



Universidad
Zaragoza

Trabajo de Fin de Grado

MENAS drogas, más alternativas: Programa de intervención con menores extranjeros no acompañados consumidores de sustancias ilegales

Autor/es

Sofía Vera Repollés

Director/es

Caridad López Granero

Grado en

Psicología

Año

2019/2020



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	4
3. OBJETIVOS	9
4. LOCALIZACIÓN	10
5. DESTINATARIOS	11
6. METODOLOGÍA	11
7. RECURSOS	19
8. EVALUACIÓN.....	20
9. RESULTADOS ESPERADOS	21
10. CONCLUSIONES	21
11. ANEXOS.....	22
12. BIBLIOGRAFÍA.....	36

1. RESUMEN

Este programa de intervención tiene como objetivos informar sobre las nocivas consecuencias para la salud que tiene consumir todo tipo de drogas ilegales, así como dotar de herramientas para evitar la conducta de consumo. Los participantes son menores extranjeros no acompañados, lo que les convierte en triplemente vulnerables al consumo de sustancias por: la ausencia de la familia, factor protector más importante; la patología consecuente del duro proceso migratorio, el Síndrome de Ulises; y la condición de adolescentes que les hace tener como referencia al grupo de pares y ser propensos a probar nuevas experiencias.

Por medio de 12 sesiones de metodología participativa, los jóvenes realizarán test para comprobar su relación con las drogas (test de percepción de riesgos y salud) así como escalas para comprobar sus patologías paralelas a las provocadas por el consumo (Escala de Ulises, de satisfacción con la vida y de impulsividad de Barrat). El éxito del programa se conoce al comparar las respuestas de los test antes y después de la participación en el programa.

Palabras clave: MENA, adicciones, inmigrante, adolescente, consumo, no acompañado

ABSTRACT

This intervention program aims to inform about the harmful health consequences of consuming all kinds of illegal drugs, as well as providing tools to avoid consumption behavior. Participants are unaccompanied foreign minors, which makes them triple vulnerable to substance use due to: the absence of the family, the most important protective factor; the consequent pathology of the harsh migratory process, the Ulysses Syndrome; and the condition of adolescents that makes them have as a reference the peer group and be prone to try new experiences.

Through 12 participatory methodology sessions, young people will perform tests to check their relationship with drugs (risk perception and health test) as well as scales to check their pathologies parallel to those caused by consumption (Ulises Scale, satisfaction with the life and impulsiveness of Barrat). The success of the program is known by comparing the test responses before and after participation in the program.

Key words: MENA, addictions, immigrant, adolescent, consumption, unaccompanied.

2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La creación de este programa de intervención surge tras observar, durante mi periodo de prácticas en protección de menores de Zaragoza, la necesidad de intervenir en la conducta de consumo, así como prevenir el inicio de ésta en los centros donde residen los menores extranjeros no acompañados (en adelante, MENAS). Estas conductas de consumo pueden comenzar o bien en sus países de origen, o bien en España. Son múltiples las causas de su inicio. Así como factores de riesgo, también existen factores de protección que serán clave para la intervención.

Estos jóvenes que protagonizan el siguiente estudio son triplemente vulnerables al consumo de drogas, pues además de su condición de adolescentes, son extranjeros y no acompañados, cuyas experiencias de vida, a pesar de su corta edad, han sido muy duras.

Las drogas cuyo consumo se frecuenta en esta población son: inhalantes, tabaco, hachís y alcohol, y en algunos casos, las drogas de síntesis y los fármacos tranquilizantes (Saila y Sociales, 2009). Actualmente, según lo referido por los trabajadores de dichos centros, es común el consumo de marihuana, hachís y Karkubi, una mezcla de hachís o alcohol con los fármacos recetados desde psiquiatría.

A continuación, se hablará de la historia de las sustancias adictivas, las cuales han coexistido con los seres humanos y han sido punto de mira por los graves problemas que han supuesto. Por ejemplo, en España el consumo de heroína ha dejado una cohorte envejecida repleta de dependientes con notables problemas de salud (Ministerio de sanidad consumo y bienestar social del Gobierno de España, 2017).

Paulatinamente, el consumo de sustancias ha ido evolucionando en frecuencia, cantidad y tipo, y con ello el papel del psicólogo, que de la misma manera ha ido adentrándose en el tratamiento de adicciones. En la década de los 60 el psicólogo estaba centrado en el tratamiento del alcoholismo; En 1964 la OMS elimina el término “adicción” como científico y recomendó su sustitución por el término “dependencia a la droga” (Esteban, 2015); En los 70 se consolidaron

los equipos y tradiciones profesionales e investigadoras. En 1977 se creó la comisión para el “informe sobre la situación de las drogodependencias en España”; A principios de los 80 se inauguraron los primeros centros de tratamiento en las grandes ciudades. En esta época el psicólogo adolece de una formación específica en el tema, por lo que se dan las primeras colaboraciones entre profesionales de la salud: Psicólogos, trabajadores sociales y trabajadores educativos. En 1985 se aprobó el Plan Nacional sobre Drogas con el propósito de ordenar y planificar las acciones emprendidas por las distintas administraciones para hacer frente a las drogodependencias, favoreciéndose la aparición de centros especializados y la ampliación de los servicios ofrecidos por las redes sanitarias y sociales. En los 90 las funciones del psicólogo se diversificaron y se ampliaron (no sólo se centran en crear programas libres de droga, sino también de disminución de riesgos); se ofrecieron nuevos campos de intervención en psicología y se dio una progresiva incorporación del psicólogo a tareas de gestión, planificación y evaluación de programas (Castro, 2019).

A lo largo de la historia, se han estudiado las causas del inicio del consumo dando lugar a diferentes teorías que tratan de explicar la problemática del consumo de drogas, entre ellas encontramos los estudios de Kim y sus compañeros en 1998 en los que atribuyen al Efecto Pigmalión como factor de manutención de la conducta de consumo que se da en los jóvenes, y a la familia como factor de protección de ésta. En contraposición, Labouvie (1996) propone la autoestima, la madurez y la autorregulación como factores de protección. Finalmente, las anteriores teorías se han englobado en la teoría del aprendizaje social de Bandura de 1986, que relaciona persona, ambiente y conducta destacando la autoeficacia como elemento clave.

Otra teoría es el modelo de autocontrol de Santacreu, Froján y Hernández (1991), según el cual el adolescente se aleja de los refuerzos ofrecidos por su familia obteniendo así una capacidad de autocontrol. También podríamos tomar como referencia el modelo de la Declaración de Yakarta de promoción de salud como derecho básico, que se basa en ofrecer recursos sanitarios, así como establecer políticas que la fomenten.

Cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos (OMS, 2020), es una etapa de transición biopsicológica que no entiende de cultura o sexo y se da en todos los seres humanos. Además, esta etapa transitoria se caracteriza por la rebeldía y la fuerte influencia del grupo de iguales, donde es mejor tener una identidad negativa que no tener ninguna (Buela-Casal, 2011; Ruiz, 2004).

La teoría más reciente, según Pilatti, Godoy y Brussino (2015), afirma que el comienzo de consumo de las drogas legales es debido al reconocimiento generalizado de éstas como medio de socialización entre adolescentes, resumiéndolo en tres ejes básicos de causas del consumo: Como eje uno, tenemos la escalada de consumo de drogas de Kandel, que desarrolló un modelo teórico al que denominó “Escalada del consumo de drogas”, con el que intenta dar origen al consumo de sustancias que provocan dependencias, dividiéndolo en cuatro fases secuenciales: Consumo de cerveza o vino; seguido de consumo de cigarrillos y licores; seguido de consumo de marihuana y finalizando en otras drogas ilegales (LSD, cocaína, heroína...). Esta progresión es estable y acumulativa, aunque se debe considerar en términos de probabilidad, no de causalidad (Castro, 2019; Kandel, 1975).

En el eje dos, encontramos las variables socioculturales, biológicas y psicológicas presentes en los factores de inicio y manutención del consumo (Becoña, 2001).

En el último eje se incluyen los de factores de riesgo y protección. Los primeros engloban aquellas situaciones, conductas o elementos que incrementan la probabilidad de uso, abuso, dependencia, u otros problemas asociados con el uso de sustancias. Al contrario, los factores de protección son elementos que pueden contribuir a reducir las probabilidades anteriormente mencionadas, actuando como amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo. Ambos factores aparecen en distintas áreas:

- Área individual, donde los factores de protección son contar con autoestima, autoconcepto, resiliencia y habilidades sociales y los factores de riesgo pueden ser

tener bajo rendimiento escolar, baja percepción de riesgo del consumo o que el inicio de éste sea muy temprano.

- Área familiar, donde los factores de protección son tener un clima familiar positivo en el que se den conversaciones sobre el consumo y sus efectos, una educación basada en el respeto y unas normas adecuadas a la edad de los menores. Los factores de riesgo en esta área serán una historia familiar de consumo, un clima familiar conflictivo, un sistema disciplinario muy autoritario o muy permisivo, así como la no involucración por parte de los padres en la vida de sus hijos.
- Área del grupo de pares. Como factores de protección consideramos un estilo de ocio alternativo al consumo por parte de todo el grupo y una confianza entre los miembros de éste basada en la tolerancia y respeto a la diversidad. Como factores de riesgo se considera la presión del grupo hacia el consumo, la visión de este grupo como única vinculación afectiva y la dificultad de integración del individuo.
- Área comunitaria. Los factores que intervienen en proteger al individuo del consumo en esta área son un descenso de la accesibilidad de la sustancia y la creación de políticas con altas expectativas culturales en los jóvenes, así como aumento de la edad de acceso a las drogas legales. En contra, como factores de riesgo encontramos la disponibilidad al acceso de sustancias, la desorganización comunitaria y la deprivación económica y social (Castro, 2019); (Díaz y Sierra, 2008); (Maza y Alonso, 2017); (Redondo, 2008).

Centrándonos en la población diana de este estudio, abordaremos una de las causas centrales de su vulnerabilidad, la condición de ser adolescente.

A lo largo de los años el consumo de drogas legales como tabaco y alcohol se ha visto reducido gracias a la información de las consecuencias devastadoras que supone su dependencia, exceptuando la población adolescente (Erlés, 2018). De igual modo, este segmento de población ha aumentado también el consumo de drogas ilegales, sobre todo del cannabis, como

consecuencia del fácil acceso que tienen a estas sustancias. (Sociedad Científica Española para el consumo de Alcohol y Drogas SOCIDROGALCOHOL, 2015).

En Aragón es precisamente la temprana edad de inicio de consumo uno de los factores más preocupantes, así como los contextos en los que se produce, seguido por el policonsumo y la forma abusiva de consumo general (Erlés, 2018; ESTUDES, 2015).

Los participantes de nuestra intervención, además de ser adolescentes, cuentan con la vulnerabilidad que supone el proceso migratorio que sufren (y todas las consecuencias psicológicas que esto conlleva), y no contar con un vínculo de apego (ya sea familiar o social), por su condición de menores extranjeros no acompañados.

El Centro Español de Solidaridad-Proyecto Hombre de Madrid en 2003, afirmó que tanto la causa como el factor de manutención del consumo abusivo de sustancias en estos jóvenes, es la situación vital que sufren, en la que se incluye el fracaso migratorio.

Según Bermúdez y González (2004), existen muchos motivos para emigrar: razones económicas, sociales, políticas, desastres naturales etc. Estos menores inmigrantes que viajan solos lo hacen para labrarse un futuro y poder mantener a su familia tras la muerte o abandono del cabeza de familia, el padre.

El proceso migratorio se desarrolla desde el momento en que, en este caso, el menor toma la decisión de emigrar. Esta decisión va acompañada de las características que el viaje lleva implícitas (inseguridad, impacto emocional, clandestinidad...), a lo que hay que añadir el desequilibrio generado por las expectativas sobre el país de destino creadas por los menores que no se cumplen una vez llegan al país en cuestión. Los estudios de Amina Bargach (2006), muestran el proceso psicopatológico que los menores experimentan al llegar, pues pasan de un sentimiento de euforia por haber llegado a su destino deseado, al miedo, la ausencia de red de apoyo, al estresor que ha supuesto el viaje, la incertidumbre que genera lo desconocido, el dolor por dejar su tierra, lengua, cultura, familia y amigos, y la ausencia de sensación de control (Castro, 2011). Estos estresores sufridos por todo inmigrante independientemente de su edad, sexo u

origen, forman parte del denominado “Síndrome de Ulises”, un conjunto de síntomas de naturaleza psicológica que afecta a los inmigrantes al poco tiempo de su llegada a la sociedad de acogida (Achotegui, 2002), caracterizado por un estrés crónico que supera la capacidad de adaptación, predisponiendo al inmigrante a desarrollar dolencias y síntomas del área depresiva, de la ansiedad y de la somatización (Castro, 2011).

Otros elementos que dificultan el éxito del proceso migratorio son la vulnerabilidad y los estresores. La primera podría definirse como el conjunto de limitaciones que posee un sujeto; los estresores son las barreras que encuentran en el país de acogida (Achotegui, 2017). La sintomatología únicamente es la representación de las consecuencias por la situación anormal a la que se enfrentan a lo largo del proceso migratorio. En concreto, a esta población se le añade la dificultad de ser muy jóvenes con importantes decisiones que tomar solos, sin contar con una red de apoyo. Además, estar categorizados en el término MENA puede hacerles sentir un trato despersonalizado ya que, antes que nada, son inmigrantes (Manzani, 2014). La marginación sufrida en la sociedad de acogida agrava los daños provocados por el consumo de sustancias, aumentando la vulnerabilidad de estos menores puesto que afecta a su salud física y mental y a sus categorizaciones sociales (Ministerio de sanidad, consumo y bienestar, Gobierno de España, 2017).

Todas las condiciones intrínsecas en estos menores, anteriormente expuestas, (ser adolescentes, extranjeros y no acompañados) van a servir como marco de referencia a la hora de desarrollar el programa de intervención que a continuación se explica.

3. OBJETIVOS

El objetivo general del programa es aportar información acerca de las nocivas consecuencias que tiene consumir sustancias ilegales desde el prisma de la prevención. Asimismo, promover la reflexión a través de la intervención y dotar a los jóvenes de herramientas cognitivas para evitar dicho consumo. Por último, se buscará potenciar habilidades que servirán como factores de protección.

Los objetivos específicos del programa son:

- Saber distinguir las emociones para desarrollar una autoestima y autoconcepto acorde con la realidad que les rodea, así como una personalidad crítica, reflexiva y autónoma.
- Educar en el respeto al otro, eliminando actitudes que fomenten la presión social.
- Ofrecer espacios seguros de encuentro con su grupo de iguales.
- Dar a conocer otro tipo de ocio, lejos del que ellos hacen uso habitual.
- Potenciar habilidades convergentes con un hábito de vida saludable.
- Conocer los compuestos químicos que forman las diferentes drogas.
- Conocer los efectos de cada droga en el cerebro en el momento de consumirlas y a largo plazo.
- Conocer los efectos de mejora que se producen con la desintoxicación a corto, medio y largo plazo.
- Favorecer la adopción de actitudes contrarias al consumo de drogas incluidos el alcohol y el tabaco.
- Favorecer la adopción de actitudes positivas hacia el cuidado de la salud.

4. LOCALIZACIÓN

El centro en el que se va a implementar el programa de intervención es la Subdirección del Instituto Aragonés de Servicios Sociales de protección a la infancia y tutela de Zaragoza, que pertenece al Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales del Gobierno de Aragón (Gobierno de Aragón, 2019), concretamente está situado en la calle Mariano Supervía nº 27 de la ciudad.

Las sesiones se impartirán, de forma general, en una de las salas del centro, exceptuando:

- La sesión 4, se realizará una jornada deportiva con actividades en el campus universitario, al cual nos desplazaremos andando.
- La sesión 7, pues acudiremos al parque Pignatelli, en Paseo de Cuéllar (por lo que iremos andando).

- La sesión 9, nos desplazaremos con un autobús subvencionado por la DGA hasta el pueblo turolense de Castellote para acudir a la Escuela de Actividades en la Naturaleza.

5. DESTINATARIOS

En este programa participarán directamente los 414 jóvenes que comprendieron en 2019 la sección de Menores Extranjeros No Acompañados (MENAS) del centro de protección a la infancia y tutela, perteneciente al IASS de Zaragoza (SAIA, 2020). Basándome en los datos de dicho centro, los participantes serán varones entre 12 y 17 años (pues desde la creación de la sección, en 2018, únicamente han tenido un caso en el que la usuaria era femenina y ya no forma parte de la sección). La mayoría de estos jóvenes vienen de Marruecos, y un menor porcentaje de Argelia, Gambia y Guinea.

Más allá de los beneficiarios directos que participarán en el programa, se considera como beneficiarios indirectos al resto de MENAS con los que conviven. A éstos, indirectamente, también llegará parte de la formación dada por medio de los compañeros participantes en el programa, así como a las personas de las que los participantes se rodeen a lo largo de sus vidas, pudiendo incluso traspasar fronteras si esta información la introdujesen en sus países de origen.

6. METODOLOGÍA

A continuación, se expone la metodología a través de la cual se llevará a cabo el proyecto, que se dividirá a su vez en participantes, instrumentos y procedimiento

Participantes:

Los 414 menores que participan en el programa se dividirán de forma equitativa en tres grupos de 138 participantes.

- Grupo control I: Formado por 138 MENAS a los que se les aplicará un programa de prevención basado en una metodología expositiva con clases magistrales donde un experto en drogadicción y abuso de sustancias les proporcionará información sobre las consecuencias tan adversas que tiene consumir y abusar de sustancias nocivas.

- Grupo control II: Formado por 138 MENAS que no están inmersos en ningún programa de prevención o intervención.
- Grupo experimental: Formado por 138 MENAS a los que se les aplicará en programa de prevención e intervención que estamos desarrollando en el presente informe, basado en una metodología participativa e interactiva en la mayor parte de las sesiones.

Instrumentos:

Los objetivos se llevarán a cabo mediante una metodología cualitativa. La información para valorar los resultados es una recogida de datos por medio de diferentes cuestionarios:

El primero, basado en la Encuesta sobre drogas y alcohol en España (EDADES) 2013, recoge información sobre la clasificación demográfica de los participantes, así como datos antes de aplicar el programa de intervención como son: la percepción de salud de los menores, la percepción del riesgo que conlleva consumir y la información que tienen acerca de los tipos de drogas existentes. Este cuestionario también acotará las drogas habitualmente consumidas por los jóvenes participantes, lo que nos permitirá realizar sesiones más específicas sobre algunas de las drogas más consumidas. (Ver anexo 1)

El segundo cuestionario, basado en Escalas de Evaluación de estrés crónico y de la exclusión, es la *Escala de Vulnerabilidad-Estresores aplicada a la inmigración* de Achotegui. Ésta es una escala de Ulises que tiene como ítems los siete duelos descritos por el autor (familia, lengua, cultura, tierra, estatus social, grupo de pertenencia y riesgos físicos). Dichos duelos son evaluados en extremo, simple y complicado, por una escala de vulnerabilidad y otra de estresor. Con esta evaluación del nivel de duelos sentidos podremos acotar las patologías de estos menores, pero cabe decir que son más vulnerables a padecer Síndrome de Ulises que cualquier otra patología. (Ver anexo 2).

Como se ha mencionado anteriormente, los inmigrantes vienen al país receptor con unas expectativas que acaban por no cumplirse. El bienestar psicosocial se inscribe dentro de un marco emocional que ha tomado diversas denominaciones: Felicidad (Argyle, 1992; Fierro, 2000), satisfacción con la vida (Veenhoven, 1994), calidad de los afectos (Bradburn, 1969), etc. Estas denominaciones tienen que ver con la evaluación que las personas hacemos de nuestro nivel de satisfacción con la vida, por eso el tercer cuestionario será el *SLWS. Satisfaction with life scale: Analysis of factorial invariance across sexes. Personality and individual Differences (Escala de satisfacción con la vida)*). Esta escala tipo likert cuenta con cinco ítems acerca de sus expectativas con la vida, evaluados en “muy de acuerdo”, “neutro” o “muy en desacuerdo” (ver anexo 3).

El cuarto cuestionario será un *Test de Craving* que indica las ganas del participante de seguir consumiendo.

Además, se pasará la *Escala de impulsividad de Barrat* formada por 30 ítems evaluados en “raramente o nunca”, “ocasionalmente”, “a menudo”, “siempre o casi siempre”, cuyos resultados permitirán dirigir la sesión de relajación en la que trataremos el control de impulsos en los participantes. (Ver anexo 4)

En la última sesión se volverán a pasar los test de: “Datos de percepción de salud”, “percepción de riesgos”, “información sobre las drogas existentes”, el “SWLS, satisfacción con la vida”, el “test de Craving” y el de Barrat respectivo al control de impulsos.

Una vez finalizada la décima sesión, se compararán los resultados intergrupalmente (grupos experimentales y control) e intragrupalmente (pre y post sesiones en cada grupo)

Procedimiento

En su mayoría, las sesiones se realizarán en un aula del centro dotada de pizarra, ordenador y proyector. Para que los chicos no asocien las sesiones con las clases magistrales del instituto y el ambiente sea menos formal posibilitando una mayor confianza, los jóvenes estarán

sentados en el suelo y no habrá mesas. A continuación, se expone el cronograma de las sesiones y un posterior desarrollo de las mismas.

Tabla 1: Cronograma de las sesiones. Elaboración propia

Sesiones	Tema	Contenido
Sesión 0	Conocer el programa	Presentación y realización de cuestionarios
1º sesión	¿Sabes lo que te haces cuando consumes?	Clase magistral con todo tipo de información sobre origen y efectos del consumo a corto y largo plazo, así como desmitificar las sensaciones que produce y las erróneas afirmaciones
2º sesión	Controla tus impulsos, no dejes que ellos actúen por tí	Ante los resultados del test de Barrat, clase de control de impulsos y relajación para sobrellevar las difíciles situaciones de la vida
3º sesión	¿Sabes lo que te metes?	Explicación participativa de cómo se crea la droga
4º sesión	Correr para disfrutar, no para huir	Gymkana por el campus universitario en colaboración con los estudiantes de ciencias de la actividad física y deporte de la Universidad de Zaragoza
5º sesión	Quiero trabajar	Ayuda a la inserción laboral por medio de una clase teórico-práctica, eliminando la creencia en los prejuicios racistas y clasistas de la sociedad de acogida.
6º sesión	¿Tiene definición todo lo que siento?	Tras tantas sesiones, ya tendrán confianza entre ellos y con los profesionales para

que, si así lo desean, se abran y cuenten sus emociones actuales y pasadas, tratando de aumentar la resiliencia de cada uno.

7º sesión	Música como forma de vida	KaseO, Amaral y otros profesionales les introducirán en el mundo de la música como alternativa de ocio, como desahogo e incluso como trabajo.
8º sesión	Ganarme un salario ¿a cambio de qué?	Charla informativa por parte de la policía sobre las consecuencias legales y penales del consumo y la práctica de delitos
9º sesión	No toda la hierba se usa para fumar	Escapada a la naturaleza con monitores de tiempo libre que fomentarán otra forma de ocio
10º sesión	Vivir el presente, aprendiendo del pasado y esperando el futuro	El objetivo es aprender a convivir con sus experiencias pasadas, centrándose en el presente, por medio de una clase de mindfulness.
11º sesión	Yo también controlaba	Una persona que anteriormente consumía dará una charla apelando a la reflexión y la empatía al poder verse reflejados. Además, habrá una breve explicación de la función de las neuronas espejo por parte de los psicólogos.
12º sesión	Y ahora, ¿qué piensas?	Realización de los test de nuevo y reflexión

El programa está dividido en 12 sesiones que, de forma general, centran los objetivos de cada jornada en la intervención con el consumo de sustancias.

El programa tendrá comienzo el 3 de septiembre de 2020 y finalizará el 19 de noviembre del mismo año, esperando que pueda efectuarse sin objeciones a causa del COVID-19.

El grupo experimental realizará las sesiones cada jueves desde las 9 horas hasta las 11 horas. El motivo de este horario es que los jueves son el primer día de la semana de ocio nocturno, aumenta la posibilidad de caer en la tentación de consumir, por lo que se considera pertinente que tengan reciente lo aprendido en la sesión de dicho día.

El grupo control I, cuyas sesiones son únicamente magistrales, realizará las sesiones cada jueves desde las 11 horas hasta las 13.

El motivo del horario es que los grupos no coincidan para que el grupo control I no se vea alterado al escuchar el posible bullicio que se forme en alguna sesión del grupo experimental al tener clases más participativas.

A continuación, se presentan las sesiones de forma más detallada.

Sesión 0: Presentación

Objetivo: Informar sobre lo que van a abordar a lo largo del programa, presentación de los profesionales que en él van a participar y presentación de los participantes. Dichos participantes realizarán los test mencionados.

Desarrollo de la sesión: Esta sesión comenzará con la presentación de los profesionales y un breve resumen de los objetivos y el procedimiento del programa. Además, el grupo experimental y el control I, realizarán los diferentes test propuestos.

Sesión 1: ¿Sabes lo que te haces cuando consumes?

Objetivos: Que los participantes descubran sus conocimientos erróneos y aportándoles información veraz, iniciando una breve concienciación acerca de las devastadoras consecuencias del consumo.

Desarrollo y justificación de la sesión: Ver anexo 5

Sesión 2: Controla tus impulsos, no dejes que ellos actúen por ti

Objetivos: Gracias al test de Barrat pasado en la sesión 0 y analizando los resultados, es pertinente dedicar una sesión al control de impulsos y a saber cómo relajarse en situaciones de tensión o que puedan causarles estrés.

Desarrollo y justificación de la sesión: Ver anexo 6

Sesión 3: ¿Sabes lo que te metes?

Objetivo: Conocer qué cantidad y tipos de sustancias están introduciendo en su organismo al consumir cada droga. De este modo, puede que reflexionen antes de hacerlo.

Desarrollo de la sesión: Esta sesión participativa ofrecerá una serie de elementos naturales y químicos con los que los participantes deberán “construir una droga”. Tratarán de adivinar qué “ingredientes” lleva cada sustancia tóxica que consumen, con el objetivo de que, al ser conocedores de su composición, se replanteen consumirla.

Sesión 4: Correr para disfrutar, no para huir

Objetivo: El objetivo es que los participantes del programa acaben viendo el ejercicio como una actividad de ocio gratificante que además puede inculcarles el disfrute de la naturaleza junto con la sesión 9.

Justificación y desarrollo de la sesión: Ver anexo 7

Sesión 5: Quiero trabajar

Objetivo: Esta sesión formativa, enseñará a los participantes a buscar trabajo, así como hacer su propio currículum vitae. El objetivo es que sepan cómo hacerlo, así como motivarlos ya que lo que realmente buscan es conseguir dinero para mandarlo a casa. De esta manera, también serán conscientes de que para conseguir trabajo y lograr sus objetivos, deben eliminar el consumo de sus vidas.

Desarrollo y justificación de la actividad: Ver anexo 8

Sesión 6: Educación emocional

Objetivo: El objetivo es buscar el aumento de la resiliencia personal a través del aprendizaje de cómo afrontar la frustración, cómo controlar la ira y la conducta impulsiva, desarrollar y difundir el sentido del humor, generar y auto generarse emociones positivas así como fomentar la empatía. Para ello, durante la sexta semana de programa se les dará una clase magistral sobre las emociones buscando los objetivos mencionados anteriormente.

Desarrollo y justificación de la sesión: Ver anexo 9

Sesión 7: Musicoterapia

Objetivos: El objetivo principal es enseñar a los jóvenes participantes el uso terapéutico de la música, así como las diferentes formas de disfrutar de ella convirtiéndola en una nueva forma de ocio. Esto será posible gracias a la colaboración desinteresada de artistas zaragozanos tales como Kase.O y Amaral, así como de psicólogos y profesores especialistas en música.

Desarrollo y justificación de la actividad: Ver anexo 10

Sesión 8: Amigos y delincuencia

Objetivo: Concienciar a los jóvenes de su situación y el riesgo que conlleva el tráfico o consumo de sustancias (además de física y psicológicamente). Para ello, se buscará colaboración de las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, dotando a los chicos de una charla acerca de las consecuencias legales y penales que tiene el consumo de sustancias ilegales y cometer delitos en consecuencia.

Desarrollo y justificación de la actividad: Ver anexo 11

Sesión 9: No toda la hierba se usa para fumar

Objetivo: Descubrir un nuevo tipo de ocio o incluso una nueva forma de vida al conocer muchos de los oficios relacionados con la naturaleza.

Desarrollo y justificación de la sesión: Ver anexo 12

Sesión 10: Vivir el presente, aprendiendo del pasado y esperando el futuro.

Objetivo: Tratar de controlar el pensamiento presentista de los chicos de lo efímera que es la vida provocado por la experiencia que tienen (basada en una continua incertidumbre de supervivencia). Intentar que se centren en el presente de una manera diferente a lo que ellos conocen. Aprender a vivir lidiando con sus situaciones pasadas, sin que eso les lleve a no tener en cuenta las consecuencias de sus actos.

Desarrollo y justificación: Ver anexo 13

Sesión 11: Yo también controlaba

Objetivo: El objetivo de esta sesión es que los participantes conecten con el invitado y vean en él un reflejo de su posible futuro, haciéndoles reflexionar sobre las consecuencias pasadas por el susodicho tratando de evitarlas a corto y largo plazo.

Desarrollo y justificación de la sesión: Ver anexo 14

Sesión 12: Y ahora, ¿qué piensas?

Esta última sesión consiste en volver a realizar los test de Cravin, de Barrat, el SWLS (satisfacción con la vida), el de datos de percepción de salud y percepción de riesgos.

Una vez realizados, se les propondrá a los participantes que reflexionen acerca de todo el programa al que han asistido, apelando a la reflexión sobre cómo ha cambiado su vida después de la participación en esta intervención.

7. RECURSOS

A continuación, se describirán los recursos humanos, materiales y técnicos utilizados en este programa de intervención.

HUMANOS

Este programa necesita de psicólogos con especialización en consumo de sustancias presentes en todas las sesiones y su papel será detectar los cambios en las conductas de los jóvenes

y dar las clases pertinentes. También es preciso un psicólogo especialista en mindfulness cuyo papel será imprescindible en la sesión 10 con el objetivo de enseñar herramientas útiles en las que se basa esta especialidad. Por otra parte, se necesitarán monitores de tiempo libre, profesionales de la música, estudiantes del grado universitario de ciencias de la actividad física y el deporte, trabajadores sociales, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado y una persona que haya sido drogodependiente y actualmente esté rehabilitada.

MATERIALES

Para la sesión 3 necesitaremos sustancias tóxicas (todas legales ya que no están procesadas) que variarán según el tipo de estupefacientes que consuma el grupo participante, pues es una sesión más concreta.

TÉCNICOS

Necesitaremos un aula del centro con pizarra, ordenador y proyector,

Para la sesión 5 nos trasladaremos a una sala de ordenadores dotada de internet para cada uno donde podrán crear y difundir sus currículums.

8. EVALUACIÓN

La evaluación se llevará a cabo al comienzo y al final del programa. Los participantes realizarán los diferentes test propuestos y se compararán con los test finales.

Al principio se realizará una evaluación de los test pasados en la sesión 0. En la última sesión vuelven a pasarse los mismos test. De esta manera, si los test de Cravin y Barrat han disminuido y el SWLS (satisfacción con la vida), el de datos de percepción de salud y percepción de riesgos han aumentado, significará que el programa tiene éxito por lo que se les aplicará tanto al grupo control I como al grupo control II.

9. RESULTADOS ESPERADOS

Con este programa de intervención aplicado a los MENAS tutelados por el servicio de protección de menores de Zaragoza, se pretende que eliminen sus conductas totales y parciales de consumo de sustancias adictivas. Además, se espera que este programa de intervención sea a largo plazo, únicamente preventivo ante la conducta del consumo de drogas.

Estos objetivos generales se espera que sean consecuencia del éxito de los objetivos específicos, que promueven los factores de protección de todas las áreas en detrimento de los factores de riesgo de cada una de ellas. Este éxito se espera que sea paulatino a lo largo del programa, los menores se irán cerciorando de las nefastas consecuencias que tendrán sus habituales conductas a corto o largo plazo hasta eliminarlas.

Como posibles limitaciones, encontramos que, al tratarse de metodología cualitativa, contamos con una fuerte validez interna pero poca externa. Tampoco se cuenta con la generalización de los resultados, esto es que, aunque con algunos participantes del programa pueda funcionar, no tiene por qué hacerlo con todos.

Otra limitación que encontramos es la gran barrera que para muchos supone el idioma, pues no llevan mucho tiempo en España y quizás no lo dominen del todo.

Además, informar en la primera sesión de todos los tipos drogas existentes, puede despertar curiosidad por conocerlas antes de empezar con el programa de intervención, aumentando así el número y tipos de sustancias consumidas habitualmente.

Para terminar, respecto al DSM-V se podría decir que contempla una visión reduccionista en la que excluye variables psicosociales fundamentales para el trastorno por consumo, pues no contempla la edad de inicio del consumo.

10. CONCLUSIONES

Como se ha comentado a lo largo del presente trabajo, la vulnerabilidad de estos jóvenes es triple: por ser adolescentes, inmigrantes y no contar con una red de apoyo cercano. A estas condiciones intrínsecas en ellos, se les suma la vivencia de un duro proceso migratorio (pues sus

llegadas son de forma ilegal), enseguida son juzgados por la población de acogida y al poco tiempo de llegar, las expectativas que tenían al comenzar el proceso son arrebatadas.

Todas estas vivencias tienen consecuencias nefastas, una de ellas es comenzar a consumir sustancias adictivas. Es por eso que se propone un programa de intervención en esta población tan joven adicta a las drogas.

La novedad de este programa recae en una metodología activa que, lejos de las clases magistrales, espera hacer sentir partícipe a cada joven inmerso en el programa provocando en ellos una introspección, reflexionando sobre si la “solución” que han tomado (consumir) para evadir sus problemas es la más eficaz. El programa descrito, además de información, ofrece herramientas permitiéndoles iniciar nuevos tipos de ocio saludable

11. ANEXOS

ANEXO A

A continuación, se recogerán los siguientes datos de cada participante:

DATOS DE CLASIFICACIÓN DEMOGRÁFICA:

Lugar de nacimiento	
Edad	
Años vividos en España	
Estudios finalizados	

Tabla 2: Consumo, percepciones y opiniones sobre las drogas (EDADES, 2013).

Se ha decidido retirar algunos apartados, que se explican a continuación:

- Nombre y apellidos. Ya que no es realmente relevante para la realización del trabajo, y respetamos la ley de protección de datos.
- Sexo. Ya que como se ha mencionado a lo largo del trabajo, todos los jóvenes pertenecientes a esta sección de protección de menores son varones
- Estado civil. Resulta irrelevante
- Con quién vive, pues todos viven en los centros de acogida

- Si ha nacido en España, pues la población muestra recordamos que son menores extranjeros sin referentes familiares en España

DATOS DE PERCEPCIÓN DE SALUD:

	Muy buena
	Buena
	Regular
	Mala
	Muy mala
	NS/NC

Tabla 3: Consumo, percepciones y opiniones sobre las drogas (EDADES, 2013).

PERCEPCIÓN DE RIESGO Y OTRAS CUESTIONES:

Marque el nivel de riesgo que considera en las siguientes situaciones:

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes problemas	Muchos problemas	NS/NC
Fumar un paquete de tabaco diario					
Tomarse 5 cañas/copas el fin de semana					
Tomarse 5 cañas/copas al día					
Fumar hachís o marihuana una vez o menos al mes					
Fumar hachís o marihuana una vez o menos a la semana					
Tomar tranquilizantes, éxtasis, cocaína, heroína, alucinógenos, setas o ketamina una vez al mes					
Tomar las anteriores una vez a la semana					

Tabla 4: Consumo, percepciones y opiniones sobre las drogas (EDADES, 2013).

¿Qué grado de dificultad tendría para obtener una de las siguientes sustancias en 24 horas?

	Prácticamente imposible	Difícil	Relativamente fácil	Muy fácil	NS/NC
Hachís, cannabis, marihuana					

Tranquilizantes, éxtasis, cocaína, heroína, alucinógenos, setas o ketamina					
--	--	--	--	--	--

Tabla 5: Consumo, percepciones y opiniones sobre las drogas (EDADES, 2013).

Pensando donde usted vive, cree que las drogas ilegales son un problema....

Nada importante	
Algo importante	
Muy importante	
NS/NC	

Tabla 6: Consumo, percepciones y opiniones sobre las drogas (EDADES, 2013).

De las siguientes situaciones, ¿con qué frecuencia se las encuentra en la zona donde vive?

	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Nunca	NS/NC
Jeringuillas en el suelo					
Personas drogándose					
Personas drogadas					
Vendedores de droga					
Personas fumando porros					
Personas haciendo botellón					

Tabla 7: Consumo, percepciones y opiniones sobre las drogas (EDADES, 2013).

¿Considera estas acciones importantes para resolver el problema de las drogas ilegales?

	Nada importante	Algo importante	Muy importante	NS/NC
Campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas				
Educación sobre las drogas en la escuela				
Tratamiento voluntario a los consumidores para dejar la droga				
Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga				
Administración médica de metadona o heroína para los consumidores que han fracaso en los tratamientos				

Control policial				
Leyes estrictas contra las drogas				
Legalización del hachís y la marihuana				
Legalización de todas las drogas				

Tabla 8: Consumo, percepciones y opiniones sobre las drogas (EDADES, 2013).

TIPOS DE DROGAS**ALCOHOL**

¿Ha tomado alguna vez una bebida alcohólica? Indique la edad en caso afirmativo

Sí	<input type="text"/>
No	<input type="text"/>

Tabla 9: Consumo, percepciones y opiniones sobre las drogas (EDADES, 2013).

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas bebidas alcohólicas ha tomado?

Entre 1-3 días	<input type="text"/>
Una semana	<input type="text"/>
15 días	<input type="text"/>
30 días	<input type="text"/>
Entre 30 y 150 días	<input type="text"/>
Más de 150 días	<input type="text"/>

Tabla 10: Consumo, percepciones y opiniones sobre las drogas (EDADES, 2013).

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos días se emborrachó?

Entre 1-3 días	<input type="text"/>
Una semana	<input type="text"/>
15 días	<input type="text"/>
30 días	<input type="text"/>
Entre 30 y 150 días	<input type="text"/>
Más de 150 días	<input type="text"/>

Tabla 11: Consumo, percepciones y opiniones sobre las drogas (EDADES, 2013).

¿Cuántas bebidas diferentes suele tomar cuando bebe? ____ (indique aquí el número)

¿Qué día o días de la semana son más probables que usted beba? _____ (indique aquí el día)

¿Con qué frecuencia no puede atender a sus obligaciones por ir bebido?

Nunca	
Menos de una vez al mes	
Esporádicamente todos los meses	
Algún día todas las semanas	
A diario o casi a diario	

Tabla 12: Consumo, percepciones y opiniones sobre las drogas (EDADES, 2013).

Se seguirá el mismo patrón de cuestionario para las demás sustancias a evaluar: Tranquilizantes con y sin receta, marihuana, tabaco y otras. En estas últimas se incluirán éxtasis, cocaína, heroína, alucinógenos, setas y ketamina

TRATAMIENTO

¿Ha sido atendido por servicios médicos de urgencias por alguna de las siguientes causas en los últimos 12 meses?

	Sí	No
Sobredosis o intoxicación por drogas ilegales combinadas con alcohol o medicamentos		
Infecciones u otros problemas de salud derivados del consumo de alguna sustancia		
Intoxicación por alcohol (borrachera) sin mezclarlo con otras drogas		
No he sido intervenido		

Tabla 13: Consumo, percepciones y opiniones sobre las drogas (EDADES, 2013).

¿Alguna vez ha iniciado un tratamiento ambulatorio para dejar consumir o deshabituación? ____
(indique sí o no y el tiempo de duración de éste)

En caso afirmativo, ¿por qué motivo inició este tratamiento?

ANEXO B

	VULNERABILIDAD	ESTRESORES

Duelo por la familia	Simple	Simple
	Complicado	Complicado
	Extremo	Extremo
Duelo por la lengua	Simple	Simple
	Complicado	Complicado
	Extremo	Extremo
Duelo por la cultura	Simple	Simple
	Complicado	Complicado
	Extremo	Extremo
Duelo por la tierra	Simple	Simple
	Complicado	Complicado
	Extremo	Extremo
Duelo por el estatus social	Simple	Simple
	Complicado	Complicado
	Extremo	Extremo
Duelo por el grupo de pertenencia	Simple	Simple
	Complicado	Complicado
	Extremo	Extremo
Duelo por los riesgos físicos	Simple	Simple
	Complicado	Complicado
	Extremo	Extremo

Tabla 14: Cuestionario basado en escalas de evaluación de estrés crónico y de la exclusión. Escala vulnerabilidad-estresores aplicada a la inmigración (Achotegui, 2010). Elaboración propia

ANEXO C

	Muy en desacuerdo		Neutro		Muy de acuerdo
En la mayoría de aspectos, mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5

Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

Tabla 15: Escala de satisfacción con la vida. Slws (Atienza et al., 2000; Diener et al., 1985 y Pons et al., 2002)

ANEXO D

	Raramente o nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago las cosas sin pensárlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahorro con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Digo las cosas sin pensárlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actúo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Compro cosas impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Yo termino lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hablo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me interesa más el presente que el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabla 16: Escala de impulsividad de Barrat (bis 11) en adolescentes (Salvo y Castro, 2015).

ANEXO E

SESION 1.

El profesional de la salud tiene un papel muy importante en ayudar a promover las conductas dirigidas, en este caso, a la abstinencia. Es importante resaltar que en el adolescente se busca la abstinencia o el retardar el inicio del consumo de alcohol el mayor tiempo posible, no sólo por las implicaciones legales que competen, sino en los daños físicos y cognitivos a los que se enfrentan con este tipo de consumo. Pues esto los expone, entre otras cosas, a conductas sexuales de riesgo y a una dependencia temprana a la sustancia (García et al., 2017). Por otra parte, al ser un grupo poblacional en riesgo y al no poderse evitar el consumo, se deben implementar programas orientados a la concienciación de la evaluación de los riesgos a la salud y la importancia del consumo responsable para así disminuir los riesgos asociados a este consumo.

En esta sesión, con la ayuda de especialistas en drogodependencias se dará una clase magistral de información acerca de qué efectos psicofisiológicos provoca el consumo a corto y sobre todo a largo plazo. Además, se hará un juego sobre qué es mito y qué es realidad. En la siguiente tabla se nombran cuatro ejemplos de esta parte de la sesión:

MITO	REALIDAD
Es inofensiva ya que se trata de un producto natural	Las drogas naturales no son inocuas tienen efectos nocivos igual que las sintéticas y destruyen nuestro organismo de la misma forma
La marihuana no puede matarte	Es cierto que la muerte por sobre dosis de marihuana no suele producirse, pero una muerte indirecta por el consumo de esta droga se puede dar, porque bajo los efectos de la marihuana el potencial de mortalidad aumenta significativamente, accidentes laborales, de automóvil, induce psicosis, alucinaciones o alteraciones severas de ansiedad y del sueño

La marihuana no produce adicción	La marihuana sí es adictiva, tanto psicológicamente como químicamente. Su principio activo THC puede causar cambios en el cerebro, al punto de producir su propio neurotransmisor asociado, efecto que no ha sido encontrado en ninguna otra droga
No afecta a los pulmones	La marihuana irrita los pulmones, las persona que la consumen pueden tener problemas respiratorios. Es igual de perjudicial que el tabaco, se pueden desarrollar infecciones y alteraciones en los tejidos, como bronquitis y enfisemas o cáncer de plumón

Tabla 17: Tratamientos, adicción al cannabis (Help Adicciones, 2020).

ANEXO F

SESIÓN 2

Jester et al., (2015) en uno de sus estudios mencionan que las expectativas de socialización y relajación predicen un consumo intenso de alcohol. Esto se puede explicar a través de los conocimientos previos que tienen los adolescentes acerca de la sustancia, las experiencias que mantiene con ellas y las expectativas que suponen respecto a su consumo lo que permiten conformar las actitudes frente al acto de consumir. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Newton, Barret, Swaffield & Teesson, 2014; Pilatti, Cupani & Pautassi, 2015, quienes señalan una la sensación de relajación que produce el consumo de alcohol provoca una desinhibición que les permite puntuar más en la escala de sociabilidad.

Esta sesión se realizará con ayuda de profesionales de la fisioterapia que, junto a los profesionales de la psicología, enseñarán técnicas de relajación que podrán poner en práctica cuando la ausencia de drogas les provoque inseguridad y nerviosismo. Además, enseñarán los puntos clave corporales en los que puede somatizarse la ansiedad y otros síntomas de la abstinencia.

ANEXO G

SESIÓN 4

El deporte suele utilizarse como tratamiento de adicciones. El ejercicio físico correlaciona con estilos de vida saludables, pues el entrenamiento produce cambios y adaptaciones en el cuerpo que son directamente causantes de mejoras en salud y calidad de vida. (Espeitx, 2019).

En cuanto al rendimiento cognitivo, el ejercicio físico mejora la memoria de trabajo, el tiempo de reacción y la atención. Fisiológicamente, el ejercicio cambia el cerebro al incrementar la neurogénesis, el O₂, el flujo sanguíneo, los neurotransmisores y el número de sinapsis (Espeitx, 2019). Es decir, el deporte mejora parte de lo que el consumo de sustancias destruye.

El deporte tiene efecto ansiolítico, reduce indicadores del estrés (como el cortisol, la frecuencia cardíaca en reposo y la tensión neuromuscular) y de la depresión. En muchos individuos, reduce la ansiedad, además de mejorar el sueño (Espeitx, 2019). No se debe olvidar que estos jóvenes además de su condición de consumidores, posiblemente tengan síntomas depresivos y de ansiedad, por lo que el deporte intervendrá también en este tema.

Los mecanismos psicológicos que se explican los cambios positivos que ofrece el deporte son el aumento la interacción social con iguales (que en los adolescentes es un elemento clave) que dedican parte de su tiempo libre a la práctica de deporte, incrementa la autoconfianza, la autoestima, la autosuficiencia, la autoeficacia y el autoconcepto, el sentimiento de control, la percepción de aptitud física y favorece la distracción de las preocupaciones cotidianas del que lo practica (Espeitx, 2019). Siendo todos los mencionados, factores protectores ante el consumo de sustancias.

En esta sesión contamos con la colaboración de los estudiantes de ciencias de la actividad física y el deporte de la universidad de Zaragoza. Los participantes del programa realizarán una gymkana deportiva con la que descubrirán su autoeficacia y una nueva forma de ocio.

ANEXO H

SESIÓN 5

Los programas de incorporación social están generalizados en todas las comunidades autónomas, pero las coberturas son muy desiguales y, en general, los programas orientados a la incorporación laboral son los menos desarrollados. A pesar del esfuerzo realizado, se mantiene la dificultad para la inserción laboral de las personas con trastornos por uso de sustancias (Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social del Gobierno de España, 2017)

Los participantes recibirán una clase magistral con aspectos básicos como la presentación de diferentes entidades que reclutan personas que buscan trabajo como INAEM, ADECCO... También aprenderán a realizar un currículum vitae y a cómo acceder a los documentos que necesitan.

ANEXO I**SESIÓN 6**

La inteligencia emocional se define como la habilidad para manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar esta información para distinguir entre los propios pensamientos y acciones.

La educación emocional fomenta la resiliencia personal (Sandoval y López, 2017). Aprender a motivarse, a afrontar la frustración, a controlar la ira y la conducta impulsiva, a desarrollar y difundir el sentido del humor, a generar y autogenerarse emociones positivas, y/o fomentar la empatía. Entre los aspectos que se ven favorecidos por el desarrollo de las competencias emocionales están los procesos de aprendizaje, las relaciones interpersonales, la resolución de problemas y la consecución y mantenimiento de un puesto de trabajo. El objetivo principal de la educación emocional es el desarrollo de competencias emocionales y el bienestar personal y social (Bisquerra y Pérez-Escoda, 2007), y con ello, conseguir regulación emocional. Además de la inteligencia emocional en general, el uso de terapias cognitivo-conductuales para fomentar la resiliencia en personas que consumen es eficaz.

Para trabajar la educación emocional, se creará un diccionario con las emociones que los chicos conocen y se relacionará con cómo las sienten. Además, en colaboración con otros menores que

acuden a la entidad, se les propondrá a nuestros participantes representar una obra teatral del cuento “El monstruo de colores” con lo que se tratará que, de forma indirecta, ellos mismos conozca más a fondo la emoción interpretada al adentrarse en el papel. También se propone para esta actividad, crear un mural en el que, con pintura de dedos, cada uno expresará lo que interpreta según la música que escuchen en el momento

ANEXO J**SESION 7**

La musicoterapia es la interacción entre el profesional, la música, el paciente, y el medio, que tiene como objetivo restaurar, mantener o mejorar el bienestar físico (relajación muscular y percepción del dolor), emocional (consuelo y sentido de la vida), social (cohesión grupal), cognitivo y psicológico (estado de ánimo, alivio de ansiedad) (Munro y Mount, 1978; Vaillancourt, 2009). Esta terapia está basada en principios científicos y objetivos terapéuticos que intervienen en los procesos neurofisiológicos e influye favorablemente en la plasticidad cerebral (Sepúlveda, Herrera, Jaramillo, y Anaya, 2014), pues la música proporciona a los menores acceso a la intuición y creatividad mejorando su aprendizaje y desarrollando sus múltiples inteligencias (Brucia, 2006).

Puede suponer una fuente de placer que produce efectos relajantes, pues modula la energía muscular consiguiendo facilitar la regularidad de la respiración y la circulación sanguínea y, además, al trabajar la atención se producen estados de relajación y calma e incluso se inducen emociones de cualquier tipo para poder trabajarlas, puede ser un regulador del comportamiento y de la energía en momentos de ira u otras emociones negativas (Calleja, 2016).

Se emplea en numerosos ámbitos; siendo una terapia global, en la que no dependen factores como la raza, cultura o tradiciones, siendo esto muy relevante para nuestro programa.

Los jóvenes acudirán al Parque Pignatelli donde nos reencontraremos con los artistas y desarrollaremos la actividad.

ANEXO K**SESIÓN 8**

El punto de partida de la delincuencia es su origen social, de naturaleza compleja, incrementado en los barrios guetificados de inmigrantes con dificultades de integración social (Morente, Barroso y Morente, 2009). Es importante resaltar que, aunque existan múltiples factores de riesgo para desarrollar la conducta de consumo, tener pares consumidores o con conducta antisocial son los factores predictores más fuertes para iniciar el consumo de alcohol y otras drogas. Estos factores operan independientemente de los factores individuales y familiares.

Los jóvenes participantes recibirán una charla de las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado sobre las consecuencias legales y penales del consumo y tráfico de estupefacientes.

ANEXO L**SESIÓN 9**

La compleja situación ambiental y las conductas adictivas constituyen temas de actualidad para el equipo de salud que atiende adicciones y drogodependencias, el que debe dominar la fundamentación teórica de las actuales concepciones medioambientales y aplicarlas en la práctica para fomentar actuaciones responsables y nutrirse de sus beneficios. La educación ambiental orientada a la adquisición de conocimientos, hábitos, habilidades, capacidades, actitudes y formación de valores es también un movimiento ético y nuevo paradigma en la concepción del ser humano. Las drogas y conductas adictivas constituyen peligros ambientales, contaminan al organismo humano y al ambiente y son incompatibles con el desarrollo sostenible. Prácticas restaurativas en el entorno generan también restauración psicológica y son aliadas de la prevención, tratamiento y rehabilitación. La educación ambiental contribuye con el mejoramiento humano y desempeño profesional de quienes trabajan en el campo de las adicciones y drogodependencias. Esta educación aporta nuevos conocimientos sobre temas de actualidad aplicables en la labor asistencial, enriquecen el acervo terapéutico y rehabilitatorio, a la vez que favorece la adopción de una nueva ética aplicable también en la prevención comunitaria de las adicciones y la drogodependencia. Asimismo, contribuye a mejorar la calidad de vida y desencadena esfuerzos por alcanzar el desarrollo sostenible (Quiñones, 2017).

Para esta sesión nos desplazaremos a la Escuela de Actividades en la Naturaleza (EANA), situada en el maestrazgo turolense. Allí, con ayuda de monitores de tiempo libre los chicos realizarán actividades en la naturaleza que les permita descubrir un nuevo tipo de ocio o incluso una nueva forma de vida. Pues se les enseñará a disfrutar del tiempo libre, en este caso de la naturaleza, ya sea haciendo deporte, aprendiendo sobre el origen de la geología, la fauna y la flora...

ANEXO M**SESION 10**

Esta sesión se basa en la práctica de mindfulness, que es la cualidad mental de tener conciencia del momento presente (Bishop et al., 2004), implica la habilidad de tomar conciencia de los propios pensamientos y sensaciones emocionales aceptándolas (Siegel, 2010; Kabat Zinn, 2003). En los últimos estudios de Sanger y Dorjee (2015) se comprobó que su práctica correlaciona con estados emocionales positivos al provocar efectos fisiológicos y psicológicos positivos, por lo que cada vez son más los que recomiendan un aprendizaje del mindfulness para niños y adolescentes donde se incluyan ejercicios de relajación, de conciencia corporal o de motricidad consciente (Schonert-Reichl y Roeser, 2016), se recomiendan intervenciones basadas en relajación-mindfulness (REMIND).

En esta sesión, con ayuda de un profesional, los chicos se iniciarán en el mindfulness tratando de vivir el momento presente dejando atrás todo lo sufrido y vivido hasta llegar aquí.

ANEXO N**SESION 11**

Esta sesión trabaja la empatía, que es la capacidad de experimentar los estados emocionales de los otros. Tras muchos estudios, se ha podido conocer el componente cerebral de esta capacidad. En los lóbulos cerebrales se encuentran un tipo de neuronas, denominadas neuronas espejo que, además de codificar los actos observados, permiten entender las intenciones de los otros (Moya-Albiol, Herrero y Bernal, 2010).

Los chicos escucharán la versión que tiene una persona que ya sufre las consecuencias a largo plazo sobre el consumo de sustancias. Les explicará toda su historia de consumo, desde cómo empezó hasta como consiguió salir, pasando por todas las consecuencias directas e indirectas que tuvo a lo largo de los años y todavía mantiene.

12. BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. (2010). *Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio. Escala Ulises*. Girona: Ediciones El Mundo de la mente.
- Achotegui, J. (2016). La atención a la Salud Mental de los inmigrantes y demandantes de asilo. *De la cuna al asilo: ¿Cuál es el futuro de la Salud Mental en Europa*, 19, 107.
- Achotegui, J. (2017). *La inteligencia migratoria: Manual para inmigrantes en dificultades*. Barcelona: Nuevos Emprendimientos Editoriales S.L.
- Ahumada-Cortez, J. G., Villar-Luis, M. A., Alonso-Castillo, M. M., Armendáriz-García, N. A., & Gámez-Medina, M. E. (2018). Expectativas hacia el consumo de alcohol y conducta de consumo en adolescentes de nivel medio. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18.
- Amutio, A., Franco, C., Mañas, I. y Gázquez, J.J. (2015). Aprendizaje y práctica de la conciencia plena (Mindfulness) en estudiantes de Bachillerato para potenciar la relajación y la autoeficacia en el rendimiento escolar. *Universitas Psychologica*, 14, 15-25.
- Argyle, M. (1992). *La Psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza.
- Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2003). Satisfaction with life scale: Analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and individual Differences*, 35, 1255-1260.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & Merita, M. G. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319.
- Banco de instrumentos y metodologías en salud mental. (2015). Recuperado el 22 de junio de 2020, de: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=128>.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.

- Bargach, A. (2006). Los contextos de riesgo: menores migrantes "no" acompañados. In *Menores tras la frontera: Otra Inmigración que aguarda.* (pp. 51-62). Icaria.
- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas.* Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.* 457-476. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña, E. (2009). *Factores de riesgo y protección en la prevención de las drogodependencias.*
- Bermúdez, M. (2004). *Los MINA (menores migrantes no acompañados): Niños de la calle en la España del siglo XXI.* Madrid: Témpora.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., y Devins, G. (2017). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology, 11,* 240-241.
- Bisquerra, R., & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI, 10,* 61-82.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological wellbeing.* Chicago: Aldine.
- Bruscia, K. E. (2006). *Musicoterapia.* México: Editorial Pax.
- Buela-Casal, G. (2011). *Violencia, conducta antisocial y delictiva en adolescentes. Materiales. Curso de verano UPV-EHU.*
- Calleja-Bautista, M., Sanz-Cervera, P., & Tárraga-Mínguez, R. (2016). Efectividad De La Musicoterapia en El Trastorno De Espectro Autista: Estudio De Revisión. *Papeles Del Psicólogo, 37,* 152-160.
- Castro, A. (2011). El síndrome de Ulises. *SOS...Soy un inmigrante.* Madrid: Pirámide
- Castro, A. (2019). *Psicología Social Aplicada: Psicología social de la salud: drogodependencia y sexualidad.* [Apuntes académicos]. Universidad de Zaragoza-Moodle.
- Checa, F., Arjona, Á., Olmos, J. C. C., & Alonso, A. (2006). *Menores tras la frontera: otra inmigración que aguarda,* 240. Icaria Editorial.

Quiñones, R. (2017). *Contribuciones de la educación ambiental al equipo de salud que interactúa con adicciones y drogodependencias/Contributions of Environmental Education to the Health Team that Interacts with Addictions and Drug Addictions*. Recuperado el 20 de junio de 2020, de: <http://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/38/35>.

Díaz, R., y Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 26, 161-187.

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.

Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES, (2013). *Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas*. Recuperado el 16 de julio de 2020, de: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm.

Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES, (2015). *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas*. Recuperado el 17 de junio de 2020, de: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf.

Erles, L. (2018). *Prevención de adicciones en el ámbito educativo. Programas de prevención*. Universidad de Zaragoza.

Sánchez, J. P. E., & Carrillo, F. J. M. (2002). *Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. In Intervención familiar en la prevención de drogodependencias* (pp. 21-55). Plan Nacional sobre Drogas.

Espeixt, E (2019). *Psicología del deporte: Actividad física, deporte, ejercicio y salud*. [Apuntes académicos]. Universidad de Zaragoza-Moodle

Espeixt, E (2019). *Psicología del deporte: Conductas adictivas o patológicas del deporte*. [Apuntes académicos]. Universidad de Zaragoza-Moodle

- Esteban, J. (2015). *Actualización DSMV trastornos por consumo de sustancias*. Recuperado el 20 de junio de 2020, de http://saludmentalarrayan.cl/files/Presentacion%20adicciones/Dr__Riquelme.pdf.
- Felver J.C. y Jennings P.A. (2016). Applications of Mindfulness-based interventions in school settings: An introduction. *Mindfulness*, 7, 1-4.
- Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Málaga: Aljibe.
- Franco, C., Amutio, A., López-González, L., Oriol, X. y Martínez-Taboada, C. (2016). Effect of a Mindfulness Training Program on the Impulsivity and Aggression Levels of adolescents with behavioral problems in the classroom. *Frontiers in psychology*, 7, 1385.
- García, M. (2013). *Incidencia del síndrome de Ulises en Andalucía*.
- Gavidia, V., Talavera, M., Mayoral, O., & Garzón, A. (2016). *Proyecto COMSAL: los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela: Proyecto de Investigación subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO)*. Tirant lo Blanch. Valencia: Universitat de València.
- Gobierno de Aragón. (2019). *Atención a la infancia y la adolescencia: Protección a la infancia*. Recuperado el 7 de junio de 2020, de: <https://www.aragon.es/-/atencion-a-la-infancia-y-a-la-adolescencia.-proteccion#anchor1>.
- Help Adicciones. (2020). *Tratamientos, adicción al cannabis*. Recuperado el 22 de junio de 2020, de: <https://www.helpadicciones.com/desintoxicacion-marihuana/>.
- Jester, J. M., Wong, M. M., Cranford, J. A., Buu, A., Fitzgerald, H. E., & Zucker, R. A. (2015). Alcohol expectancies in childhood: change with the onset of drinking and ability to predict adolescent drunkenness and binge drinking. *Addiction*, 110(1), 71-79.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190(4217), 912-914.

- Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psycholoty Quarterly*, 49, 110-128.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.
- Labouvie, E. (1996). *Maturing out of substance use: Selection and self-correction*. Journal of Drug Issues.
- López Martínez, O. (2017). *Educación, psicología y coaching: un entramado positivo*.
- Manzani, L. (2014). Bienestar psicosocial en menores y jóvenes extranjeros sin referente familiar adulto: factores de riesgo y protección. *Norte de Salud mental*, 12, 33-45.
- Markez, I., & Ruiz, F. P. (2009). *Drogodependencia en menores extranjeros no acompañados (MENA): su derecho a una educación y salud de calidad*. Vitoria Gasteiz: Observatorio Vasco de Drogodependencias del Gobierno Vasco.
- Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social del Gobierno de España (2017). *Estrategia nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Recuperado el 7 de junio de 2020, de <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>.
- Morente, F., Barroso, I. y Morente, V. (2009). Los estilos educativos en la tarea resocializadora de menores infractores. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 87, 109–130.
- Moya-Albiol, L., Herrero, N., & Bernal, M. C. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Revista Neurol*, 50, 89-100.
- Munro, S., & Mount, B. (1978). Music therapy in palliative care. *Canadian Medical Association Journal*, 119, 1029.
- Navarro-Pérez, J. J., Pérez-Cosín, J. V. y Perpiñán, S. (2015). El proceso de socialización de los adolescentes postmodernos: entre la inclusión y el riesgo. Recomendaciones para una ciudadanía sostenible. *Pedagogía social. Revista interuniversitaria*, 25, 143–170.

- Newton, N. C., Barrett, E. L., Swaffield, L., & Teesson, M. (2014). Risky cognitions associated with adolescent alcohol misuse: Moral disengagement, alcohol expectancies and perceived self-regulatory efficacy. *Addictive behaviors*, 39(1), 165-172.
- Organización Mundial de la Salud OMS, (2020). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado el 7 de junio de 2020, de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
- Pilatti, A., Cupani, M., & Pautassi, R. M. (2015). Personality and alcohol expectancies discriminate alcohol consumption patterns in female college students. *Alcohol and alcoholism*, 50(4), 385-392.
- Pilatti, A., Godoy, J. C., & Brussino, S. A. (2012). Análisis de factores que influyen sobre el uso de alcohol de niños: Un path análisis prospectivo. *Health and Addictions*, 12(2), 155–192.
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2002). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en personas de tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*.
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2000). Satisfaction with Life Scale: Analysis of factorial invariance for adolescents and elderly persons. *Perceptual and Motor Skills*, 91(1), 62-68.
- Redondo, S. (2008). Individuos, sociedades y oportunidades en la explicación y prevención del delito: Modelo del Triple Riesgo Delictivo (TRD). *Revista Española de Investigación Criminológica*, art. 7, nº 6.
- Redondo, S., Martínez Catena, A., & Andres Pueyo, A. (2012). *Intervenciones con delincuentes juveniles en el marco de la justicia. Interventions with young offender: investigación y aplicaciones. Research and applications*.
- Reguera, E. M. (1988). *Cachorros de nadie*. Madrid: Popular.
- Ruiz, P. (2014). *Promoviendo la salud mental en nuestros adolescentes*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Saila, g., & sociales, y. A. (2009). *Drogodependencia en menores extranjeros no acompañados (MENA): Su derecho a una educación y salud de calidad.*

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). *Emotional intelligence. Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211.

Salvo, L y Castro, A. (2015). *Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barrat (BIS 11) en adolescentes.* Recuperado el 17 de julio de 2020, de: <https://es.slideshare.net/sagaroma/escala-de-barratt>.

Sanger, K. L., & Dorjee, D. (2015). Mindfulness training for adolescents: A neurodevelopmental perspective on investigating modifications in attention and emotion regulation using event-related brain potentials. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 15(3), 696-711.

Santacreu, J., Froján, M. y Hernández, J.A. (1991). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias I. *Revista Española de Drogodependencias*, 16, 201-215.

Schonert-Reichl, K.A. y Roeser, R.W. (2016). *Mindfulness in Education: Emerging theory, research, and programs*. Nueva York: Springer Press.

Sepúlveda-Vildósola, A. C., Herrera-Zaragoza, O. R., Jaramillo-Villanueva, L., & Anaya-Segura, A. (2014). La musicoterapia para disminuir la ansiedad Su empleo en pacientes pediátricos con cáncer. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52, 50-54.

Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia, SAIA. (2020). *Informe cuantitativo sobre niños, niñas y adolescentes: Datos 2019.* Recuperado el 7 de junio de 2020, de: <https://www.aragon.es/documents/20127/2152324/INFORME+CUANTITATIVO+ACTUACIONES+SAIA+19.pdf/d452c9bf-c814-281b-41ae-01355b931565?t=1583316979510>.

Siegel, D. (2010). *Cerebro y mindfulness*. Madrid: Paidós

Silva, N. P. y Graner, R. C. (2011). O adolescente, tráfico de drogas e función paterna. *Revista Psicología Política, 11*, 141–158.

Sociedad Científica Española para el consumo de Alcohol y Drogas SOCIDROGALCOHOL, (2015). Alerta ante la banalización del consumo de la marihuana. *Adicciones*. Recuperado el 8 de junio de 2020, de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/announcement/view/2>.

Stea, T.H. y Torstveit, M.K (2014). Association of lifestyle habits and academic achievement in Norwegian adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health, 14*, 829.

Uceda-Maza, F. X., & Alonso, J. D. (2017). Vinculación entre la vulnerabilidad y la exclusión social y las trayectorias delictivas. Un estudio de asociación. *Psychosocial Intervention, 26*(1), 29-37.

Vaillancourt, G. (2009). *Música y musicoterapia: su importancia en el desarrollo infantil, 182*. Narcea Ediciones.

Veenhoven, R. (1994). *El estudio de la satisfacción con la vida. Intervención Psicosocial, 3*, 87-116.

Werch, C.E. y Anzalone, D. (1995). *Stage theory and research on tobacco, alcohol, and other drug use. Journal of Drug Education, 25*, 81-98.

Zarzuri, R. (2000). Notas para una aproximación teórica a las nuevas culturas juveniles: las tribus urbanas. *Revista Última Década, 13*, 81–96.

Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S. y Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology, 5*, 603.