cual la evaluación es un elemento básico que permite conocer las necesidades concretas de cada persona, el riesgo, las interacciones o el entorno. Sin embargo, la guía sobre procedimientos de evaluación y medida para organizar la atención dentro del marco de la educación social es escasa (McGarr & Fingleton, 2020). Por ello, a continuación, se muestran los elementos fundamentales que pueden tenerse en consideración en la valoración socioeducativa a adolescentes y jóvenes en la prevención y la atención del riesgo de adicción.

3.4.1. La conducta problema

En el contexto de las adicciones, un aspecto clave en la valoración de la situación de adolescentes y jóvenes estaría ubicado dentro del nivel nuclear de la persona y serían las propias conductas de riesgo de adicción.

Pese a su relevancia, la mayor parte de las propuestas de evaluación de las conductas de riesgo de adicción parte de la perspectiva clínica. Estas propuestas tienen en común que parten de modelos psiquiátricos y psicológicos donde el objetivo es poder establecer medidas con valor diagnóstico. En muchas ocasiones, esto deja de lado las situaciones de riesgo, que son gran parte de las circunstancias donde la educación social tiene gran relevancia como es la prevención del desarrollo de problemas de adicción antes de que dichos problemas aparezcan.

Asimismo, desde estos modelos psiquiátrico-psicológicos la conducta problema es evaluada a partir de indicadores clínicos como la tolerancia o la dependencia (e.g., APA, 2013; Holtgraves, 2009; Jiménez-Murcia et al., 2009). Sin embargo, esto limita su potencial de poder ser observados desde el trabajo con los/as adolescentes y jóvenes de los/as educadores/as sociales al mismo tiempo que aborda aspectos que se alejan de la intervención que se lleva a cabo desde la educación social.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, [la valoración de las conductas adictivas desde la educación social ha de situarse en la evaluación de los indicadores de riesgo desde estadios iniciales y tener en consideración los elementos fundamentales que puedan indicar la mejoría o empeoramiento de la situación de los/as adolescentes y jóvenes.](#)

La frecuencia y la persistencia de las conductas adictivas pese a las consecuencias negativas son centrales a la evaluación de las conductas adictivas (Cabrera-Perona et al., 2022; Holstein et al., 2014; Jiménez-Murcia et al., 2017; Ramírez et al., 2021). Por un lado, la frecuencia de la conducta adictiva permite conocer el número de veces que aparece la conducta en el tiempo, indicando un mayor riesgo cuando la persona se involucra en un mayor número de ocasiones en las conductas de riesgo. Por otro lado, el hecho de que se mantenga teniendo consecuencias negativas en las diferentes áreas vitales de el/la adolescente o joven indica que la persona no es capaz de regular adecuadamente su comportamiento, así como el nivel de afectación en su contexto. Por ello, la evaluación de las conductas adictivas desde la educación social puede dirigirse a conocer la frecuencia y persistencia de la conducta pese a las consecuencias negativas.

3.4.2. Hábitos y actividades cotidianas

Los problemas de adicción tienen un alto impacto en la vida de las personas pudiendo ser indicador del riesgo de adicción, la afectación en la actividad principal (trabajo o estudios), la afectación en los hábitos cotidianos o la afectación en el ocio. De este modo, se puede observar el riesgo de la conducta adictiva por la afectación en otros contextos de el/la adolescente o joven.

El desarrollo de conductas adictivas tiene un alto impacto en la actividad principal de

adolescentes y jóvenes. El consumo de sustancias, el uso abusivo de juego de azar o de TIC se relaciona con problemas en el entorno escolar (p. ej., bullying, malas relaciones con el profesorado, bajos sentimientos de pertenencia a la escuela, etc.), bajo rendimiento académico o absentismo (Dickson et al., 2008; Engberg & Morral, 2006; Sahu et al., 2019). En aquellos casos en los que el/la adolescente o joven trabaja, pueden aparecer problemas y discusiones con la familia y amigos/as por no cumplir sus obligaciones o incluso puede perder el trabajo (Fisher, 1994;2000).

A nivel de los hábitos cotidianos, los problemas de adicción pueden afectar a las rutinas diarias en muchos niveles. Las conductas adictivas se relacionan con la reducción del tiempo y la calidad del sueño, la alteración de los horarios de comida y la disminución de la calidad de la alimentación o con problemas de aseo personal (Sahu et al., 2019; Seok et al., 2018; Sharma et al., 2019). Este deterioro reduce de manera importante la calidad de vida. En consecuencia, la mejora del cuidado personal, la restauración de rutinas y la mejora del sueño permiten reducir la situación de riesgo de adicción y mejorar el bienestar de las personas (Imkome, 2018).

Las actividades de ocio también se ven afectadas por problemas de adicción y pueden ser también factores de riesgo para el desarrollo de dichos problemas retroalimentando las dificultades. Cuando las dificultades unidas a los problemas de adicción se extienden al contexto del ocio pueden reducir el tiempo que se dedica a actividades saludables y de bienestar y aumentar el tiempo dedicado a ocio relacionado con la conducta adictiva.

Asimismo, el desarrollar las actividades de ocio en contextos de riesgo donde, por ejemplo, haya consumo de sustancias o actividades ligadas al juego aumenta la probabilidad de que los/as adolescentes y jóvenes aumenten la gravedad de los problemas de adicción (Henneberger et al., 2021; Moore et al., 2011; Schuler et al., 2019).

Como se puede observar, la relación entre los hábitos y actividades cotidianas y los problemas de adicción es bidireccional. Un mayor riesgo de adicción se relaciona con una mayor afectación en estas áreas y, al mismo tiempo, la afectación en estas áreas puede retroalimentar el malestar y el propio riesgo de adicción. Preservar y mejorar los hábitos y actividades cotidianas de los/as jóvenes y adolescentes ayuda a reducir los problemas de adicción en sí (Engberg & Morral, 2006; Imkome, 2018). Por ello, la evaluación de la afectación en estas áreas es clave para dirigir correctamente los esfuerzos preventivos y de intervención desde la educación social para mejorar la situación vital de esta población.

3.4.3. Relaciones personales

Las relaciones personales de los/as adolescentes y jóvenes tienen un papel fundamental en la prevención y la reducción del riesgo de adicción. El desarrollo de vínculos sanos con

el entorno familiar, el grupo de iguales y las parejas son fuentes de apoyo que ejercen un efecto protector de gran importancia que es clave desde la perspectiva socioeducativa.

La familia es el primer contexto de socialización de los/as jóvenes y adolescentes. Debido a esto, la familia ejerce un papel relevante e influye en el desarrollo integral de los/as menores.

Los familiares van elaborando pautas de interacción que se mantienen y se repiten a lo largo del tiempo y que constituyen la estructura familiar que guía las conductas de todos ellos. La calidad y el tipo de interacciones observadas por el niño o la niña, por un lado, entre los progenitores entre sí y, por otro lado, entre él mismo o misma y sus progenitores determinarán el desarrollo y la adaptación personal y social de los/las jóvenes y adolescentes. De esta forma, los progenitores tienen un papel relevante ya que, a través de la observación de su manera de actuar, los/las jóvenes y adolescentes contemplan diferentes maneras de expresar afecto, relacionarse y afrontar los conflictos entre iguales. Además, la familia es el primer entorno de socialización de los/las jóvenes, donde se adquieren los valores y las expectativas que plasmarán cuando entren en contacto con el mundo exterior (Minuchin y Fishman, 2004).

Relacionado con esto, absolutamente todas las familias se sitúan en un continuum entre dos polos opuestos que corresponden a la patología:

- **Familias aglutinadas:** las familias aglutinadas suponen una tipología familiar basada en la ausencia de distancia entre los miembros familiares. Existe una gran dependencia entre unos y otros y, por lo tanto, los sentimientos de independencia y autonomía están muy afectados. Además, existe un gran sentimiento de lealtad entre los miembros familiares, enseguida saben cuándo algo le ha afectado a uno de ellos, se vuelcan para ayudarlo y presentan la creencia de que el problema de uno es el problema de todos. Ante los pequeños cambios que vienen exigidos del interior o exterior de la familia, rápidamente se activa la homeostasis familiar, es decir, la resistencia al cambio, para mantenerlo estable tal y como estaba hasta ese momento. De esta forma, presentan una gran dificultad o intolerancia a los cambios.
- **Familias desligadas:** En esta tipología familiar, la distancia entre los miembros familiares es muy grande. No se suelen sentir queridos, apoyados ni cuidados unos por otros ya que en raras ocasiones se proporcionan muestras de cariño ni afecto. Además, presentan un sentimiento de independencia muy grande o desproporcionado. Cuando algún miembro familiar presenta un problema o hay algo que le ha afectado ninguno se percata de ello ni pide ayuda o consuelo al resto porque han aprendido que nadie va a hacer nada.

En cuanto a los estilos de crianza parentales, hace referencia a la manera de actuar que emplean los progenitores basándose en lo que consideran apropiado y deseable, en la toma de decisiones como son el establecimiento de límites, control o supervisión de los comportamientos o en la resolución de conflictos con relación a sus hijos/as (Torio-López et al., 2008). En función del estilo de crianza adoptado por los progenitores, el desarrollo personal y emocional y la adaptación social de el/la joven será diferente (Jorge y González, 2017). A continuación, se señalan algunas de las tipologías familiares más predominantes. A pesar de que el estilo de crianza parental democrático es el que más aspectos positivos reporta en el desarrollo de los hijos o las hijas, es necesario tener en cuenta que no se trata de una relación lineal, sino que se trata de una relación bidireccional. En esta línea, en el desarrollo de los hijos o las hijas no solamente influyen los estilos de crianza parentales, sino que también influyen otros factores individuales o contextuales, otras características familiares y el momento del desarrollo en el que se encuentran (Muñoz et al., 2014).

- **Familias democráticas:** Las familias que emplean estilos de crianza democráticos, se esfuerzan por establecer relaciones con sus hijos o las hijas basadas en la elevada comunicación y expresión emocional, validación y respeto hacia las emociones, promueven ambientes cálidos, respetan la autonomía e individualidad de cada miembro y priorizan la toma de decisiones conjunta donde predomina la negociación, explicación y el razonamiento de las normas aplicadas. Al mismo tiempo, se muestran firmes y exigentes en el cumplimiento de las normas. La literatura científica lo ha situado como el estilo de crianza parental más deseable para el desarrollo adecuado de los hijos o las hijas. Debido a todo esto, los hijos o las hijas presentan una elevada autoestima, afrontan los retos y las nuevas situaciones con confianza, son constantes en las tareas que emprenden, presentan adecuadas habilidades sociales, autocontrol e interiorización de valores sociales y morales.

- **Familias autoritarias:** En las familias autoritarias predomina el control, las exigencias y las críticas por parte de los progenitores hacia los hijos o las hijas. Así, controlan la conducta de sus hijos o hijas de manera estricta y severa con el objetivo de que se ajusten a un patrón de conducta deseado por ellos. Es habitual que empleen los castigos físicos y las amenazas cuando los comportamientos de sus hijos o hijas se desvían de ese ideal ya que la obediencia es muy importante en ese tipo de familias. Además, la comunicación entre ellos es muy deficitaria y existe una ausencia de muestras de afecto y de cariño y de reconocimiento de las necesidades, intereses u opiniones. Las normas son impuestas por los progenitores sin negociación ni razonamiento. Este estilo de crianza parental ocasiona grandes repercusiones negativas sobre la socialización de los hijos o hijas. Debido a todo esto, los hijos o hijas pueden desarrollar una baja autoestima, dificultades en las habilidades sociales y autocontrol, pudiendo llegar a ejercer conductas agresivas ante el control extremo.

- **Familias permisivas:** En las familias permisivas existen una ausencia de control, reglas, autoridad, exigencias y castigos. De esta forma, les proporcionan una gran independencia y autonomía a sus hijos/as y no controlan ni supervisan sus conductas. Suelen ser progenitores cariñosos, afectuosos, tolerantes y emplean una comunicación adecuada. El problema en este tipo de familias surge con la ausencia de límites. Debido a todo esto, los hijos o las hijas tienden a ser inmaduros/as, desobedientes ante las normas establecidas que chocan con sus deseos, impulsivos, poco constantes en las tareas que emprenden y dependientes.

- **Familias negligentes o indiferentes:** en las familias negligentes o indiferentes predomina un bajo nivel de comunicación, expresión de afecto, control, reglas y exigencias. Las relaciones entre los miembros son frías y distantes, carentes de afecto y cariño y son poco sensibles a las necesidades básicas de sus hijos/as. Además, es común que existan malos tratos físicos o psicológicos hacia los/las menores. Este tipo de progenitores son los que menos se implican en la crianza de sus hijos/as. Debido a todo esto, los hijos o las hijas pueden desarrollar problemas de identidad, conflictos interpersonales, baja autoestima, dificultades para obedecer las normas establecidas y poco sensibles a las necesidades de los demás.

Estudios recientes han relacionado el apoyo parental percibido y el afecto recibido por parte de los progenitores como factores de protección contra las conductas de riesgo con y sin sustancias de los hijos o las hijas. En contra, los progenitores que tienen dificultades para establecer normas claras o para controlar la conducta de sus hijos/as aumentan el riesgo de que los/as menores desarrollen una problemática de consumo (Rafiee et al., 2020).

Del mismo modo, el consumo también se ha relacionado con situaciones familiares muy diversas. Cancrini y La Rosa (1996) señalan que con frecuencia los hijos o las hijas considerados/as por su familia como ejemplares, que adoptan un rol de hijo/a perfecto/a en la familia y se guardan para ellos/as sus propios problemas suelen derivar en la implicación de conductas de riesgo con y sin sustancias como una manera disfuncional de expresar su malestar. Además, también mencionan que, en las familias con dificultades para proporcionar autonomía e independencia a sus miembros, es frecuente que los hijos y las hijas desarrollan problemas de consumo como una manera disfuncional de manifestar su malestar y como una manera de evadirse de la realidad.

Asimismo, las investigaciones señalan que uno de los factores de mayor riesgo para el desarrollo de conductas adictivas es la presencia de progenitores o figuras de referencia a nivel familiar (p.ej., hermanos/as mayores) que consumen sustancias o juegan (McComb & Sabiston, 2010; Schuler et al., 2019). En este caso, las figuras parentales y familiares actuarían como modelos de riesgo sobre las conductas adictivas normalizando, haciendo

más accesible y favoreciendo la socialización familiar entorno al consumo de sustancias o el juego (Estévez & Calvete, 2007).

En la adolescencia o juventud, son los pares quienes empiezan a adquirir una mayor relevancia que hasta entonces tenían los progenitores. De hecho, diversos estudios coinciden en que uno de los grandes motivos por los que los/las jóvenes y adolescentes se implican en conductas de riesgo con y sin sustancias es aumentar la afiliación social (Bányai et al., 2017; Buran y Dogan, 2019; Challco et al., 2016; de la Villa y Suárez, 2016; Estévez et al., 2009; Stewart y Zack, 2008).

La necesidad de pertenencia e integración de los/as jóvenes en el contexto social impulsa la implicación en conductas de riesgo (Bristow et al., 2018). Las conductas efectuadas por el grupo de iguales influyen o incluso pueden llegar a modificar el modo de actuar del resto del grupo.

Es decir, se produce un contagio social. Así, cuando el/a adolescente o joven está envuelto en contextos de pares que realizan llevan a cabo conductas adictivas, aumenta la probabilidad de que ellos/as mismos/as desarrollen conductas de riesgo (Henneberger et al., 2021; Potenza et al., 2019; Schuler et al., 2019).

Por otro lado, las relaciones con iguales son una fuente clave de apoyo social. Sin embargo, mientras que el apoyo social actúa como un factor protector (Shadur et al., 2015), la ausencia de relaciones con iguales (Mcquade & Gill, 2012) o la victimización por parte de los compañeros o compañeras entre los/as jóvenes y adolescentes, puede facilitar las conductas adictivas como una manera de afrontar el malestar vivido (Marschall-Lévesque et al., 2017).

Además de los pares y la familia, las relaciones de pareja también cobran importancia en la adolescencia y la juventud. Aunque la investigación al respecto es menos extensa, los estudios indican que la pareja también actúa como modelo de conducta haciendo más probable el consumo de sustancias cuando la pareja también consume (Papp, 2011).

Esto también sucede con conductas de riesgo sin sustancia donde se observa que el juego de azar con la pareja aumenta el riesgo de adicción (Barrett, 2002; Desai et al., 2005) así como el uso de las redes sociales con la pareja aumenta el riesgo de adicción a las TIC (Sultana, 2018).

En base a lo expuesto, las relaciones personales son algo importante a tener en cuenta en los programas de prevención e intervención desde la educación social. De hecho, la promoción de vínculos sanos con la familia, los pares y la pareja son elementos de protección nucleares en el trabajo desde la educación social en adicciones (Bas-Peña, 2014).

En este interés, hay que tener en cuenta que la influencia de los diferentes sistemas de el/la adolescente y joven es dinámica y depende de la etapa evolutiva en la que se encuentren.

Por tanto, es necesario prestar atención a la relación entre los diferentes microsistemas que están alrededor de la persona como la familia-escuela, familia-iguales, familia-comunidad, iguales-comunidad, etc., incluyendo el vínculo establecido entre los/as adolescentes o jóvenes y otros adultos pertenecientes a otros sistemas, como pueden ser los/as profesionales educativos/as.

3.4.4. La salud mental

Los problemas de salud mental tienen una alta concurrencia con los problemas de adicción. La investigación en esta área señala que alrededor del 50% de las personas con problemas de adicción tienen también problemas de salud mental (Saddichha et al., 2015).

Una de las explicaciones a esta alta relación es que los/as adolescentes y jóvenes llevan a cabo en muchas ocasiones conductas de riesgo, con y sin sustancias, para disminuir estados emocionales negativos y aumentar los estados emocionales positivos (Bányai et al., 2017; Buran y Dogan, 2019; Challco et al., 2016; de la Villa y Suárez, 2016; Estévez et al., 2009; Stewart y Zack, 2008). Desde esta perspectiva, se explicaría que los problemas de salud mental aumenten el riesgo de adicción por actuar como estrategias inadecuadas de la gestión del malestar emocional. Asimismo, la relación se observa en la dirección opuesta en esta relación de modo que las propias conductas de adicción favorecerían la presencia de estrés, estado de ánimo bajo, tensión o baja autoestima (Nower & Blaszczyński, 2017; Potenza et al., 2019; Sahu et al., 2019).

Esta concurrencia de los problemas de adicción y salud mental es un importante indicador de riesgo ya que las personas que presentan problemas psicológicos además de conductas de riesgo de adicción pueden tener mayor gravedad de las dificultades de salud mental y de los patrones de adicción como mayor probabilidad de suicidio o tener varias conductas adictivas de riesgo, peor pronóstico de intervención, mayor uso de recursos sanitarios o más dificultades socio-económicas (Saddichha et al., 2015; SAMHSA, 2020; Weaver et al., 2003).

3.4.5. Indicadores de Riesgo Elevado

Uno de los beneficios clave de la educación social en adicciones es que permite identificar los casos con necesidades a nivel de salud mental y física susceptibles de diagnóstico o intervención por parte de medicina y psicología.

Aunque la intervención en la sintomatología psicológica no es un objetivo directo de la educación social, la identificación de potenciales dificultades en esta área puede favorecer la coordinación en la atención con otras ramas profesionales como psiquiatría o psicología. Asimismo, el apoyo a nivel psicosocial con la prevención e intervención en otras áreas (p. ej., mejora de la situación laboral o las relaciones sociales) ayuda de manera indirecta a una mejora en bienestar psicológico de los/as adolescentes y jóvenes.

Asimismo, hay otros factores de Riesgo Elevado que están fuera de la atención desde la educación social, pero pueden ser sospechados desde la misma para su intervención por profesionales de medicina y/o psicología. Entre ellos, destaca el abuso sexual y el maltrato físico y psicológico.

Tanto el maltrato físico como psicológico infringido por los progenitores se ha relacionado con el aumento del riesgo de iniciarse en el consumo de sustancias (Hayre et al., 2019), el riesgo de juego de azar (Nower & Blaszczynski, 2017) y el riesgo de uso de TIC entre jóvenes y adolescentes (Yang et al., 2014). Asimismo, el haber sufrido abusos sexuales es también un factor de riesgo para el inicio de problemas de adicción, con y sin sustancia, en la adolescencia y la juventud (Kim et al., 2021; Lane et al., 2016; Shin et al., 2010). En esta línea, se ha comprobado cómo los acontecimientos vitales traumáticos o las experiencias adversas en la infancia predicen la implicación en conductas de riesgo o problemáticas con y sin sustancias y su gravedad en la juventud y adolescencia (Moss et al., 2020; Zilberman et al., 2020).

Asimismo, dado el daño psicológico que pueden entrañar los abusos físicos, sexuales y psicológicos, la evaluación de estas afectaciones desde la educación social debe limitarse a la escucha de modo que se derive ante la sospecha o indicio únicamente de lo referido por el/la adolescente o joven sin exploración o búsqueda directa de dichas dificultades por parte de el/la profesional por el daño que la revictimización pueda generarle (Pittenger et al., 2016). Por ello, la derivación en estos casos es de especial relevancia para una adecuada intervención de las necesidades de el/la adolescente o joven. Así, la identificación de la sospecha y la derivación permitirá el acceso a recursos más adecuados.

3.4.6. Aspectos específicos en función de la conducta de riesgo

Los factores de riesgo mencionados anteriormente son aspectos comunes a los problemas de adicción con y sin sustancias. Sin embargo, existen factores de riesgo que pueden tenerse en cuenta en función de la conducta de riesgo de adicción concreta.

En el caso del consumo de sustancias, un mayor riesgo se relaciona con la comisión de actos ilegales y violentos (Friedman, 1998; Hunter et al., 2014). Por ello, el hecho de que

el/la adolescente o joven tenga algún problema legal puede ser un indicador importante del aumento de las consecuencias negativas ligadas al consumo de sustancias y el propio consumo en sí mismo. Además, la presencia de problemas legales tiene un alto impacto en la vida de la persona, por lo que la identificación y evaluación de estas dificultades puede ayudar a dirigir el esfuerzo desde la educación social a que la persona recupere y mejore sus relaciones y busque otras formas adaptativas de adaptarse a su entorno para favorecer su bienestar.

En los casos del uso de juego de azar y el uso de TIC, uno de los factores de riesgo importantes es el gasto económico que el/la adolescente o joven realiza en el desarrollo de estas conductas de riesgo (APA, 2013; Fisher, 1994; Jiménez-Murcia et al., 2017; Winters et al., 1993; Xu et al., 2012). En estos grupos de edad, el nivel de gasto puede ser menor que en personas adultas, pero no por ello menos importante. El gasto económico puede identificarse como un factor de riesgo cuando es excesivo y recurrente. Para su valoración, ha de tenerse en consideración que el gasto sea excesivo en relación con la capacidad económica de la persona, que lo lleve a cabo pese a que suponga conflictos familiares o con amigos/as o que se muestre porque invierte dinero en el juego o a las TIC que estaba destinado a otras áreas (p.ej., material escolar, comida, ropa, etc.). En estos casos, una reeducación del gasto económico puede ayudar a reducir el riesgo de adicción y a mejorar la calidad de vida de los/as adolescentes y jóvenes.

En relación al uso de juego de azar, la falta de control donde el/la adolescente o joven juega de forma compulsiva y/o tiene ansiedad ante pensamientos relacionados con el juego son dos indicadores de riesgo en el uso de juego de azar (APA, 2013; Jiménez-Murcia et al., 2017). Ambos aspectos señalan una situación de Riesgo Elevado de adicción donde el/la adolescente o joven está mostrando un importante avance en la conducta adictiva. De hecho, las personas adolescentes con adicción al juego muestran mayores dificultades para regularse emocionalmente y afrontar la ansiedad y el estrés que los/as adolescentes sin dichos problemas de adicción (Estévez et al., 2021). En el caso del uso de TIC, un indicador de este avance en el Riesgo Elevado de adicción es la sospecha de estados disociativos como la confusión entre el mundo virtual (yo-digital) y la realidad (yo-real) que pueden aparecer ante un uso excesivo de videojuegos (Guglielmucci et al., 2019).

La presencia de cualquiera de estos factores de riesgo sitúa necesidades urgentes a nivel psiquiátrico y psicológico por lo que la identificación de estos es un importante indicador para la derivación a los/as profesionales de salud mental (i.e., medicina y psicología).

3.4.7. El rol de la edad en el riesgo de adicción

La edad es un factor importante en las conductas de riesgo de adicción. Diversos estudios destacan que las personas adolescentes y jóvenes tienen perfiles de adicción

diferentes. Generalmente, las personas más jóvenes muestran patrones más leves, menor dependencia física y consecuencias menos graves (Leccese, & Waldron, 1994; Wilberg & Potenza, 2006). Sin embargo, cuanto menor es la edad del primer contacto con las conductas de riesgo con y sin sustancias, mayor será la probabilidad de desarrollar una problemática en el futuro y mayor será su gravedad. Así, el comienzo del consumo a una edad temprana predice que se convierta en un patrón de consumo persistente a lo largo de la vida (Corongiu et al., 2020; Dussault et al., 2019; Granero et al., 2020; Kang et al., 2019; Kwan et al., 2020; Soloski, 2020).

Las personas con juego patológico de inicio temprano frente a las de inicio tardío difieren en características sociodemográficas y clínicas, presentando una mayor disfuncionalidad los jugadores de inicio temprano (ej. trastorno de la personalidad del cluster B) (Verdura et al., 2014). Las personas con inicio temprano son más propensas a ser hombres, a tener trastornos por consumo de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, impulsividad de rasgo y trastorno de ansiedad social (Black et al., 2015). Asimismo, el inicio temprano se relaciona con mayor gravedad de los problemas de salud mental, familiares y sociales y de abuso de sustancias que pueden impactar hasta la edad adulta (Burge et al., 2006; Edgerton et al., 2015; Granero, 2020; Sharman et al., 2019).

Por ello, en menores de edad, la aparición de conductas y consecuencias más leves puede ser indicador de mayor riesgo que en personas más mayores. Esta realidad pone de relevancia la importancia de la prevención y el retraso de las primeras experiencias de las conductas de riesgo para prevenir la problemática relacionada con las adicciones y su gravedad (Casellas et al., 2018).

3.4.8. Diferencias desde la perspectiva de género

El género es definido culturalmente a partir de un elemento biológico como es el sexo. Así, los roles sociales atribuidos al género influirán o determinarán lo que la sociedad espera de su manera de comportarse y sentir. La inclusión de la perspectiva de género es un aspecto ineludible para llevar a cabo programas de prevención eficaces.

Esto es debido a que permite analizar el impacto de los roles diferenciales asociados a cada género, ampliar el conocimiento sobre los factores etiológicos, mantenedores, de riesgo o vulnerabilidad y protectores del riesgo de adicción en función del género evitando así el reduccionismo, permite comprender las consecuencias de las conductas adictivas siguiendo el imaginario social y evita la invisibilización de los problemas de adicción en las mujeres entre otros aspectos.

En el caso de la problemática del consumo, se ha observado que los adolescentes consumen sustancias en mayor medida que las adolescentes (Momeñe et al., 2021).

Los chicos adolescentes presentan una mayor necesidad de búsqueda de sensaciones y novedades en comparación con las chicas adolescentes lo que se traduce en un mayor consumo de drogas (Hammerslag y Gulley, 2016; Jauregui y Estévez, 2019). Sin embargo, hay ciertas sustancias en las que se observa un mayor consumo en mujeres que en hombres, como son los hipnosedantes con y sin receta médica.

Además, las mujeres presentan mucha más dificultad para reconocer una problemática de consumo de drogas debido a la presión y rechazo social con el que se encuentran. Esto está relacionado con lo que se espera de ellas en base a los roles sociales asignados al sexo femenino por la sociedad. Así, buscan ayuda más tarde y cuando la problemática ya se encuentra en una etapa avanzada (Zakhour et al., 2020). Por ello, aunque una adolescente o joven refiera un consumo menos frecuente que un hombre, puede ser un indicador de mayor riesgo de adicción.

Asimismo, uno de los indicadores asociado a un mayor riesgo de adicción a sustancias en el que existen diferencias de género es la situación legal de el/la adolescente o joven. A este respecto, la investigación señala que las mujeres tienden a presentar menos problemas legales y de comportamiento que los hombres pero que, sin embargo, dichos problemas pueden aumentar el riesgo de consecuencias negativas en mayor medida para el género femenino (Hsieh & Hollister, 2004).

El rol masculino está más asociado a las conductas agresivas y disruptivas, siendo más prevalentes en hombres que en mujeres. Por ello, la presencia de problemas legales en el caso de mujeres está peor aceptado socialmente pudiendo vivir un mayor rechazo de su entorno y limitando en mayor medida sus vidas.

En relación con el juego de azar, al igual que sucede con el consumo de sustancias, existe un consenso a la hora de afirmar que los hombres presentan una mayor problemática con el juego en comparación con las mujeres (Aloi et al., 2020; Andreassen et al., 2016; Vacaru et al., 2014).

Así, los hombres tienden a mostrar una mayor tendencia al impulso de jugar a lo largo del tiempo en comparación con las mujeres (Dunsmuir et al., 2018).

El inicio en el juego de azar también suele ser en edades más tempranas en hombres que en mujeres (Black et al., 2015; Carneiro et al., 2020). Pese a ello y a que una menor edad de inicio en el juego se relaciona con una mayor gravedad en ambos géneros (Jiménez-Murcia et al., 2020), los problemas relacionados con el juego tienden a escalar con mayor rapidez en el caso de las mujeres (Nelson et al., 2006). En base a todo ello, en el caso de las mujeres, una conducta de juego menos frecuente y de inicio más tardío puede ser un indicador de un posible Riesgo Elevado en este género dado que puede derivar en menor espacio de tiempo y con mayor probabilidad en problemas de juego más severos.

Los y las adolescentes y jóvenes también difieren en el tipo de juego de azar que realizan con más frecuencia. En ambos géneros, los juegos de azar predominantes son los rascas, las cartas y la lotería.

Sin embargo, mientras que los hombres tienden a realizar en mayor medida que las mujeres apuestas deportivas, echar la lotería, jugar a cartas, apuestas de caballos/perros y juegos online; las mujeres muestran mayor prevalencia que los hombres en el bingo, los dados o los lanzamientos de moneda.

Estas diferencias parecen mostrar una mayor preferencia de los hombres por juegos de azar que incluyen tanto el azar como cierta habilidad, mientras que las mujeres prefieren juegos de azar puro. De hecho, los hombres estarían más motivados por el juego por las posibles ganancias y por pensar en mayor medida que su habilidad de razonamiento probabilístico les permite aumentar sus posibilidades de ganancia, mientras que las mujeres tenderían a jugar en mayor medida por aliviar su malestar emocional (Desai et al., 2005).

Además de en la conducta problema, hay diferencias en el peso que los factores de riesgo de las relaciones personales tienen en los hombres y en las mujeres adolescentes y jóvenes. En el caso de los hombres, tener un grupo de iguales que juega muestra una influencia mayor en el riesgo de juego de azar. En el caso de las mujeres, parece tener más peso la familia o la pareja siendo de mayor riesgo para las mujeres que los progenitores o la pareja juegue que para los hombres (Desai et al., 2005). Asimismo, ambos géneros difieren en las motivaciones para jugar, siendo más común en los hombres la motivación por ganar dinero, mientras que en las mujeres suele ser eliminar el malestar emocional, pudiendo explicarse por ser un grupo especialmente vulnerable y que con mayor frecuencia experimenta problemas sociofamiliares que los hombres (Lamas Alonso et al., 2018).

Asimismo, el gasto económico en juego de azar también difiere entre hombres y mujeres. Los adolescentes hombres tienden a gastar más dinero para jugar más y recuperar las pérdidas, mientras que las mujeres muestran una mayor frecuencia a realizar pequeños robos o tener discusiones por dinero (Ellenbogen et al., 2007). Si bien, un aspecto importante es que el gasto económico en las mujeres puede ser un factor de riesgo mayor dado que, incluso con menor historia de juego, pueden acumular deudas mucho más rápido que los hombres (Tang et al., 2007).

En relación con el uso de TIC, hay estudios que han observado un uso más abusivo en hombres que en mujeres, mientras que otros estudios no han encontrado diferencias de género significativas (Aloi et al., 2020).

Esto puede explicarse porque los patrones de uso de TIC muestran diferencias por género en función del tipo de conducta. En concreto, mientras que, al igual que en el juego de

azar y en el consumo de sustancias, el uso de videojuegos muestra patrones más graves en hombres (Veltri et al., 2014), el uso de redes sociales es una conducta adictiva con un mayor uso abusivo en mujeres (Estévez et al., 2009; Navarrete & Romanos, 2017).

De hecho, los estudios sobre el uso de smartphones muestran resultados en la misma dirección con una tendencia de los hombres a usar los móviles para jugar a videojuegos o apostar en juegos de azar y de las mujeres para usar redes sociales y hablar con otras personas a través de aplicaciones como Whastapp (Chiu, Hong, & Chiu, 2013; Kim, 2015).

Este uso abusivo mayor de redes sociales por parte de las mujeres se ha relacionado con un mayor empleo del apoyo social por parte de las mujeres como estrategia de afrontamiento.

De este modo, las mujeres tenderían más que los hombres a buscar la escucha y ayuda de los demás a través del uso de las TIC para gestionar su malestar emocional, lo que les haría depender de la comunicación a través de los móviles (Jeong, Kim, Yum, & Hwang, 2016; Lee & Lee, 2017).

Además, la presencia de relaciones sociales con pares dañadas podría empeorar esta dependencia. De hecho, la presencia de victimización por parte de iguales y ansiedad social supone un riesgo mayor de problemas en el uso de redes sociales en mujeres que en hombres.

En la adolescencia, las mujeres pueden sufrir más violencia relacional y vivir esta con mayor malestar. En consecuencia, el uso de redes sociales como un medio para socializar y tener apoyo social frente al malestar en las relaciones sociales cara a cara en el contexto de pares también explicaría por qué este género es más vulnerable a este tipo de adicción (Tu et al., 2022).

Además de lo expuesto, el estado emocional es un factor de riesgo con claras diferencias de género en todas las conductas de riesgo de adicción. Las mujeres que presentan una problemática de adicción con o sin sustancia sufren una mayor angustia psicológica y malestar psicológico en comparación con los hombres (Håkansson y Widinghoff, 2020; Hsieh & Hollister, 2004).

Esto puede deberse a que los estados afectivos son vividos y expresados de manera diferente entre hombres y mujeres. La evolución cultural en la concepción de las dificultades emocionales presenta una perspectiva centrada en rasgos como la expresión verbal emocional o el llanto que se consideran parte del rol femenino.

Por ello, no es de extrañar que, de manera general, las mujeres tiendan a puntuar más en la afectación emocional que los hombres (Affi, 2007; Brady et al., 1993; Desai et al., 2005; Hsieh, & Hollister, 2004). Esto implica que los hombres pueden estar sufriendo malestar

psicológico pero que lo comuniquen y expresen en menor medida que las mujeres. Por ello, es importante tener en cuenta las diferencias de género en la expresión emocional para poder identificarlo y tenerlo en cuenta en la prevención e intervención de los problemas de adicción.

4. Programa de Atención Integral a Adolescentes y Jóvenes

El Programa de Atención Integral tiene como finalidad proporcionarles a jóvenes y adolescentes las pautas necesarias que les permitan afrontar de manera funcional o adaptativa los retos de la vida diaria, así como afrontar las situaciones de mayor riesgo o vulnerabilidad asociadas al consumo de sustancias, uso abusivo de pantallas (internet, redes sociales y/o videojuegos) y el uso abusivo de juego de azar y/o apuestas deportivas. A su vez, esta atención integral va dirigida a minimizar el impacto nocivo o perjudicial que hayan podido causar estas conductas a nivel individual y social al mismo tiempo que se favorece su desarrollo saludable.

El programa se contempla como un continuo de actuaciones protocolizadas, diseñadas para poder actuar ante cualquier dimensión de la situación que presenta cada adolescente o joven con relación a las adicciones y, por tanto, con actuaciones adaptadas a las características, necesidades y demandas, en función del nivel de riesgo, del grado de afectación o gravedad que se presente y de las características de su entorno.

Se dirige a personas adolescentes y jóvenes de hasta 24 años que presenten factores de riesgo o circunstancias personales, familiares, sociales o culturales, que les sitúan en una posición de especial vulnerabilidad frente a las adicciones relacionadas con el consumo de sustancias, uso abusivo de pantallas (internet, redes sociales y/o videojuegos) y uso abusivo de juego de azar y/o apuestas deportivas, o que hayan desarrollado cualquier dimensión de la conducta adictiva.

Las actuaciones del proceso se implementan de forma escalonada:

1. Comienzan aplicándose **estrategias de prevención** dirigidas a la ciudadanía y a la red de recursos y servicios del tejido comunitario de los distritos y los barrios. Se ponen en marcha actuaciones de difusión, informativas, de sensibilización y de formación, tanto a través de internet y redes sociales como, de manera presencial y prioritaria, a través del trabajo desarrollado en centros educativos y entidades ciudadanas. Las actuaciones se dirigen tanto a adolescentes y jóvenes como a

sus personas adultas de referencia, ya sean familiares o cuidadores primarios, profesorado, profesionales de entidades, espacios de coordinación de recursos comunitarios y redes afines en objetivos preventivos, etc.

2. Posteriormente, continúan aplicándose **estrategias de prevención** orientadas a la detección precoz de situaciones de riesgo y captación proactiva, valoración del nivel de riesgo y determinación del tipo de intervención necesaria ajustada a cada caso concreto. En referencia a esto último, la determinación del tipo de intervención se realizará teniendo en cuenta las necesidades, la atención preventiva individual, grupal, familiar y del entorno directo (formativo, laboral, grupo de iguales, etc.) mediante actuaciones socioeducativas y de orientación.
3. Si se requiere, tras la valoración, se continúa el proceso de atención integral mediante el **tratamiento especializado** con recursos y metodologías de trabajo que se adaptan a las necesidades y características de cada caso, incluyendo cuando sea oportuno las actuaciones dirigidas a la reinserción.

Todo el proceso se desarrolla desde los Centros de Atención a las Adicciones (CAD) realizándose este abordaje integral y especializado en estrecha coordinación con los departamentos del Instituto de Adicciones de Madrid Salud (IAMS).

La red de CAD cuenta con 7 Centros que disponen de equipos multidisciplinares, Equipos de Adolescentes y Jóvenes (EAJ) que incluyen profesionales del ámbito de la Medicina, Psicología y Orientación familiar, Enfermería, Terapia ocupacional, Trabajo social y Educación social, para el trabajo específico con adolescentes y jóvenes.

Las dos primeras fases del proceso anteriormente descrito se sostienen con las figuras de Educación social y de Orientación familiar, que trabajan sus objetivos de prevención y valoran, con el apoyo de sus EAJ correspondientes, el diseño e idoneidad del proceso de intervención.

Este proceso requiere de un marco debidamente protocolizado que garantice la idoneidad y la equidad de las actuaciones individuales ajustadas a cada realidad, de forma que se favorezca la motivación y fidelización de cada adolescente o joven que es atendido/a, ajustándose a las especificidades de su etapa del ciclo vital y la relevancia de la implicación familiar y del entorno, sin olvidar la especial atención a la diversidad, la perspectiva de género, la multiculturalidad y las necesidades especiales que puedan presentarse.

5. Detección, Captación y Vinculación de adolescentes y jóvenes

Las distintas actuaciones preventivas y de difusión realizadas por el Equipo de Prevención (Educación social + Orientación familiar) en los ámbitos educativo y comunitario tanto con adolescentes y jóvenes como con personas adultas de referencia tiene una doble finalidad:

Implementar las estrategias preventivas propias de dichos ámbitos

Realizando para ello actuaciones de difusión, sesiones grupales diseñadas con contenidos específicos y mediante contactos individuales protocolizados que se realizan en los centros educativos, las entidades y los recursos de los distritos y barrios.

Se dirigen tanto a adolescentes y jóvenes como a sus personas adultas de referencia o cuidadores primarios, ya sean familiares, profesorado, profesionales de entidades, espacios de coordinación de recursos comunitarios y redes afines en objetivos preventivos, etc.

Detección, Captación y Vinculación

Las anteriores actuaciones, además de desarrollar sus propios objetivos preventivos, son el terreno donde realizar tareas de detección y captación e iniciar la vinculación con adolescentes y jóvenes y sus familias, que presentan riesgos o problemas relacionados con el consumo de sustancias, uso abusivo de pantallas (internet, redes sociales y/o videojuegos) y trastorno por juego de azar y/o apuestas deportivas. Tiene como fin realizar una valoración y diseñar e implementar las intervenciones adecuadas.

Objetivos y Actualizaciones:

- Detectar posibles casos de adolescentes y jóvenes en riesgo o con problemas de adicción.
- Transmitir a las personas adultas de referencia una serie de herramientas para que en sus diferentes ámbitos (educativo, comunitario y familiar) puedan detectar las posibles necesidades de intervención tanto en situaciones de riesgo como ante la presencia de una problemática relacionada con el consumo de sustancias, uso abusivo de pantallas (internet, redes sociales y/o videojuegos) y trastorno por juego de azar y/o apuestas deportivas.
- Asesoramiento a profesionales del ámbito educativo y comunitario sobre casos individuales de adolescentes y jóvenes detectados en sus diferentes ámbitos.

- Detección proactiva directa por la figura profesional de Educación social de adolescentes y jóvenes en situación riesgos o problemas relacionados con el consumo de sustancias, uso abusivo de pantallas (internet, redes sociales y/o videojuegos) y trastorno por juego de azar y/o apuestas deportivas
- Captación proactiva de adolescentes y jóvenes mediante estrategias específicas.
- Vinculación de la figura profesional de Educación social con adolescentes y jóvenes previamente detectados/as y captados/as mediante estrategias y actuaciones propias.
- Coordinación con profesionales implicados en los casos de adolescentes y jóvenes.

Indicadores para la evaluación de la Detección, Captación y Vinculación

- Número de adolescentes y jóvenes contactados/as en los centros educativos con los que se realiza una intervención previa (n.º hombres/ n.º mujeres).
- Número de adolescentes y jóvenes que contactan con la entidad.
- Número de sesiones individuales previas en los centros educativos.
- Número de adolescentes y jóvenes contactados/as en entornos comunitarios con los que se realiza una intervención previa (n.º hombres/ n.º mujeres).
- Número de sesiones previas en entornos comunitarios.
- Número de casos de adolescentes y jóvenes que pasan a intervención en CAD (disgregado por mujeres/hombres) en función de las necesidades de intervención.
- Número de casos que finalizan la intervención.
- Número de casos que realizan más del 50% de las intervenciones.
- Número de casos que vuelven al servicio más adelante (reingresos).

6. Intervención Individual

En el presente manual se detalla la Intervención Individual realizada por la figura de Educación social.

Se considera Intervención Individual:

“El conjunto de acciones que tienen como objetivo lograr la motivación en adolescentes y jóvenes y su predisposición para lograr el cambio en la conducta de riesgo o problemática adictiva, pudiendo ser estas acciones unitarias o colectivas, mediante la intervención socioeducativa, usando la Educación social como herramienta de cambio o transformación. Se trabajará la orientación al cambio desde el desarrollo de la persona, desde sus habilidades de relación, sus creencias, actitudes y valores, sus comportamientos y hábitos, etc., con el objetivo de que sea capaz (o competente) para enfrentarse autónomamente a sus circunstancias vitales y mantener su orientación y los cambios logrados frente a los riesgos y las posibles adicciones”.

6.1. Educación social en adicciones

Una de las características distintivas o específicas de la intervención individual en prevención de adicciones con adolescentes y jóvenes es la necesidad de la existencia de una figura de proximidad que sirva de vínculo y referente para facilitar el acceso de adolescentes y jóvenes que están en situación de vulnerabilidad.

Además, la figura profesional de Educación social ha de estar integrada dentro del distrito en el que trabaja, conociendo la realidad de este y en coordinación con los agentes comunitarios y educativos.

El objetivo de la figura de Educación social ha de ser constituirse en persona de referencia (referente) para la prevención de adicciones en el distrito, promoviendo y liderando las acciones preventivas y mejorando la visibilidad y accesibilidad de la red del Instituto de Adicciones para la ciudadanía en general y para adolescentes y jóvenes especialmente.

6.2. Funciones del profesional de Educación social en la Intervención Individual

- Difusión del Servicio PAD (Servicio de Prevención de Adicciones) en el ámbito educativo y en el comunitario.
- Actuación como referente de adicciones para los distritos asignados.
- Detección y captación en ámbitos educativo y comunitario de los casos de adolescentes y jóvenes susceptibles de intervención mediante estrategias preventivas ajustadas a la demanda, que contempla tanto sesiones de intervención individual, como sesiones grupales con adolescentes y jóvenes.



- No se incluye el trabajo, en el llamado trabajo de calle (captación "en medio abierto").
- Coordinación y conexión estable con profesionales de referencia de adolescentes y jóvenes en contextos educativos y comunitarios, trabajo de asesoramiento e información, que concrete, facilite y refuerce su papel activo en las derivaciones de adolescentes y jóvenes cuando sea necesaria la intervención.
- Establecimiento de vínculos adecuados que faciliten la intervención con adolescentes y jóvenes.
- Recogida pormenorizada de información del caso.
- Promover la motivación en adolescentes y jóvenes para que la intervención se desarrolle en el CAD.
- Intervención fuera del CAD. En este caso, solo las entrevistas previas a la intervención pueden realizarse en ámbito educativo y comunitario, y estas tienen como objetivos la información, asesoramiento y motivación para acudir al CAD.
- Recomendación del Servicio de Orientación Familiar (SOF): obligatorio en menores de 16 años y recomendado en mayores de 16 años. En los mayores de 16 años será necesaria la firma previa de la Autorización a familiares (Anexo 4).
- Realización de la intervención individual siempre en el CAD. Valoración del perfil de situación de riesgo siguiendo los criterios establecidos desde el Instituto de Adicciones.
- Diseño e implementación de la intervención con adolescentes y jóvenes siguiendo los criterios establecidos según el perfil de situación de riesgo.
- Volcado de datos y actualización de las intervenciones realizadas en EXCEL y en SUPRA (Sistema Unificado Para el Registro de Adicciones).
- Presentación, seguimiento y coordinación de todos los casos con el resto de los/as profesionales que integran el EAJ.
- Acompañamiento administrativo a adolescentes y jóvenes facilitando las citas con el resto de los/as profesionales del EAJ, siguiendo los criterios establecidos en el perfil de situación de riesgo.
- Mediación y facilitación del acceso a recursos tanto de la red del Instituto de Adicciones como otros recursos externos.

6.3. Objetivos generales

- Vincular a el/la adolescente y joven con la figura profesional de la Educación social.
- Vincular a el/la adolescente y joven con el CAD y el resto de los/as profesionales del Equipo de Adolescentes y Jóvenes (EAJ).
- Concienciar a el/la adolescente y joven de su conducta problema.
- Concienciar a el/la adolescente y joven de la necesidad de intervención desde el EAJ.
- Motivar a el/la adolescente y joven para la intervención desde el EAJ.
- Señalar e identificar las situaciones de riesgo o vulnerabilidad asociadas a la conducta problema.
- Promover los cambios en los comportamientos de riesgo de el/la adolescente y joven.
- Educar y reeducar en hábitos de conducta saludables de las diferentes áreas afectadas de su vida, tales como conducta problema, hábitos y actividades cotidianas, relaciones personales y estados emocionales.
- Fomentar y potenciar las habilidades sociales, habilidades personales, habilidades para la vida, etc.
- Potenciar los recursos de el/la adolescente y joven ofreciéndole modelos referenciales útiles en su desarrollo personal.

6.4. Procedimiento administrativo

6.4.1. Vías de acceso

Hasta los 24 años la población adolescente y joven puede acceder a la figura profesional de Educación social a través de varios contextos o derivaciones:

- Educativo: ACE, FPB, UFIL, CEPA, ESO, Bachillerato, Formación profesional (grado medio y superior) y Formación universitaria.
- Agentes Tutores y Policía Municipal.
- Servicio de Orientación familiar.

- Asociaciones y entidades de los distritos que trabajan con adolescentes y jóvenes.
- SAMUR/Emergencias.
- SAJIAD (Servicio de Asesoramiento a Jueces y Juezas, e Información a el/la detenido/a y su familia).
- Recomendado por grupo de iguales.
- Recomendado por familiares.
- Acceso directo a CAD.
- Otros.

6.4.2. Recepción del caso por parte de Educación social

Recepción directa en CAD:

- **Atención sin cita:**
 - Personas adolescentes y jóvenes que llegan directamente a administración del CAD.
- **Atención con cita previa:**
 - Citas programadas tras las intervenciones en recursos externos.
 - Citas programadas tras una atención directa.

Recepción en recurso externo:

Se puede realizar en el recurso que lo deriva: centro educativo o entidad de distrito, para favorecer esa primera toma de contacto. La entidad debe emitir **autorización** para poder realizar esta primera entrevista y que se haga dentro de sus instalaciones (Autorización Centro Educativo/Entidad; Anexo 1).

Esta fase inicial de contacto (**Recepción del caso**) consta como máximo de dos entrevistas, en las que se facilitará información, asesoramiento y motivación. Además, se obtendrán los primeros datos de la historia.

En menores de 16 años es necesario informar a la persona menor de edad y a la entidad que plantea el caso de la necesidad de incorporar a la familia al proceso y recabar su

autorización. Para ello se pondrá en marcha el procedimiento necesario para facilitar el contacto con el Servicio de Orientación Familiar.

6.4.3. Recogida de información

Se recogen los primeros datos de la historia, en **FICHA 1ª ATENCIÓN (Anexo 2)** para ser volcado en Excel, dentro de la pestaña "INTERVENCIÓN PREVIA CON ADOLESCENTES." Con estos primeros datos se determina si el caso es objeto de intervención en adicciones. En caso afirmativo se cita en el CAD para dar comienzo a la intervención desde el EAJ, cumplimentando el Programa de Acogida y Valoración (PAV) en SUPRA PREVENCIÓN (la parte correspondiente a Educación social).

Asimismo, en caso de que Educación social detecte o sospeche que el/la adolescente y joven presenta **criterios de Riesgo Elevado** se dará cita directa e inmediata con profesionales del EAJ (Medicina/Psicología) o con la Dirección del CAD.

Criterios de Riesgo Elevado:

- Presencia de psicopatología.
- Existencia de abusos sexuales.
- Maltrato físico o psicológico.

6.4.4. Cita de Educación social

- La duración de la cita podrá oscilar entre 30 minutos y 45 minutos y la frecuencia se determinará según se estime oportuno en función de cada caso (ej. semanal, quincenal).
- Al cierre de una cita, Educación social debe facilitar a el/la adolescente y joven la siguiente cita a la que deberá acudir tanto con Educación social como con otras figuras profesionales del EAJ con los que se valore la necesidad de intervención (dar un papel con la cita, mandar por wasap, acompañar a ventanilla).
- En cada una de las citas, como parte del contenido de trabajo, se abordará el compromiso de la persona adolescente y joven con el servicio y con su propia intervención/tratamiento, de forma que, si el/la adolescente y joven no va a poder acudir a la cita, sea por el motivo que sea, avise y lo comunique a Educación social o al propio CAD, pudiendo quedar acordada una nueva cita.
- En caso de que el/la adolescente y joven falte a su cita, sea con Educación social o con cualquier profesional del EAJ, se debe contactar con el/la adolescente y joven



para preguntarle y ver que le ha pasado, para que sienta que desde el servicio se preocupan por él/ella y sostener ese vínculo y motivación. Este mismo modelo de fidelización y refuerzo del vínculo con la persona adolescente y joven debe llevarse a cabo desde cualquier figura del EAJ.

- Las citas con Educación social serán preferiblemente en horario de tarde para potenciar la atención en CAD en las 2 tardes en las que Educación social está presencialmente. Si fuera necesario para ajustarse a las necesidades de la población adolescente y joven o por el volumen total de citas, también podría realizarse por la mañana.
- En caso de que en la cita se detecte una situación de excepcionalidad (ej. violencia de género, no presentarse en condiciones, otras situaciones de urgencia...) será necesario proceder como se marca en el esquema del Proceso de Intervención.
- Es recomendable que después de cada cita, Educación social se reserve unos minutos para recoger por escrito en SUPRA lo trabajado en la cita, de forma que la historia del caso esté actualizada. Esta recogida de información se realizará siguiendo el formato establecido para su redacción en este manual.
- **Firma del Contrato de Intervención** (Anexo 3) por parte de la persona adolescente y joven. En caso de ser menor de 16 años la firma la realizarán sus progenitores o tutores legales (este procedimiento se realiza a través de Orientación familiar que es quien contacta con la familia/tutor legal y pacta con ella como llevarlo a cabo notificando a Educación social el procedimiento consensuado). En caso de negativa se pondrá en conocimiento de la dirección del CAD, para su notificación a Servicios Sociales.
- En caso de negativa a la firma del Contrato de Intervención por alguna de las partes (progenitores o tutores legales o persona adolescente), se cerrará la intervención. Deberá constar esta circunstancia en el motivo de cierre para poner en marcha otros procedimientos si fueran necesarios.
- Si posteriormente se quisiera volver a retomar la intervención, el Contrato de Intervención debe ser firmado al comienzo de la entrevista. En esta ocasión ya no existe el plazo de dos entrevistas previas, puesto que los objetivos de estas ya se han cumplido con anterioridad.
- En caso de mayores de 16 años, también debe ser firmada la Hoja de Autorización para informar a la familia en caso de ser así valorado y acordado.

6.4.5. Registro SUPRA

Con el objetivo de favorecer la identificación, se registrará a el/la adolescente y joven con CLAVE RAD, empleando el sistema de registro SUPRA. El registro deberá elaborarse de la siguiente forma:

- Se incluirán las dos primeras letras del primer apellido junto con las dos primeras letras del segundo apellido, seguido de la fecha de nacimiento que incluya el día (dos dígitos) mes (dos dígitos) y año (cuatro dígitos) de nacimiento (ej. MAPE12061999).
- En los casos en los cuales prime el lugar de nacimiento y no la nacionalidad, se registrará de la siguiente manera: se incluyen las dos primeras letras del nombre junto con las dos primeras letras del primer apellido, seguido de la fecha nacimiento que incluya el día (dos dígitos) mes (dos dígitos) y año (cuatro dígitos) (ej. LUPE12061999).
- En caso de que el/la adolescente o joven solamente disponga de un apellido y haya nacido en España, el segundo apellido se anotará de la siguiente manera: XX (ej. MAXX12061999).
- En caso de que algún apellido vaya precedido de "de" o "la" (ej. de la Torre Pérez) no se tendrán en cuenta (ej. TOPE12061999).
- En los reingresos se deberá volver a solicitar el consentimiento y se lleva a cabo todo el proceso, ficha, valoración, etc.

7. Intervención Individual en Adicciones

7.1. Valoración del Perfil de Riesgo de Adicción del adolescente y joven

Para poder realizar una intervención individual estructurada con objetivos concretos e intervenciones específicas todo ello en consonancia con la problemática que presenta el/la adolescente y joven es necesario la VALORACION DEL PERFIL DE RIESGO DE ADICCIÓN. Esta valoración se realizará en dos momentos concretos:

- Valoración del perfil de riesgo al inicio de la intervención.
- Valoración del perfil de riesgo al finalizar intervención.

La intervención debe estar estructurada y coordinada. Para ello se dispone de un equipo especializado en adolescentes y jóvenes: **EQUIPO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES (EAJ)**.

7.1.1. Valoración del Riesgo de Adicción

7.1.1.1. Definición de Riesgo de Adicción en adolescentes y jóvenes

La valoración inicial de la situación de riesgo que presenta el/la adolescente y joven y que realiza el profesional de Educación social, no pretende obtener un perfil diagnóstico como tal, sino un perfil de situación del riesgo de el/la adolescente y joven para que Educación social pueda realizar una valoración inicial unificada, estructurada y cuantificable a partir de una serie de ítems englobados en cinco grandes criterios comunes a todas las conductas de adicción, dos criterios específicos y los criterios de Riesgo Elevado o derivación, que recogen los aspectos principales relacionados con las conductas de riesgo o adictivas:

Criterios comunes:

- CONDUCTA PROBLEMA.
- HÁBITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS.
- RELACIONES PERSONALES.
- ESTADO EMOCIONAL BASAL.
- PSICOPATOLOGÍA.

Criterios específicos:

- SITUACIÓN LEGAL (Consumo de sustancias).
- GASTO ECONÓMICO (Uso de juego de azar y uso de TIC).

Criterios de Riesgo Elevado o derivación.

- SOSPECHA O INDICIOS DE PSICOPATOLOGÍA
- SOSPECHA O INDICIOS DE ABUSOS SEXUALES
- SOSPECHA O INDICIOS DE MALTRATO FÍSICO O PSICOLÓGICO.

A partir de estos criterios se realiza lo siguiente:

- Dentro de cada bloque se describen una serie de ítems unificados para favorecer el empleo de un lenguaje común.

- Se cuantifican los criterios comunes y específicos por prioridad y gravedad ajustándolos a las características de el/la adolescente y joven. Además, se tiene en cuenta que los factores de vulnerabilidad serán diferentes en función de la edad y el género por lo que se establecen dos tramos de edad que se cuantifican de manera diferente (i.e., mayor y menor de 18) y dos grupos por género (i.e., hombre y mujer).
- Se definen los perfiles de valoración de inicio para el correcto diseño de la intervención.
- Se definen los objetivos de intervención según dichos perfiles.
- Se diseña la intervención tanto individual como grupal ajustada a los objetivos.
- Con el fin de recabar datos relevantes y llevar a cabo una evaluación exhaustiva en la cita de acogida, se sugieren algunas preguntas a tener en cuenta (Anexo 9).

7.1.1.2. Definición de los Criterios de Valoración de Riesgo

Conducta problema para Consumo de Sustancias:

- **Consumo esporádico:** Consumo que ocurre de manera aislada, de forma casual y ocasional, sin patrón definido.
- **Consumo continuado:** Consumo que dura y se extiende en el tiempo y sigue un patrón determinado.

Con el fin de determinar si se trata de un uso esporádico o consumo problemático de alcohol y otras sustancias se recomienda el empleo de los siguientes cuestionarios de screening: Cuestionario AUDIT (Saunders et al., 1993) y el Cuestionario de prueba de detección de drogas (DAST-10) (Bedregal et al., 2006).

Conducta problema para Uso/Abuso de TIC:

Uso problemático de uno o varios de los siguientes:

- **Videojuegos (individual o en red).**
- **Chat/RRSS.**
- **Navegación por internet.**

Con el fin de recabar información sobre si se trata de un uso esporádico o interfiere en la vida cotidiana de los/as jóvenes y adolescentes se recomienda emplear los siguientes cuestionarios: Cuestionario de experiencias relacionadas con el uso de Internet-CERI, Cuestionario de experiencias relacionadas con el móvil-CERM (Beranuy et al., 2009) y Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos-CERV (Chamarro et al., 2014).

Conducta problema para Uso de Juegos de azar y/o Apuestas deportivas:

Uso problemático de uno o varios de los siguientes:

- **Apuestas deportivas.**
- **Slots.**
- **Bingo.**
- **Juegos de Casino.**
- **Otros.**

Con el fin de determinar si se trata de un uso esporádico del juego o interfiere en la vida cotidiana de jóvenes y adolescentes se recomienda el empleo de dos instrumentos de screening: Cuestionario breve de juego patológico (CBJP) (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995) y el Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987; validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994).

Hábitos y actividades cotidianas:

Aquella actividad o costumbre que ocurre, se hace o se repite todos los días, de forma habitual o usual (engloba actividad principal y actividades cotidianas y ocio).

- **Actividad principal:** Actividad más importante, es la actividad que conforma el eje central dentro del conjunto de las actividades diarias de cumplimiento (trabajo, estudios). Constituye lo primero en estimación o importancia dentro de un conjunto de las actividades.
- **Hábitos y actividades cotidianas:** Práctica habitual dentro de las actividades básicas (sueño, alimentación, higiene personal, etc.) e instrumentales (gestión de responsabilidades, participación de las tareas del hogar, usos medios de transporte y comunicación, etc.) de la vida diaria.

- **Actividades ocio:** Actividad realizada durante el tiempo libre o de descanso de las ocupaciones habituales, se utiliza como distracción, debiendo ser voluntaria y satisfactoria, llevada a cabo en individual, grupal y/o en pareja.

Relaciones personales:

- **Relaciones familiares:** Trato con las personas que conforman su familia o con las que convive o tiene un proyecto de vida en común.
- **Relaciones entre iguales:** Trato o relación con personas de su entorno socio relacional y de ocio (amigos/as, compañeros/as, etc.).
- **Relaciones afectivas/pareja:** Trato o relación con una persona con la que se mantiene una relación de pareja de carácter afectivo - sexual. Encuentros sexuales de carácter esporádico / ocasional con persona o personas, incorporando o no prácticas de riesgo.

Estado emocional basal:

Hace referencia al estado de sus emociones y sentimientos y la disposición mental o psíquica. Es importante analizar la función que está cumpliendo la problemática.

Psicopatología:

Presencia o no de diagnóstico de salud mental o historia previa confirmada de atención en servicios de salud mental públicos o privados.

Situación legal (Consumo de sustancias):

Se tiene en cuenta cualquier problema legal salvo sanciones contempladas en la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana (p. ej. Tenencia ilícita de drogas o sustancias en menores, consumo de alcohol en la vía pública, etc.).

Gasto económico (Uso de juego de azar y uso de TIC):

Presencia o no de gasto económico excesivo/ desautorizado/ impulsivo y recurrente.

Criterios de Riesgo Elevado - derivación:

La existencia de sospechas o indicios de un criterio de Riesgo Elevado implica cita directa con el facultativo correspondiente (Medicina/Psicología).

- **Hay sospecha/ indicios psicopatología.**
- **Hay sospecha/ indicios de abuso/s sexual/es.**
- **Hay sospecha/ indicios maltrato físico y/o psicológico.**
- **Falta de control, juego de forma compulsiva (USO DE JUEGO DE AZAR).**
- **Ansiedad ante pensamientos relacionados con el juego (USO DE JUEGO DE AZAR).**
- **Estado disociativo en el que existe confusión entre el mundo virtual (yo-digital) y la realidad (yo-real) (USO DE TIC).**

7.1.1.3. Cuantificación de los criterios de valoración de riesgo

Se realiza a partir de dos tablas complementarias (ver ANEXOS 6, 8 y 10):

TABLA DE PERFIL DE SITUACIÓN DE RIESGO: En esta tabla están incluidos los 5 bloques comunes y los 2 específicos con los aspectos principales relacionados con las conductas de riesgo o las adicciones en adolescentes y jóvenes y dentro de cada bloque las posibles casuísticas de los ítems, definidos anteriormente. Todo ello cuantificado en función de lo siguiente:

- Se cuantifica de forma diferente si la persona es mayor de 18 o es menor de 18, porque la vulnerabilidad es mayor en los menores de 18 años. Además, la legalidad para mayores de 18 años en consumo de alcohol y en juegos de azar marca también esta diferencia.
- Se cuantifica diferente en función de si la persona es hombre o mujer en base a las diferencias de género en el riesgo de adicción descritas en el apartado 2.4.8.
- Se cuantifican los ítems teniendo en cuenta dos bloques:
 - **Conducta problema:** Consumo de sustancias, uso abusivo de pantallas (internet, redes sociales y/o videojuegos) y uso abusivo de juego de azar y/o apuestas deportivas
 - **Áreas afectadas:** Hábitos y actividades cotidianas / Relaciones personales / Estado emocional basal / Psicopatología / Situación legal / Gasto económico.

- Se da preponderancia a la **conducta problema** dado que este es el objeto principal de la intervención.
- En el caso de que la conducta problema sea el consumo de sustancias y se detecte poli-consumo se cuantifica con la droga principal.
- En el caso de que la conducta problema sea el consumo de sustancias junto con otras adicciones comportamentales se cuantifica la de mayor Riesgo.
- En el caso de que la conducta problema sea el Uso de TIC, se cuantifica la conducta de mayor Riesgo (i.e., videojuegos, redes sociales u otros usos de TIC).
- El estado emocional basal, hace referencia al estado de sus emociones y sentimientos y la disposición mental o psíquica valorado por el/a profesional de Educación social. No está relacionada con la presencia confirmada de un diagnóstico de psicopatología recogida en el criterio de psicopatología.

Los Instrumentos de Valoración del Riesgo de Adicción (IVRA Madrid Salud) y la descripción de los criterios incluidos en los mismos puede encontrarse en:

ANEXO 6. IVRA Madrid Salud - SUSTANCIAS.

ANEXO 7. DESCRIPCIÓN CRITERIOS IVRA Madrid Salud - SUSTANCIAS.

ANEXO 8. IVRA Madrid Salud - JUEGO.

ANEXO 9. DESCRIPCIÓN CRITERIOS IVRA Madrid Salud - JUEGO.

ANEXO 10. IVRA Madrid Salud - TIC.

ANEXO 11. DESCRIPCIÓN CRITERIOS IVRA Madrid Salud - TIC.

ANEXO 12. SUGERENCIA DE PREGUNTAS A TENER EN CUENTA.

7.2. Presentación y valoración caso de adolescente y joven con EAJ

7.2.1. Equipo de Adolescentes y Jóvenes

El **Equipo de Adolescentes y Jóvenes (EAJ)** es un equipo multidisciplinar de profesionales especializados en la intervención individual con adolescentes y jóvenes que se encuentra presente en cada uno de los 7 CAD del Instituto de Adicciones.

La figura profesional de Educación social resulta fundamental al inicio de la intervención

con adolescentes y jóvenes, pero esta intervención debe estar sustentada por un equipo multidisciplinar, **Equipo de Adolescentes y Jóvenes (EAJ)**. Se trata de un equipo especializado designado en cada uno de los CAD, formado por profesionales de diferentes disciplinas (Educación social, Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo social, Orientación familiar y Terapia ocupacional), que intervendrán con una serie de objetivos específicos de cada una de las disciplinas teniendo siempre en cuenta el perfil de situación de riesgo de el/la adolescente y joven, actuando específicamente en cada una de las áreas afectadas.

Se presentará en la reunión semanal del EAJ los casos captados, aportando la valoración previa del perfil, que será ratificada en dicha reunión. A partir de ese momento y teniendo en cuenta el Perfil de Situación de Riesgo (Leve, Moderado y Elevado), se diseñará el Programa Individualizado de Intervención (PII) quedando definido en este los objetivos, las actuaciones y profesionales que intervendrán con adolescentes y jóvenes, así como el/la Profesional de Referencia (PR) del caso.

En los perfiles de riesgo elevado, el caso causará baja en SUPRA-Prevención y se dará de alta en SUPRA-Tratamiento, se realizará una Valoración Diagnóstica (Prof. Psicología/Medicina) y se determinará el Programa Individualizado de Intervención. Educación social no tiene competencias en estos perfiles más allá de la detección, captación y motivación para que lleguen a la intervención terapéutica.

Educación social llevará la siguiente **Tabla de Presentación de la Valoración del Perfil de Situación de Riesgo** a la reunión del EAJ, donde se especificará lo siguiente:

- Perfil de situación de riesgo (Leve, Moderado y Elevado) y cuantificación en número de este perfil.
- Cuantificación de cada uno de los apartados: Conducta problema, hábitos y actividades cotidianas, relaciones personales, estado emocional basal, gasto económico, situación legal y psicopatología.
- Descripción del ítem que se ha cuantificado a partir de 1 punto, ya que este nos indicará los aspectos a trabajar en ambos bloques (Conducta problema y Áreas afectadas) y qué profesionales tienen que intervenir.
- En la reunión de valoración del EAJ se definirán los objetivos a trabajar, las actuaciones y profesionales que intervendrán.

7.2.2. Descripción del Perfil Individual

Se realiza con cada CASO después de la valoración y cuantificación del perfil de riesgo.

CLAVE RAD: EDAD: CONDUCTA PROBLEMA (SUSTANCIAS, USO/ABUSO PANTALLAS Y JUEGOS DE AZAR Y APUESTAS DEPORTIVAS): PERFIL DE RIESGO (LEVE, MODERADO O ELEVADO): CUANTIFICACIÓN EN NÚMERO:				
	ITEM CUANTIFICADO (>0)	DESCRIPCIÓN DE MOTIVOS POR LOS QUE EDUCACIÓN SOCIAL HA CUANTIFICADO EL ITEM	OBJETIVOS PARA TRABAJAR SEGÚN ITEMS CUANTIFICADOS	ACTUACIONES Y HERRAMIENTAS DESDE LA EDUCACIÓN SOCIAL
CONDUCTA PROBLEMA				
HÁBITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS				
RELACIONES PERSONALES				
ESTADO EMOCIONAL BASAL				
PSICOPATOLOGÍA				
SITUACIÓN LEGAL				
GASTO ECONÓMICO				

Este cuadro sería el punto de partida para el resumen de alta en SUPRA.

A modo de ejemplo:

CLAVE RAD EDAD: 16 CONDUCTA PROBLEMA (SUSTANCIAS, USO/ABUSO PANTALLAS Y JUEGOS DE AZAR Y APUESTAS DEPORTIVAS): PERFIL DE RIESGO MODERADO CUANTIFICACION EN NÚMERO: 2+6				
	ITEM CUANTIFICADO (>0)	DESCRIPCIÓN DE MOTIVO POR EL QUE EDUCACIÓN SOCIAL CUANTIFI- CO EL ITEM	OBJETIVOS PARA TRABAJAR SEGÚN ITEMS CUANTIFI- CADOS	ACTUACIONES Y HERRAMIENTAS DESDE LA EDUCA- CIÓN SOCIAL
CONDUCTA PROBLEMA	Consumo esporá- dico de más de 12 meses de evolu- ción (2).	Desde hace 1,5 años consume esporádicamente cannabis, sobre todo los fines de semana.	Conciencia riesgo de consumo.	Información veraz sobre sustancias Mitos Conducta adictiva Actitud y motiva- ción para el con- sumo.
HÁBITOS Y ACTIVIDADES COTI- DIANAS	Actividad princi- pal alterada de forma NO signifi- cativa (1). No tiene activida- des de ocio (1).	Estudia 4º ESO y no va bien en los estudios desde hace unos meses, no falta a clase. No describe ac- tividades de ocio saludables.	Mejora situación de estudios. Generar alternati- vas de ocio.	Gestión tiempo equilibrio entre responsabilidades y tiempo libre. Beneficios y ries- go de ocio. Fomentar y favo- recer alternativas de ocio saludable.
RELACIONES PERSONA- LES	Relaciones per- sonales (grupo de iguales) de riesgo (2).	En el grupo de iguales todos son consumidores.	Generar grupo de iguales no consu- midores y saluda- bles.	Trabajar presión grupo, comunica- ción, percepción de uno mismo.
ESTADO EMOCIONAL BASAL	Estado de ánimo alterado (2).	Desmotivado para los estudios. Refiere estar con cierta apatía.	Ajustar estado de ánimo a la reali- dad.	Trabajo el cum- plimiento y expre- sión de las emo- ciones.
PSICOPATO- LOGÍA	-			
SITUACIÓN LEGAL	-			
GASTO ECO- NÓMICO	-			

7.2.3. Resumen para reflejar en SUPRA

A partir de lo descrito en la Tabla de Valoración del Perfil de Situación de Riesgo, los casos valorados como perfil de riesgo Leve y Moderado entrarán siempre en SUPRA como caso de Prevención y como Profesional de Referencia, Educación social.

En cuanto a los casos de riesgo Elevado se pasarán al EAJ para valoración diagnóstica, cambiando el PR. El cambio de Prevención a Tratamiento, solo lo puede realizar el EAJ si hay confirmación diagnóstica de Adicción.

Educación social realizará a partir de la tabla, el RESUMEN INICIAL en SUPRA, haciendo constar los aspectos afectados que aparecen como ítems cuantificados, los objetivos específicos a trabajar relacionados con estos aspectos y que profesionales van a intervenir.

Al finalizar la intervención con el/la adolescente o joven se volverá a realizar la cuantificación del perfil con el fin de evaluar su evolución, quedando reseñado el perfil de inicio y el perfil de finalización.

Resumen en SUPRA por orden:

- Datos: sexo y edad.
- Perfil Cuantificado.
- Descripción de cada ítem valorado a partir de 1 punto y del motivo de su cuantificación, comenzando por la conducta problema y continuando por el resto de los ítems cuantificados.
- Objetivos que trabajar según ítem cuantificado.
- Actuaciones y herramientas.
- Profesionales que intervienen.

Ejemplo resumen inicio:

- **Chico de 16 años.**
- **Perfil de Riesgo Moderado 2+7.**
- Desde hace 1,5 años consume esporádicamente cannabis, sobre todo los fines de semana (2). Estudia 4º ESO y no va bien en los estudios desde hace unos meses, no falta a clase (1). No describe actividades de ocio saludables (2) y en el grupo de iguales todos son consumidores (2). Está desmotivado para los estudios y refiere cierta apatía (2). No problemas legales, ni antecedentes de psicopatología.

- **Los objetivos que trabajar** son: Toma de conciencia del riesgo de consumo. Mejora la situación de sus estudios. Generar alternativas de ocio y generar grupo de iguales no consumidores y saludables. Ajustar el estado de ánimo a la realidad.
- **Actuaciones y herramientas:** Dar información veraz sobre sustancias, trabajar mitos, explicar y trabajar la conducta adictiva, valorando y trabajando la actitud y motivación para el consumo. Gestionar el equilibrio del tiempo entre responsabilidades y tiempo libre. Beneficios y riesgo del ocio, fomentando y favoreciendo alternativas de ocio saludable. Trabajar presión grupo, comunicación, percepción de uno mismo. Trabajo el cumplimiento y expresión de las emociones.
- **Profesionales que intervienen en el caso:** Educación social, enfermería y terapia ocupacional.

7.3. Intervención Individual según perfil de situación de riesgo

7.3.1. Inicio Intervención con adolescentes y jóvenes

Al inicio de la intervención individual se llevará a cabo la acogida, se establecerá el vínculo, se realizará una valoración y se le hará una devolución con su situación, itinerario y objetivos que serán consensuados con el/la adolescente o joven (entre 1 o 2 sesiones) (Anexo 13):

Objetivos:

- Crear adherencia.
- Recabar información, necesaria y suficiente, para elaborar una primera valoración del Perfil de Situación de Riesgo.
- Devolución realista de la situación de partida con relación a su conducta problema.
- Planteamiento inicial de “un posible itinerario en la red”.

Actuaciones:

- Acogida y vínculo:
 - Practicar la escucha activa.
 - Dirigir asertivamente la entrevista.

- Evitar los enjuiciamientos.
 - Dar una dimensión ajustada al problema.
 - Cambio de paradigma: posicionar el problema en la esfera de responsabilidad personal.
 - Transmitir una perspectiva de evolución y solución.
 - Devolución activa de la información facilitada por la persona.
 - Establecer la distancia terapéutica desde la confianza y la profesionalidad.
 - Transmitir información veraz.
 - Acompañar desde la posición de profesional especializado dirigiendo a la persona en la resolución de su problema.
 - No se deberá avanzar en áreas de intervención que son propias de otras profesiones. En caso de identificar estas áreas, será necesario su traslado a profesionales EAJ y a otras disciplinas estableciéndose las citas adecuadas y necesarias.
- **Valoración:**
 - Recoger información de todos los aspectos necesarios para poder definir el Perfil de Situación de Riesgo.
 - **Encuadre:**
 - Devolver la valoración realizada (Perfil de Situación de Riesgo).
 - Proponer un itinerario personalizado para cada caso: se facilitará información sobre las siguientes citas, esto es, qué profesionales intervendrán, con qué frecuencia, quién va a ser su referente profesional durante la intervención o tratamiento, con qué objetivos, entre otras cosas.
 - Definir y trasladar en qué va a consistir la intervención a partir de ese momento:
 - Área de trabajo desde la figura de Educación social.
 - Aportación /incorporación de otras figuras del EAJ que puedan ser (o no) necesarias en su itinerario.

7.3.2. Importancia de la Entrevista Motivacional

Uno de los principales obstáculos del cambio de la conducta problemática de consumo en jóvenes y adolescentes es la carencia de motivación. No todos los/las jóvenes y adolescentes presentan la misma predisposición a garantizar el inicio o mantenimiento del cambio conductual. Es importante identificar el grado de motivación que presentan. Para ello, Prochaska y DiClemente elaboraron y propusieron diferentes etapas o estadios de cambio por los que pueden atravesar los/las jóvenes y adolescentes:

- **Precontemplación.** Corresponde al nivel de motivación más bajo. El/la joven y adolescente situado/a en este estadio no tiene ninguna conciencia del problema o no es consciente de sus consecuencias a largo plazo y, por lo tanto, no tiene ninguna intención de modificar la conducta problemática. En este momento, los pros del consumo superan a los contras.
- **Contemplación.** El/la joven o adolescente situado/a en este estadio es consciente de que tiene un problema y se plantea abandonar la conducta problemática pero todavía no se ha producido un compromiso firme. En este momento también los contras siguen superando a los pros.
- **Preparación o determinación.** Es una etapa en la cual comienzan a producirse los pequeños cambios en la conducta problemática. El/la joven y adolescente está comprometido/a a realizar cambios a corto plazo. Los pros del abandono del consumo superan a los contras.
- **Actuación o acción.** El/la joven o adolescente realiza cambios visibles y fácilmente observables por alguien externo en su conducta problemática. Es una etapa en la cual el riesgo de recaída es muy elevado y es importante tenerlo en cuenta. La duración de esta etapa suele oscilar entre uno y seis meses.
- **Mantenimiento del cambio.** En esta etapa se trabaja la consolidación de los cambios realizados. Es importante trabajar la prevención de recaídas.

Para favorecer la motivación al cambio es importante crear y fomentar el vínculo entre joven y adolescente y profesional que atiende el caso principalmente a través de la escucha activa, la empatía, cercanía, comprensión y evitación de juicios. Es importante favorecer y promover la expresión emocional, de las problemáticas, necesidades, expectativas de el/la adolescente o joven y transmitirle apoyo y acompañamiento. También es importante no centrarse solamente en la conducta problema sino obtener información de otras áreas de su vida y conocer el grado de motivación que presenta. Conocer el estadio en el que se encuentran los/as jóvenes y adolescentes es de especial importancia para poder trabajar o estimular la motivación al cambio. Además, es importante que vean los beneficios del

cambio. Por otro lado, la inclusión de la familia en las problemáticas de consumo de los/as adolescentes y jóvenes se ha comprobado que aumenta su motivación y compromiso y mejoran el funcionamiento familiar (Becoña et al., 2008).

7.3.3. Objetivos y actuaciones desde Educación social según Conducta Problema y Áreas Afectadas

7.3.3.1. Objetivos y actuaciones sobre la Conducta problema

Objetivos sobre la Conducta problema

Objetivo General:

Consumo de Sustancias: Consumo cero, exceptuando el alcohol en mayores de 18 años que en este caso será un consumo responsable.

Uso/Abuso de Pantallas: Uso adecuado y responsable.

Juegos de Azar y Apuestas Deportivas: Juego cero en menores de 18 años y juego responsable o ajustado en mayores de 18 años.

Objetivos específicos:

- Aportar información.
- Generar una conciencia de riesgo y una actitud crítica frente a la conducta problema.
- Identificar entornos o situaciones de riesgo o vulnerabilidad.
- Motivar a la intervención con otros/as profesionales del EAJ en caso necesario.

Actuaciones sobre la Conducta problema

Las actuaciones independientemente del tipo de conducta problema y el nivel de riesgo de esta son las siguientes:

- **Aportar Información sobre:**
 - Adolescencia.
 - Vulnerabilidad.
 - Conductas de riesgo.

- Sustancias/Juego de azar/Usos de TIC.
- Proceso adictivo y sus fases.
- Contrastar la información que tiene la persona adolescente y joven sobre los temas anteriores.
- **Relación con el entorno (entorno de consumo o riesgo / entornos sin consumo o riesgo):**
 - Identificar si hay entornos de consumo/riesgo y los riesgos asociados a estos.
 - Adecuar la percepción del riesgo.

Asimismo, es importante adecuar las actuaciones específicas en función de la conducta problema y los niveles de riesgo. Por ello, a continuación, se muestran las actuaciones adecuadas al consumo de sustancias, el juego de azar y el uso de TIC en función del nivel de riesgo.

Las actuaciones en relación con los niveles de riesgo de consumo de sustancias serían los siguientes:

CONDUCTA PROBLEMA: CONSUMO DE SUSTANCIAS	
NIVEL DE RIESGO	ACTUACIÓN
Consumo esporádico < 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Concienciar de su historia de consumo y patrón de consumo. - Motivar a reducir los riesgos del consumo. - Incentivar hacia la abstinencia.
Consumo esporádico > 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Concienciar de su historia de consumo y patrón de consumo. - Motivar a reducir los riesgos del consumo. - Incentivar hacia la abstinencia.
Consumo continuado < 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Concienciar de su historia de consumo y patrón de consumo. - Motivar a reducir el consumo y los riesgos asociados al consumo. - Incentivar hacia la abstinencia. - Pasar a el/la profesional sanitario del EAJ para lograr la abstinencia.
Consumo continuado > 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar a iniciar el tratamiento en CAD con profesional sanitario del EAJ para reducir el consumo y lograr la abstinencia.
Consumo diario	<ul style="list-style-type: none"> - Pasar a el/la profesional sanitario del EAJ para lograr la abstinencia.

Las actuaciones en relación con los niveles de riesgo de uso de TIC serían los siguientes:

CONDUCTA PROBLEMA: USO DE TIC	
NIVEL DE RIESGO	ACTUACIÓN
Uso de TIC con frecuencia sostenida que no interfiere (horarios/actividades /autocuidado)	<ul style="list-style-type: none"> - Concienciar de su historia y patrón de uso de TIC. - Motivar a reducir los riesgos del uso de TIC. - Motivar hacia un uso ajustado.
Uso de TIC con frecuencia sostenida que sí interfiere (horarios/actividades /autocuidado)	<ul style="list-style-type: none"> - Concienciar de su historia y patrón de uso de TIC. - Motivar a reducir los riesgos del uso de TIC. - Incentivar hacia un uso ajustado. - Pasar a el/la profesional sanitario del EAJ para lograr un uso ajustado.
Uso de TIC con pérdida de esta conducta a pesar de sus consecuencias negativas	<ul style="list-style-type: none"> - Pasar a el/la profesional sanitario del EAJ para lograr un uso ajustado.

Las actuaciones en relación con los niveles de riesgo de uso de juego de azar serían los siguientes:

CONDUCTA PROBLEMA: USO DE JUEGO DE AZAR	
NIVEL DE RIESGO	ACTUACIÓN
Uso esporádico de juegos de azar	<ul style="list-style-type: none"> - Concienciar de su historia y patrón de uso del juego de azar. - Motivar a reducir los riesgos del uso de juego de azar. - Motivar hacia la eliminación del uso de juego de azar (menores de 18 años) o a un uso ajustado (mayores de 18 años).
Uso de juegos de azar con frecuencia sostenida sin pérdida de control	<ul style="list-style-type: none"> - Concienciar de su historia y patrón de uso del juego de azar. - Motivar a reducir los riesgos del uso de juego de azar. - Motivar hacia la eliminación del uso de juego de azar (menores de 18 años) o a un uso ajustado (mayores de 18 años). - Pasar a el /la profesional sanitario del EAJ para lograr la eliminación del uso de juego de azar (menores de 18 años) o a un uso ajustado (mayores de 18 años).
Uso de juegos de azar con frecuencia sostenida y con pérdida del control de esta conducta, que se mantiene a pesar de las consecuencias negativas	<ul style="list-style-type: none"> - Pasar al profesional sanitario del EAJ para lograr la eliminación del uso de juego de azar (menores de 18 años) o a un uso ajustado (mayores de 18 años).

7.3.3.2. Objetivos y actuaciones sobre las Áreas Afectadas

Objetivos sobre las Áreas Afectadas

Objetivo general:

Equilibrar/restaurar las áreas con afectación funcional desde el modelo socioeducativo.

A continuación, se describen los objetivos y actuaciones específicos por área afectada y nivel de afectación. Cabe señalar, que estos objetivos no son exclusivos a trabajar desde Educación social. En los cuadros de perfiles aparecerá determinada la figura profesional que debe intervenir (ver punto 6.3.4).

1. HÁBITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS:

Objetivos específicos sobre HÁBITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS:

- Mantener / Motivar al cumplimiento de obligaciones y responsabilidades.
- Mantener / Reestablecer / Establecer hábitos y rutinas.
- Orientar / Fomentar / Reorientar alternativas de ocio saludables.

Actuaciones específicas en función del nivel de afectación de los HÁBITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS:

NIVEL DE RIESGO		ACTUACIÓN
Actividad principal		
	Conservada	- Refuerzo y mantenimiento.
	Alterada de forma NO significativa	- Apoyar la toma conciencia y el trabajo de su área de actividad cotidiana: Educativo: vinculación con el centro escolar, integración escolar, comportamientos en el aula/centro, rendimiento académico, expectativas y motivaciones académicas. Formativo-laboral /Laboral: talleres formativos y de entrenamiento pre-laboral dirigidos a facilitar su acceso al mercado laboral, situación laboral y expectativas, mejora de empleabilidad, etc. Coordinación y derivación con el Servicio de Orientación Laboral Joven.
	Alterada de forma significativa	- Valoración por profesional del EAJ.

	Abandono de la actividad principal	- Valoración por profesional del EAJ.
Hábitos de vida		
	Conservados	- Refuerzo y mantenimiento.
	Alterados	- Concienciar y motivar para mejora de estos. - Valoración por profesional del EAJ
	NO conservados	- Valoración por profesional del EAJ.
Actividades de ocio		
	Saludables	- Refuerzo y mantenimiento.
	No tiene	- Sensibilizar y motivar para la puesta en marcha de actividades de ocio. - Valoración por profesional del EAJ.
	No saludables o de riesgo	- Análisis de las causas de ocio de riesgo. - Motivar para realizar cambios hacia un ocio más saludable. - Valoración por profesional del EAJ.

2. RELACIONES PERSONALES:

Objetivos específicos sobre RELACIONES PERSONALES:

Trabajar las Habilidades de Relación:

- Asertividad.
- Comunicación.
- Presión de grupo.

Actuaciones específicas en función del nivel de afectación de las RELACIONES PERSONALES:

NIVEL DE RIESGO		ACTUACIÓN
Relaciones familiares		
	Adecuadas	- Refuerzo y mantenimiento.
	De riesgo	- Valoración por profesional del EAJ.
Relaciones personales (grupo de iguales) / pareja		
	Adecuadas	- Refuerzo y mantenimiento.
	De riesgo	- Informar sobre grupos de iguales positivos y grupos de riesgo. - Manejar la presión de grupo. Manejo de asertividad frente al grupo. - Beneficios y riesgos del ocio. - Valoración por profesional del EAJ.

3. ESTADO EMOCIONAL BASAL

Objetivos específicos sobre ESTADO EMOCIONAL BASAL:

- Ponderar el grado de alteración del estado de ánimo.
- Detección y valoración de los siguientes aspectos emocionales: autoestima, fortalezas y debilidades, capacidades, estrategias para la toma de decisiones y la resolución de conflictos.
- Detección y valoración de habilidades para la vida y frente al consumo: auto concepto, autocontrol y eficacia personal, autonomía y pensamiento creativo y crítico, afrontamiento de estados emocionales y capacidad para afrontar su propio proceso de cambio.
- Reforzar la implicación personal en su proceso y los aspectos positivos existentes en su entorno social. Entrenamiento de herramientas personales.

Actuaciones específicas en función del nivel de afectación del ESTADO EMOCIONAL BASAL:

NIVEL DE RIESGO		ACTUACIÓN
Estado emocional		
	Normal	- Refuerzo y mantenimiento.
	Moderadamente alterado	- Identificación del estado emocional. - Valoración por profesional del EAJ.
	Gravemente alterado	- Valoración por profesional del EAJ.

4. PSICOPATOLOGÍA

Objetivos específicos sobre PSICOPATOLOGÍA:

- Si hay referencias de antecedentes de problemas de salud mental se debe pasar de forma inmediata el caso a la valoración médica/psicológica del CAD.

Actuaciones específicas ante la presencia de antecedentes de psicopatología:

NIVEL DE RIESGO	ACTUACIÓN
Presencia de antecedentes de psicopatología	- Valoración por profesional del EAJ.

5. SITUACIÓN LEGAL (CONSUMO DE SUSTANCIAS) (Excluyendo Sanciones Administrativas contempladas en la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo)

Objetivos específicos sobre SITUACIÓN LEGAL

- Ponderar conductas problemáticas o asociales o problemas legales relacionados.
- Señalamiento a el/la adolescente y joven de la afectación y consecuencias derivadas de la conducta problema que le han llevado a tener problemas legales.
- Atender a las personas adolescentes y jóvenes derivadas de SAJIAD: coordinación con referente legal del SAJIAD y devolución de la evolución del caso para los preceptivos informes.

- Medidas judiciales: en las situaciones en las que intervenga Técnico de Libertad Vigilada se debe realizar la derivación del caso al área profesional de Trabajo social del CAD para su coordinación con técnico de libertad vigilada.

Actuaciones específicas ante la presencia de PROBLEMAS LEGALES:

NIVEL DE RIESGO	ACTUACIÓN
Presencia de problemas legales	- Valoración por profesional del EAJ.

6. GASTO ECONÓMICO (USO DE JUEGO DE AZAR Y USO DE TIC):

Objetivos específicos sobre GASTO ECONÓMICO:

- Reeducar y concienciar sobre la distribución de los gastos.
- Mejorar la comunicación y las estrategias de control coordinadas con los progenitores o figuras de referencia familiar.
- Mejorar la autonomía y autorregulación en el gasto económico para ayudar el/la adolescente y joven a dirigirlo hacia actividades valiosas.
- Deudas económicas: coordinación con el área correspondiente.

Actuaciones específicas sobre GASTO ECONÓMICO:

NIVEL DE RIESGO	ACTUACIÓN
Gasto económico excesivo / desautorizado / impulsivo y recurrente (independientemente del poder adquisitivo).	- Valoración por profesional del EAJ.

7. CRITERIOS DE RIESGO ELEVADO:

Objetivos específicos sobre CRITERIOS DE RIESGO ELEVADO:

- Si hay sospechas o indicios de la presencia de alguno de los criterios de Riesgo Elevado, se debe pasar de forma inmediata el caso a la valoración médica/ psicológica del CAD.
- Dado el daño psicológico que pueden entrañar los abusos físicos, sexuales y psicológicos, la sospecha o indicio se concluirá únicamente de lo referido por

el/la adolescente o joven SIN EXPLORACIÓN O BÚSQUEDA DIRECTA de dichas dificultades por parte de el/la profesional de Educación social por el daño que la revictimización pueda generarle.

Actuaciones específicas sobre CRITERIOS DE RIESGO ELEVADO:

NIVEL DE RIESGO	ACTUACIÓN
Sospecha o indicios de alguno de los criterios de Riesgo Elevado.	- Valoración por profesional del EAJ.

7.3.4. Intervención según Perfiles de situación de Riesgo

Se establecen 3 perfiles diferentes de intervención:

7.3.4.1. Perfil Riesgo Leve

CONSUMO DE SUSTANCIAS		USO DE JUEGO DE AZAR		USO DE TIC	
CONDUCTA PROBLEMA	RESTO	CONDUCTA PROBLEMA	RESTO	CONDUCTA PROBLEMA	RESTO
0	0 - 8	0	0 - 8	0	0 - 8
1	0 - 6	1	0 - 6	1	0 - 6
2	0 - 4	2	0 - 4	2	0 - 4

LUGAR DE INTERVENCIÓN: CAD

- La intervención en el CAD es el lugar indicado para hacer un buen encuadre. Además, debido a que en algunas ocasiones será necesaria la intervención de profesional del EAJ esto lo facilitaría.
- La duración estimada de la intervención suele ser de aproximadamente 6 meses.

ACTUACIONES:

- Realizar acogida, vinculación, recogida de datos y valoración del perfil de situación cuantificado.
- PAV en SUPRA.

- Elaboración **Tabla de Presentación de la Valoración del Perfil de Situación de Riesgo.**
- Reflejar RESUMEN perfil en SUPRA (según modelo indicado anteriormente).
- Presentación del caso en la reunión EAJ.
- Determinación PII según perfil y áreas afectadas, objetivos y actuaciones (reflejar en tabla y en SUPRA).
- En cuanto a la intervención, será realizada por Educación social. En caso de ser necesario es posible solicitar una valoración de profesional del EAJ para despistaje de algún aspecto concreto.

7.3.4.2. Perfil Riesgo Moderado

CONSUMO DE SUSTANCIAS		USO DE JUEGO DE AZAR		USO DE TIC	
CONDUCTA PROBLEMA	RESTO	CONDUCTA PROBLEMA	RESTO	CONDUCTA PROBLEMA	RESTO
0	> 8	0	> 8	0	> 8
1	> 6	1	> 6	1	> 6
2	4 - 8	2	4 - 8	2	4 - 8
3	0 - 4	3	0 - 4	3	0 - 4
4	0	4	0	4	0

LUGAR DE INTERVENCIÓN: CAD

ACTUACIONES:

- Realizar acogida, vinculación, recogida de datos y valoración del Perfil de situación de Riesgo cuantificado.
- PAV en SUPRA.
- Elaboración **Tabla de Presentación de la Valoración del Perfil de Situación de Riesgo.**
- Reflejar RESUMEN perfil en SUPRA (según modelo indicado anteriormente).

- Presentación del caso a reunión EAJ.
- Determinación PII, según perfil y áreas afectadas, objetivos y actuaciones (reflejar en tabla y en SUPRA).
- Intervención: Educación social junto con dos profesionales más del EAJ, Educación social agendará con Administración de CAD las citas con dos profesionales de las áreas afectadas acordadas en reunión EAJ, para dar continuidad a la intervención.
- Intervención según Áreas Afectadas:
 - **Consumo activo: Área Sanitaria (Medicina/ Enfermería).**
 - **Pantallas: Dependiendo del Área afectada.**
 - **Juego de Azar: Área Psicológica.**
 - **Estado emocional: Área Psicológica.**
 - **Hábitos/actividades/ocio: Terapia ocupacional.**
 - **Situación familiar /legal/ personal: Trabajo social.**
- La duración estimada de la intervención será de aproximadamente de 6 a 12 meses.

7.3.4.3. Perfil Riesgo Elevado

CONSUMO DE SUSTANCIAS		USO DE JUEGO DE AZAR		USO DE TIC	
CONDUCTA PROBLEMA	RESTO	CONDUCTA PROBLEMA	RESTO	CONDUCTA PROBLEMA	RESTO
2	>8	2	>8	2	>8
3	>4	3	>4	3	>4
4	>0	4	>0	4	>0

LUGAR DE INTERVENCIÓN: CAD

INTERVENCIÓN = TRATAMIENTO (realizado por profesionales del EAJ)

INTERVENCIÓN de Educación social:

- Realizar acogida, vinculación, recogida de datos y valoración del perfil de situación de riesgo cuantificado.
- PAV en SUPRA.
- Elaboración **Tabla de Presentación de la Valoración del Perfil de Situación de Riesgo**.
- Reflejar RESUMEN perfil en SUPRA (según modelo indicado anteriormente).
- Presentación del caso en la reunión EAJ: dada la determinación de perfil de Riesgo ELEVADO en esta reunión quedará establecido nuevo Profesional de Referencia que será otro/a profesional del EAJ. También se determinará el/la profesional Medicina/Psicología que realizará la VALORACIÓN DIAGNÓSTICA.
- El nuevo o la nueva Profesional de Referencia modificara la vía de acceso (Acceso General) para quitar pestaña de PREVENCIÓN asignándole Programa correspondiente por Conducta Problema, si existiera diagnóstico de Adicción.
- Educación social pasará el caso para su tratamiento a profesionales del EAJ para lo cual:
 - Educación social agendará con Administración de CAD la primera cita con su nuevo/a Profesional de Referencia (se dará carácter de URGENTE a esta 1ª cita), así como citas con dos profesionales de las áreas afectadas acordadas en reunión EAJ, para dar continuidad a la intervención.
 - Educación social agendará con Administración de CAD la cita con profesionales Medicina / Psicología.
 - Educación social podrá realizar de manera excepcional un acompañamiento de NO más de 2 sesiones para garantizar la continuidad del caso en el CAD y garantizar la adherencia al tratamiento.
- La duración estimada de este proceso por parte de Educación social es como máximo de 1 mes.

7.3.5. Valoración de la evaluación

- Realización de la valoración del perfil de situación de riesgo al **inicio de la intervención** (cuantificado por áreas).
- Realización de la valoración del perfil situación de riesgo al **finalizar la intervención** (cuantificado por áreas).
- Descripción y cuantificación de las áreas afectadas al inicio.
- Descripción y cuantificación de las áreas afectadas a la finalización del proceso.
- Duración de la intervención desde Educación social.
- Objetivos propuestos al inicio.
- Cumplimiento de Objetivos:
 - Cumplidos (puntuación 0).
 - Poco cumplidos (nueva puntuación).
 - No logrado (igual puntuación que al inicio).

Esta valoración de la evolución se recogerá por escrito en SUPRA en la última cita como cierre.

7.4. Intervención Grupal en Adicciones

Las intervenciones grupales con adolescentes y jóvenes como con adultos de referencia es otra herramienta de la intervención individual. Está demostrado que el trabajo en grupo favorece el cambio en los conocimientos y en las actitudes, facilitando el proceso, tanto en el logro de objetivos como reduciendo el tiempo de intervención. Esto último es fundamental para lograr la normalización e integración lo antes posible de la persona adolescente y joven.

En perfiles de riesgo Leves y en casos de Sanciones es una de las herramientas principales sobre la que se apoya la intervención.

- **Grupos internos** – Son todas aquellas actividades grupales que se realizan en el propio CAD y que están dirigidos a adolescentes y jóvenes. Se pueden clasificar en:
 - Grupos Propios.
 - Grupos Mixtos de CAD.

7.4.1. Grupos propios

Estos grupos están diseñados específicamente para la intervención con adolescentes y jóvenes de **Perfiles de Riesgo Leve**.

El/la profesional tutor/a o guía del grupo es Educación social.

Están específicamente diseñados en cuanto a objetivos, contenidos y actividades.

Los objetivos de estos grupos son de dos tipos:

- Objetivos generales que se pretenden con la intervención grupal.
- Objetivos específicos de cada uno de los módulos.

Objetivos generales:

- Vincular a adolescentes y jóvenes con el CAD.
- Fomento de la participación, integración e interrelación.
- Señalar e identificar las situaciones de riesgo asociadas a las conductas problema.
- Predisponer para realizar los cambios necesarios en los comportamientos de riesgo.
- Educar y reducir en hábitos de conducta saludables de las diferentes áreas afectadas de su vida.
- Educar y reeducar en valores y actitudes.
- Fomentar y potenciar las habilidades personales y sociales.

Actuaciones:

- Implementar las diferentes sesiones siempre teniendo en cuenta:
 - Perfil del grupo.
 - Momento en el que se encuentra el grupo.
 - Necesidades del grupo.
- La implementación ha de ser práctica haciendo participe a los/as integrantes del grupo.

- Intervención grupal dinámica, flexible e interactiva, para su posterior traslado en los diferentes contextos individuales, sirviendo ellos/as como referente adulto/modelo cercano.

Contenidos: Módulos Grupos propios. – Existen una serie de módulos de intervención bien descritos y diseñados en cuanto a objetivos, contenidos y actividades, estos son:

- Adolescencia y Riesgo.
- Proceso adictivo y Adicciones.
- Sustancias y Mitos.
- Uso abusivo de pantallas (internet, redes sociales y/o videojuegos) y Mitos.
- Juego y/o apuestas deportivas y Mitos.
- Habilidades Personales.
- Gestión del Tiempo.
- Habilidades Sociales.

7.4.2. Grupos mixtos de CAD

Estos grupos están diseñados específicamente para la intervención con adolescentes y jóvenes de **Perfiles de Riesgo Moderados**.

El/la profesional tutor/a o guía del grupo será indistintamente el/la Educador/a social u otro/otra profesional del EAJ.

El/la Educador/a social aportará los contenidos de sus grupos propios como agente preventivo dentro del EAJ.

Los objetivos de estos grupos son de dos tipos:

- Objetivos generales que se pretenden con la intervención grupal.
- Objetivos específicos de cada uno de los módulos.
- Objetivos específicos desde la intervención del resto de profesionales del EAJ.

En estos grupos se podrá contar con la participación si se valora oportuno, de otros/as agentes externos que enriquezcan o complementen los contenidos de las intervenciones, para garantizar el trabajo integral y multidisciplinar con adolescentes y jóvenes (CMS, OIJ, dinamizadores de Centros Juveniles, Agentes de Igualdad, Educadores/as de Entidades Sociales que trabajen con adolescentes y jóvenes, Recursos de Ocio, etc.)

7.4.3. Indicadores

GRUPO PROPIO

- Número de grupos por CAD.
- Número de sesiones en grupo propio.
- Número de participantes en grupo propio disgregados por sexo.
- Especificar los módulos tratados en cada sesión.
- Ausencias justificadas/ ausencias no justificadas.

GRUPO MIXTO de CAD

- Número de grupos en los que participan.
- Número de sesiones del grupo en las que participan.
- Número de participantes en grupo disgregados por sexo.
- Especificar los módulos tratados en cada sesión.
- Ausencias justificadas/ ausencias no justificadas.

7.4.4. Coordinaciones:

A.- COORDINACIONES EXTERNAS

- Coordinación ámbito Educativo.
- Coordinación ámbito Comunitario.

B.- COORDINACIONES INTERNAS

- **Coordinaciones internas con EAJ:**

- **Tipo de coordinación:** Reunión semanal EAJ para valoración, seguimiento y cierre de los casos de adolescentes y jóvenes.
- **Objetivos de la coordinación:**
 - **CASOS NUEVOS**
 - Valoración de los casos nuevos. El profesional de Educación social aportará la **Tabla de Valoración del Perfil de Situación de Riesgo**, que será ratificado por el resto de los/las profesionales del EAJ.
 - Si existe familia pueden presentarse dos situaciones:
 - Adolescente y joven que entra a través de Orientación familiar, el/la profesional de Orientación familiar aportará la información que considere oportuna siguiendo los criterios establecidos.
 - La familia no ha sido vista por ningún profesional: Se valorará según perfil y características del caso si es susceptible de Orientación familiar o de Intervención familiar.
 - Diseño del PII teniendo en cuenta los ítems cuantificados en cada uno de los bloques del perfil de situación.
 - Asignación de profesionales que van a intervenir según sea perfil de Riesgo Leve, Moderado o Elevado.
 - Diseño de las actuaciones a realizar por los distintos profesionales teniendo en cuenta los ítems cuantificados en la tabla de valoración del perfil de situación de riesgo.
- **SEGUIMIENTO DE LOS CASOS**
 - Se realizará una valoración de la evolución del caso, aportando los/las profesionales intervinientes la información necesaria y con la frecuencia que se considere oportuna, guardando esta relación con los cambios, evolución y necesidades que el caso presente.
 - Si durante el seguimiento se valora un cambio en el perfil de la persona adolescente y joven, se seguirán los criterios establecidos para el nuevo perfil de situación.
- **CIERRE DEL CASO:**
 - Si el caso es de Perfil de Riesgo Leve o Moderado, Educación social

acordará el cierre del caso por los motivos establecidos con el resto de los/las profesionales del EAJ y se encargará de cerrar caso en SUPRA.

- Si el caso es de Perfil de Riesgo Elevado el/la Profesional de Referencia del caso será el responsable del cierre en SUPRA.
- **Lugar:** Espacio de reunión previamente establecido para la reunión del EAJ en CAD.
- **Frecuencia:** La frecuencia siempre que sea posible ha de ser semanal para poder dar continuidad al trabajo que realiza el EAJ con cada uno de los casos.
- **Coordinaciones internas TANDEM (Reunión de Educación social + Orientación familiar)**
 - **Tipo de coordinación:** Reunión entre profesional de Educación social y profesional de Orientación familiar del mismo distrito o distritos asignados.
 - **Objetivos de la coordinación:**
 - Traspaso de los casos de adolescentes y jóvenes a Educación social por parte de Orientación familiar si el caso entro por Orientación familiar.
 - Traspaso de familia a Orientación familiar por parte de Educación social si el caso es de perfil Leve o Moderado y si la familia es susceptible de Orientación familiar.
 - Intercambio de información sobre la familia y el caso de adolescentes y jóvenes.
 - Consensuar estrategias y actuaciones según características de la familia y el caso.
 - Coordinación de aspectos relacionados con intervenciones en los ámbitos educativo y comunitario
 - **Lugar:** Espacio de reunión previamente establecido para reunión TANDEM en CAD.
 - **Frecuencia:** Semanal siempre que sea posible.
- **Coordinaciones Internas - Reunión de Buenas Prácticas:**

Equipo completo de profesionales de Educación social con figura de coordinación del programa y en ocasiones con responsables del Programa de Intervención

Individual del Departamento de Prevención del IA.

Objetivos:

- Dar instrucciones y pautas al equipo para el buen funcionamiento del Programa de Atención Integral para Adolescentes y Jóvenes.
- Revisión de aspectos relacionados con los diferentes ámbitos de actuación del programa.

Lugar y frecuencia: Vía telemática o presencial, en la sede de la entidad o excepcionalmente en el IA cuando los/las responsables lo consideren necesario. Se realizará con una periodicidad mensual y estará previamente calendarizada.

Orden del día: La coordinación del equipo realizará y mandará previo a la reunión un orden del día con los temas a tratar, incorporando las aportaciones al mismo de los/las integrantes del equipo de Educación social.

Acta: La figura de coordinación del programa siempre deberá realizar un acta de cada una de las reuniones con los temas tratados, acuerdos y conclusiones, que remitirá a los/las responsables del Departamento de Prevención para su supervisión y toma de decisiones.

- **Coordinaciones internas. Reunión de el/la coordinadora con equipos de Educación social de cada uno de los CAD:**

La coordinación del programa realizará reuniones mensuales con cada profesional del equipo de Educación social.

Objetivos:

- Supervisión de actuaciones en ámbitos educativo y comunitario.
- Supervisión del buen funcionamiento del profesional de Educación social con respecto al Programa de Intervención Individual en lo que respecta a todo lo establecido en este manual.
- Revisión de datos de intervención.
- Dificultades.

Lugar: CAD correspondiente.

Frecuencia: Mensual.

8. Evaluación y cierre

- Evaluación individual de cumplimiento de objetivos propuestos en la intervención.
- Evaluación de todo el proceso de atención individual con descripción de indicadores de cada una de las partes del proceso: detección, captación, intervención individual e intervención grupal, todo ello por CAD y por distrito:
 - **Número total de casos de intervención individual.**
 - **Desagregado por género (mujer, hombre, otro).**
 - **País de nacimiento de cada caso (España /extranjero).**
 - **Franjas de edades de adolescentes y jóvenes en atención:**
 - Menores de 15.
 - Entre 15-17.
 - Entre 18-24.
 - **Motivo principal de la demanda:**
 - Riesgo en: Consumo de sustancias, uso abusivo de pantalla (internet, redes sociales y/o videojuegos) y trastornos por juego de azar y/o apuestas deportivas.
 - Conducta problema instaurada: Consumo de sustancias, uso abusivo de pantallas (internet, redes sociales y/o videojuegos) y trastornos por juego de azar y/o apuestas deportivas.
 - **Procedencia del caso: Centro Educativo, Agente Tutor/ Policía Municipal, Iguales/Familia, Iniciativa propia, Centros de Salud, Servicios Sociales, otros Recursos Comunitarios, Entidades, Sanciones, SAJIAD.**
 - **Situación personal:**
 - Unidad de convivencia: Familia nuclear, pareja, solo/a, instituciones para menores.
 - Escolarización: Si – No.
 - Nivel de estudios/grado académico: Primaria, ESO, Grado Medio, Bachillerato, FP Superior, Universidad.
 - Situación laboral:
 - Trabaja Si - No.

- **Consumo de sustancias**
 - Consumo Si - No Reflejar según perfil.
 - Sustancia principal.
 - Sustancia secundaria.
 - Frecuencia de consumo.
 - **Uso abusivo de pantallas- internet, redes sociales y/o videojuegos**
 - N° Chat/RRSS.
 - N° Navegación por internet.
 - N° Videojuegos/juegos en los que participa online.
 - **Juego de Azar y/o apuestas deportivas**
 - N° de juegos de azar en los que participa.
 - Online / Presencial / Presencial + Online.
 - Frecuencia de uso/participación.
- Evaluación del perfil de situación mediante valoración del perfil cuantificado al inicio del proceso de intervención individual y a la finalización.

Hay dos tipos de cierre:

- Cierre de la intervención desde Educación social, quedará reflejado en el resumen de la historia clínica, permanece el caso abierto en SUPRA y continuará con su intervención con el resto de los/las profesionales del EAJ.
- Cierre por finalización de la intervención, se cierra en SUPRA con los ítems que correspondan.

En ambos casos se realiza la valoración del perfil de situación a la finalización.

DOCUMENTOS DE APOYO:

- 1. Difusión, captación.**
- 2. Sesión informativa a profesionales educativo/comunitario.**
- 3. Grupos a profesionales educativo y comunitario.**
- 4. Módulos grupos aula.**
- 5. Modulos grupos propios.**
- 6. Coordinación: actas.**
- 7. Itinerario de Educación social y Orientación familiar.**
- 8. Protocolo Sanciones.**
- 9. Protocolo SAJIAD.**

ANEXO 1. Autorización de Centro Educativo o Entidad

Autorización de Centro educativo o Entidad para la atención de el/la adolescente/
joven desde el Programa de Prevención del Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
Ayuntamiento de Madrid.

DATOS DEL CENTRO

Nombre del Centro Educativo/Entidad:

Responsable del Centro Educativo/Entidad (director/a):

Teléfono de Contacto:

E-mail:

Yo _____ con DNI _____ como responsable
del Centro educativo o Entidad solicito participar de las actividades del Programa de
Prevención del Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

Fdo.: _____

Sello del Centro

En Madrid, a ___ de _____ de 20__.

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 le informamos que sus datos personales pueden ser incorporados en nuestros ficheros y tratados automatizadamente y en soporte papel, con el fin de prestarles el servicio de prevención de las adicciones desde del Instituto de Adicciones de Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid. Ud. podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito, adjuntando copia de su DNI, ante el responsable del fichero, AYUNTAMIENTO DE MADRID.

ANEXO 2. Ficha primera atención

INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN PROBLEMA	
Fecha 1ª cita educador:	
Motivo principal de la intervención Riesgo de consumo Sospechas consumo Consumo _ Tabaco _ Alcohol _ Cannabis _ Cocaína _ Heroína _ Otras TIC Juego	Sanción administrativa _ Alcohol _ Cannabis _ Cocaína _ Heroína _ Otras Intoxicación o intervención en vía pública Medida judicial/otros aspectos legales
Procedencia del caso EAJ Familiar o igual/amigo o conocido Centro Educativo Agente Tutor o Policía Municipal SAJIAD Servicios Sociales SAMUR Emergencias	Centro acogimiento residencial CAM OIJ Atención primaria CMS Técnico absentismo Asociación/ONG Otros
Escolarización Si No Absentista Centro de procedencia: Nivel educativo:	
Situación laboral Trabaja No trabaja	
Unidad de convivencia Nuclear/Monoparental madre / Monoparental padre / Reconstituida / Otros familiares Familia acogida / Centro protección menores / Centro de reforma de menores / Varias unidades familiares / Emancipación en pareja / Emancipación con pareja e hijos / Emancipación en piso compartido	
Motivación a la intervención Si No	

Grupo de iguales

Grupo iguales de no riesgo / Grupos iguales de riesgo / No tiene grupo / Grupo de riesgo + grupo no riesgo

Perfil

Perfil Riesgo Leve

Perfil Riesgo Moderado

Perfil Riesgo Elevado

Coordinación principal en el proceso:

Centro Educativo Agente Tutor/ Policía Municipal SAJIAD

Centro de Acogimiento Residencial CAM Centro Atención Primaria

CMS Técnico de Absentismo Asociación /ONG Otros

ESPECIFICAR CENTRO Y PERSONA:

Objetivos de inicio

Vincular Captar

Motivar a la intervención según perfil

COORDINACIÓN CON ORIENTADOR/A FAMILIAR Si No

Existencia de aspectos relevantes (si procede destacar)

ANEXO 3. Contrato de Intervención

CONTRATO DE INTERVENCIÓN 24 AÑOS O MENOS	Centro de Atención a las Adicciones (CAD) de:
Nombre:	
Apellidos:	DNI/NIE/Ppte.:
Fecha de nacimiento:	Nº Exp.:

Este documento tiene como objetivo informar a las personas atendidas sobre sus derechos y deberes:

DERECHOS:

Las personas atendidas tendrán derecho a:

- Ser respetadas en su personalidad, dignidad e intimidad.
- A la información verbal o por escrito de su programa de intervención.
- A la confidencialidad de toda la información relativa a su proceso.
- A solicitar informe sobre su programa de intervención.
- A recibir información sobre si su programa de intervención pudiera formar parte de una investigación.
- A la participación de su madre, padre o tutor/a.
- A conocer el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su atención.

Como garantía de todos los anteriores, se dispone de hojas de reclamaciones y sugerencias.

DEBERES:

Las personas atendidas deberán cumplir los siguientes deberes:

- Acudir a las citas fijadas por el equipo profesional que le atiende.
- A criterio profesional podrán realizarse actividades grupales.
- Respetar al personal y al resto de personas atendidas, así como a los recursos y normas de funcionamiento del CAD.

Firma de la persona atendida

Firma de padre/madre o
tutor/a

Firma de profesional

En Madrid,

Sello del CAD

ANEXO 4. Autorización de Información a Terceros

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN A TERCEROS

Por la presente autoriza a que su familia o personas que designe sean informadas de la evolución en el tratamiento, incluido el resultado de los controles toxicológicos.

Madrid, _____

Fdo. _____

DNI / PASAPORTE Nº _____

PERSONAS AUTORIZADAS:

Nombre y apellidos	Relación	DNI / PASAPORTE

Protección de datos de carácter personal: INFORMACIÓN BÁSICA Los datos recabados serán incorporados y tratados en la actividad de tratamiento "Atención integral a las adicciones", cuya finalidad es desarrollar programas de atención integral destinados a personas con adicciones o en riesgo de desarrollarlas, a través de una evaluación biopsicosocial para realizar el tratamiento y seguimiento adecuado a cada persona. Es responsabilidad de la Gerencia de Madrid Salud, sita en Avenida del Mediterráneo 62, CP: 28007, ante quien las personas afectadas podrán ejercer sus derechos. Al firmar este contrato terapéutico la persona interesada presta su consentimiento para la utilización de sus datos en esta actividad de tratamiento. Los datos no podrán ser cedidos a terceros salvo en los supuestos previstos en la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal.

Delegación de Protección de Datos: Dirección General de Transparencia, Administración Electrónica y Calidad C/Alcalá, 45, 1ª Planta, 28014 Madrid. Correo electrónico oficprotecciondatos@madrid.es

INFORMACIÓN ADICIONAL disponible en Administración del Centro

Av. del Mediterráneo, 62- 5ª planta, Madrid, 28007 –msservicioadicciones@madrid.es

ANEXO 5. Contrato Personas Sancionadas

CONTRATO DE INTERVENCIÓN (personas sancionadas por L.O.4/2015)	Centro de Atención a las Adicciones (CAD) de
Nombre:	Apellidos:
DNI/Ppte.:	Nº expediente sancionador:

1.- INTRODUCCIÓN.

Este contrato tiene como objetivo principal establecer un marco de relaciones entre las personas sancionadas por la Ley Orgánica 4/2015, que se acogen a su disposición adicional 5ª, y el CAD.

2.- DERECHOS.

Las personas sancionadas tendrán derecho a:

- Ser respetadas en su personalidad, dignidad e intimidad.
- A la información verbal o por escrito de su programa de intervención.
- A la confidencialidad de toda la información relativa a su proceso.
- A que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de su proceso y pueda solicitar informe de este. A ser informado si su modelo de intervención pudiera formar parte de un proyecto de investigación. A la participación de su madre, padre o tutor/a.
- A conocer el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su atención.

Como garantía de todos los anteriores, se dispone de hojas de reclamaciones y sugerencias.

3.- DEBERES.

Las personas sancionadas deberán cumplir los siguientes deberes:

- Acudir a las citas fijadas por el equipo profesional que le atiende. A criterio profesional podrán realizarse actividades grupales.
- Respetar al personal y al resto de personas usuarias del centro; así como los recursos y normas de funcionamiento del centro.

Con la firma de este contrato autorizo al centro a emitir y enviar los informes necesarios para la tramitación del expediente sancionador.

Una vez leído el presente contrato en el que se reflejan los derechos y deberes adquiridos por las partes, se firma en Madrid, a

Firma de la persona sancionada

Firma del padre/madre o tutor/a

Firma de profesional

Sello del CAD

Protección de datos de carácter personal: INFORMACIÓN BÁSICA Los datos recabados serán incorporados y tratados en la actividad de tratamiento "Atención integral a las adicciones", cuya finalidad es desarrollar programas de atención integral destinados a personas con adicciones o en riesgo de desarrollarlas, a través de una evaluación biopsicosocial para realizar el tratamiento y seguimiento adecuado a cada persona. Es responsabilidad de la Gerencia de Madrid Salud, sita en Avenida del Mediterráneo 62, CP: 28007, ante quien las personas afectadas podrán ejercer sus derechos. Al firmar este contrato terapéutico la persona interesada presta su consentimiento para la utilización de sus datos en esta actividad de tratamiento. Los datos no podrán ser cedidos a terceros salvo en los supuestos previstos en la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal.

**INFORMACIÓN ADICIONAL
disponible en Administración del centro**

ANEXO 6. IVRA Madrid Salud - Sustancias

		Mujer		Hombre	
		< 18	> 18	< 18	> 18
CONDUCTA PROBLEMA		PUNTUACIÓN			
Consumo de sustancias	Circunstancias de riesgo, sin consumo	0	0	0	0
	Consumo esporádico de menos de 12 meses	2	1	1	1
	Consumo esporádico de más de 12 meses de evolución	3	2	2	2
	Consumo continuado de menos de 12 meses de evolución	4	3	3	2
	Consumo continuado de más de 12 meses de evolución	4	4	4	3
	Consumo diario	4	4	4	4
HÁBITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS		PUNTUACIÓN			
Actividad principal	Conservada	0	0	0	0
	Alterada de forma NO significativa	1	1	1	1
	Alterada de forma Significativa	2	2	2	2
	Abandono de la actividad principal	3	3	3	3
Hábitos de vida	Hábitos de vida conservados	0	0	0	0
	Hábitos de vida alterados	1	1	1	1
	Hábitos de vida NO conservados	2	2	2	2
Ocio y tiempo libre	Tiene actividades de ocio saludables	0	0	0	0
	NO tiene actividades de ocio	1	1	1	1
	Tiene actividades de ocio no saludables o de riesgo	2	2	2	2
RELACIONES PERSONALES		PUNTUACIÓN			
Relaciones familiares	Adecuadas	0	0	0	0
	De riesgo / familiar cercano consume	2	2	2	2
Relaciones personales (grupo de iguales)	Adecuadas	0	0	0	0
	De riesgo / grupo de iguales consume	2	2	2	2
Relaciones afectivo-sexuales	Adecuadas	0	0	0	0
	Con riesgo / pareja consume	2	2	2	2
SITUACIÓN LEGAL (No sanción administrativa Ley 4/2015)		PUNTUACIÓN			
NO tiene problemas legales		0	0	0	0
Tiene problemas legales		3	3	2	2
ESTADO EMOCIONAL BASAL		PUNTUACIÓN			
Estado emocional normal		0	0	0	0
Estado de ánimo moderadamente alterado		1	1	2	2
Estado de ánimo gravemente alterado		4	4	4	4
PSICOPATOLOGÍA		PUNTUACIÓN			
NO hay Psicopatología confirmada		0	0	0	0
Hay Psicopatología confirmada		4	4	4	4

CRITERIOS DE RIESGO ELEVADO / DERIVACIÓN	SÍ/NO	
Hay sospecha/ indicios psicopatología		La existencia de uno de estos criterios implica cita directa con facultativo (Medicina/Psicología)
Hay sospecha/ indicios de abuso/s sexual/es		
Hay sospecha/ indicios maltrato físico y/o psicológico		

PERFIL RIESGO LEVE		PERFIL RIESGO MODERADO		PERFIL RIESGO ELEVADO	
CONDUCTA PROBLEMA	RESTO	CONDUCTA PROBLEMA	RESTO	CONDUCTA PROBLEMA	RESTO
0	0-8	0	>8		
1	0-6	1	>6		
2	0-4	2	4-8	2	>8
		3	0-4	3	>4
		4	0	4	>0

ANEXO 7. Descripción Criterios IVRA Madrid Salud - Sustancias

CONDUCTA PROBLEMA:

- **CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO, SIN CONSUMO:** La persona no consume, aunque haya tenido algún consumo puntual/anecdótico o esté en entornos de consumo.
- **CONSUMO EXPORÁDICO DE MENOS DE 12 MESES DE EVOLUCIÓN:** Consumo que ocurre de manera aislada, de forma casual y ocasional, sin patrón definido desde hace menos de 12 meses.
- **CONSUMO EXPORÁDICO DE MÁS DE 12 MESES DE EVOLUCIÓN:** Consumo que ocurre de manera aislada, de forma casual y ocasional, sin patrón definido desde hace más de 12 meses.
- **CONSUMO CONTINUADO DE MENOS DE 12 MESES DE EVOLUCIÓN:** Consumo que dura y se extiende y sigue un patrón desde hace menos de 12 meses.
- **CONSUMO CONTINUADO DE MÁS DE 12 MESES DE EVOLUCIÓN:** Consumo que dura y se extiende y sigue un patrón desde hace más de 12 meses.
- **CONSUMO DIARIO**

HÁBITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS:

Aquella actividad o costumbre que ocurre se hace o se repite todos los días, de forma habitual o usual (engloba actividad principal y actividades cotidianas).

- **ACTIVIDAD PRINCIPAL:** Actividad más importante, es la actividad que conforma el eje central dentro del conjunto de las actividades diarias de cumplimiento y responsabilidad (trabajo, estudios). Constituye lo primero en estimación o importancia dentro de un conjunto de las actividades.
 - **Actividad principal conservada:** esta se desarrolla adecuadamente en cuanto a horarios, asistencia y rendimiento.
 - **Actividad principal alterada de forma no significativa:** existe alguna incidencia aislada en cuanto al desarrollo de la actividad principal (horarios, asistencia, etc.), pero esta actividad no está comprometida.
 - **Actividad principal esta alterada de forma significativa:** el desarrollo y cumplimiento de la actividad principal está afectado de forma importante por la conducta problema.
 - **Abandono de la actividad principal:** La persona ha abandonado sus estudios y/o su trabajo.
- **HÁBITOS DE VIDA:** Práctica habitual dentro de las actividades de la vida diaria (sueño, alimentación, higiene personal, etc.).

- **Hábitos de vida conservados:** Mantiene horarios de sueño y alimentación, así como su higiene personal.
- **Hábitos de vida alterados:** Aparece alguna alteración dentro de las actividades básicas (sueño, alimentación, higiene personal, etc.) o instrumentales (gestión de responsabilidades, participación de las tareas del hogar, usos medios de transporte y comunicación, etc.) de la vida diaria.
- **Hábitos de vida no conservados:** Tanto las actividades básicas como instrumentales están alteradas de forma significativa.
- **OCIO Y TIEMPO LIBRE:** Actividad realizada durante el tiempo libre o de descanso de las ocupaciones habituales, se utiliza como distracción, debiendo ser voluntaria y satisfactoria, llevada a cabo en individual, grupal y o en pareja.
 - Tiene actividades de ocio saludables.
 - No tiene actividades de ocio.
 - Tiene actividades de ocio no saludables o de riesgo.

RELACIONES PERSONALES:

- **Relaciones familiares:** Trato con las personas que conforman su familia o con las que convive o tiene un proyecto de vida en común.
 - Adecuadas
 - De riesgo / familiar cercano consume: se valorará el mismo nivel de riesgo de uso de sustancias tanto si las relaciones familiares son de riesgo o conflictivas como si algún familiar cercano consume.
- **Relaciones entre iguales:** Trato o relación con personas de su entorno socio relacional y de ocio (amigos/as, compañeros/as, pareja, etc.)
 - Adecuadas.
 - De riesgo / grupo de iguales consume: se valorará el mismo nivel de riesgo de uso de sustancias tanto si las relaciones con iguales son de riesgo como si consumen.
- **Relaciones afectivo-sexuales:** Trato o relación con una persona con la que se mantiene una relación de pareja de carácter afectivo - sexual. Encuentros sexuales de carácter esporádico / ocasional con persona o personas, incorporando o no prácticas de riesgo.
 - Adecuadas
 - De riesgo / pareja consume: se valorará el mismo nivel de riesgo de uso de sustancias tanto si las relaciones con la pareja son de riesgo o conflictivas como si la pareja consume.

SITUACIÓN LEGAL: Se tiene en cuenta cualquier problema legal salvo sanciones contempladas en la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de Protección de la Seguridad Ciudadana (p. ej. Tenencia ilícita de drogas o sustancias en menores, consumo de alcohol en la vía pública, etc.).

- **NO tiene problemas legales.**
- **Tiene problemas legales.**

ESTADO EMOCIONAL BASAL: Hace referencia al estado de sus emociones y sentimientos y la disposición mental o psíquica.

- **Estado emocional normal** con reactividad ajustada que no interfiere con su vida.
- **Estado de ánimo moderadamente alterado** con reactividad desajustada/inadecuada que se manifiesta de forma puntual interfiriendo moderadamente en su vida.
- **Estado de ánimo gravemente alterado** con reactividad completamente desajustada que interfiere de manera significativa en su vida

PSICOPATOLOGÍA:

- **No hay Psicopatología confirmada:** NO existe un diagnóstico de salud mental ni historia previa confirmada de atención en servicios de salud mental públicos o privados.
- **Hay Psicopatología confirmada:** Existe un diagnóstico de salud mental o historia previa confirmada de atención en servicios de salud mental públicos o privados.

CRITERIOS DE RIESGO ELEVADO- DERIVACIÓN:

La existencia de sospechas o indicios de algún criterio de Riesgo Elevado implica cita directa con el facultativo correspondiente (Medicina/Psicología).

- Hay sospecha/ indicios psicopatología.
- Hay sospecha/ indicios de abuso/s sexual/es.
- Hay sospecha/ indicios maltrato físico y/o psicológico.

Importante: dado el daño psicológico que pueden entrañar los abusos físicos, sexuales y psicológicos, la sospecha o indicio se concluirá únicamente de lo referido por el/a adolescente o joven SIN EXPLORACIÓN O BÚSQUEDA DIRECTA de dichas dificultades por parte de el/la profesional por el daño que la revictimización pueda generarle.

ANEXO 8. IVRA Madrid Salud - Juego

		Mujer		Hombre	
		< 18	> 18	< 18	> 18
CONDUCTA PROBLEMA		Puntuación			
Uso juegos de azar	No utiliza juegos de azar	0	0	0	0
	Uso esporádico de juegos de azar	2	2	2	1
	Uso de juegos de azar con frecuencia sostenida sin pérdida de control	4	3	3	2
	Uso de juegos de azar con frecuencia sostenida y con pérdida del control de esta conducta, que se mantiene a pesar de las consecuencias negativas (repercusiones severas en actividad principal, frecuentes tensiones familiares, abandono de otras relaciones personales y de actividades de ocio, deudas, etc.).	4	4	4	4
HABITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS		Puntuación			
Actividad principal	Conservada	0	0	0	0
	Alterada de forma NO significativa	2	2	1	1
	Alterada de forma Significativa	3	3	2	2
	Abandono de la actividad principal	3	3	3	3
Hábitos de vida	Hábitos de vida conservados	0	0	0	0
	Hábitos de vida alterados	2	2	1	1
	Hábitos de vida NO conservados	2	2	2	2
Ocio y tiempo libre	Tiene otras actividades de ocio diferentes al juego	0	0	0	0
	Tiene escasas actividades de ocio diferentes a aquellas ligadas al juego o el ocio no ligado al juego es de riesgo	2	2	1	1
	La única actividad de ocio es a través de juego	2	2	2	2
RELACIONES PERSONALES		Puntuación			
Relaciones familiares	Adecuadas	0	0	0	0
	De riesgo / familiar cercano juega	2	2	2	2
Relaciones grupo de iguales	Adecuadas	0	0	0	0
	No tiene	1	1	1	1
	De riesgo / grupo de iguales juega	2	2	2	2
Relaciones afectivas / pareja	Adecuadas	0	0	0	0
	De riesgo / pareja juega	2	2	2	2
GASTO ECONOMICO (Relacionado con juego)		Puntuación			
NO hay gasto económico significativo / El gasto no supone una inversión económica impulsiva y recurrente (independientemente del poder adquisitivo) (solo mayores de edad)		1	0	1	0
Hay gasto económico significativo que no llega a ser excesivo y recurrente pero donde una parte importante del dinero destinado a otras áreas es dirigida al juego (p. ej., paga, dinero para comidas o salir con los amigos/as)		2	2	2	1
Hay un gasto económico excesivo / desautorizado / impulsivo y recurrente (independientemente del poder adquisitivo) en el que la mayor parte o todo el dinero disponible es dirigido al juego sin que se incurra en deudas o conductas de riesgo		4	3	3	2
Hay gasto excesivo / desautorizado / impulsivo y recurrente que conlleva deudas o conductas inadecuadas para la consecución de dinero (p. ej., robo, hurtos, venta de objetos personales de valor, pedir dinero a prestamistas, etc.)		4	4	4	4
ESTADO EMOCIONAL BASAL		Puntuación			
Estado emocional normal		0	0	0	0
Estado de ánimo moderadamente alterado		1	1	2	2
Estado de ánimo gravemente alterado		2	2	2	2
PSICOPATOLOGÍA		Puntuación			
NO hay Psicopatología confirmada		0	0	0	0
Hay Psicopatología confirmada		4	4	4	4



CRITERIOS DE RIESGO ELEVADO - DERIVACIÓN	SÍ/NO	
Hay sospecha/ indicios psicopatología		La existencia de unos de estos criterios implica cita directa con facultativo (Medicina/Psicología)
Hay sospecha/ indicios de abuso/s sexuales		
Hay sospecha/ indicios maltrato físico y/o psicológico		
Falta de control, juego de forma compulsiva		
Ansiedad ante pensamientos relacionados con el juego		

PERFIL RIESGO LEVE		PERFIL RIESGO MODERADO		PERFIL RIESGO ELEVADO	
CONDUCTA PROBLEMA	RESTO	CONDUCTA PROBLEMA	RESTO	CONDUCTA PROBLEMA	RESTO
0	0-8	0	>8		
1	0-6	1	>6		
2	0-4	2	4-8	2	>8
		3	0-4	3	>4
		4	0	4	>0

ANEXO 9. Descripción criterios IVRA Madrid Salud - Juego

CONDUCTA PROBLEMA:

- **NO UTILIZA JUEGOS DE AZAR.**
- **USO ESPORÁDICO DE JUEGOS DE AZAR:** El uso de los juegos de azar es puntual, no sigue un patrón y no interfiere con las actividades diarias de la persona, conservando relaciones y actividades de ocio. Puede estar relacionado con el uso cultural, relacional o de ocio (no estudios, ni trabajo) pero no excede en tiempo y/o frecuencia por lo que no interfiere con las demás actividades del individuo (horarios, comidas, aseo, ocio no relacionado con el juego de azar, etc.).
- **USO DE JUEGOS DE AZAR CON FRECUENCIA SOSTENIDA SIN PÉRDIDA DE CONTROL:** El uso de juego de azar es excesivo de forma continuada y mantenida en el tiempo. En este caso, no existe pérdida de control por lo que el tiempo dedicado al juego no es mayoritario, pero va invadiendo de forma progresiva los tiempos dedicados a las relaciones (familiares y personales) y actividades de ocio. La persona puede mostrar interrupciones o reducción del patrón de juego en algunos momentos.
- **USO DE JUEGOS DE AZAR CON FRECUENCIA SOSTENIDA Y CON PÉRDIDA DEL CONTROL DE ESTA CONDUCTA, QUE SE MANTIENE A PESAR DE LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS (REPERCUSIONES SEVERAS EN ACTIVIDAD PRINCIPAL, FRECUENTES TENSIONES FAMILIARES, ABANDONO DE OTRAS RELACIONES PERSONALES Y DE ACTIVIDADES DE OCIO, DEUDAS, ETC.):** El uso de juego de azar es excesivo de forma continuada y mantenida en el tiempo y se observa un patrón de juego sostenido y recurrente que la persona no detiene o reduce pese a sus consecuencias. El aumento de la importancia/prioridad dada al uso del juego de azar se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria sobre los que repercute negativamente de manera importante (impacto negativo en la actividad principal, familia, pareja, iguales, ocio, aparición de deudas, conductas problemáticas para conseguir dinero, etc.).

HÁBITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS:

Aquella actividad o costumbre que ocurre se hace o se repite todos los días, de forma habitual o usual (engloba actividad principal y actividades cotidianas).

- **ACTIVIDAD PRINCIPAL:** Actividad más importante, es la actividad que conforma el eje central dentro del conjunto de las actividades diarias de cumplimiento y responsabilidad (trabajo, estudios). Constituye lo primero en estimación o importancia dentro de un conjunto de las actividades.
 - **Actividad principal conservada:** esta se desarrolla adecuadamente en cuanto a horarios, asistencia y rendimiento.

- **Actividad principal alterada de forma no significativa:** existe alguna incidencia aislada en cuanto al desarrollo de la actividad principal (horarios, asistencia, etc.), pero esta actividad no está comprometida.
- **Actividad principal esta alterada de forma significativa:** el desarrollo y cumplimiento de la actividad principal está afectado de forma importante por la conducta problema.
- **Abandono de la actividad principal:** La persona ha abandonado sus estudios y/o su trabajo.
- **HÁBITOS DE VIDA:** Práctica habitual dentro de las actividades de la vida diaria (sueño, alimentación, higiene personal, etc.).
 - **Hábitos de vida conservados:** Mantiene horarios de sueño y alimentación, así como su higiene personal.
 - **Hábitos de vida alterados:** Aparece alguna alteración dentro de las actividades básicas (sueño, alimentación, higiene personal, etc.) o instrumentales (gestión de responsabilidades, participación de las tareas del hogar, uso de medios de transporte y comunicación, etc.) de la vida diaria.
 - **Hábitos de vida no conservados:** Tanto las actividades básicas como instrumentales están alteradas de forma significativa.
- **OCIO Y TIEMPO LIBRE:** Actividad realizada durante el tiempo libre o de descanso de las ocupaciones habituales, se utiliza como distracción, debiendo ser voluntaria y satisfactoria, llevada a cabo en individual, grupal y o en pareja.
 - Tiene otras actividades de ocio diferentes al juego de azar.
 - Tiene escasas actividades de ocio diferentes a aquellas ligadas al juego o el ocio no ligado al juego es de riesgo.
 - La única actividad de ocio es a través del juego.

RELACIONES PERSONALES

- **Relaciones familiares:** Trato con las personas que conforman su familia o con las que convive o tiene un proyecto de vida en común.
 - Adecuadas.
 - De riesgo / padre y/o madre juega: se valorará el mismo nivel de riesgo de juego de azar tanto si las relaciones familiares son de riesgo o conflictivas como si algún familiar cercano juega.
- **Relaciones entre iguales:** Trato o relación con personas de su entorno socio relacional y de ocio (amigos/as, compañeros/as, pareja, etc)

- Adecuadas.
- No tiene.
- De riesgo / grupo de iguales juega: se valorará el mismo nivel de riesgo de juego de azar tanto si las relaciones con iguales son de riesgo como si los iguales de su entorno social juegan.
- **Relaciones afectivo-sexuales:** Trato o relación con una persona con la que se mantiene una relación de pareja de carácter afectivo - sexual. Encuentros sexuales de carácter esporádico / ocasional con persona o personas, incorporando o no prácticas de riesgo.
 - Adecuadas.
 - De riesgo / pareja juega: se valorará el mismo nivel de riesgo de juego de azar tanto si las relaciones con la pareja son de riesgo o conflictivas como si la pareja juega.

GASTO ECONÓMICO

- NO hay gasto económico significativo / El gasto no supone una inversión económica impulsiva y recurrente (independientemente del poder adquisitivo) solo mayores de edad, ya que en menores de 18, al ser ilegal, si pondera.
- Hay gasto económico significativo que no llega a ser excesivo y recurrente pero donde una parte importante del dinero destinado a otras áreas es dirigida al juego (p. ej., paga, dinero para comidas o salir con los amigos/as):
 - Es un gasto que NO va más allá de lo normal o razonable y NO se realiza con cierta frecuencia o de manera reiterativa.
 - En adolescentes o mayores de edad no emancipados puede ser dinero de la paga, pequeños ahorros o dinero disponible para la realización de otras actividades como ocio. En mayores de edad o adolescentes con un salario, puede hacer referencia a una parte no excesiva del dinero disponible en función del poder adquisitivo.
- Hay un gasto económico excesivo / desautorizado / impulsivo y recurrente (independientemente del poder adquisitivo) en el que la mayor parte o todo el dinero disponible es dirigido al juego sin que se incurra en deudas o conductas de riesgo
 - El gasto en juegos de azar va más allá de lo normal o razonable, es desmedido e irreflexivo y se realiza con cierta frecuencia o de manera iterativa. En el caso de adolescentes o personas no emancipadas, se puede estar realizando pese a no estar autorizado.
 - El gasto es alto con respecto al dinero disponible pero no llega a suponer



problemas de deudas ni se producen conductas inadecuadas para conseguir más dinero.

- **Hay gasto excesivo / desautorizado / impulsivo y recurrente que conlleva deudas o conductas inadecuadas para la consecución de dinero (p. ej., robo, hurtos, venta de objetos personales de valor, pedir dinero a prestamistas, etc.)**
 - El gasto en juegos de azar va más allá de lo normal o razonable, es desmedido e irreflexivo y se realiza con cierta frecuencia o de manera iterativa. En el caso de adolescentes o personas no emancipadas, se puede estar realizando pese a no estar autorizado.
 - El gasto en juego de azar conlleva problemas económicos (i.e., deudas) o conductas inadecuadas para conseguir dinero que cubra el juego (robos, hurtos, venta de objetos personales de valor, pedir dinero a prestamistas, etc.).

ESTADO EMOCIONAL BASAL: Hace referencia al estado de sus emociones y sentimientos y la disposición mental o psíquica.

- **Estado emocional normal** con reactividad ajustada que no interfiere con su vida.
- **Estado de ánimo moderadamente alterado** con reactividad desajustada/ inadecuada que se manifiesta de forma puntual interfiriendo moderadamente en su vida.
- **Estado de ánimo gravemente alterado** con reactividad completamente desajustada que interfiere de manera significativa en su vida

PSICOPATOLOGÍA

- **No hay Psicopatología confirmada:** NO existe un diagnóstico de salud mental ni historia previa confirmada de atención en servicios de salud mental públicos o privados.
- **Hay Psicopatología confirmada:** Existe un diagnóstico de salud mental o historia previa confirmada de atención en servicios de salud mental públicos o privados.

CRITERIOS DE RIESGO ELEVADO - DERIVACIÓN

La existencia de sospechas o indicios de un criterio de Riesgo Elevado implica cita directa con el facultativo correspondiente (Medicina/Psicología).

- Hay sospecha/ indicios psicopatología.
- Hay sospecha/ indicios de abuso/s sexual/es.
- Hay sospecha/ indicios maltrato físico y/o psicológico.

- Falta de control, juego de forma compulsiva.
- Ansiedad ante pensamientos relacionados con el juego.

Importante: dado el daño psicológico que pueden entrañar los abusos físicos, sexuales y psicológicos, la sospecha o indicio se concluirá únicamente de lo referido por el/la adolescente o joven SIN EXPLORACIÓN O BÚSQUEDA DIRECTA de dichas dificultades por parte del/a profesional por el daño que la revictimización pueda generarle.

ANEXO 10. IVRA Madrid Salud - TIC

		Mujer		Hombre	
		< 18	> 18	< 18	> 18
CONDUCTA PROBLEMA (Valorar sólo la conducta predominante)		PUNTUACIÓN			
Uso de redes sociales					
	Uso ajustado de redes sociales	0	0	0	0
	Uso de redes sociales con frecuencia sostenida que NO interfiere (horarios/actividades /autocuidado)	1	1	1	1
	Uso con frecuencia sostenida, pero sin pérdida de control que SI interfiere (horarios/actividades /autocuidado)	2	2	3	2
	Uso de redes sociales con frecuencia sostenida y con pérdida del control de esta conducta, que se mantiene a pesar de las consecuencias negativas (repercusiones severas en actividad principal, frecuentes tensiones familiares, abandono de otras relaciones personales y de las actividades de ocio no digitales, etc.).	4	3	4	4
Uso de videojuegos					
	Uso ajustado de videojuegos	0	0	0	0
	Uso de videojuegos con frecuencia sostenida que NO interfiere (horarios/actividades /autocuidado)	1	1	1	1
	Uso con frecuencia sostenida, pero sin pérdida de control que SI interfiere (horarios/actividades /autocuidado)	3	2	2	2
	Uso de videojuegos con frecuencia sostenida y con pérdida del control de esta conducta, que se mantiene a pesar de las consecuencias negativas (repercusiones severas en actividad principal, frecuentes tensiones familiares, abandono de otras relaciones personales y de las actividades de ocio no digitales, etc.).	4	4	4	3
Otros usos de TIC (móvil, tablet, ordenador)					
	Uso ajustado de TIC	0	0	0	0
	Uso TIC con frecuencia sostenida que NO interfiere (horarios/actividades /autocuidado)	1	1	1	1
	Uso TIC con frecuencia sostenida, pero sin pérdida de control que SI interfiere (horarios/actividades /autocuidado)	2	2	2	2
	Uso de TIC con frecuencia sostenida y con pérdida del control de esta conducta, que se mantiene a pesar de las consecuencias negativas (repercusiones severas en actividad principal, frecuentes tensiones familiares, abandono de otras relaciones personales y de las actividades de ocio no digitales, etc.).	4	3	4	3
HABITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS		PUNTUACIÓN			
Actividad principal	Conservada	0	0	0	0
	Alterada de forma NO significativa	1	1	1	1
	Alterada de forma Significativa	2	2	2	2
	Abandono de la actividad principal	3	3	3	3
Hábitos de vida	Hábitos de vida conservados	0	0	0	0
	Hábitos de vida alterados	1	1	1	1
	Hábitos de vida NO conservados	2	2	2	2
Ocio y tiempo libre	Tiene otras actividades de ocio diferentes a las digitales	0	0	0	0
	Tiene escasas actividades de ocio diferentes a las digitales o el ocio no digital es de riesgo	1	1	1	1
	La única actividad de ocio es a través de TIC	2	2	2	2
RELACIONES PERSONALES		PUNTUACIÓN			
Relaciones familiares	Adecuadas	0	0	0	0
	De riesgo	2	2	2	2
Relaciones grupo de iguales	Adecuadas	0	0	0	0
	No tiene	1	1	1	1
	De riesgo / Solo tiene grupo de iguales digital	2	2	2	2
Relaciones afectivo-sexuales	Adecuadas	0	0	0	0
	De riesgo	2	2	2	2
GASTO ECONOMICO (Relacionado con el uso de TIC)		PUNTUACIÓN			
NO hay gasto económico / El gasto que se realiza es conocido y autorizado (menores o mayores no emancipados) / El gasto no supone una inversión económica impulsiva y recurrente (independientemente del poder adquisitivo)		0	0	0	0
Hay un gasto económico excesivo / desautorizado / impulsivo y recurrente (independientemente del poder adquisitivo)		2	2	2	2
ESTADO EMOCIONAL BASAL		PUNTUACIÓN			
Estado emocional normal		0	0	0	0
Estado de ánimo moderadamente alterado		1	1	2	2
Estado de ánimo gravemente alterado		2	2	2	2
PSICOPATOLOGÍA		PUNTUACIÓN			
NO hay Psicopatología confirmada		0	0	0	0
Hay Psicopatología confirmada		4	4	4	4

CRITERIOS DE RIESGO ELEVADO - DERIVACIÓN	SÍ/NO	
Hay sospecha/ indicios psicopatología		La existencia de unos de estos criterios implica cita directa con facultativo (Medicina/Psicología)
Hay sospecha/ indicios de abuso/s sexual/es		
Hay sospecha/ indicios maltrato físico y/o psicológico		
Estado disociativo en el que existe confusión entre el mundo virtual (yo-digital) y la realidad (yo-real)		

PERFIL RIESGO LEVE		PERFIL RIESGO MODERADO		PERFIL RIESGO ELEVADO	
CONDUCTA PROBLEMA	RESTO	CONDUCTA PROBLEMA	RESTO	CONDUCTA PROBLEMA	RESTO
0	0-8	0	>8		
1	0-6	1	>6		
2	0-4	2	4-8	2	>8
		3	0-4	3	>4
		4	0	4	>0

ANEXO 11. Descripción Criterios IVRA Madrid Salud -TIC

CONDUCTA PROBLEMA:

- **USO AJUSTADO DE TIC** El uso de TIC está relacionado con las actividades de la persona (estudios y trabajo) y con las relaciones sociales y familiares. El uso relacional o de ocio (no estudios, ni trabajo) no excede en tiempo y/o frecuencia por lo que no interfiere con las demás actividades del individuo (horarios, comidas, aseo, ocio no digital, etc.). Se podría decir que existe una adecuación entre el tiempo utilizado para el uso de TIC y las actividades diarias de la persona, conservando relaciones presenciales y actividades offline.
- **USO TIC CON FRECUENCIA SOSTENIDA QUE NO INTERFIERE (HORARIOS/ ACTIVIDADES /AUTOCUIDADO):** El uso de TIC y/o el tiempo destinado a preparar u organizar dicho uso es excesivo de forma continuada y mantenida en el tiempo, pero no interfiere en los tiempos dedicados a las relaciones presenciales (familiares y personales) y actividades offline. Puede observarse una falsa percepción del tiempo dedicado (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto).
- **USO TIC CON FRECUENCIA SOSTENIDA QUE SÍ INTERFIERE (HORARIOS/ ACTIVIDADES /AUTOCUIDADO):** El uso de TIC y/o el tiempo destinado a preparar u organizar dicho uso es excesivo de forma continuada y mantenida en el tiempo. En este caso, no existe pérdida de control por lo que el tiempo dedicado a las TIC no es mayoritario, pero va invadiendo de forma progresiva la vida de la persona. Se observa un aumento de la importancia/prioridad dada al uso de TIC que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria sobre los que repercute negativamente. La persona puede mostrar interrupciones o reducción del patrón de uso de TIC en algunos momentos.
- **USO TIC CON PÉRDIDA DEL CONTROL DE ESTA CONDUCTA A PESAR DE SUS CONSECUENCIAS NEGATIVAS:** El uso de TIC y/o el tiempo destinado a preparar u organizar dicho uso es excesivo de forma continuada y mantenida en el tiempo y la persona no lo detiene o reduce pese a sus consecuencias. El aumento de la importancia/prioridad dada a organizar, preparar o usar las TIC se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria sobre los que repercute negativamente de manera importante (repercusiones severas en actividad principal, frecuentes tensiones/conflictos familiares, abandono de otras relaciones personales y de las actividades de ocio no digitales, etc.).

HÁBITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS:

Aquella actividad o costumbre que ocurre se hace o se repite todos los días, de forma habitual o usual (Engloba actividad principal y actividades cotidianas)

- **ACTIVIDAD PRINCIPAL:** Actividad más importante, es la actividad que conforma el eje central dentro del conjunto de las actividades diarias de cumplimiento y responsabilidad (trabajo, estudios). Constituye lo primero en estimación o importancia dentro de un conjunto de las actividades.
 - **Actividad principal conservada:** esta se desarrolla adecuadamente en cuanto a horarios, asistencia y rendimiento.
 - **Actividad principal alterada de forma no significativa:** existe alguna incidencia aislada en cuanto al desarrollo de la actividad principal (horarios, asistencia, etc.), pero esta actividad no está comprometida.
 - **Actividad principal esta alterada de forma significativa:** el desarrollo y cumplimiento de la actividad principal está afectado de forma importante por la conducta problema.
 - **Abandono de la actividad principal:** La persona ha abandonado sus estudios y/o su trabajo.
- **HÁBITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS:** Práctica habitual dentro de las actividades de la vida diaria (sueño, alimentación, higiene personal, etc.). Pueden aparecer:
 - **Hábitos de vida conservados:** Mantiene horarios de sueño y alimentación, así como su higiene personal.
 - **Hábitos de vida alterados:** Aparece alguna alteración dentro de las actividades básicas (sueño, alimentación, higiene personal, etc.) o instrumentales (gestión de responsabilidades, participación de las tareas del hogar, uso de medios de transporte y comunicación, etc.) de la vida diaria.
 - **Hábitos de vida no conservados:** Tanto las actividades básicas como instrumentales están alteradas de forma significativa.
- **ACTIVIDADES OCIO:** Actividad realizada durante el tiempo libre o de descanso de las ocupaciones habituales, se utiliza como distracción, debiendo ser voluntaria y satisfactoria, llevada a cabo en individual, grupal y o en pareja. En el caso de TIC puede aparecer:
 - Tiene actividades de ocio variadas diferentes a las digitales.
 - Tiene escasas actividades de ocio diferentes a las digitales o el ocio no digital es de riesgo (p. ej., grupos únicamente para salir de botellón).
 - La única actividad de ocio es a través de TIC.

RELACIONES PERSONALES

- **Relaciones familiares:** Trato con las personas que conforman su familia o con las que convive o tiene un proyecto de vida en común.



- Adecuadas.
- De riesgo. Padre / Madre u otro familiar cercano con conducta de Riesgo de Adicción.
- **Relaciones entre iguales:** Trato o relación con personas de su entorno socio relacional y de ocio (amigos, compañeros, pareja, etc.).
 - Adecuadas.
 - No tiene.
 - De riesgo / Solo tiene grupo de iguales digital o el grupo de iguales tiene conducta de Riesgo.
- **Relaciones afectivo-sexuales:** Trato o relación con una persona con la que se mantiene una relación de pareja de carácter afectivo - sexual. Encuentros sexuales de carácter esporádico / ocasional con persona o personas, incorporando o no prácticas de riesgo.
 - Adecuadas.
 - Alteradas o con riesgo. La pareja tiene conductas de Riesgo.

GASTO ECONÓMICO:

- **NO hay gasto económico** o el gasto económico que se evidencia:
 - Es conocido y autorizado (menores o mayores no emancipados)
 - El gasto no supone una inversión económica impulsiva y recurrente (independientemente del poder adquisitivo).
- **Hay un gasto económico excesivo / desautorizado / impulsivo y recurrente** (independientemente del poder adquisitivo).

ESTADO EMOCIONAL BASAL: Hace referencia al estado de sus emociones y sentimientos y la disposición mental o psíquica.

- **Estado emocional normal** con reactividad ajustada que no interfiere con su vida. También se observa una percepción/valoración adecuada y ajustada de sí mismo/a.
- **Estado de ánimo moderadamente alterado** con reactividad desajustada/inadecuada que se manifiesta de forma puntual interfiriendo moderadamente en su vida. De manera independiente o complementaria, muestra una percepción moderadamente negativa o distorsionada de sí mismo/a.
- **Estado de ánimo gravemente alterado** con reactividad completamente desajustada que interfiere de manera significativa en su vida. De manera

independiente o complementaria, muestra una percepción muy negativa o distorsionada de sí mismo/a.

PSICOPATOLOGÍA

- **No hay Psicopatología confirmada:** NO existe un diagnóstico de salud mental ni historia previa confirmada de atención en servicios de salud mental públicos o privados.
- **Hay Psicopatología confirmada:** Existe un diagnóstico de salud mental o historia previa confirmada de atención en servicios de salud mental públicos o privados.

CRITERIOS DE RIESGO ELEVADO - DERIVACIÓN

La existencia de sospechas o indicios de un criterio de Riesgo Elevado implica cita directa con el facultativo correspondiente (Medicina/Psicología).

- Hay sospecha/ indicios psicopatología.
- Hay sospecha/ indicios de abuso/s sexual/es.
- Hay sospecha/ indicios maltrato físico y/o psicológico.
- Estado disociativo en el que existe confusión entre el mundo virtual (yo-digital) y la realidad (yo-real).

Importante: dado el daño psicológico que pueden entrañar los abusos físicos, sexuales y psicológicos, la sospecha o indicio se concluirá únicamente de lo referido por el/a adolescente o joven SIN EXPLORACIÓN O BÚSQUEDA DIRECTA de dichas dificultades por parte del/a profesional por el daño que la revictimización pueda generarle.

ANEXO 12. Ficha SUPRA Objetivos

PERFIL	OBJETIVOS de TRABAJO	DESCRIPCIÓN OBJETIVOS SEGÚN CASO
CONDUCTA PROBLEMA Sustancias / TIC / J. de Azar	Aportar Información sobre sustancias / TIC / juegos de azar.	
	Aportar Información sobre Adolescencia / Vulnerabilidad.	
	Aportar Información sobre riesgos asociados al consumo de sustancias / uso abusivo de TIC / juegos de azar	
	Analizar el posicionamiento frente al consumo / uso abusivo de TIC / juegos de azar y su motivación para hacer cambios hacia la reducción o el abandono de la conducta problema.	
	Trabajar y desmontar lo mitos sobre sustancias y consumo / uso abusivo de TIC / juegos de azar.	
	Explicar en qué consiste el Proceso Adictivo y transmitir la fase en la que se encuentra.	
	Generar una conciencia de riesgo y una actitud crítica frente al consumo de sustancias / abuso de TIC / juegos de azar.	
	Identificar entornos o situaciones de riesgo.	
	Motivar a la intervención con otros/as profesionales del EAJ en caso necesario.	
ÁREAS AFECTADAS		
HÁBITOS Y ACTIVIDADES COTIDIANAS	Mantener / Motivar al cumplimiento de obligaciones y responsabilidades.	
	Mantener / Reestablecer / Establecer Hábitos y Rutinas.	
	Orientar / Fomentar / Reorientar alternativas de Ocio Saludables.	
RELACIONES PERSONALES:	Trabajar las habilidades de relación:	
	Asertividad.	
	Comunicación.	
	Presión de grupo.	

ESTADO EMOCIONAL BASAL:	Ponderar el grado de alteración del estado de ánimo (no salud mental).	
	Detección y valoración de los siguientes aspectos emocionales: <ul style="list-style-type: none"> - Autoestima. - Fortalezas y debilidades. - Capacidades. - Afrontamiento de estados emocionales. 	
	Detección y valoración de habilidades para la vida y frente al consumo: <ul style="list-style-type: none"> - Autocontrol y eficacia personal. - Autonomía y responsabilidad sobre sus actos. - Pensamiento crítico. - Capacidad para afrontar su propio proceso de cambio. - Estrategias para la toma de decisiones. - Habilidades para la resolución de conflictos. 	
	Reforzar la implicación personal en su proceso y los aspectos positivos existentes en su entorno social (grupo de iguales). Entrenamiento de herramientas personales.	
SITUACIÓN LEGAL:	Señalar y analizar con A/J las posibles consecuencias legales asociadas al consumo.	
	Ponderar los problemas legales relacionados con su consumo de drogas.	
	Atender a las personas A/J derivadas de SAJIAD : coordinación con referente legal del SAJIAD y devolución de la evolución del caso para los preceptivos informes.	
	Medidas judiciales: en las situaciones en las que intervenga un Técnico de Libertad Vigilada se debe realizar la derivación del caso a profesional de Trabajo Social del CAD para su coordinación con Técnico de Libertad Vigilada.	
PSICOPATOLOGÍA:	Si hay referencias de antecedentes de problemas de salud mental o sospecha pasar de forma inmediata a valoración por profesional de la Medicina / Psicología del CAD.	
	Casos con diagnóstico de TDHA: con carácter previo a iniciar la Valoración de Perfil del caso, es necesario confirmar siempre el diagnóstico a través del profesional Medicina/ Psicología del CAD.	

Bibliografía

- Affi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48(53), 385–391.
- Aguirre, A. Á., Alonso, C. M., Benavides, T. R., Lopez, G. K., Guzman, F. F., & Alonso, C. B. (2011). La prevención de adicciones desde el análisis evolucionario de Rodgers. *Ciencia Ergo Sum*, 17(33), 253–257.
- Aloi, M., Verrastro, V., Rania, M., Sacco, R., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., De Fazio, P., & Segura-Garcia, C. (2020). The Potential Role of the Early Maladaptive Schema in Behavioral Addictions Among Late Adolescents and Young Adults. *Frontiers in Psychology*, 10(13), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.03022>
- Andreassen, C. S., Billieux, J., GriPths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(23), 252–262. <https://doi.org/10.1037/adbo000160>
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (A. P. Association (ed.3; 5th ed.3).
- Arab, L. E., & Díaz, G. A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(13), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.001>
- Bányai, F., Zsila, Á., Király, O., Maraz, A., Elekes, Z., GriPths, M. D., Andreassen, C. S., & Demetrovics, Z. (2017). Problematic Social Media Use: Results from a Large-Scale Nationally Representative Adolescent Sample. *PLOS ONE*, 12(13), e0169839. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169839>
- Barrett, D. (2002). *Insights into gambling: Perspectives from self-identified problem gamblers*. Lakehead Univeristy.
- Bas-Peña, E. (2014). Educación social y formación en drogodependencias. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 14(13), 71–83. <https://doi.org/10.21134/haaj.v14i1.215>
- Bedregal, L. E., Carter Sobell, L., Sobell, M. B., & Simco, E. (2006). Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the RAGS. *Addictive Behaviors*, 31(23), 309–319. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.012>
- Beranuy, M., Machimbarrena, J. M., Vega-osós, M. A., Carbonell, X., GriPths, M. D., Pontes,

- H. M., & González-cabrera, J. (2020). Spanish validation of the internet gaming disorder scale–short form (IGDS9-SF3): Prevalence and relationship with online gambling and quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(53). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051562>
- Berástegui, A., Halty, A., & Pitillas, C. (2021). *Aprender seguros*. Narcea.
- Black, D. W., Shaw, M., Coryell, W., Crowe, R., McCormick, B., & Allen, J. (2015). Age at onset of DSM-IV pathological gambling in a non-treatment sample: Early- versus later-onset. *Comprehensive Psychiatry*, 60(33), 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.007>
- Brady, K. T., Grice, D. E., Dustan, L., & Randall, C. (1993). Gender differences in substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150(11), 1707–1711. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.11.1707>
- Bristow, L. A., Bilevicius, E., Stewart, S. H., Goldstein, A. L., & Keough, M. T. (2018). Solitary gambling mediates the risk pathway from anxiety sensitivity to excessive gambling: Evidence from a longitudinal ecological momentary assessment study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(6), 689–696. <https://doi.org/10.1037/adbo000395>
- Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. *Psychologia*, 19(5), 537–548.
- Buran Köse, Ö., & Doğan, A. (2019). The Relationship between Social Media Addiction and Self-Esteem among Turkish University Students. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6(1), 175–190. <https://doi.org/10.15805/addicta.2019.6.1.0036>
- Burge, A. N., Pietrzak, R. H., & Petry, N. M. (2006). Pre/Early Adolescent Onset of Gambling and Psychosocial Problems in Treatment-Seeking Pathological Gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 22(3), 263–274. <https://doi.org/10.1007/s10899-006-9015-7>
- Cabrera-Perona, V., Lloret-Irles, D., & Núñez Núñez, R. (2022). Early Detection of Gambling Among At-Risk Adolescents. Validation of EDGAR-A Scale. *Journal of Gambling Issues*, 49(January), 108–128. <https://doi.org/10.4309/jgi.2022.49.5>
- Calado, F., Alexandre, J., & GriPths, M. D. (2017). Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 397–424. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9627-5>
- Calvarro Castañeda, E., Galán Casado, D., & Andujar Molina, O. (2019). Los riesgos del uso inadecuado de Internet y las redes sociales. Conocimiento y percepción de riesgos en jóvenes a través de la historia de vida. *Universitas Tarraconensis. Revista de Ciències de l'Educació*, 1(1), 33. <https://doi.org/10.17345/ute.2019.1.2626>

- Canale, N., GriPths, M. D., Vieno, A., Siciliano, V., & Molinaro, S. (2016). Impact of Internet gambling on problem gambling among adolescents in Italy: Findings from a large-scale nationally representative survey. *Computers in Human Behavior*, 57(33), 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.12.020>
- Cancrini, L., & La Rosa, C. (1996). *La caja de Pandora. Manual de Psiquiatría y Psicopatología*. Paidós.
- Carceller-Maicas, N., Alegre-Agís, E., Valls Fonayet, F., Romani Alfonso, O., & Belzunegui-eraso, A. (2020). Consumo de Drogas y Vulnerabilidades Sociales en Adolescentes. El caso de la ciudad de Tarragona. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3693673>
- Carneiro, E., Tavares, H., Sanches, M., Pinsky, I., Caetano, R., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2020). Gender Differences in Gambling Exposure and At-risk Gambling Behavior. *Journal of Gambling Studies*, 36(23), 445–457. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09884-7>
- Casellas, P., Cabrera, V., & Lloret, D. (2018). Prevalence of gambling in adolescents. An analysis of the associated factors. *Health and Addictions*, 18(23), 165–173.
- Cava, M. J., Murgui, S., & Valencia, U. De. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Adicciones*, 20(20043), 389–395.
- Challco Huaytalla, K. P., Rodríguez Vega, S., & Jaimes Soncco, J. (2016). Riesgo de adicción a redes sociales, autoestima y autocontrol en estudiantes de secundaria. *Revista Científica de Ciencias de La Salud*, 9(13), 9–15. <https://doi.org/10.17162/rccs.v9i1.542>
- Chamarro, A., Carbonell, X., Manresa, J. M., Muñoz-Mirallas, R., Ortega-Gonzalez, R., Lopez-Morrón, M. R., Batalla-Martinez, C., & Toran-Monserrat, P. (2014). El Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV3: Un instrumento para detectar el uso problemático de videojuegos en adolescentes españoles. *Adicciones*, 26(43), 303. <https://doi.org/10.20882/adicciones.31>
- Chiu, S.-I., Hong, F.-Y., & Chiu, S.-L. (2013). An Analysis on the Correlation and Gender Difference between College Students' Internet Addiction and Mobile Phone Addiction in Taiwan. *ISRN Addiction*, 2013, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2013/360607>
- Corongiu, S., Dessi, C., & Cadoni, C. (2020). Adolescence versus adulthood: Differences in basal mesolimbic and nigrostriatal dopamine transmission and response to drugs of abuse. *Addiction Biology*, 25(13), e12721. <https://doi.org/10.1111/adb.12721>
- Crum, K. L., & Hulvershorn, L. (2021). Editorial: Heavy Adolescent Alcohol Use: An Accelerant of Impulsivity? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(53), 575–576. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.12.018>

- Custer, R. L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(23), 35–38.
- Desai, R. A., Maciejewski, P. K., Pantalon, M. V., & Potenza, M. N. (2005). Gender differences in adolescent gambling. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(43), 249–258. <https://doi.org/10.1080/10401230500295636>
- Dickson, L., Derevensky, J. L., & Gupta, R. (2008). Youth Gambling Problems: Examining Risk and Protective Factors. *International Gambling Studies*, 8(13), 25–47. <https://doi.org/10.1080/14459790701870118>
- Dunsmuir, P., Smith, D., Fairweather-Schmidt, A. K., Riley, B., & Battersby, M. (2018). Gender differences in temporal relationships between gambling urge and cognitions in treatment-seeking adults. *Psychiatry Research*, 262(753), 282–289. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.028>
- Dussault, F., Dufour, M., Brunelle, N., Tremblay, J., Rousseau, M., Leclerc, D., Cousineau, M. M., & Berbiche, D. (2019). Consistency of Adolescents' Self-Report of Gambling Age of Onset: A Longitudinal Study. *Journal of Gambling Studies*, 35(23), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09834-3>
- Echeburúa, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(43), 435–447.
- Echeburúa, E., & Requesens, A. (2012). Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes. *Guía para educadores*. Piramide.
- Echeburúa Odriozola, E., Báez Gallo, C., Fernández-Montalvo, J., & Páez Rovira, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS3: Validación española. Análisis y Modificación de Conducta, 20(743), 669–791.
- Edgerton, J. D., Melnyk, T. S., & Roberts, L. W. (2015). Problem Gambling and the Youth-to-Adulthood Transition: Assessing Problem Gambling Severity Trajectories in a Sample of Young Adults. *Journal of Gambling Studies*, 31(43), 1463–1485. <https://doi.org/10.1007/s10899-014-9501-2>
- Ellenbogen, S., Derevensky, J., & Gupta, R. (2007). Gender differences among adolescents with gambling-related problems. *Journal of Gambling Studies*, 23(23), 133–143. <https://doi.org/10.1007/s10899-006-9048-y>
- Engberg, J., & Morral, A. R. (2006). Reducing substance use improves adolescents' school attendance. *Addiction*, 101(123), 1741–1751. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01544.x>

- Estevez, A., & Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Cinica y Salud*, 18, 23-44.
- Estóvez, A., Herrero-Fernández, D., Sarabia, I., & Jáuregui, P. (2014). El papel mediador de la regulación emocional entre el juego patológico, uso abusivo de Internet y videojuegos y la sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes. *Adicciones*, 26(4), 282. <https://doi.org/10.20882/adicciones.26>
- Estóvez, A., Jáuregui, P., Lopez-Gonzalez, H., Mena-Moreno, T., Lozano-Madrid, M., Macia, L., Granero, R., Mestre-Bach, G., Steward, T., Fernández-Aranda, F., Gómez-Peña, M., Moragas, L., del Pino-Gutierrez, A., Codina, E., Testa, G., Vintró-Alcaraz, C., Agüera, Z., Munguía, L., Baenas, I., ... Jiménez-Murcia, S. (2013). The Severity of Gambling and Gambling Related Cognitions as Predictors of Emotional Regulation and Coping Strategies in Adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 37(2), 483-495. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09953-2>
- Estóvez, L., Bayón, C., de la Cruz, J., & Fernández-Liria, A. (2009). Uso y abuso de Internet en adolescentes. In E. Echeburúa, F. J. Labrador, & E. Becoña (Eds.), *Adicción a las nuevas tecnologías*. Pirámide.
- <https://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/298>
<http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.005>
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/58>
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&P>
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa Odriozola, E., & Báez Gallo, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP3: Un nuevo instrumento de "screening." *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(7), 211-223.
- Fisher, S. (1994). Identifying video game addiction in children and adolescents. *Addictive Behaviors*, 19(5), 545-553. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)390010-8](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)390010-8)
- Fisher, S. (2003). Developing the DSM-IV-TR Criteria to Identify Adolescent Problem Gambling in Non-Clinical Populations. *Journal of Gambling Studies*, 16(2-3), 253-273. <https://doi.org/10.1023/a:1009437115789>
- Friedman, A. S. (1998). Substance use/abuse as a predictor to illegal and violent behavior: A review of the relevant literature. *Aggression and Violent Behavior*, 3(4), 339-355. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(97\)30012-8](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(97)30012-8)
- García del Castillo, J. A., García del Castillo-López, Á., Dias, P. C., & García-Castillo, F. (2019). Conceptualización del comportamiento emocional y la adicción a las redes sociales virtuales. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 19(2), 173-181. <https://doi.org/10.21134/haaj.v19i2.525>

- Giménez Gualdo, A. M., Maquilón Sánchez, J. J., & Arnaiz Sánchez, P. (2013). Usos problemáticos y agresivos de las TIC por parte de adolescentes implicados en cyberbullying. *Revista de Investigación Educativa*, 33(23), 335.
<https://doi.org/10.6018/rie.33.2.199841>
- Granero, R., Jiménez-Murcia, S., del Pino-Gutiérrez, A., Mora, B., Mendoza-Valenciano, E., Baenas-Soto, I., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Codina, E., López-González, H., Mena-Moreno, T., Mestre-Bach, G., Valero-Solís, S., Rivas, S., Agüera, Z., Vintró-Alcaraz, C., Lozano-Madrid, M., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2020). Gambling Phenotypes in Online Sports Betting. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 106916. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00482>
- Guglielmucci, F., Monti, M., Franzoi, I. G., Santoro, G., Granieri, A., Billieux, J., & Schimmenti, A. (2019). Dissociation in Problematic Gaming: a Systematic Review. *Current Addiction Reports*, 6(13), 1–14. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-0237-z>
- Håkansson, A., & Widinghoff, C. (2020). Gender Differences in Problem Gamblers in an Online Gambling Setting. 681–691.
- Hammerslag, L. R., & Gulley, J. M. (2016). Sex differences in behavior and neural development and their role in adolescent vulnerability to substance use. *Behavioural Brain Research*, 298, 15–26. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2015.04.008>
- Hayre, R. S., Goulter, N., & Moretti, M. M. (2019). Maltreatment, attachment, and substance use in adolescence: Direct and indirect pathways. *Addictive Behaviors*, 90(2019), 196–203. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.049>
- Henneberger, A. K., Mushonga, D. R., & Preston, A. M. (2021). Peer Influence and Adolescent Substance Use: A Systematic Review of Dynamic Social Network Research. *Adolescent Research Review*, 6(13), 57–73. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00130-0>
- Hiebler-Ragger, M., & Unterrainer, H.-F. (2019). The role of attachment in poly-drug use disorder: An overview of the literature, recent findings and clinical implications. *Frontiers in Psychiatry*, 10(5793), 1–16. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00579>
- Holtgraves, T. (2009). Evaluating the problem gambling severity index. *Journal of Gambling Studies*, 25(13), 105–120. <https://doi.org/10.1007/s10899-008-9107-7>
- Hsieh, S., & Hollister, C. D. (2004). Examining gender differences in adolescent substance abuse behavior: Comparisons and implications for treatment. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 13(33), 53–70. https://doi.org/10.1300/J029v13n03_03
- Hunter, B. D., Godley, S. H., Hesson-McInnis, M. S., & Roozen, H. G. (2014). Longitudinal change mechanisms for substance use and illegal activity for adolescents in treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(23), 507–515. <https://doi.org/10.1037/a0034199>

- Imkome, E. (2018). Nursing Care for Persons with Drug Addiction. In F. Zhao & M. Li (Eds.), *Drug Addiction*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.73334>
- Jauregui, P., & Estevez, A. (2020). Predictive role of attachment, coping, and emotion regulation in gambling motives of adolescents and young people. *Journal of Gambling Studies*, 36(4), 1283–1300. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09893-6>
- Jeong, S. H., Kim, H. J., Yum, J. Y., & Hwang, Y. (2016). What type of content are smartphone users addicted to?: SNS vs. games. *Computers in Human Behavior*, 54, 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.07.035>
- Jiménez-Murcia, S., Stinchfield, R., Álvarez-Moya, E., Jaurrieta, N., Bueno, B., Granero, R., Aymamí, M. N., Gómez-Peña, M., Martínez-Giménez, R., Fernández-Aranda, F., & Vallejo, J. (2009). Reliability, validity, and classification accuracy of a Spanish translation of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 93–104. <https://doi.org/10.1007/s10899-008-9104-x>
- Jiménez-Murcia, Susana, Granero, R., Giménez, M., del Pino-Gutiérrez, A., Mestre-Bach, G., Mena-Moreno, T., Moragas, L., Baño, M., Sánchez-González, J., de Gracia, M., Baenas-Soto, I., Contaldo, S. F., Valenciano-Mendoza, E., Mora-Maltas, B., López-González, H., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2020). Contribution of sex on the underlying mechanism of the gambling disorder severity. *Scientific Reports*, 10(1), 18722. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73806-6>
- Jiménez-Murcia, Susana, Granero, R., Stinchfield, R., Tremblay, J., del Pino-Gutiérrez, A., Moragas, L., Savvidou, L. G., Fernández-Aranda, F., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Tárrega, S., Gunnard, K., Martín-Romera, V., Steward, T., Mestre-Bach, G., & Menchón, J. M. (2017). A Spanish validation of the Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI). *Frontiers in Psychology*, 8(FEB), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00177>
- Jorge, E., & González, C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39–66. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>
- Kang, K., Ok, J. S., Kim, H., & Lee, K.-S. (2019). The Gambling Factors Related with the Level of Adolescent Problem Gambler. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12), 2110. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122110>
- Kim, J. E. (2015). Gender Differences in Problematic Online Behavior of Adolescent Users over Time. *Family and Environment Research*, 53(6), 641–654. <https://doi.org/10.6115/fer.2015.051>
- Kim, S.-H., Baek, M., & Park, S. (2021). Association of parent–child experiences with insecure attachment in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Family Theory and Review*, 13, 58–76.

- Kutlu, M. G., & Gould, T. J. (2016). Effects of drugs of abuse on hippocampal plasticity and hippocampus-dependent learning and memory: Contributions to development and maintenance of addiction. *Learning and Memory*, 23(10), 515–533. <https://doi.org/10.1101/lm.042192.116>
- Kwan, L. Y., Eaton, D. L., Andersen, S. L., Dow-Edwards, D., Levin, E. D., Talpos, J., Vorhees, C. V., & Li, A. A. (2020). This is your teen brain on drugs: In search of biological factors unique to dependence toxicity in adolescence. In *Neurotoxicology and Teratology* (Vol. 81, p. 1069163). <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2020.106916>
- Lamas Alonso, J. J., Santolaria Gómez, R., Estóvez Gutiérrez, A., & Jáuregui Bilbao, P. (2018). Guía clínica específica. Mujer y juego.
- Lambe, L., Mackinnon, S. P., & Stewart, S. H. (2015). Validation of the gambling motives questionnaire in emerging adults. *Journal of Gambling Studies*, 31(3), 867–885. <https://doi.org/10.1007/s10899-014-9467-0>
- Lane, W., Sacco, P., Downton, K., Ludeman, E., Levy, L., & Tracy, J. K. (2016). Child maltreatment and problem gambling: A systematic review. *Child Abuse and Neglect*, 58, 24–38. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.06.003>
- Leccese, M., & Waldron, H. B. (1994). Assessing adolescent substance use: A critique of current measurement instruments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(6), 553–563. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(94\)390007-8](https://doi.org/10.1016/0740-5472(94)390007-8)
- Lee, B. H., & Lee, H. K. (2017). Longitudinal study shows that addictive Internet use during adolescence was associated with heavy drinking and smoking cigarettes in early adulthood. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 106(3), 497–502. <https://doi.org/10.1111/apa.13706>
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of Pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184–1188. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.9.1184>
- López-Torres, I., León-Quismondo, L., & Ibáñez, Á. (2020). Actualización del perfil del jugador patológico. *Revista de Investigación y Educación En Ciencias de La Salud (RIECS)*, 5(1), 42–49. <https://doi.org/10.37536/RIECS.2020.5.1.209>
- Mann, K., Lemenager, T., Zois, E., Hoffmann, S., Nakovics, H., Beutel, M., Vogelgesang, M., WölEing, K., Kiefer, F., & Fauth-Bühler, M. (2017). Comorbidity, family history and personality traits in pathological gamblers compared with healthy controls. *European Psychiatry*, 42(2), 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.12.002>

- Marschall-Lóvesque, S., Castellanos-Ryan, N., Parent, S., Renaud, J., Vitaro, F., Boivin, M., Tremblay, R. E., & Sóguin, J. R. (2017). Victimization, Suicidal Ideation, and Alcohol Use From Age 13 to 15 Years: Support for the Self-Medication Model. *Journal of Adolescent Health, 60*(43), 380–387. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.019>
- Martin, G., & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Pearson.
- Mashhoon, Y., Sagar, K. A., & Gruber, S. A. (2019). Cannabis Use and Consequences. *Pediatric Clinics of North America, 66*(63), 1075–1086. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.08.004>
- McComb, J. L., & Sabiston, C. M. (2010). Family Influences on Adolescent Gambling Behavior: A Review of the Literature. *Journal of Gambling Studies, 26*(43), 503–520. <https://doi.org/10.1007/s10899-010-9181-5>
- McGarr, J., & Fingleton, M. (2020). Reframing social care within the context of professional regulation: Towards an integrative framework for practice teaching within social care education. *Irish Journal of Applied Social Studies, 20*(23), 27–42.
- Mcquade, A., & Gill, P. (2012). The role of loneliness and self-control in predicting problem gambling behaviour. *Gambling Research: Journal of the National Association for Gambling Studies (Australia)*, 24 (13 *Gambling Research, 24*(13), 18–30. <https://vuir.vu.edu.au/30358/>
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Momeñe, J., Estóvez, A., Pórez-García, A. M., Jiménez, J., Chávez-Vera, M. D., Olave, L., & Iruarrizaga, I. (2021). El consumo de sustancias y su relación con la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional en adolescentes. *Anales de Psicología, 37*(13), 121–132.
- Moore, S. M., Thomas, A. C., Kyrios, M., Bates, G., & Meredyth, D. (2013). Gambling Accessibility: A Scale to Measure Gambler Preferences. *Journal of Gambling Studies, 27*(13), 129–143. <https://doi.org/10.1007/s10899-010-9203-3>
- Moral, M. de la V., & Suárez, C. (2016). Factores de riesgo en el uso problemático de Internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 7*(23), 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2016.03.001>
- Moss, H. B., Ge, S., Trager, E., Saavedra, M., Yau, M., Ijeaku, I., & Deas, D. (2020). Risk for Substance Use Disorders in young adulthood: Associations with developmental experiences of homelessness, foster care, and adverse childhood experiences. *Comprehensive Psychiatry, 100*(753), 152175. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152175>

- Muñoz, V., López, I., Jiménez-Lagares, I., Ríos, M., Morgado, B., Román, M., Ridao, P., Candau, X., & Vallejo, R. (2014). Manual de psicología del desarrollo aplicada a la educación. Pirámide.
- Navarrete, D., & Romanos, B. (2017). Influencia negativa de las redes sociales en la salud de adolescentes y adultos jóvenes: una revisión bibliográfica. *Psicología y Salud*, 27(23), 255 – 267.
- <https://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/298><http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf><http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.005><http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/58><http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&P>
- Nelson, S. E., LaPlante, D. A., LaBrie, R. A., & Shaffer, H. J. (2006). The proxy effect: Gender and gambling problem trajectories of iowa gambling treatment program participants. *Journal of Gambling Studies*, 22(23), 221–240. <https://doi.org/10.1007/s10899-006-9012-x>
- Nower, L., & Blaszczynski, A. (2017). Development and validation of the Gambling Pathways Questionnaire (GPQ). *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(13), 95–109. <https://doi.org/10.1037/adbo000234>
- Papp, L. M. (2013). Associations and Implications for Intimate Relationship Quality. 24(33), 415–423. <https://doi.org/10.1037/a0018662>
- Petit, A., Karila, L., & Lejoyeux, M. (2015). Le jeu pathologique chez l'adolescent. *Archives de Pédiatrie*, 22(53), 564–568. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.01.008>
- Pittenger, S. L., Huit, T. Z., & Hansen, D. J. (2016). Aggression and Violent Behavior Applying ecological systems theory to sexual revictimization of youth : A review with implications for research and practice. *Aggression and Violent Behavior*, 26, 35–45. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.11.005>
- Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-garcia, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling Disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(513), 1–21. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7>
- Rafiee, G., Ahmadi, J., & Rafiee, F. (2020). Prevalence of substance abuse (tobacco, alcohol, narcotics and psychotropic drugs) and its relationship to family factors in pre-university male students in Shiraz 2017-2018. *Journal of Community Health*, 45(13), 176–182. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00709-7>
- Ramirez, S., Gana, S., Godoy, M. I., Valenzuela, D., Araya, R., & Gaete, J. (2021). Validation of the European Drug Addiction Prevention Trial Questionnaire (EU-Dap3) for substance use screening and to assess risk and protective factors among early adolescents in Chile. *PLoS ONE*, 16(10 October), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258288>

- Ren, M., & Lotfipour, S. (2019). Nicotine gateway effects on adolescent substance use, 20(53), 696–709. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.7.41661>
- Rial, A., Gómez, P., Varela, J., & Braña, T. (2014). Actitudes, percepciones y uso de internet y las redes sociales entre los adolescentes de la comunidad gallega. *Anales de Psicología*, 30(23), 1–14. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.159111>
- Roberts, J. A., Pullig, C., & Manolis, C. (2015). I need my smartphone: A hierarchical model of personality and cell-phone addiction. *Personality and Individual Differences*, 79(19943), 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.049>
- Rogier, G., & Velotti, P. (2018). Conceptualizing gambling disorder with the process model of emotion regulation. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(23), 239–251. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.52>
- Ruiz Soriano, L., Fálde Garrido, J. M., Vázquez Dacoba, S., Cid Fernández, X. M., & Carrera Fernández, M. V. (2016). Presencia y potencialidades de la educación social en el campo de la salud. *Revista de Educacion*, 373, 57–84. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2016-373-321>
- Saddichha, S., Schütz, C. G., Neeraj, B., Sinha, P., & Manjunatha, N. (2015). Substance use and dual diagnosis disorders: Future epidemiology, determinants, and policies. *BioMed Research International*, 1–2.
- Sahu, M., Gandhi, S., & Sharma, M. K. (2019). Mobile Phone Addiction among Children and Adolescents: A Systematic Review. *Journal of Addictions Nursing*, 30(43), 261–268. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000309>
- SAMHSA. (2020). Substance use disorder treatment for people with co-occurring disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42. <https://store.samhsa.gov/product/tip-42-substance-use-treatment-persons-co-occurring-disorders/PEP20-02-01-004>
- Sarabia, I., & Estóvez, A. (2016). Sexualized behaviors on Facebook. *Computers in Human Behavior*, 61(33), 219–226. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.037>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(63), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Schuler, M. S., Tucker, J. S., Pedersen, E. R., & D'Amico, E. J. (2019). Relative influence of perceived peer and family substance use on adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use across middle and high school. *Addictive Behaviors*, 88(53), 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.025>

- Seok, H. J., Lee, J. M., Park, C. Y., & Park, J. Y. (2018). Understanding internet gaming addiction among South Korean adolescents through photovoice. *Children and Youth Services Review*, 94, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2018.09.009>
- Shadur, J. M., Hussong, A. M., & Haroon, M. (2015). Negative affect variability and adolescent self-medication: The role of the peer context. *Drug and Alcohol Review*, 34(63), 571–580. <https://doi.org/10.1111/dar.12260>
- Sharma, D., Kumari, N., & Verma, G. (2019). An Exploratory Study to Assess the Level of Internet Addiction and its Impact on the Health of Adolescents in Selected Schools of District Mohali, Punjab. *International Journal of Nursing Education*, 11(2), 12. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2019.00031.X>
- Sharman, S., Murphy, R., Turner, J., & Roberts, A. (2019). Psychosocial correlates in treatment seeking gamblers: Differences in early age onset gamblers vs later age onset gamblers. *Addictive Behaviors*, 97(19943), 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.05.013>
- Shin, S. H., Hong, H. G., & Hazen, A. L. (2010). Childhood sexual abuse and adolescent substance use: A latent class analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 109(1–33), 226–235. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.01.013>
- Soloski, K. L. (2020). Self-medication Hypothesis and Family Socialization Theory: Examining Independent and Common Mechanisms Responsible for Binge Drinking. *Family Process*, 59(13), 288–305. <https://doi.org/10.1111/famp.12403>
- Stewart, S. H., & Zack, M. (2008). Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction*, 103(73), 1110–1117. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02235.x>
- Sultana, A. (2018). Internet addiction among young adults in Bangladesh: The prevalence and its association with loneliness and self-esteem. *Qualitative and Quantitative Research Review*, 3(33), 1–18.
- Tang, C. S. K., Wu, A. M. S., & Tang, J. Y. C. (2007). Gender differences in characteristics of Chinese treatment-seeking problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 23(23), 145–156. <https://doi.org/10.1007/s10899-006-9054-0>
- Torío-López, S., Peña-Calvo, J. V., & Rodríguez-Menéndez, M. C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de La Educación*, 151–178. <https://doi.org/10.14201/988>
- Tu, W., Jiang, H., & Liu, Q. (2023). Peer Victimization and Adolescent Mobile Social Addiction: Mediation of Social Anxiety and Gender Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(173). <https://doi.org/10.3390/ijerph191710978>

- Vacaru, M. A., Shepherd, R. M., & Sheridan, J. (2014). New Zealand Youth and Their Relationships with Mobile Phone Technology. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(5), 572–584. <https://doi.org/10.1007/s11469-014-9488-z>
- Veltri, N. F., Krasnova, H., Baumann, A., & Kalayamthanam, N. (2014). Gender differences in online gaming: A literature review. 20th Americas Conference on Information Systems, AMCIS 2014, July.
- Verdura Vizcaíno, E. J., Fernández-Navarro, P., Petry, N., Rubio, G., & Blanco, C. (2014). Differences between early-onset pathological gambling and later-onset pathological gambling: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC3). *Addiction*, 109(5), 807–813. <https://doi.org/10.1111/add.12461>
- Volberg, R. A., Gupta, R., GriPths, M. D., Olason, D. T., & Delfabbro, P. (2010). An international perspective on youth gambling prevalence studies. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(1), 3–38. <https://doi.org/10.1515/IJAMH.2010.22.1.3>
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middleton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N., & Ford, C. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183(OCT.3), 304–313. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.4.304>
- Wilber, M. K., & Potenza, M. N. (2006). Adolescent gambling: Research and clinical implications. *Psychiatry*, 3(10), 40–48. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20877546> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2945873>
- Windisch, K. A., & Kreek, M. J. (2020). Review of addiction risk potential associated with adolescent opioid use. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 198, 173022. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2020.173022>
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., & Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9(1), 63–84. <https://doi.org/10.1007/BF01019925>
- World Health Organization. (2022). *International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11)*. World Health Organization.
- Xu, Z., Turel, O., & Yuan, Y. (2012). Online game addiction among adolescents: Motivation and prevention factors. *European Journal of Information Systems*, 21(3), 321–340. <https://doi.org/10.1057/ejis.2011.56>
- Yang, L., Sun, L., Zhang, Z., Sun, Y., Wu, H., & Ye, D. (2014). Internet addiction, adolescent depression, and the mediating role of life events: Finding from a sample of Chinese

adolescents. *International Journal of Psychology*, 49(53), 342–347.
<https://doi.org/10.1002/ijop.12063>

Zakhour, M., Haddad, C., Salameh, P., Akel, M., Fares, K., Sacre, H., Hallit, S., & Obeid, S. (2020). Impact of the interaction between alexithymia and the adult attachment styles in participants with alcohol use disorder. *Alcohol*, 83(753), 1–8.
<https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2019.08.007>

Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y., & Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 82, 174–181. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.007>

Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., & Rassovsky, Y. (2020). Who becomes addicted and to what? psychosocial predictors of substance and behavioral addictive disorders. *Psychiatry Research*, 291(20193), 152175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113221>
Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). Definition of Substance and Non-substance Addiction. In *BMC Public Health* (Vol. 5, Issue 1, pp. 21–413). https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2



madrid
salud



MADRID

