

Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias

José A. García del Castillo
Carmen López-Sánchez (coords.)



Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias

José A. García del Castillo
Carmen López-Sánchez
(coordinadores)



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© José A. García del Castillo
Carmen López-Sánchez (coords.)

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-995875-8-5

*El conocimiento científico camina lento,
pero a pequeños pasos
nos acerca a una realidad más optimista*

Índice

Relación de autores

Prólogo

PRIMERA PARTE: ASPECTOS GENERALES SOBRE LA PREVENCIÓN

1. Aproximación preliminar a la prevención del consumo de drogas

José A. García del Castillo, Carmen López-Sánchez y Álvaro García del Castillo-López

- 1.1. Introducción
- 1.2. Antecedentes del corpus teórico de la prevención de drogas
- 1.3. Principios básicos de la prevención
 - 1.3.1. Plan Nacional sobre Drogas
 - 1.3.2. National Institute on Drug Abuse (NIDA)
 - 1.3.3. Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)
- 1.4. A modo de conclusión

2. ¿Prevenir? Análisis histórico de la prevención

Francisco Pascual Pastor

- 2.1. Introducción
- 2.2. El inicio: medidas en torno al alcohol
- 2.3. La Ley y la higiene
- 2.4. Las otras drogas y algunas medidas
- 2.5. Educación y prevención
- 2.6. Situación actual
- 2.7. A modo de conclusión

SEGUNDA PARTE:
DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

3. *Elementos que debe tener un programa preventivo eficaz*

Elisardo Becoña Iglesias

- 3.1. Introducción
- 3.2. Tipos de programas preventivos
 - 3.2.1. Programas racionales e informativos
 - 3.2.2. Programas afectivos e inespecíficos
 - 3.2.3. Programas de influencia social o psicosociales
- 3.3. Lo que nos dice la evidencia sobre lo eficaz en prevención
 - 3.3.1. Programas preventivos basados en la evidencia científica
 - 3.3.2. La evidencia de su eficacia. Los meta-análisis de Tobler
 - 3.3.3. La evidencia de su eficacia: revisiones y otros meta-análisis
- 3.4. Los principios de prevención en drogodependencias del National Institute on Drug Abuse
 - 3.4.1. Factores de riesgo y protección
 - 3.4.2. Planificación de la prevención
 - 3.4.3. Implantación del programa preventivo
- 3.5. Los elementos de un programa preventivo eficaz
 - 3.5.1. Información sobre las drogas y sus consecuencias
 - 3.5.2. Conocimiento de los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de las distintas drogas
 - 3.5.3. Conocer y detectar los factores de riesgo y protección para todo el grupo y para ciertos individuos del grupo
 - 3.5.4. Entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de las distintas drogas
 - 3.5.5. Entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana
 - 3.5.6. Toma de decisiones y compromiso de no consumo
 - 3.5.7. Promover estilos de vida saludables
 - 3.5.8. Más allá de la escuela: incidir en los amigos, padres y comunidad
 - 3.5.9. Implicar en la medida de lo posible a la familia (AMPA y padres o tutores)
 - 3.5.10. Implicar a toda la escuela en el programa
- 3.6. A modo de conclusión

4. *Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes*

Marina J. Muñoz-Rivas, Natalia Redondo Rodríguez y José Luis Graña Gómez

- 4.1. Introducción
- 4.2. Concepto de factores de riesgo y de protección
- 4.3. Clasificación de los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes
 - 4.3.1. Factores de riesgo y protección ambientales/contextuales
 - 4.3.2. Factores de riesgo y protección individuales
 - 4.3.3. Factores de riesgo y protección de socialización
- 4.4. A modo de conclusión

5. *Diseño de programas de prevención de drogas*

M.^a Carmen Segura Díez, Carmen López-Sánchez y José A. García del Castillo

- 5.1. Introducción
- 5.2. Evaluación de la necesidad de intervención
- 5.3. Delimitación del programa de intervención
- 5.4. Identificación de los participantes
 - 5.4.1. Programas de prevención universales
 - 5.4.2. Programas de prevención selectivos
 - 5.4.3. Programas de prevención indicados
- 5.5. Objetivos del programa
 - 5.5.1. Ámbito comunitario
 - 5.5.2. Ámbito escolar
 - 5.5.3. Ámbito familiar
 - 5.5.4. Ámbito laboral
- 5.6. Programación de actividades
 - 5.6.1. Estructura
 - 5.6.2. Contenido
 - 5.6.3. Introducción del programa
- 5.7. Evaluación del programa
 - 5.7.1. Tipos de evaluación
- 5.8. Difusión de los resultados
- 5.9. Preguntas claves en el diseño

6. *Técnicas aplicadas a la prevención de las drogodependencias*

José A. García del Castillo, Carmen López-Sánchez, José Luis Carballo Crespo y Álvaro García del Castillo-López

- 6.1. Introducción
- 6.2. Clasificación de la prevención
- 6.3. Distintos tipos de prevención
 - 6.3.1. La prevención escolar
 - 6.3.2. La prevención familiar

- 6.3.3. La prevención comunitaria
- 6.3.4. La prevención laboral
- 6.3.5. Prevención desde los contenidos
- 6.4. Técnicas informativas
 - 6.4.1. Información sobre adicciones y conceptos relacionados
 - 6.4.2. Información sobre la prevalencia de consumo
 - 6.4.3. Información sobre mitos y realidades
 - 6.4.4. Información sobre las consecuencias del consumo de las sustancias
- 6.5. Técnicas de comunicación
 - 6.5.1. Comunicación efectiva
 - 6.5.2. Lenguajes verbal y no verbal
 - 6.5.3. Escucha activa
- 6.6. Técnicas de percepción de uno mismo
- 6.7. Técnicas de control de emociones
- 6.8. Técnicas de decisión
- 6.9. Técnicas de competencia social
- 6.10. A modo de conclusión

7. *Evaluación de programas de prevención del consumo de drogas*

Mónica Gázquez Pertusa y José A. García del Castillo

- 7.1. Introducción
- 7.2. Tipos de evaluación en el campo de la prevención del consumo de drogas
- 7.3. La evaluación en las fases de la prevención del consumo de drogas
 - 7.3.1. Evaluación en la fase de planificación del programa
 - 7.3.2. Evaluación en la fase de aplicación de los programas
- 7.4. Aspectos metodológicos en la evaluación de programas preventivos del consumo de drogas
 - 7.4.1. Cuestiones referentes a la validez experimental
 - 7.4.2. Diseños de investigación en la evaluación de programas preventivos
- 7.5. A modo de conclusión

8. *Difusión de los avances en prevención escolar del consumo de drogas*

Mónica Gázquez Pertusa y José A. García del Castillo

- 8.1. Introducción
- 8.2. Etapas del proceso de transferencia de tecnología
- 8.3. Modelos explicativos de la transferencia de la investigación a la práctica
 - 8.3.1. Mecanicismo versus contextualismo funcional
 - 8.3.2. Estudios de eficacia versus estudios de efectividad

- 8.3.3. Teoría de la difusión de las innovaciones
- 8.4. Factores que limitan la difusión de los avances realizados en prevención escolar
 - 8.4.1. Implementación de programas preventivos del consumo de drogas
- 8.5. Estrategias para aumentar la difusión de los avances en prevención escolar
 - 8.5.1. Entrenamiento de los aplicadores
 - 8.5.2. Materiales
 - 8.5.3. Reproducción de los estudios
 - 8.5.4. Análisis de costes
 - 8.5.5. Establecer un sistema de difusión de alta calidad
 - 8.5.6. Aumentar la capacidad de las organizaciones que suministran los servicios preventivos
- 8.6. A modo de conclusión

TERCERA PARTE:
PREVENCIÓN SOBRE CONDUCTAS ESPECÍFICAS EN DROGODEPENDENCIAS

9. *Intervención ante los nuevos patrones juveniles de consumo de alcohol*

Maite Cortés Tomás y José A. Giménez Costa

- 9.1. Introducción
- 9.2. Situación actual del consumo de alcohol en la población juvenil
 - 9.2.1. Algunos efectos del alcohol
 - 9.2.2. Inicio al consumo y estilo de consumo
- 9.3. Patrones de consumo de los jóvenes durante la práctica del botellón
- 9.4. Actuaciones ante las nuevas prácticas de consumo de alcohol entre los jóvenes
 - 9.4.1. Alternativas basadas en medidas reguladoras propuestas desde la Administración
 - 9.4.2. Alternativas relacionadas con la ocupación del tiempo libre
 - 9.4.3. Medidas psicosociales centradas en el joven y su entorno más inmediato
- 9.5. A modo de conclusión

10. *Programas de prevención escolar basados en la evidencia*

José Ramón Pereira Docampo y José Pedro Espada Sánchez

- 10.1. Introducción
- 10.2. Evaluación de las intervenciones preventivas

- 10.3. Transmisión de información sobre las drogas
- 10.4. Educación afectiva
- 10.5. Fomento de alternativas al consumo
- 10.6. Entrenamiento en habilidades de resistencia
- 10.7. Entrenamiento en mejora de competencias
- 10.8. Algunos programas “tipo”
 - 10.8.1. Programa Discover
 - 10.8.2. Programa “Entre Todos”
 - 10.8.3. Programa “Prevenir para vivir”
 - 10.8.4. Programa “Y tú, ¿qué piensas?”
- 10.9. Eficacia de los programas de prevención escolar en España

CUARTA PARTE:
PILARES FUNDAMENTALES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS
DROGODEPENDENCIAS

11. *La educación ante el consumo de drogas*

Encarna Bas Peña

- 11.1. Introducción
- 11.2. La educación en una sociedad interdependiente
- 11.3. La necesidad de dar respuestas educativas ante el consumo de drogas
- 11.4. Espacio Europeo de Educación Superior (EEES): el desarrollo de competencias y la prevención de drogodependencias
- 11.5. Las competencias básicas y su relación con los factores de riesgo y de protección en prevención de drogodependencias. El cine como recurso
 - 11.5.1. Competencia en comunicación lingüística
 - 11.5.2. Competencia matemática
 - 11.5.3. Competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico
 - 11.5.4. Tratamiento de la información y competencia digital
 - 11.5.5. Competencia social y ciudadana
 - 11.5.6. Competencia cultural y artística
 - 11.5.7. Competencia para aprender a aprender
 - 11.5.8. Autonomía e iniciativa personal
 - 11.5.9. Un caso práctico: competencias, asignaturas y escenas de la película *La Ola*
- 11.6. Sugerencias para el trabajo con el alumnado
 - 11.6.1. Algunas cuestiones para la reflexión y el trabajo en equipo

12. *La prevención familiar del consumo de drogas en adolescentes y jóvenes*

José Ramón Fernández Hermida, Roberto Secades Villa, José Luis Carballo Crespo y Olaya García Rodríguez

- 12.1. El papel de la familia en el consumo de drogas del adolescente
 - 12.1.1. Factores de riesgo familiares
 - 12.1.2. Factores protectores familiares
- 12.2. Modelos teóricos y enfoques en la prevención familiar
 - 12.2.1. Enfoques o aproximaciones en prevención familiar
- 12.3. Los componentes de la intervención en la prevención familiar
 - 12.3.1. Entrenamiento en habilidades parentales
 - 12.3.2. Entrenamiento de los hijos en habilidades sociales y para la vida
 - 12.3.3. Potenciación y mejora de las relaciones y la comunicación intrafamiliares
 - 12.3.4. Terapia familiar
 - 12.3.5. Intervención domiciliaria: el apoyo familiar en el domicilio y la educación en casa
- 12.4. Los programas de prevención familiar
- 12.5. La efectividad de la prevención familiar: resultados y principios

13. *La prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral*

Estanislao Cabrero Cabrero

- 13.1. Introducción
- 13.2. Programas de atención al trabajador
 - 13.2.1. Incidencia del consumo de drogas en el mundo laboral
 - 13.2.2. Importancia y consecuencias
 - 13.2.3. Causas y factores predisponentes
- 13.3. La prevención de las empresas
 - 13.3.1. Tipos de programas
 - 13.3.2. Programas preventivos
 - 13.3.3. Programas asistenciales
- 13.4. A modo de conclusión

Nota bibliográfica

Relación de autores

COORDINADORES:

José A. García del Castillo

Catedrático de E.U. de Psicología Social y director del Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) en la Universidad Miguel Hernández de Elche.

COLABORADORES:

Encarna Bas Peña

Profesora del Departamento de Teoría e Historia de la Educación y Pedagogía Social de la Facultad de Educación en la Universidad de Murcia.

Elisardo Becoña Iglesias

Catedrático del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología en la Universidad de Santiago de Compostela.

Estanislao Cabrero Cabrero

Jefe de Servicio Médico de Empresa y Administrador de Infraestructuras Ferroviarias (ADIF) en la Comunidad Valenciana y Región de Murcia.

Carmen López-Sánchez

Profesora titular del Departamento de Comunicación y Psicología Social en la Universidad de Alicante.

José Luis Carballo Crespo

Profesor del Departamento de Psicología de la Salud, e investigador en el Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) en la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Maite Cortés Tomás

Profesora titular del Departamento de Psicología Básica de la Facultad de Psicología

de la Universidad de Valencia.

José Pedro Espada Sánchez

Profesor titular del Departamento de Psicología de la Salud en la Universidad Miguel Hernández de Elche.

José Ramón Fernández Hermida

Profesor titular del Departamento de Psicología en la Universidad de Oviedo.

Álvaro García del Castillo-López

Becario FPU del Departamento de Psicología de la Salud e investigador del Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) en la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Olaya García-Rodríguez

Profesora del Departamento de Psicología de la Salud en la Universidad de Oviedo.

Mónica Gázquez Pertusa

Becaria FPU del Departamento de Psicología de la Salud e investigadora del Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) en la Universidad Miguel Hernández de Elche.

José Luis Graña Gómez

Catedrático del Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

José A. Giménez Costa

Profesor del Departamento de Psicología Básica en la Universidad de Valencia.

Marina J. Muñoz-Rivas

Profesora del Departamento de Psicología Biológica y de la salud en la Universidad Autónoma de Madrid.

Francisco Pascual Pastor

Médico de Conductas adictivas en la Unidad de Conductas Adictivas de Alcoy y Coordinador del Comité Asesor Técnico de FARE.

Juan Ramón Pereira Docampo

Ayudante de investigación del Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) en la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Natalia Redondo Rodríguez

Becaria FPU en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Roberto Secades Villa

Profesor titular del Departamento de Psicología en la Universidad de Oviedo.

M.^a Carmen Segura Díez

Ayudante de investigación del Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) en la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Prólogo

La prevención de las drogodependencias se considera cada día más el camino más fiable a seguir para alcanzar soluciones pragmáticas al problema del consumo de sustancias. Su corta historia favorece que las líneas de investigación estén aún muy diversificadas, aunque en los últimos años se observa una especialización mucho más acusada por parte de sus estudiosos e investigadores.

En el presente volumen pretendemos analizar de una forma concisa los nuevos avances y estrategias para la intervención de poblaciones en diferentes niveles de riesgo, revisando los postulados y posicionamientos necesarios que nos proporcionen herramientas de utilidad a la hora de plantearnos intervenciones preventivas eficaces y eficientes basadas en la evidencia científica.

Los dos primeros capítulos de este libro abordan los aspectos generales de la prevención desde una visión histórica, donde se puede apreciar la evolución que va experimentando a lo largo de estos pocos años de investigación y aplicación de programas.

Los [capítulos 3-8](#) abordan, pormenorizadamente, los elementos necesarios para desarrollar programas preventivos, los factores que intervienen en los procesos de consumo, el diseño, las técnicas y la evaluación que todo programa de intervención debe tener en cuenta para su óptimo desarrollo y ejecución. Hay que tener muy en cuenta que de estos elementos fundamentales dependerá en gran parte que un programa preventivo cuente con eficacia y eficiencia suficiente.

A continuación, los [capítulos 9 y 10](#) pretenden dar distintas visiones de intervenciones preventivas, abarcando las sustancias más extendidas entre la población (tabaco y alcohol). Muestran de una forma exhaustiva los procedimientos seguidos en sus intervenciones y las conclusiones a las que se ha llegado mediante su aplicación. Así mismo, se analizan los programas escolares de prevención desde una óptica de investigación y aplicación basadas en la evidencia.

Los [capítulos 11-13](#) abordan tres de los pilares fundamentales en los que se apoya la prevención de las drogodependencias. El marco escolar como referente máximo de la prevención, por otra parte el entorno familiar como punto de referencia indiscutible de una buena prevención y, finalmente, el ámbito laboral que sigue siendo el menos desarrollado pero que tiene una importancia crucial en la prevención de las drogodependencias en su conjunto.

La conjunción de los planteamientos del libro proporciona unas herramientas de prevención más que suficientes para tratar el problema y conseguir un abanico de posibilidades fundamental para afrontar una intervención en este amplio y complicado campo de actuación.

José A. García del Castillo
Carmen López-Sánchez

PRIMERA PARTE

Aspectos generales sobre la prevención

Aproximación preliminar a la prevención del consumo de drogas

1.1. Introducción

Para tomar auténtica conciencia acerca de un fenómeno hay que partir desde la evidencia de que existe una problemática a su alrededor, cosa que en ocasiones tarda demasiado tiempo en suceder, lo que perjudica seriamente al desarrollo del mismo. Las drogodependencias como fenómeno social, como acontecimiento integrado y relevante entre la población general, es tan joven que prácticamente no ha cumplido ni los cincuenta años. La paradoja de esta juventud es que las sustancias adictivas son tan antiguas como la humanidad, pero se toma conciencia del problema hace relativamente pocos años.

La gran mayoría de las sustancias han estado tradicionalmente integradas en las diferentes culturas donde nace su uso y durante miles de años se han considerado como parte integrante de la propia cultura, sin que por parte de la sociedad en su conjunto aparecieran planteamientos que cuestionaran su consumo, incluso teniendo consecuencias negativas o muy negativas para los usuarios. Esta integración cultural ha propiciado que se mantengan las tradiciones en los lugares donde se originan determinados usos de sustancias. De este modo en el antiguo Egipto, donde se elabora la primera cerveza, se considera su consumo un alimento más por las características que tenía por aquellos años esta bebida y no es hasta muchos siglos después cuando comienzan a cuestionarse, en parte, sus posibles efectos perjudiciales, pero en realidad en la actualidad sigue luchándose socialmente desde algunos sectores, por considerar esta bebida como beneficiosa en determinados aspectos de salud, y de hecho si se elimina el alcohol las bondades que ofrece son reconocidas por todos. Algo similar le ocurre al vino, que pese a sus altibajos en siglos pasados y la mala prensa de muchos momentos en su historia, hoy puede presumir de un alto estatus social, codeándose con la más alta gama de productos gastronómicos, porque en la actualidad se está consiguiendo que el vino ocupe un puesto de relevancia primordial en la gastronomía de la buena mesa, y que se le considere un producto alimenticio más. Su pariente pobre, el mosto, que cuenta con la

ventaja de no contener alcohol no puede competir aún con los caldos que envejecen en barrica y que hacen las delicias de los grandes comensales en el mundo entero.

En este contexto sociocultural se han abonado consumos muy variados y dispares, desde los derivados del cánnabis en el continente africano, pasando por el opio oriental y acabando en las regiones andinas donde la hoja de coca ha sido el producto estrella en su tradición cultural. A partir de los usos se comienza la producción sintetizando los principios activos de muchas de las sustancias, que posteriormente son introducidas en sociedades ajenas a sus usos y sus tradiciones, provocando la problemática asociada al abuso de sustancias.

Es en los años sesenta del pasado siglo cuando los movimientos contraculturales, sobre todo el movimiento hippy, favorecen y potencian muchos de los consumos que fuimos heredando en la antigua Europa. Este movimiento juvenil que se universalizó promulgando la anarquía pacífica, la vida en común, la defensa del medio ambiente o el sexo libre, entre otros muchos principios, se nutría del consumo de cánnabis y LSD fundamentalmente, aunque cualquier sustancia que llevara a la “felicidad” podría servir.

La sociedad española experimenta una evolución progresiva en cuanto a la forma y el fondo de cómo entender las conductas de adicción a sustancias y sus protagonistas directos. En realidad ante sustancias tan culturalmente nuestras como es el caso del alcohol, las etapas que hemos ido alcanzando han sido lentas en el pasado y se han precipitado en los últimos veinte años, consiguiendo un logro importante en cuanto a la percepción social de la enfermedad alcohólica.

Pascual (2004, 132) recoge un artículo del *Heraldo de Alcoy* de 1915, donde se expresa claramente el sentir popular de esos años en torno al alcohol: “El alcoholismo, terrible plaga social, se manifiestan sus estragos con más predilección en la clase obrera. Sucede que por vicio o por error el obrero sin cultura por lo general es alcohólico. Y tan arraigado está este vicio en algunos, que no se dan cuenta que el alcohol es un verdadero veneno que absorbe y destroza todo el organismo. El alcoholismo no es más que una vejez anticipada y lo que más aflige al bebedor es su falta de resistencia, porque no puede llegar a esa vejez y muere consumido por su vicio”.

La problemática del abuso de sustancias se fue desarrollando desde la década de los sesenta y se consolidó en la de los ochenta en España, capitaneada por la heroína. Este hecho junto con la alarma social que se generó a partir de acontecimientos asociados al consumo, como robos con violencia, asaltos y otros delitos relacionados con la obtención de sustancias, favorecieron que se generara una estructura alrededor del fenómeno de las drogas que derivó en la implantación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, así como la puesta en funcionamiento de dispositivos de tratamiento, sobre todo a la heroína, en prácticamente todas las Comunidades Autónomas.

Estos fueron, a grandes rasgos, los antecedentes en nuestro país de un problema que tocaría todos los ámbitos: social, sanitario, económico, jurídico y político. Este caldo de cultivo también favorece que se comience a estudiar el problema desde su vertiente preventiva, y es a partir de esta década cuando se plantean algunos de los programas que se llevaron a cabo experimentalmente en distintas zonas de nuestra geografía.

1.2. Antecedentes del corpus teórico de la prevención de drogas

Las disciplinas científicas tienen por delante un reto constante a la hora de construir un cuerpo teórico que sustente en sí mismo el desarrollo de sus postulados. No es de extrañar que sea un crecimiento lento y meticuloso, además de estar apoyado en los conocimientos estudiados y contrastados por otras disciplinas colindantes. Las drogodependencias aparecen en el espectro de salud tardíamente a pesar de ser una constante en cuanto a problemas relacionados con la salud, desde tiempo inmemorial. Posiblemente tenga mucho peso el hecho de que las sociedades no hayan evolucionado lo suficientemente rápido para aceptar o considerar los problemas de algunas sustancias como drogas, algo que todavía hoy arrastramos con alguna de ellas, porque sabemos que el cambio social es de un carácter lento y refinado, necesitando muchas evidencias para calar en la masa crítica.

En nuestra sociedad, donde el alcohol es una sustancia ampliamente aceptada por sus connotaciones culturales, hasta la segunda mitad del siglo XX no se comienza a considerar al alcohólico como un enfermo (Pascual, 2004). El proceso es tan sumamente complejo y largo que todavía hoy encontramos sectores de la población que siguen considerando al bebedor abusivo de alcohol como un “vicioso”, sin integrar que se trata de un enfermo más. Para hacer extensivo este hecho a otras sustancias, queda aún camino por recorrer, aunque nuestro sistema sanitario ya ha rubricado que los consumidores patológicos de sustancias adictivas se consideran enfermos a todos los efectos, con derecho a tratamientos especializados.

No nos cansaremos de incidir y subrayar que cuando hablamos de drogas, nos estamos refiriendo a todas ellas, legales e ilegales, que se ajustan a la definición clásica de Kramer y Cameron (1975, 15): “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” y como droga de abuso: “Aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, estado del ánimo, conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada” (OMS, 1992).

Históricamente en España, como hemos comentado, a partir de los años ochenta el problema con la heroína fomenta la creación de multitud de recursos que son el comienzo de una trayectoria de acción e investigación imparable. Pero, tal y como señalan García del Castillo *et al.* (2010), la aceleración del proceso comienza a retrotraerse paulatinamente a partir de la década del 2000, motivado por:

- Unas medidas de prevención cada vez más eficaces, aunque no suficientes.
- El miedo creciente a infecciones colaterales, como VIH o hepatitis.
- Un control policial muy mejorado en torno al tráfico de sustancias.

La prevención, en tan corto intervalo de tiempo, fue conviviendo con las actuaciones terapéuticas y padeciendo una serie de vaivenes improductivos. No obstante se fue abriendo camino y demostrando que se podían conseguir unas tendencias equilibradas y

positivas en cuanto a los nuevos consumidores de sustancias. Para ello se tuvieron que ir curtiendo y puliendo muchos de los principios donde apoyar un cuerpo teórico, desde el concepto básico de prevención fundamentado en los postulados de Caplan (1964), con su división más clásica de la prevención en primaria, secundaria y terciaria, que veremos en detalle más adelante, hasta las teorías donde cimentar los programas preventivos, pasando por una interminable sucesión de variables a estudiar e investigar en las que seguimos actualmente.

El gran auge de la educación para la salud fue durante los años ochenta y noventa, basando sus programas en el desarrollo de competencias y destrezas personales para alcanzar objetivos de salud. Costa y López (1986, 1996) aportaron bastante luz a este enfoque, apoyando sus argumentos centrales primarios en:

1. La prevención de las primeras conductas y la facilitación de un adecuado desarrollo y ajuste personal.
2. Cerciorarse de que la población con mayor riesgo aprenda a sortear todas y cada una de las condiciones indeseables.
3. Prestar ayuda a aquellos sujetos que necesiten aprender a manejar las circunstancias más problemáticas de su vida.
4. Hacer promoción de salud, mediante el fomento de comportamientos saludables.

Algunos de los debates más candentes en aquellos años del nacimiento de una prevención sistematizada los protagonizaron las corrientes que apuntaban hacia una prevención amplia desde la educación para la salud frente a la corriente más específica centrada en programas puntuales. Desde este enfoque autores como Calafat (1987, 14), señalaba que: "... un compromiso entre ambas posturas es seguramente la opción más realista, ya que no son excluyentes entre sí". Por su parte Fernández (1989, 127) apuntaba que: "La mayor o menor especificidad de un programa de prevención debe darse en función de las características y necesidades de la población a la cual nos dirigimos". Abundando en la controversia y siempre buscándose una salida García-Rodríguez (1989, 125) analizaba cada uno de los bloques (específico e inespecífico), llegando a deslindar una serie de ventajas y desventajas en la implantación de uno u otro, para pasar a desarrollar un modelo integrador.

a) Prevención específica.

- Ventajas:
 - Proceso operativo y concreto.
 - Se centra óptimamente en el problema objeto de prevención.
 - Es evaluable.
 - Se construye para una población concreta y es susceptible de generalización.

- Desventajas:
 - Llega a sectores poblacionales más pequeños.
 - Acarrea un mayor riesgo en la aparición de elementos contrapreventivos.
 - Acarrea un mayor riesgo de difusión de objetivos globales.

b) Prevención inespecífica.

- Ventajas:
 - Proceso continuo, globalizador e integrador.
 - Abarca un mayor número poblacional.
 - Abarca un mayor número de conductas de salud.
- Desventajas:
 - No evaluables.
 - Menor contenido específico.
 - Riesgo de difusión de objetivos específicos.

Dada la gran escasez de materiales preventivos sustentados en investigaciones contrastadas, se recurrió a la importación de programas y su posterior adaptación a la realidad española. Paralelamente los grupos de investigación españoles comenzaron a estudiar desde diferentes ámbitos la prevención de las drogodependencias: medicina, sociología y psicología básicamente.

Si examinamos el trabajo de Becoña (1999), donde revisó exhaustivamente las teorías y modelos que hasta esa fecha se habían abordado en la prevención de drogas, podemos observar que el volumen es significativo y más adelante nos detendremos en ellos (ver [Capítulo 8](#)). Actualmente la prevención cuenta en su haber con un desarrollo teórico amplio, sobre todo desde la vertiente psicológica, además de tener un banco de programas de prevención que abarcaría todas las necesidades.

1.3. Principios básicos de la prevención

La búsqueda incesante de los investigadores en el estudio de materias preventivas ha posibilitado que la disciplina de prevención avance en estos últimos veinte años de forma significativa. Durante los años noventa se estipularon y consensuaron objetivos específicos a cubrir en materia de prevención a partir de instituciones diversas dentro y fuera de nuestras fronteras. Posteriormente, después de más de una década, se han vuelto a revisar los postulados desde las mismas instituciones y podemos observar los matices de contraste que aparecen con el paso de los años en cuanto a estos criterios.

Cronológicamente podemos revisar algunas de las más representativas abordadas a través de dos visiones, la política y la técnica.

1.3.1. Plan Nacional sobre Drogas

La perspectiva política estaría representada en España por el Plan Nacional sobre Drogas. Tal y como consta expresamente en su página web el “Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) es una iniciativa gubernamental creada en el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España”. No obstante hay que observar que cada administración, por su parte, también desarrolla políticas autonómicas que pueden seguir o no las directrices generales del PNSD, aunque la tendencia ha sido no salirse abruptamente de las líneas que se han ido marcando desde el Plan Nacional.

En el año 1997 se dieron a conocer lo que se llamaron principios básicos en los que se tendrían que basar los programas preventivos, compendiándose en diez propuestas de consenso (PNSD, 1997) que surgen de los planteamientos que los investigadores españoles fueron vertiendo en sus publicaciones, además de intentar resolver algunos de los problemas con los que se enfrentaba la prevención en esos años:

- *Revisión de las campañas preventivas diseñadas para población general.* Una de las acciones primordiales en la prevención han sido, sin duda, las campañas preventivas dirigidas a la población general con una finalidad clara de definir posibles alternativas al consumo de drogas, tanto desde el ámbito escolar, como desde el familiar, fomentando estilos de vida saludables. Así mismo, se formula la iniciativa consensuada de lanzar paquetes informativos concretos con destinatarios más específicos, que no ciñéndose únicamente a la población general y cubriendo una población diana más definida en base a características diferenciales.
- *Intentar programar y planificar las actuaciones preventivas.* Desde el comienzo de la prevención en España y a lo largo de esos años, las acciones preventivas seguían descoordinadas, sin una planificación que les diera una estabilidad en el espacio y en el tiempo, suficientes para poder desarrollar evaluaciones que arrojaran luz acerca de la eficacia y la eficiencia de los programas llevados a cabo. Había que huir del confusionismo, ya que el voluntarismo de muchos agentes preventivos fomentaba, indirectamente, el que se llegara a mezclar prevención con multitud de acciones que no tenían nada que ver con esta.
- *Búsqueda y promoción a la hora de aplicar estrategias más globales.* Siendo conocedores de que el problema del consumo de drogas se genera por el conjunto de muchas causas o factores, se debería llegar a la conclusión de que los planteamientos preventivos que se apliquen deben ser globalizadores en

torno a éstos, sin dejar fuera ninguno que pudiera ser central en cuanto a la efectividad de la prevención. De este modo, se apostaba por la aplicación de los programas multicomponentes, que de hecho ya se estaban aplicando en muchos puntos de la geografía española en aquellos años.

- *Perseguir una mayor excelencia metodológica.* En base a la trayectoria observada en los años anteriores se propuso un listado de mejoras metodológicas a la hora de llevar a cabo acciones de prevención, desarrollando:
 - Evaluación de necesidades.
 - Definición de objetivos.
 - Ajuste de estrategias y poblaciones a los objetivos.
 - Evaluación de procesos y resultados.
 - Inventariar los programas existentes.
 - Valorar y clasificar materiales preventivos.
- *Ajustar la edad óptima de aplicación de la prevención y promover la implicación familiar.* Se cuestionó, razonablemente, la edad de aplicación de los programas preventivos, en función de los estudios que marcaban los catorce años como edad media de iniciación. Muchos estudios ya marcaban como edad de inicio a los primeros consumos alrededor de los 12 años, por lo que se propone la aplicación de programas antes de esas edades para tener más certeza de que no se ha comenzado el consumo en la mayoría de los casos. En relación con la disminución de la edad de aplicación está la implicación de la familia como agente preventivo potente e imprescindible.
- *Sincronizar la prevención primaria y secundaria.* Una buena planificación programática debía de contar no solamente con poner en marcha los programas preventivos primarios, sino también tener en cuenta que son muchos los casos que necesitarán de una intervención secundaria posterior.
- *Incidir en las poblaciones de riesgo.* Estos serían los preámbulos de lo que posteriormente se llamará prevención selectiva e indicada. Se fomentaba la necesidad de incidir singularmente en aquellas poblaciones que de partida poseían más factores de riesgo al consumo de sustancias.
- *Determinar y delimitar la intervención comunitaria.* Durante muchos años se fue desarrollando un esquema bastante confuso alrededor de lo que se denominó prevención comunitaria. Pero a lo largo del tiempo se generó bastante confusiónismo con el término y lo que realmente abarcaba el mismo en acciones específicas de campo. Por ello había que abordar el concepto y los contenidos de esta forma de prevención.
- *Difusión de resultados.* Posiblemente dentro del ámbito de la autocrítica el hecho de trasladar con calidad los resultados de la prevención de drogas no ha sido nunca el punto más fuerte. Por ello se considera en estos años que hay

que reforzar esta idea y conseguir materializarla en una realidad, impulsando nuevas formas de transmisión de resultados.

- *Fomentar la investigación preventiva.* Se reitera la necesidad del empleo de una buena metodología de trabajo, en este caso basada en la investigación científica de la prevención de las drogodependencias. Pasar de la buena voluntad de los aplicadores y de las experiencias aisladas y poco controladas a una metodología de investigación formal.

En el año 2009, la estrategia nacional en materia de prevención de drogas (PNSD, 2009) se propone los siguientes principios rectores:

- *Promoción de una concienciación social.* Toda la sociedad tiene que hacerse responsable de la problemática de las drogodependencias, siendo consciente de los perjuicios que puede acarrear el consumo de sustancias, en cuanto a costes personales, familiares y sociales de toda índole.
- *Mejorar habilidades individuales.* Se comprueba que es necesario aumentar y mejorar las habilidades individuales para hacer frente al problema del consumo de drogas. Es necesario trabajar estas habilidades para que el comportamiento individual y las actitudes se orienten hacia el mantenimiento de la salud.
- *Retrasar la edad de inicio al consumo.* Existe investigación suficiente que corrobora este principio básico, a mayor edad menor riesgo de consumo patológico.
- *Potenciar la prevención en poblaciones de riesgo.* Sigue siendo un objetivo a perseguir en la estrategia nacional de prevención cubrir especialmente aquellas poblaciones que tengan más factores de riesgo.
- *Apoyarse en la evidencia.* Fomentar la necesidad de apoyarse en la evidencia científica a la hora de llevar a cabo cualquier tipo de acción preventiva, alejándose de las experiencias y de la voluntariedad de muchos interventores en prevención.
- *Fomentar la evaluación.* Alejarse también de la aplicación de programas y acciones de prevención que no tengan en su programación una parte reservada para la evaluación.
- *Potenciar la investigación.* Sigue siendo necesario impulsar nuevos proyectos de investigación y transferencia de resultados en el campo de la prevención de las drogodependencias.

1.3.2. *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*

El máximo órgano de estudio e investigación de programas y acciones sobre drogas de los EE UU presenta una actualización sobre los principios básicos en los que se tiene que apoyar la actuación preventiva sobre drogas NIDA (1997):

- *Mejorar los factores de protección y reducir los de riesgo.* Se han estudiado suficientemente los factores que ayudan a enfrentarse al consumo y aquellos que favorecen el consumo. Por ello es fundamental llevar a cabo intervenciones tempranas para trabajar estos factores, teniendo en cuenta que pueden variar a lo largo del tiempo y de las situaciones de los sujetos.
- *Los programas deben abarcar todas las drogas.* Como sabemos aún existen sectores sociales que consideran a las sustancias legales con un tratamiento diferente de las ilegales. Es necesario abundar en la idea de que todas son drogas, sean legales o ilegales, incluyéndose aquellas que se pueden obtener para uso médico sin receta.
- *La prevención debe incluir estrategias de resistencia al consumo.* Somos conscientes de que existen determinadas estrategias individuales basadas en la autoeficiencia, las actitudes, la competencia social y otras muchas que favorecen la resistencia al consumo de sustancias.
- *Fomentar métodos interactivos.* Las poblaciones de jóvenes y adolescentes funcionan mejor a nivel motivacional si se emplean métodos interactivos, alejándonos de las técnicas didácticas tradicionales.
- *Incluir agentes preventivos familiares.* La familia, como pilar fundamental en el desarrollo y formación de los hijos, tiene que implicarse activamente en los programas preventivos.
- *Promover programas a largo plazo.* Se deben programar las acciones preventivas a largo plazo, teniendo en cuenta que es necesario realizar intervenciones repetidas para que aumente la potencia de los programas.
- *Potenciar los programas combinados.* Se ha comprobado que son más eficientes los programas comunitarios que desarrollan campañas en los medios de comunicación cuando tienen una extensión en la escuela y la familia.
- *Aprovechar el contexto escolar.* La escuela es un marco de acción preventiva inmejorable, dado que tenemos acceso a toda la población, incluyendo aquellos sujetos con mayor y menor riesgo, así como los marginales y otras poblaciones de alto riesgo al consumo de sustancias.
- *Adaptar los programas a las poblaciones.* Es importante que los programas preventivos se adapten a cada población que va a ser objeto de intervención, tanto desde una vertiente de formas de consumo posibles, como de edades a las que van dirigidos.

La actualización de estos principios, siempre basados en la evidencia de los estudios desarrollados por sus investigadores, la podemos encontrar en el [Capítulo 5](#).

1.3.3. Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)

Desde el INID se consideró necesario abordar los temas preventivos a través de una

doble visión: la política y la técnica conjuntamente, en un foro de análisis y debate. Para ello se programó una reunión a nivel nacional, donde se confrontaron las opiniones y posturas de los responsables políticos de todo el Estado y un grupo de técnicos en torno a la prevención de las drogodependencias, bajo el lema genérico de “La prevención en España hoy” llegándose a diez puntos de consenso (INID, 1997):

1. La prevención de las drogodependencias debe perseguir como objetivo general el de evitar que los jóvenes se inicien en el consumo de sustancias adictivas, incluidas drogas legales (tabaco, alcohol, medicamentos) y drogas ilegales (hachís, cocaína, heroína, síntesis...). Como objetivos intermedios habría que perseguir el retraso en la edad de iniciación al consumo de sustancias y la prevención de los factores de riesgo asociados a la iniciación al consumo (curiosidad, presión de grupo, búsqueda de sensaciones y emociones...).
2. Debemos fomentar y reforzar comportamientos de salud alejados del consumo de sustancias en la larga cadena de modelos a los que están expuestos nuestros jóvenes a lo largo de su vida, y sobre todo en los años que más impacto provocan en el desarrollo de su personalidad y adquisición de hábitos, es decir, desde la primera infancia hasta la adolescencia.
3. Es imprescindible trabajar el problema de las actitudes en los más jóvenes, y antes de llegar a la edad de riesgo al consumo (preadolescencia), haciendo especial hincapié en que los componentes actitudinales (cognitivo, afectivo y comportamental) actúen de soporte de mantenimiento de la conducta de abstención al consumo de sustancias, evitando las estrategias de reducción de la disonancia que positivamente sabemos que aparecen en los componentes actitudinales.
4. Es absolutamente necesario canalizar adecuadamente la información sobre drogas que se suministra a la población en edad de riesgo al consumo, intentando evitar los soportes clásicos de conferencias a los jóvenes sobre drogas y drogodependencias, exposición de experiencias de exdrogadictos, soportes que estimulan y alientan la curiosidad al inicio, etc. Debemos plantear la información dentro de un marco programático que eluda el efecto contrapreventivo.
5. Generar programas de investigación en prevención, que se centren en el estudio y desarrollo de factores de protección para las poblaciones no consumidoras de sustancias, que se sustenten en alternativas reales de ocio y tiempo libre que estén fuera del circuito de consumo, y que sean incompatibles con los comportamientos de consumo. Hay que estudiar nuevos factores de protección que complementen el factor único universal (deporte no competitivo).
6. Los programas de prevención deben estar estudiados y desarrollados en las poblaciones de referencia (no importados sin estudio), subrayando que tienen que tener una base metodológica adecuada para la aplicación de medidas de

evaluación a corto, medio y largo plazo, que permitan conocer los grados de eficacia y eficiencia de los programas aplicados.

7. Centrar las intervenciones escolares en profundizar en el aprendizaje de habilidades sociales, promoción de las relaciones interpersonales, fomento de las relaciones entre escuela, familia y comunidad, hasta el punto de que puedan servir de plataforma para potenciar actitudes saludables en los tres ámbitos, que repercutan directamente en los más jóvenes.
8. Trabajar en la búsqueda de mecanismos que movilicen adecuadamente a los padres como máximos responsables en la educación y formación integral de sus hijos, vadeando aquellos problemas que por experiencia sabemos que cortapisan esta iniciativa, desde la falta de tiempo de dedicación a los hijos, hasta la postura cómoda y relajada de querer que la educación es “cosa de los demás” (en referencia a profesores, instituciones formativas, profesionales de la medicina, la psicología, etc.).
9. Desarrollar un proceso global de intervención preventiva que abarque la formación de una conciencia social de salud, que conlleve las cualidades de continuidad, globalidad e integración y que tenga como meta el conseguir un cambio social que promocioe las conductas de salud y evite el comportamiento de consumo.
10. Hemos de considerar, finalmente, que un buen diseño de prevención de drogodependencias tiene que contar con la implicación de toda la población de referencia, para conseguir un “efecto dominó” que potencie las estrategias que utilicemos en cada uno de los sectores intervenidos (escolares, familia, comunidad).

Posteriormente, se vuelve a tratar el tema de la prevención unos años después, en el mismo formato de debate, bajo el lema: “Realidad de la prevención de drogas en España”, llegándose a las siguientes conclusiones (INID, 2006):

- La prevención de las drogodependencias en España se valora positivamente. Las comunidades autónomas deberán desarrollar la normativa adecuada para consolidar las actuaciones que se han venido realizando con eficacia.
- Es necesario aumentar y racionalizar las dotaciones presupuestarias dirigidas a las actuaciones preventivas desde las Administraciones Públicas.
- Es necesario mantener una estructura eficiente que permita recopilar y difundir, entre todas las Comunidades Autónomas, los programas de prevención de las drogodependencias, publicaciones e investigaciones.
- La prevención de las drogodependencias debe definir claramente cuáles son los objetivos que pretende lograr, la metodología para conseguir los mismos y su contextualización en la realidad social donde se lleva a cabo la misma.
- Es imprescindible diseñar y poner en práctica protocolos de análisis que faciliten la evaluación de las actuaciones preventivas. Este análisis

necesariamente debe incluir una evaluación de necesidades, del proceso y de los resultados, de manera que se refleje el ajuste y la adaptación de las intervenciones realizadas a los objetivos previamente establecidos.

- Para trabajar en prevención de las drogodependencias, es indispensable tener una formación específica acreditada a tal efecto; independientemente de la titulación de origen de los profesionales.
- Se impulsaran planes de investigación en prevención de las drogodependencias que sigan las líneas prioritarias marcadas por las distintas administraciones y les den continuidad.
- Las intervenciones preventivas de las drogodependencias en el medio escolar serán administradas por el profesorado previamente capacitado y adecuadamente asesorado. Se deberá incluir en el proyecto curricular de cada centro educativo.
- Se deberán fomentar las actuaciones de prevención de las drogodependencias en todos los espacios en los que éstas puedan tener impacto social.

1.4. A modo de conclusión

Como hemos podido comprobar a lo largo de este capítulo, la prevención de las drogodependencias y otras adicciones persigue consolidar un cuerpo teórico consistente donde apoyar y fundamentar sus acciones. Desde disciplinas como la Sociología, la Medicina o la Psicología, se nutre de muchos de sus conocimientos para construir un marco teórico propio. En los últimos años, también han jugado un papel preponderante las teorías de la comunicación, ya que muchos de los postulados preventivos se basan incuestionablemente en la aplicación de programas que adaptan y apoyan sus líneas de acción a partir de campañas (marketing de salud), dándole a la información un valor añadido.

En general podemos aseverar que desde los foros más representativos en materia de prevención se viene siguiendo una línea de acción bastante homogénea en cuanto a sus principios básicos. El acuerdo en el abordaje de la prevención está consolidando la importancia crucial que tiene ésta en el ámbito de las adicciones, y de alguna forma hace que se pongan en marcha más cantidad de programas preventivos, dentro y fuera de nuestras fronteras.

Conforme avanza la investigación, se perfilan y concretan los puntos de consenso entre las diferentes agencias y grupos que tienen competencias en medidas preventivas. De esta forma podríamos aglutinar los distintos principios básicos expuestos anteriormente en los siguientes:

- Es necesario que toda la sociedad se implique en las labores preventivas y conseguir una conciencia social del problema que desemboque en mejorar los estilos de vida de la población.

- Hay que ajustar adecuadamente las edades de intervención y los objetivos que se persiguen en cada acción, incluyendo las poblaciones de riesgo y alto riesgo con medidas adaptadas a cada una de ellas.
- Impulsar, fomentar y mejorar la investigación en prevención desde todos los ámbitos, intentado que se siga una metodología interactiva y rigurosa, donde la evaluación sea una constante de estudio, así como la difusión de resultados.
- Trabajar para que las intervenciones preventivas tengan una continuidad en el tiempo, programándose a corto, medio y largo plazo, procurando que las acciones sean coordinadas promocionando los programas combinados.
- Buscar un grado alto de sincronización entre las distintas formas de hacer prevención, intentando adaptar los programas y acciones preventivas a las diferentes poblaciones.
- Las acciones preventivas tienen que contar con herramientas informativas, de competencias y habilidades individuales, de potenciación de la percepción de riesgo y de resistencia al consumo.
- Reforzar al máximo la participación de los agentes preventivos, tanto los comunitarios como los familiares, así como los del propio contexto escolar.

2

¿Prevenir? Análisis histórico de la prevención

2.1. Introducción

La prevención del uso de sustancias tiene una relación directa con la aparición de las consecuencias, por ese motivo se intenta por medio de medidas educativas, legislativas, formativas y restrictivas disminuir el consumo de las mismas y así evitar las consecuencias de los consumos.

Es sabido desde hace tiempo que la droga más extendida y más largamente utilizada en los países occidentales es el alcohol.

Veremos cómo las primeras medidas se establecen en torno a esta droga para luego ir incidiendo con el paso de los años en las otras drogas llamadas ilegales, sobre todo a partir de principios del siglo XX y hasta la actualidad.

Haremos un recorrido por las distintas medidas que se han venido ejecutando para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos con respecto al uso de sustancias psicotropas.

En este recorrido se aprecian distintas etapas en las que se van aplicando desde medidas administrativas a las penales o las estrictamente preventivas, todo en base a la oferta y la demanda de sustancias y al incremento del número de personas adictas.

Se va pasando de la restricción a la información, en ocasiones alarmista, para terminar en la educación en valores y con objetivos claros, desde una prevención muy centrada en las sustancias a una prevención inespecífica y global, en la que se trabajan los estilos de vida sobre todo de los jóvenes.

Y tampoco hay que olvidar la reducción de daños como estrategia preventiva sobre todo entre aquellas personas que ya han iniciado consumos.

2.2. El inicio: medidas en torno al alcohol

El abuso de líquidos alcohólicos llegó a preocupar a los primeros legisladores,

encontrando a lo largo de la historia claros ejemplos, como el de Licurgo, que hacía emborrachar a los Ilotas (esclavos lacedemonios) para que los ciudadanos cobrasen repugnancia hacia tan degradante vicio, o el de Dracón, que en Atenas condenaba a muerte a los borrachos.

En Roma se dictaban severísimas medidas contra los adoradores del dios Baco y hasta Mahoma encontró tan extendido el mal, que, valiéndose de una expresión vulgar, cortó por lo sano, prohibiendo absolutamente el uso de bebidas alcohólicas.

Fueron no obstante los árabes los que nos enseñaron los medios para obtener el alcohol, *aqua ardens o aqua-vitae*, aunque los sumerios, egipcios, indios y chinos ya conocían el alcohol desde tiempos remotísimos. Durante el siglo IX se descubrió la destilación del vino, produciendo así bebidas de más alta graduación y en el siglo X se halló el procedimiento para obtenerlo por la fermentación de las harinas. Colvée y Roura (1888) señaló que tanto Ramón Llull como Arnau de Vilanova, durante el siglo XIII, destacaron algunas aplicaciones del alcohol.

Aunque de forma casi alarmante lo primero que preocupaba a la sociedad del momento eran los efectos agudos del alcohol, es decir la borrachera, pero lo que realmente se llegó a considerar como una verdadera lacra social es la dependencia crónica a las bebidas alcohólicas. El alcoholismo.

El uso abusivo de bebidas alcohólicas durante los siglos XVI al XIX fue sobre todo de bebidas fermentadas. Durante esos siglos se decía que los españoles eran reputados por la sobriedad. Pero además habría que tener en cuenta que el concepto de alcoholismo aun no existía.

Rochefort en 1672 comentaba que los españoles eran sobrios en la comida y en la bebida, se emborrachaban rara vez, así que era una gran injuria entre ellos llamar a alguien borracho. Se decía que en España no se solían encontrar nunca borrachos.

En cuanto a las mujeres la opinión era que después de las italianas y las españolas, las mujeres francesas eran las más sobrias de todas.

Las jóvenes no bebían nunca vino. Las mujeres casadas se lo servían apenas para enrojecer un poco el agua. Llegándose a decir en 1691 que las mujeres españolas no bebían jamás.

Durante el siglo XVII los pueblos meridionales, para los que el vino era un alimento cotidiano, se oponían siempre a los bebedores de cerveza de la Europa septentrional y oriental.

El alcohol llegó a ser una auténtica panacea para la medicina, valía para todo en el siglo XVII y en el XIX se usaba como anestesia, tónico, digestivo, etc.

El vino, verdaderamente, en la sociedad cristiana ha sido elemento sagrado. Pero seguía siendo sagrado como el pan: más como un alimento que como una droga.

Con este concepto de la bebida no es de extrañar que el consumo incluso abusivo de bebidas alcohólicas no originase ninguna alarma. Sin embargo en el Reino Unido durante los siglos XVII y XVIII se podía hablar de verdaderas epidemias alcohólicas.

Durante estos siglos se perdió el sentido religioso de la bebida y apareció una legislación laboral especial (se facilitaba la destilación de bebidas alcohólicas, el comercio,

producción y venta de la ginebra).

En 1739, en Londres, podemos hablar de una verdadera epidemia de la ginebra; existían en aquel momento: 654 posadas y tabernas, 5.975 cervecerías, 8.659 ginebrerías, es decir en total 15.288 establecimientos, o puntos de venta de bebidas alcohólicas; lo que representaba una media de 1 establecimiento cada 47 habitantes.

En el año 1785 Rush realizó una investigación en La Unión sobre el alcohol y sus abusos, en su estudio observó 4.000 muertes por alcoholismo de entre 6.000.000 habitantes.

Por medio del proceso observacional se iba descubriendo que tanto el vino como los licores producían dependencia muy intensa, cirrosis, ictericia, pancreatitis, gastritis crónica, delirio, impotencia, agresividad criminal, accidentes, disminución de reflejos, embrutecimiento, lesiones irreversibles del cerebro y taras genéticas.

Rush recomendaba al congreso la aplicación de fuertes gravámenes adecuados a una restricción eficaz en el uso inmoderado de toda clase de licores.

El alcoholismo surgió como problema médico psiquiátrico básicamente a finales del siglo XVIII. No obstante tanto desde la psiquiatría como desde la medicina apareció en la práctica como un problema de “muy bajo interés”.

Fue retomado como problema médico durante la última parte del siglo XIX, pero tan solo a partir de 1940 podemos decir que se estableció una corriente continua de investigaciones y se crearon las condiciones para que fuese reconocido como enfermedad, básicamente a través del síndrome de dependencia.

Aparecieron estudios médicos y trabajos sobre el ocio y la sociabilidad popular. Suponiendo un hito sin comparaciones en el estudio del alcoholismo la publicación en 1852 de la obra del Dr. Magnus Huss “Alcoholismus Chronicus”.

Y en 1857 el Dr. Morel admitió que entre las diversas causas de degeneración de la especie humana se encontraba el alcoholismo, y es que en buena medida las relaciones entre la locura y la criminalidad encontraron en el alcoholismo un excelente nexo, ocasionando grandes gastos en mantenimiento y curación de estos enfermos en asilos hospitales y prisiones.

A mediados del siglo XIX se intentaron establecer las causas del alcoholismo, apuntando que el determinismo biológico sería la principal. Pero a pesar de ello se establece una relación entre el aumento del alcoholismo y el desarrollo de la industria y el comercio de las bebidas etílicas, íntimamente ligados a la revolución industrial, vinculando los higienistas el alcoholismo a las clases populares.

Como consecuencia de la concepción burguesa del alcoholismo, como problema de orden público, se propusieron o arbitraron legislaciones encaminadas a la represión desde el punto de vista policial y judicial. Apareciendo además, a finales de siglo, unas medidas de carácter moral basadas fundamentalmente en la enseñanza antialcohólica.

En septiembre de 1887 se celebró en Zurich el I Congreso Internacional sobre alcoholismo, para examinar la cuestión del alcoholismo en sus relaciones con la salud pública. A ese primer congreso no asistió ningún representante español, en cambio, acudieron 235 delegados de diferentes países.

Los de Alemania, Lammers y Kuapp, presentaron el estado de la cuestión del alcoholismo en el Imperio, marcando el movimiento general que allí se efectuaba en favor de la reducción del consumo de alcoholes. Añadiendo que uno de los medios más eficaces para lograr esta reducción sería el de disminuir el número de las tabernas.

La Sra. Anderson, de Estocolmo, expresó el deseo de ver a las mujeres asociando sus esfuerzos a los de los hombres para empeñar el combate contra el uso del alcohol.

Diversos oradores hicieron uso de la palabra, los unos para combatir a los defensores de la abstinencia total de las bebidas espirituosas, los otros para abogar en favor de un sistema que permitiese un uso moderado del alcoholismo, otros abogaban por la abstinencia total. “No se trata de curar a los borrachos, sino de impedir que los haya en lo sucesivo”. Esta fue la opinión que contó con el mayor número de adhesiones.

La prensa opinó que los asistentes al congreso, “redentores de la humanidad”, filósofos si lo son, que a tanto aspiraban, debían descender de la tribuna del Congreso o del Ateneo al barrio del obrero o al tugurio donde se alberga el consumidor de alcohol, y sabrían de cierto si esos desgraciados al buscar un lenitivo a sus penas, lo hacen huyendo del suicidio inmediato que les horroriza y optan por alcoholizarse.

Si el abuso de líquidos fermentados produjo graves perjuicios para la salud, mucho mayores fueron los que resultaron del abuso de los alcoholes. Se adoptaron leyes y disposiciones en diversos países para combatirlo, sin conseguir nunca su objetivo, aun sabiendo que una buena parte de ciertos grupos de enfermedades no reconocen otro origen que el alcoholismo.

Entre las medidas legales propugnadas se encontraban la de incrementar los impuestos sobre el alcohol, no sabemos si con una finalidad disuasoria o por simple provecho administrativo. Con la restricción del consumo, la penalización de la embriaguez, con la pena de prisión correccional se proponía a la vez penalizar los alcoholes industriales, llegando a decir que el vino natural era el remedio del alcoholismo, para ello se planteó monopolizar el alcohol.

Si a ello se unía la prohibición de la fabricación de absenta y la disminución del número de tabernas, los objetivos de reducción se hubiesen podido cumplir, pero en el caso de España lo único que se hizo fue legislar sobre los sistemas tributarios a aplicar a los aguardientes y reservas (desde 1632), ir contra la adulteración y castigar la embriaguez, considerándola en algunos casos circunstancia atenuante.

2.3. La Ley y la higiene

La primera medida legislativa de la cual encontramos noticia escrita en España, y que tiene un interés notable para entender las distintas posturas que las diferentes administraciones han tomado sucesivamente frente al problema del alcoholismo la encontramos referenciada en 1755 y son los Edictos de Elgoibar y Villabona Amasa sobre el Consumo de bebidas alcohólicas y la Salud pública.

En aquel año el excesivo consumo de bebidas alcohólicas por la población constituía

un grave problema para los gobernantes. La elevada mortalidad junto con las graves consecuencias morales y físicas entre los bebedores habituales llevaron al Dr. José Mateo, médico de Elgoibar, a solicitar la suspensión en la venta de bebidas alcohólicas al Ayuntamiento de la ciudad a fecha de 30 de enero de 1755.

Cinco años más tarde en la localidad de Villabona Amasa se acordó igualmente la suspensión de venta pública de aguardiente y mistela. En el resto de España las únicas referencias que van llegando provienen del extranjero, como en el caso de la ley suiza contra el alcoholismo del año 1885. En Suiza se pretendía limitar el despacho de bebidas, estableciendo impuestos crecidísimos y casi la total prohibición sobre las bebidas malsanas. En España se aplaudió la medida creyéndose conveniente emprender una campaña semejante en nuestro país.

El año 1845 fue el del nacimiento del partido prohibicionista, en Estados Unidos formado fundamentalmente por la Woman's State Temperance Society. En 1886 las mismas mujeres de las sociedades de templanza emprendieron una guerra contra el tabaco en EE.UU. multando a los menores de 18 años que consumían alcohol o tabaco.

En España y a pesar de las opiniones vertidas cuando se promulgó la ley suiza se establecieron pocas medidas propias para combatir el alcoholismo, incidiendo exclusivamente en aspectos tales como el tratamiento del alcoholismo como problema individual con gran implicación moral.

Se luchó (sin éxito) por conseguir la desaparición de costumbres sociales de uso: espíritu juerguista, trasnochado, a partir de un plan de enseñanza antialcohólica. Si bien las sociedades de templanza no se llegaron a implantar en España, sí en Francia 1884, se seguía considerando al borracho como un hermano ácido, proletario, que necesitaba ayuda.

El discurso antialcohólico tenía en aquel momento un contenido somático, basado en la psiquiatría positivista francesa: Heredo-alcoholismo. En España se puede decir que referente al tema alcohol existía poca creación propia y si muchas traducciones. Las únicas medidas aplicadas estuvieron encaminadas a la represión del alcoholismo, tanto policial como de orden público. Se intentó regular el horario de tabernas, así como mantener una relación del número de tabernas con el número de habitantes, al tiempo que se hacían inspecciones sobre la calidad de los alcoholes y se multaban las reyertas y las borracheras.

Se consideraba como factor importante la influencia del medio ambiente, teniendo en cuenta las condiciones de vida del proletariado, por lo que se consideró el alcoholismo como una enfermedad social, al tiempo que se entendía como un vicio libremente adquirido, llegando a alcanzar la magnitud de verdadera plaga social.

La imagen del obrero borracho, irresponsable, inmoral, culpable de su situación económica y social, además de la relación establecida entre el alcohol con la locura y la criminalidad, llevó, más que a legislar, a intentar una lucha antialcohólica, basada en la represión, la moralización, la instrucción y la incipiente terapéutica tendente a normativizar conducta.

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas entre la clase obrera sufrió una fuerte

condena por parte del Partido Socialista Obrero Español. Y aunque empezamos ya a ver las ideas un poco más claras, los legisladores no se atrevían, o no sabían dilucidar el problema. Mientras tanto en países como Bélgica se presentan proyectos de ley a su respectiva Cámara, pretendiendo castigar este vicio con multas económicas.

Sin lugar a dudas, si hacemos una pequeña reflexión, a principios del siglo XXI, consideraremos con humildad que “ya está todo inventado”. Si por un lado había sectores de la población que estaban reclamando un aumento de los impuestos o gravámenes sobre las bebidas alcohólicas para evitar su excesivo consumo, por otro en 1887 los sectores vitivinícolas, por razones economicistas, pedían que disminuyesen los impuestos sobre los alcoholes y se gravasen otros productos como las cerillas, carruajes, corridas de toros...

La lucha contra el abuso de alcohol encontró un eficaz aliado en los tratados de los higienistas de la época, en los que se presentaban las bebidas alcohólicas como una enfermedad nacional, en el que propugnaban una lucha tanto desde el punto de vista sanitario como económico (Tratado de Higiene, Max Rubner, 1890).

Algunos higienistas incluso llegaron a enaltecer el consumo moderado de vino, propugnando que no se culpase al vino, aun cuando había quien creyese que el vino pudiera ser la causa inmediata de todos los problemas. Según ellos lo que había que culpar era al coqueo, es decir a la manera de beberlo, al observar que el vino bebido en el hogar no producía nunca las tristes consecuencias. Por lo tanto el mal estaba en las tabernas, que solían servir de escuela de perversión. Las tabernas y el coqueo que en ellas tenía lugar es lo que realmente debía perseguirse.

De todas formas pensaban que también era un problema de educación “pues mientras el individuo no llegara al grado de cultura que se perseguía a finales de siglo pasado como bello ideal de la humanidad, el Estado debía tomar las medidas oportunas para salvar a los individuos de sus mismos vicios”.

Como hemos visto, eran los tratados de higiene los encargados de advertir sobre los riesgos del alcoholismo. Si bien no fueron apareciendo medidas locales contra el abuso de bebidas alcohólicas, en 1905 el jefe facultativo de la casa de Socorro del Congreso, en Madrid, publicó unas instrucciones contra el abuso de las bebidas alcohólicas con el fin de darles la máxima difusión, aduciendo que “El abuso del vino, y sobre todo del aguardiente y de los licores, ocasiona enfermedades graves e incurables”.

Vistos los escasos resultados de las medidas restrictivas se optó finalmente por intentar la vía de la divulgación de la ciencia (lo que hoy denominaríamos prevención) en base a propagar los conocimientos por medio de la instrucción general, la instrucción especial y la moralidad, bajo la concepción de explicar las nocivas consecuencias físicas y morales. Ante la magnitud del problema un ayuntamiento grande como era el de Barcelona, por acuerdo de la Comisión Municipal de Barcelona de abril de 1906 tuvo que colocar en los albergues nocturnos unos cuadros con máximas para combatir el alcoholismo.

Las máximas escogidas fueron las siguientes: “El alcohol paraliza el cerebro. El alcohólico pierde su voluntad. El alcohol no es un alimento. El alcohólico no opone

resistencia a las enfermedades. Desconfiar de la copita: mata el cuerpo y el alma. Comprar alcohol es comprar la muerte. El alcohol no estimula la digestión. La puerta de la taberna conduce al hospital y al presidio. El hombre está muerto cuando está borracho. La primera embriaguez alegra, la segunda irrita; la tercera atonta y la cuarta embrutece. El borracho es un mal hijo, mal ciudadano, mal esposo y mal padre. Un hombre borracho es o cordero o cerdo, o mono o león. La taberna es un matadero de hombres. Nadie ampara a perezosos y borrachos. Un vaso de agua es más barato y más sano que un vaso de aguardiente”.

La información se ofrecía a partir de la base de que ni aún las mejores cosas perdurarían si se exageraban. El antialcoholismo podía ser algo excelente, pero no escapaba a la crítica si se pretendía llevar a sus últimas consecuencias, ya que si tenían en cuenta que el alcohol era un “excitante”, el prohibirlo en absoluto conllevaría que los frecuentes consumidores tuviesen que recurrir a otras sustancias. Ni que decir tiene que el problema seguía siendo considerado como un vicio.

Se debía de procurar que la juventud inexperta no cayese en el vicio de la embriaguez, poniendo ante los ojos de los niños el tristísimo ejemplo de los desgraciados que sucumbían víctimas de su intemperancia en la bebida.

Al tiempo se aconsejaba a la población en general el abstenerse de las bebidas espirituosas: “mis carísimos obreros, el alcohol es un veneno, trabajemos desde un principio, no abandonéis la juventud, ni los niños, pues acordaos de que poco a poco se va lejos”.

En 1917 comenzaron algunos periódicos (*La voz del Pueblo*) a recoger no sólo noticias, sino también opiniones de sus lectores. Así pues la prensa se sumó a la lucha contra el alcoholismo, exponiendo las consecuencias negativas del consumo inmoderado de bebidas alcohólicas. En un congreso antialcohólico celebrado en 1917 el Dr. Bienfait, distinguido higienista, formuló y matizó distintas cuestiones tales como si el alcohol es un digestivo, un aperitivo, un alimento o si activa la calorificación o si actúa como estimulante, o si de alguna forma aporta algo positivo a la salud. El propio Bienfait descartó cualquier efecto positivo de las bebidas alcohólicas.

El alcohol, según los higienistas, no tenía razón de ser más que como medicamento y no debía ser despachado más que por los farmacéuticos con prescripción facultativa, aunque nada más lejos de la realidad. Durante 1921 se sabía, y así se explicaba que la única causa del alcoholismo era el uso casi siempre abusivo de bebidas alcohólicas, bien de las bebidas alcohólicas fermentadas, obtenidas por los frutos o bien de las bebidas alcohólicas destiladas.

Se propugnaba que estas últimas, las destiladas, eran infinitamente más peligrosas (aguardientes, coñac, ron y multitud de clases y nombres análogos a éstos y de parecida fabricación). Se clasificaban éstas como más peligrosas por la enorme graduación alcohólica y además por la clase de alcohol con que se elaboraban.

Entrando en la segunda década del siglo XIX, la prensa empezó a publicar una serie de decálogos, muy parecidos entre sí sobre la higiene, y en todos ellos podemos comprobar cómo aparecía al menos un punto dedicado al consumo de bebidas

alcohólicas. Se aconsejaba reducir o mejor aún suprimir toda ingesta de bebidas alcohólicas. Se proponía jurar no probar licores ni asistir a espectáculos en lugares cerrados. Y por último a modo de mandamiento bíblico se ordenaba: “No beberás: quien bebe se mata o puede matar al prójimo”.

2.4. Las otras drogas y algunas medidas

Las medidas preventivas han puesto énfasis en el control de la demanda y en las medidas de reducción de daños, ya que se ha visto que si predominaba el control penal los resultados eran más que dudosos, y en todo caso si se ejecutaban medidas restrictivas se han demostrado más efectivas las medidas jurídico-administrativas por encima de las estrictamente penales. El derecho en el control social del abuso de drogas constituye un hecho reciente, propio del siglo XX.

En 1912 se firmó el Primer Convenio Internacional sobre el control de abuso de opiáceos. Entre los años 20 y 30 se aprobaron sucesivos convenios que perseguían fiscalizar el comercio de las sustancias, a base de disminuir la cantidad de droga disponible en la sociedad mediante el incremento de las cargas fiscales sobre tales productos. EE.UU. fue el principal impulsor de esta política intervencionista primero y prohibicionista después.

Los primeros convenios que llegaron a tener influencia en todo el orbe fueron consignados en 1961 y 1971, en los mismos se acentuaba el control mediante el fomento de leyes nacionales de naturaleza administrativa, en las que se trataba de excluir o al menos controlar el comercio y en las que el incumplimiento de las normas se castigaba con sanciones administrativas.

Entre los años 60 y 80, se produce una aproximación jurídico-penal al problema del consumo abusivo de drogas, penalizando el tráfico e incluso el consumo en determinados países, en este momento el control jurídico-administrativo quedaba en segundo plano, incrementándose el control penal, sin llegar a despegar aún las políticas y los planes sociales de prevención, que empezarán a proliferar fundamentalmente a partir de los años 80.

En España, a finales de los 60 se constata un incremento del consumo de alcohol entre la población, pero al mismo tiempo aparece y se extiende el consumo de heroína pero es a partir de 1975 cuando se produce una expansión de las drogas ilegales, por lo que ya durante 1978 se intentaron estrategias para crear conciencia social con respecto a la heroína, en algunos casos con la publicación de noticias alarmantes en distintos medios de comunicación, reportajes sobre muertes con la consigna “la droga mata”.

En esos momentos se establecen las primeras medidas preventivas en nuestro país aunque con escaso papel y repercusión, se basan en medidas puntuales, sin continuidad, de carácter informativo dirigidas a las drogas ilegales y con la colaboración de las ONG, por ejemplo en el caso del alcohol, las asociaciones de alcohólicos rehabilitados fueron las encargadas de difundir un mensaje por medio de los testimonios de los propios

alcohólicos rehabilitados. Los efectos no fueron los deseados y se provocó ese efecto contrario de “enseñar al que no sabe”, aportando poca información y mucha alarma y morbo.

Durante 1984 la ONU, en su asamblea, aprueba un nuevo convenio con mayor acentuación de la represión penal, pero ante los escasos resultados, cuatro años más tarde en 1988, la apuesta es conjunta y además de en la represión penal se pone especial énfasis en la preservación de la salud y el bienestar de los ciudadanos. Pero como ya hemos comentado el control penal no ha logrado disminuir la oferta ni controlar la demanda, las cuales presentan fluctuaciones temporales, debido fundamentalmente a las modas de consumo.

No obstante desde el punto de vista jurídico la decisión ético-política de proteger la salud de los ciudadanos aun en contra de su voluntad es al menos cuestionable, además el prohibicionismo ha demostrado en no pocas ocasiones que produce un efecto rebote, lo que hace cuestionar las políticas preventivas de finales de los 80, principios de los 90. La alternativa, ha consistido en construir una aproximación más realista, en la que no se trate de impedir el consumo, sino más bien de difundir conocimientos que eviten el abuso de ellos. Por lo tanto, se ha llegado a la conclusión de que la política razonable es la que pone énfasis en prevenir la demanda, lo que en España ha sido posible gracias a la creación del Plan Nacional de Drogas en 1985 y los subsiguientes planes autonómicos.

A pesar de ello en prevención se produjeron pocos avances y las medidas fueron más bien escasas. Fue el momento del desarrollo de los primeros programas, que fueron más bien emblemáticos por los pioneros y que conllevaban poca intervención escolar. Aunque no nos hemos desprendido totalmente de las políticas represivas, lo que ha traído como consecuencia que en ocasiones no se haya podido llegar con naturalidad a los consumidores o a algunas poblaciones de riesgo, aunque para paliar este efecto contraproducente se han contemplado las políticas de reducción de daños. La reducción de daños estuvo motivada en un principio por la aparición del VIH/SIDA, intentando incrementar los cuidados de estas personas y evitar su propagación en lugar de apostar por la erradicación “total e intransigente”. Cabe señalar que las primeras respuestas y colaboraciones en este sentido vinieron por parte del voluntariado.

Un punto importante para valorar la importancia que ha adquirido la prevención es observar la evolución del gasto de las Comunidades y Ciudades Autónomas en este concepto y que se recoge en las memorias del PNSD (en miles de euros).

Cuadro 2.1. Evolución del gasto de las comunidades autónomas (Fuente: Memoria del PNSD)

1986	1989	1992	1995	1998	2000
3.122	16.320	13.484	13.923	19.954	28.209
2002	2003	2004	2005	2006	2007
40.372	43.505	52.035	51.925	58.016	57.025

El presupuesto que ha destinado el conjunto de los Planes Autonómicos de Drogas al apartado de prevención ha supuesto en 2008 el 17,44% del total, cifra que se ha incrementado ligeramente en la última década (en torno al 15% a finales de los años noventa).

2.5. Educación y prevención

En EE.UU. un tercio de los programas preventivos se han desarrollado en las escuelas, lo que las ha convertido en el foco tradicional de la prevención. Los objetivos de estos programas más actuales han sido desarrollar habilidades vitales generales, habilidades de comunicación, toma de decisiones, destrezas académicas y habilidades de rechazo frente a las drogas. En los años 60 la enseñanza se basaba en la información con recurso al miedo, pero en la actualidad la información se complementa con la formación de habilidades y los cambios de conducta, y estos son los parámetros que se han universalizado para las tareas preventivas en todos los países con cierto nivel de desarrollo socioeconómico y cultural.

Se trata de realizar programas multicomponentes dirigidos no solo a los alumnos sino también a los padres y que incluyen tabaco y alcohol, los grandes olvidados de los 80 y 90.

En general se ha observado un problema en los programas que empezaron a desarrollarse a partir de los años 90 y es que se trataba de modelos mal definidos y con una falta total de evaluación de los mismos. Sin embargo ya se proponía incrementar las actuaciones orientadas a la familia y la comunidad, replanteando la definición misma de prevención y sus objetivos.

Los enfoques son tanto intra como extracurriculares, incluyendo entre sus objetivos el análisis y promoción de alternativas de ocio. Este período, y hasta el año 2000, es en el que más desarrollo y cambios se producen tanto en la atención como en la prevención de las drogas, ya que aparece el fenómeno del consumo recreativo de sustancias, nuevos patrones de consumo y de nuevas drogas. En la actualidad y con las iniciativas que se tomaron en España, nuestro país se ha convertido en uno de los países donde la prevención está más asentada y desarrollada.

La prevención que se ha desarrollado con esas premisas ha sido fundamentalmente la escolar con algunas pinceladas en aspectos comunitarios, quedando por desarrollar de forma más definida la prevención familiar y en especial la laboral. Lo que ha llevado a que en la actualidad exista una defensa del enfoque multifocal e inespecífico además de sociocomunitario frente al enfoque exclusivamente escolar o basado en las sustancias.

2.6. Situación actual

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), la tendencia general actual se basa en una disminución en la aplicación de medidas puntuales y un incremento de los planteamientos orientados a la prevención y el tratamiento. El Plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2005-2008 propugna una mayor oferta de métodos efectivos, diversificados y fácilmente accesibles de prevención, tratamiento, reducción de daños y reinserción social.

La apuesta es por una prevención general y otra dirigida a grupos de riesgo, con una adaptación de los métodos según a quien se dirija. La evaluación se hace imprescindible, pero no debe basarse solamente en las tasas de prevalencia, sino más bien en la evidencia científica en cuanto al contenido, la cobertura y el número de medidas preventivas. No obstante, la mayoría de los programas no se evalúan y los que se evalúan miden el ámbito de aplicación y el grado de aceptación de la intervención, dejando de lado el cumplimiento de los objetivos.

Se utilizan como estrategias los medios de comunicación y aunque estos incrementan la información pueden despertar la curiosidad y tener el efecto contrario al deseado. Las estrategias dirigidas a entornos específicos en relación a las sustancias legales, por ejemplo el incremento de precios o de la edad legal para el consumo. Complementan las medidas la prevención universal y la prevención selectiva.

Pues bien, en España se han ido cumpliendo estos objetivos y las distintas formas de trabajar propuestas por la OEDT, acompañado de medidas legislativas y enfocado tanto a las drogas legales como ilegales, un ejemplo claro de ello es la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Tras dicha ley, a pesar de las controversias ocasionadas, se ha observado un descenso en la prevalencia del tabaquismo y un incremento de las personas que han abandonado el hábito tabáquico.

2.7. A modo de conclusión

No está todo dicho en la prevención de las drogas, pero con el paso del tiempo hemos visto como se ha evolucionado en las respuestas y en la propia concepción de la prevención, con medidas legislativas, administrativas, penales, informativas, formativas, específicas e inespecíficas, en el ámbito escolar, familiar, laboral...

Cada vez se ha apostado más por impedir la aparición y la progresión de un fenómeno que a pesar de ser tan antiguo como la propia humanidad, en los dos últimos siglos ha hecho una eclosión sin precedentes en una sociedad que ha ido variando sus propios valores y que se merece una revisión de los cómo y los porqués de esta situación.

Y es que, como el fenómeno de las drogodependencias es dinámico, también lo debe ser la prevención y las estrategias deben variar y evolucionar según las necesidades sin olvidar que en todo caso se hace imprescindible una revisión de lo ya hecho, una correcta evaluación y un análisis de la efectividad de los programas. Sólo así podremos avanzar y dar respuestas actuales y reales al problema.

SEGUNDA PARTE

Desarrollo de programas de prevención

3

Elementos que debe tener un programa preventivo eficaz

3.1. Introducción

El consumo de drogas constituye hoy un grave problema de salud pública. Ante este estado de cosas es claro que la prevención tiene que dar una respuesta adecuada ante el mismo. Pero lo cierto es que, a pesar de que disponemos de instrumentos, conocimientos y programas preventivos adecuados, el consumo en jóvenes se ha incrementado de modo muy importante en las últimas décadas (Plan Nacional sobre Drogas, 2008; OEDT, 2007), tanto de las drogas legales (tabaco y alcohol) como de las drogas ilegales (ej., cannabis, cocaína, drogas de síntesis).

No hay ninguna duda de que la mejor solución para que los niños y adolescentes no enfermen en el futuro por las enfermedades que produce fumar cigarrillos, beber abusivamente alcohol, consumir cannabis, cocaína, drogas de síntesis, heroína, etc., es prevenir dicho consumo. Por suerte, la ciencia de la prevención ha tenido una buena fundamentación en estos últimos años. Específicamente, para la prevención de las drogodependencias, ha tenido un avance enorme en muy pocos años y hoy tenemos claros principios conductores de qué podemos hacer (Becoña, 1999, 2002; Gardner et al., 2001; Robertson et al., 2003; Faggiano et al., 2008). El haber conseguido desmenuzar relativamente bien los factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de las distintas sustancias psicoactivas, disponer de adecuados modelos teóricos, así como programas preventivos con buenos niveles de calidad científica, entre las razones más importantes, han propiciado el enorme avance del campo de la prevención de las drogodependencias en estos últimos años. Más concretamente, son varios los objetivos que pretende conseguir la prevención de las drogodependencias, sea de drogas legales e ilegales, aunque la mayoría de los programas preventivos se centran en exclusiva o predominantemente en el alcohol y en el tabaco. De los que se han enumerado podemos listar los siguientes:

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.

2. Limitar el número y tipo de drogas utilizadas.
3. Evitar la transición de la prueba de drogas al abuso y dependencia de las mismas.
4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
5. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
6. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
7. Modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Aunque se listan varios objetivos, con frecuencia suelen indicarse sólo dos o tres de ellos. La relevancia de los mismos es que son objetivos realistas y adecuados a lo que conocemos sobre las drogas y los consumidores. Esto es, el objetivo no es que todas las personas no consuman drogas. Este sería un objetivo idealista y utópico. Pero sí es un objetivo realista el que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o una parte importante de ellos no las lleguen a consumir nunca. Realmente, lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables. Esto podemos hoy hacerlo porque conocemos relativamente bien varios de ellos. Además, en los últimos años se ha ampliado el campo de intervención del nivel individual, habitualmente aplicado en la escuela, al nivel de la familia y el de toda la comunidad, junto a otros lugares (ej., lugar de trabajo).

3.2. Tipos de programas preventivos

La evolución de los programas preventivos ha sido considerable desde los años 60 y 70, que es cuando comienzan a aplicarse los primeros, hasta el momento actual. Lo cierto es que en estos casi 50 años hemos aprendido mucho y hoy sabemos lo que se puede hacer adecuadamente en este campo, porque ya ha llegado a su etapa de madurez.

La clasificación de Gorman (1996), tal como mostramos en el [Cuadro 3.1](#), nos servirá para enmarcar en el tiempo los distintos tipos de programas preventivos. Los primeros programas se basaban en el modelo racional o informativo. Estos se utilizaron fundamentalmente en los años 60 y 70. Luego le siguieron los programas afectivos y los programas inespecíficos, en los años 70 y 80. Finalmente a partir de los años 80 y 90 se imponen los programas basados en el modelo de influencia social. Hoy, si tuviésemos que caracterizar a los programas, indicaríamos que se utilizan los que se basan en la

evidencia científica y que son fundamentalmente los basados en el aprendizaje de distintos tipos de habilidades.

Cuadro 3.1. *Tipos de programas preventivos (Fuente: adaptado y ampliado a partir de Gorman, 1996)*

<i>Aparición</i>	<i>Programas preventivos dominantes</i>
1960	Basados en el conocimiento Basados en proporcionar información sobre el consumo de drogas y sus efectos
1970	Programas afectivos Programas inespecíficos (ej., de desarrollo personal)
1980	Programas basados en el modelo de influencia social - Entrenamiento en habilidades de resistencia - Entrenamiento en habilidades sociales
1990-Actualidad	Programas basados en la evidencia científica

3.2.1. Programas racionales e informativos

Los primeros programas preventivos partían de la creencia de que lo que ocurría era que el adolescente no tenía suficiente información sobre los efectos negativos del consumo de drogas y, por tanto, proporcionarle dicha información solucionaría el problema. Se insistía en los aspectos negativos del consumo, asumiendo que con dicha información ellos tomarían una decisión racional de no consumo. De ahí que a este modelo se le haya denominado modelo racional o modelo informativo. También en ocasiones se le denomina modelo tradicional, por ser el que se ha utilizado desde los inicios de la prevención y el que más se ha mantenido en el tiempo (Becoña, 2006; Becoña y Martín, 2004).

Ya puesto en práctica, lo que se hacía en este tipo de programas era mostrar las consecuencias negativas a corto, medio y largo plazo que ocasionaban las distintas sustancias, tanto las legales como las ilegales. Los programas iniciales apelaban al miedo y en ocasiones a contenidos de tipo moralista (Perry y Kelder, 1992). Nótese que en Estados Unidos hay un importante movimiento que procede de finales del siglo XIX, basado en aquel inicial movimiento de la temperancia, que se reflejó claramente en los primeros programas preventivos puestos en marcha en ese país y extendidos en cierto modo a otros países, dado el gran influjo anglosajón y específicamente estadounidense.

3.2.2. Programas afectivos e inespecíficos

Conforme fue transcurriendo el tiempo, y ante el poco éxito del anterior enfoque, los programas fueron centrándose en los déficits de personalidad. Aquí se dedicó mucho esfuerzo a la clarificación de valores o a la mejora de la autoestima. Muchos de estos esfuerzos se han mantenido hasta nuestros días. Pero la realidad ha mostrado, cuando se han hecho evaluaciones rigurosas de este tipo de acercamientos (ej., Rundell y Bruvold, 1988), la inutilidad de los mismos. Por desgracia, este acercamiento fue el más predominante durante años tanto en otros países como en una parte importante del nuestro (Bellver y García, 1997). Partía de la idea de que lo esencial es cambiar el conocimiento (¿positivo?) hacia las drogas por un conocimiento adecuado (¿negativo?) hacia las mismas. Se espera que si la persona tiene un conocimiento adecuado sobre las drogas no tendrá actitudes ni intenciones de consumirlas y, lo más importante, no consumirá. Sin embargo este enfoque es demasiado simple, porque hay un gran número de factores que se relacionan con la conducta que van mucho más allá del conocimiento sobre una sustancia o sobre una conducta.

Algunas de las técnicas utilizadas dentro de este modelo son la discusión en grupo sobre lecturas realizadas previamente sobre los miembros del mismo, comentar películas sobre la temática de las drogas, escuchar charlas de personas que se consideran especialistas en el tema, etc. Lo que subyace a todo esto es que el conocimiento cambia las actitudes. Este cambio de actitudes lo que permite a la persona es tener unas intenciones y una conducta de acuerdo con ellas. De ahí que se denomine modelo racional, ya que se espera que haya una concordancia entre el conocimiento, las actitudes y la conducta. Sin embargo esto no siempre es así. Como un claro ejemplo, pensemos en los miles de fumadores que saben que el tabaco les hace daño y que quieren dejar de fumar pero no saben cómo hacerlo o van posponiendo la decisión por múltiples motivos.

Este modelo se ha ido desechado paulatinamente por su poca efectividad, al tiempo que han surgido otros de mejor funcionamiento y resultados preventivos. Nótese que en algunas ocasiones estos programas no sólo conseguían sus efectos, la prevención, sino que además eran contrapreventivos, en el sentido de que dicho programa lo que hacía era incrementar el consumo que se quería evitar al proporcionar información inadecuada para ciertas edades, aumentar la curiosidad, no percibir los destinatarios los mensajes del mismo modo que los entendían los que los transmitían, etc. La investigación clarificó muchos aspectos relacionados con el consumo de drogas y la facilitación del surgimiento de nuevos y eficaces programas preventivos.

3.2.3. Programas de influencia social o psicosociales

Los programas preventivos basados en el modelo de influencias sociales o psicosociales surgen a partir de distintos estudios, tanto de la psicología social como del aprendizaje social y de los estudios sobre los antecedentes del consumo de drogas (Jessor y Jessor, 1977). Estos modelos consideran la existencia de tres factores de riesgo que es imprescindible considerar para el desarrollo de programas preventivos (Perry y Kelder,

1992): los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual.

El ambiente social es de gran importancia, ya que la conducta, el consumo o no de drogas en este caso, se produce en un concreto ambiente social con unos parámetros que pueden o no facilitar dicho consumo. Por ejemplo, la observación de cómo otras personas llevan a cabo conductas relacionadas con las drogas facilitará el consumo o no, o incluso facilitará la socialización en dicho consumo. A veces el consumo/no consumo es un elemento de identificación o un elemento de apoyo social en ese ambiente. Piénsese como un ejemplo prototipo en nuestro medio lo que ocurre con el alcohol y los puros y su utilización en celebraciones (ej., fiestas, bodas, celebraciones) y donde su uso es “normativo” y un elemento más de la normalidad de la persona cuando lo consume. También es cierto que el propio ambiente social suele marcar los límites al consumo adecuado e inadecuado. Lo que decimos del alcohol vale para el tabaco, la marihuana, la cocaína, las drogas de síntesis o la heroína. Cuantos más modelos tenga la persona presente, y que le muestre y modele el consumo de sustancias, mayor probabilidad tendrá de consumir esa sustancia. Para este factor de riesgo la prevención se orienta a proporcionar nuevos modelos, más adecuados con el no consumo de drogas, o a conseguir modos de reducir el acceso a esas sustancias. Nótese que la mayoría de las personas experimentan con las sustancias en el ambiente social, no a solas. De ahí la gran relevancia de tener el ambiente social en cuenta, conocerlo y saber cómo facilitar el no consumo o un consumo no peligroso.

Pero el ambiente social no lo es todo. Es sólo un elemento del trípede. Los otros dos elementos, la personalidad y los factores de riesgo conductual también son de gran importancia. El manejo adecuado de las situaciones de riesgo, sus habilidades en las mismas, el participar en alternativas sin drogas, son elementos de gran importancia para que no se produzca el inicio en el consumo de las sustancias. De ahí que los programas preventivos de tipo psicosocial dan gran relevancia al aprendizaje de habilidades sociales específicas. Esto además está fuertemente apoyado por los estudios de tipo longitudinal que han claramente encontrado que la intervención en esos tres elementos produce mejores resultados preventivos que la intervención en sólo uno de ellos. También se da relevancia a que la aceptación de las normas convencionales se convierta en un factor protector del consumo de drogas (Hawkins et al., 1992). Esto se relaciona con que distintos estudios dentro de este modelo han claramente demostrado cómo el consumo de drogas cumple distintas funciones para los que las prueban inicialmente y luego las consumen. Concretamente, el consumo de tabaco y alcohol, en un principio, y luego la marihuana, son un modo de desafiar la autoridad paterna y la autoridad social, o transgredir las normas de los adultos, al asumir el adolescente que ya es un adulto o que tiene los mismos derechos que los adultos o que tiene que tener la misma posibilidad de acceso a ciertos elementos sociales como los adultos. De ahí que cobra gran relevancia conocer el papel del joven, la adolescencia y las edades críticas por las que va a pasar con sus conflictos consigo mismo, con sus padres, a veces con sus amigos y con el sistema social. Lo que está en juego es la búsqueda de su identidad (Kroger, 1996). Por ello, la autonomía y la independencia son dos valores claves en la adolescencia que

chocan frontalmente con los padres y con el sistema social o que pueden chocar. Este es un elemento esencial a considerar como una parte normal del desarrollo del adolescente y que forma parte del desarrollo humano normal. Por ello los programas preventivos en este modelo se centran en el ambiente social más próximo, en la personalidad y en los factores de riesgo conductual.

Perry y Kelder (1992) indican siete componentes que caracterizan a esta orientación en los programas llevados a cabo en la escuela para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y marihuana:

- El primero es la identificación por parte del estudiante de las consecuencias sociales del uso de sustancias a corto plazo (ej., oler mal para el tabaco, tener un accidente de tráfico para el alcohol). En pequeños grupos de discusión se analizan las consecuencias que ellos consideran relevantes.
- El segundo es analizar las razones por las que los adolescentes consumen sustancias, como divertirse, hacer amigos, madurez, afrontar los problemas personales, etc.
- En el tercero se hacen ejercicios para que descubran, a diferencia de lo que piensan, que el consumo de drogas no es una conducta normativa en su grupo equivalente de edad. Se contraponen lo que piensan a los datos que obtienen sobre consumos y se discute la sobreestimación del consumo.
- En el cuarto aprenden la importancia que tienen en nuestra cultura los modelos que se relacionan con el consumo a través de los medios de comunicación y de los modelos adultos como iguales. Aquí es fácil presentarles los distintos procedimientos, junto con varios anuncios, de cómo hacen los anunciantes de alcohol y tabaco para que la persona siga consumiendo o cómo conseguir nuevos consumidores.
- En el quinto aprenden y practican distintas habilidades para que puedan resistir las anteriores influencias ya analizadas. Con ello se espera que sean competentes en afrontar esas situaciones en las diversas situaciones sociales.
- En el sexto aprenden que el uso de drogas no sólo les afecta a ellos y a las personas más cercanas (amigos, padres, conocidos), sino que afecta a toda la comunidad. Por ello se analizan varios modos para conseguir que sean socialmente responsables en ese ambiente y no consuman drogas.
- Finalmente, el séptimo, consiste en un compromiso público de no consumo. Con ello se espera que la persona asuma, después de todo el aprendizaje anterior, lo aprendido y lo especifique conductualmente con un compromiso público.

Los programas basados en este modelo entrenan a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que también es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención de las distintas drogas. De ahí que se denomine modelo de

habilidades generales, porque va más allá del entrenamiento específico en el rechazo al consumo de drogas.

Este tipo de modelos representan también un cambio respecto a modelos y programas previos, en el sentido de que se orientan a todas las drogas, a diferencia de programas específicos para sólo tabaco, alcohol o la combinación de ambos o la inclusión también de marihuana. Dentro de este modelo se tratan todas las drogas. Aún así, realmente, por lo que ya hemos comentado hasta aquí, en la práctica estos programas están dirigidos específicamente a prevenir el comienzo del uso de drogas y lógicamente se enfocan en las llamadas drogas de inicio; es decir, el tabaco, el alcohol y la marihuana o cannabis. Se basan en la idea de una multicausalidad en el proceso de comenzar a usar cualquier sustancia por parte de los adolescentes y, por lo tanto, cubren diversas áreas que pueden ser deficitarias en ellos, junto a facilitarles el que sean capaces de hacer frente a la tentación de usar cualquier sustancia como forma de compensación de dichas deficiencias.

3.3. Lo que nos dice la evidencia sobre lo eficaz en prevención

3.3.1. Programas preventivos basados en la evidencia científica

Fue en los años 70 y 80 cuando aparecen los programas preventivos basados en el modelo de influencias sociales. Estos programas dan gran relevancia al aprendizaje de habilidades sociales específicas. En los años 80 y 90 surge el modelo de habilidades generales, que insiste en que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención de las distintas drogas. De ahí que se denomine modelo de habilidades generales, porque va más allá del entrenamiento específico en el rechazo al consumo de drogas (Botvin, 1995).

Si tuviésemos que caracterizar a los programas preventivos efectivos actuales tendríamos que indicar que éstos se basan en la evidencia científica que tienen, la cual recoge los avances que se han realizado hasta el momento presente, como han sido los programas de influencia social, u otros que incluyen componentes que han mostrado ser efectivos. Esto parte de que, en los últimos años, en el campo científico aplicado ha habido una gran revolución en lo que se ha denominado inicialmente la medicina basada en la evidencia, luego traspasado a otras ciencias, como la psicología, y denominada la psicología basada en la evidencia (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000), y se ha ido extendiendo a todos los aspectos de las ciencias biomédicas, las ciencias sociales y otras actividades humanas. Esto está llegando también a la prevención de las drogodependencias (Faggiano et al., 2008; Foxcroft et al., 2004). Lo que subyace a esto es que debemos utilizar aquello que tiene no sólo una buena fundamentación teórica

(Becoña, 1999), sino que tiene que tener una buena base empírica basada en la evidencia y demostrar que consigue el resultado que se espera. Esto es, que es eficaz (Becoña, 2002).

Hoy es relativamente fácil disponer de un listado fiable de todos los programas que funcionan en la prevención de las drogodependencias (ej., McGrath, Sumnall, McVeigh y Bellis, 2006; Robertson, David y Rao, 2003). En España podemos ver el Catálogo de programas de prevención de drogodependencias (Antón, Martínez y Salvador, 2001; Martínez y Salvador, 2000). A su vez la evaluación de qué programas funcionan lo podemos ver a través de distintos metaanálisis (ej., Tobler et al., 2000), como de revisiones sistemáticas (ej., Faggiano et al., 2008; Jones, Sumnall, Burrell, McVeigh y Bellis, 2006).

3.3.2. La evidencia de su eficacia. Los meta-análisis de Tobler

Quizás uno de los mejores modos de conocer qué funciona y qué no funciona en la prevención de las drogodependencias es mediante la técnica del meta-análisis. Tobler realizó distintos meta-análisis en los últimos años con el objetivo de encontrar los ingredientes o elementos esenciales de los programas preventivos que hacen que la prevención funcione efectivamente. En su último meta-análisis (Tobler, 2000) incluyó 207 programas preventivos de drogas de tipo universal aplicados en la escuela. Todos ellos tenían un grupo control de comparación. Los criterios de selección de los estudios fueron:

- a) Se evaluaron programas preventivos de drogas de tipo escolar disponibles para todos los estudiantes de la escuela, que puede haber incluido, aunque no estar especialmente dirigido, a jóvenes de alto riesgo.
- b) Emplea medidas cuantitativas de consumo de drogas.
- c) Usa un grupo control de comparación, con evaluaciones pretest y posttest.
- d) Se aplica a los grados escolares del sexto al decimosegundo año, más un pequeño número de programas para quinto.
- e) Tiene objetivos de prevención primaria y/o secundaria y/o terciaria, no dirigiéndose a consumidores de drogas abusivos o dependientes en tratamiento.
- f) Incluye la participación de todos los grupos étnicos que están en la escuela.
- g) Se han publicado en el periodo de 1978 a 1998. También incluyó un subgrupo de estudios experimentales de alta calidad metodológica (medidas, pretest-postest, seguimientos largos, etc.).

El contenido de los programas los clasificó en 34 tipos, los cuales a su vez agrupó en siete dominios principales: conocimiento, afectivos, habilidades de rechazo de drogas, habilidades genéricas, habilidades de seguridad, actividades extracurriculares y otras. Los

programas los clasificó en cuatro categorías:

1. Sin interacción o con poca interacción (ej., presentación didáctica o presentar conocimientos a los estudiantes).
2. Comunicación entre el estudiante y el profesor, pero raramente con sus compañeros.
3. Programas que promueven discusiones de grupo estructuradas que animan la interacción entre ellos.
4. Los programas más interactivos. Con ello puede diferenciar a los programas preventivos en interactivos (los de las categorías anteriores 3 y 4) y en no interactivos (categorías 1 y 2).

Encontró que los programas interactivos tienen un MENP (magnitud del efecto no ponderado, MENP) de 0.18, MEP (magnitud del efecto ponderado, MEP) de 0.15 y los no interactivos con MENP = 0.00 y MEP = 0.05. Lo mismo encuentra con los programas de alta calidad para los programas interactivos (MENP = 0.27, MEP = 0.16) y no interactivos (MENP = 0.03, MEP = 0.03). De igual modo, los programas incluidos dentro de los interactivos son los que obtienen los mejores resultados. Los mejores programas preventivos son los del cambio del sistema de vida (en muchos casos programas de educación para la salud) (MENP = 0.27), habilidades comprensivas para la vida (MENP = 0.17) y programas de influencia social (MENP = 0.12).

Constata que cuando la muestra es pequeña el tamaño del efecto obtenido es el doble que si es grande, tanto en los programas interactivos como en los no interactivos. Cuando hay abandono del programa, la efectividad es baja. Los mejores resultados se obtienen en los programas para prevenir el consumo de tabaco, especialmente en los interactivos; y para el tabaco y otras drogas son más eficaces los interactivos que los no interactivos. Los programas de prevención del consumo de alcohol muestran solo una pequeña diferencia en eficacia que no es significativa. Sin embargo, en los programas de alta calidad, la relación anterior cambia radicalmente: los programas dirigidos al alcohol y a otras drogas de tipo interactivo son significativos, lo que no ocurre en los de tabaco. De todos modos, es en los de tabaco en donde se obtienen los mejores resultados, sean interactivos o no interactivos, lo que puede llevar a que no haya diferencias en un tipo u otro de formato.

El tamaño medio del efecto obtenido para los programas interactivos ha sido de 0.15. Este es un tamaño del efecto bajo. Curiosamente, un análisis por décadas indica que antes de 1990 los programas preventivos eran más eficaces que después del año 1990. Probablemente factores como la mayor publicidad de las drogas legales, tanto de modo directo como indirecto, y una cierta normalización de las drogas ilegales en las sociedades más evolucionadas pueden estar en la base de esto, junto a no dedicar suficientes medios a la prevención o no utilizar las mejores estrategias disponibles en muchos de los programas preventivos en marcha, especialmente en Estados Unidos.

En suma, que podemos afirmar que los meta-análisis de los programas preventivos

de drogas nos permiten:

- Incrementar el conocimiento.
- Reforzar las normas sociales contrarias al abuso de drogas.
- Modificar la percepción de la aceptación social.
- Incrementar las habilidades de resistencia.
- Disminuir el consumo con respecto al que podría esperarse.

3.3.3. *La evidencia de su eficacia: revisiones y otros meta-análisis*

En la misma línea, la revisión reciente de Faggiano et al. (2008) incluyó 29 estudios que cumplían los requisitos de incluir programas preventivos en una de estas tres categorías:

1. Centrados en las habilidades (ej., de rechazo de sustancias).
2. Centrados en la afectividad (ej., en rasgos de personalidad como autoestima, autoeficacia y aspectos motivacionales como la intención de consumir drogas).
3. Centrados en el conocimiento (los orientados a mejorar los efectos del conocimiento, efectos y consecuencias de las drogas), considerando a su vez a un cuarto tipo de programas que son el currículum habitual, que sirve de grupo de control.

También clasificaron los programas en función de si eran interactivos (los participantes estaban activamente implicados en las actividades) o didácticos (el profesor solo explica), y también en función de quien aplicaba el programa (profesores, educadores externos e iguales).

Sus resultados indican que los programas basados en las habilidades reducen significativamente el consumo de marihuana ($RR=0.82$) y de las otras drogas ilegales ($R=0.45$), mejoran las habilidades de toma de decisiones, autoestima y resistencia a la presión de los iguales ($RR=2.05$) y al conocimiento sobre las drogas. Esto implica que tienen un efecto positivo tanto sobre las variables mediadoras (conocimiento sobre drogas, toma de decisiones, autoestima y resistencia a la presión de los iguales) como al resultado final de no consumo de drogas. Estiman que ello lleva a un 20% de reducción en el consumo de marihuana y a un 50% de reducción en el consumo de otras drogas ilegales con estos programas al final de los mismos (post-test). En algunos estudios esos resultados se mantienen en el tiempo, en otros disminuyen.

Los programas centrados en la afectividad mejoran las habilidades de toma de decisiones y el conocimiento de las drogas pero no hay evidencia de que sean efectivos en prevenir el consumo de drogas. En la misma línea, los programas centrados en el conocimiento mejoran las variables mediadoras (especialmente el conocimiento sobre drogas) de modo semejante a los programas de habilidades, aunque menos que los afectivos. Pero a nivel de consumo de drogas son iguales que el currículum normal

(control) y menos que los otros dos tipos de programas evaluados.

Como en el meta-análisis de Tobler, encuentran que los programas interactivos son superiores a los pasivos (didácticos en este estudio). Cuando se utilizan iguales como administradores del programa éstos son más efectivos para el consumo de marihuana.

Todo ello les lleva a concluir que los resultados son consistentes en indicar que los programas preventivos escolares basados en el entrenamiento en habilidades para la vida resultan ser los más efectivos en reducir la incidencia del consumo de drogas. Por ello, estos deben ser los programas que deben seleccionarse para aplicar.

También se aprecia en este estudio las limitaciones que existen en muchos de los estudios realizados en el campo de los programas preventivos (ej., problemas de asignación aleatoria, pérdida de sujetos, carencia de resultados a largo plazo, etc.).

3.4. Los principios de prevención en drogodependencias del National Institute on Drug Abuse

Por su relevancia, y para completar todo lo que llevamos dicho hasta aquí, el National Institute on Drug Abuse (Robertson et al., 2003) ha reeditado los principios de prevención en drogodependencias, que había publicado inicialmente en 1997, en los que incluye aquello que sabemos y aquello que debemos hacer para una prevención de calidad según la investigación de la que disponemos actualmente. Indicamos a continuación dichas conclusiones.

3.4.1. Factores de riesgo y protección

Los principales factores de riesgo y protección que deberían seguir los programas preventivos son:

- Realzar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.
- Incluir todas las formas de abuso de drogas, solas o en combinación, incluyendo el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) en los menores de edad; el consumo de drogas ilegales (ej., marihuana o heroína); y el consumo inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (ej., inhalantes), medicamentos de prescripción, o medicamentos que se pueden comprar sin receta.
- Dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, a los factores de riesgo que son modificables, y a fortalecer los factores de protección identificados.
- Estar orientados a los riesgos específicos de una población o a las características de la audiencia, tales como edad, género y etnicidad para mejorar la efectividad de los programas.

3.4.2. Planificación de la prevención

a) Programas preventivos familiares

- Los programas preventivos familiares deberán mejorar el apego familiar y las relaciones dentro de ella e incluirán habilidades de crianza; práctica en el desarrollo, discusión y cumplimiento de reglas familiares sobre el abuso de sustancias; y proporcionarle información y entrenarlo en educación sobre drogas.
- El apego a la familia es el fundamento de las relaciones entre padres e hijos y puede fortalecerse a través del entrenamiento en habilidades sobre el apoyo de los padres a sus hijos, comunicación padre-hijo e implicación parental.

b) Programas preventivos escolares

- Los programas preventivos pueden ser elaborados para intervenir tan tempranamente como en los niños de preescolar para centrarse en los factores de riesgo para el abuso de drogas, tales como la conducta agresiva, escasas habilidades sociales y dificultades académicas.
- Los programas preventivos para los niños de la escuela elemental deberían centrarse en mejorar el rendimiento académico y el aprendizaje socioemocional para dirigirse a los factores de riesgo para el abuso de drogas, tales como la agresión temprana, el fracaso escolar y el abandono de la escuela. La educación debería centrarse en las siguientes habilidades: autocontrol, conocimiento de las emociones, comunicación, solución de problemas sociales y apoyo académico, especialmente en lectura.
- Los programas preventivos para los estudiantes de la escuela secundaria deberían incrementar el rendimiento académico y la competencia social con las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico; comunicación; relaciones con iguales; autoeficacia y asertividad; habilidades de resistencia a las drogas; reforzamiento de actitudes antidroga; y fortalecer las afirmaciones personales contra el abuso de drogas.

c) Programas preventivos comunitarios

- Los programas preventivos dirigidos a la población general en puntos claves de transición, como la transición a la escuela secundaria, pueden producir efectos beneficiosos incluso entre familias y niños de alto riesgo. Tales intervenciones no reducen simplemente el riesgo de esta población sino que promueven el apego a la escuela y a la comunidad.
- Los programas preventivos comunitarios que combinan dos o más programas

efectivos, tales como los programas basados en la familia y en la escuela, pueden ser más eficaces que la aplicación de uno solo de estos programas.

- Los programas preventivos comunitarios que llegan a las poblaciones en múltiples lugares (por ejemplo, en escuelas, clubs, asociaciones y medios de comunicación de masas) son más eficaces cuando los mismos están presentes consistentemente, con mensajes para toda la comunidad en cada uno de esos lugares

3.4.3. *Implantación del programa preventivo*

- Cuando las comunidades adaptan programas para cubrir sus necesidades, normas de la comunidad, o requerimientos culturales diferentes, se deberían retener los elementos centrales de la intervención preventiva original basada en la investigación, que incluye:
 - Estructura (cómo fue organizado y estructurado el programa).
 - Contenido (información, habilidades y estrategias del programa).
 - Implantación (cómo fue adaptado, implementado y evaluado el programa).
- Los programas preventivos deberían llevarse a cabo a largo plazo con intervenciones repetidas (ej., programas con sesiones de recuerdo) para reforzar los objetivos preventivos iniciales. La investigación muestra que los beneficios de los programas preventivos de la escuela primaria disminuyen sin programas de seguimiento en la escuela secundaria.
- Los programas preventivos deberían incluir el entrenamiento de los profesores en prácticas de buen manejo de las clases, tales como el apropiado refuerzo de la conducta de los estudiantes. Tales técnicas ayudan a fomentar las conductas positivas de los estudiantes, el rendimiento, la motivación académica y el apego a la escuela.
- Los programas preventivos son más efectivos cuando emplean técnicas interactivas, tales como grupos de discusión entre iguales y *role-playing* de los padres, que lleva a una implicación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en las habilidades de reforzamiento.
- Los programas preventivos basados en la investigación pueden ser costeefectivos. De modo similar a las investigaciones previas, la reciente investigación muestra que por cada dólar invertido en prevención se ahorran hasta 10 dólares en el tratamiento del abuso del alcohol o de otras sustancias.

3.5. Los elementos de un programa preventivo eficaz

Cuando ponemos en marcha un programa preventivo lo primero que tenemos que tener claro son los objetivos de los que partimos. A partir de ellos pondremos en marcha toda una serie de procedimientos o técnicas para conseguir con ellas unos resultados. Con más frecuencia de lo que parece muchos programas se ponen en práctica sin tener en cuenta que hay que saber de qué objetivos partimos y qué es lo que esperamos conseguir con la aplicación del programa preventivo (Becoña y Martín, 2004). También, dependiendo de a quién apliquemos el programa, los objetivos tendrán que ser generales o específicos. Pero esos objetivos generales hay que hacerlos específicos para el grupo concreto al que vamos a aplicar dicho programa preventivo. Y en función de dichos objetivos seleccionaremos uno u otro programa preventivo.

Para esos objetivos disponemos de varias estrategias para poder cumplirlas. Estas constituyen los elementos de un programa preventivo eficaz. Estos son distintos elementos que facilitan que un programa funcione bien, basado en múltiples estudios, revisiones, meta-análisis y amplia experiencia con programas preventivos eficaces de que disponemos para el consumo de drogas. También debemos saber que estos principios para un programa preventivo de drogas son semejantes, o iguales, a los que se utilizan en otras conductas (ej. violencia, seguridad vial, salud bucodental, etc.). En distintas publicaciones (ej., Becoña, 2002, 2006; Tobler et al., 2000; USDHHS, 2000) pueden verse los principios más importantes para los programas preventivos para el consumo de drogas. Estos se basan en el modelo que conocemos con el nombre de “modelo de influencia social”, el cual es el que ha proporcionado hasta el momento los mejores resultados en todo tipo de programas preventivos de drogas (Becoña, 2002). Dentro de este modelo se pueden considerar dos tipos de programas, los basados en el entrenamiento en habilidades de resistencia y los basados en el entrenamiento en habilidades sociales. Sin embargo, actualmente, se combinan estos dos tipos de entrenamiento en los programas para optimizar la eficacia de los mismos, junto con otros que se venían utilizando desde hace décadas (ej., información). La idea que subyace es que tenemos que poner en práctica el mejor posible de los programas preventivos basado en lo que funciona (o lo que es lo mismo “la prevención basada en la evidencia”). A continuación describimos los mismos.

3.5.1. Información sobre las drogas y sus consecuencias

Hoy sabemos que “la información es necesaria pero no suficiente”. Aquellos programas informativos y de apelación al miedo que se pusieron en práctica hace varias décadas no conseguían que con dicha información las personas dejaran de consumir drogas (Caulkins et al., 2002). Pero, aunque es cierto esto, también lo es que tenemos que proporcionar en cualquier programa preventivo cierta cantidad de información sobre la sustancia, sus efectos y sus consecuencias. La información tiene que ser objetiva, organizada al nivel de comprensión para las edades a las que va dirigida y, cuando ello es posible, acompañada de una buena didáctica, ejercicios interesantes, etc.

El tipo de información que se proporciona en un programa preventivo va desde por qué las personas comienzan a fumar cigarrillos, beber alcohol o consumir cannabis, qué factores llevan a continuar consumiendo, a hacerse dependientes, a las dificultades que luego tienen cuando se hacen adictos a la sustancia, y las enfermedades y mortalidad que producen las distintas drogas, especialmente el tabaco y el alcohol. Analizar distintos mitos sobre las drogas (ej., el de la libertad, el cuerpo es de uno, etc.), el engaño de la información publicitaria, etc., son aspectos que debe conocer y que hay que trabajar en las sesiones iniciales.

3.5.2. Conocimiento de los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de las distintas drogas

Cualquier conducta precisa ser explicada a sus actores, o posibles actores, como es la conducta en sí (en este caso consumir una droga, tabaco y alcohol especialmente, dependiendo de la edad, y luego cannabis, cocaína y drogas de síntesis), como los factores que pueden llevar a realizarla. En el caso del tabaco y del alcohol hay que explicarles varios de los factores más importantes que se relacionan con la prueba, o primeras pruebas, y con el posterior mantenimiento y dependencia de la sustancia conforme continúa el consumo.

Algunos de los hechos importantes que hay que explicarles son el papel de la publicidad de las compañías que hacían hasta hace poco para que los jóvenes fumasen, y que siguen haciendo orientadas al alcohol, sus intereses económicos y otros ocultos, el bajo precio y disponibilidad de los cigarrillos y del alcohol, los efectos que tienen las distintas drogas en el cerebro (tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia), en el estado de ánimo, en la regulación del peso, etc. y los efectos de los otros componentes en la salud (ej., alquitrán, monóxido de carbono, distintos carcinógenos, etc.), enfermedades que produce (ej., cirrosis, cáncer de pulmón), mortalidad que acarrea, etc. Más importante para ellos es explicarles por qué comienzan a fumar o a beber (verse como adultos, presión a consumir de los iguales, asociación con otras drogas, etc.), qué factores hacen que sigan consumiendo (bajo precio, verse como adultos, presión de los amigos, etc.) o los que aumentan la probabilidad de que se hagan dependientes (fracaso escolar, bajo estado de ánimo, problemas personales, problemas en casa, etc.).

Hoy sabemos que los jóvenes tienen una gran cantidad de información sobre cualquier droga, muchas veces, de modo adulterado. En este sentido es muy importante corregir la distorsión perceptiva que tienen sobre el número de personas que creen que fuman, que se emborrachan o que fuman cannabis. A esto también se le ha denominado “sobreestimación de la prevalencia”. Habitualmente los jóvenes, entre los 12 y los 18 años, tienen una distorsión en el número de personas que piensan que consumen las distintas drogas que hace que en muchos casos “crean” que las personas de su edad las consumen el “doble” o más de lo que lo hacen realmente. Conocer y corregir estas distorsiones perceptivas es de gran importancia. La utilización de encuestas con el

número real de personas que han probado las distintas drogas en su clase, o de encuestas de su comunidad autónoma o país, ayuda a corregir esta distorsión cuando se les hace ver que el número de personas que “piensan” que consumen drogas es muy distinto al número “real” de personas que lo hacen.

3.5.3. Conocer y detectar los factores de riesgo y protección para todo el grupo y para ciertos individuos del grupo

En los últimos años el haber podido conocer cuáles son los más importantes factores de riesgo y protección para el consumo de las distintas drogas (Becoña, 2002, 2006) ha facilitado conocer mejor todas las distintas conductas adictivas, tanto las relacionadas con sustancias como con comportamientos, y otras múltiples conductas, como la violencia, la agresividad, etc. Para el consumo de las distintas drogas y su prevención, detectar en el grupo al que aplicamos el programa preventivo, como en personas concretas del mismo, aquellos factores que favorecen el consumo y aquellos otros que no son de gran ayuda para conseguir que las personas no consuman drogas a corto y a largo plazo.

Dado que los programas preventivos se aplican en colegios, poblaciones y comunidades concretas, dicho programa tiene que tener siempre en cuenta esos factores de riesgo y protección específicos para el lugar donde lo aplicamos. Al conocerlos podremos adaptar el programa a los mismos con el objetivo de reducir los de riesgo y potenciar los de protección. La detección tenemos que comenzar a hacerla al inicio del programa, en la evaluación y a lo largo de la aplicación del mismo. A través de los componentes del programa que subyacen a las actividades del mismo tenemos que potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo. De ellos hay que prestar una especial atención a los de tipo personal (ej., ansiedad, depresión, introversión, etc.). Estos se relacionan en muchos casos directamente con el consumo de las distintas sustancias (especialmente alcohol y tabaco). A continuación a los relacionados con los amigos y la escuela. Otros, no menos importantes, son los factores de riesgo y protección familiares, aunque no siempre es fácil, como incidir en la familia desde la escuela. Finalmente, tenemos los factores sociales, los sociodemográficos, las creencias y comportamientos de salud y otros como pueden ser las salidas.

En ocasiones la detección de importantes factores de riesgo exigirá que se haga un especial seguimiento a ese alumno, o remitirlo a otros profesionales cuando tiene problemas concretos (ej., personales, familiares, de higiene, de falta de cuidados, etc.). La prevención lo que hace es prevenir. Una parte de la prevención es detectar y actuar. La aplicación de un programa preventivo es una buena ocasión para hacerlo e ir hacia la solución del problema que pueda tener esa persona.

3.5.4. Entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de las distintas

drogas

Desde hace unos años sabemos de la importancia que tiene entrenar a las personas jóvenes en habilidades de resistencia, siendo una de las estrategias más efectivas (Botvin y Griffin, 2003). El objetivo de este entrenamiento es que sean capaces de rechazar el consumo de las distintas drogas. Hoy los cigarrillos, el alcohol y el cannabis están presentes en la vida cotidiana de los jóvenes a partir de cierta edad, en el colegio y especialmente en el instituto. Por ello una buena estrategia es entrenarles en hacerle frente a las presiones que van a sufrir, o en los ofrecimientos que les van a hacer, para que las consuman. A partir del primer ciclo de la ESO (13 años) esto va a ser habitual. Estos años coinciden con un mayor nivel de libertad, empezar a salir con los amigos y amigas, mayor libertad dentro del recinto escolar, menor control parental, comienzo de la etapa de la adolescencia, etc. Cuanto antes se entrene a las personas en este tipo de habilidades mucho mejor. De ahí que siempre se insista en que los programas preventivos comiencen a aplicarse antes de que surja el problema, antes de las edades de los comienzos de los consumos, y mejor si el programa se puede mantener en el tiempo (ej., lo ideal sería desde que empiezan la escuela, sobre los 6 años, hasta que finalizan el bachillerato, a los 18 años) (Tolan et al., 2008).

El entrenamiento en habilidades de resistencia consiste en reconocer cuando a uno lo presionan para consumir cigarrillos, beber una copa, participar en el botellón, probar un porro, etc., tanto por parte de amigos o compañeros como de los medios de comunicación de masas (publicidad sobre todo), y hacerle frente a las mismas rechazando el ofrecimiento o la presión al consumo. Se les entrena en habilidades de resistencia o en habilidades de rechazo. Este mero entrenamiento hace que se vean capaces de rechazarlo, cosa que antes no pensaban que fuesen capaces de hacer. Este entrenamiento suele complementarse con el rechazo público de las sustancias en la situación del aula, para que luego se generalice a la situación cotidiana (Caulkins et al., 2002).

Hoy la mayoría de los programas preventivos incluyen el entrenamiento en el rechazo de cigarrillos, alcohol y cannabis que le puedan ofrecer. Esta habilidad es especialmente importante para aquellos jóvenes que tienen amigos que han comenzado a probar cigarrillos o que ya fuman, para los que beben alcohol o para los que han probado cannabis. De todos modos, el entrenamiento en esta habilidad hay que unirlo, para que sea efectiva, al conocimiento y análisis de la influencia de sus amigos e iguales, presiones de grupo y efecto de conformidad. Unir estas habilidades al cambio de las expectativas normativas sobre el consumo de las distintas drogas, al darse cuenta de que consumen muchos menos de lo que creen, ayuda a mejorar la aplicación de este tipo de habilidad.

3.5.5. Entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana

Desde hace unos años la mayoría de los programas preventivos tienen un componente de

entrenamiento en habilidades sociales. Más actualmente, sabemos que este entrenamiento tiene que abarcar tanto el entrenamiento en habilidades sociales como en otras habilidades para la vida. Este componente se ha hecho imprescindible dado que no es suficiente el entrenamiento en rechazo de una sustancia para que no se consuma. Con el mismo se incrementa la eficacia de los programas preventivos (Faggiano et al., 2008; Tobler et al., 2000). Esto viene dado por el hecho de que hoy sabemos que tanto con el tabaco y el alcohol, como con las drogas ilegales, su consumo cumple diversas funciones en algunos de sus consumidores, como reducir la ansiedad, mejorar el estado de ánimo, sentirse mejor consigo mismo, estar bien con las personas que le acompañan, etc. Basado conceptual y técnicamente en el entrenamiento en habilidades sociales y en el entrenamiento en aserción, el entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana incluye actualmente estos componentes y en ocasiones otros más. De ahí que se le suela denominar entrenamiento en habilidades para la vida, para la vida cotidiana o entrenamiento en habilidades generales (Botvin y Griffin, 2003).

Algunos de los componentes específicos que se incluyen en este tipo de entrenamiento son: entrenamiento en asertividad general (hacer peticiones, mostrar desacuerdo, rechazar, mostrar firmeza y no agresividad, etc.), asertividad orientada a las relaciones con los compañeros y amigos (ej., hacer amigos) y asertividad dirigida a resistir la presión del grupo (ej., ofrecimiento de tabaco y otras conductas de riesgo). Junto a ello se incluye el entrenamiento en otro tipo de habilidades más generales, como el establecimiento de metas, el autorrefuerzo, la toma de decisiones, el entrenamiento en la organización del tiempo, el entrenamiento en solución de problemas, pensamiento crítico, habilidades de análisis, etc. Otro tipo de entrenamiento es el de habilidades de escucha y habilidades de conversación. Este tipo de habilidades son importantes para manejar conflictos, para el manejo de la ira o para mejorar el estado emocional.

El entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana es de una enorme utilidad para el individuo, no sólo para rechazar el ofrecimiento de distintas drogas, sino también para otros muchos aspectos de su vida cotidiana. Así, una vez dominado este tipo de entrenamiento y aplicado a las situaciones cotidianas, se hará más seguro de sí mismo, se le incrementará su autoeficacia y autoestima, se sentirá más maduro y seguro de sí mismo en el mundo en el que vive.

En ocasiones a estos entrenamientos se le han añadido otras técnicas como entrenamiento en relajación, entrenamiento en el manejo del estado de ánimo u otras. En todos los casos subyace adecuar los mejores recursos para que la persona pueda vivir sin consumir drogas, sin tabaco y sin alcohol. En estos últimos casos, en ocasiones los programas son de tipo universal (para todos los jóvenes en general), o tienen también una parte del mismo orientado a ser programas de tipo selectivo (para grupos de riesgo).

3.5.6. Toma de decisiones y compromiso de no consumo

La toma de decisiones es una estrategia de gran relevancia en cualquier tipo de programa

preventivo (Tobler et al., 2000). Cuando la persona llega conscientemente a una decisión concreta y la verbaliza, es más probable que mantenga la misma que si no ha llegado a ella. En el caso del tabaco, del alcohol y del cannabis, la idea es que la persona, después de toda la información que se le ha proporcionado, que ha trabajado, que ha analizado y comprobado por sí mismo y con los demás compañeros del curso, tome la decisión de no consumir y la haga pública. Ejercicios, pósteres o trabajos en grupo facilitan llegar a esta conclusión y a este compromiso. El trabajo activo es aquí muy importante, ya que sabemos que los programas interactivos son mucho más eficaces que los no interactivos o didácticos, en los que el profesor lo dice todo, pero los niños apenas interactúan (Tobler et al., 2000). La metodología interactiva implica una relación fluida entre todos los alumnos entre sí, y entre éstos y el profesor. Ese compromiso al que llegan para no fumar tabaco o cannabis y no beber alcohol suele ser colectivo, llegando toda la clase a esa conclusión y firmando todos un documento en el que se comprometen a no hacerlo.

En algunos programas escriben cartas de protesta a las empresas tabaqueras, a las alcoholeras, animan a otros a no fumar cigarrillos, a que reduzcan el consumo de alcohol, especialmente a sus padres, o medidas semejantes.

3.5.7. Promover estilos de vida saludables

Subyacente a todo programa preventivo, esté orientado a que las personas no consuman drogas o a otras conductas, está la convicción y los datos contundentes de la investigación epidemiológica y clínica de que lo mejor que puede hacer una persona para preservar su salud a corto, medio y largo plazo es que opte por estilos de vida saludables (Botvin y Griffin, 2003; Tolan et al., 2008). Algunos de los más importantes van desde no fumar ni beber, o beber moderadamente cuando se es adulto, hasta dormir un número adecuado de horas (más importante aún en los niños y niñas), desayunar todos los días, tener una dieta equilibrada en la que se incluyan todos los nutrientes básicos y claramente adecuadas cantidades de frutas, verduras y pescado, que el nivel de estrés sea reducido o inexistente, que sepa cómo organizar adecuadamente el tiempo, que haga regularmente ejercicio físico, que haga revisiones médicas periódicas, etc.

Lo que hoy está tan de moda en los adultos, los estilos de vida saludables hay que aprenderlos de niño. De adulto es más difícil aprenderlos o son más difíciles de adquirir en algunas personas que tienen que cambiar conductas poco saludables. La escuela es el lugar idóneo para hacer este aprendizaje. Por ello, en todo programa preventivo debe indicarse que no fumar cigarrillos ni cannabis, no beber alcohol ni tomar otras drogas, se asocia a disfrutar de una mejor salud ahora y en el futuro, pero que ello tiene que ir unido a otras conductas positivas. Lo mismo ocurre con el alcohol. Un estilo de vida saludable incide positivamente ya no sólo en la salud física sino también en la salud mental.

3.5.8. Más allá de la escuela: incidir en los amigos, padres y comunidad

Sabemos que los programas preventivos que mejor funcionan en la escuela son aquellos que se ven favorecidos al mismo tiempo por acciones en la familia, comunidad, trabajo, medios de comunicación, etc., dirigidas a que se deje de fumar o a que se restrinja el consumo de tabaco, se deje de beber alcohol, se controle su venta, se reduzcan los puntos de venta de cannabis y de otras drogas, etc.

Los programas preventivos de influencia social se orientan precisamente a contrarrestar los efectos indeseables que otros pueden tener sobre el individuo. Y, a su vez, a que el individuo pueda incidir sobre otras personas para que mejoren sus conductas. El nivel más cercano son sus compañeros y amigos con los que convive en la escuela, sale con ellos, se relaciona con otros, etc. Varias de las estrategias y técnicas que hemos comentado anteriormente se orientan a contrarrestar los efectos de los compañeros y amigos. Pero no debe quedar aquí. También tiene que incidir en su medio familiar más cercano, como son sus padres y hermanos. Para hacerlo, debe decirles que deberían dejar de fumar, si fuman, reducir el consumo de alcohol, no consumir otras drogas si lo hacen, etc. Lo mismo es aplicable a sus hermanos mayores, otros familiares y otros adultos. A ello puede añadirse el que les puedan hacer llegar algún folleto o material con información sobre drogas para sus padres o familiares.

En ocasiones, algunos de los programas preventivos tienen un componente para que los chicos y chicas puedan incidir en toda la comunidad, elaborando pósteres, haciendo públicos sus trabajos, enviando cartas a la prensa, etc. Son actividades que les facilitan tomar un papel activo, conocer mejor el contexto social y saber cómo incidir en su comunidad.

3.5.9. Implicar en la medida de lo posible a la familia (AMPA y padres o tutores)

No es suficiente con que el centro escolar esté implicado en la puesta en práctica de un programa preventivo. Se precisa un apoyo adicional, tanto de los profesores del centro, como de todos los padres o tutores de los niños, especialmente a través de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (las AMPA). A través de las AMPA se puede llegar más fácilmente a todos los padres y, a su vez, los niños pueden llegar más fácilmente con sus sugerencias sobre el tema del tabaco a sus padres, como una actividad escolar más. De este modo se trata de transferir y generalizar lo aprendido en la escuela a los contextos donde el niño pasa el resto de su tiempo (amigos, barrio, padres, etc.). Si esta transferencia no se produce de poco va a servir el programa preventivo. Hoy sabemos que lo ideal para que funcione bien un programa preventivo es que haya actividades con el mismo en la escuela, en la familia y en la comunidad (con normas claras de no consumo sobre las distintas sustancias) (García-Rodríguez, 2000). Tener esto en cuenta en cualquier programa preventivo escolar es básico para que el mismo

tenga efecto y se mantengan los cambios positivos a lo largo del tiempo.

3.5.10. Implicar a toda la escuela en el programa

Una política escolar clara sobre el consumo de drogas (profesores que no fumen, que no consuman otras sustancias, que promuevan estilos de vida saludables), especialmente sobre el consumo de alcohol y tabaco, facilita que los profesores se impliquen activamente en la misma; lo mismo es aplicable para otras drogas o para otras conductas sobre las que se hace prevención en la escuela (Botvin y Griffin, 2003). Por este motivo es de gran relevancia que los profesores no fumen, no huelan nunca a alcohol, no minusvaloren los efectos negativos del cannabis, no consuman otras drogas y tengan comportamientos claramente saludables. Los niños conocen y tienen más información de lo que piensan sus profesores sobre ellos. Están pendientes de lo que hacen, de lo que dicen, de cómo actúan. Por ello tienen que ser un ejemplo para sus alumnos. Como profesores que son, los alumnos están para aprender de ellos, tanto en los contenidos que les explican en clase como en los comportamientos que llevan a cabo ante ellos.

3.6. A modo de conclusión

No hay duda de la gravedad del problema que hoy representa el consumo de drogas en nuestros jóvenes. Aunque no todos consumen drogas (Calafat et al., 2004), una parte importante de ellos lo hacen y sufren ahora o sufrirán en su vida futura las consecuencias de las mismas en forma de abuso y dependencia, y otras múltiples consecuencias a partir de este estado (personales, escolares, laborales, familiares, legales, físicas, económicas, etc.). La actual vida recreativa contribuye activamente a ello (Calafat et al., 2008).

Hoy sabemos lo que funciona en la prevención de las drogodependencias. También sabemos cómo elaborar programas preventivos eficaces para el consumo de drogas. En los últimos años se han evaluado un gran número de programas preventivos y hemos podido saber que bien diseñados y adecuadamente aplicados son eficaces (Faggiano et al., 2008). No nos hemos detenido en los aspectos específicos de su aplicación, a nivel de materiales, evaluación del proceso y del resultado, tipo de profesionales que tienen que aplicarlos, sistema de evaluación del programa, etc. (Becoña, 2002, 2006; Becoña y Martín, 2004), aspectos a los que también hay que prestar una especial atención para que el programa preventivo funcione adecuadamente. Por ello, relacionado con todo ello, los actores a los que se aplican los programas preventivos cuando se hacen en la escuela deben hacerse a partir de los 12 años; esto es, antes de que hayan comenzado a consumir. Lo ideal sería incluso que comenzasen antes (Tolan et al., 2008), pero de 12 a 14 años es uno de los periodos centrales donde hay que dedicar más esfuerzos a los programas preventivos, esfuerzos que deben seguir en los siguientes años hasta los 16 años e incluso años posteriores. A partir de los 12 años es cuando se aprecia en los niños

y niñas que tienen presentes varios factores de riesgo, o menos factores de protección, como son menor control parental, estatus socioeconómico bajo, mayor fracaso escolar o poca preocupación paterna por los resultados de sus estudios, faltan más a la escuela, tienen mayor número de problemas emocionales, una mayor probabilidad de comenzar a fumar, beber alcohol, embriagarse, fumar cannabis, etc., las consecuencias del consumo de drogas. De ahí la necesidad de intervenir a partir de este momento.

De igual modo, para hacer lo anterior disponemos de técnicas como entrenamiento en habilidades sociales, proporcionar información objetiva sobre las drogas según la edad de las personas a las que va dirigida la intervención, conocimiento de la percepción distorsionada sobre el consumo, conocimiento e inmunización ante la influencia de la publicidad para el consumo de drogas y otras conductas no saludables, juego de roles para escenificar el ofrecimiento y rechazo de distintas sustancias, selección de líderes de grupos para que el trabajo en grupo sea más adecuado y se acerque lo más posible a la situación natural, etc. Además, hoy contamos con listados accesibles sobre qué programas son los más adecuados y eficaces (ej., Antón et al., 2001; Martínez y Salvador, 2000).

Finalizamos con un aspecto que no se ha solventado en nuestro medio. A pesar de la gravedad del problema que representa el consumo de drogas, de sus consecuencias, y de la necesidad de actuar tempranamente, es poca la prevención del consumo de drogas que se hace en la escuela por la magnitud del problema, y menos en la familia y en la comunidad, como ocurre de modo semejante ante otros hábitos relacionados con la salud (ej., educación sexual). Por ello, es necesario ir pensando, y demandando, la necesidad de introducir la prevención de los hábitos saludables a los niños en su horario escolar, con varias horas anuales, en forma de asignatura o parte de una asignatura. Es, valga la redundancia, una de las asignaturas pendientes de la prevención en España y en otros muchos países.

Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes

4.1. Introducción

Una de las etapas más críticas e importantes en el desarrollo de las personas es la adolescencia. En ella, los adolescentes se enfrentan a numerosas situaciones difíciles, muchas de ellas generadoras de altos niveles de estrés. Por lo general, rechazan la protección adulta en búsqueda de su autonomía, teniendo que desarrollar habilidades sociales y de comunicación más complejas aprendiendo a interactuar y convivir con su grupo de iguales. Estos cambios evolutivos unidos a ciertas características propias de esta etapa, como son la tendencia a la experimentación y la búsqueda de sensaciones, hace que los más jóvenes queden expuestos con mayor frecuencia a conductas de riesgo tales como el consumo de drogas.

Así, en nuestro país y según los datos aportados por el Plan Nacional sobre Drogas en su estudio de 2008, los adolescentes inician el contacto con las drogas entre los 13 y los 16 años y son muchos los que entre los 14 y los 18 años ya afirman haber consumido sustancias psicoactivas en sus diversas formas (el 72,9% de los adolescentes había probado el alcohol durante ese mismo año, el 38,1% el tabaco, el 10,1% hipnosedantes, el 30,5% el cannabis, alrededor del 2,7% alucinógenos, 2,5% anfetaminas, un 5,1% había consumido alguna vez cocaína, un 0,9% heroína y un 2,7% inhalantes volátiles).

Estos datos nos aproximan a la idea de que el uso de sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes, en España y en el resto del mundo, es un serio problema a nivel médico, social y económico. Los daños asociados al consumo varían para cada sustancia y características personales del adolescente, aunque, en general, podemos hablar de consecuencias siempre graves y que hacen que sea de vital importancia el estudio del consumo de drogas en adolescentes desde una perspectiva preventiva. Así, desde hace varias décadas, los esfuerzos de muchos profesionales se han centrado en el conocimiento de aquellos factores o variables implicadas en el inicio y el mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas. El conocimiento detallado de estos factores nos permite desarrollar programas de intervención destinados a maximizar los factores de

protección frente al consumo, e intentar minimizar aquellos factores de riesgo que sean susceptibles de modificación. Además, nos permite dividir a la población adolescente en individuos de bajo y alto riesgo y así determinar qué tipo de actuaciones son más adecuadas para cada grupo (Offord y Kraemer, 2000).

Teniendo en cuenta este punto de partida y considerando que siempre es necesario un análisis específico de la población a la que se dirigen los esfuerzos preventivos, el objetivo del presente capítulo es exponer de forma simplificada aquellos factores que ponen en una situación de “alto riesgo” o, por el contrario, “protegen” a los más jóvenes ante el consumo de drogas.

4.2. Concepto de factores de riesgo y de protección

Un factor de riesgo puede definirse como un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que aumenta la probabilidad de uso o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). En el sentido inverso, un factor de protección se define como un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

En el campo de las drogodependencias, estas definiciones deben entenderse y completarse considerando una serie de aspectos nucleares (Clayton, 1992):

- a) Los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona consuma drogas que cuando no lo está, pero no deja de ser eso, una probabilidad.
- b) La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el consumo de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el consumo no se produzca. Lo mismo ocurre con los factores de protección. Ambos aumentan o disminuyen la probabilidad del consumo. Es importante que entendamos la complejidad del problema del consumo de sustancias psicoactivas y que entendamos que consumir o no consumir es el resultado de la interacción e intervención conjunta de muchos factores, de riesgo y de protección.
- c) El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede verse influido y modificado por la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.
- d) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el consumo de drogas.

- e) Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del uso de sustancias psicoactivas.

Al contrario, con otros factores de riesgo la intervención directa nos es posible. En estos casos, el objetivo debe ser atenuar la influencia de dicho factor de riesgo inmodificable directamente consiguiendo, de esta manera, reducir las posibilidades de que estos factores lleven al consumo de drogas. En este sentido, hablaremos de tres tipos de factores (Offord y Kraemer, 2000):

- a) Marcador fijo (no puede modificarse, p. ej., sexo del individuo o la fecha de nacimiento).
- b) Factor variable (puede cambiar espontáneamente dentro del sujeto o como resultado de una intervención).
- c) Factor causal (puede ser manipulable cambiando la probabilidad de ocurrencia del resultado asociado).

Teniendo en cuenta estos principios generales que asientan las bases de la propuesta preventiva focalizada en los factores de riesgo/protección, en los apartados siguientes se expondrán aquellos que más apoyo empírico han obtenido en la literatura científica en el campo del consumo de sustancias en adolescentes.

4.3. Clasificación de los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes

Aunque son muchas y variadas las clasificaciones que se han propuesto para organizar los factores asociados al consumo en jóvenes, muchas de ellas comparten aspectos comunes. A continuación, se expondrán algunas de las más utilizadas en el campo de la investigación en esta área.

Una de las primeras propuestas clasificatorias fue expuesta por Clayton (1992) en la que recoge una serie de factores de riesgo genéricos. Propone que la presencia de los mismos está directamente relacionada con una mayor probabilidad de que los jóvenes se vean envueltos tanto en el consumo de drogas como en otras actividades de riesgo. Estos son:

- a) Tener problemas económicos.
- b) Ser hijos de padres con problemas de abuso de drogas.
- c) Ser víctimas de abuso físico, sexual o psicológico.
- d) Ser jóvenes sin hogar.
- e) Ser jóvenes que abandonan la escuela.
- f) Ser jóvenes implicados en actos delictivos o violentos.

- g) Ser jóvenes con problemas de salud mental.
- h) Ser jóvenes que han intentado cometer suicidio.

Pero quizás la estructura clasificatoria más adecuada puesto que atiende a factores más específicos al abarcar distintas facetas que pueden afectar a la explicación del problema del uso de drogas es la sugerida por Hawkins, Catalano y Miller (1992), que proponen tres grandes grupos de factores asociados a:

- a) Factores ambientales/contextuales.
- b) Factores individuales (genéticos y psicológicos).
- c) Factores de socialización entre los que incluye a la familia, el grupo de iguales, la escuela y la comunidad.

Siguiendo esta última propuesta, resumiremos en los siguientes apartados aquellos factores que más ampliamente han sido contrastados en la literatura científica al respecto.

4.3.1. Factores de riesgo y protección ambientales/contextuales

Dentro de las variables relacionadas con el ambiente/contexto que rodean al adolescente, los factores de riesgo y protección que más evidencia empírica han acumulado son los siguientes:

A) Leyes y normas favorables hacia la conducta de consumo, acceso a las sustancias

Esta es una de las variables con mayor peso dentro de los factores contextuales. Aunque existe cierta controversia sobre este tema, los resultados de los estudios sugieren que las restricciones legales que influyen en la disponibilidad o en el precio de las drogas legales a través del incremento de los impuestos o de la elaboración de leyes que regulan su venta parecen limitar de forma directa su consumo (Maddahian, Newcomb y Bentler, 1988).

La accesibilidad a las drogas depende en parte de las leyes y las normas de la sociedad, pero es en sí misma un factor independiente. Es evidente que la disponibilidad de la drogas regula el que esas sustancias se consuman más o menos y que éstas se encuentren más disponibles, aumenta el consumo de las mismas. De cualquier manera, parece que la disponibilidad de la sustancia tiene un mayor efecto cuando va asociada a otras variables, como pueden ser la accesibilidad y el precio de la droga, de tal manera que a menor precio y a mayor accesibilidad (por ejemplo, mayores puntos de distribución) mayor es el consumo por parte de los más jóvenes.

B) Estatus socioeconómico

Los indicadores de la desventaja socioeconómica se han asociado frecuentemente con una mayor probabilidad de exhibir problemas de conducta en adolescentes. En este sentido, parece que la pobreza, el chabolismo y el hacinamiento son factores de riesgo importantes cuando la persona se encuentra en estas circunstancias, mientras que las demás personas de su cultura tienen acceso a gran número de bienes. La clave sería por tanto, que la persona no pueda optar a bienes que otros sí disfrutaban (Hawkins, Van Horn y Arthur, 2004).

Sin embargo, la relación directa entre el estatus socioeconómico y el consumo de drogas no está del todo clara. En aquellos casos en los que se encuentra asociación entre el estatus y el consumo de drogas, ésta podría deberse más bien a la influencia no controlada de otras variables como la composición familiar o la red de apoyo social familiar y comunitaria (Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000) puesto que una situación precaria a nivel económico puede no afectar al consumo si existe un ajustado apoyo familiar y social (Fergus y Zimmerman, 2005).

C) Lugar de residencia

En general, parece que existe consenso en que los contextos sociales con grandes carencias socioambientales, una mayor disponibilidad de drogas y una expresa aceptación de las mismas inducen y recompensan el consumo fomentando actitudes favorables hacia el mismo.

Algunos estudios recientes sugieren que hechos como emigrar a otro país puede considerarse como un claro factor de riesgo para el consumo de drogas en los más jóvenes al tratarse de cambios bruscos no sólo en su lugar de residencia sino también en el contexto y la cultura habituales (Galea, Rudenstine y Vlahov, 2006).

D) Desorganización del barrio

Existe consenso respecto a la idea de que la diversidad cultural, el grado de densidad y el deterioro físico del barrio, unido a una escasez de servicios públicos que integran el barrio, provocan una desorganización social y cultural y una mayor disponibilidad de drogas lo que a su vez lleva a un mayor consumo de las mismas (Fagan, 1988). Además, en este tipo de entornos suelen concurrir otros factores de riesgo contextuales como la privación económica o familiares.

4.3.2. Factores de riesgo y protección individuales

Existen una serie de variables que hemos denominado individuales que están asociadas a un mayor riesgo para el abuso de drogas por parte de los adolescentes. Para una mayor comprensión, aparecen clasificadas como factores genéticos, factores biológico-

evolutivos y factores psicológicos.

A) Factores genéticos

La mayor parte de datos referentes a este área de estudio provienen de investigaciones centradas en el consumo de alcohol y son pocos los que se han realizado respecto al consumo de otro tipo de drogas.

Respecto a los estudios llevados a cabo con familias, los resultados obtenidos sugieren que existe un componente genético familiar tanto para el alcoholismo como para el abuso de otras drogas puesto que los alcohólicos presentan con mayor probabilidad un historial previo de alcoholismo por parte de los padres y/o hermanos (Comings et al., 1997).

Por su parte, los estudios realizados con chicos adoptados concluyen que existe transmisión genética del alcoholismo en sujetos varones, con unas tasas de alcoholismo del 18% al 27% en los niños cuyos padres biológicos son alcohólicos frente un 5% o 6% para hijos adoptados sin padres biológicos alcohólicos (Goodwin, 1985). En el caso de las mujeres, los resultados varían y no existe evidencia consistente para la transmisión genética del alcoholismo en el sexo femenino. En estos casos, deben existir otros factores implicados en el alcoholismo además de la predisposición genética como pueden ser variables ambientales que expliquen las diferencias encontradas (Becoña, 2002).

B) Factores biológico-evolutivos

Dentro de estos factores se encuentran dos de las variables más importantes de cara al desarrollo de programas preventivos, el sexo y la edad. Respecto a la variable sexo, la mayoría de los estudios llegan a la conclusión de que no existen diferencias significativas en cuanto al sexo de los sujetos al comparar grupos de consumidores y no consumidores. Sí parecen existir diferencias en otros dos aspectos. En primer lugar, el tipo de drogas de consumo. En este sentido, aunque el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) es muy similar entre sexos, los varones tienden a hacer un mayor uso de las mismas, especialmente en el caso de las ilegales (PNSD, 2004). En segundo lugar, las actitudes frente al consumo también parecen marcar diferencias puesto que son los varones los que suelen mostrarse mucho más favorables al uso de sustancias psicoactivas en comparación con las mujeres.

Con relación a la edad, los estudios señalan que el comienzo en el consumo de drogas suele darse mayoritariamente entre los 13 y los 15 años (Muñoz-Rivas et al., 2000). Es importante señalar que el inicio en el consumo antes de los 15 años es un predictor consistente del abuso de drogas posterior y, al contrario, una edad más tardía en el inicio del consumo correlaciona con una mayor probabilidad de discontinuidad en el consumo.

C) Factores psicológicos

Son muchas las variables psicológicas que se han estudiado en relación con el consumo de drogas de los más jóvenes por lo que sólo se expondrán aquellas que hayan recibido mayor soporte científico en los trabajos realizados.

- *Depresión y ansiedad.* Es muy frecuente que el consumo de drogas vaya asociado con algún tipo de trastorno psicológico, muchas veces sin poder determinar cuál fue primero de los dos, el consumo o el trastorno. Entre los trastornos que más frecuentemente se han relacionado con el consumo de drogas en adolescentes se encuentran la depresión y la ansiedad.

En este sentido, hay un buen número de estudios que demuestran que el consumo suele estar precedido por algún tipo de malestar emocional (insatisfacción personal, depresión ansiedad) y dicho consumo se lleva a cabo para aliviarlo (Becoña, 2002; Muñoz-Rivas et al., 2000) aunque no se afirma que esta relación sea lineal.

- *Características de personalidad.* Existen numerosos estudios que identifican ciertos rasgos de personalidad como factores de riesgo para el consumo de drogas en la adolescencia.

a) *Búsqueda de sensaciones.* Zuckerman (1979) definió la búsqueda de sensaciones como “la necesidad de experiencias y sensaciones complejas, nuevas y variadas y el deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas”. En este sentido, son muchas las investigaciones que han relacionado la búsqueda de sensaciones con el abuso de drogas en adolescentes. Asimismo, la impulsividad también ha sido frecuentemente identificada como factor de riesgo para el consumo de sustancias en población adolescente (Cooper, Wood, Orcutt y Albino, 2003; Muñoz-Rivas et al., 2000).

b) *Personalidad antisocial: problemas de conducta tempranos y persistentes.* Las características antisociales de la personalidad en la infancia predicen, en la edad adulta, conductas antisociales entre las que se incluyen el consumo de sustancias psicoactivas (Becoña, 2002; Graña y Muñoz-Rivas, 2000).

De la misma manera, numerosos estudios han identificado que otras características como lo son las propias del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher, 2004) o la existencia de temperamentos variables e irritables (ej., frecuentes rabietas, peleas, conductas predelincuentes, rebeldía, agresividad) pueden considerarse importantes factores que incrementan notablemente la probabilidad del uso/abuso de drogas en la adolescencia temprana.

c) *Actitudes favorables hacia la droga.* Las actitudes de los adolescentes y las normas de los grupos de iguales cambian, con relación al consumo de drogas, antes de que los éstos comiencen a consumir, siendo éste el primer paso en dirección al consumo de cualquier sustancia: un cambio

de actitud desde una postura condenatoria a otra mucho más favorable. En este sentido, el inicio en el consumo de drogas suele ir precedido por actitudes favorables hacia las drogas y su consumo. Así pues, la presencia de este tipo de valoraciones se relaciona positivamente con una mayor probabilidad del uso/abuso posterior (Becona, 2002; Muñoz-Rivas et al., 2000), incluso a pesar de que los jóvenes cuenten con conocimientos objetivos sobre los efectos nocivos derivados del mismo.

- d) *Ausencia de valores ético-morales.* Son muchos los estudios que encuentran que los consumidores de drogas se caracterizan por un menor aprecio a los valores morales y sociales. En este sentido, diversos estudios encontraron que la falta de religiosidad, el no asistir a oficios religiosos o no identificarse con ninguna organización religiosa, se asociaba estrechamente con una mayor probabilidad de uso/abuso de sustancias psicoactivas en los jóvenes (Muñoz-Rivas et al., 2000; Kendler, Gardner y Prescott, 1997).

4.3.3. *Factores de riesgo y protección de socialización*

A continuación, se detallan aquellas variables de socialización que más se han asociados al consumo de drogas en adolescentes. Se han dividido de la siguiente forma: factores familiares, factores relacionados con el grupo de iguales y factores escolares.

A) Factores familiares

Los factores relacionados con la familia son los más importantes dentro de este área de estudio. La familia es el contexto donde el niño aprende las habilidades y valores necesarios para tomar decisiones respecto a múltiples aspectos de la vida diaria, incluido el consumo de drogas.

- *Estructura y composición familiar.* Una de las variables que más se han estudiado es el hecho de que el joven pertenezca a familias monoparentales. Los resultados sugieren que éste es un claro factor de riesgo para el consumo posterior de sustancias psicoactivas no tanto por el hecho de que el joven crezca en la ausencia física del padre o la madre, sino más bien por el hecho de carecer de otro adulto representativo junto al padre o la madre.

Respecto a la estabilidad familiar, el divorcio de los padres es un predictor de la implicación de los hijos varones en el uso de drogas, sólo cuando la separación se produce en la adolescencia. Por el contrario, el nuevo matrimonio de uno de los padres incrementa la probabilidad del consumo de drogas por parte de las chicas.

Lo que sí parece claro y bien establecido es que variables como el conflicto familiar o el apego parecen tener un peso relevante en la predicción del consumo de drogas (Becoña, 2002; East y Khoo, 2005; Muñoz-Rivas y Graña, 2001), muy por encima de otras relacionadas con aspectos ambientales o individuales.

- *Disciplina familiar.* Otro de los factores que ha sido objeto de numerosas investigaciones es el tipo de modelo educativo parental. En este sentido, Kandel y Andrews (1987) encontraron que factores como la ausencia de implicación maternal en las actividades con los niños, la ausencia o inconsistencia de la disciplina parental y las bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos predecían su iniciación en el uso de drogas. En el sentido opuesto, parece que el que los padres supervisen de manera efectiva a sus hijos disminuye la probabilidad de que éstos se inicien en el uso de las mismas (Jones, Forehand, Brody y Armistead, 2003).

En general, son dos las conclusiones que más se repiten en los trabajos realizados en los últimos años. La primera afirma que la estabilidad psicológica de los padres y el establecimiento por parte de éstos de normas claras para las conductas responsables de sus hijos correlacionan con un menor consumo de sustancias psicoactivas, llegando incluso a compensar la influencia negativa del grupo de iguales (Muñoz-Rivas y Graña, 2001). La segunda advierte que tanto un estilo de crianza extremadamente sobreprotector como también el polo opuesto, pautas de crianza muy permisivas, están relacionadas con un mayor riesgo de consumo de drogas en adolescentes.

- *Relaciones afectivas y comunicación.* Desde los primeros estudios sobre factores de riesgo y protección en adolescentes, se viene constatando que la relación afectiva existente entre padres e hijos es un factor muy relevante en el posterior consumo de drogas de los hijos. Parece que las relaciones familiares positivas (implicación y unión) basadas en un profundo vínculo entre padres e hijo, una buena comunicación entre ambos y unos niveles altos de cohesión familiar correlacionan con una menor probabilidad de que el joven se inicie en el consumo de drogas (Kodjo y Klein, 2002; Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

A pesar de lo expuesto, debe recordarse que como ocurre con cualquier otro factor de riesgo o protección, las variables familiares interactúan con otros factores haciendo variar su peso asociativo y la dirección del mismo. Así, por ejemplo, una buena relación con los padres es un factor de protección si los padres no son consumidores de drogas pero, si los padres consumen, esta misma relación paterno-filial se convierte en factor de riesgo para el consumo de drogas.

- *Actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.* El uso de drogas por parte de padres y hermanos (especialmente si son de mayor edad) aumenta la probabilidad de que el adolescente abuse también de dichas sustancias, efecto comparable al que se asocia con la actitud permisiva de los

padres hacia el consumo a pesar de que estos no sean consumidores reales de sustancias psicoactivas (Becoña, 2002).

B) Factores relacionados con el grupo de iguales

El grupo de iguales, los amigos y compañeros, es una de las variables más determinantes en el desarrollo del adolescente ya que la calidad de la interacción guía la socialización del adolescente. En esta etapa evolutiva, el apoyo por parte de los amigos es esencial, con lo que un apoyo efectivo y afectivo hace que el paso por la adolescencia, y la transición a la vida adulta, sea más estable y organizada.

A continuación, se exponen las variables relacionadas con el grupo de iguales que más frecuentemente han sido asociadas al consumo de drogas en la adolescencia.

- *Asociación con compañeros consumidores.* Prácticamente la totalidad de los estudios que analizan el peso de esta variable coinciden en concluir que el establecer y mantener relaciones con compañeros o amigos que consumen drogas es un factor de riesgo importante para el consumo de drogas por el adolescente (Becoña, 2002; Muñoz-Rivas et al., 2000; Latimer et al., 2004).
- *Identificación con grupos desviados.* La relación entre el uso de drogas en adolescentes y la asociación con pares que realizan conductas desviadas es clara (Muñoz-Rivas et al., 2000; Dishion y Owen, 2002). El uso de drogas influye en la elección de los amigos durante la adolescencia y la elección de amigos influye en el uso de drogas. Otros estudios han mostrado cómo los consumidores, sobre todo los de drogas ilegales, se relacionan con más asiduidad e interés con grupos no convencionales que los grupos de no consumidores
- *Rechazo por parte de los iguales.* En general, los estudios confirman que una baja aceptación del joven por parte de su grupo de iguales es un factor de riesgo para el consumo de drogas (Kupersmidt y DeRosier, 2004), aunque esta asociación no parece ser directa. Así, por ejemplo, el ser tímido o el haber sido sometido a cierto aislamiento por parte de los compañeros puede llegar a proteger al joven contra el consumo ya que quedaría excluida otra de las influencias más importantes como es el consumo de drogas por parte de sus compañeros o iguales. Otro ejemplo de este efecto modulador se da en lo referente a la agresividad. La agresividad puede aparecer en adolescentes que hayan sufrido rechazo y exclusión por parte de sus compañeros pero también puede estar asociada a la aceptación por parte de otro grupo de iguales más agresivos y más cercanos a la delincuencia, lo que a su vez puede incidir en un mayor uso de sustancias.

C) Factores escolares

A continuación, se exponen los factores relacionados con la escuela que más evidencia empírica han recibido en relación con el consumo de drogas en adolescentes.

- *Abandono escolar.* El abandono escolar aumenta el riesgo de abuso de drogas y éste, a su vez, pone al adolescente en una situación de mayor riesgo para abandonar la escuela, el instituto o la universidad (Barro y Kolstad, 1987; Mensch y Kandel, 1988).
- *Fracaso académico.* Existen resultados contradictorios respecto a si el fracaso académico es un factor de riesgo para el consumo de drogas en la adolescencia. Mientras en algunos estudios se concluye que el fracaso escolar no es determinante para que se produzca el consumo de sustancias, otros han encontrado que la relación positiva se establece con respecto a otra variable, una mayor capacidad intelectual. Uno de estos estudios es el de Kandel y Davies (1991), quienes concluyeron que una alta puntuación en pruebas de inteligencia se asociaba con altos niveles de uso de cocaína entre jóvenes adultos con edades entre 19 y 26 años. Estos resultados tan dispares pueden estar indicándonos que el fracaso escolar puede estar mediado por otros factores como problemas en la familia o problemas sociales y comunitarios.
- *Tipo y tamaño de la escuela.* Los estudios realizados sugieren una mayor probabilidad de consumo de sustancias por parte de los alumnos se da en centros de mayor tamaño y, sobre todo, en escuelas privadas de carácter laico. Por otro lado, en aquellos centros de pequeño tamaño o escuelas públicas o privadas de orientación religiosa no aparece este tipo de relación.

De cualquier manera, el centro escolar se convierte en un claro factor de protección cuando en él existe un adecuado control del profesorado y un seguimiento cercano de los alumnos y una clara preocupación e interés por su aprendizaje y por sus problemas personales y familiares (Jessor, Turbin y Costa, 1998; Muñoz-Rivas et al., 2000; Pertusa y García del Castillo, 2011).

4.4. A modo de conclusión

Como ha podido constatarse a lo largo del presente capítulo, son muchos los factores asociados al consumo de drogas adolescente lo que obliga a los interesados en el campo de la prevención a considerar un número importante de variables y, al mismo tiempo, valorar el grado en que cada una de ellas interactúa con el resto.

Por este motivo, es importante señalar que, desde este modelo de actuación focalizado en el riesgo/protección, cualquier intervención preventiva debe sustentarse en un estudio previo de los factores específicos y propios de cada una de las poblaciones de jóvenes a las que se pretenden dirigir los esfuerzos preventivos, garantizando así que se trabajaran solo aquellas variables que son relevantes en cada uno de los casos. Además, como marco general de actuación, debe recordarse que estos mismos factores varían en

función de si estamos hablando de unas drogas u otras.

Siguiendo estos principios básicos, a modo de ejemplo, pueden tomarse los resultados obtenidos en dos investigaciones nacionales realizadas con muestras representativas de diferentes Comunidades Autónomas ([Cuadros 4.1](#) y [4.2](#)) y que, como puede observarse, constatan el efecto de variables tanto de riesgo como de protección muy semejantes.

Cuadro 4.1. *Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes (Muñoz-Rivas et al., 2000).*

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<i>Individuales/psicológicos</i> • Autoconcepto-autoestima • Mayor impulsividad • Mayor presencia de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad • Mantener relaciones sexuales a una edad temprana	• Mejor autoconcepto positivo • Mayores sentimientos de felicidad • Participar activamente en la religión a la que se pertenece
<i>Familiares</i> • Convivir con otras personas distintas a los padres • Consumo habitual de tranquilizantes por parte de la madre	• Buena relación entre el adolescente y sus padres • Sentirse muy cercano a ambos padres • Comunicar habitualmente a la madre dudas o dificultades relacionadas con el trabajo o los estudios • Reacción de los padres contraria al uso de marihuana, cocaína o heroína por parte de sus hijos
<i>Grupo de iguales</i> • Tener amigos consumidores de cocaína • Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas • Conducta antisocial o delincuencia temprana	• Apego a los iguales no consumidores • Asociación con iguales que están implicados con actividades organizadas en la escuela, de ayuda, religiosas u otras
<i>Escolares</i> • Faltar frecuentemente a clase sin motivo justificado	• Haber obtenido una buena calificación media en cursos escolares anteriores

• Llevarse mal con algunos profesores del centro de enseñanza	• Valorar positivamente el nivel de enseñanza recibido en el curso escolar especialmente en el área afectiva e intelectual
---	--

Cuadro 4.2. Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas (Becoña, 2002)

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<i>Familiares</i> ✓ Consumo de alcohol y drogas paterno ✓ Baja supervisión y disciplina familiar ✓ Conflicto familiar ✓ Historia familiar de conducta antisocial ✓ Actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y al consumo de drogas ✓ Bajas expectativas de logro para sus hijos ✓ Abuso físico	✓ Apego familiar ✓ Oportunidades para la implicación en la familia ✓ Creencias familiares saludables y claros estándares de conducta ✓ Altas expectativas parentales ✓ Sentido de confianza familiar positivo ✓ Dinámica familiar positiva
<i>Comunitarios</i> ✓ Deprivación económica y social ✓ Desorganización comunitaria ✓ Cambios y movilidad de lugar ✓ Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas	✓ Sistema de apoyo externo positivo ✓ Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad ✓ Escasa accesibilidad a las drogas ✓ Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes ✓ Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad
<i>Compañeros e iguales</i> ✓ Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas ✓ - Compañeros que consumen drogas ✓ Conducta antisocial o delincuencia temprana ✓ Rechazo por parte de los iguales	✓ Apego a los iguales no consumidores ✓ Asociación con iguales que están implicados con actividades organizadas en la escuela, de ayuda, religiosas u otras ✓ Resistencia a la presión de los iguales ✓ No ser fácilmente influenciado por los iguales
<i>Escolares</i>	

✓ Bajo rendimiento académico ✓ Bajo apego a la escuela ✓ Tipo y tamaño de la escuela ✓ Conducta antisocial en la escuela	✓ Escuela de calidad y oportunidades para la implicación prosocial ✓ Creencias saludables y claros estándares de conducta ✓ Cuidado y apoyo del personal del centro ✓ Clima institucional positivo
FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<i>Individuales</i> ✓ Biológicos ✓ Psicológicos y conductuales ✓ Rasgos de personalidad	✓ Religiosidad y/o creencia en el orden social ✓ Desarrollo de habilidades sociales ✓ Creencia en la propia autoeficacia ✓ Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes ✓ Orientación social positiva ✓ Poseer aspiraciones de futuro ✓ Buen rendimiento académico e inteligencia ✓ Resiliencia

5

Diseño de programas de prevención de drogas

5.1. Introducción

Partamos de una definición que nos aclare qué vamos a entender por “programa de prevención de drogas” de ahora en adelante. Un programa de prevención en el ámbito de las drogodependencias se define como un conjunto de intervenciones jerarquizadas y coherentes entre sí, cuyo objetivo en primer término es evitar la aparición de problemas relacionados con el uso/abuso de sustancias o, si esto no es posible, conseguir retrasar al máximo estos escenarios de consumo.

A pesar de la trayectoria y la experiencia que hemos ido adquiriendo y fortaleciendo con el paso de los años, todavía no podemos decir, metafóricamente hablando, que hayamos sintetizado la molécula de la prevención cien por cien eficaz y efectiva, pese a trabajar desde diversos enfoques. Los expertos nos advierten de que viviremos, y de hecho ya lo estamos haciendo, en sociedades que albergan una oferta amplia de drogas, tanto legales como ilegales y, de momento, parece imposible hacerlas desaparecer por completo y pensar en ello nos llevaría posiblemente a la utopía.

Desde los distintos niveles de responsabilidad en el tema, gobiernos, instituciones, agencias de vigilancia epidemiológica o grupos de trabajo inter-países, por ejemplo, ya se trabaja en el control de esta oferta de sustancias como forma de prevención, pero está claro que la disponibilidad de las drogas es sólo parte del problema.

La existencia y permanencia de las drogas en nuestra sociedad, como cualquier negocio, también responde a una cuestión de demanda, y es la prevención sobre esta posible demanda de drogas o, dicho de otra manera, el hecho de que nos anticipemos a que se produzca, nuestra mejor herramienta para evitar el consumo y lo que desde hace tiempo y de manera progresiva nos está llevando a conseguir los mejores resultados.

Por tanto, desde esta perspectiva de reducción de la demanda, entendemos que la conducta de consumo de drogas tiene su origen en muchas causas, y por ello el diseño de un programa de prevención de drogodependencias ha de sostenerse sobre la base de una buena evaluación de estas causas o factores de influencia. Esta evaluación nos ayudará a

determinar cuáles son aquellos “factores de riesgo” que hacen más probable la iniciación en el consumo, para neutralizarlos o minimizar su impacto sobre el individuo, el grupo o la comunidad y, al mismo tiempo, fortalecer aquellos “factores de protección” que potencian nuestras habilidades y capacidad de resistencia ante posibles situaciones de peligro.

5.2. Evaluación de la necesidad de intervención

De acuerdo con Hansen (1997), la planificación de las intervenciones en prevención de drogodependencias ha pasado por tres momentos. Una primera etapa de andadura, en la que todo estaba por hacer y contrastar, en la que el diseño de los programas y la decisión sobre con qué problema intervenir estaba basada en el sentido común, la ideología o la intuición. Un segundo momento en el que tras los primeros resultados y la construcción de los primeros modelos en prevención de drogodependencias, la intervención se justificaba en base a teorías. Y una tercera etapa, en la que nos encontramos actualmente, en la que la construcción de las intervenciones viene determinada por los datos objetivos con los que contamos, tras las primeras evaluaciones exhaustivas de programas preventivos con cierta trayectoria.

La fase de evaluación de necesidades es el momento de preguntarnos cuál es el problema sobre el que queremos trabajar. Para ello, podemos realizar una primera aproximación acudiendo a lo que nos dicen los estudios epidemiológicos de los que podamos disponer a nivel estatal, comunitario o municipal, como las encuestas y estudios que elabora el Plan Nacional sobre Drogas o el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

Puede que otros técnicos o instituciones puedan ofrecernos otro tipo de información sobre el problema. En estos casos, hemos de valorar la calidad de dicha información, atendiendo a criterios como la fiabilidad y validez de los instrumentos utilizados a la hora de recoger los datos, quién ha sido el personal encargado de la aplicación y recogida, en qué momento y condiciones ha tenido lugar o qué tipo de información arrojan (cuantitativa o cualitativa, grado de objetividad etc.).

En el caso de que no dispusiéramos de información sobre la situación del problema y sus características específicas en la población sobre la que queremos intervenir, habríamos de ser nosotros los que recogiéramos datos fiables sobre su distribución y prevalencia. Para ello, necesitamos diseñar un instrumento de evaluación o adaptar una herramienta ya existente, que responda a nuestras preguntas acerca del problema. Una ayuda para esto, la podemos encontrar en el European Instrument Bank (EIB) que nos ofrece una base de datos de herramientas de evaluación en el ámbito de las adicciones.

Esta primera evaluación del problema nos aporta una serie de datos en bruto sobre los que hemos de trabajar para averiguar, finalmente, cuáles son los elementos claves sobre los que ha de pivotar el programa preventivo. Una buena evaluación de necesidades es aquella que nos permite definir operativamente un problema, facilitando

en gran medida la elección de la estrategia preventiva a seguir, qué tipo de intervención realizar o el grupo al que nos vamos a dirigir.

Es importante que en este punto jerarquicemos las diferentes problemáticas que los sujetos encuestados hayan considerado como de atención prioritaria o urgente, posponiendo para más adelante aquellos problemas más difíciles y complejos, en cuyo abordaje el avance sea mucho más lento. Esta estrategia mejorará el impacto del programa de prevención, al permitirnos obtener resultados a cortomedio plazo que incrementen la motivación de la población diana y refuercen sus expectativas de éxito.

Algunas de las técnicas más utilizadas en el establecimiento de prioridades son las rejillas de análisis, la formación de grupos de discusión y grupos nominales, comparación por pares, clasificación por orden de importancia, asignación directa o el método Delphi entre otros.

Otra cuestión que hemos de tener en cuenta en esta etapa hace referencia al origen de la demanda, es decir, quién solicita la intervención. Imaginemos que en un momento dado, se produce un repunte en el número e intensidad de celebración de botellones en un determinado municipio. En este caso, la administración municipal solicitaría la intervención, marcando completamente nuestro modo de plantear el diseño del programa, dado que se requiere una intervención puntual y crítica que acabe con el problema o atenúe su situación actual.

En este sentido, el problema viene definido por nosotros como expertos en prevención que conocemos las consecuencias e implicaciones del botellón para la salud individual y pública y por los parámetros de prevalencia de consumo que maneje el ayuntamiento en cuestión. Sin embargo, lo que nosotros hemos definido como problemático, ¿es realmente un problema para los destinatarios de la acción? Partiendo de esta pregunta, tendremos que evaluar en primera instancia cuál es la percepción de riesgo de los participantes en el botellón, o su motivación para participar en un programa preventivo, antes de plantear la programación de actividades más idónea.

5.3. Delimitación del programa de intervención

Uno de los pasos fundamentales antes de plantear la intervención definitiva radica en delimitar exhaustivamente aquellos elementos necesarios para que la intervención sea de calidad, apoyándonos en los modelos teóricos adecuados para su ejecución y teniendo en cuenta qué queremos conseguir y cómo lo haremos. Siguiendo el esquema de Rodríguez-Marín et al. (2007), podemos establecer los siguientes preceptos:

1. Establecer y determinar los objetivos.
2. Definir los contenidos del programa de intervención en términos operativos.
3. Planificar las acciones y procedimientos.
4. Plantear las estrategias a seguir en la ejecución del programa.
5. Asignar tareas y responsabilidades.

6. Delimitar los indicadores y criterios perseguidos.
7. Analizar costos.
8. Asegurar el mantenimiento del programa.
9. Formar al equipo.

Para sistematizar los puntos anteriores podemos ver el [Cuadro 5.1](#).

Cuadro 5.1. *Planificación de un programa de intervención.*

En cuanto al <i>qué</i>	En cuanto al <i>cómo</i>
• Objetivos • Contenidos • Ejecución • Responsabilidades • Indicadores • Costos • Recursos	• Procedimiento • Fases • Calendarización • Formación • Acceso a la población • Mantenimiento del programa • Fuentes de financiación

5.4. Identificación de los participantes

En general, cuando nos planteamos el diseño de un programa de prevención de drogas, lo más frecuente es que lo hagamos tratando de alcanzar a la población objeto de intervención en su ambiente primario.

Sin embargo, recientemente está aumentando la oferta de programas para cualquier grupo objetivo en diversos ambientes. Por ejemplo, no es difícil encontrar escuelas de padres o programas de prevención familiar, que se desarrollan en escuelas o institutos de educación secundaria, lugares donde tradicionalmente se aplicaban únicamente programas de prevención escolar.

Según la relación entre la población diana y los factores de riesgo presentes en su contexto, es decir, atendiendo a su grado de vulnerabilidad, los programas de prevención del consumo de drogas los podemos clasificar, según marcó Gilchrist (1995), en las siguientes categorías.

5.4.1. Programas de prevención universales

- Están dirigidos a población general.
- Por lo tanto su cobertura inicial es amplia, lo que disminuye el coste del programa por persona. Sin embargo, las investigaciones indican que este tipo de programas no son capaces de llegar de forma amplia a la audiencia dado

que, a diferencia de otros programas, no le exigen al destinatario mucho esfuerzo y tiempo, es decir, no le exigen demasiada implicación. Su objetivo es retrasar o evitar en la medida de lo posible el consumo de sustancias.

5.4.2. *Programas de prevención selectivos*

- Están dirigidos a población en situación de riesgo o a determinados segmentos de la población general que por sus características biopsicosociales o ambientales son susceptibles de consumir drogas.
- Generalmente se asume el grado de vulnerabilidad del grupo diana en lugar de evaluar su nivel de riesgo. Este tipo de programas precisan de un buen conocimiento de los factores de riesgo específicos de dicha población para que el diseño del programa se ajuste a sus necesidades. En comparación con los programas universales, éstos tienen una mayor duración e intensidad y requieren de la participación de personal experto en prevención, cosa que eleva el coste del programa por persona. Las actividades se centran en promover el cambio en los participantes partiendo de cuestiones relacionadas directamente con hábitos o conductas del día a día que pueden motivar posiciones contrarias o resistentes al consumo.

5.4.3. *Programas de prevención indicados*

- Dirigidos a personas que ya están implicadas en el consumo de sustancias. En este caso, todavía no pueden definirse clínicamente como dependientes de una sustancia, pero muestran los primeros síntomas.
- Su objetivo es detener la escalada en el consumo y los problemas que de ello puedan derivarse. En este caso, la evaluación de los factores de riesgo hace referencia al individuo objeto de intervención. La participación en este tipo de programas tiene una alta exigencia dada su continuidad en el tiempo y la elevada frecuencia de sesiones y, como parece claro, se requiere de personal clínico especializado, por lo que los costes programa/persona son mayores que en el caso de los dos tipos de programas de prevención anteriores.

La organización IREFREA (de la que España forma parte) dedicada al estudio de los factores de riesgo para el consumo de drogas en la niñez y la adolescencia, elaboraba en 2001 una guía de prioridades preventivas. En ella quedaba patente el profundo interés que IREFREA manifestaba desde su creación, enfatizando la importancia de los contextos recreativos a través de sus diversas publicaciones y estudios. Y es que, cada vez de forma más clara, queda patente la fuerte asociación entre drogas y tiempo de ocio, hasta el punto de que el consumo de determinadas sustancias se convierte en el elemento catalizador

de la diversión del fin de semana al proporcionar nuevas sensaciones, alterar el nivel de conciencia de quien las consume o, en otros casos, proporcionar la energía necesaria para resistir la marcha durante muchas horas seguidas.

Dicho esto, IREFREA propone que la prevención ha de tener un doble objetivo. Por una parte debe preocuparse por los sujetos no consumidores o con consumos experimentales u ocasionales y, por otra, debe atender las necesidades del colectivo consumidor. Si nos centráramos exclusivamente en el abordaje de aquellos consumidores en situación de riesgo, estaríamos negando la existencia del colectivo de personas que, estando en un ambiente recreativo, optan por una postura alternativa de no consumo. Puede tratarse de un grupo minoritario, pero precisamente por ello merece nuestra atención.

5.5. Objetivos del programa

La definición de cuáles van a ser los objetivos que se marca el programa es un momento decisivo en el diseño y planificación de la intervención, dado que en función del tipo de programa y su ámbito de actuación los objetivos pueden diferir de forma considerable.

5.5.1. Ámbito comunitario

En cuanto al ámbito de actuación, si estamos hablando de un contexto comunitario, nuestras metas pasarán por sensibilizar al mayor número de población posible, motivando e incrementando su grado de participación en los programas de prevención de drogas, siempre con el objetivo último de minimizar el impacto de los factores de riesgo y potenciar todos aquellos factores protectores.

5.5.2. Ámbito escolar

En un ámbito escolar, los objetivos preventivos implican el entrenamiento de los alumnos en distintas habilidades relacionadas con la expresión y mantenimiento de posturas críticas respecto al consumo de sustancias. También serían objetivos posibles el ofrecer información veraz y científica sobre las drogas, y los efectos y consecuencias de su consumo, al tiempo que se incrementa la percepción del riesgo asociado a cada sustancia.

5.5.3. Ámbito familiar

Los objetivos en el caso de la prevención en un contexto familiar contemplan la mejora

de la comunicación entre padres e hijos, especialmente la creación de canales comunicativos que permitan tratar cuestiones o problemas relacionados con las drogas. Para ello, de forma previa, el objetivo será dotar a los padres de los conocimientos necesarios para responder a las necesidades informativas de sus hijos en materia de drogas.

5.5.4. Ámbito laboral

La prevención desde un ámbito laboral tiene entre sus objetivos los de eliminar o reducir, en su caso, todos aquellos factores de riesgo para el consumo de sustancias que se hayan detectado en el lugar de trabajo y, si es necesario, crear los mecanismos o estructuras necesarias, para detectar posibles consumos cuando estos se encuentran todavía en etapas iniciales.

A continuación presentamos un resumen que plantea los objetivos más comunes de los programas de prevención, teniendo en cuenta tanto el ámbito donde se llevarán a cabo, como el tipo de programa (universal, selectivo o indicado) al que se hace referencia ([Figura 5.1](#)).



Figura 5.1. Ámbito de la prevención.

Podemos encontrar también otro tipo de clasificaciones, que distinguen entre programas preventivos en función de los objetivos generales que se marcan, relacionados en este caso con el grado de implicación del sujeto o grupo con una sustancia o sustancias (Gilchrist, 1995). En la siguiente figura hemos tratado de resumir esta tipología de programas (Figura 5.2).

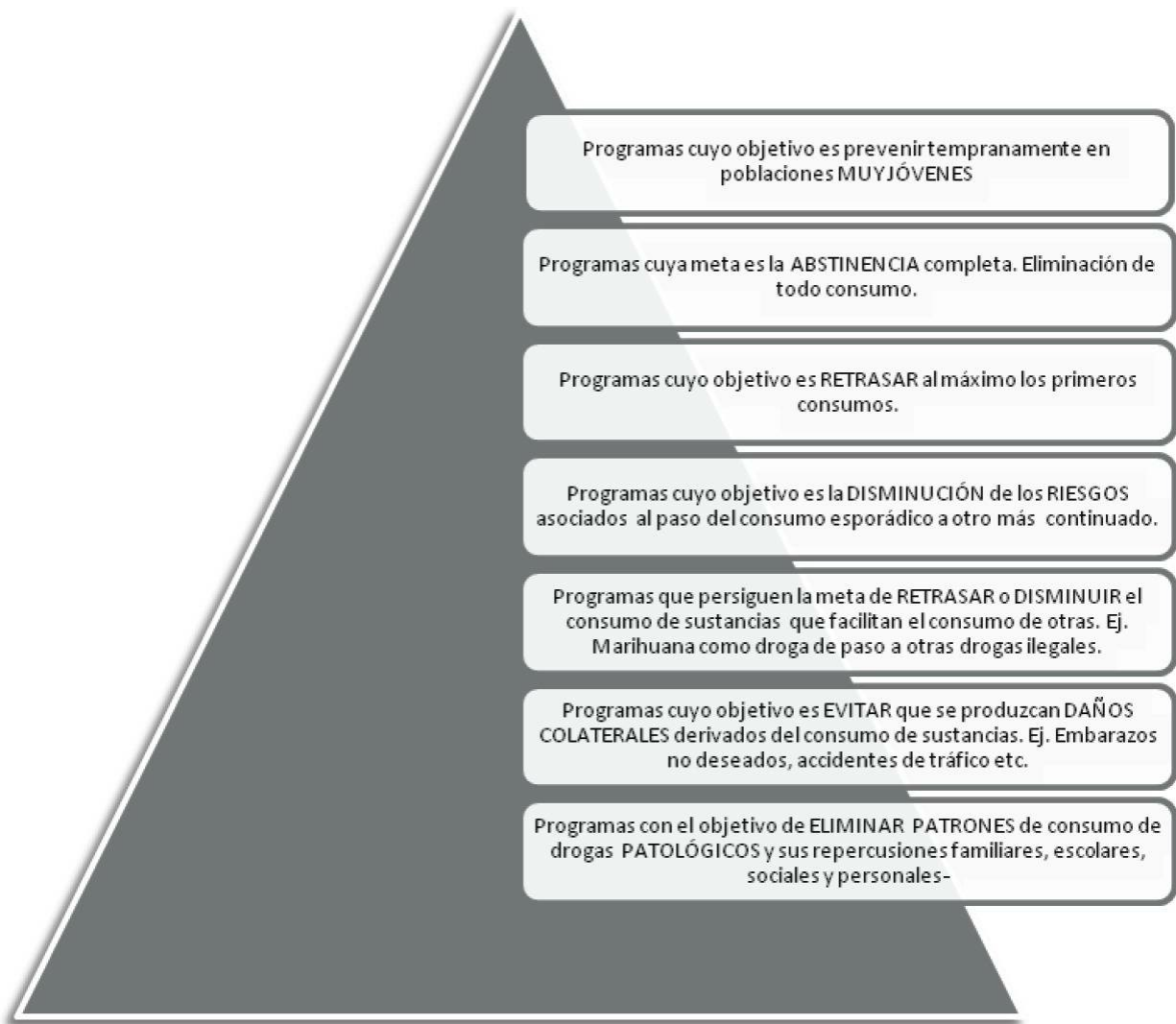


Figura 5.2. Tipología de programas en función de los objetivos.

Los objetivos de cualquier programa de prevención, han de orientarse hacia la consecución de unos resultados. Por lo tanto, a la hora de establecer nuestros objetivos hemos de tener en cuenta las siguientes indicaciones (Becoña, 2000):

1. Los objetivos han de ser afirmaciones concretas y medibles, en relación a los resultados que se propone alcanzar el programa preventivo. Deben ser explícitos en cuanto a la definición del margen temporal del que se dispone para alcanzar dichos resultados. También deben especificar las condiciones, en referencia a los medios o recursos, necesarias para que los objetivos puedan cumplirse del modo previsto.
2. Los objetivos deben hacer referencia a cada una de las fases del diseño e implementación del programa de prevención, por lo que se presentarán jerarquizados y secuenciados, desde los dominios más generales, a los más específicos.

5.6. Programación de actividades

Una vez que hemos establecido la población objeto de la intervención y tenemos claros nuestros objetivos de trabajo, hemos de seleccionar en este punto cuál será el programa de actividades de prevención a aplicar.

Aquí, tendríamos que preguntarnos si es necesario partir de cero y diseñar un programa específico, con el consiguiente consumo de recursos, tiempo y esfuerzo, o bien si podemos encontrar entre la diversidad de programas de prevención existentes, alguno que se ajuste a las necesidades de nuestra población y que nos ofrezca garantías. Al respecto, hemos de tener en cuenta que cada vez es más frecuente que contemos con los resultados de evaluación de programas de dilatada trayectoria, tanto en nuestro país como en el ámbito europeo o estadounidense.

Siguiendo las indicaciones que establecía en el año 2004 el National Institute on Drug Abuse (NIDA) de Estados Unidos, a la hora de seleccionar cuál es el programa de prevención de drogas eficaz y basado en la evidencia científica que mejor se ajusta a nuestras necesidades como planificadores, hemos de tomar en consideración los siguientes elementos básicos: la estructura, el contenido y la introducción del programa.

5.6.1. *Estructura*

La estructura hace referencia al enfoque preventivo del programa, es decir, si se trata de un programa de prevención de corte universal, selectivo o indicado, pero también qué tipo de programa busquemos y en qué ambiente lo vamos a implementar, esto es, ¿hablamos de un programa de prevención en la escuela, en el ámbito familiar, de dominio comunitario o laboral? En este punto, cabe apuntar que las investigaciones demuestran que la combinación de dos o más programas eficaces puede ser más eficiente que el uso de un único programa. Por ejemplo, un programa escolar demuestra ser más eficiente aplicado de forma conjunta con un programa preventivo en la familia.

5.6.2. *Contenido*

El contenido del programa establece en primer lugar qué tipo de información vamos a ofrecer sobre las drogas o las drogodependencias. Como ejemplos, podemos dar información sobre la clasificación de las sustancias, sus efectos a corto y largo plazo, políticas en drogodependencias, sanciones legales ante la tenencia o consumo de sustancias, o el funcionamiento del sistema de recursos municipales, autonómicos o estatales, tanto en la prevención como en el tratamiento del uso/abuso/dependencia de drogas.

Sin embargo, la experiencia y la investigación señalan que dotar a las personas únicamente de información no resulta una herramienta eficaz para prevenir el consumo

de drogas. Por el contrario, podemos mejorar notablemente los resultados del programa, si combinamos esta información con sesiones de formación en habilidades que fomenten la resistencia al consumo, como pueden ser las habilidades sociales, de resistencia a la presión de grupo, la autoestima, el aprendizaje de nuevas formas de gestión y uso del tiempo de ocio, y a esto le añadimos el uso de métodos de trabajo que promuevan y faciliten el cambio, como por ejemplo técnicas cognitivo-conductuales, técnicas de manejo de grupos o técnicas de control de la agresividad y la ira.

Todo esto puede complementarse con una oferta de servicios de atención, consejería o asistencia, en función de los objetivos del programa y el ámbito de la intervención. Por ejemplo, en el caso de programas familiares de prevención de drogas, podría ser interesante contar con la supervisión de un terapeuta o consejero especializado, que ayudara a los padres en el entrenamiento para la fijación de reglas y normas, y revisara el cumplimiento de las mismas en el hogar. En este sentido, el consejero podría motivar la dispensación de contingencias positivas que premiaran la buena conducta de los hijos, o bien en caso de infracciones, orientara a los padres en el establecimiento de sanciones ajustadas y examinando su cumplimiento.

5.6.3. Introducción del programa

Cuando hablamos de la introducción del programa, hablamos de su adaptación e implementación. Adaptar un programa implica moldearlo para ajustarlo a las características y especificaciones de nuestra población diana, pero en caso de que no tengamos los conocimientos necesarios para hacerlo o la capacidad para ello, en términos de tiempo, esfuerzo y recursos, es importante respetar el programa tal y como fue diseñado para garantizar su eficacia.

La investigación al respecto ofrece resultados contradictorios, ya que si bien García-Rodríguez (1986) utilizando la estrategia de construir el programa consiguió mejorar la eficacia de una intervención, que inicialmente estaba compuesta por estrategias de información y resolución de problemas al añadirle técnicas de modelado, el programa de Casas (1998), por el contrario, que contaba con un nivel elevado de eficacia utilizando la combinación de estrategias informativas con habilidades sociales, perdió su efecto positivo cuando se le añadió el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

En lo referente a la implementación, es decir a cómo ejecutamos el programa, las investigaciones subrayan que la forma en que se aplica un programa (número de sesiones, métodos y técnicas utilizadas, estrategias de seguimiento, etc.) puede marcar y alterar su grado de eficacia.

De acuerdo con lo anterior, son varios los estudios y meta-análisis que nos recuerdan que no todas las estrategias son válidas a la hora de prevenir en materia de drogas. Tanto el ámbito de actuación como la población destinataria del programa, entre otros factores, van a determinar el éxito de los resultados en términos de eficacia.

El trabajo de Tobler y cols. (2000) mostraba que entre las características de los

programas de prevención eficaces estaba la utilización de métodos interactivos, la adopción de enfoques “multi-ámbito”, capaces de intervenir sobre las diferentes partes del sistema (estudiantes, compañeros, familia, escuela y comunidad) y aquellos programas que trabajaban aspectos directamente relacionados con las habilidades de la vida diaria, como las habilidades sociales o la resistencia a la persuasión del grupo.

Por el contrario, los programas de prevención menos eficaces resultaron ser, por un lado, aquellos que se centraban únicamente en ofrecer información sobre drogas a los jóvenes, por otro, los que exclusivamente se encaminaban a trabajar cuestiones afectivas como la autoestima o los valores éticos, o bien aquellos programas que combinaban estas dos estrategias.

Si descendemos del nivel “programa” al nivel “actividad”, encontramos una serie de puntos a tener en cuenta (García del Castillo et al., 2008):

- Cobertura: ¿A quién va dirigida la actividad?
- Normativa, procedimiento y técnicas: ¿Qué haremos y de qué forma lo llevaremos a cabo?
- Comienzo, frecuencia y final de la actividad: ¿Qué duración e intensidad tendrá?
- Marco de actuación: ¿Qué dispositivos la llevarán a término?
- Profesional/es responsable/s: ¿Quién/quienes serán los responsables de ejecutar la actividad?
- Recursos: ¿Qué medios requiere la actividad?

Centrándonos en el último punto, los recursos son los ingredientes que hacen posible que el programa de actividades se lleve a cabo. Puede sernos útil a la hora de determinar qué recursos necesitamos el dividirlos en recursos materiales, financieros y humanos propios (listando aquí aquellos de los que disponemos como salas, equipos audiovisuales, equipo de profesionales o técnicos en prevención necesarios para intervenir, etc.) y recursos externos, que hacen referencia a aquellos de los que carecemos y que tendríamos que conseguir.

5.7. Evaluación del programa

Aunque este apartado se verá más en profundidad en el [capítulo 7](#), podemos adelantar algunas cuestiones básicas. La evaluación de un programa consiste en la recogida sistemática de información acerca de sus efectos y la marcha de su funcionamiento para su posterior análisis e interpretación (Kröger, 1998). Ballesteros (1995, p. 23) define la evaluación como “una investigación sistemática a través de métodos científicos de los efectos, resultados y objetivos de un programa con el fin de poder tomar decisiones sobre él”.

Las conclusiones de esta evaluación nos ayudarán a conocer, entre otras cuestiones,

los aspectos del programa que son susceptibles de mejora, si hay parte de las actividades que no han funcionado, cuál ha sido el grado de impacto sobre nuestra población objetivo o si se han cumplido los objetivos que nos marcábamos en las primeras etapas de la intervención. Es una fase que ha de estar estrechamente vinculada a la programación de actividades como fuente de actualización y mejora.

5.7.1. Tipos de evaluación

Como establecen Graham y Birchmore (1998), siguiendo criterios temporales, la evaluación previa a la implementación del programa será la evaluación de necesidades, estratégica y del diseño. En este momento trataremos de definir el problema e identificar las estrategias más adecuadas para hacerle frente, valorando la pertinencia y suficiencia de las intervenciones que se planifiquen.

La evaluación que se realiza al mismo tiempo que la aplicación del programa será la que evalúe el grado de implementación y cobertura. Esto nos permite realizar ajustes y mejoras sobre el programa, valorando su progreso y adecuación mientras se está llevando a cabo. Y por último, las que tienen lugar al final del programa serán las evaluaciones de resultados e impacto, que tratarán de determinar el éxito de la intervención en términos de eficacia, efectividad y eficiencia. En cuanto a este último punto, un elemento importante a tener en cuenta es la necesidad de planificar evaluaciones de seguimiento a largo plazo, para determinar si el programa mantiene sus efectos con el paso del tiempo, y decidir si es necesario poner en marcha sesiones de recuerdo.

Si el criterio clasificador es la procedencia de los evaluadores, tendríamos la evaluación interna, externa o mixta. Atendiendo en este caso al contenido, las evaluaciones que se utilizan con más frecuencia son las siguientes (Alvira, 1991):

- a) Evaluación del diseño del programa: Consiste en señalar mediante un análisis lógico la existencia de problemas conceptuales preexistentes en el programa en relación con el problema que se pretende solucionar.
- b) Evaluación de proceso: Consiste en analizar si las actuaciones diseñadas han funcionado en la práctica tal como habían sido previstas o si, por el contrario, se han producido divergencias entre el diseño y lo realizado. Su objetivo es conocer la instrumentalización del programa.
- c) Evaluación de cobertura: Consiste en analizar si el programa está incidiendo o llegando a la población objeto de intervención o si por el contrario se producen sesgos en la cobertura.
- d) Evaluación de resultados: Es la evaluación por excelencia. Evaluar la efectividad de un programa supone dar respuesta a si se están consiguiendo los resultados previstos y si estos son debidos de forma inequívoca a la aplicación del programa.
- e) Evaluación del impacto: Mide los efectos acumulados del programa a lo largo de

diversas poblaciones.

- f) Evaluación económica – Relación coste-beneficio: Trata de analizar la rentabilidad de las actividades que integran un programa para garantizar su viabilidad.

Para determinar los indicadores de evaluación, hemos de tener en cuenta a su vez dos cuestiones.

- Que los indicadores han de estar respaldados por un modelo teórico previo, que sea coherente con nuestros objetivos e hipótesis de trabajo.
- Que deben estar integrados en un sistema de medidas que nos permita describir suficientemente cuestiones complejas, como puede ser el consumo de drogas en la adolescencia.

Podemos comprobar la importancia y a la vez la dificultad de realizar evaluaciones con rigor metodológico, a través de los trabajos de autores como Froján y Santacreu (1994), que recopilaban 350 programas de prevención, tanto europeos como americanos, de los cuales tan sólo 100 cumplían los criterios de inclusión para poder ser analizados. Estos autores llegaron a la conclusión de que tan sólo el 5% de las intervenciones aportaba una valoración de sus resultados en referencia a los objetivos que tenían establecidos.

En esta línea, Salvador y Martínez (1997) analizaron 503 programas que formaban parte de la base de datos del Sistema de Información sobre Prevención del Uso Indebido de Drogas (IDEA-Prevención), para concluir que aunque un 60% de ellos realizaba algún tipo de evaluación, se trataba generalmente de evaluaciones de proceso.

Como ellos, otros autores han puesto de manifiesto en sus trabajos el carácter difuso, poco estructurado y carente de rigor metodológico de muchas de las evaluaciones de programas preventivos en España (Gázquez, 2009; Alonso, 2005). Al respecto, el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EDDRA, 2005) mostraba a través de su página web que de los 52 programas aplicados en territorio español, sólo unos pocos habían realizado una evaluación de resultados, y los que la habían llevado a cabo, la mayoría presentaban problemas metodológicos.

Sin embargo, no se trata de un problema adscrito únicamente a nuestro país, sino que es un problema conocido también para el resto de nuestros vecinos europeos, como demuestran las investigaciones de Lloyd et al. (2000).

No es extraño, por tanto, que el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2002) haya manifestado su inquietud al respecto, dado que son pocos los estados de la Unión Europea capaces de afirmar que las medidas preventivas que ponen en marcha están o han estado sujetas a controles meticulosos y exhaustivos de selección, ejecución y control de calidad. Parece claro que la evaluación sigue siendo una asignatura pendiente en el ámbito de la prevención del consumo de drogas.

5.8. Difusión de los resultados

La mayoría de los esfuerzos de los profesionales en el ámbito de la prevención del consumo de drogas se ha venido enfocando hacia las etapas de identificación de necesidades y desarrollo de programas preventivos específicos. Recientemente, el objeto de atención se ha desplazado hacia la evaluación de las iniciativas que se han llevado a cabo hasta el momento en prevención, y a garantizar que los nuevos procedimientos se ajusten a ciertos estándares de calidad. En paralelo, parece haber surgido una corriente de estudios que tratan de reflexionar acerca de los criterios que hasta ahora hemos seguido para evaluar los programas y si las evaluaciones que se han llevado a cabo han sido las adecuadas, tratando de solventar en algunos casos, las limitaciones con las que se topaban.

Sin embargo, como apuntan Botvin y Griffin (2004), se ha descuidado el proceso mediante el cual los programas se adaptan a la práctica diaria, es decir, existe un vacío de contenidos al respecto de cómo traducir de forma eficaz estos programas de prevención a la práctica habitual. Algunas de las causas a las que los profesionales achacan la poca atención que se ha venido prestando a la transferencia de conocimiento son, entre otras, la falta de tiempo, recursos o entrenamiento (Orlandi, 1987) o la falta de feedback e incentivos para escoger programas preventivos basados en la evidencia, así como las carencias a nivel de infraestructura y sistemas organizativos que faciliten la transferencia (Green y Glasgow, 2006).

En la actualidad, contamos con algunos modelos que nos ayudan a entender de qué manera los avances en el ámbito de la prevención pueden ser llevados a la práctica. En este sentido Biglan (2004) resalta la importancia de enmarcar un hecho en su contexto, para identificar las variables ambientales que influyen en un determinado comportamiento, mejorando la difusión e implementación de las prácticas preventivas basadas en la evidencia. Esto es lo que el autor denomina “contextualismo funcional”.

Otros investigadores como Glasgow y cols. (2003) se han interesado por cuestiones referentes al diseño de la investigación, concluyendo que el éxito que puede conseguir un programa preventivo en sus estudios de eficacia no comporta necesariamente iguales resultados en el dominio de la efectividad. Estos autores entienden la investigación preventiva como un proceso cíclico que consta de las siguientes fases: ensayos de eficacia, evaluación de la efectividad, ensayos de mantenimiento, ensayos a gran escala y ensayos de mantenimiento en sistemas amplios.

Con objeto de clarificar los conceptos de “eficacia” y “efectividad”, que en ocasiones tendemos a confundir o alteramos su significado, podemos aproximarnos a su contenido:

- Entendemos por estudios de eficacia aquellos que tratan de evaluar los beneficios de una intervención realizada bajo óptimas condiciones de implementación y rigor metodológico (OEDT, 2007). Por tanto, caracterizadas por un férreo control y estandarización de la aplicación, con el objetivo de que

los efectos que se produzcan sean causados exclusivamente por la intervención (Flay et al., 2005).

- Los estudios de efectividad hacen referencia a la evaluación de un programa de prevención cuando este tiene lugar en condiciones normales (OEDT, 2007), una vez que se ha probado su eficacia. Consiste por tanto en evaluar si cuando ponemos en marcha el programa en el mundo real obtenemos más beneficios que desventajas (Flay et al., 2005).

Por último, el modelo de Difusión de las Innovaciones de Rogers (1995) nos habla de cuatro fases que permiten la aplicación de los programas basados en la evidencia a la práctica diaria:

1. Diseminación: Difusión de las innovaciones.
2. Adaptación: Procedimiento mediante el cual un sistema decide aplicar una innovación.
3. Implementación: Grado en el que se aplica el programa específico según lo programado.
4. Mantenimiento: Institucionalización del programa con el paso del tiempo.

El estudio de los programas preventivos en escenarios reales nos dirá si los programas basados en la evidencia que venimos utilizando hasta ahora, en entornos controlados y con limitaciones temporales, pueden utilizarse en diferentes contextos de forma fácil, impartirse por diferentes tipos de profesionales o personal capacitado, si los efectos positivos del programa están sujetos al cumplimiento íntegro del protocolo de aplicación y si estos se mantienen con el paso del tiempo, disminuyendo la incidencia de consumo de drogas en cualquier sociedad.

5.9. Preguntas claves en el diseño

A la hora de diseñar un programa de prevención en el ámbito de las adicciones, es importante tener presentes una serie de preguntas. Estas cuestiones hacen referencia a aspectos básicos del diseño del programa y en muchos casos pueden ayudarnos a determinar y organizar mejor su planificación y puesta en marcha. A continuación presentamos una tabla que trata de resumir las preguntas más importantes que debemos hacernos a la hora de afrontar el diseño y aplicación de un programa de prevención en el ámbito de las drogodependencias ([Cuadro 5.2](#)):

Cuadro 5.2. Preguntas claves en el diseño e implementación de un programa preventivo

Evaluación de la necesidad	• ¿Cuál es el problema? ¿Es un problema? ¿Para quién/ quiénes?
----------------------------	--

de intervenir	• ¿Qué factores de riesgo y protección se detectan? • ¿Cuál es el origen de la demanda del programa? • ¿Cuál ha sido la evolución de la situación problema? • ¿Qué proyección futura tiene esta situación?
Identificación de la población diana	• ¿Cuáles son las características sociodemográficas del grupo? • ¿Con qué tamaño de grupo se trabajará? • ¿Están motivados los destinatarios para participar en el programa? • ¿Qué grado de implicación tendrán los participantes?
Definición de los objetivos del programa	• ¿Son cuantificables? ¿Se pueden medir? ¿Cómo? • ¿Están jerarquizados? • ¿Son coherentes entre sí? • ¿Responden a las necesidades del grupo sobre el que intervenimos? • ¿Se contempla un seguimiento? ¿Cada cuanto tiempo medimos? • ¿Cuándo y dónde se llevarán a cabo? • ¿Con qué intensidad y frecuencia? • ¿La temporalización se ajusta a los contenidos?
Programación de las actividades	• ¿Son coherentes con los objetivos que plantea el programa? • ¿Contamos con los recursos para implementarlas? • ¿Hemos presupuestado su ejecución de forma ajustada y realista? • ¿Quiénes serán los responsables de aplicar el programa de actividades? ¿Cuántos? ¿Qué tareas realizarán? ¿Qué titulación o experiencia se requiere? • ¿Qué contenidos y estrategias son las más adecuadas?

Evaluación de proceso	• ¿Cuál ha sido la ratio de personas que han participado en el programa respecto a la población objetivo? • ¿Cómo se ha efectuado la difusión del programa? • ¿Los asistentes responden al perfil que habíamos definido? • ¿Cómo se ha captado y cómo se ha motivado al grupo? • ¿Se han realizado todas las actividades previstas? • ¿Se han producido modificaciones sobre la planificación inicial del programa? (objetivos, actividades, recursos, medios, etc.) • ¿Se ha cumplido la temporalización prevista? • ¿Los recursos humanos y materiales han sido suficientes? • ¿En qué instituciones u organismos nos hemos apoyado? • ¿Cuál ha sido el grado de satisfacción percibida de los usuarios? • ¿Cómo se ha organizado la coordinación de tareas entre el equipo responsable del programa?
Evaluación de resultados	• ¿Estamos evaluando todos los objetivos que teníamos marcados? • ¿Están adaptados los instrumentos de evaluación a los participantes?

6

Técnicas aplicadas a la prevención de las drogodependencias

6.1. Introducción

Los programas preventivos en drogodependencias abarcan múltiples posibilidades en cuanto al enfoque de partida y a sus fundamentos, pero generalmente se centran en diferentes factores de riesgo psicosocial que afectan a los adolescentes, entre los que podemos destacar las siguientes agrupaciones: ambiente familiar, influencia de los iguales, destrezas o habilidades sociales y características de personalidad (McWhirter et al., 1998). En esta misma línea Petterson et al. (1992) proponen factores comunitarios (privación económica y social, bajo apego en la crianza, desorganización comunitaria, transacciones y movilidad, y disponibilidad de las sustancias), familiares (historia familiar de consumo, problemas de manejo de la familia, uso de drogas parental y actitudes favorables al consumo), escolares (conducta antisocial temprana, fracaso académico, bajo compromiso con la escuela) e individuales (alienación y rebeldía, conducta antisocial en la adolescencia, amigos consumidores, actitudes favorables al consumo y consumos tempranos). La concurrencia de un solo factor de riesgo en una población no implica que se desencadene el consumo de facto, pero sí es un buen indicador, que sumado a otros nos puede permitir llegar a una predicción del consumo, sobre todo, cuando existen influencias entre ellos que se potencian unos sobre otros y viceversa. Por lo tanto, los factores de riesgo son directamente proporcionales a la probabilidad de ser o no consumidor de sustancias.

Otros autores (García-Rodríguez y López-Sánchez, 1998; 2001) parten de los denominados factores de inicio a la hora de planificar actuaciones como curiosidad, presión de grupo, desinformación, alternativas poco saludables para el ocio y tiempo libre, rebeldía y sensación de libertad, problemas en las habilidades de comunicación, presencia de un líder consumidor y problemas personales. Estos elementos pueden influir directamente como inductores o protectores del inicio al consumo de sustancias tanto legales como ilegales. Habitualmente, dependiendo de los factores de inicio o de riesgo de los que se parta, se planifican los objetivos con el fin último de evitar, reducir o eliminar

el consumo de sustancias psicoactivas de la población a la que van dirigidos. En las intervenciones se utilizan diferentes estrategias o técnicas, tomando como punto de partida los factores mencionados anteriormente. Algunas de estas estrategias y técnicas serán tratadas en este capítulo.

Nuestro objetivo es proporcionar un inventario o muestrario de técnicas que se utilizan en los programas preventivos y que son susceptibles de implementación en diferentes poblaciones.

6.2. Clasificación de la prevención

Para una comprensión óptima de la prevención y su construcción, es fundamental ubicar las actuaciones en alguna de las dos grandes clasificaciones de la prevención a la hora de planificar programas preventivos. La primera de ellas, y más clásica, es la formulada por Caplan (1964), que no ha perdido toda su vigencia en la actualidad, incluso habiendo planteamientos críticos en torno a la misma por las posibles confusiones que podría conllevar su estructuración (GarcíaRodríguez, 1989):

- a) Prevención primaria. Es la que intenta evitar el comienzo de la patología o su difusión, incluyendo a los grupos de alto riesgo. Persigue la promoción de la salud en general. En cuanto al ámbito de las drogas, desde esta clasificación se entiende la prevención en su más amplia extensión, teniendo como objetivo general el de conseguir evitar el consumo de drogas mediante cualquier medida eficiente, ya sea desde la restricción en la disponibilidad y oferta, como mediante acciones escolares, familiares o comunitarias.
- b) Prevención secundaria. Su objetivo prioritario es la atención, y a ser posible detención, en sus primeras fases de deterioro de los comportamientos de salud. Está mucho más centrada en el individuo.
- c) Prevención terciaria. Su objetivo es reducir o eliminar las consecuencias y efectos de la enfermedad. Además de ser también de corte individual gira hacia la integración y la reinserción social posterior a la supresión del problema.

La segunda de las clasificaciones, más vanguardista, es la que propone Gordon (1983), ampliada por Schinke y cols. (1986) y posteriormente por Gilchrist (1995), intentando ajustarla a una realidad acorde con los índices de riesgo y con la construcción de los programas preventivos. Posiblemente esta forma de dividir el problema es más clarificadora que la anteriormente descrita y de hecho la gran mayoría de los autores que trabajan en prevención se basan en ella hoy en día. Así mismo fue la adoptada en 1994 por el American Institute of Medicine. Gordon señala tres tipos de prevención: universal, selectiva y específica o indicada.

1. Prevención universal. Aglutinaría todas aquellas estrategias que se orientan hacia la población general, sin restricciones. Básicamente han de cumplir los prerequisites de no generar acciones que perjudiquen al grupo o los grupos intervenidos (evitación de la contraprevención). Podríamos asegurar que la gran mayoría de los programas escolares y muchos de los familiares se circunscriben a esta forma de prevención.
2. Prevención selectiva. Estrategias orientadas a grupos de mayor riesgo que la media poblacional. Su expansión es más limitada por el hecho de que su coste es mayor y por las dificultades que entraña su puesta en funcionamiento.
3. Prevención específica, indicada o particular. Son las estrategias más nominativas, reservadas en exclusiva a aquellos sujetos que son parte integrante de grupos de consumidores de sustancias, de forma regular.

Como vemos estas tres formas de hacer prevención se conceptualizan en función de los grupos de población a los que se dirigen y el momento de consumo en el que se encuentra la población diana. Si desarrollamos una integración formal entre las dos clasificaciones, podríamos llegar a los siguientes esquemas de las [Figuras 6.1 y 6.2](#).

Veamos algunos ejemplos de los modelos de clasificación.

En el primer grupo estarían los denominados programas de prevención universal o programas de prevención primaria dirigidos a menores, bien en el marco de la educación para la salud o bien en aquellos que son específicos para la prevención del consumo de drogas, pero por las características de la población a la que se dirigen se centran prioritariamente en las sustancias legales como tabaco y alcohol, pudiendo tener como objetivo general retrasar la edad de inicio al consumo. Se suelen aplicar dentro del marco escolar y es uno de los más utilizados actualmente a nivel nacional e internacional.

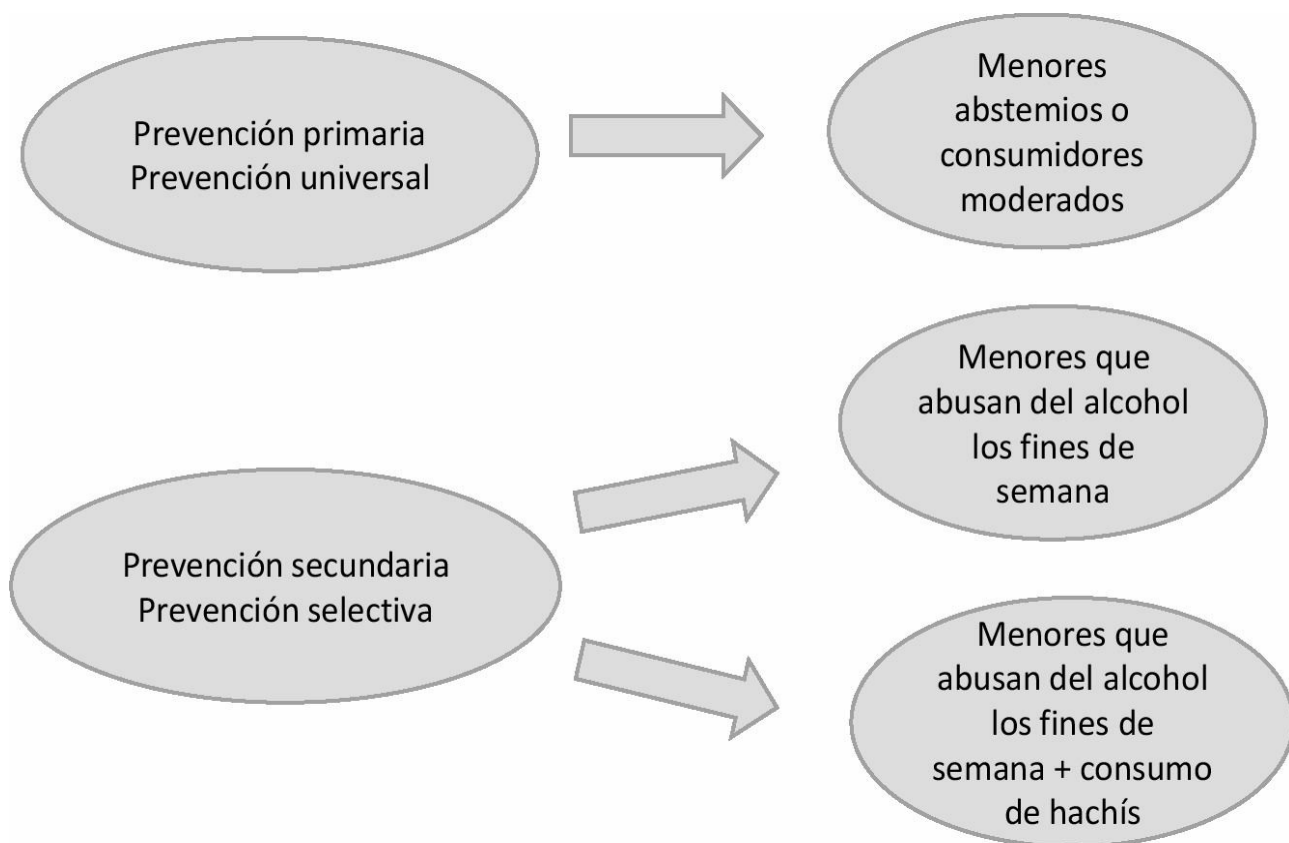


Figura 6.1. Modificado de Arbex y col. (2002).

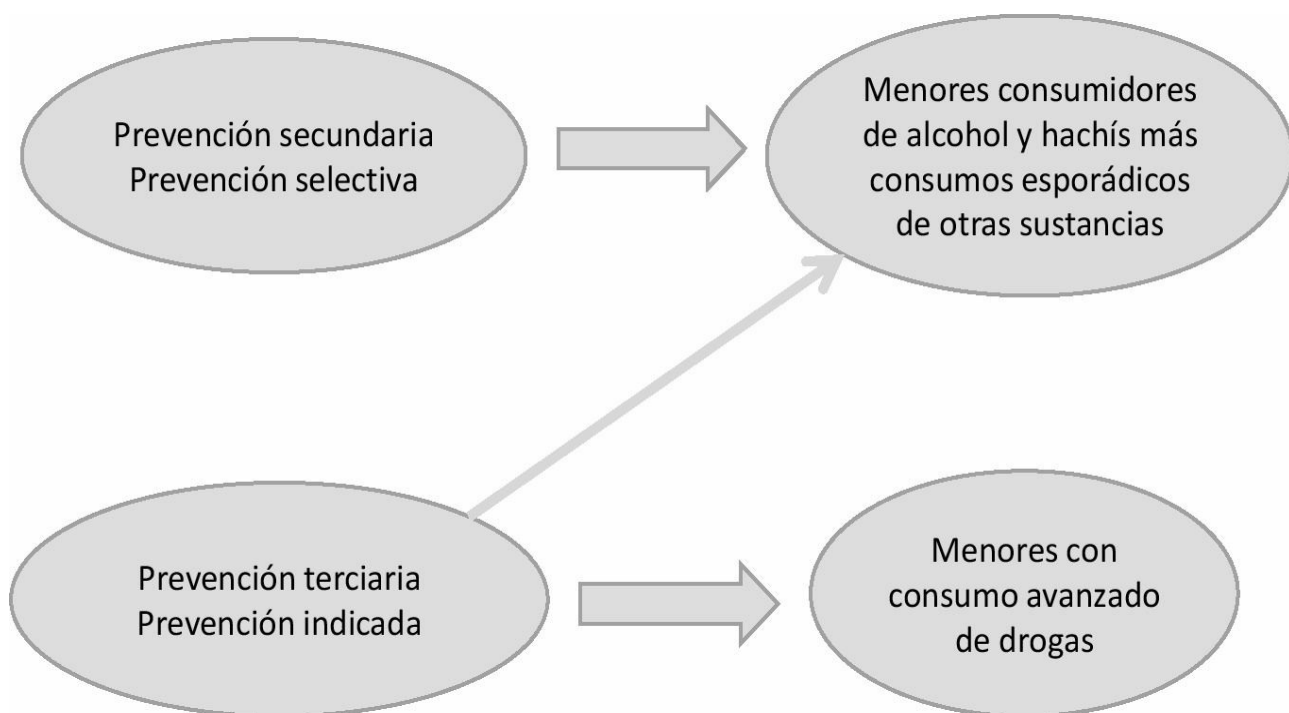


Figura 6.2. Modificado de Arbex y col. (2002).

Los programas que se enmarcan dentro de la prevención selectiva o prevención secundaria abarcan a la población que se encuentra en un consumo problemático. Como nos indican Arbex y col. (2002), en la revisión de diversos programas que se encuadran dentro de este tipo de clasificación nos encontramos con los siguientes:

- Aquellos que se sitúan en los entornos de alto riesgo como: desarraigo social, altos niveles de pobreza, elevados índices de delincuencia.
- Familias multi-problemáticas.
- Hijos de alcohólicos o drogodependientes.
- Niños con una experimentación temprana con drogas.
- Menores con problemas con la justicia.
- Adolescentes buscadores de sensaciones.

En los ejemplos expuestos en la [Figura 6.1](#), aparecen como consumos problemáticos el alcohol y los consumos esporádicos de hachís. Entre los posibles objetivos que podríamos abordar en este tipo de intervenciones habría que centrarse, en primer lugar, en que los jóvenes tengan un mejor conocimiento de las drogas y de sus riesgos y, en segundo lugar, en determinar por parte de los profesionales qué aspectos de su desarrollo madurativo presentan ambigüedades derivadas de su período evolutivo e intervenir adaptando las estrategias en cada caso. En estos tipos de intervención suele requerirse una atención más personalizada, que únicamente se podrá realizar si los padres o el propio joven (caso poco habitual) lo demandan y, además, el menor está conforme con la intervención.

La prevención terciaria o indicada se correlaciona con lo que denominamos tratamiento del problema. Las intervenciones con menores o jóvenes necesitarían de la acción directa de diferentes profesionales, intentando cubrir todos los aspectos relacionados con el problema en centros asistenciales especializados y con estrategias de intervención tanto grupal como individual. Desde esta perspectiva se intenta actuar antes de que el sujeto pueda llegar a sufrir deterioros mayores a nivel físico, psicológico, social y escolar, generando adaptaciones de las necesidades educativas detectadas.

La metodología de gran parte de los programas preventivos está basada en técnicas educativas y en la formación de distintos aspectos de la vida, interrelacionados con el mundo de las drogas. Intentan un “adiestramiento” de los jóvenes haciendo hincapié en las variables de riesgo que inciden en la iniciación al consumo de drogas, aisladas en gran cantidad de estudios previos realizados en nuestro país (García-Rodríguez y López, 1998; Luengo y col., 1996). Los encargados de desarrollar los programas preventivos son los profesores de los alumnos en la mayoría de los casos, tras un entrenamiento en las técnicas y estrategias a utilizar, y contando con un material bastante estructurado en una alta proporción de las intervenciones.

Los pasos previos a la elaboración de un programa los podemos secuenciar, tal y como propone Becoña (2003), mediante una lista de diez pasos para implementarlos, de los que destacamos los seis siguientes con relación al tema que nos ocupa:

1. Definir el problema y las posibles actuaciones.
2. Explicar el fenómeno de consumo.
3. Explicar la necesidad e implementar estrategias preventivas.
4. Delimitar la muestra a la que van dirigidas las intervenciones.
5. Definir los objetivos de la intervención.
6. Elección de métodos y técnicas específicas de intervención.

A partir del último de los puntos expuesto, podemos enfatizar que tanto la identificación como la pertinencia de las técnicas de intervención son centrales para que un programa sea consistente y útil (ver [capítulo 5](#)), y deberá tener en cuenta los siguientes supuestos:

- a) Las técnicas van a servir para ayudar a la consecución de los objetivos propuestos en el programa preventivo.
- b) Es de vital importancia la elección y elaboración de programas de prevención que estén basados en la evidencia científica (Becoña, 2003), de este mismo modo, también lo ha de ser la elección de técnicas que intervengan para que estos programas sean eficaces. Hasta el momento las técnicas que se han mostrado más eficaces son aquellas relacionadas con los programas de entrenamiento de competencias psicosociales frente a aquellos que únicamente se centran en la información.
- c) Uno de los objetivos fundamentales de todo programa preventivo es la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores de protección (Hawkins, Catalano y Arthur, 2002), por lo tanto se deben seleccionar técnicas adecuadas que hayan mostrado eficacia, efectividad y eficiencia en dicha tarea.
- d) Las técnicas sirven para desarrollar, implementar y adaptar programas preventivos. Por esto se ha de tener en cuenta la posibilidad de que los programas puedan ser aplicados en otros contextos distintos al contexto en que se desarrollan. Por tanto, cuando un programa preventivo ha de ser adaptado a una comunidad determinada para su aplicación, también es necesario que tanto la estructura como el modo de implementación y el contenido del mismo estén bien descritos (Spath, Redmond, Trudeau y Shin, 2002).

6.3. Distintos tipos de prevención

Las técnicas, como veremos posteriormente, son las herramientas de los programas preventivos en cualquiera de sus modelos o teorías. Se utilizan en función de los ámbitos de actuación o los grupos poblacionales a los que van dirigidas las intervenciones, para cubrir los objetivos marcados en el programa.

Los campos de acción preventiva más relevantes en la actualidad son: el escolar, el

familiar, el comunitario y el laboral.

6.3.1. La prevención escolar

Hace referencia a aquellos programas que se aplican dentro del sistema educativo, y tienen como objetivo llegar a toda la población de jóvenes escolarizados, tal y como hemos señalado anteriormente enmarcada en la prevención universal. Normalmente se centran en el rango de edad que abarca a preadolescentes o adolescentes por corresponderse con el periodo crítico de iniciación al consumo. Los más habituales son los programas de “prevención inespecíficos”, denominados “programas de educación para la salud”, donde se juega con el concepto de transversalidad en las intervenciones, y que, en general, no abordan de forma directa el tema de las sustancias adictivas y sus efectos (García-Rodríguez, 1989).

Otros programas, los que denominados específicos, se centran en el abordaje concreto de las drogas legales como tabaco y alcohol, o bien se dirigen a otras drogas ilegales. La tendencia actual de la corriente específica es el tratar drogas de una forma nominal. Generalmente, las intervenciones son aplicadas por los propios profesionales de los centros educativos para reducir costes de personal. Se trata de un tipo de prevención ambiciosa que no está exenta de limitaciones ya que, como señala Becoña (2003), su máxima pretensión es llegar a todos los jóvenes escolarizados y este hecho se ve afectado porque los sujetos que más podrían necesitarla habitualmente fracasan en sus estudios o acuden poco a las clases (ver [capítulo 10](#)).

6.3.2. La prevención familiar

Es aquella que se lleva a cabo con familias en su más amplia extensión, debido a la importancia que esta tiene sobre la socialización del adolescente. Es un tipo de prevención importante ya que la evidencia científica señala que es efectiva a largo plazo. En la prevención familiar se marcan como objetivos prioritarios el desarrollo de las habilidades de educación de los padres junto con la mejora de la comunicación entre padres e hijos con el fin de reducir la probabilidad del consumo de sustancias. Aunque tenemos plena certeza de que sin el concurso de los padres la prevención está abocada al fracaso, su escasa participación sigue siendo, sin duda, la mayor debilidad de este tipo de programas (Alhalabí Díaz et al., 2006) (ver [capítulo 12](#)).

6.3.3. La prevención comunitaria

Como nos indica García-Rodríguez (1993) experimenta una gran expansión a finales de los años ochenta, tanto en su expresión específica (incidencia concreta en las

drogodependencias), como en la inespecífica (abarcando el amplio espectro de salud). Los programas comunitarios intentan cubrir a toda la población, promocionando que los diferentes sectores que la integran se impliquen activamente en todo el proceso, con el fin de conseguir la formación de una conciencia social de salud, pero incidiendo concretamente en la abstención del consumo de drogas.

6.3.4. La prevención laboral

Hace referencia a aquellos programas que se implementan en las empresas y centros de trabajo sobre sus empleados (ver [capítulo 13](#)). Aunque este tipo de prevención no cuenta con tanto apoyo ni con tantos programas como las anteriores.

La colaboración de las empresas y sus trabajadores puede ser un obstáculo a la hora de ponerla en marcha. Pero es evidente que intervenir en el lugar de trabajo tiene gran relevancia, por las siguientes cuestiones:

- El consumo de drogas no es algo que se deba limitar a determinadas etapas de la vida sino que puede estar presente en todas ellas.
- La empresa es un lugar idóneo ya que se puede intervenir a un gran número de personas adultas (población cautiva).
- El empresario debería apoyar y fomentar este tipo de intervenciones ya que el consumo de sustancias adictivas, como por ejemplo el alcohol, pueden estar vinculadas con factores de riesgo laboral, como accidentes en el puesto de trabajo e incidir directamente en el absentismo laboral.

6.3.5. Prevención desde los contenidos

Como señala Gázquez (2009), si tenemos en cuenta los contenidos de los programas preventivos, podrían clasificarse en distintos encuadres:

a) Enfoques más tradicionales:

- Los programas basados fundamentalmente en la transmisión de información.
- Los programas basados fundamentalmente en la educación afectiva.
- Los programas basados fundamentalmente en el fomento y promoción de actividades alternativas al consumo.

b) Programas fundamentados en el Modelo de influencia psicosocial:

- Programas de habilidades de resistencia.
- Programas de la mejora de competencias.

- c) Programas multicomponentes.
- d) Programas basados en la evidencia científica.

6.4. Técnicas informativas

Los programas preventivos basados en la información sobre sustancias aparecen a finales de los años sesenta, tras la llamada “epidemia de las drogas”, después de que los gobiernos comprobaran que las medidas legislativas no paliaban con efectividad el fenómeno de consumo que se estaba produciendo en distintas sociedades europeas. El principio activo de estos programas se basa en la creencia de que mediante una información objetiva y fehaciente de las consecuencias del consumo y de los riesgos asociados al mismo se consigue aumentar la percepción de riesgo de los posibles usuarios, modificando sus actitudes y su comportamiento de uso o abuso. En general, la información que un sujeto posee sobre las drogas engloba tanto los pensamientos, las ideas, las opiniones y las creencias que están relacionadas con las sustancias adictivas, como la percepción que se tiene acerca de las mismas y las consecuencias asociadas a su consumo. En esta línea, como ya señalaba McGuire (1985), estaríamos hablando de actitudes, dado que son representaciones cognitivas individuales que resumen la evaluación que realizamos tanto de las sustancias, como de nuestro comportamiento, el de los demás y de los sucesos o ideas acerca de los mismos. Por lo tanto, las técnicas basadas en la información entrarían a formar parte del componente cognitivo de las actitudes.

No obstante, una de las mayores limitaciones de esta técnica radica en que mediante la mera información no conseguimos hacer prevención o, dicho de otra manera, mediante información únicamente no conseguimos evitar el uso de sustancias, y dependiendo de la forma de transmitir el mensaje informativo podríamos provocar una incitación al consumo, por una apología implícita o explícita no perseguida por el emisor, o bien potenciando la curiosidad del receptor sobre determinados aspectos del consumo o de las propias sustancias (Botvin 1999; 2000). Pero indudablemente un adecuado tratamiento de la información, adaptada a la población diana a la que van dirigidas las intervenciones, será de gran utilidad a la hora de modificar actitudes, cambiar la percepción de riesgo o desmitificar el consumo de algunas sustancias y sus efectos.

En un programa preventivo que contenga información, debemos contar, como mínimo, con cuatro bloques temáticos básicos:

- Información sobre adicciones y conceptos relacionados.
- Prevalencia de consumo.
- Mitos y realidades.
- Consecuencias del consumo de las sustancias.

6.4.1. Información sobre adicciones y conceptos relacionados

Es imprescindible que la información sea fiable y válida, ya que en muchos casos se pueden estar realizando consumos problemáticos de alguna sustancia adictiva, sin ser conocedores de ello. Por lo tanto se deben clarificar conceptos como los diferentes tipos de consumo (esporádico, moderado y problemático) siempre teniendo en cuenta la edad de la población a intervenir y el tipo de programa que se esté utilizando. También es importante la explicación de términos que pueden resultar complicados de entender por la complejidad que conllevan, como los conceptos de uso, abuso y dependencia de las sustancias adictivas.

En el ámbito escolar, por ejemplo, se pueden realizar paneles, pósteres o presentaciones en formato electrónico para trabajar sobre estos contenidos, y abordar las sustancias, tanto lícitas (tabaco, alcohol y fármacos) como ilícitas (cannabis, cocaína, drogas de síntesis...), indicando la problemática de su uso y especificando la dependencia que conlleva cada una de ellas. En la misma línea, y con el objeto de que se comprendan adecuadamente los términos anteriores, podemos preparar actividades de aula donde se realicen casos prácticos basados en personas que realizan diferentes tipos de consumos y que los alumnos han de identificar.

Algunos ejemplos más para distintos grupos poblacionales los podemos encontrar en García del Castillo (2007), sobre términos básicos, sustancias y riesgos asociados a consumos.

Cuadro 6.1. *Términos básicos*
(Fuente: modificado de García del Castillo, 2007)

<i>Término</i>	<i>Definición</i>	<i>Ejemplo</i>
Droga	Sustancia que una vez consumida puede modificar el funcionamiento de nuestro cuerpo.	Tomamos una bebida alcohólica y nos mareamos o nos ponemos “contentos”.
Uso	Consumo, utilización de una droga. Se suele entender como un consumo muy esporádico u ocasional.	Algún día excepcional nos tomamos una “copa” para celebrar algo.
Abuso	Consumo de drogas que daña nuestra salud (hablamos de salud en todas sus posibilidades: física, psicológica o social).	Nos tomamos varias “copas” y acabamos “borrachos” (nos hacemos daño físico, psicológico y social).
Dependencia	Necesidad de consumir una droga.	Llega un momento en el que tras consumir bebidas alcohólicas diariamente, necesitamos seguir bebiendo para encontrarnos “bien”.
Dependencia física	Necesidad de consumir una droga a nivel orgánico.	Si necesito físicamente el alcohol y no lo tomo me darán temblores, me costará trabajo mantener el equilibrio e incluso hablar correctamente.
Dependencia psicológica	Necesidad de consumir una droga a nivel psicológico.	Si necesito psicológicamente el alcohol y no lo tomo, lo intentaré tomar por todos los medios, me encontraré nervioso y sólo me interesará tomar alcohol.
Tolerancia	Necesidad de consumir más cantidad de una droga para poder conseguir los mismos efectos que las primeras veces.	La primera vez que bebo alcohol consigo ponerme “contento” con un sola “copa”. Más adelante necesitaré dos “copas”, y después tres y así sucesivamente para conseguir ponerme “contento como la primera vez.

<i>Término</i>	<i>Definición</i>	<i>Ejemplo</i>
Síndrome de abstinencia	Necesidad <i>extrema</i> de consumir cuanto antes una droga de la que ya soy dependiente.	El enfermo alcohólico no piensa en otra cosa durante todo el día más que en beber alcohol, y todo su comportamiento va dirigido a la búsqueda y consumo de alcohol.

Cuadro 6.2. *Tarjeta de identidad*
(Fuente: modificado de García del Castillo, 2007).

<i>Nombre</i>	Alcohol.
<i>Apellidos</i>	Baja la actividad del sistema nervioso.
<i>Fecha de nacimiento</i>	Se le atribuyen unos 5.000 años de existencia conocida.
<i>Lugar de nacimiento</i>	Mesopotamia.
<i>“Padres”</i>	Las fuentes mitológicas egipcias nos dicen que la cerveza era un regalo de los dioses.
<i>Enfermedad más característica</i>	Cirrosis hepática (deterioro del hígado que causa la muerte).
<i>Clasificación</i>	Droga legal (exceptuando menores de 16 años en general y determinadas comunidades autónomas en las que está prohibido beber alcohol en la calle).
<i>Forma de consumo</i>	Oral (bebido).
<i>Ejemplo de uso</i>	Beberlo en compañía con motivo de fiestas o reuniones.

Cuadro 6.3. *Efectos y riesgos del consumo de alcohol*
(Fuente: modificado de García del Castillo, 2007).

<i>Efectos</i>	<i>Riesgos</i>
• Relajación y euforia.	• Al conducir vehículos (coches, motos, bicicletas,...) no se valora el riesgo, ni se miden bien la velocidad y las

• Disminución del sentido de la responsabilidad. • Conducta agresiva. • Trastornos en la visión, náuseas y vómitos. • Disminución de la concentración.	distancias. • En las relaciones sexuales (al perder el control de nuestros actos) se corre el riesgo de contraer enfermedades o de un embarazo no deseado, por no tomar precauciones. • Puede haber malos tratos en el hogar. • Pueden generarse peleas en lugares públicos. • Puede disminuir el rendimiento en los estudios o en el trabajo.
---	--

6.4.2. Información sobre la prevalencia de consumo

Es fundamental que se indiquen las tasas de consumo del grupo poblacional con el que se está trabajando para que se pueda comprobar que el consumo de drogas no es la norma general, sino que se da en un porcentaje no tan elevado como a priori se suele pensar, puntualizando que la interpretación de las estadísticas a través de los medios de comunicación suele ser inadecuada, plasmando aspectos de la realidad de forma desmesurada y sacados de contexto. Sabemos fehacientemente que la percepción social de algunos grupos con relación al consumo de drogas son asimilados como algo normalizado apoyándose en argumentos de generalización: “es normal porque todo el mundo lo hace” lo que consigue bajar barreras de protección al consumo. Mediante la exposición de datos ejemplificados de los consumos reales, se puede romper esta creencia de normalización artificial.

Por otra parte, realizar actividades de análisis crítico acerca de los contenidos de algunos medios de comunicación puede ser de gran utilidad para enseñar a reflexionar sobre el tipo de mensajes que nos llegan a través de la prensa, la radio o la televisión. Para esta tarea se deben utilizar datos actualizados, contrastados y objetivos de las encuestas nacionales de consumo o las encuestas autonómicas, que podemos encontrar fácilmente en el Plan Nacional sobre Drogas. Resultará más preventivo no ceñirse solamente a cifras sobre consumo, sino hacer hincapié y darle un mayor énfasis a las tasas de sujetos que no consumen y contrastar con los modelos no consumidores.

6.4.3. Información sobre mitos y realidades

Desmitificar y romper las leyendas urbanas que circulan alrededor de diversas sustancias es uno de los objetivos primarios de la información. En muchos casos el consumo de algunas sustancias se ha asociado a efectos o consecuencias positivas, unas veces porque realmente puede ser cierto y en la mayoría de los casos porque se ha desvirtuado el contenido del mensaje primario o bien se ha manipulado hasta generalizarse el contrasentido.

Algunos ejemplos claros de este último extremo lo encontramos con el tabaco al que se le atribuyen popularmente efectos relajantes, cuando en realidad se trata de un excitante. El alcohol, como sustancia más cultural en nuestro país, tiene algunos mitos muy arraigados, como que abre el apetito, calienta, activa nuestra potencia sexual o es un insuperable “quitapenas” para todo aquel que se siente perdido. El cannabis sigue siendo la sustancia más paradigmática, por lo que supone de contradicción en cuanto a sus efectos y consecuencias, sobre todo desde que los defensores de su consumo publicitaron los beneficios terapéuticos de esta sustancia para determinadas patologías. Otro ejemplo singular es el caso de la cocaína que, aun percibiéndose más peligrosa que otras sustancias legales, sigue conservando el paliativo de que no es fácil engancharse y que se puede tener control absoluto sobre su consumo.

El mito del control, en general, es uno de los más usuales entre la población adolescente, hasta el punto de que se convierte en uno de los máximos argumentos para pasar de la fase experimental a consumos repetidos.

En la adaptación española del programa preventivo Entrenamiento de Habilidades para la Vida (Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence, 1999), se presentan varias actividades interesantes para tratar este aspecto. Una de ellas, por ejemplo, la que denominan “prueba de temblor”, puede resultar muy útil en este sentido ya que usando medidas psicofisiológicas demuestran como el tabaco no relaja sino que provoca nerviosismo.

6.4.4. Información sobre las consecuencias del consumo de las sustancias

El último aspecto que debemos tratar tiene que ver con las consecuencias que tiene el consumo de las diferentes sustancias psicoactivas. Es importante resaltar que no nos referimos únicamente a los efectos que las drogas provocan en el organismo, sino a los resultados del consumo a nivel social, psicológico, escolar, familiar y de salud en general.

Es habitual que el consumo de sustancias no tenga consecuencias negativas a corto plazo, por lo que la falta de información y la baja percepción de riesgo pueden perfectamente potenciar el consumo. Por ello es adecuado informar correctamente de las consecuencias que pueden tener a corto plazo, algunos de los principales factores de riesgo, como por ejemplo el bajo rendimiento académico o los problemas en el entorno familiar, y a largo plazo el desarrollo de cuadros de dependencia o graves enfermedades

físicas.

No hay que olvidar que para los más jóvenes la percepción de riesgo no suele determinarse por las consecuencias explicadas del consumo, por lo que se ha visto reiteradamente la ineficacia de utilizar métodos realistas para explicar estas consecuencias. La fórmula más ampliamente empleada a lo largo de los años en este sentido ha sido el contar con las experiencias de un drogodependiente en activo o que ha salido de un programa de desintoxicación, observándose en ocasiones la certeza de que se genera una mayor curiosidad por el consumo. Para una persona joven y sana, el riesgo de enfermar es un aspecto descartado de sus creencias, de forma que no llegan a asumir el peligro al que se someten por esta vía, al igual que ocurre con otros comportamientos de riesgo (conducción de vehículos, deportes de alto riesgo...).

6.5. Técnicas de comunicación

Las técnicas para el desarrollo de habilidades de comunicación que le permitan al adolescente mantener una comunicación eficaz son ampliamente utilizadas en los planteamientos preventivos como una herramienta fundamental. Para ello se debería trabajar con los conceptos básicos de la comunicación efectiva, los tipos de lenguaje y la escucha activa como elementos básicos e irrenunciables.

6.5.1. Comunicación efectiva

Con el objetivo de entrenar a los adolescentes en habilidades para la comunicación se les deben proporcionar una serie de estrategias que les permitan mantener una comunicación efectiva con otras personas en su vida cotidiana. De este modo se les deberían enseñar unas pautas mínimas:

- Planificación del mensaje: saber qué es lo que se va a decir.
- Utilizar del mismo código que el receptor: utilizar el lenguaje adaptado a la persona con la que se está hablando (p. ej., no es lo mismo hablar con un compañero que con un profesor).
- Utilizar la empatía: saber ponerse en la situación del otro.
- Seguir un orden lógico en la comunicación: respetar turnos, saber cuándo el otro inicia y finaliza su intervención.
- Escuchar y observar al otro.
- Preguntar continuamente: para evitar malentendidos y que el otro perciba que se le está escuchando.

6.5.2. Lenguajes verbal y no verbal

En la experiencia aplicada, resulta de gran relevancia que se les explique a los adolescentes las dos clases de lenguajes que se dan en la comunicación, es decir, el verbal y el no verbal. Puede resultarles de gran utilidad a la hora de mantener una comunicación el conocimiento de lo que significan los gestos y las expresiones de la otra persona que les habla, o la importancia de que su propio lenguaje no verbal se corresponda con el verbal.

La identificación del lenguaje no verbal es muy importante en la comunicación ya que en muchos casos este lenguaje hace que el lenguaje verbal o explícito adquiera un significado u otro (p. ej., decir que se lo está pasando bien bostezando no es lo mismo que decirlo con una sonrisa). Se trata por tanto de hacerles conscientes de la importancia de todos los canales de emisión del lenguaje en la comunicación.

Para llevarlo a cabo se pueden poner en marcha conversaciones por parejas en las que en unos casos vayan en sintonía el lenguaje verbal y el lenguaje no verbal, y viceversa. Se les podrían dar tarjetas con ejemplos (p. ej., decir que sí verbalmente moviendo la cabeza negando o afirmando).

6.5.3. *Escucha activa*

Para completar la mejora de las habilidades de comunicación es conveniente introducir pautas para mantener una escucha activa. En primer lugar, habría que destacar la importancia que la escucha activa tiene en el proceso de comunicación, para posteriormente mostrarles a los adolescentes cuál es la forma de mejorar su escucha activa.

La escucha activa les permitirá tener un mejor conocimiento y entendimiento del emisor, les dará más tiempo para responder, más seguridad en su toma de decisiones, aumentará la fluidez de la comunicación y facilitará el llegar a acuerdos en la resolución de problemas.

Puede ser de gran utilidad darles una serie de patrones para que los pongan en práctica con sus compañeros de clase, siendo esta tarea supervisada por el profesor o encargado de implementar el programa. Algunos ejercicios que se les puede ofertar para la mejora de la escucha activa son:

- Tener una actitud positiva.
- Ser empáticos (ponerse en la situación del otro).
- No intentar cambiar al otro constantemente.
- Evitar distracciones o mostrar cansancio.
- No anticipar o terminar las frases del otro.
- Dar feedback resumiendo y preguntando con frecuencia.

6.6. **Técnicas de percepción de uno mismo**

Los conceptos de autoestima y autoimagen son variables importantes a tener en cuenta a la hora de trabajar con adolescentes ya que pueden modificar la conducta. Como nos indica Martínez Maldonado et al. (2008), contamos con factores en los que las habilidades sociales como la autoestima, la denegación y la competencia social pueden eliminar, disminuir o neutralizar el riesgo de iniciar o continuar el uso de algunas sustancias adictivas como el alcohol y el tabaco. Estudios como el de Zhan (1999) admiten la necesidad de estudiar las habilidades sociales, como la autoestima, al igual que Bandura (1999) hace hincapié en la autopercepción de la eficacia, como predictores para poder enfrentarse y resistir a la presión del uso de sustancias adictivas.

La autoeficacia y la autoestima definen la capacidad de los adolescentes a resistir la presión de sus iguales y del ambiente que les rodea. Además, la autoeficacia se define como la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar acciones necesarias para manejar situaciones futuras. Las técnicas para la mejora de la autoimagen y autoestima pueden orientarse en mostrarles a los adolescentes la relación que existe entre cómo se perciben a sí mismos y las conductas que llevan a cabo, ayudándoles a mejorar la autoimagen y sus propias competencias.

Para desarrollar estas técnicas se les puede solicitar a los jóvenes que describan con palabras cómo se ven a sí mismos y cómo creen que la autoimagen puede afectar a sus relaciones con los demás y a su propio comportamiento en diferentes situaciones. Puede ser de utilidad que los alumnos, distribuidos por grupos, vayan definiéndose a sí mismos y que el resto de compañeros señalen si están de acuerdo o no con esa visión. En muchas ocasiones la opinión que podemos tener de nosotros mismos no coincide exactamente con la percepción del resto de las personas que nos rodean. Es importante contrastar nuestro *self* con las evaluaciones que realizan los demás para llegar a ajustar nuestras manifestaciones y expresar adecuadamente nuestras emociones, ideas y creencias.

A modo de ejemplo, en el programa de Botvin y Tortu (1988), adaptado por Luengo Martín et al. (1999) de Entrenamiento de Habilidades para la vida, se les propone a los participantes que pongan en marcha lo que se denomina, el Proyecto de autosuperación. Este proyecto consiste en que los adolescentes se pongan metas de aspectos que les gustaría cambiar de su imagen, por ejemplo, ser menos tímidos. Este plan se realizaría siguiendo una serie de pasos que irían desde la creación de una meta de autosuperación (por ejemplo, superar la timidez) hasta la consecución de la misma a partir de la mejora de metas secundarias (por ejemplo, acercándose a los demás o iniciando una conversación). Con estas aproximaciones sucesivas hacia el objetivo final, superar la timidez, los sujetos van interiorizando nuevos patrones conductuales y rompiendo sus resistencias.

6.7. Técnicas de control de emociones

Otro aspecto que se ha de trabajar en los programas preventivos es todo aquello que está

relacionado con las emociones, como auténticos motores del comportamiento humano. Jóvenes y menos jóvenes apoyan normalmente muchas de sus decisiones y su conducta en emociones determinadas que dan sentido a su forma de actuar e interactuar con su medio. El control de las emociones es en sí mismo uno de los componentes primordiales a la hora de afrontar un comportamiento de adicción, marcado, normalmente, por una emoción de deseo o una expectativa de placer fomentada por los demás. Walton (2005) plantea claramente uno de los principios básicos entre emoción, conducta y control cuando suscribe "... si es posible, mediante el extenuante ejercicio de la voluntad, soslayar las emociones, sobrevivir a ellas, pero no en el sentido de sobrevivir a uno de sus ataques demoledores, sino de llegar a una suerte de sereno estado de disciplina mental en que sencillamente, no seamos ya su presa" (Walton, 2005, 16). Es por ello fundamental aprender a manejar respuestas asociadas a las emociones como la ansiedad, el deseo o determinados sentimientos.

Desde la teoría del afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), se establecen dos bloques claramente diferenciados donde se analizan aquellos comportamientos centrados en situaciones de estrés ante una situación específica y los que se centrarían en torno a las emociones que podría suscitar esta. Las estrategias de afrontamiento que pueden emplearse para hacer frente a estos acontecimientos estarían condicionados por la evaluación primaria que llevara a cabo el individuo (percepción de la situación ante la que se expone) y la evaluación secundaria (cantidad y calidad de recursos que tiene el individuo para hacerle frente). Como señalan Gómez y col. (2006), el estilo de afrontamiento centrado en las emociones sería primordial en aquellas circunstancias en las que no se pueden realizar cambios, por lo que actuaría como función adaptativa.

Desde otra vertiente abierta en las emociones humanas, en principio muy orientada hacia la empresa y las organizaciones, tenemos que detenernos en la inteligencia emocional, partiendo de los estudios de uno de sus máximos representantes, Daniel Goleman. En palabras del autor: "El término inteligencia emocional se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los demás y con nosotros mismos" (Goleman, 1999, 430). Todos y cada uno de estos conceptos tienen un peso específico significativo en cuanto a su relación con el comportamiento de consumo, ya que algunas de las variables precipitantes en el uso de sustancias estarían directamente implicadas en los estados de ánimo (sentimientos propios), la influencia de los demás (sentimientos ajenos), y el manejo de diferentes situaciones interrelacionadas con estos sentimientos. Si nuestra inteligencia emocional es alta, actuará necesariamente como un factor de protección sobre nuestra conducta de consumo.

Las características de la inteligencia emocional, según Goleman (1999), serían las siguientes:

- Capacidad de motivarnos a nosotros mismos, automotivación.
- Perseverar en el empeño, superando las posibles frustraciones que aparezcan.
- Controlar los impulsos, independientemente de las situaciones que afrontemos.

- Diferir las gratificaciones, venciendo los deseos de inmediatez.
- Regular los propios estados de ánimo, siendo conscientes de los mismos.
- Evitar que la angustia o la ansiedad frustren nuestras facultades racionales.
- Capacidad de empatizar, por difícil que sea la situación.
- Confiar en los demás, previa evaluación racional de los otros.

Cuadro 6.4. *Inteligencia emocional y comportamiento de consumo.*

<i>Inteligencia emocional</i>	<i>Comportamiento de consumo</i>
• Capacidad de automotivación	• Autoconvencimiento positivo hacia el consumo
• Perseverancia	• Omitir aspectos negativos
• Control de impulsos	• Bajar las barreras de control
• Diferir gratificaciones	• Gratificación inmediata
• Control de estados de ánimo	• Buscar estados de ánimo en función del consumo
• Evitar interferencias	• Ayudarnos del consumo para evitar frustraciones
• Empatía	• Falsas empatías
• Confianza en los otros	• Confianza traicionada

Se le ha de enseñar a los jóvenes a identificar este tipo de sensaciones y a diferenciarlas de otras que puedan aparecer, ya que es habitual en esta etapa de la vida que estas emociones estén presentes. En ocasiones pueden ser elementos que motiven el consumo de sustancias psicoactivas, como se ha comentado en el apartado anterior el uso de sustancias como el tabaco se puede identificar con la relajación.

Por todo ello, se debería dotar al adolescente de un repertorio de técnicas de control de emociones que eviten el uso de sustancias. Las más conocidas y socorridas son aquellas que hacen referencia al control de la ansiedad donde se incluyen técnicas de relajación, de pensamiento positivo y la parada de pensamientos.

6.8. Técnicas de decisión

Es un hecho irrefutable que cotidianamente afrontamos problemas nuevos que, queramos o no, no podemos ni debemos eludir. Son muchos los problemas que resolvemos diariamente de las más variadas características y grado de complejidad. Este ejercicio continuo de solucionar problemas y tomar decisiones nos encamina indefectiblemente hacia una amplia gama de soluciones que vamos aplicando a las distintas formas de problemas y, en muchas ocasiones, basamos nuestra decisión en comportamientos

propios anteriores que tuvieron unas consecuencias favorables en resolver un conflicto de cualquier índole.

Los ámbitos donde más repercusión ha tenido la utilización de las técnicas de decisión han sido, sin duda, las que abarcan el campo de la organización, con trabajos tan clásicos como los de Larson (1962) o Schmidt (1958), entre muchos otros, que abordan la resolución de problemas aplicada a la organización, aunque el ámbito educativo contó con estudios anteriores como los de Dewey (1933), donde se enseñaba a los niños a formular problemas, recoger información y, finalmente, a crear y contrastar hipótesis.

Según D’Zurilla (1993) la evolución de la técnica de resolución de problemas aplicada a problemas de índole interpersonal ha sido importante en los últimos años y apunta los siguientes hechos:

- Desarrollo de estudios relacionados con la creatividad, tanto desde el ámbito educativo, como en el organizacional.
- Desarrollo de estudios relacionados con la competencia social, donde se cuestiona la importancia de la resolución de problemas en el ámbito de la enfermedad.
- Desarrollo de estudios relacionados con el estrés, donde la solución de problemas puede jugar un papel importante en su manejo.

Mediante el entrenamiento con estas técnicas se consigue alcanzar una toma de decisiones planificada y responsable, la evitación de las decisiones impulsivas y el desarrollo de un pensamiento crítico e independiente por parte de los jóvenes. Asimismo se consigue enseñar y demostrar que diariamente se enfrentan a multitud de decisiones y que éstas pueden tener diversas consecuencias en función de las respuestas.

Uno de los modelos más empleados en la prevención de las drogodependencias es el desarrollado por D’Zurilla y Goldfried (1971), que definen la solución de problemas como:

“... un proceso conductual, ya sea de naturaleza manifiesta o cognoscitiva, que:

- a) Hace disponibles diversas alternativas de respuesta potencialmente eficaces para hacer frente a la situación.
- b) Aumenta la probabilidad de seleccionar la respuesta más eficaz entre estas diversas alternativas” (D’Zurilla y Goldfried, 1971, p. 108).

Estos autores dividen el proceso de solución de problemas en cinco fases:

1. Orientación hacia el problema: percepción y valoración de causas.
2. Definición y formulación del problema: comprensión, metas y reevaluación del problema.
3. Búsqueda del mayor número de alternativas como posibles consecuencias, valorando cada solución posible y sus consecuencias.
4. Toma de decisiones y puesta en práctica de la medida elegida.
5. Evaluación de la puesta en práctica: autoevaluación y auto-refuerzo.

En programas de prevención como Barbacana (García-Rodríguez y López, 1998, 2001), se incluye esta técnica específica, en su apartado: “Es hora de decidir”, orientada hacia un grupo de problemas que recoge un amplio espectro de posibilidades de iniciación al consumo de drogas:

- Problema 1: ¿Cómo nos afecta la curiosidad?
- Problema 2: ¿Cómo nos influyen los amigos?
- Problema 3: ¿Nos podemos divertir sin consumir drogas?
- Problema 4: ¿Las drogas ayudan a resolver problemas?
- Problema 5: ¿Es el líder del grupo nuestro mejor modelo?
- Problema 6: ¿Mejora nuestra comunicación con los demás por tomar alguna droga?
- Problema 7: ¿Soy más libre por tomar alguna droga?
- Problema 8: ¿Estoy bien informado sobre las drogas?

Se ha de proponer al alumno que siga un procedimiento por pasos que se inicie identificando la situación de toma de decisiones:

- Valorar lo que el grupo u otras personas le estén proponiendo.
- Compararlo con lo que él cree que debe hacer.
- Decidir qué es lo que más le conviene en ese momento, teniendo en cuenta las consecuencias que puede tener la alternativa elegida.

Evidentemente, este procedimiento exige un trabajo individual y de grupo para poder valorar adecuadamente cada decisión adoptada y sus consecuencias posibles. Algunos programas preventivos también trabajan sobre la influencia que otros factores externos tienen sobre la toma de decisiones, como es el ejemplo de los medios de comunicación y concretamente el caso de la publicidad (García del Castillo y López-Sánchez, 2009).

6.9. Técnicas de competencia social

Hablar de competencia social es introducirnos en un campo de acción muy complejo, que se agudiza cuando éste se refiere a niños y adolescentes. Según Trianes et al. (2002), en el modelo de competencia social más consensuado por diversos autores, las habilidades que son autoevaluadas son las que mejor explican comportamientos competentes por parte de los sujetos, referidas siempre a situaciones concretas. Los comportamientos se evalúan por agentes externos en función de normas y criterios ajustados al marco de referencia sociocultural. Según los autores, los criterios varían en función de las características propias de cada persona, de las acciones a realizar, de los agentes observadores de las conductas, del tipo de familia donde se integran y de la comunidad a la que pertenecen.

Otro concepto, muy ligado al anterior, que en los últimos años ha adquirido una fuerte trascendencia en la prevención de las drogodependencias es el de resiliencia, que podríamos definirlo como una capacidad de recuperación y adaptación exitosa frente a cualquier adversidad, donde se desarrolla y potencia la competencia social, académica y vocacional. Becoña et al. (2006, p. 89), definen la resiliencia como una “capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después de sufrir un estrés intenso, una catástrofe, o experiencias traumáticas como malos tratos, violencia, etc., está relacionada con un gran número de conductas problema, como es el consumo de alcohol y de otras drogas”. Según los autores una resiliencia y competencia social altas aumentan la probabilidad de que los jóvenes sean menos consumidores de sustancias.

Para ejemplificar estas técnicas, podemos recurrir al programa de Entrenamiento de Habilidades para la Vida (Luengo et al., 1999):

- Aclarar y definir la timidez y la capacidad de regulación que tiene sobre la conducta del adolescente.
- Proporcionar habilidades a los adolescentes que les ayuden a superar dicha timidez.
- Enseñar pasos para iniciar y mantener una conversación, practicando con sus compañeros: saludar y presentarse, contar algo, escuchar y pedir opiniones, responder, sacar nuevos temas, finalizar y despedirse.
- Entrenar en habilidades para situaciones de atracción interpersonal, como por ejemplo, habilidades para pedir una cita o para aceptar o rechazar una proposición. En este caso puede ser de gran utilidad exponer los sentimientos que se pueden dar en estas situaciones (p. ej., la vergüenza), con el fin de que los adolescentes los identifiquen y hagan frente a ellos.

Las técnicas para mejorar las habilidades sociales están altamente relacionadas con las habilidades para la comunicación y la asertividad. La comunicación ya la tratamos en un apartado anterior, en cuanto a la asertividad la podemos definir como una habilidad individual que nos favorece la posibilidad de expresarnos libremente en cuanto a emociones, sentimientos, opiniones y creencias ante los demás, pero sin lesionar los derechos de los otros.

Aunque dé la sensación de complejidad lo podríamos resumir en un ejemplo claro y muy utilizado en campañas preventivas de los años noventa, cuando se proponía el eslogan de “Di no a las drogas”. La forma de expresión mediante el “NO” se configura como el parámetro central de esta habilidad personal, dado que una de las variables que más varianza explica en el inicio al consumo es la presión del grupo de iguales, y una defensa incontestable hacia esta presión es, sin duda, saber decir no en el momento adecuado.

Algunas de las características que configuran la asertividad son el aumento de las relaciones sociales, la disminución de la ansiedad ante las nuevas relaciones sociales y la mejora de la actuación en situaciones de atracción interpersonal. Todas ellas están

íntimamente ligadas al inicio del consumo de sustancias.

Para el aprendizaje de esas técnicas se puede utilizar el juego de papeles como ensayo de conducta, donde se simulan situaciones de la vida real llevadas a escena ante un público crítico que analiza las actuaciones de los participantes, persiguiendo un objetivo de conducta asertiva o socialmente habilidosa. Un ejemplo del empleo de esta técnica lo encontramos en el programa Barbacana (GarcíaRodríguez y López, 1998, 2001):

Situación: Un grupo de amigos se reúne en un bar para pensar qué van a hacer esa tarde. Acto seguido aparece un camarero y les pregunta qué van a tomar:

Camarero: ¿Qué os pongo?

Santi: “Birra” para todos.

Paco: A mí, de tonel.

Julio: Pero de las más grandes.

Germán: Yo no quiero cerveza, a mí me pones un zumo de naranja.

Santi: (Al camarero) ¡Ni caso tío! “Birra” para todos.

Germán: (Al camarero) ¿El zumo es natural?

Paco: Venga..., vamos a ir todos entonados y tú...

Germán: ¿Yo a ti te digo algo, tío?

Julio: ¡Hombre! Por unas cañitas...

Germán: (Al camarero) Y no le pongas azúcar...

Santi: Venga, macho, que nos fastidias la marcha...

Paco: ¡Déjale! Cada cual que se lo monte como quiera...

Este tipo de situaciones se pueden adaptar a diferentes contextos, consiguiendo fortalecer un aprendizaje óptimo de la asertividad por observación de modelos o por ensayo de conducta.

6.10. A modo de conclusión

El objetivo de este capítulo es la descripción de las principales técnicas usadas en los programas de prevención y se puede apostillar para concluir que:

1. Aunque puedan existir un mayor número de técnicas, las analizadas en este capítulo pertenecen a programas preventivos basados en la evidencia que han mostrado su efectividad en la prevención de las drogodependencias.
2. Las diferentes técnicas pueden ser adaptadas y utilizadas en diversos campos.
3. Así mismo, estas técnicas no son específicas del ámbito de las drogodependencias, sino que también se pueden aplicar en otros muchos campos.

Existen otras técnicas que no se han reflejado pero que también tendrían su cabida en el campo de la prevención. Por ejemplo, uno de los mayores problemas de la prevención familiar es la escasa participación de los padres en este tipo de programas.

Algunos estudios han desarrollado técnicas de motivación para mejorar las tasas de participación con resultados diversos. En nuestro país se ha tratado de llevar a cabo mediante el uso de incentivos materiales o de facilitación de acceso a estos programas (p. ej., contratar canguros para que los padres puedan asistir). Estas estrategias, aunque han marcado tendencias positivas en el proceso, han encontrado que los padres que realmente necesitan asistir a estos programas continúan sin hacerlo (Alhalabí et al., 2006).

Por último, otras técnicas que también serían aplicables al campo de la prevención son aquellas que hacen referencia a la promoción del autocambio entre aquellos sujetos con problemas de consumo de sustancias que se encuentran en las primeras fases de una adicción o aquellos que no quieren o pueden asistir a programas de tratamiento (Klingemann y Sobell, 2007). Aquí se incluyen aspectos como la autoevaluación, el balance decisional, la biblioterapia, el seguimiento telefónico breve y la creación de guías de autocambio basadas en los hallazgos de los estudios de la recuperación natural.

Evaluación de programas de prevención del consumo de drogas

7.1. Introducción

En la actualidad, el debate de las intervenciones preventivas del consumo de drogas se centra en identificar las intervenciones que han demostrado su eficacia, así como en distinguir las buenas prácticas para llevarlas a cabo y las medidas de control de calidad. Sin embargo, no se puede afirmar que todas las medidas de prevención que se llevan a cabo se someten a un proceso metódico y exhaustivo de selección, ejecución y control de calidad.

En España, es a partir de la elaboración del Plan Nacional sobre Drogas en 1985 cuando se subraya que la prevención del consumo indebido de sustancias debe ser el objetivo prioritario de la intervención pública, reorientando sus políticas generales hacia el desarrollo de programas preventivos. Desde entonces, se han desarrollado numerosas intervenciones preventivas. No obstante, este gran incremento no ha ido acompañado de un esfuerzo similar a la hora de valorar la eficacia de las intervenciones realizadas. La evaluación que suele estar incorporada al proceso de intervención en otras áreas ha permanecido como asignatura pendiente en el campo de la prevención del consumo de drogas.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que el desinterés por la evaluación es un mal común que ha afectado de modo generalizado a la prevención en España (Espada et al., 2002; Gómez, Luengo y Romero, 2002;). Esta situación no se ha dado exclusivamente de forma característica en España, ocurriendo de igual modo en el resto de países europeos (Dusenbury, Falco y Lake, 1997; Lloyd et al., 2000; O.E.D.T., 2002).

Sin embargo, realizar una evaluación de los programas de prevención del consumo de drogas resulta esencial, ya que de lo contrario, solo podemos conocer intuitivamente si los esfuerzos realizados y los recursos invertidos funcionan, desconociendo los factores que influyen en la eficacia de los programas.

La evaluación de programas ha de considerarse como una forma de investigación

científica que debe llevarse a cabo mediante métodos que maximicen la objetividad de sus resultados. En palabras de Fernández Ballesteros (1996, p. 23), “la evaluación es una investigación sistemática a través de métodos científicos de los efectos, resultados y objetivos de un programa con el fin de poder tomar decisiones sobre él”. En síntesis, consiste en poner las herramientas de la investigación al servicio del proceso de juzgar el valor de un programa, de forma precisa y objetiva.

No obstante, y a pesar de que la evaluación emplea las metodologías propias de la investigación difiere de ella en diversos aspectos y particularidades:

- a) En primer lugar, en su insistencia en los aspectos de valoración del programa (Scriven, 1980). La evaluación de un programa debe concluir con la emisión de un juicio de valor sobre la calidad del proceso de implementación, los resultados y el impacto del programa (Reboloso y Morales, 1996).
- b) En el énfasis otorgado a la aplicabilidad de sus resultados como elemento de feedback para los administradores y responsables de los programas, y como elemento crucial para la toma de decisiones sobre los programas, su continuidad y modificabilidad.
- c) De igual modo, y dado que la realidad en la que se llevan a cabo los programas preventivos se caracteriza por cambios difícilmente controlables, la evaluación se centra tanto en aspectos específicos del programa como del contexto.
- d) Y por último, en la introducción de las partes interesadas (tanto en el programa como en su evaluación) dentro del proceso evaluativo.

Debido a ello, la evaluación de programas se ha convertido en una especialidad propia (Alvira, 1998; Weis, 1975), dentro de la cual la evaluación de los esfuerzos preventivos del consumo de drogas se considera una subespecialidad claramente definida (Hansen, 2002).

7.2. Tipos de evaluación en el campo de la prevención del consumo de drogas

Una delimitación conceptual que es imprescindible realizar antes de abarcar la variedad de tipologías existentes en evaluación de programas hace referencia a la definición de “programa preventivo”. Un programa preventivo es un conjunto de actuaciones sistematizadas y preplanificadas cuyo objetivo específico es impedir la aparición del problema al que se dirige (Escamez, 1990). En el caso de las drogodependencias, el objetivo principal de un programa preventivo es impedir, reducir o retrasar la aparición de conductas de consumo y abuso de las distintas drogas y las consecuencias asociadas.

Por tanto, es necesario que la evaluación de programas de prevención del consumo de drogas abarque los múltiples elementos y factores que constituyen este tipo de intervenciones, con el objetivo de mejorar las intervenciones y servir como instrumento

para la planificación de programas más eficaces. Así los objetivos o metas de la evaluación en la prevención del consumo de drogas se dirigen a facilitar (Alvira, 2000):

- a) La selección de las estrategias o programas de prevención más adecuados para abordar el fenómeno del consumo de drogas, en un determinado contexto.
- b) La elaboración de programas de calidad o la mejora y perfeccionamiento de los programas.
- c) La aplicación de los programas, asegurando que las actividades desarrolladas lleguen en la cantidad y calidad necesarias a la población destinataria.
- d) La toma de decisiones sobre los logros alcanzados con los programas y sobre la relación de costes y beneficios que se derivan de su aplicación.

Para realizar esta labor, numerosos autores e instituciones han colaborado en el acercamiento de las técnicas de diseño y evaluación de programas al ámbito de la prevención (Acero, 2004; Alvira, 2000; Ballesteros, Torrens y Valderrama, 2006; Salvador y Martínez, 1997), dando lugar a una gran variedad de modelos o niveles de evaluación que se pueden diferenciar en función de los criterios que se establezcan.

No obstante, a pesar de la gran variedad de tipologías que se han propuesto a lo largo de la literatura, tales aportaciones pueden aglutinarse en cuatro niveles:

1. *Evaluación de necesidades* cuyo principal objetivo es la descripción del problema y la identificación de estrategias para abordarlo.
2. *Evaluación del proceso* (o formativa). Es la realizada durante la aplicación del programa con objeto de realizar mejoras sobre él y valorar lo adecuado de su puesta en práctica (implementación).
3. *Evaluación de resultados* (o sumativa). Se lleva a cabo una vez finalizado el programa y su objetivo consiste en determinar si el programa tal y como se ha aplicado ha producido efectos o resultados consistentes, mediante la comparación de diferentes diseños evaluativos.
4. *Evaluación del impacto*. Valora los resultados del programa mediante macro indicadores de abuso de drogas a nivel comunitario, durante seguimientos a corto, medio y largo plazo.

A este respecto, en España la mayoría de los informes sobre prevención han omitido la evaluación de resultados, centrándose en evaluaciones descriptivas (Martínez, 2001) o de proceso (Rodríguez-Martos, Torralba y Vecino, 1996). Incluso en estos casos en los que la evaluación se ha centrado en el proceso, importantes aspectos sobre el control de la implementación de los programas han sido descuidados. Por el contrario, ha sido mucho más frecuente que las evaluaciones se centraran sobre el grado de actividad y la satisfacción de los beneficiarios.

Afortunadamente, la situación parece que está cambiando y los poderes públicos potencian sus esfuerzos en elevar los niveles de calidad de las estrategias preventivas y

en evaluar su eficacia.

7.3. La evaluación en las fases de la prevención del consumo de drogas

La intervención social, y por ende la prevención del consumo de drogas, constituye un proceso en espiral de toma de decisiones, planificado y articulado, en el que se definen los problemas que afectan a un colectivo determinado, se establecen los objetivos y metas a alcanzar, se diseñan e implantan una serie de actuaciones y se valoran los resultados obtenidos, en base a los cuales se vuelven a emitir juicios y nuevas decisiones (Alvira, 1998; Fernández-Ballesteros, 1995).

En este proceso de mejora continua la evaluación juega un papel crucial, no exclusivamente al final del proceso, sino que se desarrolla en el mismo momento en el que se empieza a planificar la intervención. De esta manera, este ciclo en espiral se retroalimenta de la información proporcionada por las actividades evaluativas implicadas en cada fase, y los juicios valorativos que de ellas se derivan. En el [Cuadro 7.1](#) se incluye una síntesis de los juicios valorativos que según la Organización Mundial de la Salud (1981) toda evaluación tiene que ayudarnos a realizar.

Cuadro 7.1. Juicios valorativos implicados en la evaluación de programas (OMS, 1981)

1	Pertenencia	Hace referencia a si el programa responde a las necesidades concretas de la población sobre la que se interviene.
2	Suficiencia	Indica si teóricamente las acciones llevadas a cabo y los recursos empleados son adecuados y suficientes para alcanzar los propósitos establecidos.
3	Progreso	Pretende determinar si el programa está actuando adecuadamente.
4	Eficacia	Muestra si se han logrado los objetivos estipulados en el programa.
5	Eficiencia	Establece una relación entre el valor de los resultados obtenidos y los recursos o medios empleados, determinando hasta qué punto se han logrado los objetivos al menor coste posible.
6	Efectividad	Señala si se han alcanzado una serie de efectos con independencia de los objetivos establecidos previamente.

A continuación se exponen los niveles (o actividades) de evaluación que se desarrollan en cada una de las fases de la planificación y aplicación de una intervención social. Con respecto a cualquier intervención particular sobre el consumo de drogas solamente habría que adaptarlas a las características propias del fenómeno, al tipo de

muestra sobre la que se incide, a las particularidades de su puesta en práctica y al contexto en el que se lleva a cabo.

7.3.1. Evaluación en la fase de planificación del programa

En el primer momento del ciclo las actividades evaluativas se dirigen a la identificación de las necesidades sobre las que tenemos que intervenir y al análisis de las estrategias o actividades necesarias para incidir sobre ellas. En este nivel de intervención se lleva a cabo la evaluación de necesidades y la evaluación del diseño del programa.

A) La evaluación de necesidades

Existe un fuerte consenso que afirma que para que los programas preventivos del consumo de drogas sean eficaces, deben estar basados en las necesidades de los grupos que tienen probabilidades de participar en ellos (Lloyd, Joyce, Hurry y Ashton, 2000; McBride, Farrington, Midford y Phillips, 2001; Tobler, Lessard, Marshall, Ochshorn y Roona, 1999; White y Pitts, 1997).

En la evaluación de necesidades el primer paso es conocer la incidencia y prevalencia del consumo de drogas en la población sobre la que vamos a intervenir, así como los factores de riesgo y protección presentes.

Para proceder a estos fines las fuentes que podemos emplear son diversas: estadísticas y datos secundarios, encuestas, entrevistas, observaciones y otras técnicas de investigación e historias clínicas u otros registros de utilización de servicios (Gambara y Vargas, 2007). En el campo de la prevención del consumo de drogas una importante fuente de información la constituyen los estudios epidemiológicos.

La epidemiología se establece como una base de apoyo para los esfuerzos preventivos, ofreciéndonos una visión exhaustiva y actualizada de las pautas y evolución del consumo de drogas. De este modo, nos proporciona información acerca del consumo de drogas y los problemas asociados, las edades de inicio, la influencia de variables mediadoras o moderadoras, los sectores de la población en situaciones de alto riesgo, las escenas a las que los esfuerzos preventivos deben dirigirse y el resultado de los esfuerzos combinados de todas las actuaciones, dirigidas a la reducción del consumo de drogas y los problemas asociados.

A este respecto, hoy en día, disponemos del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), cuya función consiste en proporcionar información objetiva, fiable y comparable a nivel Europeo, sobre el consumo de drogas y las consecuencias asociadas. Desde 1996, y con objeto de difundir la información sobre el alcance y la naturaleza de la demanda de drogas en la Unión Europea (entre otros aspectos), elabora informes anuales que canalizan la difusión de la información proporcionada por los países socios.

En España, disponemos del programa de Encuestas nacionales que la Delegación del

Plan Nacional sobre Drogas elabora cada dos años, a población residente en España de 15 a 64 años: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), y a población escolar de 14-18 años: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

En esta fase, un aspecto relevante es el nivel de vulnerabilidad que presente la población diana, puesto que va a determinar la intensidad de los programas a desarrollar. Resulta lógico pensar que si los individuos presentan diferentes grados de vulnerabilidad, será necesario implantar programas de variada intensidad. En este orden, Gordon (1987) ha propuesto un marco conceptual que permite establecer distintas intensidades en la incidencia de un programa, sopesando los riesgos de una población determinada ante el consumo de drogas. En el [Cuadro 7.2](#) se detallan los aspectos diferenciadores de los tres tipos de modalidades preventivas propuestas bajo este marco conceptual.

Cuadro 7.2. Tipos de Prevención según la conceptualización elaborada por Gordon (1987)

<i>Modalidad preventiva</i>	<i>Población Diana</i>	<i>Finalidad preventiva</i>	<i>Grado de Intensidad</i>
Universal	Población en general sin establecer diferenciación alguna en términos de vulnerabilidad o conductas de riesgo	Evitar el consumo de sustancias o retrasar su inicio	Bajo

<i>Modalidad preventiva</i>	<i>Población Diana</i>	<i>Finalidad preventiva</i>	<i>Grado de Intensidad</i>
Selectiva	Grupos vulnerables o que tienen un mayor riesgo de consumo, que el promedio de la población	Reducir o eliminar las causas que han aumentado la probabilidad del consumo y favorecer la adquisición de resiliencia o fortalezas, que les permitan superar las condiciones desfavorables.	Medio
Indicada	Sujetos de alto riesgo: han comenzado a abusar de las drogas o manifiestan comportamientos que pueden hacer más probable ese uso problemático, pero que todavía no cumplen los criterios para una dependencia.	Reducir el uso continuado y prevenir un uso problemático o peligroso.	Alto

En definitiva, la evaluación de necesidades refleja la naturaleza, extensión y localización del problema, el grupo sobre el que se va a incidir, los recursos disponibles, la existencia de otras actuaciones sinérgicas y la necesidad de la prevención. De forma sistemática nos permite realizar un juicio sobre la pertinencia del programa, es decir, si el programa es pertinente y responde a unas necesidades concretas bien establecidas.

B) Evaluación del diseño del programa

La evaluación del diseño se encamina a analizar si el conjunto de actuaciones establecidas permite solventar las necesidades que se han detectado previamente, tratando de enjuiciar la suficiencia y adecuación del programa para los fines que se pretenden conseguir. Esta fase posibilita el reajuste de algunos componentes del programa antes de su aplicación, facilitando la posterior evaluación de sus resultados.

Durante esta fase las actuaciones evaluativas se dirigen hacia dos aspectos fundamentales: el análisis de los objetivos y la pre-evaluación:

- *El análisis de los objetivos.* Todo programa de prevención del consumo de drogas debe definir claramente objetivos generales, objetivos específicos, relacionados con las actividades concretas que se van a llevar a cabo, e incluir

la operativización de tales objetivos. Es decir, los objetivos que queremos traducir en metas han de ser específicos, medibles, factibles y deben estar temporalizados adecuadamente. Así, a través de la operativización de los objetivos se obtienen los indicadores, que constituyen la unidad que permite medir el logro de un objetivo específico a través de un referente empírico (Gambara y Vargas, 2007).

Este paso es fundamental de cara a evidenciar la eficacia de las intervenciones y a evitar expectativas poco realistas sobre los efectos de los programas preventivos. Para ello, debe incluir el tipo y grado de cambio que se espera producir sobre el consumo de drogas, sobre las variables mediadoras (información, actitudes, habilidades, etc.), la descripción de los indicadores a utilizar y el período temporal en el que se espera alcanzar tales objetivos.

Con respecto a la meta final de los programas de prevención del consumo de drogas, en la actualidad no existe un consenso bien definido. Por ejemplo, la experiencia norteamericana está dominada por objetivos de abstinencia (no consumo o de retraso en el inicio al consumo). Sin embargo, autores provenientes de otros países sugieren la adopción de objetivos de reducción de daño como un añadido o como alternativa a este enfoque (Hawks, Scott y McBride, 2002). Los defensores de esta alternativa argumentan que el enfoque basado en la abstinencia ha limitado la proporción de hallazgos en el campo a un pequeño número de efectos en el comportamiento.

Por ejemplo, Sharp (1994) efectuó una revisión de estudios llevados a cabo entre 1983 y 1992, concluyendo que los programas con objetivos de abstinencia fallan en producir efectos en el comportamiento. Señalando la necesidad de desarrollar y evaluar nuevas aproximaciones que vayan más allá de las limitaciones de los programas basados en la abstinencia.

En este sentido los estudios que han incluido objetivos (y por tanto mediciones) de reducción de daños en los programas preventivos sugieren un potencial beneficio de la inclusión de este tipo de metas (McBride, Farrington, Midford y Philips, 2001; Shope, Elliott, Raghunathan y Waller, 2001). No obstante, los estudios longitudinales centrados en esta alternativa son limitados, por lo que es necesario replicar estos resultados para entender el potencial valor de esta aproximación en la prevención del consumo de drogas.

- *Pre-evaluación: Selección de la mejor intervención.* En la fase de preevaluación se valora la adecuación teórica y la coherencia de la estrategia preventiva en base a los objetivos establecidos y las necesidades detectadas, las características del problema y los programas existentes que han demostrado su eficacia.

Existen distintas vías de acción que podemos emplear para realizar una pre-evaluación:

- a) La revisión de la literatura científica sobre el tema: En la actualidad

disponemos de multitud de estudios de calidad científica dirigidos a examinar los efectos de los programas de prevención del consumo de drogas. Como ya se ha detallado en el capítulo destinado a los elementos que debe contener un programa eficaz, existen multitud de revisiones y meta-análisis que nos pueden ayudar a realizar una revisión exhaustiva de lo que funciona en prevención del consumo de drogas. Asimismo, gracias a la expansión de Internet como forma de difusión de la información podemos consultar una gran variedad de fuentes y recursos sobre el consumo de sustancias psicoactivas, tales como bases de datos bibliográficas que recopilan publicaciones primarias, sitios webs institucionales que reúnen productos de interés para los profesionales (gubernamentales, académicas o fundaciones), centros de documentación, listas de distribución específicas sobre el abuso de sustancias y redes de cooperación.

En el Cuadro 7.3 se detalla una síntesis de la recopilación realizada por Aleixandre, González y Valderrama (2006) de las principales fuentes de información sobre el consumo de drogas disponibles a través de Internet.

Cuadro 7.3. *Fuentes y recursos sobre el consumo de sustancias en Internet Bases de datos Bibliográficas.*
(Fuente Aleixandre, González y Valderrama (2006))

<i>Bases de datos Bibliográficas</i>	
Multidisciplinares	• Science Citation Index Expanded (SCI-Expanded)
	• Social Sciences Citation Index (SSCI)
	• Current Contents Connect
Específicas de las Ciencias de la salud	• Medline
	• Embase
	• PsycINFO
	• Índice Médico Español (IME)
	• Índice Español de Ciencias Sociales y Humanidades (ISOC)
Especializadas en el abuso de sustancias	• Toxibase (MILDT)
	• Proyecto Cork (Cork)
	• CCSA's Information and Reference Service
	• Bases de datos de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
	• Alcohol and Alcohol Problems Science

	Database (ETOH)
<i>Fuentes documentales institucionales en Internet (Gubernamentales)</i>	
Nacionales	• Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Europeas	• European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) • European Association of Libraries and Information on Alcohol and other Drugs
Internacionales	• Organización Mundial de la Salud (OMS) • Oficina de las Naciones Unidas para las Drogas y el Crimen
<i>Fuentes documentales institucionales en Internet (no gubernamentales)</i>	
Institutos de investigación, asociaciones y sociedades científicas	• Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) • Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (Universidad Complutense de Madrid) • Sociedad Española de Toxicomanías • Socidrogalcohol

Centros de Documentación sobre Abuso de Sustancias (nacionales)

- Centro de Documentación de la (DGPND)•Centro de Documentación sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos Dr. Emilio Bogani Miquel.
- Centro de Documentación sobre Drogas y otros Trastornos Adictivos de la Agencia Antidroga de Madrid.
- Centro de Documentación del Observatorio Vasco de Drogodependencias
- Centro de Documentación del Comisionado Regional para la Droga de La Rioja
- Centro de Documentación de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones de la Junta de Andalucía
- Biblioteca de la Secretaría Técnica de Drogodependencias de la Junta de Extremadura
- Centro de Documentación de la (DGPND)
- Centro de Documentación sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos Dr. Emilio Bogani Miquel.

Cuadro 7.3. (Continuación)

Listas de distribución específicas sobre Abuso de Sustancias

Internacionales	• ADDICT-L (Kent State University)
	• INCASE (International Coalition for Addiction Studies Education)
	• Stop the Drug War-Drcnet (HARMRED- DRCTalk)
	• DRUGABUSE (Office of Substance Abuse Studies- University of Maryland)
	• DRUG MISUSE RESEARCH (United Kingdom Education and Research Networking Association)
	• SUBABUSE (Join Together)
Nacionales	• INVESTDRO (Instituto para el Estudio de las Adicciones)
	• TOXICOL (RedIRIS-Ministerio de Industria, Turismo y Comercio)
<i>Colaboración Cochrane (CC)</i>	
Internacional	• Cochrane Database of Systematic Reviews
	• Database of Abstracts of Reviews of Effects
	• Cochrane Central Register of Controlled Trials
	• Cochrane Database of Methodology Reviews y Cochrane Methodology Register
	• Cochrane Handbook
Nacional	• Biblioteca Cochrane Plus (Grupo Cochrane de Alcohol y Drogas “GCAD”)

- b) El análisis de las bases teóricas que sustentan los programas de prevención: Todo programa debe partir, implícita o explícitamente, de un modelo teórico sobre las causas o las cadenas funcionales entre las variables que explican el consumo, que, a su vez, identifique las condiciones o elementos necesarios para modificar las variables relevantes.

Partir de un cuerpo teórico para enmarcar la prevención del consumo de drogas nos proporciona numerosas ventajas al permitirnos: Identificar los factores implicados y explicar los mecanismos a través de los cuales operan; reconocer los cursos de acción necesarios para su

intervención y cuáles son los componentes que pudieran ser más efectivos; distinguir y controlar las fuentes de varianza extrañas a la intervención; diferenciar entre lo potencialmente importante y las interacciones intrusivas; guiar el análisis de datos y la validez de sus interpretaciones, y generar futuras predicciones.

Una completa revisión de las teorías que sustentan los programas preventivos puede consultarse en la monografía elaborada por Becoña (1999) sobre las bases teóricas que fundamentan las intervenciones preventivas del consumo de drogas.

- c) La simulación de cursos alternativos: Otra forma de pre-evaluar un programa consiste en realizar una simulación de los cursos de acción potenciales, para establecer los resultados logrados en cada uno de ellos. Esta estrategia es especialmente útil para probar nuevas ideas en el terreno de la práctica (mediante estudios pilotos aplicados a unas pocas unidades) y para adaptar intervenciones que han mostrado su eficacia en otros contextos.

7.3.2. Evaluación en la fase de aplicación de los programas

Una vez se ha puesto en marcha la aplicación del programa para prevenir el consumo de drogas, las actividades evaluativas se dirigen a realizar un juicio sobre el funcionamiento del programa (evaluación de proceso) y los resultados obtenidos a corto, medio y largo plazo (evaluación de resultados e impacto).

A) Evaluación de proceso

La ejecución de un programa preventivo supone la aplicación de un conjunto de actividades articuladas, en una población y contexto específicos, siguiendo una metodología de aplicación concreta, en unos tiempos y secuencias prefijados y empleando unos recursos o materiales determinados. Por tanto, en esta fase de aplicación la evaluación se dirige a valorar la implementación del programa (en qué medida los programas son aplicados con una alta fidelidad al diseño planificado) y a la cobertura (al porcentaje de población diana que está recibiendo el programa).

En realidad, se estaría realizando un juicio sobre el progreso del programa, centrado en sus actividades e incluyendo la descripción de los servicios, los recursos y los costes que conlleva.

Los métodos que se emplean para recolectar los indicadores característicos de este tipo de evaluación consisten en informes sobre los participantes y sus características, entrevistas y encuestas, diarios de campo de los aplicadores, la observación sistemática o participante de las sesiones realizadas y la conducción de grupos de discusión.

Es importante destacar que la falta de una evaluación sistemática sobre la cobertura

e implementación del programa son dos de las carencias más frecuentes, tanto por parte de los evaluadores como de los agentes del programa, que afectan directamente a la evaluación, el control y la solvencia del programa.

- *La evaluación de la implementación del programa.* En las últimas décadas se reconoce ampliamente la importancia de valorar el proceso de implementación para entender por qué un programa alcanza sus objetivos, o no, y para atribuir estos cambios en las variables de resultado a las actuaciones desarrolladas en el programa.

Por ejemplo, una pobre o baja fidelidad en la implementación da lugar a una pérdida en la eficacia de los programas, obteniéndose escasos resultados, y en ocasiones anulándose, tanto en el comportamiento (Botvin et al., 1990) como en las variables mediadoras (Rochbarch et al., 1993). Por lo que muchos de los fracasos de la prevención se atribuyen a la falta de adherencia a los protocolos.

Con respecto a la evaluación de la implementación de los programas, comúnmente la fidelidad se ha valorado empleando medidas como la adherencia al protocolo (si el programa se aplicó como fue diseñado), la dosis (o cantidad del programa aplicado), la calidad en la aplicación del programa (la metodología o manera en la que el monitor aplica el programa), las reacciones o aceptación por parte de los participantes, la diferenciación del programa (el grado en el que los componentes críticos del programa, que lo diferencian de otro tipo de programas, están presentes) y la reinversión (los cambios planificados que sufre el programa con objeto de aumentar su aceptación y efectividad). No obstante, todos estos indicadores son demasiado arbitrarios, por lo que se recomienda recolectar muchas medidas tanto objetivas como subjetivas de la fidelidad, para posteriormente lograr un entendimiento de que influencias facilitan o dificultan la implementación de los programas (Hansen, 2002).

- *Evaluación de la cobertura.* Mediante la evaluación de la cobertura de un programa se pretende averiguar la proporción de los destinatarios que se benefician del mismo y los aspectos de la organización que limitan el acceso. De esta manera en función de la magnitud del alcance del programa se puede hablar de cobertura amplia o restringida, total o parcial.

Este nivel de evaluación es especialmente importante en los programas dirigidos a poblaciones dispersas o usuarios individuales (como por ejemplo algunos programas enmarcados en una estrategia de reducción de daños) en los que la participación de los usuarios no está asegurada.

Los indicadores que con mayor asiduidad se emplean consisten en el cálculo de las tasas de cobertura, datos cualitativos sobre el perfil de los usuarios, análisis de las demandas, análisis de la accesibilidad y sus posibles barreras y las vías de difusión de los programas.

B) La evaluación de los efectos del programa

Cuando la evaluación del proceso muestra la adecuación en la implementación del programa, el siguiente eslabón es la valoración de los efectos que se han logrado tras su aplicación. Es decir la realización de la evaluación de los resultados y el impacto. Esta fase puede comprender tanto un juicio de eficacia, como de efectividad y eficiencia.

A lo largo de la literatura especializada la distinción entre ambas modalidades evaluativas no resulta evidente debido, probablemente, a que la metodología que emplean es similar. En general, la evaluación de resultados trata de establecer cuáles son los efectos encontrados en la población a la que se dirige el programa (cambios en el consumo, actitudes, nivel de conocimientos, habilidades o cualquier otra variable que se haya seleccionado como elemento de cambio), siendo una dimensión principalmente referida a la valoración del programa.

Por su parte la evaluación del impacto hace referencia a los efectos acumulados en una población más amplia (no exclusivamente en la población diana) y sobre el contexto del programa, predominando principalmente a un nivel de análisis de políticas preventivas o de un conjunto de intervenciones realizadas en un marco geográfico determinado, a lo largo del tiempo.

- *Evaluación de resultados.* A través de esta modalidad evaluativa principalmente se trata de averiguar si se han producido cambios objetivos en la dirección y grado esperado, y si estos cambios pueden ser atribuibles a la aplicación del programa.

Los indicadores que se emplean miden los cambios que las actividades del programa están tratando de producir en la población diana. Este tipo de indicadores a menudo están referidos a las actitudes, el grado de información objetiva, habilidades genéricas y para resistir la presión ante el consumo y al consumo mismo de sustancias. Sin embargo, el determinante clave del éxito de los programas se centra en los efectos sobre la conducta de consumo (Dusenbury, Falco y Lake, 1997; Tobler, Lessard, Marshall, Ochshorn y Roona, 1999).

No obstante, existen importantes controversias a la hora de definir que supone un efecto positivo en las conductas de consumo (por ejemplo, una disminución del consumo, un retraso en el inicio, una no progresión hacia un consumo regular) lo que condiciona la valoración final de la eficacia del programa. A este respecto numerosos autores defienden que un efecto reducido a corto plazo en la conducta de consumo (mantenimiento del estatus de no consumidores, un retraso en la edad de inicio o un menor aumento), probablemente se traducirá en un retraso en el consumo regular de estas sustancias o en un freno a la progresión hacia el consumo de otras sustancias ilegales (Espada, 2002; Faggiano et al., 2008; Gómez, Luengo y Romero, 2002). Por tanto, un tema de gran importancia es la necesidad de realizar una

evaluación longitudinal, para determinar los efectos reales sobre la conducta de consumo.

Otro problema añadido hace referencia a la relativa fiabilidad de las medidas o indicadores empleados para valorar los cambios en el consumo, empleando autoinformes de lápiz y papel. En general, se recomienda emplear alguna medida fisiológica complementaria o estrategias similares a la aplicación de cuestionarios bajo condiciones “Bogus Pipeline”, que incrementen la sinceridad en las respuestas.

Por otro lado, debido a la dificultad de valorar los cambios sobre el consumo a corto plazo, los resultados se valoran a menudo en los predictores o factores que modulan el consumo (factores de riesgo y protección). Estos factores intermedios son los denominados, en el área de prevención del consumo de drogas, mediadores o variables mediadoras. En otras palabras, se asume que los programas preventivos inciden sobre las variables mediadoras, y estas a su vez afectan al consumo de drogas.

Diversos autores han puesto de manifiesto que la utilización del análisis de variables mediadoras en la evaluación de programas de prevención de drogodependencias aporta numerosas ventajas (Cuijpers, 2003; Mackinnon y Dwyer, 1993):

- a) Contribuye a la verificación de las teorías sobre las que se conceptualizan los programas.
- b) Proporciona información acerca de la efectividad del programa. Si el programa no produce ningún efecto sobre el mediador que hipotéticamente prevenía el comportamiento, muy dudosamente modificará la variable resultado.
- c) Clarifica los componentes de una actuación que son efectivos, facilitando la valoración beneficios/costes de la aplicación de un programa.
- d) Aporta información relevante acerca del mecanismo causal que subyace en los resultados que se obtienen (por ejemplo, si se conocen los efectos del programa sobre el consumo de drogas, es posible analizar si los cambios en los mediadores son los responsables de esos resultados).

Por último, y debido a que los efectos positivos de los programas pueden variar a lo largo del tiempo, se recomienda realizar medidas de seguimiento a largo plazo para valorar si los programas mantienen sus efectos.

- *Evaluación del impacto.* La evaluación del impacto se diferencia de la evaluación de resultados exclusivamente en la población en la que se analizan los efectos del programa, considerando los cambios producidos sobre otros colectivos a parte de la población diana: la comunidad, las personas asociadas a los destinatarios, etc.

Por ejemplo, cuando se decide aplicar un programa escolar para el consumo de drogas en adolescentes, no es de extrañar que también se observen cambios (por ejemplo actitudes más desfavorables hacia el consumo de tabaco y alcohol) en otros colectivos tales como los profesores que han aplicado los programas o los padres de los alumnos. Para analizar los efectos producidos en estos colectivos sería necesario realizar una evaluación del impacto.

No obstante, el uso más frecuente de la evaluación del impacto lo realizan los Planes Nacionales, Autonómicos y Municipales sobre drogas. Para valorar el impacto de determinadas políticas de actuación se analizan los cambios que se producen en las tasas de prevalencia e incidencia del consumo, en la morbi-mortalidad relacionada con el consumo de drogas (accidentes de tráfico, tasas de alcoholemia, número de delitos relacionados con las drogas, etc.), en los niveles de implicación de los diversos agentes preventivos (comunidad, padres y otras instituciones), en los registros de utilización de servicios (urgencias, ingresos, admisiones a tratamientos), etc.

7.4. Aspectos metodológicos en la evaluación de programas preventivos del consumo de drogas

La meta ideal de toda evaluación de los efectos de un programa es demostrar que los cambios registrados en las variables seleccionadas (variables dependientes) son debidos a la aplicación de tal programa (variable independiente).

Por tanto, para analizar los resultados de un programa con una adecuada calidad metodológica es necesario que las actuaciones que comprenden la evaluación estén previamente planificadas. Mediante la planificación del diseño de evaluación se contemplan todos los factores que potenciarán la adecuada medición de las variables dependientes junto con la manipulación de la variable independiente, así como el control del resto de variables que no se consideran relevantes para la explicación de los efectos del programa.

7.4.1. Cuestiones referentes a la validez experimental

Una de las principales tareas del evaluador consiste en distinguir los cambios producidos por la aplicación del programa (manipulación de la variable independiente), de los cambios que ocurren como consecuencia de otros factores externos al programa (ambientales, orgánicos, históricos y actuales). Estos factores son las denominadas amenazas a la validez del estudio. Cook y Campbell (1979) han identificado cuatro tipos de validez: Interna, externa, de constructo y de conclusión estadística.

- La validez interna corresponde al grado en que los efectos detectados pueden

ser atribuidos al programa o están contaminados por otras causas. Se han identificado importantes amenazas a la validez interna, de las cuales 8 afectan a las variables dependientes (historia, maduración, administración de pruebas, instrumentación, regresión estadística, sesgos de selección, atrición o mortalidad experimental y las interacciones entre selección y maduración) y tres afectan a la integridad de los grupos (rivalidad compensatoria, igualación compensatoria, difusión del tratamiento). Estas amenazas pueden minimizarse empleando diversas estrategias como: la aleatorización, el empleo de medidas pretest y posttest, utilizar múltiples medidas pretest, realizar un cuidadoso seguimiento de los sujetos que abandonan el estudio o emplear métodos estadísticos que analicen este tipo de datos, el análisis de la equivalencia de los grupos, el control o ajuste estadístico, separar los grupos control de los grupos experimentales y realizar una cuidadosa evaluación de proceso.

- La validez externa alude a la magnitud con la que los efectos observados se pueden generalizar a diferentes situaciones, participantes y momentos. Los factores que pueden comprometer este tipo de validez son debidos a las interacciones con la intervención por parte de la selección de los participantes (falta de representatividad), por parte del lugar (los efectos se deben a la interacción de un programa concreto con un determinado lugar) o por eventos históricos (el efecto ocurre en una época particular). Estos factores pueden ser en parte contrarrestados mediante la aleatorización, empleando un muestreo que asegure la heterogeneidad de los grupos, realizando múltiples reproducciones del estudio, a través de análisis moleculares que identifiquen las interacciones relevantes (Higginbotham, West y Forsyth 1988), mediante el análisis de los efectos en subgrupos (género, niveles de riesgo, etc.) y fundamentando la evaluación en el conocimiento teórico. De igual modo, se debe detallar apropiadamente la muestra y cómo se ha seleccionado.
- Por validez de constructo entendemos el grado en que los constructos teóricos de tratamiento, resultados, población y contexto se hallan operacionalizados adecuadamente. Las amenazas contra la validez de constructo pueden deberse de una inadecuada operativización de la variable independiente teórica o del uso inadecuado de indicadores para la variable dependiente (Snow y Kraemer, 1995). La validez de constructo puede mejorarse:
 - a) empleando múltiples indicadores de las variables dependientes y evaluar si correlacionan las que son similares en contraposición con las que son diferentes;
 - b) evaluando en un mismo estudio (o reproduciendo) varias modalidades o versiones de un mismo programa;
 - c) realizando a priori un modelo de ecuaciones estructurales especificando las relaciones entre las variables y comprobando estadísticamente su grado de ajuste.

- Por último, la validez de conclusión estadística hace referencia a la habilidad para realizar una correcta inferencia sobre la relación causal de la variable dependiente e independiente (causa y efecto). En otras palabras alude a la magnitud de la precisión o a la potencia que un diseño posee para detectar los efectos de los programas, si tales efectos existen. Como amenazas a la validez estadística se encuentran las siguientes: violación de los supuestos de los test estadísticos, potencia estadística inadecuada, el uso de múltiples test de significación sin controlar la tasa de error tipo I, baja fiabilidad y validez en las medidas de las variables dependientes, heterogeneidad aleatoria de las unidades experimentales (falta de equivalencia entre los grupos experimental y control), irrelevancias aleatorias en el lugar de la intervención y errores de codificación o de registro de datos (puntuaciones atípicas o valores perdidos). Estas amenazas, principalmente, pueden controlarse realizando una adecuada aplicación de las pruebas estadísticas (análisis del poder estadístico, adecuado tamaño de la muestra, comprobación de los supuestos, cálculo del tamaño del efecto o algún otro indicador de la relevancia práctica, etc.).

7.4.2. Diseños de investigación en la evaluación de programas preventivos

En referencia a los diseños para examinar los efectos de los programas preventivos del consumo de drogas, las estrategias más empleados suelen encuadrarse dentro de los llamados diseños experimentales y cuasi-experimentales. En realidad, ambos tipos de metodologías pretenden contrastar una hipótesis de relación causal mediante la manipulación de una variable independiente (la aplicación del programa), siendo la única diferencia la asignación al azar (aleatorización) de los individuos a las diferentes condiciones experimentales.

En los diseños experimentales se contrastan los efectos que el programa ha tenido sobre individuos que se asignan aleatoriamente a diversas condiciones (como grupo que han recibido un programa, como grupo control o placebo o como grupos a los que se aplican programas alternativos). Gracias a la aleatorización el grado de control que ejerce el evaluador sobre las amenazas a la validez es elevado, puesto que se asegura que la distribución de las variables extrañas, ajenas a la aplicación del programa, sea uniforme entre los distintos grupos (cuando el tamaño de los grupos es grande y el programa se ha implementado de forma fiable).

Dentro de esta categoría los diseños más empleados son el diseño de grupo control pretest-posttest, el diseño de grupo control con sólo posttest, diseño de cuatro grupos de Solomon, diseño de grupo placebo seis y el diseño de mediciones repetidas. Además, estos modelos se pueden potenciar usando la técnica de “doble ciego”, en la cual ni el evaluador ni los sujetos conocen el tipo de programa aplicado ni el grupo al que ha sido asignado cada sujeto (Bukoski, 1995).

Estos diseños son los más idóneos para realizar una evaluación con un alto grado de

validez interna. Sin embargo, y debido a las limitaciones y circunstancias que caracterizan el contexto en el que se realiza la evaluación de programas, los diseños cuasi-experimentales se han convertido en el patrón de oro de la evaluación de los efectos de un programa (Campbell y Stanley, 1966; Cook y Campbell, 1979).

En el ámbito de la prevención del consumo de drogas, con frecuencia, la asignación aleatoria de los individuos no es posible por cuestiones prácticas o éticas, o incluso supone una inversión desproporcionada de recursos, por lo que se recurre a diversas alternativas de diseños cuasi-experimentales. No obstante, y a pesar de que dan resultados efectivos, el grado de control que se puede ejercer es menor, lo que supone conocer detalladamente cuáles son las variables específicas que están fuera de control. Debido a la imposibilidad de asignar aleatoriamente a los individuos, las inferencias causales sólo pueden considerarse como plausibles, especialmente en referencia a la comparabilidad o equivalencia de los grupos.

Se han propuesto una gran variedad de diseños cuasi-experimentales, sin embargo los más empleados son los diseños de grupo control no equivalentes (paralelos a los diseños experimentales pre-posttest y sólo posttest) y los diseños de cohortes. Generalmente, ambos se aplican aprovechando las variaciones naturales que suceden en la aplicación de los programas. Como por ejemplo, en los casos en los que en una misma comunidad se aplica un programa preventivo en algunos centros escolares y en otros no (diseños de grupo control no equivalente) o cuando un programa se aplica de diversas maneras (no se aplica, se aplica parcialmente, se aplica con totalidad) a lo largo de sucesivas cohortes.

Otras modalidades ampliamente utilizadas son los diseños de series temporales interrumpidas (simples o múltiples), que suministran observaciones repetidas de una misma unidad antes y después de la aplicación de un programa, o los diseños de discontinuidad en la regresión, en los que la regla de asignación de las unidades experimentales a los grupos es la medida previa en una variable (por ejemplo la cantidad de cigarrillos fumados a diario un índice de vulnerabilidad o riesgo, etc.).

7.5. A modo de conclusión

A lo largo de los apartados anteriores, se ha procurado presentar de forma general y sucinta los elementos más característicos de la evaluación de programas preventivos. No obstante, sintetizar en un espacio tan acotado la evaluación de programas de prevención de las drogodependencias no nos permite abarcar todas las cuestiones que la constituyen, ni mucho menos profundizar en todos los aspectos relacionados.

Con todo ello, la pretensión principal de este capítulo ha consistido en resaltar el papel de la evaluación como un elemento transversal y continuo, que debe desarrollarse a lo largo de toda la intervención preventiva del consumo de drogas.

En este sentido, y dado que la prevención del consumo de drogas, como cualquier intervención social, es un campo caracterizado por la escasez de recursos y

estrechamente ligado a los presupuestos de la contabilidad pública, resulta fundamental llevar a cabo estudios que faciliten la toma de decisiones sobre la aplicación de los programas. Esta visión es relevante si se considera que en la situación actual, donde no hay fondos destacados para grandes estudios evaluativos de programas de prevención, la evaluación debe ser considerada como parte integral de las intervenciones preventivas y como parte de una cultura de buenas prácticas.

Por último, somos conscientes de que el diseño, la aplicación y el perfeccionamiento de los programas empleando los datos obtenidos en una rigurosa evaluación requieren un coste adicional. Sin embargo, este coste no resulta descomedido si se considera que la proliferación de investigaciones evaluadoras, junto con el refinamiento de los procesos de evaluación (de necesidades, de diseño, de proceso y de los efectos de los programas) están contribuyendo al desarrollo de programas preventivos eficaces, eficientes y útiles a los profesionales que dedican su trabajo, tiempo y esfuerzo en incidir sobre el fenómeno del consumo de drogas.

Difusión de los avances en prevención escolar del consumo de drogas

8.1. Introducción

Un concepto clave de nuestra sociedad actual hace referencia a la “transferencia de la tecnología”. Es decir, a la producción y difusión de conocimientos y su transformación en productos cualificados y disponibles, que trasciendan las fronteras de la teoría hacia su aplicabilidad. En el caso de la prevención del consumo de drogas, estaríamos haciendo referencia al proceso mediante el cual surgen ideas, se crean y ensayan innovaciones para prevenir el consumo de drogas, los resultados de las evaluaciones se diseminan e, idealmente, se adoptan por los que suministran los servicios (Schinke y Orlandi, 1995).

La mayoría de los esfuerzos de la investigación en prevención de drogas, se han centrado en desarrollar, identificar y evaluar programas específicos. De esta manera, hoy disponemos de una sólida base empírica acerca de las estrategias que obtienen resultados en el consumo y las que no, e incluso las que resultan contrapreventivas. Sin embargo, el proceso mediante el cual estos programas son aplicados a la práctica diaria, ha permanecido en un segundo plano (Hansen y McNeal, 1999), existiendo un vacío en lo que sabemos acerca de cómo traducir eficazmente estos programas, a la práctica habitual (Botvin y Griffin, 2004; Hallfors y Godette, 2002).

A lo largo de la literatura especializada en la prevención del consumo de drogas, muchos autores han denunciado que en la práctica cotidiana se aplican estrategias o actividades que no se han evaluado de manera rigurosa o programas que no han obtenido buenos resultados, frente a la aplicación de innovaciones basadas en la evidencia empírica (Gottfredson, Gottfredson y Czeh, 2000; Hallfors y Godette, 2002; Hansen y McNeal, 1999; Kellam y Langevin, 2003). Tal afirmación, sin contradecir el hecho de que cada vez se dé más importancia a atender criterios de calidad en la prevención y se disponga de estrategias eficaces ampliamente diseminadas (manuales, guías, pautas, descripciones), pone de manifiesto la necesidad de potenciar los esfuerzos para identificar los factores que influyen en este proceso de transferencia, de manera que se alcancen los beneficios derivados de tales innovaciones.

8.2. Etapas del proceso de transferencia de tecnología

Para explicar cómo se desarrolla la transferencia de la tecnología, en el contexto de la prevención del consumo de drogas, Schinke y Orlandi (1995), proponen un proceso constituido por 8 etapas secuenciales:

- a) Investigación básica: esta etapa se dirige a revelar las relaciones causales y establecer los nexos entre las distintas teorías que van a guiar la investigación y el desarrollo de los programas preventivos.
- b) Investigación aplicada: durante esta fase los investigadores reciben la información sobre la relevancia y eficacia potencial de las innovaciones integrándola y adaptando intervenciones en base a los datos suministrados. La labor desarrollada en esta fase consiste en llevar a cabo estudios de casos y exploratorios.
- c) Desarrollo de la tecnología: se orienta la aplicación de los conocimientos generados anteriormente hacia el desarrollo de intervenciones sólidas y viables.
- d) Evaluación: se valora la eficacia de las intervenciones preventivas mediante la evaluación de sus resultados, a través de estudios controlados (diseños aleatorios con grupo control).
- e) Demostración: en esta etapa se realizan estudios evaluativos de campo, en los que la tecnología se aplica ampliamente dentro de un diseño de investigación.
- f) Adopción: las intervenciones innovadoras son aplicadas por las entidades e instituciones que prestan servicios preventivos del consumo de drogas.
- g) Aplicación en la práctica: se centra en planificar y llevar a cabo la difusión de las ideas, técnicas o intervenciones innovadoras.
- h) Obsolescencia: es la etapa que caracteriza la evolución de una intervención innovadora (que frecuentemente es abandonada) hacia otra nueva.

En los sucesivos apartados, se van a desarrollar los conceptos más básicos relacionados con la investigación centrada en la diseminación de las innovaciones preventivas en el ámbito escolar (el momento en el que una innovación preventiva se traslada desde su adopción hasta su puesta en práctica).

8.3. Modelos explicativos de la transferencia de la investigación a la práctica

Se han desarrollado diversas teorías o modelos de trabajo, que proporcionan una manera de entender cómo los avances en la prevención son llevados a la práctica. Estos modelos se sintetizan a continuación.

8.3.1. *Mecanicismo versus contextualismo funcional*

Por ejemplo, Biglan (2004) para explicar la relación que existe entre la ciencia y la práctica cotidiana, discute las diferencias de adoptar un enfoque mecanicista (entender el mundo como una máquina, entendiendo sus partes, las interrelaciones de sus partes y las fuerzas que actúan entre ellas, con objeto de validar su predicción) o la tradición del contextualismo funcional (entender un hecho en su contexto, identificando variables para predecir e influenciar el comportamiento, mediante la manipulación de variables ambientales). Para este autor, la adopción explícita de un enfoque de contextualismo funcional facilitará la diseminación y la implementación de prácticas preventivas basadas en la investigación.

Igualmente, destaca el valor de los estudios de casos individuales (comunidades y escuelas) para identificar variables que influyan en el proceso de adopción, implementación y mantenimiento. De manera que posteriormente puedan ser sistemáticamente replicados, mediante ensayos aleatorios, para evaluar su generalización y desarrollar un cuerpo teórico.

8.3.2. *Estudios de eficacia versus estudios de efectividad*

Otros autores, como Glasgow y colaboradores, aluden a las asunciones implícitas que subyacen a los diseños de eficacia y efectividad (Glasgow, Lichenstein y Marcus, 2003). Para estos autores, muchos de los actuales métodos de investigación preventiva se basan en la adopción de una lógica progresión en los diseños de investigación, en la que se asume que los éxitos obtenidos en los estudios de eficacia se corresponden con resultados positivos en estudios de efectividad.

Este modelo de progresión o fases en los diseños de investigación preventiva es antiguo en la salud pública, pero en las últimas dos décadas ha sido ampliamente empleado en el campo de la prevención de trastornos mentales, del comportamiento y del consumo de drogas (Flay, 1986). Su origen se sitúa en la investigación de las fases del control del cáncer (Greenwald y Cullen, 1985) y en el análisis de las investigaciones de eficacia y efectividad realizado por Flay (1986).

Bajo esta perspectiva, la investigación preventiva es un proceso cíclico en el que se distinguen varias fases: ensayos de evaluación de la eficacia, ensayos de evaluación de la efectividad, ensayos de mantenimiento, ensayos a gran escala y ensayos de mantenimiento en sistemas amplios. A su vez, dentro de cada fase se establece un riguroso y exclusivo sistema de reglas para alcanzar la evidencia empírica tanto en los diseños de investigación como en la programación preventiva. Todas las fases son precedidas por la investigación de antecedentes (factores de riesgo y protección) que juegan un papel en la etiología de las manifestaciones del problema.

- Los estudios de eficacia, se dirigen a evaluar el efecto positivo de una

intervención, bajo óptimas condiciones de implementación y rigor científico (OEDT, 2007). Se caracterizan por un fuerte control y una estandarización de la aplicación, de manera que cualquier efecto sea atribuido a la intervención estudiada (Flay, 1986; Flay et al., 2005). Los participantes son seleccionados en base a una mínima variación, los agentes de implementación son a menudo profesionales con un entrenamiento avanzado y las condiciones son rigurosamente controladas. En estos estudios se enfatiza la validez interna, con objeto de establecer una probable relación causal entre la intervención y los resultados (Greenwald y Cullen, 1985).

- Los estudios de efectividad, se evalúan los efectos de un programa cuando es aplicado en condiciones normales (OEDT, 2007), como aquellas en las que el programa puede ser empleado una vez se ha corroborado su eficacia. Tal y como indica Flay (1986; Flay et al., 2005) consisten en valorar si un programa obtiene más beneficios que daños cuando es aplicado en condiciones del mundo real. En estos estudios el rigor de los diseños sigue siendo elevado. No obstante, la variación en las condiciones de participación es permitida, en base a las circunstancias que caracterizan las escenas del mundo real. De igual modo, la calidad de la implementación es moderada y tomada en cuenta en los análisis. Con objeto de aumentar la generalización o representatividad (validez externa) los investigadores entrenan a aquellos que serán los implementadores regulares si el programa es adoptado, tales como los profesores del aula.

Para Glasgow y colaboradores (2003), las diferencias en los métodos y valores entre ambas fases de investigación consecuentemente conllevan a una diferenciación en cuanto a las características responsables del éxito de los estudios de eficacia (intensidad, complejidad, elevado control de variables extrañas y estandarización de la aplicación) y los estudios de efectividad (amplia aplicación, diferentes escenas, personal y condiciones, adaptación por los participantes y los aplicadores, etc.). Argumentando, que las variables del contexto social (raza, estatus socioeconómico, tipo de escena o agente de aplicación) que modera los efectos de las intervenciones han de ser dirigidas tanto en estudios de eficacia como en estudios de efectividad.

Así mismo, los autores han elaborado un cuerpo de trabajo en la evaluación de intervenciones en el ámbito de la salud pública, para balancear el énfasis en la validez interna y externa. Este modelo conocido como RE-AIM (Alcance, Eficacia o Efectividad, Adopción y Mantenimiento) sugiere valorar las intervenciones en cada una de las fases.

8.3.3. *Teoría de la difusión de las innovaciones*

Por último, el modelo de “difusión de las innovaciones” conceptualizado por Rogers (1995) es una de las teorías que más se han empleado como punto de partida, para introducir los programas basados en la evidencia, en la práctica diaria (Botvin y Griffin,

2004; Hallfors y Godette, 2002; Rohrbach, et al., 2006; Thaker et al., 2007).

Según Rogers, la Difusión de Innovación es un proceso mediante el cual un nuevo conocimiento (innovación) es, con el paso del tiempo, comunicado a los miembros de un sistema social a través de canales específicos (Rogers, 1995, p. 5).

Este proceso se desarrolla mediante cuatro fases:

1. Diseminación (las innovaciones son extendidas o distribuidas).
2. Adaptación (proceso mediante el cual una organización o sistema decide usar una innovación).
3. Implementación (grado en el que un programa es aplicado según estaba planeado).
4. Mantenimiento (cómo un programa es institucionalizado con el paso del tiempo).

La difusión de las innovaciones fue estudiada sistemáticamente en 1940, pero fue Rogers (1995) quien, tras su revisión de la literatura existente en este campo, proporcionó la más temprana y ampliada conceptualización teórica. Esta teoría, derivada del Modelo de Investigación, Desarrollo y Difusión (RD y D), ha sido ampliamente utilizada en áreas como la educación, la psicología y la salud pública, incluida la adicción (Rogers, 2002).

Durante 1960 y 1970, el énfasis recayó en la fase de Adopción, en la que los principales focos de interés eran la evaluación rigurosa y la validación. Se asumía que los potenciales consumidores, a la hora de tomar decisiones, valorarían los resultados obtenidos en los estudios. Bajo este modelo el consumidor era un agente pasivo, del que se esperaba que implementasen los programas tal y como se habían planeado.

A mediados de 1970, comenzaron a cuestionarse sus asunciones (Berman y McLaughlin, 1976), detectándose que no se adoptaban las innovaciones tan pronto como estaban disponibles. De esta forma, algunos grupos parecían buscar y adoptar innovaciones tempranamente, otros adoptaban las innovaciones cuando se convertían en populares, mientras que otros mantenían su cotidiana manera de realizar las actuaciones y se resistían a las innovaciones, aún cuando estaban a su disposición (Dusenbury y Hansen, 2004). Diversos autores señalaron la existencia de características de las organizaciones individuales que influían en la adopción o no de los programas y en su implementación.

Según el cuerpo teórico de la difusión de la innovación, una innovación (por ejemplo, un programa de prevención) es implementada dependiendo de una combinación de factores característicos del programa, de la organización y de la persona que lo proporciona (Rohrbach et al., 1993).

Resultados de estudios previos sugieren que, para que la implementación de un programa preventivo innovador ocurra, el ambiente escolar y los aplicadores tienen que ser capaces de aplicar el programa (Dusenbury y Hansen, 2004; Glasgow, Lichtenstein, Marcus, 2003; Thaker, et al., 2007). De igual modo, varios investigadores han señalado

una combinación de factores que influyen en la adopción, implementación y difusión de los programas en las escuelas. En este sentido Hallfors y Godette (2002) resaltan varios constructos pertenecientes a la teoría de la difusión, que pueden aplicarse al proceso de diseminación de los avances preventivos del uso de drogas:

- Percepción relativa de ventajas: la adopción de una innovación va a depender de las ventajas (beneficios sociales y económicos) que las personas que toman la decisión perciban frente a otros programas similares. Debido a que los efectos beneficiosos de los programas basados en la evidencia suelen ser a largo plazo, e incluso, a menudo, se cuestiona la necesidad de tales actuaciones, las innovaciones preventivas son lentamente adoptadas.
- Compatibilidad: hasta qué punto los adaptadores de una innovación perciben que sus intereses, necesidades, experiencias y valores coinciden con la innovación. Si el hecho de introducir un programa innovador es percibido como distante a la cultura de la escuela y a las prácticas de los profesores, su difusión se producirá lentamente. No es probable que los resultados de la evaluación sean persuasivos a aquéllos para quienes otros valores tienen una prioridad más alta.
- Complejidad: hace referencia al grado en el que la innovación es percibida como fácil o difícil de implementar. Si para implementar una innovación se necesitan grandes cambios o ajustes en la escuela (en cuanto a horarios, tiempo empleado, competencia con el currículo académico, dificultad del programa), es menos probable que se adopte, o en su caso, será más previsible que se simplifique o reinvente.

Junto a los anteriores constructos, Thaker y colaboradores (2007) añaden la utilización de tres conceptos más de la teoría de la difusión, que hacen referencia a las características de la organización o sistema:

- Capacidad de la escuela: hace referencia a las habilidades del personal, tales como profesores y administradores, y otras fuentes disponibles para implementar un programa innovador (presupuesto para los materiales, una adecuada infraestructura, etc.).
- Turbulencias de la escuela: los cambios, planeados o no, que ocurren tanto dentro como externamente a la escuela. Las turbulencias afectan la habilidad de la escuela para adoptar, implementar y mantener un programa innovador. Ejemplos de estos cambios o turbulencias serían la rotación de los profesores a otros centros, la aplicación de otros programas relacionados con la salud, conflictos en el aula que surgen durante el curso y provocan un aplazamiento o anulación del programa, etc.
- Dirección y apoyo administrativo: en qué medida las acciones y roles del personal clave de la escuela afectan a la adopción, implementación y

mantenimiento de una innovación. Como por ejemplo, la descentralización en la toma de decisiones, el apoyo de la dirección a la aplicación del programa, apoyo de la administración local, etc.

En general, la teoría de la difusión resulta valiosa para guiar la investigación sobre los métodos que mejoran o aceleran la difusión de los programas preventivos, al sugerir que las múltiples estrategias de intervención deben ajustarse a cada fase del proceso de difusión o al resaltar algunos rasgos de los programas que pueden comercializarse para acelerar su adopción (Rohbarch et al., 2006).

8.4. Factores que limitan la difusión de los avances realizados en prevención escolar

En línea con la teoría de la difusión de las innovaciones, varios autores han argumentado posibles factores o barreras que obstaculizan una adecuada difusión de las innovaciones o tecnologías preventivas, agrupándolos en función de la fase concreta en la que intervienen.

- Los factores que influyen en la diseminación de los resultados derivados de la investigación hacen referencia a la falta de feedback e incentivos para el uso de los resultados obtenidos, a una inadecuada infraestructura y sistema de organización que apoye la difusión (Green, 2001) y al hecho de que la evaluación solo tenga en cuenta los objetivos oficiales del programa, sin evaluar los intereses y expectativas de los grupos a quienes va dirigida (Birkeland, Murphy-Graham y Weiss, 2005). Desde esta vertiente, los investigadores y los que toman las decisiones normalmente tienen diferentes lenguajes, intereses, cronometrajes y visiones de la vida.
- Las barreras que interfieren en la adopción del programa agrupan factores tales como: la descentralización de decisiones en los distritos escolares, bajos niveles de consolidación, escasez de guías o manuales poco atractivos y ausencia de una adecuada infraestructura (Hallfors y Godette, 2002; Thaker et al., 2007).
- Las barreras identificadas para la implementación, comúnmente, incluyen una ausencia entre la conexión de los objetivos del programa y la cultura de la escuela, la complejidad del programa, la falta de entrenamiento y apoyo a los profesores, ausencia de una adecuada infraestructura y de materiales, la inestabilidad del personal, un inadecuado apoyo del distrito y ausencia de planificación (Elliot y Mihalic, 2004; Ennett et al., 2003; Fagan y Mihalic, 2003; Hallfors y Godette, 2002; Payne, 2008; Thaker et al., 2007).
- Finalmente, algunos factores que puedan afectar al mantenimiento son una falta de integración en el sistema escolar, una recolocación de recursos o de

personal, la rotación del personal entrenado (Payne, 2008) unas expectativas inexactas o demasiado elevadas en cuanto a los beneficios del programa, la experiencia personal con el programa y la ausencia de percepción de otras ventajas al margen de la reducción en el consumo.

8.4.1. Implementación de programas preventivos del consumo de drogas

Dado que la calidad con la que se aplican los programas innovadores, cuando se trasladan a la práctica habitual, es uno de los aspectos más críticos de la difusión de los programas eficaces, en este apartado se compendian los factores relacionados con la implementación de los programas preventivos del consumo de drogas más relevantes.

La experiencia en la diseminación de programas a gran escala o la aplicación en escenas naturales sugiere que los manuales no son aplicados en su totalidad (Stead, Mackintosh, Eadie y Hastings, 2001), variando significativamente las proporciones que los profesores utilizan. A menudo, estos programas son modificados o reinventados (Ennett et al., 2003; Halfors y Godette, 2002; Hansen y McNeal, 1999; Rogers, 1995). Esto puede suponer una provisión de insuficiente dosis para los estudiantes, que mine la eficacia de los programas.

A lo largo de la literatura se han indicado factores que podrían ayudarnos a entender, por qué los profesores, no aplican los programas con una alta fidelidad a los protocolos. En este sentido la investigación centrada en la difusión de programas eficaces sugiere que la implementación de programas constituye una compleja interacción entre factores propios de los programas, factores propios de los aplicadores y varios aspectos del contexto organizacional en el que se aplican (Rohbarch et al., 2006).

A algunos de estos factores ya se ha hecho mención en el apartado anterior. Por lo que, en líneas sucesivas se van a enumerar los factores que hacen referencia al contexto de aplicación, las características de los manuales y a las características propias de los monitores.

- a) Los factores propios del contexto de aplicación que comúnmente contribuyen a una pobre fidelidad incluyen: la escasez de tiempo por las múltiples demandas y el énfasis otorgado a los contenidos académicos (Dusenbury, Brannigan, Falco y Hansen, 2003; Hansen, Bishop y Bryant, 2009; Hill, Maucione y Hood, 2007; Mihalic, Fagan y Argamaso, 2008), problemas de disciplina y de dirección del aula a lo largo de la aplicación y falta de tiempo para finalizar las sesiones (Fagan y Mihalic, 2003).
- b) Con respecto a la relación existente entre las características de los aplicadores y la fidelidad en la implementación de los programas, algunos autores han encontrado que un alto nivel de fidelidad está asociado al entrenamiento (Fagan y Mihalic, 2003; Halfors y Godette, 2002; Hansen y McNeal, 1999), con la experiencia en la aplicación de este tipo de programas (Parcel et al.,

1991) y la motivación (Hunter y Elias, 2000), con la autoeficacia o confianza en sus habilidades para aplicar los programas (Ringwalt et al., 2003; Rohrbach, Graham y Hansen, 1993), con la compatibilidad o comodidad con los métodos de instrucción (Rohrbach et al., 1993), con una mayor aceptación hacia el programa, el grado de satisfacción y las actitudes hacia el mismo (Beets et al., 2008; Rohrbach et al., 1993), y con las expectativas sobre los resultados de los programas (Ringwalt et al., 2003). Además, los aplicadores con un estilo de instrucción no autoritario, unas buenas habilidades genéricas para la instrucción y para la dirección de grupos pueden alcanzar niveles de fidelidad elevados cuando aplican programas altamente interactivos (Tobler et al., 2000).

- c) Las características propias del manual pueden afectar a la implementación tales como: la presencia de unos objetivos claros, unos procedimientos específicos, actividades estandarizadas y la simplicidad/sencillez de la estructura del manual (Fagan y Mihalic, 2003; Gottfredson y Gottfredson, 2002; Mihalic et al., 2008; Rohrbach et al., 2006). Además si las actividades son valoradas como relevantes, atractivas y fáciles de usar también se aumenta la fidelidad al protocolo.

Sin embargo, en referencia a la fidelidad de la implementación el aspecto que ha generado mayor preocupación hace referencia a la falta de adherencia o desviación del protocolo por parte del profesorado (Botvin et al., 1990; Hallfors, y Godette, 2002; Hansen, 2001; Hansen y McNeal, 1999; Parcel et al., 1991; Rohrbach et al., 1993). En numerosas ocasiones los profesores anulan información, actividades o parte de las sesiones requeridas, debido a una falta de tiempo, porque consideran el material innecesario o inapropiado, poco atractivo o porque se solapan con otros programas que ya se han implantado. Tan sólo unos pocos profesores (un 15%) informan que siguen los protocolos fielmente (Ringwalt et al., 2003). Igualmente, complementan los programas con otros materiales como vídeos, lecturas, etc. (Fagan y Mihalic, 2003). En otras ocasiones, no emplean la metodología interactiva que se indica en los manuales, sustituyéndola por lecciones magistrales, e incluso no aplican las lecciones a las edades correspondientes (Hallfors y Godette, 2002).

En referencia a la readaptación o a la fidelidad estricta en la aplicación de los programas las opiniones están polarizadas. Algunos autores defienden que la adaptación a las condiciones contextuales no es solo inevitable, sino necesaria para superar ciertas limitaciones locales, incrementar la relevancia cultural y, por tanto, la aceptabilidad del programa y su institucionalización, acercándose a las necesidades de los aplicadores y de los participantes (Castro, Barrera y Martínez, 2004; Domitrovich y Greenberg, 2000; Rogers, 1995). Mientras que otros tienden a defender una estricta fidelidad, en la que los programas sean aplicados tal y como se han evaluado originalmente, o se corre el riesgo de reducir la eficacia que los programas han demostrado (Elliot y Mihalic, 2004;

Gottfredson, 2001; Gray et al., 2000).

Pese a la importancia de ambos puntos de vista, la evidencia actual indica que los programas aplicados con una alta fidelidad tienen mayor probabilidad de obtener resultados positivos (Botvin et al., 1990; Elliot y Mihalic, 2004, Hansen, 2001; Parcel et al., 1991; Rohbarch, Graham y Hansen, 1993).

No obstante, el debate fidelidad versus adaptación no ha sido resuelto surgiendo argumentos que defienden un punto intermedio entre ambas posturas para lograr maximizar tanto la adopción como la eficacia de las intervenciones a lo largo de diversas poblaciones (Castro et al., 2004). De alguna forma, para que los programas tengan éxito, los profesores deben ser capaces de adoptar los programas ajustándose a las necesidades de sus estudiantes, siempre y cuando los componentes claves del programa estén presentes (Dusenbury y Hansen, 2004).

Por otro lado, existen estudios que sugieren que la falta de fidelidad no siempre amenaza a la integridad de la intervención. Por ejemplo en un estudio de Mayer, Blakely y Davidson (1986) sobre la fidelidad de la aplicación de programas educativos los investigadores encontraron que los programas en los que se había anulado o modificado algún componente resultaron menos eficaces que aquellos en los que se habían agregado nuevos componentes. Por su parte, Parcel et al. (1991) encontraron una asociación empírica entre fidelidad y resultados del programa sólo entre los profesores que aplicaban por primera vez el programa pero no entre los profesores más experimentados, en los que las modificaciones realizadas no disminuyeron el éxito del programa. Estos resultados podrían sugerir que la adherencia al protocolo es más importante en el caso de profesores poco experimentados.

Resulta, por tanto, imprescindible llevar a cabo investigaciones que determinen si, y bajo qué condiciones, la adaptación de los protocolos puede mejorar los resultados y la diseminación de los programas. En síntesis, muchos de los desafíos de la difusión de programas basados en la evidencia están relacionados con la fidelidad en su implementación. Convencer a los profesores, que trabajan en la prevención, de la necesidad de emplear manuales o protocolos estándares, tal y como se han evaluado, puede resultar una ardua tarea.

8.5. Estrategias para aumentar la difusión de los avances en prevención escolar

En los últimos años, un creciente número de diseñadores de programas preventivos han comenzado a dirigir sus esfuerzos para diseminar ampliamente los programas que han demostrado su eficacia. A este respecto, las publicaciones que han analizado estos esfuerzos sugieren que se necesita una combinación de factores para lograr tanto una

adopción como una implementación exitosa. En esta sección se discuten algunas estrategias que pueden mejorar el proceso de difusión de las tecnologías preventivas del consumo de drogas a gran escala.

8.5.1. Entrenamiento de los aplicadores

En el apartado dedicado a la implementación se ha hecho referencia a la falta de entrenamiento como uno de los factores que influyen en la adecuada aplicación de los manuales preventivos. Tal es su importancia, que numerosos autores lo clasifican como uno de los componentes claves de los programas de prevención de drogas basados en la evidencia (Shope, Elliott, Raghunathan y Waller, 2001; Tobler et al., 2000).

Mediante la especialización del personal que aplica el programa se logra un mayor nivel de fidelidad a los manuales (Parcel et al., 1991), y por tanto se obtienen mejores resultados. La provisión de un entrenamiento previo a los agentes de aplicación es beneficiosa por varias razones:

- a) En primer lugar, contribuye a disminuir resistencias, generar una actitud más favorable hacia el programa y aumentar el compromiso y la motivación. Lo que aumenta el apoyo de los profesores hacia el programa, facilitando, a su vez, la consecución de los objetivos. Fagan y Mihalic (2003) en un estudio en el que valoraban el proceso de implementación del programa “Life Skills Training” en 292 escuelas, hallaron una fuerte correlación entre la falta de apoyo del profesorado y el comportamiento de los estudiantes (0,60) y su hastío (-0,50).
- b) Por otro lado, una base adecuada de conocimientos aumenta los recursos personales y estimula la confianza y comodidad para impartir los conocimientos. Stead y colaboradores, al evaluar el programa multicomponente “NE Choices”, observaron en los talleres desarrollados por los profesores que aquellos que no eran especialistas tuvieron más reservas para conducir las sesiones y expresaron una mayor necesidad de apoyo (Stead et al., 2001).
- c) De igual modo, al proporcionar conocimientos suficientes sobre la materia, se corrigen expectativas irreales o negativas, con respecto a los resultados y beneficios que se obtienen al aplicar el programa. Los factores de riesgo y de protección son importantes no solo para prevenir o reducir el consumo de drogas, sino también para mejorar y aumentar el potencial personal. Al puntualizar esta información, se favorece la percepción de otros beneficios o resultados junto con los referidos al consumo de drogas. La percepción de estas ventajas puede ayudarnos a hacer coincidir nuestros objetivos con los valores de la escuela.
- d) En ocasiones, los profesores son muy reticentes a la aplicación del programa,

debido a que consideran ingenua la idea de que un programa, en unas cuantas sesiones, pueda actuar contra el fenómeno del consumo de drogas. Mediante el entrenamiento, tal y como sugieren Birkeland y colaboradores (2005), se pueden detallar los efectos positivos del programa y su alcance. Aunque también es importante esclarecer que tanto la investigación como la influencia de los factores de riesgo y protección es cuestión de probabilidades.

- e) Así mismo, la provisión de un conocimiento adecuado de los fundamentos del programa genera un mayor entendimiento de los conceptos y componentes claves. Lo que contribuye, a su vez, a disminuir la desviación con respecto al protocolo original y facilitar su aplicación. Hansen y McNeal (1999) al evaluar la práctica normativa en las escenas de 146 escuelas, durante un período de dos años (1992-1994) hallaron, empleando una metodología observacional, que frecuentemente no se correspondía lo que declaraban los observadores con lo que declaraban los profesores acerca de los contenidos en la misma sesión. Sugiriendo estas discrepancias son producidas porque los profesores a menudo no entienden las palabras y descripciones asociadas a los conceptos centrales de la educación sobre drogas.
- f) Por último, en la aplicación de los programas basados en la evidencia, resulta esencial que los profesores apliquen las sesiones generando un nivel de interacción elevado, dirigiendo la clase hacia los objetivos de la sesión y creando un ambiente de seguridad y feedback. Sin embargo, los profesores encuentran más dificultades en dirigir el comportamiento de los estudiantes en las actividades en grupos y en los *role-playing* (Ennett et al., 2003; Fagan y Mihalic, 2003), o no se sienten cómodos usando la metodología interactiva (Stead et al., 2001). La metodología interactiva requiere unas habilidades apropiadas y un cierto grado de comodidad, para ser empleada de forma adecuada. Por tanto, es necesario entrenar a los profesores sobre cómo enseñar de forma interactiva.

A modo de ejemplo, en el estudio desarrollado por Ennett y colaboradores (2003) para valorar el grado en el que las prácticas habituales de 1.905 escuelas empleaban los estándares más eficaces sugeridos por Tobler (combinación modelo de influencias sociales e interactivos). Los resultados sugieren que una gran mayoría de profesores cubría el contenido apropiado en sus sesiones de prevención, pero no utilizaba los métodos de instrucción interactivos. Indicando, también que, en la aplicación de un programa basado en la evidencia influían dos factores principales que discriminaban entre los que aplicaban contenidos y metodologías eficaces y los que no. Estos factores hacían referencia al entrenamiento reciente y la comodidad con la metodología interactiva. En un análisis posterior, encontraron que los sujetos que habían participado en un entrenamiento reciente declaraban significativamente una comodidad más alta con los métodos que aquellos que no habían participados (media 2, 71 vs. 2, 52, $p < 0,0001$). No obstante, y debido al diseño empleado no fue posible determinar si aquellos profesores

más innovadores, eran los que usaban métodos interactivos y buscaban más oportunidades de entrenarse, en lugar de la relación inversa sugerida anteriormente. Otro resultado importante arrojado por el estudio de Ennett y colaboradores era que los profesores que usaban programas efectivos eran significativamente más probables de usar tanto contenido como aplicación eficaces.

Estos resultados validan la importancia de aplicar programas basados en la evidencia y demuestran que la implementación de estos programas se realiza como se ha planeado. Finalmente, los autores recomiendan que el entrenamiento divida su tiempo entre instrucción, modelado y práctica, con objeto de que los programas sean administrados de manera efectiva.

Como conclusión, para asegurar que los aplicadores posean un adecuado conocimiento y habilidades, y se sientan cómodos aplicando los programas de prevención de drogas se requiere un cierto tipo de entrenamiento. No obstante, la investigación que examina los rasgos específicos del entrenamiento que promueven la optimización de los programas ha sido limitada. Existiendo, de igual modo, muy poco conocimiento sobre cómo realmente el entrenamiento impacta en la actuación de los profesores o en los resultados de los alumnos.

Existen muy pocos estudios que analicen el impacto real que el entrenamiento ejerce en la actuación de los profesores y/o en los resultados de los alumnos. Los pocos estudios que han valorado el entrenamiento, se han centrado principalmente en si algunas estrategias o componentes del entrenamiento son más eficaces que otras. En estos estudios cuando las estrategias han logrado efectos positivos, estos se han producido principalmente en el grado de conocimiento adquirido por los profesores y, en menor medida, en las actitudes que mantienen hacia las aproximaciones preventivas (Dusenbury et al., 2003).

Con respecto a las características del entrenamiento, los estudios indican que debe directamente entrenar a los profesores incluyendo la aplicación de las sesiones (McBride et al., 2003), emplear vídeos y *role-playing* (Elliot y Mihalic, 2004) y debería ser continuado con sesiones de recuerdo (McBride et al., 2003).

Por otro lado, el entrenamiento es mejor valorado cuando lo realizan los diseñadores del programa, se ofrece a profesores motivados (Tobler et al., 2000) y en él se especifican instrucciones concretas y detalladas (Berman y McLaughlin, 1976).

En cuanto a los tipos o modelos más efectivos para mejorar la fidelidad de la implementación de los profesores, los estudios que se han dirigido a esta cuestión muestran que los talleres (en vivo) no son más efectivos en aumentar la fidelidad de la implementación (Botvin et al., 1990) o los resultados de los programas que otras modalidades. Sin embargo, se ha hallado una mayor probabilidad de aplicar los programas y las técnicas de *role-playing* tras un entrenamiento en vivo en comparación con el entrenamiento en vídeo. A este respecto, Kelly y colaboradores compararon tres versiones de entrenamiento: sólo material (autoinstruccional), intensivo (talleres de 2 días) y talleres junto con asistencia técnica telefónica durante seis meses, concluyendo que la tercera versión obtenía mejores tasas de adopción e implementación de programas

de prevención (Kelly et al., 2000).

Un último aspecto a destacar hace referencia a la duración del entrenamiento. Habitualmente la duración del entrenamiento oscila entre talleres de un día hasta 3 semanas. Sin embargo, se defiende que un entrenamiento más extensivo está asociado con una mayor fidelidad y mejores resultados.

8.5.2. *Materiales*

Para aumentar la amplia adopción de los programas innovadores se deben diseñar protocolos con una alta calidad, que a su vez resulten sencillos de aplicar y atractivos para los usuarios. La facilidad con la que se pueden aplicar los manuales repercute en la fidelidad, eficacia y sostenibilidad de los programas cuando son diseminados.

Los programas que precisan una mínima preparación o entrenamiento (Hansen et al., 2009) y requieren un menor tiempo para cubrir las lecciones (Hill et al., 2007; Mihalic et al., 2008) incrementan la fidelidad de su aplicación en las escenas prácticas y aumentan la probabilidad de que el programa se institucionalice.

En este orden, con objeto de aumentar la diseminación de los programas con una alta fidelidad es necesario identificar los elementos del programa que requieren mayor preparación, de manera que se simplifiquen las tareas y rediseñar aquellas actividades que con mayor frecuencia son omitidas o modificadas a causa de su complejidad.

De igual modo, los diseñadores de programas pueden emplear las nuevas tecnologías de la información para proporcionar un apoyo adicional y automatizar aquellas tareas que resultan más tediosas (Hansen et al., 2009).

8.5.3. *Reproducción de los estudios*

La reproducción de los estudios conduce a aumentar las probabilidades de que las innovaciones se diseminen y apliquen ampliamente, puesto que aporta evidencia acumulada de los efectos que estas producen y genera un efecto de familiarización entre los investigadores y profesionales.

De esta manera, se confirma el valor de los programas ante los suministradores de servicios y sus posibles usuarios, puesto que en último término, serán estas audiencias las que tomen decisiones sobre la adopción e incorporación de tales programas.

A su vez, realizar sucesivos estudios sobre un programa proporciona nuevas oportunidades de mejorar los programas, logrando una mayor aproximación a las escenas de la práctica diaria.

8.5.4. *Análisis de costes*

En última instancia, son las potenciales audiencias (administradores, políticos, profesionales, etc.) quienes deciden adoptar una innovación, y con frecuencia esta decisión está estrechamente ligada a la contabilidad o disponibilidad de recursos. Por ello, una estrategia fundamental para orientar la toma de decisiones sobre la asignación de recursos consiste en realizar una evaluación sobre la eficiencia del programa. Es decir, suministrar información sobre los beneficios de un programa (por ejemplo en relación al retraso o la disminución en el consumo) en contraposición a los costes que su aplicación conlleva (o la aplicación de otro programa comparativo).

8.5.5. Establecer un sistema de difusión de alta calidad

Para fomentar la difusión de los avances logrados, los investigadores deben esforzarse en establecer un sistema de divulgación de alta calidad.

Este sistema debería incluir la publicación de los resultados y productos en publicaciones científicas y profesionales, la presentación de comunicaciones a congresos, foros (científicos y profesionales) y medios de comunicación populares, la distribución de informes a través de Internet (listas de distribución, redes cooperativas, etc.) y la comercialización de los productos a gran escala. De esta manera, se logra visibilizar los resultados logrados mediante la tecnología preventiva al ambiente científico, profesional y ante la opinión pública.

8.5.6. Aumentar la capacidad de las organizaciones que suministran los servicios preventivos

Resulta imprescindible realizar un trabajo conjunto con las instituciones que deciden adoptar un programa, con objeto de construir o mejorar su capacidad para aplicarlo de forma adecuada, tanto antes como durante su implementación.

En general, se recomienda que los investigadores trabajen en estrecha relación con los suministradores de los programas, con objeto de solventar los problemas relacionados con la implementación, adaptación y evaluación de los programas.

Las acciones que pueden llevarse a cabo consisten en realizar una provisión adecuada de entrenamiento y asistencia técnica a los suministradores (visitas, contactos telefónicos, etc.), estimular alianzas que proporcionen un fuerte apoyo a nivel administrativo y comunitario, consensuar un cronograma de aplicación que se ajuste a sus necesidades y agendas, orientar en la selección de los aplicadores de los programas y establecer un plan de sostenibilidad frente a la rotación del personal.

8.6. A modo de conclusión

En este capítulo, se han descrito los modelos teóricos que han intentado explicar o guiar el proceso mediante el cual los avances alcanzados en prevención escolar del consumo de drogas se difunden a las escenas donde habitualmente se prestan los servicios preventivos. A su vez, se han sintetizado los factores más destacados por la literatura especializada, que limitan este proceso. Y por último, se han propuesto algunas estrategias o métodos que pueden contribuir a aumentar la adopción e institucionalización de los avances en prevención del consumo de drogas.

En definitiva, nos encontramos ante uno de los retos más importantes hacia los que la prevención de drogodependencias debe dirigir su atención. Fundamentalmente, si se considera que la mayoría de los programas basados en la evidencia se han desarrollado en contextos controlados de investigación, durante períodos acotados en el tiempo. Lo que no asegura que las escuelas puedan implementarlos y adoptarlos con facilidad, y mucho menos mantenerlos. En la misma medida, incluso cuando estas estrategias son implementadas, en muchas ocasiones no se aplican en su total integridad o fielmente a los protocolos desarrollados, con el riesgo consecuente de anular o modificar algunos de los componentes claves en los que el manual basa su eficacia.

El estudio de cómo traducir las innovaciones a las situaciones de estas escenas naturales es fundamental para aumentar nuestra comprensión sobre la probabilidad de incidir en el consumo de drogas, en las intervenciones cotidianas. Pese a que se han realizado numerosos esfuerzos, el campo de la prevención de drogas está ante sus primeros pasos hacia la adopción de las innovaciones en las escenas típicas del sistema escolar. De tal modo, comienza a evidenciarse como la difusión de los programas basados en la evidencia, debe ser conducida para impulsar a los individuos y organizaciones a adoptarlos.

TERCERA PARTE

Prevención sobre conductas específicas en drogodependencias

9

Intervención ante los nuevos patrones juveniles de consumo de alcohol

9.1. Introducción

En este capítulo se ofrece una descripción de las principales actuaciones que se están realizando en nuestro país para paliar el consumo de alcohol por parte de los jóvenes. Con objeto de contextualizar estas intervenciones se realiza previamente una descripción de la situación que caracteriza a este sector poblacional a nivel europeo y nacional, haciendo hincapié en los diferentes tipos de consumidor existentes. Finalmente, se realiza una reflexión sobre algunas de las carencias que muestran las diferentes alternativas presentadas.

9.2. Situación actual del consumo de alcohol en la población juvenil

Europa continúa siendo la región del mundo con la proporción más alta de consumidores de alcohol y con los niveles de consumo más elevados (CE, 2007). De hecho, el 75% de los ciudadanos de la UE señalan haber consumido bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses, siendo mayoritario el porcentaje que reconoce haberlo hecho también durante el último mes (91%), lo que permite afirmar que el consumo limitado a condiciones especiales es prácticamente inexistente (CE, 2007).

En los últimos años se ha producido una progresiva homogeneización en el modo de consumir, sobre todo entre las generaciones más jóvenes, siendo notorio el incremento del consumo vinculado al factor social y con fines psicotrópicos (Anderson y Baumberg, 2006; Comisión Clínica PNSD, 2007; Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria, 2007). Actualmente, se atiende a un patrón de consumo juvenil caracterizado por un inicio más temprano (alrededor de los 12,5 años), de mayor cuantía (la cantidad media ingerida en una ocasión suele superar los 60 g de alcohol) y en forma de atracones o *binges*, definidos como el consumo en una única ocasión de un determinado nivel de alcohol que suele situarse en 5 o más bebidas estándar (Anderson y

Baumberg, 2006; Farke y Anderson, 2007). Concretamente, uno de cada seis adolescentes de 15 a 16 años (18%) afirman haber incurrido en un atracón tres o más veces en el último mes, porcentaje que se incrementa entre jóvenes de 24 años (22% realizan *binge drinking* una vez por semana) (Anderson y Baumberg, 2006).

9.2.1. *Algunos efectos del alcohol*

Este patrón de consumo juvenil es uno de los que presenta mayores riesgos para la salud, tanto directos como indirectos (Anderson y Baumberg, 2006; Rodríguez Martos, 2007). Cada vez se realizan más estudios que revelan que el consumo de alcohol durante la adolescencia puede afectar el proceso de maduración cerebral, repercutiendo tanto a nivel psicológico como comportamental.

Chambers, Taylor y Potenza (2003) hallaron efectos permanentes sobre el córtex prefrontal que influían en funciones psicológicas como el aprendizaje, el seguimiento de normas o la regulación emocional. Por otra parte, el efecto sobre un núcleo accumbens inmaduro justifica la tendencia de estos jóvenes a buscar actividades excitantes, pero que requieren de poco esfuerzo; mientras que el efecto sobre una amígdala en proceso de maduración, permite comprender sus reacciones emocionales explosivas ante algunas situaciones. Puede decirse que el consumo de alcohol tiende a interferir con la capacidad para afrontar sentimientos y emociones que forman parte de su desarrollo, confundiendo la autopercepción, el etiquetado, el procesamiento y el manejo de respuestas emocionales (Fernández, Calafat y Juan, 2004). Estos efectos pueden generar un desequilibrio entre los sistemas cerebrales relacionados con el placer y el control conductual, haciendo más vulnerable a las adicciones al adolescente consumidor.

También es importante mencionar la investigación realizada para determinar el daño que produce un consumo de alcohol sobre el cerebro. En los estudios de exploración del cerebro humano (Brown, Tapert, Granholm y Delis, 2000; DeBellis et al., 2000) se observa un menor volumen del hipocampo (estructura primaria de la memoria) entre los adolescentes consumidores abusivos de alcohol, lo que les lleva a tener mayor dificultad para recuperar información almacenada. Resultados similares se obtienen al comparar el volumen de las diferentes regiones de la corteza prefrontal. En todos los casos se aprecian tamaños inferiores en los bebedores en exceso, especialmente en la zona ventral, la cual incide en el proceso de toma de decisiones, de supervisión del comportamiento y en el autocontrol sobre los sentimientos.

En líneas generales, puede afirmarse que el consumo de alcohol interfiere en el desarrollo de las capacidades básicas y esenciales que se adquieren durante esta etapa: el pensamiento abstracto, la lógica proposicional (capacidad para formar hipótesis y considerar posibles soluciones) y la metacognición (la capacidad de percibir y analizar los propios procesos de pensamiento). La afectación producida por este consumo permite comprender que entre los efectos a corto plazo más visibles estén los relacionados con las intoxicaciones agudas y con las distorsiones en los juicios de evaluación de situaciones

de riesgo (Apter, 1992), que pueden llevar por ejemplo a una conducción temeraria o a una conducta sexual de riesgo (Murgraff, Parrott y Bennett, 1999). Sin embargo, las consecuencias a largo plazo están menos claras. Muchos estudios encuentran que el consumo de sustancias en adolescentes se relaciona con fracaso o abandono escolar, problemas conductuales o síntomas depresivos (Chassin et al., 2004; Johnson et al., 2000). Sin embargo, la mayoría de estos estudios son transversales, lo que dificulta poder determinar si se trata de consecuencias o de precursores del consumo. Además, algunas investigaciones encuentran relación entre el consumo moderado o experimental y algunos indicadores de un buen ajuste en la adolescencia o adultez (Chassin et al., 2004; Shedler y Block, 1990). Es evidente la necesidad de llevar a cabo estudios longitudinales que incluyan a jóvenes consumidores de riesgo, de manera que se puedan concretar con mayor precisión las repercusiones a largo plazo.

9.2.2. Inicio al consumo y estilo de consumo

Un aspecto que requiere más investigación es el que vincula el inicio precoz en el consumo con la mayor probabilidad de desarrollar un consumo abusivo (Dennis, Babor, Roebuck y Donaldson, 2002; Grant y Dawson, 1997). Sin embargo, no todos los estudios coinciden en esta conclusión. En algunos casos, los adolescentes que comienzan algo más tarde, pero con una clara trayectoria ascendente en su consumo, son quienes muestran los niveles más altos de dependencia y abuso en una etapa posterior de su vida (Hill, White, Chung, Hawkins y Catalano, 2000; Oliva, Parra y Sánchez, 2008). Esto pone de relieve que no sólo es importante considerar la edad de inicio en el consumo sino también el patrón de ingesta que realizan.

Esta situación justifica la petición, por parte de la OMS a los Estados Miembros para que elaboren, apliquen y evalúen estrategias y programas eficaces dirigidas a reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas del consumo nocivo de alcohol (Comisión Clínica PNSD, 2007).

España no queda exenta de esta realidad ya que los continuos cambios económicos, sociales y culturales que se han experimentado en los últimos treinta años, han motivado el abandono del tradicional “patrón mediterráneo” (ingesta de alcohol durante las comidas en pequeña cantidad y limitada a mayores de edad), quebrando el acceso progresivo al consumo controlado y socialmente adaptado de alcohol. En estos momentos, el inicio se produce entre los 13 y 14 años, predominantemente en el grupo de amigos y compañeros, siendo más frecuentes que en años anteriores las intoxicaciones agudas graves entre los menores de 18 años (Comisión Clínica PNSD, 2007; OED, 2009). En la última Encuesta Estatal de Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria (OED, 2009) se señala una estabilización desde 2006 en la proporción de jóvenes que informan consumir durante los últimos 30 días (aprox. 60%). Sin embargo la prevalencia de borracheras (29,1% en 2008) ha vuelto a situarse en cifras parecidas o superiores a las de 2004 (28%), tras el descenso experimentado en 2006 (25,6%), confirmando la

tendencia ascendente observada desde 1994. Puede concluirse que para un amplio sector de la juventud, el beber se ha convertido en una búsqueda rápida del fin último de la embriaguez, lo que dificulta bastante las relaciones sociales y evidencia una falta de control sobre la conducta de consumo.

Por otra parte, un 41,4% de los estudiantes de 14 a 18 años en los últimos 30 días (38,3% chicas y 44,7% chicos) informa haber tomado algún día en ese período 5 o más consumiciones de bebidas alcohólicas en la misma ocasión o en un intervalo aproximado de dos horas. El 15,2% lo ha hecho más de 4 días el último mes. Estos indicadores permiten afirmar que a pesar de mantenerse estable la extensión del número de consumidores en estas edades, parece que aumenta la tendencia a beber de forma más intensiva entre aquellos que beben.

Puede concluirse que los jóvenes españoles beben grandes cantidades de alcohol, siendo cada vez más frecuente el consumo en un corto período de tiempo, dando lugar al patrón denominado en inglés *binge drinking* y entre nosotros en atracón. En España uno de los fenómenos que favorece la aparición de este patrón de consumo de riesgo juvenil es el conocido como botellón. En éste los jóvenes adquieren la bebida en comercios que posteriormente consumen en elevadas cantidades en espacios públicos. Esta situación genera molestias sociales (ruido, suciedad, etc.) que han justificado la adopción de medidas represivas, tratando de reducir de este modo la tensión o conflicto social generado. Con el tiempo, la limitada efectividad de estas medidas junto con el conocimiento proporcionado por investigaciones sobre el patrón de consumo realizado y sus consecuencias han motivado el creciente interés que existe en la actualidad por analizar los determinantes del consumo en atracón que subyace a este fenómeno.

Los estudios iniciales, en su mayoría estudios de campo realizados en las propias zonas botellón, han generado una imagen confusa, debido principalmente a limitaciones metodológicas relacionadas con la representatividad de las muestras entrevistadas (arbitrariedad en la selección de las zonas botellón, del horario de recogida de datos...) y con la calidad de las respuestas obtenidas (nivel de alcoholemia de los entrevistados, confidencialidad de respuestas...). Tampoco se conoce objetivamente la cantidad y tipo de consumo realizado; ni siquiera si existen diferentes tipos de consumidores dentro del botellón en función de variables como la edad o el sexo. Un dato en el que sí que coinciden todos los estudios realizados es el referido al porcentaje tan elevado de jóvenes que consumen alcohol durante el mismo, entre un 70-90% de los entrevistados (Baigorri et al., 2003; Calafat et al., 2005; Navarrete, 2004), lo que viene a corroborar que para la mayoría de los jóvenes hacer botellón implica consumir alcohol.

La necesidad actual de fundamentar posibles alternativas ante esta práctica requiere disponer de un conocimiento más detallado, profundo y comprehensivo de todos los aspectos relacionados con la misma. Bajo esta perspectiva se ha realizado una amplia investigación, financiada por el Plan Nacional sobre Drogas (2004-2006), que analiza todo el patrón conductual incluido en la práctica del botellón (antecedentes, momento de la práctica del botellón y consecuentes), desde diferentes perspectivas (jóvenes, padres, fuerzas y cuerpos de seguridad, y medios de comunicación), tantas como posibles

agentes implicados en el desarrollo de esta práctica (Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008; Cortés, Espejo, Martín y Gómez, 2010). En el caso de los jóvenes, se ha contado con una muestra más amplia y representativa que las utilizadas hasta el momento, la cual ha sido entrevistada fuera de las zonas de botellón en un ambiente más controlado y con una metodología más rigurosa.

En el siguiente apartado se presenta una descripción de los diferentes patrones de consumo observados dentro de esta práctica juvenil, permitiendo posteriormente poder razonar sobre la adecuación de las alternativas propuestas hasta el momento y las posibles carencias o necesidades a considerar de cara al futuro.

9.3. Patrones de consumo de los jóvenes durante la práctica del botellón

En total se ha entrevistado a 6.005 jóvenes de las ciudades de Valencia, Alicante y Castellón, diferenciados en dos grupos: 2001 estudiantes universitarios (31,5% varones, 68,5% mujeres) y 4004 alumnos de 3º y 4º de ESO, Bachillerato y CF (48,3% varones y 51,7% mujeres). Las edades de los universitarios (U) oscilan entre 19 y 29 años (Media=21,3 años; d.t.=1,8) y las de los adolescentes (A) entre 14 y 18 años (Media=16,1 años; d.t.=1,2).

Tal como se indica en la [Figura 9.1](#), la práctica del botellón va generalizándose entre los jóvenes conforme aumenta su edad: un 69% (n=2763) de adolescentes realizan botellón, frente a un 82,9% (n=1658) de universitarios. No deja de ser relevante que más de la mitad de los adolescentes entrevistados de 15 a 17 años afirmen que ya están realizando botellón, muchos de ellos de manera recurrente. Esta vinculación creciente y regular permite cuestionar que se trate de una opción de ocio minoritaria y limitada a jóvenes de mayor edad. Además, no puede dejarse de lado que alrededor de un 90% de los jóvenes que realizan botellón afirman ingerir alcohol.

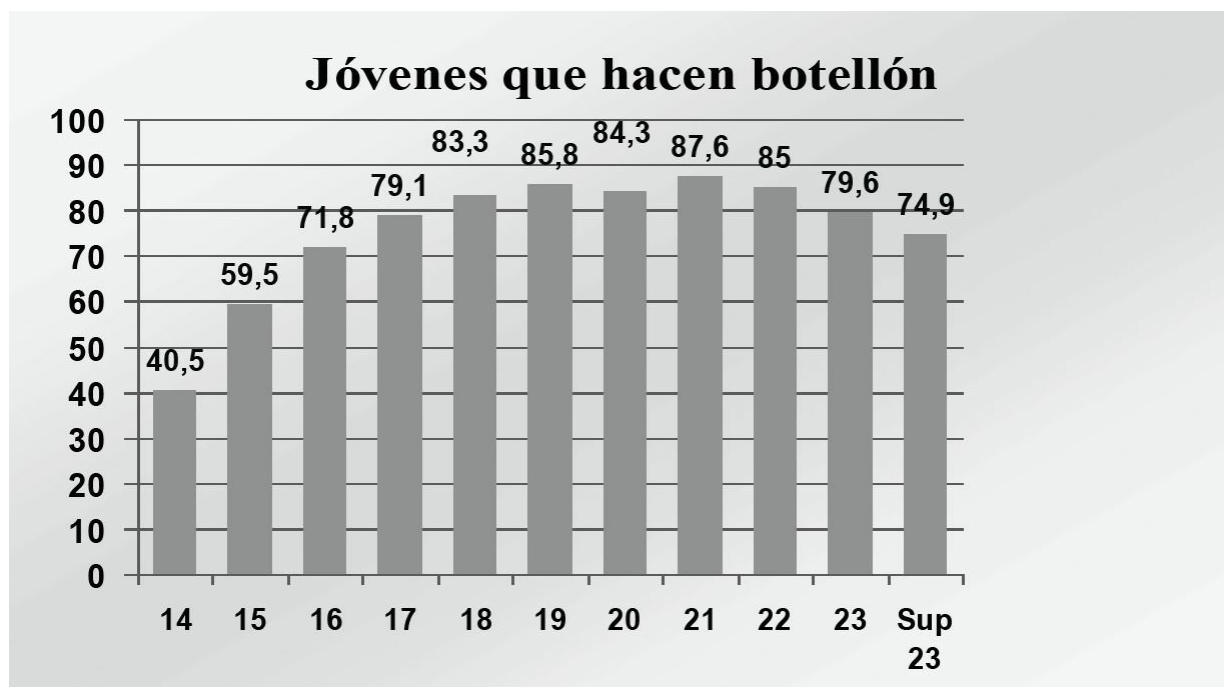


Figura 9.1. Porcentaje de jóvenes que hacen botellón en función de la edad.

No se aprecian diferencias entre chicos y chicas, siendo similar el porcentaje de estos que realizan la conducta –U: 83,3% varones (n=523) y 82,9% mujeres (n=1133)// A: 69% varones (n=1319) y 70,1% mujeres (n=1492)–.

Un dato importante a considerar es el descenso en la edad de inicio de esta práctica entre los adolescentes ([Cuadro 9.1](#)), lo que viene a confirmar la tendencia manifestada por la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria (2007). Los ANOVA correspondientes informan de diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio en la práctica del botellón ($F(4,2658)=151.026$, $MCE=1.4$, $p < 0.001$), confirmando un descenso significativo, año a año.

Cuadro 9.1. Edad media de inicio en la práctica del botellón en función de la edad.

<i>Edad actual</i>	<i>N</i>	<i>Edad media de inicio</i>	<i>Desviación típica</i>
18	425	14.89	1.4
17	768	14.54	1.2
16	753	13.95	1.2
15	563	13.45	0.97
14	154	13.03	0.98

Por las cantidades de alcohol que afirman ingerir ([figura 9.2](#)) puede decirse que se da una clara correspondencia entre la práctica europea del *binge drinking* y el patrón de

consumo de los jóvenes durante el botellón, independientemente de su edad. Debido a la diversidad de criterios utilizados para definir el *binge drinking* (Berridge, Thom y Herring, 2007) y dado que no existe en la actualidad evidencia científica que apoye el uso de una u otra definición, se recurre a los criterios consensuados por un grupo de expertos españoles en la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p. 43): “Consumo de 60 o más gramos (6 UBEs), en varones, y de 40 o más gramos (4 UBEs), en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 h), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8)”.

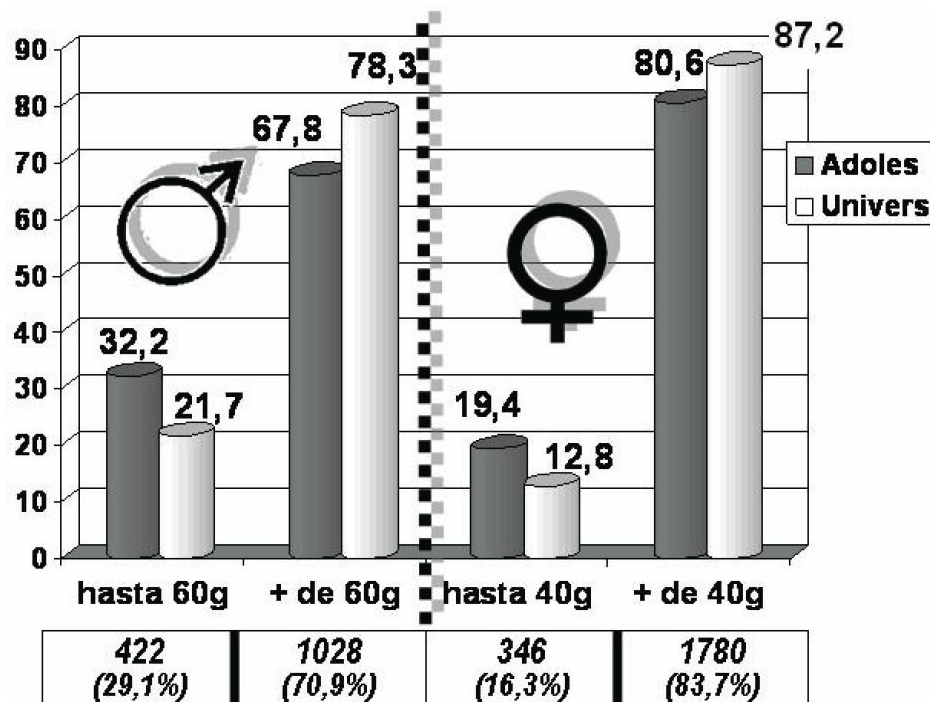


Figura 9.2. Distribución de los jóvenes en función del nivel de consumo y sexo.

Además, al considerar sólo el conjunto de jóvenes que realizan un consumo intensivo o *binge drinking* (más de 60 g en varones y de 40 g en mujeres) se evidencia la existencia de diferentes tipos de consumidores. El análisis de conglomerados realizado (Cuadro 9.2) diferencia cuatro grupos de consumidores a partir de las variables: cantidad de alcohol ingerido (gramos consumidos en cada ocasión), regularidad con la que se lleva a cabo esta conducta (número de años), sexo de los entrevistados y grupo al que pertenecen (adolescentes o universitarios).

Cuadro 9.2. Análisis de conglomerados para consumidores intensivos o binge drinking.

	<i>Sexo</i>		<i>Grupo</i>		<i>Años BOT</i>	<i>Gramos alcohol</i>
N (%)	Hombre	Mujer	Univ.	Adol.	Media (d.t.)	Media (d.t.)
870 (31,7)		870	870		6,1 (2,5)	97,7 (45,7)
876 (31,9)		876		876	2,3 (1,3)	88,0 (41,3)
330 (12,0)	330		330		5,9 (2,5)	130,7 (50,9)
670 (24,4)	670			670	2,3 (1,3)	125,2 (52,9)

Es importante destacar que los jóvenes, independientemente de su edad y sexo, consumen muy por encima de los límites fijados para definir un consumo intensivo de alcohol. Además, los adolescentes han llegado a niveles de consumo similares a los universitarios utilizando un menor tiempo, de ahí que parezca confirmarse que se está produciendo una radicalización del consumo de alcohol entre los más jóvenes.

También se observa en el [Cuadro 9.2](#) que son los hombres los que consumen mayor cantidad de alcohol, lo que permite concluir que en estos momentos se inician un número similar de mujeres y hombres en el consumo intensivo de alcohol, pero continúan siendo ellos los que consumen mayores cantidades de esta sustancia.

Estos datos apoyan la necesidad de considerar dentro del fenómeno botellón los aspectos de salud derivados de consumos de alcohol tan intensos y alertan de la diversidad y heterogeneidad de jóvenes que realizan esta práctica.

Nos situamos por tanto ante la necesidad de planificar alternativas dirigidas a diferentes necesidades de actuación: jóvenes que no se han iniciado, jóvenes que están realizando los primeros contactos con el consumo dentro de la práctica del botellón y jóvenes que muestran una conducta más consolidada.

La mayoría de las alternativas diseñadas y pensadas hasta el momento en nuestro país para paliar el fenómeno botellón (medidas judiciales, botellódromos, sustitución de la actividad de botellón por otras diferentes como deportes, lecturas, aventura, etc.), no diferencian a los jóvenes en cuanto al tipo de consumo que realizan, ni en cuanto a los determinantes que modulan y mantienen su patrón de conducta (motivos, creencias, expectativas, actitudes respecto al consumo, etc.). Además quedan en un segundo plano las posibles consecuencias que la manera de consumir (cantidad, frecuencia y modo) puede tener sobre la salud física y psíquica del joven, limitándose a atender la problemática social generada alrededor del modo como se lleva a cabo este consumo.

En el siguiente apartado se resumen las principales medidas utilizadas para reducir la incidencia de la práctica del botellón y de los nuevos patrones de consumo de alcohol asociados al mismo, incluyendo en cada caso una reflexión que permita orientar las

necesidades futuras.

9.4. Actuaciones ante las nuevas prácticas de consumo de alcohol entre los jóvenes

Entre las medidas propuestas hasta el momento para reducir las consecuencias derivadas del nuevo patrón de consumo de alcohol juvenil y la práctica del botellón asociada al mismo, pueden diferenciarse tres grandes bloques.

9.4.1. Alternativas basadas en medidas reguladoras propuestas desde la Administración

En la [Figura 9.3](#) se muestra un resumen de las principales medidas reguladoras aplicadas en nuestro país. En ella se incluye desde medidas que tratan de limitar el acceso a la sustancia a otras que regulan la práctica del botellón reduciendo o controlando la posibilidad de llevar a cabo el consumo de alcohol en determinados lugares o momentos. Finalmente, también se recogen algunas de las estrategias que tratan de atenuar las consecuencias que pueden derivar tanto del consumo de alcohol como del botellón.

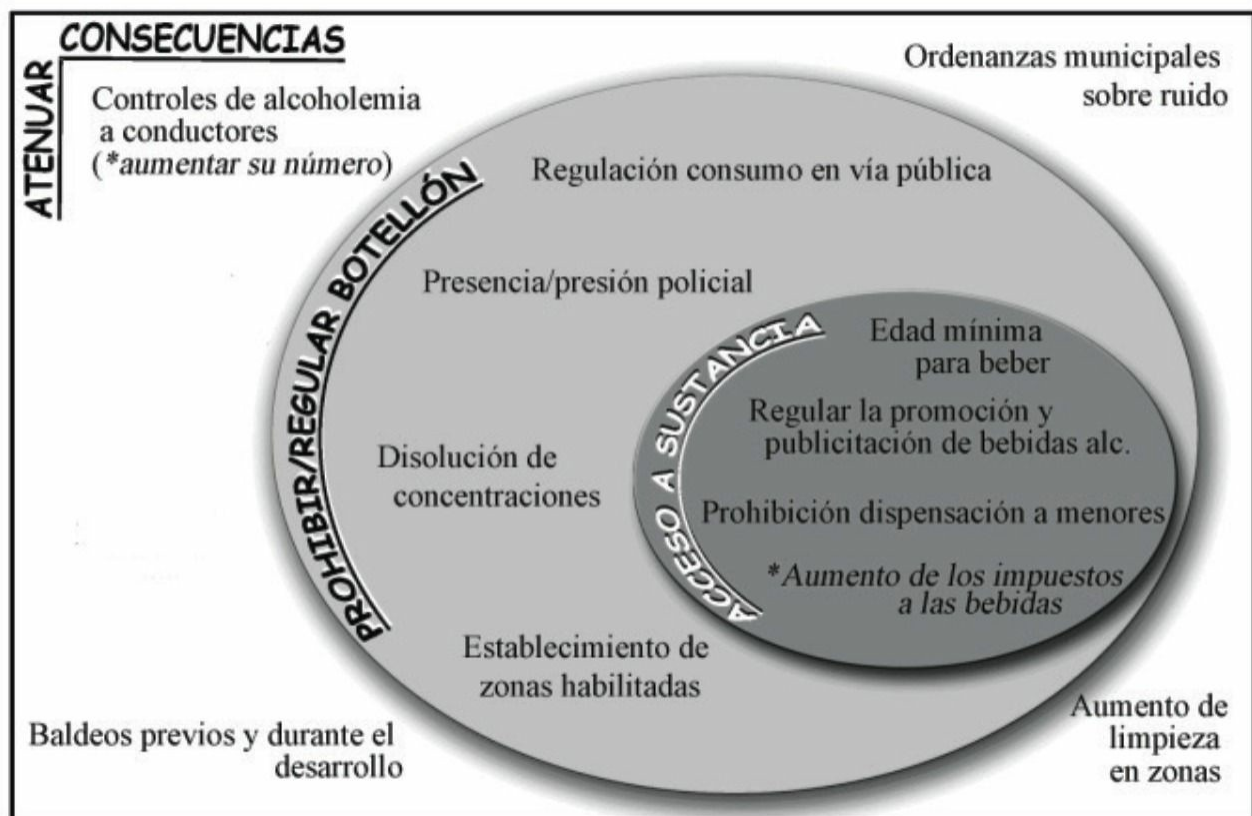


Figura 9.3. Medidas sancionadoras aplicadas en nuestro país. Propuestas de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria (2007).

En la actualidad, no se dispone de una norma estatal que limite o prohíba en su totalidad la venta de alcohol a menores, tan sólo se alude a este aspecto de manera parcial. Concretamente, el Reglamento General de Policía de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas, aprobado por Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto, prohíbe en su artículo 60.2 vender todo tipo de bebidas alcohólicas a menores de dieciséis años en los establecimientos, espectáculos y actividades recreativas referidos en el citado Reglamento. Esta disposición adquiere respaldo legal a través de la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana.

Las Comunidades Autónomas (CC.AA.) han tratado de superar esta indefinición formulando, a través de leyes más o menos específicas (de drogodependencias, menores, seguridad ciudadana, etc.), normas dirigidas a reducir los daños que ocasiona el consumo de alcohol entre los menores. En algunas de ellas, llega a proponerse un límite más restrictivo fijado en los dieciocho años (p. ej. Ley 2/2003, de 13 de marzo, de la Convivencia y el Ocio de Extremadura; Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos).

Respecto a la regulación de la publicidad de bebidas alcohólicas, la Ley 34/1988 prohíbe publicitar en televisión bebidas con graduación alcohólica superior a 20°. También prohíbe hacerlo en los centros en los que está prohibida su venta o consumo. Por otra parte, la Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 89/552/CEE, fija los principios que rigen la publicidad de bebidas inferiores a 20°. Según esta normativa, la publicidad no puede dirigirse específicamente a los menores de edad, ni puede mostrarlos bebiendo. Además, prohíbe asociar el consumo con la mejora del rendimiento físico, la conducción de vehículos y el éxito social o sexual. Tampoco permite considerar el alcohol como un medio para resolver conflictos, ni mostrarlo como poseedor de propiedades terapéuticas.

En la legislación autonómica, suele concretarse con mayor detalle algunas de las medidas dirigidas a la promoción y publicidad. Por ejemplo, la Ley 18/1998, de 25 de junio sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias del País Vasco prohíbe en su art. 17 la emisión de publicidad de bebidas alcohólicas en radio y televisión, desde las 8 de la mañana hasta las 22 horas.

Si se atiende a las medidas incluidas en el bloque relacionado con la regulación de la práctica del botellón hay que advertir que tampoco se dispone de una norma estatal que regule el consumo de alcohol en la vía pública. En este caso, únicamente se cuenta con normativa autonómica que suele remitir a ordenanzas municipales. Además las CC.AA. carecen de un criterio unificado en este tema, lo que justifica que en algunos casos no se legisle al respecto (p. ej., La Rioja, Murcia, Navarra o País Vasco), que en otros se contemple residualmente dentro de las normas generales sobre drogodependencias, o incluso que en muchas ocasiones se defiendan planteamientos dispares, prohibiendo y

permitiendo al mismo tiempo esta conducta en función del momento (p. ej., Canarias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Madrid, Comunidad Valenciana y Melilla: suelen permitirlo durante las fiestas patronales) (Fulgencio, Reig y Moncho, 2007).

Además, en algunos casos, el objetivo no es evitar la práctica del botellón, sino las molestias que ésta genera sobre los vecinos donde se lleva a cabo. En este sentido, se dictan leyes que tratan de regular zonas para que los jóvenes hagan botellón. Destacar por ejemplo la Ley 7/2006 de 24 de octubre, sobre potestades administrativas en materia de determinadas actividades de ocio en los espacios abiertos de los municipios de Andalucía. En su art. 3 prohíbe la permanencia y concentración de personas consumiendo bebidas o realizando otras actividades que pongan en peligro la convivencia ciudadana fuera de las zonas permitidas. Una propuesta similar se recoge en el art. 15 de la Ley 2/2003 de 13 de marzo de la Convivencia y el Ocio de Extremadura.

Sin embargo, la medida más utilizada para reducir la práctica del botellón ha consistido en incrementar la presencia policial en las zonas donde se realiza, amparándose en la Ley 1/92 sobre Seguridad Ciudadana. Ésta permite disolver las reuniones en lugares de tránsito público, así como las manifestaciones que puedan suponer una alteración del orden, la seguridad ciudadana o la pacífica convivencia.

Junto a las carencias ya mencionadas de heterogeneidad y escasa integración de las normas propuestas no puede obviarse el escaso alcance que se obtiene con este tipo de medidas, aspecto sobre el que es necesario reflexionar. La legislación actual, para tratar de reducir la práctica del botellón, combina el castigo positivo (la persona que hace botellón recibe una sanción económica de 300 € como mínimo) con el negativo (además, le incautan las bebidas), sin embargo no actúa sobre los reforzadores de la conducta sean positivos o negativos (p. ej., si bebo puedo estar con mis amigos, me río más; soy vergonzoso y cuando bebo se me pasa), obviando de este modo el principal mantenedor de la misma.

Además, el castigo más efectivo es aquel que se aplica siempre que se realiza la conducta que se quiere extinguir, contingentemente a su realización y ofreciendo alternativas, aspectos todos ellos cuestionables en este caso. Por una parte, no se castiga siempre que se hace botellón, al no disponer de suficientes efectivos para vigilar las múltiples zonas existentes sólo en Valencia capital se ha detectado un total de 43 (Fulgencio et al., 2007). Además, las zonas vigiladas varían de una ocasión a otra, lo que facilita el desplazamiento de los jóvenes a lugares sin vigilancia, e incluso la dispersión en pequeños grupos, ya que de esta manera llaman menos la atención. Esta dispersión ha favorecido que en estos momentos pueda encontrarse a jóvenes practicando botellón en cualquier parque o espacio público de la ciudad.

Por otra parte, las sanciones no suelen aplicarse de manera inmediata, lo que reduce la asociación entre la conducta a extinguir y el castigo, disminuyendo su efectividad. A esto hay que sumarle que en muchas ocasiones no llegan a ejecutarse las sanciones, al paralizarse el proceso administrativo por diversas causas, por lo que la práctica del botellón queda reforzada.

Todos estos aspectos justifican tanto la revisión del procedimiento de aplicación de

las diferentes normas como la necesidad de combinar este tipo de medidas con otras adicionales de manera que se incremente el control sobre la conducta de consumo y la práctica del botellón.

Un último aspecto a considerar es el de la laxitud en el cumplimiento de las normas establecidas, lo que ha motivado que el Parlamento Europeo, en julio de 2007, haya instado a los Estados miembros a que dediquen una atención especial a verificar el cumplimiento de sus leyes nacionales contra el consumo imprudente y nocivo de alcohol por parte de los adolescentes, sin perder de vista que las medidas políticas nunca pueden sustituir a la responsabilidad que en última instancia corresponde al individuo y a la familia. La internalización en los jóvenes del concepto de límite, no como mera prohibición, sino como baliza de comportamiento personal y social, parece imprescindible.

9.4.2. *Alternativas relacionadas con la ocupación del tiempo libre*

Una de las actuaciones que más han proliferado en los últimos años es la relacionada con la planificación de actividades de ocio. En líneas generales, algunas de ellas suponen una alternativa viable a prácticas juveniles como la realización del botellón, mientras que otras parten de un planteamiento más genérico, ofertando actividades de ocupación del tiempo, que no pretenden ser una alternativa al consumo de alcohol de estos jóvenes. A pesar de ello, es frecuente la inclusión de ambos tipos de programas en un único conjunto posiblemente porque ofrecen actividades similares, realizadas en la misma franja horaria y dirigidas a un mismo colectivo juvenil.

En el [Cuadro 9.3](#) se recogen algunas de las propuestas que se llevan a cabo en capitales de provincia de nuestro país. También se incluye el programa “Abierto hasta el Amanecer” al ser una actuación pionera, planificada como alternativa al botellón, que además cuenta con gran difusión.

Cuadro 9.3. *Programas de ocio en diferentes capitales de provincia.*

<i>Poblaciones</i>	<i>Programa de ocio</i>
Albacete	Pillaos por la diversión (www.albacete.es/juventud)
Alicante	Tu otra historia (www.centro14.com)
Badajoz	Vive la noche (www.badajozjoven.com/paginas/ocioytiempo/vivenoche.asp)
Barcelona	Barcelona Bona Nit (w3.bcn.es/XMLServeis/)

	XMLHomeLinkPl/0,4022, 121995261_122000210_1,00.html)
Bilbao	Bilbao.Gaua (www.bilbao.net/bilbaoGaua/home.jsp?idioma=c&tema=BQE)
Burgos	Espacio Jóven (http://ejoventburgos.isgreat.org/index.php)
Cáceres	Abrimos la noche (www.caceresjoven.com/empresas/abrimoslanoche/paginas/fin_semana.html)
Cádiz	Cádiz Alternativo (www.cadiz.es/Category/Juventud/Ocio_y_Tiempo_Libre/C_225_diz_alternativo/345)
Ciudad Real	Abierto hasta el alba (www.ciudadreal.es/plan-municipal-dedrogodependencias.html)
Córdoba	Actividades de la Casa de la Juventud y Esto es otra movida (www.andalocio.com/contact/9)
Gerona	L'estació espai jove (http://www.gir360.cat/)
Gijón	Abierto hasta el amanecer (www.abiertohastaelamanecer.com)
Granada	Enrédate Conmigo (http://www.granada.org/internet/enredate.nsf)
Guadalajara	Findesin (http://www.guadalajara.es/recursos/doc/Juventud/2644_1061062010123115.pdf)
Huesca	La onda y Z51 (http://z51huesca.blogspot.com/2010/03/blogpost.html)
León	Es.pabila (

	www.espabila.org/ index1024.html)
La Coruña	Noítenova (http://www.coruna.es/)
Lérida	Senseson (http://www.paeria.es/ joventut/)
Logroño	LoJoven (http://www.lojoven.es/ ?s=lojoven)
Lugo	Movida alternativa xuvenil (www.lugo.es/)
Madrid	La tarde más joven (www.munimadrid.es)
Murcia	Finde (www.ayuntamientomurcia- salud.es/user/ programa.php?id=14)
Málaga	Málaga joven (www.malagajoven.com)
Oviedo	La noche es tuya (http://www.oviedo.es /index .php/es/agenda! showevent?id=3036)
Palencia	Tan\bien de noche y Espacio joven (www.palenciajoven.com /portada.asp)
Palma de Mallorca	Casals de joves (cij.palmademallorca.es)
Pamplona	Actividades de la casa de la juventud (www.casajuventud.com)
Pontevedra	Noítes abertas (www.noitesabertas.com /index.htm)
Salamanca	Salamanca a tope (www.salamancaatope.org)

San Sebastián	Gabonak zuretzat (www.donostia.org)
Santa Cruz de Tenerife	Ofra-Contigo, sí (www.sctfe.es/index.php?id=1547)
Segovia	Segovia Joven (www.segovia.es/)
Sevilla	Sevilla de marcha (www.sevilla.org)
Soria	Centro Joven (www.ayto-soria.org/html/centrojuven/index.htm)
Teruel	Teruel joven (www.teruel.es/)
Toledo	Entre lunas (www.ayto-toledo.org/juventud/el/el.asp)
Valencia	A la lluna de València (www.alallunadevalencia.net)
Valladolid	Espacio joven (http://www.espaciojovenvalladolid.es/)
Vitoria	Gauekoak (www.gauekoak.com/)
Zaragoza	12 lunas (http://www.zaragoza.es/ciudad/sectores/jovenes/)

Al revisar el contenido de estos programas llama la atención la multiplicidad de actividades que se ofertan. A pesar de ello, entre las propuestas más frecuentes se incluyen: talleres (manualidades, baile, música, cocina, fotografía, etc.), cursos de formación (información afectivo-sexual, técnicas circenses, maquillaje, teatro e improvisación, autoayuda, idiomas, etc.), deportes (fútbol, basket, natación, artes marciales, o campeonatos), conciertos y juegos diversos (tradicionales, de mesa, etc.).

Esta oferta se dirige principalmente a jóvenes entre 14 y 30 años, aunque en algunos de ellos se permite la participación de adolescentes de 12 años y en otros no se especifique un límite de edad.

La mayor parte de los programas concentran su oferta los viernes y sábados, entre

las 20 h y la 1 h, aunque en dos de ellos (Granada y León) se incluya también el jueves. Además, varios de ellos realizan actividades a lo largo de la semana en horario de tarde (p. ej., Palma de Mallorca, Gerona, Pamplona, Soria...).

Pese a que en los últimos años se han experimentado mejoras en la oferta realizada en este tipo de programas, continúa siendo necesario considerar algunos aspectos relacionados tanto con su planificación, como con cuestiones más formales.

Si se atiende a la planificación, es muy optimista pensar que un programa de ocio nocturno, por sí sólo, pueda cambiar una realidad tan compleja como la del botellón ni el consumo de alcohol que se realiza durante el mismo, máxime cuando el objetivo de muchas de estas actuaciones no es intervenir sobre estas prácticas, sino ofrecer una serie de actividades que complementen la oferta de ocio de las localidades en las que se llevan a cabo. No hay que olvidar que el ocio no es por sí mismo preventivo, a menos que se garantice este enfoque en cada una de las actividades propuestas. Tal como afirma Moreno (2002) hay que lograr que la diversión y el ocio sean un tiempo de aprendizaje de competencias y recursos que permita a los jóvenes gestionar sus riesgos, al tiempo que van adquiriendo ciertos valores y aprenden a relacionarse y a convivir.

Un aspecto adicional ligado también a la planificación de los objetivos que tienen que regir este tipo de intervenciones, es el referido al ajuste de las actividades a la población destinataria. En los programas evaluados, las actividades se dirigen al colectivo en su globalidad, no tomando en consideración la conducta de consumo de alcohol, a pesar de conocerse que la mayoría de los jóvenes destinatarios realizan consumos más o menos pronunciados (ver primera parte de este capítulo). Por este motivo, un aspecto que sería adecuado introducir en este tipo de planteamientos es el de la heterogeneidad en la conducta de consumo de alcohol que presentan los jóvenes que frecuentan los ambientes recreativos nocturnos. Es importante diferenciar las medidas dirigidas a los consumidores experimentales de las dirigidas a consumidores habituales, ya que tal como indican Calafat et al. (2005) existen importantes diferencias entre ambos grupos que exigen un discurso preventivo diferenciado.

Para poder lograr este ajuste se requiere necesariamente de un análisis detallado de la población sobre la que se quiere intervenir. Esto pone en evidencia otra carencia existente, la de la escasa fundamentación científica (Cortés, 2006) en la que se apoyan la mayor parte de los programas enunciados.

Un aspecto adicional, muy cuestionable en este tipo de medidas, es el del nivel de formación de los encargados de realizar cada una de las actividades. Son pocos los programas en los que se contempla la formación de los mediadores de ocio nocturno, a pesar de que estos sean una pieza clave por su cercanía a los jóvenes, al poder transmitirles consciente o inconscientemente mensajes de salud. Sería conveniente que, junto con las destrezas en la actividad que van a llevar a cabo, contasen con conocimientos en prevención de drogodependencias y en aspectos relacionados con la juventud. Todo ello les permitiría poder fijar objetivos preventivos en cada una de las actividades que coordinen (p. ej., facilitar el cambio de actitud ante el modelo de salir de marcha-diversión-consumo de alcohol; fomentar las relaciones personales positivas;

fomentar una actitud crítica frente al modelo consumista, etc.).

Si se atiende a los aspectos formales es importante mencionar las críticas de Baigorri et al. (2003) que resaltan la inadecuación de que las actividades de ocio y el botellón puedan compatibilizarse al finalizar en distintos momentos temporales. Esto hace que los jóvenes asistan a ambas, cuestionando que se trate realmente de un ocio alternativo. Ante esta situación lo que parece necesario es que los programas de ocio amplíen su horario de actividades ajustándose a las necesidades de la práctica de botellón, la cual suele finalizar entre las dos y tres de la madrugada. Sin embargo, también surge el hecho de si realmente esta opción sería la más adecuada o por el contrario si lo que se tendría que hacer es racionalizar los horarios de ocio de los adolescentes y jóvenes. En este caso, a los programas de ocio habría que sumarles actividades de concienciación que tratasen de disminuir la permisividad social que existe en la actualidad respecto a que los menores alarguen su ocio hasta la madrugada.

Además, muchos de los organizadores de programas de ocio se quejan del limitado apoyo por parte de las autoridades y representantes políticos de la comunidad que suele reflejarse en una insuficiencia de recursos financieros para poder llevar a cabo los programas, haciendo peligrar en muchas ocasiones la continuidad de los mismos (Arbex, 2002). La mayoría de estos programas se interrumpen en momentos claves para la realización del botellón como suelen ser los períodos estivales o los de Navidad. Esto viene a cuestionar nuevamente que se trate de una alternativa al mismo.

Un último aspecto a considerar entre las cuestiones formales es el de la coordinación entre los diferentes sectores, instituciones y entidades que puedan mejorar la planificación y funcionamiento de estos programas. Por ejemplo, no debería permitirse que se desarrollasen actividades desde las Áreas de Juventud de los municipios sin contar con el asesoramiento de los profesionales en drogodependencias y a la inversa. Una posibilidad de fomentar la coordinación entre ellos podría ser a través de la formación de los mediadores sociales. En este caso, cada organismo podría encargarse de la parte de formación correspondiente que sería interesante que conociese un mediador.

A toda esta situación cabe añadir la carencia de una evaluación rigurosa de la mayoría de las intervenciones realizadas. Los pocos resultados existentes no son muy esperanzadores, ya que no muestran diferencias significativas con relación al consumo a corto plazo, a los hábitos de ocio y a las actitudes ante las drogas, entre los asistentes a este tipo de actividades y los que no lo hacen (Martín y Moncada, 2003).

Además no se consigue atraer a estos programas a los jóvenes en mayor situación de riesgo (Arbex, 2002; Martín y Moncada, 2003). Al respecto se tendría que hacer mayor hincapié en el modo como se publicita este tipo de ocio, intentando evitar al máximo tanto la percepción de control externo, como la vinculación con servicios de drogodependencias. El primer aspecto puede llevar al joven a interpretar que se trata de actividades planificadas por los adultos con el objetivo de controlarlos (Berri-Otxoa, Miren y Martínez, 2002) y que no molesten a los vecinos, asociándose a mensajes impositivos de abstinencia (Arbex, 2002). El segundo aspecto choca directamente con la negación de su propia situación lo que puede llevarle a interpretar que estas actividades,

si se formulan desde los servicios de drogodependencias, es porque van dirigidas únicamente a gente que presenta problemas de consumo.

En definitiva, puede concluirse que este tipo de actuaciones precisan de una profunda revisión si quieren planificarse como una prevención selectiva dirigida a los jóvenes que realizan botellón y consumen alcohol en el mismo, en los que además esta práctica parece ser su único medio de ocio, dada la frecuencia con la que lo realizan.

9.4.3. Medidas psicosociales centradas en el joven y su entorno más inmediato

Durante la última década se han ido consolidando en el campo de la intervención en general y de la prevención del abuso de drogas en particular, las buenas prácticas basadas en la evidencia científica. Esto ha permitido identificar las bases teóricas que fundamentan una prevención e intervención temprana efectiva y los componentes específicos que hacen que esas intervenciones sean comparativamente superiores (Becoña, 2002). En la revisión de Fernández et al. (2004), se muestran algunas de las mejores prácticas en la intervención temprana con el abuso de drogas entre adolescentes y adultos jóvenes en Canadá (Paglia y Room, 1998; Roberts et al., 2001), EE.UU. (CSAP, 2002; Gardner et al., 2001; NIDA, 2003; Swiser, 2000), Europa (Base de datos EDDRA) y España (Antón, Martínez y Salvador, 2001; Base datos Idea-Prevención; Becoña, 2002; Martínez y Salvador, 2000). La evidencia científica revisada en estos informes se refiere mayoritariamente a programas de prevención universal y selectiva, siendo más escasa la evidencia relativa a programas de prevención indicada e intervención temprana y tratamiento de adolescentes con problemas por abuso de drogas (Winters, 1999).

A continuación se revisan, dada la escasa presencia de este tipo de programas en nuestro país, algunas de las actuaciones norteamericanas y europeas orientadas a la prevención selectiva e indicada y al tratamiento de jóvenes y adolescentes con problemas por abuso de alcohol únicamente o combinado éste con el consumo de otras sustancias. Se actualizan los resultados obtenidos por Fernández et al. (2004), excluyendo todo lo relacionado con prevención universal y población adulta. Además, se incluye información relacionada con esta temática recogida por la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) y el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). En el [Cuadro 9.4](#) aparece una breve descripción de los programas seleccionados.

Cuadro 9.4. Descripción de algunas actuaciones llevadas a cabo con jóvenes consumidores (prevención selectiva e indicada y tratamiento).

Programa		Procedencia
Población diana	Características del programa	
	<i>BASICS (Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students)</i>	[Norteamérica]
Universitarios (18-25 años) que beben varias veces a la semana y que son resistentes a cualquier intervención.	Se basa en un enfoque de reducción de daños para la prevención del abuso de alcohol. Incluye 2 sesiones de intervención breve mediante estrategias de mejora motivacional (de eficacia demostrada) centradas en los principios del <i>Alcohol Skills Training Program</i>. Un seguimiento de 4 años muestra una mejoría clínicamente significativa de los jóvenes que recibieron el programa comparados con un grupo control. Además se redujeron de manera estadísticamente significativa el consumo de alcohol y el número de consecuencias negativas derivadas del mismo (Baer, Kivlahan, Blume, McKnight y Marlatt, 2001). Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. y Marlatt, G. A. (1999). <i>Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A harm reduction approach</i>. New York: Guilford Press.	
	<i>Blands Bands on the Move</i>	[Europa (Italia)]
Jóvenes (15 y 25 años) que viven en contextos sociales en los	El proyecto está dirigido a jóvenes y adolescentes en riesgo o que abusan del alcohol y otras sustancias. La intervención busca alentarles a interactuar, discutir y reflexionar críticamente sobre la dinámica social y los factores personales que	

Programa		Procedencia
Población diana	Características del programa	
que se abusa de sustancias	los empujan hacia este tipo de consumo. La evaluación interna determina que se alcanzan los cambios propuestos en la fase de planificación en un 76,7% de los casos. Responsables: Organisation: Comune di Paterno D'Adda (servizi.sociali@comune.padernodadda.lc.it)	
CUMAS Project		[Europa (Irlanda)]
Consumidores en situación de riesgo para el uso indebido de drogas entre 9 y 17 años. Incluye intervención con sus familias.	Trabaja con familias cuyos hijos están en riesgo o involucrados en el uso indebido de drogas. Ofrece servicios de apoyo, trabajo grupal e información relacionada con las drogas, ayudando a la familia a hacer frente a esta situación. Se pretende: Identificar las necesidades y prestar apoyo individual a los miembros de la familia; Responder grupalmente a las necesidades familiares; Proporcionar información para favorecer la toma de decisiones informadas sobre el uso indebido de drogas. La evaluación muestra que el proyecto ayuda a los jóvenes participantes a desarrollar estrategias de afrontamiento, tomar decisiones informadas respecto a opciones personales y a permanecer en la escuela. También resulta adecuado para responder a las necesidades específicas de las familias (Unique Perspectives, 2002). Responsables: Cumas: Youth and Family Drugs Support Service (niamh_morton@hotmail.com)	
Drinker's Check-up (DCU)		[Norteamérica]
Consumidores en riesgo de alcohol (18-25años) y población adulta.	Intervención breve por ordenador que trata de ayudar a los bebedores de riesgo para que reduzcan su consumo de alcohol y las consecuencias relacionadas con éste. El programa se dirige tanto a jóvenes que realizan un consumo de riesgo (por ejemplo, los estudiantes con consumos intensivos de alcohol) hasta aquellos que muestran una dependencia a esta sustancia (por ejemplo, pacientes en tratamiento). Está basado en los principios de la Entrevista Motivacional Breve. Incluye cinco elementos (FRAME): Feedback personalizado; Responsabilidad de cambio; Asesoramiento o consejo para cambiar; Menú de opciones para el cambio y utilización de la empatía para facilitar ese cambio. El programa consiste en una evaluación, <i>feedback</i> y módulos de toma de decisiones. Es un programa que puede utilizarse como una intervención independiente o como paso previo a un tratamiento más intensivo de alcohol. Hester, R. K. (2004). Drinker's Check-up & Follow-up Drinker's Check-up [CD-ROM]. Albuquerque, NM: Behavior Therapy Associates	

Programa		Procedencia
Población diana	Características del programa	
<i>Early intervention of first time noticed drug users (FreD)</i>		[Europa (Alemania)]
Consumidores experimentales y de riesgo entre 14 y 25 años detenidos por primera vez por consumo.	Ofrece servicios guiados, desde un enfoque cercano a la entrevista motivacional para ayudar al menor a reflexionar acerca del consumo de drogas y sus consecuencias, analizando la posibilidad de modificar sus patrones de ingesta y las actitudes hacia el consumo de drogas. Una evaluación interna mostró que dos tercios de los participantes expresaron su intención de modificar el consumo personal de drogas (reducir la cantidad y la frecuencia) y de cumplir con un consumo moderado. Responsable: "Landschaftsverband Westfalen Lippe", Center for drug addiction (kswl@lwl.org)	
<i>FreD goes net in Cyprus)</i>		[Europa (Chipre)]
Jóvenes entre 14 y 24 años detenidos por primera vez por delitos relacionados con drogas.	El programa tiene como objetivo cambiar las percepciones y los comportamientos asociados con las drogas. Esto se logra a través de técnicas de entrevista motivacional y otros ejercicios interactivos en grupo. En una evaluación interna del proceso mostró que un 51,4% indicaron un cambio de actitud hacia el consumo, un 62,7% tenían menor intención de consumir, y un 60% señalaron la intención de realizar cambios en su vida. Los mayores cambios se observaron en consumidores de alcohol. Responsable: Cyprus Antidrug Council (info@ask.org.cy)	
<i>First Contact. A Brief Treatment for Young Drug Users with Mental Health Problems</i>		[Norteamérica]
Consumidores entre 12 y 18 años en situación de riesgo para el abuso o dependencia de drogas. Incluye intervención con sus familias.	Parte de una valoración previa de la motivación para el cambio, las metas individuales, y las consecuencias y alternativas conductuales relacionadas con el consumo de drogas. Sus objetivos son: Reducir el consumo; Desarrollar actividades recreativas saludables; Mejorar las habilidades personales-sociales y las relaciones familiares; Mejorar el acceso a los servicios comunitarios. Incluye sesiones individuales y grupales, asesoramiento familiar y la posibilidad de asistir, en el caso de pacientes que aceptan la abstinencia, a talleres ocupacionales y formativos en un centro de día. El seguimiento realizado por el <i>Centre for Addiction and Mental Health</i> a los seis meses muestra una reducción significativa del consumo de drogas y de las consecuencias adversas asociadas (Roberts et al., 2001). Tupker, E. (2004). FIRST CONTACT: A brief Treatment for Young Substance Users with Mental Health Problems. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.	

Programa		Procedencia
Población diana	Características del programa	
HaLT-Hart am Limit		<i>[Europa (Alemania)]</i>
Adolescentes atendidos en hospitales por una intoxicación etílica. Incluye intervención con sus familias.	Se diferencian 3 áreas: El asesoramiento psicológico individual y grupal para adolescentes internados en un hospital tras una intoxicación etílica, complementado con el asesoramiento a sus familias y la edición de materiales para éstas; La capacitación de los maestros y trabajadores sociales; El asesoramiento a los organizadores que planifican actividades de ocio, y la formación del personal de discotecas y tiendas, etc. Un seguimiento superior a los 3 años muestra disminuciones significativas en el número de adolescentes atendidos por una intoxicación etílica en grandes fiestas, y un descenso de lesiones físicas y de daños a la propiedad. Según la policía, también ha mejorado el conocimiento del reglamento de ventas (DHS, s.f.). Prognos (2008). Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodell programms HaLT "Hart am Limit". Basel: Prognos AG.	
Learning to drink		<i>[Europa (Holanda)/ (Francia)]</i>
Tratamiento del consumo moderado de alcohol en adolescentes en situación de riesgo (14-18 años)	Este programa consta de 7 sesiones: seis de 90 minutos realizadas en grupos de 10 participantes y una sesión motivacional de carácter individual. Se trata de investigar si el tratamiento cognitivo-conductual junto con el aumento de la motivación modifica los determinantes cognitivos de la conducta de beber (factores de riesgo y expectativas respecto al consumo) y la propia conducta de consumo. Para ello se compararon los resultados obtenidos por el grupo experimental y los de un grupo control que sólo recibía información, a los 6 y 12 meses de iniciar la intervención. Aunque se obtuvieron cambios positivos a corto plazo en el riesgo percibido y en las expectativas positivas asociadas al consumo, no se pudo probar la efectividad en la reducción de la conducta de consumo. Este resultado se mantiene a lo largo de las sesiones de seguimiento. Responsables: Maastricht University (Mrs. C. Thush).	
MIRA'T		<i>[Europa (España)]</i>
Jóvenes (15 y 25 años) sancionados por consumo o tenencia de sustancias en la vía pública. Se incluye un pro-	Programa modular que el joven voluntariamente decide realizar como sustituto a la sanción económica que recibe por tenencia o consumo de drogas en la vía pública. Incluye tres sesiones: una individual de evaluación y dos grupales, de cuatro horas cada una. Se trabaja desde un enfoque motivacional tratando de incrementar el nivel de conciencia sobre la conducta que se realiza, haciendo hincapié en las con-	

Programa		Procedencia
Población diana	Características del programa	
grama de intervención con familiares.	secuencias personales y sociales derivadas de ésta. Asimismo se incide sobre las creencias erróneas que subyacen la conducta y se ponen en práctica diferentes habilidades de manejo de situaciones interpersonales y de carácter emocional. También se incluye una sesión voluntaria para padres de estos jóvenes sancionados. En esta se revisan principalmente las creencias irracionales hacia el consumo y el manejo de situaciones con el hijo. Responsables: Universitat de València /Dirección General de Drogodependencias GV (cortesm@uv.es)	
SUSPERTU: Programa de apoyo a adolescentes		[Europa (España)]
Abusadores de sustancias entre 13 y 20 años. Incluye intervención con sus familias.	Ofrece una intervención ambulatoria personalizada dirigida a minimizar los factores de riesgo y potenciar los de protección. Dispone de tres módulos: <i>Intervención educativa</i>: favorecer el desarrollo formativo; potenciar las capacidades personales y desarrollar competencias; <i>Intervención terapéutica</i>: intervenir sobre aspectos personales percibidos como problemáticos, e <i>Intervención familiar</i>: ofertar espacios de reflexión de actitudes y relaciones padres-hijos, y favorecer competencias educativas. Responsable: Proyecto Hombre Navarra (phnavarr@jazzfree.com)	
Teen Intervene		[Norteamérica]
Adolescentes de 13 a 17 años que muestran los primeros problemas por consumo de alcohol o drogas. Incluye una sesión opcional con padres.	El programa integra la teoría de las etapas del cambio, el aumento de la motivación, y la terapia cognitivo-conductual. Su objetivo es ayudar a los adolescentes a reducir y finalmente eliminar el consumo de alcohol y otras drogas. Se lleva a cabo en el ámbito escolar, y se estructura en 2 sesiones individuales (una de entrevista, para fijar los objetivos y otra para evaluar el progreso y analizar estrategias). Además incluye una sesión opcional con el joven y sus padres. La evaluación muestra que los adolescentes que participaron en las dos o tres sesiones presentaron significativamente menos días de consumo de alcohol y menos episodios de <i>binge drinking</i> en comparación con sus compañeros que recibieron la atención habitual. Además, los que recibieron el programa de tres sesiones informaron de menos días de consumo de alcohol que los que recibieron el programa de dos sesiones (Winters, 2003). Winters, K. C. (2003). Teen Intervene program kit. Center City, MN: Hazelden.	

Programa		Procedencia
Población diana	Características del programa	
	<i>Touch Project: Peer Led Outreach Project</i>	[Europa (Reino Unido)]
Consumidores esporádicos y regulares en situación de riesgo entre 14 y 24 años	Su objetivo es informar sobre los problemas relacionados con el consumo regular de sustancias en locales de ocio, basándose en la prevención entre pares y enfatizando la importancia de la reducción de riesgos. Para ello recluta y forma jóvenes que participan en fiestas o que acuden a locales para que distribuyan información entre sus pares. Se aprecia un aumento año a año en el número de voluntarios. Responsable: University of Central Lancashire & Student's Union. Ellie Brown: Touch Coordinator	
	<i>Viviendo el fin de semana: Prevención de alcohol adolescente y el consumo de éxtasis</i>	[Europa (España)]
Adolescentes de 14-15 consumidores en fin de semana en la vía pública de alcohol (botellón)	El programa busca impactar el binomio diversión-drogas asociadas con los patrones actuales de uso de sustancias en adolescentes. Tiene tres objetivos: Reducir consumo de alcohol y de drogas sintéticas y cambiar las actitudes hacia estas sustancias; Proporcionar información sobre estas sustancias y corregir la sobreestimación de uso entre los compañeros de clase, así como el riesgo percibido; Desarrollar las habilidades sociales y de solución de problemas y las maneras de resistir la presión, especialmente en relación con el alcohol y las drogas sintéticas. El programa consta de 10 sesiones, dos por semana: dos educativas, siete de formación práctica y la décima el compromiso público de reducción del consumo. Se realizan dos sesiones de seguimiento a los 3 y 6 meses. El consumo de alcohol disminuyó en los últimos meses evaluados, apareciendo un menor número de intoxicaciones y una mejora de la actitud hacia el consumo. Responsables: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia (José P. Espada Sánchez).	
	<i>Young Drug Offenders' Referral To Treatment</i>	[Europa (Finlandia)]
Consumidores de drogas sancionados judicialmente entre 15 y 18 años.	Se interviene sobre el joven a partir de la sustitución de una sanción, en cumplimiento de la normativa legal. Su objetivo se centra en el desarrollo del compromiso hacia el cambio conductual y hacia el tratamiento orientado a la abstinencia o reducción del consumo. La evaluación interna muestra que ningún joven finalizó dicho tratamiento. Responsables: Contact Kerttu Torrkulla. (Kerttu.Torrkulla@jarvenpaa.fi)	

Tal como se desprende de la tabla estas intervenciones se dirigen a jóvenes entre 9 y 25 años, aunque el intervalo más representado sea el de 14 a 18 años.

Únicamente dos programas trabajan con jóvenes que ya presentan una dependencia, fijando la abstinencia como uno de los objetivos a conseguir, aunque obteniendo resultados muy limitados. El resto de programas se dirigen, por una parte a jóvenes en situación de riesgo y en menor medida a aquellos en los que se trata de evitar que su abuso pase a la dependencia. Tanto en unos como en otros el objetivo fijado en relación al consumo es el de reducir riesgos, nunca el que se abandone por completo la ingesta.

Pero no sólo se fijan objetivos finales relacionados con el consumo, sino que en todos ellos se plantean muchos otros objetivos a conseguir en diferentes aspectos: habilidades personales, escolares, familiares, etc. Entre los más tratados destacan: mejorar el nivel de motivación hacia el cambio conductual; fomentar las habilidades personales, de desarrollo de competencias y capacitación personal, entre las que destacan la toma de decisiones y la resolución de problemas; incrementar el nivel de información que favorezca el cambio en las actitudes hacia el consumo; mejorar el rendimiento escolar-laboral, desde las habilidades cognitivas y académicas/laborales hasta la planificación de metas; fomentar las habilidades sociales y de comunicación, incrementar los vínculos familiares (mejora de relaciones familiares) y mejorar el nivel de información.

Es interesante comprobar cómo las recomendaciones realizadas por diferentes investigadores acerca de la importancia de ajustar los programas de adolescentes diferenciándolos de la intervención efectuada hasta el momento para adultos (Colby, Lee, Lewis-Esquerre, Esposito-Smythers y Monti, 2004; Fernández et al., 2004; Schulenberg y Maggs 2002; Winters, 1999), aparecen ya en el conjunto de estas actuaciones. Son diversos los estudios que desde finales de los años 90 insisten en las diferencias en los patrones de consumo entre adolescentes y adultos, lo que justifica aspectos concretos de la intervención a realizar. Por ejemplo, los jóvenes suelen manifestar un menor reconocimiento del riesgo que los adultos (Godley y White, 2005) al no percibir su consumo como causante de problemas, de ahí que no sea frecuente que soliciten tratamiento de manera voluntaria y en el caso de hacerlo, por mandato judicial o presión familiar en muchas ocasiones, que lo hagan menos motivados. Es por este motivo lógico que se le otorgue mucha importancia a las intervenciones motivacionales (Monti, Barnett, O'Leary y Colby, 2001; Secades, 2005) ya que facilitan y permiten consolidar el compromiso del joven con el proceso de cambio y por ello con la intervención a seguir.

También es importante considerar el momento evolutivo en el que se encuentran la mayoría de estos jóvenes, caracterizado por los primeros atisbos de independencia familiar, un mayor desarrollo de su identidad y una focalización en el aquí y ahora (Mark y cols., 2006). A todo ello hay que añadir los frecuentes déficits educativos y laborales derivados del consumo que realizan (Secades, 2005). A causa de ello, el joven puede haber descuidado los estudios, o encontrarse en una situación laboral inestable. La orientación vocacional y las técnicas de inserción en el medio escolar/laboral resultan

métodos efectivos para ayudarles a planificar y mejorar su situación.

Otras características a tener en cuenta en la adolescencia son (Fernández y cols., 2004; Mark y cols., 2006): la impulsividad, la conducta desafiante, la adopción de riesgos y la influencia notoria del grupo de pares. En este sentido, los procedimientos de entrenamiento en habilidades (sociales, de solución de problemas y de afrontamiento) pueden considerarse, según Secades (2005) un grupo de estrategias adecuado y necesario para poder abordar este tipo de problemas.

Pero, un aspecto que queda pendiente es el referido a la atención de los jóvenes con problemas psiquiátricos comórbidos. Entre los adolescentes abusadores de sustancias, un 50-90% presentan este tipo de problemas (Greenbaum, FosterJohnson, y Amelia, 1996). Por ello es lógico, que la mayoría de los que actualmente buscan tratamiento presenten problemas de consumo junto con diagnóstico de patología mental y una gran cantidad de problemas sociales, de conducta y familiares (Bender, Springer y Kim, 2006; Roberts y Corcoran, 2005). Sólo una de las actuaciones revisadas en la tabla toma en consideración este aspecto.

9.5. A modo de conclusión

Sería interesante que en la mejora de este tipo de intervenciones se incluyese, dentro de los objetivos, la realización de una valoración exhaustiva inicial de los participantes que cubriese entre otros aspectos, los relacionados con posibles problemas psiquiátricos. Hasta el momento, la mayoría de las intervenciones carecen o no informan acerca de este tipo de evaluación, por lo que parecen estar fundamentadas en aspectos que, en la mayoría de las ocasiones, pueden ser demasiado generales.

Además, la mayor parte de las actuaciones revisadas se centran únicamente en el propio joven, siendo muy pocas las que consideran la implicación de otros colectivos, a pesar de la conveniencia de intervenir sobre la familia recomendada por diferentes profesionales (Arbex, 2002; Liddle, 2005; Secades, 2005). Concretamente en 6 programas se incluye el trabajo directo con las familias de estos jóvenes, intentando alcanzar un triple objetivo: cubrir sus carencias de información; hacerles conscientes de cómo su conducta repercute en la de sus hijos y orientarles sobre cómo reforzar los cambios que van experimentando sus hijos conforme avanzan en el tratamiento (apoyo a la intervención con el joven).

Tal como indica Liddle, a partir de una revisión efectuada sobre tratamientos para adolescentes que incluyen intervención con la familia (2005), con estos se obtienen mejores resultados y más estables. Concretamente, se observa una reducción importante del consumo entre los hijos y de su vinculación con grupos de consumidores, así como una disminución de problemas relacionados con la escuela, la familia y la conducta delictiva. Es por ello recomendable incluir la intervención familiar en las actuaciones dirigidas a los jóvenes abusadores de alcohol, máxime cuando se actúa sobre una población menor de edad, como ocurre en la mayoría de los programas analizados. En

este caso, habría que tener en cuenta, siguiendo las recomendaciones del propio Liddle (2005), el nivel de formación de los profesionales encargados de llevar a cabo esta intervención.

Puede concluirse, al considerar el conjunto de alternativas enunciadas para paliar la práctica del botellón a todos sus niveles (implicaciones sociales y sobre la salud), que es precisamente este último conjunto de medidas psicosociales centradas en el joven y su entorno más inmediato el que requiere de un mayor desarrollo. El resto de áreas comentadas (represiva y de ocio) necesitan un ajuste, mejora e integración que les permita adaptarse a esta situación, pero las de intervención psicosocial necesitan una planificación, elaboración, implementación y evaluación, dada su escasa presencia en nuestro país. Para ello sería importante servirse de los logros obtenidos en este ámbito a nivel internacional, ya que tal como se ha referido en la introducción, la tendencia hacia la homogeneización en el consumo juvenil es una realidad. Del mismo modo, sería interesante, tal como ocurre ya en otros países de manera explícita y evaluada, tener en cuenta la coordinación con otros servicios tales como el sistema de justicia juvenil o las urgencias hospitalarias, a partir de los cuales se permitiese realizar una intervención sobre estos jóvenes que pudiese resultar determinante de cara a frenar su progresión en el proceso adictivo.

Programas de prevención escolar basados en la evidencia

10.1. Introducción

El concepto de prevención surge a raíz de la sustitución del modelo médico por el modelo biopsicosocial de salud. Se trata de un término relativamente novedoso, que proviene de la concepción de la salud como un estado de ausencia de enfermedad y bienestar óptimo. A raíz de la redefinición de este concepto por parte de la Organización Mundial de la Salud, se comienza a prestar mayor atención a conceptos como la educación para la salud, la promoción de la salud y la prevención. La disciplina de la intervención preventiva en drogodependencias ha ido avanzando a lo largo de la historia, incorporando unos componentes y desechando otros en función de la evidencia científica. Las intervenciones de los últimos años pretenden aglutinar el máximo de elementos con potencia preventiva a fin de llevar a cabo una prevención multicomponente de calidad. Los programas preventivos de la última década tienen en cuenta varios modelos teóricos y no se basan en un solo modelo.

El interés por la prevención en drogodependencias surge como un intento de respuesta por parte de la comunidad científica ante una problemática social y sanitaria cada vez mayor. El Informe Mundial sobre Drogas (ONUDD, 2007) revela que España se encuentra entre los países con mayor consumo de sustancias psicoactivas en comparación con el resto de la Unión Europea y los Estados Unidos. Sobre todo en lo referente al consumo de alcohol y estimulantes como la cocaína consumida en polvo. Además, este consumo es notablemente más significativo entre el grupo de hombres entre 15 y 34 años.

10.2. Evaluación de las intervenciones preventivas

Determinar qué se entiende por intervención preventiva eficaz es una empresa complicada en la que se tienen en cuenta indicadores de proceso como indicadores de

resultado, siendo pocos los programas que incorporan el segundo tipo de medidas (Becoña, 2002; Espada, 2002; Frojan y Santacreu, 1994). En los últimos años se ha ido prestando una mayor atención a la evaluación de la calidad de los programas preventivos, no sólo en términos de proceso, sino también en términos de resultados. Esto repercute directamente en la efectividad de los futuros programas y en la mejora de la metodología preventiva. Sin embargo, todavía siguen siendo escasos los estudios que incluyen una evaluación rigurosa estableciendo comparativas entre los resultados obtenidos y los objetivos establecidos al inicio. Según datos del EDDRA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2005) de un total de 52 programas preventivos realizados en España la mayoría no presentan evaluación de resultados. Entre los programas que sí la incluyen, la mayor parte presenta importantes problemas metodológicos.

La escolarización obligatoria permite la monitorización y evaluación de grandes cohortes de sujetos, lo que facilita la evaluación de los programas preventivos (Fernández, Nebot y Jané, 2002). Normalmente, los investigadores se sirven de mediciones pos-test sobre variables de consumo, actitudinales e intencionales con la finalidad de medir el nivel de consumo tras la aplicación de los programas.

Luengo (2000) indica que a la hora de evaluar la eficacia de los programas de prevención es imprescindible tener en cuenta la naturaleza dinámica del consumo. De hecho, la desaparición paulatina de los efectos de los programas preventivos podría ser tan solo un efecto aparente, dado que el hecho de que comiencen a observarse datos de consumo tras la aplicación del programa, no implica necesariamente que los efectos decrezcan, puesto que el consumo puede producirse más tarde teniendo en cuenta que los programas retrasan la edad de inicio. De hecho, utilizar los mismos criterios de evaluación durante todo el seguimiento sería un error metodológico (Pentz, 1994), dado que los cambios evolutivos que se producen en el consumo son distintos en función del momento temporal.

Como ya hemos señalado en otro lugar Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2002) existen diversos obstáculos que aparecen a la hora de evaluar la eficacia de una acción preventiva. Estas dificultades, reflejadas en el [Cuadro 10.1](#), hacen referencia tanto a la fase inicial de planteamiento de metas como al diseño de investigación y la evaluación de los resultados.

Cuadro 10.1. Principales dificultades para valorar los programas preventivos.

Establecimiento de metas	Es imprescindible establecer desde el inicio del programa unos objetivos operativos y evaluables.
Establecimiento de variables de resultado	Es fundamental la operativización de las variables dependientes, de modo que sea claramente cuantificable una vez aplicado el programa.
Diseño de investigación	Importancia de considerar un diseño de

	investigación que tenga en cuenta efectos a corto, medio y largo plazo, sin renunciar a variables de tipo intencional y actitudinal.
Proceso de evaluación	Utilización de instrumentos de evaluación estandarizados y con garantías psicométricas.
Comprobación de cambios directos inmediatos	Consideración de que los cambios en las tasas de consumo no se producen directamente a la finalización de la aplicación del programa.

Existen cuatro momentos temporales en los que se puede llevar a cabo una evaluación: un primer momento en el cual se evalúa el problema que se pretende solucionar, un segundo momento en el que se valora la coherencia del programa en función de las necesidades existentes, un tercer momento en el que se analizan los inconvenientes que van surgiendo a medida que se aplica el programa y un último momento en el que se evalúa si el programa funciona de manera satisfactoria. Las dos últimas etapas corresponden con una evaluación de proceso y una evaluación de resultados (García del Castillo, 2003). En concreto, por lo que se refiere a la evaluación de resultados, un buen diseño de evaluación de resultados es aquel que presenta una alta consistencia interna y externa, lo cual se consigue a través de la utilización de comparaciones entre grupos y por medio de análisis estadísticos adecuados. La evaluación en distintos momentos temporales se enmarca dentro del concepto de mejora continua de la calidad. Alonso (2005) la define como la actividad de evaluación periódica cuyo objetivo es conseguir la consecución de los objetivos planteados en el programa (eficacia) al tiempo que se optimizan los recursos (eficiencia).

10.3. Transmisión de información sobre las drogas

La Ponencia Técnica llevada a cabo por el Plan Nacional sobre Drogas a finales de los noventa (Moncada, 1997) pretendía elaborar un compendio de los elementos eficaces que debían incluir la planificación de programas. Sin embargo este intento de homologación incluía elementos muy genéricos, lo cual es un indicador de la falta de investigación y de estudios sobre la efectividad en este sector.

Uno de los componentes que suelen incluir la mayoría de programas es la Información. Básicamente, se trata de informar a los adolescentes acerca de las consecuencias del uso y abuso de drogas. La información suele girar en torno a los procesos adictivos y las consecuencias negativas del consumo. La idea es persuadir a los adolescentes de no consumir a través del conocimiento sobre las consecuencias negativas

que puede acarrear el consumo. El nivel de información veraz sobre las drogas suele aumentar tras la aplicación de los programas que incluyen este tipo de componente (Bruvold, 1993). Sin embargo la información es un arma de doble filo ya que proporcionar demasiada información puede generar curiosidad y estimular a los adolescentes al consumo. Del mismo modo, ofrecer información demasiado cruda puede generar una emoción de miedo que genere una actitud contraria a la esperada, ya que ante el miedo pueden reaccionar utilizando la negación de que la situación temida pueda ocurrirles. Por ello es preferible informar de las alternativas viables a utilizar para evitar la situación temida (García-Rodríguez et al., 2003). En todo caso, el objetivo es proporcionar a los jóvenes información veraz al tiempo que se refutan mitos sobre el consumo.

Cuadro 10.2. *Características de una adecuada trasmisión de información en los programas de Prevención Escolar del Consumo de Drogas (Fuente: Maciá, 2000).*

1. En la medida de lo posible la información debe transmitirse de un modo atractivo, sencillo y asequible. Para ello pueden utilizarse medios audiovisuales e interactivos.
2. La información debe ser realista, no debe ocultarse información ni transmitir datos falsos con el objetivo de generar sensaciones de miedo y rechazo.
3. La información debe ser relevante y familiar para los jóvenes.
4. El lenguaje empleado debe ser sencillo, adaptado a los receptores.

Muchos Programas Escolares Preventivos basados en la evidencia incorporan en sus contenidos uno o más módulos informativos. Un ejemplo es el Programa Preventivo “Órdago” (EDEX, 1996). Este programa se basa en:

- Dotar de información adecuada sobre las drogas.
- Identificar creencias y actitudes ante las drogas.
- Analizar influencias.
- Mejorar la autoestima.
- Entrenar en la toma de decisiones.
- Entrenar en técnicas de resistencia a la presión.
- Fomentar alternativas de ocio y tiempo libre.

El programa se estructura en 32 sesiones de 50 minutos, 8 sesiones por cada grupo educativo (se aplica a alumnos de primero a cuarto de Educación Secundaria Obligatoria). La sesión informativa es la primera. La información se proporciona en una sesión en cada curso y los contenidos informativos están ajustados a cada uno de los niveles educativos:

- Primero de Educación Secundaria Obligatoria: ¿De qué va eso de las drogas?
Se trata de transmitir a los alumnos un concepto objetivo del concepto de

drogas libre de prejuicios y estereotipos. Se utiliza la técnica de la lluvia de ideas para buscar la participación del alumnado para definir el concepto de droga y las asociaciones de los alumnos. Se trata el tema de los efectos de las drogas en el organismo y del proceso de dependencia.

- Segundo de Educación Secundaria Obligatoria: ¿Y qué pasa con el alcohol? La idea es transmitir a los alumnos información realista sobre los efectos inmediatos del consumo de alcohol e identificar la cantidad de alcohol de cada tipo de bebida alcohólica. También se plantea la forma de calcular el nivel de alcoholemia. La técnica utilizada es el debate en grupo como medio de llegar a través del grupo de iguales a una definición realista de los riesgos inmediatos que entraña el consumo de alcohol.
- Tercero de Educación Secundaria Obligatoria: El mercado de las drogas. En este módulo la información se centra en las drogas ilegales, se debate con términos lo más claros posible acerca de los efectos de este tipo de sustancias. Las técnicas utilizadas son el debate grupal sobre noticias de prensa y un cuestionario acerca de lo que cree saber el alumnado, de modo que se confronte la información desajustada.
- Cuarto de Educación Secundaria Obligatoria: ¿Yo controlo? Se aborda el tema del proceso de dependencia, los efectos de la droga sobre el organismo y sus consecuencias. Se hace especial hincapié en la pérdida de autonomía que implica la dependencia. La técnica utilizada es el debate grupal.

La utilización de la información en el ámbito de la prevención escolar del consumo de drogas puede ser una herramienta eficaz siempre que se tengan en cuenta los efectos contraproducentes que puede generar. En el caso del programa Órdago, los autores hacen especial hincapié a no mencionar en el módulo “El mercado de las drogas” aquellas drogas que el grupo todavía no conozca, para no generar un efecto de curiosidad por explorarlas. Cuando utilizamos la técnica de debate grupal conviene evitar la formación de grupos desequilibrados en número que se posicionen a favor del consumo, y formar líderes desfavorables al consumo. Del mismo modo, es fundamental adecuar la información al nivel educativo de los alumnos.

Parece que la importancia de incluir un módulo informativo en los programas de prevención escolar es una herramienta eficaz y bastante extendida en este ámbito. Uno de los motivos por el que se incluye en muchos programas, además como primera o segunda sesión tras la presentación, podría ser porque llama la atención y genera interés entre los jóvenes. Asimismo, debe hacerse una utilización responsable de esta herramienta al tiempo que debe apoyarse de múltiples técnicas. La información está muy relacionada con variables de tipo cognitivo (creencias irracionales, prejuicios y estereotipos) asociados muchas veces a determinadas variables de tipo afectivo y actitudinal.

10.4. Educación afectiva

Los componentes afectivos son otro de los pilares de los programas preventivos de eficacia probada. Los modelos de intervención basados en la prevención afectiva pueden modular determinadas variables mediadoras de la conducta de consumo. Se trata de trabajar aspectos relacionados con el desarrollo afectivo individual a través de las variables implicadas en el desarrollo personal tales como la autoestima, el ajuste del autoconcepto, el auto-conocimiento y la autoaceptación. Todos ellos se consideran factores de protección frente al consumo.

Aunque varios estudios sostienen que la relación entre la autoestima y el consumo es poco consistente (Del Campo, Gómez, García y Santos, 2000), otros (Taylor y Del Pilar, 1995) señalan que dicha relación existe y debe ser tenida en cuenta como elemento preventivo. En todo caso, parece ser un tema controvertido, quizás por la falta de definición de conceptos como desarrollo personal. Este campo está poco explorado, no existiendo muchos instrumentos que permitan adecuar los afectos en la medida y del modo óptimo. Algunas investigaciones ponen de manifiesto la existencia de relación entre una autoestima alterada, problemas de identidad y sentimientos emocionales negativos, pero esto no necesariamente implica que dichas emociones sean precedentes al consumo, pudiendo tratarse de consecuencias del mismo (Swain, 1991).

Si bien existen numerosos programas preventivos centrados en la educación afectiva, los datos no apoyan la existencia de relación directa entre factores caracteriales como la autoestima o el autoconocimiento y el abuso de drogas, aunque algunas investigaciones señalan relaciones significativas entre la autoestima y el consumo de sustancias (Tobler, 1997).

En este sentido, el programa “Construyendo Salud” (Luengo, 2000), adaptación española del exitoso programa “Entrenamiento en Habilidades de Vida” de Botvin (1988) incorpora entre sus herramientas de intervención el entrenamiento de habilidades intra e interpersonales de cara a la mejora de la autoestima y la autoconfianza. Los contenidos del programa “Construyendo Salud” incluyen:

- Módulo informativo.
- Módulo dedicado a la autoestima y la superación.
- Módulo dedicado a la toma de decisiones.
- Módulo dedicado a las habilidades sociales.
- Módulo dedicado a la tolerancia y la cooperación.
- Módulo dedicado a las actividades de ocio.

Este programa está dirigido a jóvenes de sexto año de primaria y de primero y segundo de educación secundaria obligatoria. Entre las técnicas de trabajo empleadas en este programa encontramos: *brainstorming* o tormenta de ideas, Philips 6/6, debate y *role-playing* o ensayo de conducta.

El módulo dedicado a la autoimagen y la autosuperación incluye los siguientes

elementos: información acerca de qué es la autoimagen, cómo se relaciona con la conducta y cómo puede mejorarse; un proyecto de superación personal, y técnicas para el afrontamiento de emociones desagradables como la ansiedad y la ira (técnicas de relajación, ensayo mental y pensamiento positivo). En el [Cuadro 10.3](#) se especifican las características de la unidad dedicada de este aspecto en el programa “Construyendo Salud”.

Cuadro 10.3. *Unidad de mejora de la autoimagen y control emocional en el Programa “Construyendo Salud”.*

Autoestima y autosuperación	• Análisis del proceso de formación de la autoimagen y la autoestima. • Análisis de la relación entre la autoimagen y el comportamiento. • Identificación de los diversos modos de mejora de la autoestima. • Elaboración de proyectos de superación personal.
Control emocional	• Análisis y definición del concepto de ansiedad y las conductas, pensamientos y reacciones corporales asociadas. • Análisis y definición del concepto de ira y las conductas, pensamientos y reacciones corporales asociadas. • Análisis de los modos adecuados de afrontar la ansiedad. • Análisis de los modos adecuados de afrontar la ira. • Práctica de las técnicas de afrontamiento de la ansiedad y la ira (respiración profunda, pensamientos positivos, relajación muscular y exposición en imaginación).

Los problemas relacionados con una baja autoestima y otro tipo de alteraciones emocionales asociados al consumo de sustancias incluyen aspectos tales como:

- Autocrítica dura y excesiva.
- Estilo atribucional interno ante sucesos negativos y externo ante sucesos positivos.
- Miedo a la crítica social.

- Necesidad por complacer a los demás e inseguridad.
- Alteraciones emocionales relacionadas con depresión o distimia tales como anhedonia y apatía.

Es interesante señalar la existencia de una estrecha relación entre determinados afectos y cogniciones concretas. Sería un error considerar un afecto de manera aislada, sin considerar las creencias irracionales. La terapia racional emotiva (Ellis y Dryden, 1987) aporta una serie de elementos interesantes en este sentido plateando un triple modo para modificar los afectos (**Cuadro 10.4**). Sería necesario conjugar la modificación cognitiva y la relajación como paso previo para modificar determinados afectos. Según el Modelo Teórico de Ellis, ante ciertas situaciones se generan creencias que tienen como consecuencia determinados afectos y conductas. Se podría distinguir entre creencias racionales e irracionales, y entre conductas y afectos funcionales y disfuncionales.

Cuadro 10.4. *Intervención sobre las emociones con base en los postulados de la Terapia Racional Emotiva.*

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Intervención a través de medios eléctricos o bioquímicos. • Intervención sobre el sistema sensoriomotor a través de la meditación y la relajación. • Intervención sobre los pensamientos disfuncionales. |
|--|

Según el modelo racional emotivo el uso de drogas es un modo disfuncional de afrontar afectos negativos. En base a esto, muchos programas preventivos incorporan el entrenamiento en las otras dos alternativas de intervención ante emociones negativas. La relajación y la reestructuración cognitiva es un elemento presente en muchos programas de eficacia probada.

Tanto la relajación como la reestructuración cognitiva son dos técnicas de eficacia probada en psicología. En drogodependencias estas técnicas son especialmente útiles. Cuestionando las creencias subyacentes al consumo se puede modificar la intención de llevarlo a cabo (Beck, Liese, Newman y Wrigth, 1999), la relajación permite dotar a los jóvenes de estrategias adecuadas para reducir la ansiedad que puede generar la necesidad de consumir, especialmente ante sustancias estimulantes de creciente consumo como la cocaína.

10.5. Fomento de alternativas al consumo

Otro elemento común entre los programas de prevención escolar basados en la evidencia es la apuesta por ofrecer alternativas al consumo. Esta idea surgió ante la creencia de que al ofertar a los jóvenes alternativas atrayentes que sustituyeran al consumo se reduciría el mismo. Diversas investigaciones (v.g., Schaps, Moskowitz, Malvin y Scheffer, 1986) señalan que este tipo de intervenciones aisladas no reducen la conducta de consumir. Un

proceso relacionado con este hecho es el de asociación entre consumo y ocio. A menudo las drogas se comienzan a consumir en contextos sociales y en actividades relacionadas con el ocio, por lo que modificar este tipo de aprendizaje supondría la exposición a situaciones de ocio sin la actividad de consumo. Sin embargo, la existencia de una alternativa no implica necesariamente que los sujetos opten por ellas, por esto las intervenciones multicomponentes son más eficaces en este sentido. Además, las alternativas al consumo deben ser realmente atractivas para los jóvenes y viables, es decir, que el contexto social permita la práctica de las mismas.

En un estudio comparativo (Gómez-Fraguela, Fernández y Romero, 2005) entre jóvenes que llevaban a cabo la conducta de botellón y aquellos que no participaban en ellos se observó que quienes realizaban este tipo de comportamiento dedicaban significativamente más tiempo a quedar con amigos, escuchar música, ir a fiestas y a bares, y salir a tomar copas. Sin embargo, estos mismos jóvenes dedicaban menos tiempo a actividades relacionadas con el autocuidado, la familia y actividades al aire libre. Además, durante los fines de semana se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, de modo que quienes llevaban a cabo botellón dedicaban menos tiempo a algún tipo de afición, a actividades de tipo ideológico/religioso y ver la televisión o ir al cine.

Un programa preventivo enfocado precisamente al tema de la ocupación del ocio y el tiempo libre es “Me llamo Marcos” (Alemany, 2007). El objetivo de este programa es debilitar la asociación entre ocio y tiempo libre a la que antes hacíamos referencia (Cuadro 10.5). Para ello se utilizan métodos audiovisuales dividiéndose el programa en cuatro módulos.

Cuadro 10.5. *Componentes dedicados a la ocupación del tiempo libre y las alternativas al consumo en el programa “Me llamo Marcos”.*

Módulo 1: Espacio y tiempo. Se trata de definir el contexto en el que se produce el consumo de drogas y los momentos en los que se da lugar dicho consumo (normalmente fines de semana y noches).

Módulo 2: Valor y consumo. Se debate sobre el papel que juega el tiempo libre y el ocio en la sociedad actual. También se debate acerca del papel del consumo en general dentro de nuestra sociedad, consumo no sólo de drogas ilegales.

Módulo 3: Estímulo y transgresión. Se analiza la relevancia de la búsqueda de estímulos y sensaciones así como de la necesidad de transgredir y explorar límites como un elemento fundamental de la ocupación del tiempo libre entre los jóvenes.

Módulo 4: Grupo y relaciones. La idea de este módulo es comprender la influencia del grupo y la relación con iguales dentro de la ocupación del tiempo libre.

No obstante, este programa se limita a la ocupación del tiempo libre como predecesor del consumo. Los programas de prevención escolar basados en la evidencia se caracterizan por ser multicomponentes, y aunque la mayoría dedican un módulo al ocio y el tiempo libre, no enfatizan tanto un aspecto como lo hace este tipo de programas

más específicos. Uno de los principales inconvenientes que podemos encontrar en los programas multicomponentes es la falta de tiempo y espacio en el cual sintetizar muchos aspectos preventivos relevantes.

Otros programas preventivos enfocados específicamente a la ocupación del ocio y el tiempo libre aplicados en distintas regiones de España son: “Abierto hasta el alba”, “Es.pabila, proyecto de ocio nocturno alternativo”, “La nit es Jove”, “Sal de buen rollo” y “Prevención del consumo de drogas en el tiempo de ocio”, entre otros.

10.6. Entrenamiento en habilidades de resistencia

El entrenamiento en habilidades de resistencia es otro enfoque al problema del consumo escolar de drogas. Desde esta perspectiva, se entiende que la falta de habilidades para rechazar una oferta de consumo puede tener como consecuencia esta conducta. Sussman, Dent, Stacy y Sun (1993) remarcan la eficacia preventiva de los programas que intervienen sobre este tipo de aspectos. Por ejemplo, según las investigaciones de Botvin y Griffin (2000), este tipo de programas reducen el consumo de tabaco entre un 30% y un 50%.

El entrenamiento en habilidades de resistencia incluye habilidades sociales como la asertividad, la tolerancia a la frustración y estilos de afrontamiento adaptativos. Sánchez-Pardo (2001) señala que el entrenamiento en habilidades de resistencia era el componente cuyo uso estaba más extendido entre los programas preventivos escolares aplicados en España durante 1998 y 1999; junto con otros que quedan recogidos en la [Figura 10.1](#).

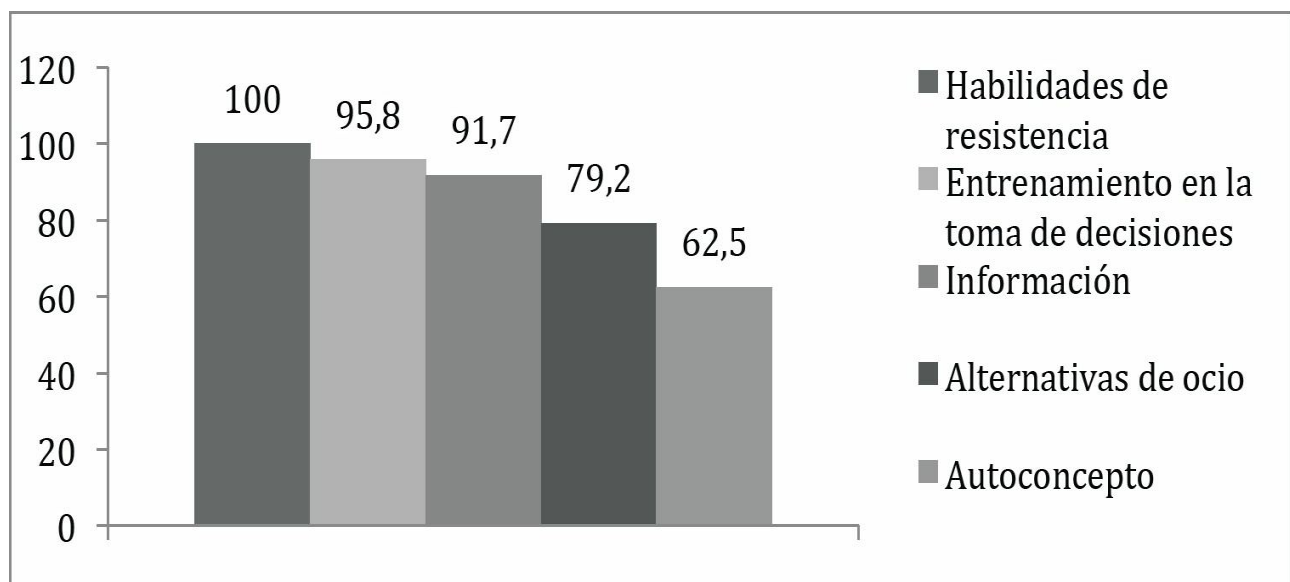


Figura 10.1. Componentes utilizados en Programas de Prevención Escolar en España durante 1998-1999 (Pardo, 2001).

La frecuente utilización del entrenamiento de habilidades sociales no es algo que se limite a los programas preventivos utilizados en España, esto es algo que también encontramos en otros países (National Institute on Drug Abuse, 1997).

Un aspecto importante es considerar a qué tipo de presión debemos hacer frente, ya que en función de la presión sobre la que se esté trabajando las técnicas empleadas y la estructura del programa será una u otra. De este modo, la presión puede tener su origen en los medios de comunicación, en la familia o en el grupo de iguales. Si la presión hacia el consumo proviene de los medios de comunicación suelen ser útiles estrategias cognitivas de tipo refutación de mitos sobre las drogas, si la presión proviene del grupo de iguales suelen ser útiles las estrategias de tipo interpersonal, sin embargo, si la presión para consumir proviene de familiares puede ser significativo de un modelo familiar inadecuado y de un problema cuya intervención requiere un tratamiento en profundidad (Espada, Pereira y García-Fernández, 2008).

El Programa Saluda (Espada y Méndez, 2003) es un ejemplo de programa preventivo escolar basado en la evidencia que incorpora un módulo de entrenamiento en habilidades de resistencia. Este programa está dirigido a la prevención del consumo de alcohol y drogas de síntesis entre los adolescentes, e incluye un módulo informativo, un módulo dedicado a las relaciones interpersonales, otro dedicado a la resolución de problemas y otro dedicado a la ocupación del tiempo libre. Asimismo, se incluye un apartado de compromiso público ante el consumo y un entrenamiento en autocontrol. Con respecto al módulo dedicado al entrenamiento en habilidades interpersonales, este se estructura de la siguiente manera:

- Relaciones sociales, cómo mejorarlas: se analiza la diferencia entre un estilo de relación pasivo, un estilo de relación agresivo y un estilo de relación asertivo. Se describe y entrena a los alumnos en asertividad, de modo que los jóvenes puedan mantener sus opiniones e intereses respetando los de los demás chicos.
- Relaciones sociales, aprender a escuchar, conversar y opinar: se trata de ejercitar la escucha activa y poner en práctica habilidades de comunicación adecuada.
- Relaciones sociales, sé tú mismo: la idea es que los jóvenes puedan resistir a la presión grupal a través de las estrategias de negociación.

Las técnicas y actividades que incluye el módulo de entrenamiento en habilidades de resistencia del Programa Saluda son la interpretación de papeles y utilización de *role-playing*, la utilización del modelado de compañeros líderes y la retroalimentación constructiva.

Como hemos visto en otros programas preventivos basados en la evidencia, existe una estrecha relación entre los distintos módulos y las habilidades entrenadas en unos y otros. Este es el caso del programa Saluda, en el cual el entrenamiento en habilidades de resistencia tiene una relación directa con el entrenamiento en habilidades sociales y la

mejora de las competencias.

10.7. Entrenamiento en mejora de competencias

El entrenamiento en mejora de competencias es un componente muy extendido entre los programas de prevención escolar del consumo de drogas basados en la evidencia utilizados en España. La idea es promover habilidades de autonomía y afrontamiento a través de la utilización de estrategias cognitivo-conductuales. Generalmente se trata de habilidades genéricas como el entrenamiento en resolución de problemas o estrategias de afrontamiento, ejemplificadas en situaciones relacionadas con el consumo de sustancias. Según algunos investigadores (Caplan, Weissberg, Grober, Sivo, Grady y Jacoby, 1992) es imprescindible que los programas basados en la mejora de competencias no se centren en el entrenamiento general de competencias, sino que se adapten a la problemática del consumo. En efecto, los programas basados en la mejora de competencias aplicadas al consumo de drogas parecen ser bastante eficaces (Espada et al., 2002).

Un ejemplo de programa de prevención basado en la evidencia que incorpora la mejora de competencias es el Programa “Barbacana” (García-Rodríguez y López-Sánchez, 1998). Este programa se estructura en dos bloques e incluye ocho sesiones. Entre los objetivos del programa encontramos el de evitar el consumo ante la existencia de problemas personales.

10.8. Algunos programas “tipo”

Hasta el momento hemos analizado algunos de los factores comunes a todos los programas de prevención basados en la evidencia, señalando determinados ejemplos de programas que incorporaban dichos elementos. A continuación procederemos a describir algunos programas preventivos cuyo uso está extendido en nuestro país y cuyos resultados en mayor o menor medida pretenden la reducción del consumo y abuso de alcohol así como de la actitud proclive al consumo y la intención.

10.8.1. Programa Discover

El programa “Discover” ha sido adaptado a España por la Universidad de Deusto y se puede aplicar en últimos ciclos de educación primaria y en primero, segundo, tercero y cuarto de Educación Secundaria Obligatoria. Este programa se ha aplicado en varias comunidades autónomas españolas, e incorpora los siguientes módulos de intervención:

- Módulo informativo: se trata de promover el conocimiento acerca del alcohol, el tabaco y otras drogas, la influencia ejercida por los demás en el consumo, la

publicidad y los métodos persuasivos, y el ajuste de la percepción normativa sobre el consumo entre los jóvenes de su edad.

- Módulo de afectividad: se pretende que los adolescentes mejoren su autoestima, y ajusten su autoconcepto. Este módulo incluye habilidades de autoconocimiento y habilidades de tipo intrapersonal.
- Módulo de habilidades de resistencia a la presión: este módulo incluye estrategias de entrenamiento en negociación y resolución de problemas.
- Módulo de habilidades generales para la vida: este módulo hace referencia a la mejora de competencias e incluye habilidades genéricas tanto de comunicación efectiva como de asertividad, toma de decisiones, afrontamiento de críticas y tolerancia a la frustración.
- Módulo de habilidades de seguridad: el objetivo de este módulo es que el adolescente establezca un vínculo de afecto seguro con un adulto.

10.8.2. Programa “Entre Todos”

El programa “Entre Todos” (Proyecto Hombre, 2000) supone una ampliación del programa “Construyendo Salud” e incluye 17 unidades didácticas estructuradas en 9 módulos. Este programa se dirige a adolescentes de todos los niveles de educación secundaria obligatoria, aborda específicamente la prevención del consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Este programa pertenece a las aproximaciones actuales en materia de prevención, y se puede incluir dentro de los programas de mejora de competencias. Las unidades que componen el programa quedan recogidas en el [Cuadro 10.6](#).

Cuadro 10.6. *Unidades del Programa de prevención escolar del consumo de drogas “Entre Todos”.*

<i>Unidades</i>	<i>Módulos</i>
Tabaco	Información
Alcohol	
Autoestima y crecimiento personal	Autoestima
Toma de decisiones	Toma de decisiones
Pensamiento independiente	
Acciones y efectos	Estrategias cognitivas
Control emocional	Control emocional
Habilidades de comunicación	Habilidades sociales
Habilidades sociales	
Personales	Valores

10.8.3. Programa “Prevenir para vivir”

El programa “Prevenir para vivir” (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2003) se basa en tres factores de protección cuya relación con el consumo de tóxico ha sido comprobada: factores cognitivos, factores afectivos y factores sociales. Este programa se dirige a la prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales entre estudiantes de educación infantil, primaria y secundaria. Las actividades que incluye son:

- Afectividad:
 - Desarrollo de la autoestima.
 - Incremento de la capacidad de empatía.
 - Mejora de la autoexpresión emocional.
- Aspecto cognitivo:
 - Desarrollo de actitudes prosalud.
 - Aumento de la capacidad de autocontrol.
 - Mejora de las habilidades de toma de decisiones.
 - Reducción de las actitudes prodroga.
- Aspecto social:
 - Mejora de las habilidades de interacción social.
 - Aumento de las habilidades de resistencia.
 - Aumento de la asertividad.

Como en el caso de la mayoría de programas de prevención del consumo de drogas en el contexto escolar basados en la evidencia, la aplicación de cada módulo y unidad no es la misma en función del nivel educativo en el que se esté aplicando el programa, ya que se deberán adaptar los contenidos a cada población diana.

10.8.4. Programa “Y tú, ¿qué piensas?”

El programa “Y tú, ¿qué piensas?” (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2007) está enfocado a jóvenes de Educación Secundaria Obligatoria, posee una metodología interactiva y participativa, y utiliza como estrategia grupal básica el debate grupal de cara a producir un intercambio de impresiones y un diálogo productivo. Los componentes del programa son seis o siete dependiendo de la modalidad, y abordan distintos aspectos siempre desde una perspectiva participativa:

- La vida en grupo. En este módulo se discute el concepto de grupo, la

necesidad de sentirse dentro de un grupo y lo que esto supone (“el peaje del grupo” y “lo que los grupos otorgan”).

- Tiempo libre. En este modulo se analiza el papel de la televisión y las nuevas tecnologías en el ocio y el tiempo libre, así como los mensajes que llegan a través de estos medios de comunicación.
- Publicidad y moda. La idea es analizar el papel del consumo en la sociedad actual y las técnicas empleadas por los medios para persuadir y convencer a los jóvenes.
- Relaciones personales. Se trata de dotar a los adolescentes de estrategias efectivas de relación a través del entrenamiento en asertividad. Se incluye una unidad dedicada a las relaciones de pareja.
- De marcha. Analiza el contexto de consumo de drogas más extendido entre los estudiantes, se hace referencia a las alternativas de ocio, y se pretende entrenar a los jóvenes en habilidades de control estimular y de identificación de estímulos.
- Jóvenes y adultos. Se debate acerca de las fases del desarrollo, la existencia de conflicto entre padre e hijos, estrategias de comunicación y apoyo familiar.
- Los jóvenes y el mundo. Este módulo está dedicado al papel de los jóvenes en la sociedad, pretende estimular a los estudiantes a reflexionar acerca de sus intereses y ambiciones como grupo, haciéndoles tomar conciencia de su identidad grupal más allá del consumo de sustancias.

10.9. Eficacia de los programas de prevención escolar en España

Respecto a la eficacia de los programas de prevención escolar en España, existen revisiones cualitativas y cuantitativas. Entre las primeras, Salvador y Martínez (1997) analizaron 503 programas de la base de datos del Sistema de Información sobre Prevención del Uso Indebido de Drogas (IDEA-Prevención), encontrando que, aunque el 60% efectuaban algún tipo de evaluación, en la mayoría de los casos se limitaban a evaluaciones de proceso. Por su parte, Lence, Gómez y Luengo (1997) examinaron los meta-análisis sobre programas de prevención españoles de ámbito escolar. Concluyeron que los programas preventivos aplicados en España eran más eficaces para mejorar el conocimiento sobre las drogas que para producir cambios de conducta en los escolares. Además, los programas que incidían en las variables psicosociales eran más eficaces que los programas meramente informativos. Se observó que los programas de educación afectiva resultaban ineficaces, aunque producían algún efecto cuando se complementaban con otros componentes como la información.

Entre las evaluaciones cuantitativas de la prevención escolar, nuestro equipo realizó un meta-análisis de los programas en España entre 1985 y 2002 (Espada et al., 2002). Fueron incluidos 21 estudios independientes que cumplieron los criterios de selección. La mayoría de los programas se basaron en la teoría del aprendizaje social y utilizaron una

metodología activa. Todos ofrecieron información oral, escrita y/o audiovisual sobre las drogas, siendo la combinación oral + escrita la fórmula más empleada. Los programas desarrollaron principalmente contenidos sobre los tipos de drogas y sus efectos, sobre las repercusiones negativas a corto y largo plazo, y sobre los factores de riesgo. Más de la mitad de los programas incluyeron el compromiso público respecto al uso de drogas y el entrenamiento en habilidades sociales, en general, y en resistencia a la presión social, en particular. Aproximadamente un tercio incorporaron como componentes activos el entrenamiento en resolución de problemas, la toma de una decisión personal sobre el uso de drogas, y el modelado, especialmente activo y en vivo. Los elementos menos comunes fueron la educación emocional centrada en la mejora del autoconcepto y la autoestima, relajación y autoinstrucciones como habilidades de afrontamiento, y técnicas operantes como el contrato conductual y el autorrefuerzo. El programa preventivo promedio comprendió 9 horas de intervención, distribuidas en 9 sesiones semanales. Los monitores que aplicaron los programas, pertenecientes o no a la plantilla del centro escolar, fueron profesionales, sobre todo psicólogos, pedagogos y maestros. Aproximadamente la mitad de los estudios realizaron seguimientos, cuya duración media fue de once meses. Se estableció una escala de diez puntos para valorar la calidad de los estudios (0 = calidad mínima, 9 = calidad máxima) que contemplaba además de las variables anteriores otras como la mortalidad experimental, la ceguera experimental, el uso de pruebas estandarizadas o medidas objetivas, y la aplicación homogénea del programa a los participantes (Espada et al., 2002; 2008).

Los programas de prevención escolar basados en la evidencia son programas caracterizados por la incorporación de varios elementos de eficacia preventiva, no limitándose a una sola dimensión. Asimismo, parece ser que aquellas intervenciones preventivas que se producen en una comunidad en la que se llevan a cabo acciones preventivas simultáneamente producen un mayor efecto en el consumo. En general podemos obtener dos conclusiones fundamentales. Por un lado destaca la necesidad de llevar a cabo un mayor número de investigaciones encaminadas a la evaluación rigurosa de los resultados obtenidos por los programas preventivos cuyo uso está extendido en nuestro país. Los datos de los que disponemos apoyan que, como ocurre en otras áreas de actuación de la psicología y ciencias afines, es necesaria la integración de diversos modelos teóricos y componentes de cara a producir mejores resultados en términos preventivos. En este sentido, un campo emergente muy vinculado al estudio de los tratamientos y programas basados en la evidencia es el de la aplicación de la investigación al área aplicada, centrado en analizar la aplicación de los modelos teóricos asentados y los hallazgos empíricos de la investigación en las intervenciones educativas y de promoción de la salud.

CUARTA PARTE

Pilares fundamentales para la prevención de las drogodependencias

La educación ante el consumo de drogas

11.1. Introducción

En este capítulo planteamos la importancia de la educación para prevenir el consumo de drogas desde el currículum y mediante el desarrollo de las “competencias básicas” establecidas en el Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria.

Se realiza una propuesta de relación entre cada “competencia básica” y los factores de riesgo y de protección en prevención de drogodependencias señalados por las investigaciones como más relevantes. Se muestra como a través de cada competencia se puede trabajar, de manera específica en unos casos, y de forma transversal en otros, los diferentes factores de riesgo y de protección.

Utilizamos el cine en general, no el específico sobre drogas, como un medio para dinamizar el desenvolvimiento de las competencias en relación con las materias curriculares y los factores de riesgo y de protección como un todo único, de manera global, superando la fragmentación del conocimiento entre los contenidos curriculares y los de la vida. Como señalan Martín y García del Castillo (2009), en los últimos años los medios audiovisuales, y en concreto el cine, se han ido convirtiendo en auténticos referentes y generadores de formas y estilos de vida. La secuencia de una película es un recurso didáctico para generar un clima positivo de comunicación y de diálogo, que favorezca el análisis y reflexión sobre contextos y situaciones de seres humanos que se ven envueltos en realidades complejas, relacionadas con el consumo de drogas.

La elección de una u otra película dependerá de los objetivos a conseguir y de los factores de protección o de riesgo seleccionados, de las características de la persona que lleve a cabo la actividad formativa, de los/las destinatarios/as, y del contexto en el que se encuentre el centro educativo. En este texto se citan diferentes filmes y, a partir de ellos, aspectos de trabajo pedagógico relacionado con la prevención de drogodependencias. Incluimos un caso práctico en el que vinculamos: competencias, asignaturas y escenas de la película *La Ola*, que no es sobre drogas, pero incluye escenas sobre consumo de drogas que pueden resultar cotidianas.

Finalizamos con sugerencias para llevar a cabo con el alumnado y algunas cuestiones

para la reflexión y el trabajo en equipo.

11.2. La educación en una sociedad interdependiente

A través de la Historia de la Educación se puede comprobar cómo ésta ha tratado de dar respuestas, en cada momento, a los diferentes problemas sociales, como en el caso de las drogodependencias, que desde finales del siglo pasado ha sido objeto de estudio desde diferentes disciplinas. En palabras de Tedesco (2003, p. 380), lo peculiar del momento histórico que estamos viviendo es la fuerte tendencia a la construcción social de un escenario que se caracteriza por el aumento significativo de la desigualdad y de la exclusión social, fenómenos que están deteriorando objetivamente las condiciones de educabilidad de las personas. La inseguridad, desigualdad, injusticia... se producen en el entorno más inmediato, pero ante ella se suele desarrollar la miopía, la omisión, el silencio es más cómodo, exige menor implicación y compromiso personal; pero, a continuación se habla, se escribe sobre la urgencia inaplazable de una educación ética y moral, y desde la ingenuidad consciente, nos preguntamos por la autoridad de quienes así lo declaran pero difícilmente lo practican.

Lo cierto es que vivimos en una época de constantes cambios políticos, económicos, tecnológicos, educativos, demográficos, etc., en rápido proceso de globalización e interdependencia y, debido a esa interdependencia, ninguno de nosotros puede ser dueño de su destino por sí solo. Así pues, sociedad y educación están en constante interrelación, de forma que desde ésta se pretende dar respuesta a las demandas y necesidades de una sociedad compleja, dinámica, de transformaciones impredecibles, de desregulación, competitividad e incertidumbres endémicas, de contradicciones, de dobles lenguajes, de vulnerabilidad. Ello, suele generar inseguridades individuales, existenciales, que son con frecuencia acalladas, para poder seguir presentes en el escenario del espectáculo del juego de la vida, representando el papel que pensamos que se esperaba de cada ser humano. Pero, a veces, ante estos requerimientos, reales o imaginarios, se anulan, mueren poco a poco en su intimidad más profunda, mientras buscan la integración y seguridad que puede proporcionar la comunidad en la que se vive. Se muestra vitalidad y fuerza, mientras que, paradójicamente, cada persona trata de superar sus carencias, inseguridades y limitaciones de manera privada, por medio del despliegue de sus conocimientos, habilidades, sentido común, experiencia, reflexión sobre sus acciones y su propia historia personal, desplegando sus competencias personales, sus mecanismos de resistencia a las frustraciones, a los miedos inconfesados, o recurriendo al consumo de diferentes drogas con la idea equivocada de hacer frente a una realidad por la que se sienten desbordadas.

Arendt (1998, p. 151) en su libro *La condición humana*, en 1958, manifestaba que “la entrega a la droga, cuya culpa se carga a la propiedad que tiene la droga de crear hábito, quizá pueda deberse al deseo de repetir el experimentado placer de quedar aliviado del dolor, con la intensa sensación de euforia que lleva consigo”. Una puede

entender, aunque no compartir, que ante esta situación haya personas que encuentren en el consumo de drogas una vía para escapar, para huir, aunque sea a ninguna parte. Estos estados constituyen factores de riesgo para el consumo de diferentes drogas y, ante ellas, es necesaria la acción de una educación que promueva el pensamiento y la toma de decisiones responsable para que cada persona asuma las riendas de su vida y sea capaz de hacerle frente de manera constructiva.

El cine se presenta como un recurso educativo para el razonamiento crítico sobre las actuales cuestiones sociales, que afectan de diferentes formas a las personas en el siglo XXI. Ofrece la posibilidad de analizar las situaciones y las relaciones sociales representadas en la historia que narra, en los mensajes que transmite, pudiendo vincularlos con los diferentes factores de protección y de riesgo que están en la base de las drogodependencias. Aclarar este texto no se centra en películas contratadas en el tema de drogas de forma explícita, sino en otras de carácter más general, que incluyen, como la vida misma, diferentes aspectos ligados a los factores que se han demostrado relevantes en su consumo.

La educación, a través del cine, ofrece al alumnado la posibilidad de ser consciente de sus potencialidades y limitaciones, de tomar decisiones responsabilizándose de las mismas, adquiriendo consciencia de la importancia de realizar acciones para superar sus propias carencias, para convertirlas en posibles fortalezas. La educación como proceso intencional reclama el esfuerzo y la actividad de cada sujeto porque “nos educamos a nosotros mismos” (Gadamer, 2000, p. 15).

11.3. La necesidad de dar respuestas educativas ante el consumo de drogas

La importancia de la educación ha sido una constante a través de los tiempos, las recomendaciones de la UNESCO insisten en la necesidad de su generalización. En 1972, por ejemplo, se publicó el informe “Learning to Be: The World of Education Today and Tomorrow (Aprender a ser)”, más conocido por “Informe Faure”, se defendía la educación permanente en una “sociedad en aprendizaje”, y proponía como alternativa la ciudad educativa, que, partiendo de la escuela, rebasaba las paredes del aula, afirmando la globalidad de la educación. Se iniciaba una nueva etapa de apertura al mundo exterior, de toma de conciencia sobre la necesidad de establecer puentes entre la formación académica y las realidades sociales (drogodependencias, violencia, exclusión social...), económicas, culturales, laborales... Pero, después de casi cuarenta años se sigue reclamando esta necesidad.

No obstante, son muchas las voces cualificadas que insisten en la necesidad e importancia de la educación para conseguir el progreso personal y social. Morin (2001) sostiene que la educación es la fuerza del futuro, porque constituye uno de los instrumentos más poderosos para realizar cambios en nuestros estilos de vida y nuestros comportamientos. La cuestión es definir qué entendemos por educación y cómo se materializa en acciones concretas para responder a los actuales problemas sociales, como

el consumo de drogas y las causas que lo originan.

La intervención educativa respecto al consumo de drogas sólo es posible mediante una educación que promueva el pensamiento, la reflexión crítica, la interrelación del conocimiento, la comprensión de realidades diferentes, el desarrollo de capacidades múltiples relacionadas tanto con el “saber” como con el “saber hacer” y el “ser” (Delors, 1996), porque la educación no es una actividad teórica, sino una actividad práctica con el objetivo de promover el pensamiento autónomo. Es con la acción cuando nos mostramos ante los otros y hay una presencia más allá de las palabras (Bárcena, 2003, p. 58), por eso, si entendemos el concepto de práctica como la realización de ideas, planes, proyectos..., nos llevará a ver la unión indisoluble entre teoría y práctica, que algunos han tratado de diseccionar en dos conceptos independientes, como consecuencia del desarrollo histórico de una tradición intelectual que la promueve, y llega hasta nuestros días, trazando una distinción tajante entre los asuntos “teóricos” y los “prácticos”, relativo a lo que debe hacerse.

Esta disyunción original iniciada en el siglo XVII, en el momento del auge de la ciencia moderna, cuando Descartes diferenció, por un lado, el mundo de la mente del sujeto, de la que surge la filosofía, y por otro el mundo de la materia, de la extensión, de la que surge de la ciencia, pero se institucionaliza en el siglo XIX. Sería el triunfo de los planteamientos de Descartes frente a los de Pascal. El primero defendía la separación en partes de un problema para encontrar así la solución; la división de las ideas, que permiten separar las realidades de las que hablamos tiene valor indicativo de verdad. Mientras que Pascal sostenía que era imposible conocer las partes si no se conocía el todo, y viceversa.

En los tiempos actuales, no es posible mantener esta separación entre el cuerpo de conocimientos científicos de la educación y su práctica educativa. “La teoría de la educación debe esforzarse por examinar la mayor o menor adecuación de los conceptos y teorías que se materializan en el lenguaje de la práctica educativa, articulando la relación entre el discurso educativo y las realidades que este discurso pretende asimilar y describir...” (Carr, 1996, pp. 57-62). La educación tiene que contribuir al desarrollo de la capacidad transformadora de las personas para terminar con las discriminaciones, promover el desarrollo de valores éticos, mejorar las condiciones de vida, promover el desarrollo de competencias personales y profesionales que posibiliten las relaciones personales y sociales, las formas de comunicación, la participación ciudadana, etc., ya que el consumo de drogas anula toda esperanza de conseguir la utopía educativa y social, defendida por Freire (1980).

Por consiguiente, para aportar algunas respuestas satisfactorias a las nuevas realidades sociales conviene que nos cuestionemos constantemente la validez de muchos de nuestros conocimientos, de los procedimientos utilizados, de las aportaciones de las investigaciones, de las propias experiencias y actuaciones..., porque la educación es, también, una actividad histórica y contextual que se construye y evoluciona día a día de acuerdo con las características y aportaciones de las personas implicadas en ella.

11.4. Espacio Europeo de Educación Superior (EEES): el desarrollo de competencias y la prevención de drogodependencias

Las reformas educativas han sido una constante a través de los tiempos, pero adquirieron un protagonismo relevante a partir de la publicación del libro de Coombs (1968), *The World Educational Crisis: A Systems análisis (La crisis mundial de la educación: análisis de los sistemas)*, en él examinaba los problemas que afrontaba la educación en el mundo, e indicaba una serie de acciones para darles respuesta. Por ejemplo, los problemas de aprendizaje dejaban de concebirse como una cuestión individual para situarlos en el marco institucional, si bien afloraban dentro del aula, no podían separarse de una lógica estructural y organizativa en su conjunto. El sistema educativo ya no era posible concebirlo como un puzzle de piezas sueltas, sino como un verdadero sistema en el que cada parte emite sus propias señales, dando cuenta del desempeño de todo el conjunto. A la vez que se defendía la educación como el medio más adecuado para la creación y transmisión de conocimientos, ésta resultaba insuficiente para responder a las nuevas realidades, que como el consumo de drogas afectaba al proceso educativo en los centros, en las familias y en la sociedad. Por consiguiente se hace imprescindible que la educación también aporte respuestas para retrasar su inicio, evitarlo o facilitar la reincorporación al sistema educativo y laboral de quienes se encuentran en tratamiento.

Actualmente, la creación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) pretende que los Estados miembros de la Unión Europea adopten un sistema de titulaciones comprensible y comparable que promueva la libre circulación de sus egresados por el mercado laboral europeo, así como una mayor competitividad internacional del sistema educativo europeo. Entre sus objetivos figura el desarrollo de metodologías activas que promuevan el aprendizaje autónomo del alumnado, el cual pasa a ser el auténtico eje de la educación, y el profesorado actúa como mediador o guía del mismo, promoviendo y fomentando el aprendizaje sobre problemas reales que forman parte del currículum académico o están muy relacionados con su desarrollo personal, familiar y social, como los concernientes al consumo de diferentes drogas. Estos se pueden abordar vinculados al currículum mediante diferentes tipos de problemas en Matemáticas, Física, Química, Biología, Filosofía, Lengua, Historia, Educación Física, etc. (Bas, 2000), así como en las tutorías individuales, en pequeños o con todo el grupo.

El Espacio Europeo de Educación Superior incorpora nuevos conceptos a los procesos de formación, como los relativos a la adquisición y desarrollo de “competencias”, tan necesarias para trabajar en la prevención del consumo de drogas. Para Le Boterf, (2001, p. 54) las competencias son una construcción; una persona competente es una persona que sabe actuar en un contexto particular, eligiendo y movilizando un equipamiento doble de recursos: recursos personales y recursos de redes; saber actuar de forma pertinente supone ser capaz de realizar un conjunto de actividades según ciertos criterios deseables, adquiridos en su proceso de formación.

Perrenoud (2004) sostiene que la formación basada en competencias enlaza con el modelo práctico-reflexivo, que se lleva a cabo desde un paradigma integrador y abierto,

centrado en la reflexión en la acción. Y, es en la acción en donde “en función de nuestra experiencia disciplinar, nuestros roles organizativos, situaciones del pasado, intereses y perspectivas políticas y económicas, nos enfrentamos a las situaciones problemáticas de maneras muy diferentes... hay zonas indeterminadas de la práctica (tal es el caso de la incertidumbre, la singularidad y el conflicto de valores) que escapan a la racionalidad técnica” (Schön, 2002, p. 18), porque ignora la subjetividad de las personas, la cultura propia del contexto, la complejidad del pensamiento, las biografías personales. La intervención educativa referida a la reducción del consumo de drogas reclama la adquisición y desarrollo de diferentes competencias, que promuevan los factores de protección y disminuyan los factores de riesgo relativos al consumo de drogas, como veremos a continuación.

El Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria expresa que las “competencias básicas” se incorporan por primera vez a las enseñanzas mínimas, y permiten identificar los aprendizajes que se consideran imprescindibles.

Se han identificado ocho competencias básicas:

1. Competencia en comunicación lingüística.
2. Competencia matemática.
3. Competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico.
4. Tratamiento de la información y competencia digital.
5. Competencia social y ciudadana.
6. Competencia cultural y artística.
7. Competencia para aprender a aprender.
8. Autonomía e iniciativa personal.

Su logro deberá capacitar al alumnado para su realización personal, el ejercicio de la ciudadanía activa, la incorporación satisfactoria a la vida adulta y el desarrollo de un aprendizaje permanente a lo largo de la vida. Y, como sabemos, el consumo de drogas dificulta e impide el desarrollo y ejercicio de las mismas, de ahí que sea preciso orientar la intervención educativa desde los centros educativos (currículo, tutorías con el alumnado y padres-madres, actividades extraescolares) y desde la comunidad hacia la promoción de los factores de protección y la reducción de los factores de riesgo, que obstaculizan la construcción e interiorización de conocimientos, destrezas, actitudes y valores para afrontar las diversas situaciones relativas al consumo de sustancias tóxicas.

También, el citado Real Decreto manifiesta que la inclusión de las “competencias básicas” en el currículo tiene varias finalidades:

- a) Integrar los diferentes aprendizajes, tanto los formales, incorporados a las diferentes áreas o materias, como los informales y no formales, entre los que se encuentran los relacionados con las drogodependencias. En este sentido, para Mayor Zaragoza, (2001, p. 189) “el malestar del alma que traduce la

toxicomanía no puede curarse con el mero conocimiento”, siendo preciso incorporar junto a los tradicionales contenidos específicos de cada asignatura, los relacionados con los problemas sociales presentes en diferentes medios de información, como el tema de drogas, sus usos, causas, efectos y consecuencias, que preocupan al alumnado.

- b) Permitir al alumnado integrar sus aprendizajes, ponerlos en relación con diferentes tipos de contenidos y utilizarlos de manera efectiva, cuando les resulten necesarios en diversas situaciones y contextos, como pueden ser las situaciones vinculadas a la oferta y consumo de drogas. Ello reclama la incorporación, en el aula, de los temas sociales a los que tienen que hacer frente a su salida, así como su entrenamiento en la transferencia del conocimiento académico a las situaciones cotidianas de la vida, promoviendo un “continuum” entre el centro educativo y su entorno.
- c) Orientar la enseñanza, al permitir identificar los contenidos y los criterios de evaluación que tienen carácter imprescindible y, en general, inspirar las distintas decisiones relativas al proceso de enseñanza y de aprendizaje. No se trata de abandonar la enseñanza y aprendizaje de contenidos específicos de las diferentes materias, sino de vincularlos con los problemas que preocupan al alumnado (drogas, violencia, sexo, etc.). De esta forma, a la vez que adquieren los conceptos académicos, se les puede ayudar a fundamentar científicamente sus conocimientos y posicionamiento sobre las sustancias, a desarrollar habilidades y actitudes de rechazo ante situaciones de consumo, fomentando valores que promuevan el desarrollo de personas libres y responsables de su propia vida.

Además, el Real Decreto sostiene que el trabajo en las áreas y materias del currículo, para contribuir al desarrollo de las “competencias básicas”, se debe complementar con diversas medidas organizativas y funcionales, imprescindibles para su desarrollo.

Como se ha indicado anteriormente, las competencias movilizan conocimientos, habilidades, actitudes y valores, materializándose en la práctica para responder a las situaciones de oferta y consumo de diferentes drogas, pero se adquieren en el proceso de formación y se amplían mediante diferentes estrategias educativas, técnicas y recursos como el cine. Requieren la actividad práctica para verificar su pertinencia, por lo que resulta pertinente el entrenamiento en la resolución de situaciones concretas sobre drogas, que impliquen ciertos márgenes de incertidumbre y complejidad, porque las competencias no provienen sólo de la aplicación del currículum [...] sino de un ejercicio de aplicación de conocimientos en circunstancias críticas (Gallart, 1997). Por ello, consideramos el cine como recurso educativo que contribuye a la formación de los sujetos para hacer frente a situaciones relacionadas con el inicio y consumo de drogas, porque amplifica situaciones cotidianas, multiplica las perspectivas de interpretación y reflexión, promueve la cooperación entre el alumnado, la enseñanza a cargo de

compañeros y compañeras, la organización del trabajo en equipo, el análisis de representaciones comunes y de realidades subjetivas, que forman parte de los contextos individuales y organizativos de las personas, etc.

Para finalizar este apartado, considero ilustrativa la anécdota contada por el escritor Frank McCourt, en su obra *El profesor*, en la que narra sus experiencias como profesor en un instituto de Educación Secundaria. Relataba, de una manera tan esclarecedora como irónica, su primer día como profesor y su falta de competencia para hacer frente a una situación, a pesar del gran bagaje de estudios que le acreditaban. Describe su actuación ante un chico que al entrar en el aula, lanza un bocado a otro, y él, como profesor, la autoridad en el aula, después de tanta preparación, acreditado académicamente para la profesión, tan sólo es capaz de interpelar al joven diciéndole “¡eh!”. Bromeaba el escritor: “...cinco años de universidad y sólo fui capaz de decir eso: ¡eh!”. En nuestro caso, nos podemos preguntar por nuestras competencias para intervenir educativamente en situaciones relativas a las drogodependencias en diferentes entornos, y para promoverlas en el alumnado.

A continuación vincularemos dichas competencias con los factores de riesgo y de protección, más relevantes, relacionados con el consumo de drogas.

11.5. Las competencias básicas y su relación con los factores de riesgo y de protección en prevención de drogodependencias. El cine como recurso

A través de cada una de las competencias indicadas se puede trabajar, de manera específica en unos casos, y de forma transversal en otros, los diferentes factores de riesgo y de protección señalados a continuación. Utilizaremos la formulación de diferentes preguntas al alumnado, para promover su pensamiento y posicionamiento sobre diferentes cuestiones relacionadas con los factores seleccionados.

La elección de una u otra película dependerá de los objetivos a conseguir y de los factores de protección o de riesgo seleccionados, de las características de la persona que lleve a cabo la actividad formativa, de los destinatarios, y del contexto. Por ejemplo, podemos indicar algunas sugerencias como:

- *Secretos del corazón* (Dir. Armendáriz), para indagar en la importancia de los modelos educativos, la importancia de la afectividad, las relaciones familiares, la educación y las actividades de ocio;
- *La vida es bella* (Dir. Benigni), es una forma de estudiar situaciones de consumo de alcohol y conducción del coche (al inicio de la película), el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas en la fiesta de los mandos nazis (campo de concentración), las percepciones sociales respecto al consumo en hombres y en mujeres, su evolución a través de la historia, las relaciones padre e hijo, el amor...;
- *Matilda* (Dir. Danny de Vito), para analizar el rechazo de Matilda en su familia

y los insultos, los valores de su familia, el centro educativo y las agresiones de la directora al alumnado, la intimidación, abusos, los castigos físicos y psíquicos, etc., la relación de Matilda con sus compañeros y compañeras, con la maestra, los problemas que puede originar ser una alumna superdotada, el uso de su fuerza ante las agresiones...;

- *American Beauty* (Dir. Sam Mendes), para tratar las relaciones familiares, la supervisión de los padres y madres respecto a los hijos e hijas, malos tratos, las situaciones laborales y sus consecuencias, el miedo dentro de la familia, la homosexualidad y la doble moral, los estereotipos sociales, consumo y tráfico de drogas, drogodependencia, descubrimiento de la sexualidad en la adolescencia, etiquetamiento social en función de los roles, problemas matrimoniales derivados de la insatisfacción y la monotonía, mujeres maltratadas y anuladas, jóvenes superficiales, obsesionados con la belleza, adolescentes problemáticos, madres materialistas, padres violentos, chicas con el síndrome de “lolita”, problemas mentales por falta de atención y de comunicación, inseguridad-seguridad en sí mismo, juventud desilusionada, falta de cariño, tipos de familias...;
- *Antes de que anochezca* (Dir. Schnabel), nos introduce en un contexto social de pobreza en la infancia, situación familiar: hijo de madre soltera que convive con los abuelos y otros familiares, relaciones familiares, homosexualidad, chantajes, coacciones, esfuerzo personal por la defensa de las ideas, situaciones en la cárcel...
- *Todo sobre mi madre* (Dir. Pedro Almodóvar), facilita el estudio sobre el valor de la familia, del respeto, los problemas originados por las drogas, población gitana, grupos marginales, prostitutas, transexuales, personas con sida, adopción, aceptación social, malos tratos, desestructuración familiar, ayuda solidaria, rechazo social a enfermos de alto riesgo, inadaptación social...;
- *Barrio* (Dir. Fernando León de Aranoa), se puede trabajar la vida en los barrios marginales, el consumo de drogas y la familia, problemática familiar (incomprensión entre padres e hijos, falta de trabajo, de dinero, de comunicación, consumo de bebidas, malos tratos del padre a la familia, separación matrimonial), malos tratos a mujeres, la importancia de actividades de ocio para la juventud, la delincuencia juvenil, la frustración, etc.
- *Solas* (Dir. Benito Zambrano), a partir de ella se puede cuestionar el abuso de bebidas alcohólicas en la mujer, sus causas y los problemas asociados (robo), el maltrato físico y psicológico a la mujer, la fuerza de la cultura para aceptar como normal los malos tratos del marido y no abandonarlo, la actitud de la hija ante los mismos, la sumisión de la madre, la presión social y la incidencia de la cultura en esta sumisión, las relaciones familiares: madre-hija, el afecto que resurge, la situación de la mujer antes y ahora, su marginación, el analfabetismo, los tipos de relaciones: de la hija con el camionero, la madre con el señor mayor, la cuestión del aborto, del embarazo no deseado, los

factores que intervienen en las diferentes situaciones. Conflictos y formas de enfrentarse a ellos. Soledad en la juventud, en la familia, en las personas mayores. Sentimientos, cómo son tratados. Valores como la amistad, la solidaridad, el amor entre los seres humanos...;

- *Mentes peligrosas* (Dir. John N. Smith), permite analizar la relación entre el centro educativo y el entorno, la percepción del grupo de alumnado como “pandilla de problemas sociales”, los factores de riesgo del contexto, los de protección de una familia, y los de riesgo de otra, la rigidez del centro escolar que prioriza las normas y reglamentos, la vida de este alumnado, jóvenes con dificultades para construir su identidad y su proyecto de futuro, con graves problemas sociales (drogas, embarazos en jóvenes, violencia, discriminación, etc.), conflictos familiares, socioeconómicos y culturales, el papel de la educación, la relación educativa establecida por la profesora que les muestra la posibilidad que cada uno tiene de elegir, para transformar la realidad social en la que viven: barrios marginales, multiculturalidad, violencia, maltrato, pobreza, droga... (minuto: 44:55 al 49:10); los lleva a que piensen que su futuro tiene que ver con la elección para seguir estudiando y salir de ese entorno social, afirmando “no hay víctimas en este aula”; la relación familia y educación escolar, desde la mínima implicación por parte de la familia de un chico (minutos: 42:10 al 44:10) hasta el rechazo total por parte de una abuela hacia el modelo de educación que reciben (minutos: 1:11:23 a 1:12:53).

Todas estas películas así como los aspectos sugeridos son cuestiones para incluir en las asignaturas y en la adquisición de competencias, pero no son los únicos, pues dependerán de las personas que las utilicen, de los objetivos que se propongan conseguir, del entorno, de las características a quienes se dirijan, etc. Las utilizamos como un recurso para ayudar a evocar y profundizar en el estudio de contenidos académicos relacionados con las situaciones de la vida y establecer vínculos entre ambos.

En definitiva, la utilización del cine es una vía para dinamizar el desenvolvimiento de las competencias en relación con las materias curriculares y los factores de riesgo y de protección como un todo único, de manera global, superando la fragmentación del conocimiento entre los contenidos curriculares y los de la vida. Contribuye a generar un clima positivo de comunicación y de diálogo, que favorezca la expresión de hechos concretos, de sentimientos, la clarificación de valores, la adquisición de conocimientos, el desarrollo de habilidades personales y sociales, así como para promover la toma de conciencia sobre diferentes realidades, el análisis de comportamientos, la identificación de los elementos que intervienen en las situaciones conflictivas originadas por el consumo de drogas (las sustancias, las personas, sus relaciones, percepciones, el contexto...), la elaboración de propuestas de actuación libre del consumo de drogas, etc. Se pueden analizar las diferentes posturas adoptadas ante los problemas que se presentan y la utilización del diálogo como la posibilidad de que se dispone para que abriéndose al pensar de los otros, no perecer en el aislamiento (Freire, 1998, p. 115).

11.5.1. Competencia en comunicación lingüística

Rossellini (2001, p. 76) afirmaba que “el cine siempre está enmarcado en patrones sociológicos”, y, desde ellos, hay que saber leerlo e interpretarlo para comprenderlo y poder utilizarlo en la intervención educativa en relación a los aspectos vinculados con el consumo de drogas y su rechazo. Las películas como hechos discursivos determinados contribuyen a la creación de la realidad social, y por consiguiente nos permiten analizar y reflexionar sobre los problemas actuales, los valores, el desarrollo de las competencias personales y sociales, el papel de los padres y madres, las relaciones familiares, la comunicación, el estilo educativo, la promoción de actividades deportivas y culturales, la expresión de sentimientos, el entrenamiento en el desarrollo de habilidades para hacer frente a las dificultades que se presentan en las relaciones con uno mismo y con los demás, etc.

Utilizaremos secuencias de películas en las que se analizarán cuestiones y situaciones vinculadas con los factores indicados a continuación, por lo que el alumnado desarrollará la competencia en comunicación lingüística, vinculada a un tema actual y de interés para el alumnado:

A) Factores de riesgo:

a) Factores de riesgo relacionados con el contexto social:

- La disponibilidad y accesibilidad a las sustancias tanto legales como ilegales.
- La percepción social del riesgo
- La imagen de las drogas en los medios de comunicación.
- El sistema de relaciones sociales dominantes.

b) Factores de riesgo relacionados con la familia:

- El fracaso para establecer sus propias relaciones y dirigir sus comportamientos.
- La carencia de lazos familiares, de afecto mutuo, de atención, de reconocimiento, y de comunicación.

c) Factores de riesgo relacionados con el centro educativo:

- Dificultades para adaptarse e integrarse. Insatisfacción en el centro.
- Conducta introvertida y agresiva en clase, pasillos o patios.
- La falta de interiorización de las normas y costumbres del centro.

d) Factores de riesgo relacionados con la persona:

- La agresividad.
- Dificultad para resolver conflictos, tomar decisiones, integrarse con iguales, construir una identidad propia y construir un proyecto de vida.

B) Factores de protección:

- El rechazo de las conductas de riesgo.
- La integración en grupos constructivos.

11.5.2. Competencia matemática

La capacidad de representación social del cine lo convierte en un gran espejo que muestra y genera historias de seres humanos, provocando diferentes pensamientos, sentimientos y emociones ante las situaciones de desamparo afectivo y físico, de inseguridades y miedos personales, de dudas existenciales, y de carencias familiares, educativas y sociales. Taddei (1979, p. 16) afirmaba “no es, ciertamente, un lujo o un *estar al día*, es una necesidad para hacernos entender, para poder, simplemente, comunicarnos con nuestros educandos”, por consiguiente, las películas utilizadas como un recurso en la intervención educativa incrementan las posibilidades de pensamiento reflexivo y de acciones coherentes con los principios de la educación.

A partir de las secuencias seleccionadas de cada película, se formularán problemas matemáticos y se propondrá examinar puntos y realidades vinculadas con los siguientes factores, por lo que el alumnado cuenta con numerosas posibilidades para ampliar la competencia matemática, ligada al tema de drogas.

A) Factores de riesgo:

- a) Factores de riesgo relacionados con el contexto social: la disponibilidad y accesibilidad a las sustancias tanto legales como ilegales.
- b) Factores de riesgo relacionados con la familia: ambientes familiares desestructurados, sobre todo aquellos en que el padre o la madre abusan de alguna sustancia o padecen enfermedades mentales, la ruptura familiar...
- c) Factores de riesgo relacionados con el centro educativo: percepción de actitudes positivas respecto al consumo de drogas.
- d) Factores de riesgo relacionados con la persona: el inicio temprano en el uso de drogas.

B) Factores de protección:

- La calidad de la escuela.
- La corrección de los mitos normativos relacionados con el consumo de drogas.

11.5.3. Competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico

El cine “es testimonio, pues lo que recoge tiene algo de documento; si quieres que la película quede, más te vale ser testigo. El cine ayuda a abrir perspectivas. Vivir en un país en el que están pasando tantas cosas, tener en tus manos la posibilidad de hacer cine y no reflejar nada de todo esto, me parece como vivir de espaldas a la pared de tu casa, además es un poco irresponsable” (Bollaín, 2001, p. 4). Un filme, seleccionado de acuerdo con unos objetivos, es un recurso imprescindible para promover el conocimiento y la interacción con el mundo físico en relación con las cuestiones sociales que, como las drogas, afectan al alumnado.

El cine recoge numerosos aspectos de la vida, refleja muchas situaciones que forman parte del devenir cotidiano (relaciones personales e interpersonales, situaciones familiares, políticas, económicas, culturales...) acercándonos a numerosas realidades, en unos casos, desconocidas, y, en otros, muy conocidas e incluso experimentadas, como el consumo de bebidas alcohólicas, el tabaco y otras drogas en el entorno más inmediato.

A) Factores de riesgo:

a) Factores de riesgo relacionados con el contexto social:

- La disponibilidad y accesibilidad a las sustancias tanto legales como ilegales.
- El sistema de valores socioculturales.
- Determinadas actitudes sociales proclives al consumo como la tendencia al escepticismo y al hedonismo, vivir el presente a tope, dificultad en valorar el esfuerzo personal...
- La percepción social del riesgo.
- La ausencia de una oferta creativa y diversificada de actividades de ocio y tiempo libre.
- La imagen de las drogas en los medios de comunicación.
- El sistema de relaciones sociales dominantes.

b) Factores de riesgo relacionados con la familia:

- Ambientes familiares desestructurados, sobre todo aquellos en que el padre o la madre abusan de alguna sustancia o padecen enfermedades mentales, la ruptura familiar...

- Las actitudes y conductas familiares respecto a las drogas como el consumo por parte de miembros de la familia y las actitudes permisivas ante el mismo.
- El clima educativo autoritario o permisivo, el proteccionismo, la ausencia de límites, la rigidez.
- La ausencia de adultos para ayudarlos, orientarlos...

c) Factores de riesgo relacionados con el centro educativo:

- La falta de interiorización de las normas y costumbres del centro.
- El estilo educativo del centro.
- Percepción de actitudes positivas respecto al consumo de drogas.

d) Factores de riesgo relacionados con la persona:

- Los valores personales y las actitudes ante las drogas.
- La búsqueda de sensaciones nuevas.
- La asociación con otras personas que usan drogas.

B) Factores de protección:

- La presencia de los padres y madres en la vida de sus hijos e hijas, educación, control, establecimiento de normas claras de comportamiento en la familia. La importancia de otras personas que promuevan y refuerzan el desarrollo de valores, habilidades personales y sociales.
- La cohesión y calidad de la vida familiar.
- La calidad de la escuela.
- El acceso a recursos positivos de ocio y tiempo libre.

11.5.4. *Tratamiento de la información y competencia digital*

En la sociedad actual los medios de comunicación nos proyectan constantemente imágenes y situaciones que influyen en la construcción personal, así como en las formas de relacionarnos con los demás, porque contribuyen a modelar los pensamientos y los comportamientos de los humanos. Su influencia en nuestras vidas es profunda, no sólo proporcionan distracción, sino que también suministran y configuran gran parte de la información que utilizamos. Tienen un papel fundamental por su incidencia en las opiniones y actitudes, por su capacidad amplificadora al actuar como superficies proyectivas de los mensajes, por su contribución para reducir o crear tópicos, para plantear interrogantes, generar el debate, actuar como detonadores, incitar, influir,

despertar la curiosidad, disuadir, crear un estado de opinión... La búsqueda de secuencias de películas a través de las nuevas tecnologías ayudará a desarrollar la competencia digital y a indagar sobre las causas y consecuencias del consumo de drogas.

Se pueden trabajar tanto conceptos (académicos relacionados con los aspectos del consumo de sustancias tóxicas), como valores (paz, amor, autonomía, libertad, dignidad...), actitudes, procedimientos, habilidades, etc., bien de forma transversal, en las diferentes áreas, materias, o interdisciplinariamente, y también interrelacionando los diferentes temas transversales (igualdad de la mujer, paz, prevención de drogodependencias, medio ambiente...).

A) Factores de riesgo:

a) Factores de riesgo relacionados con el contexto social:

- La disponibilidad y accesibilidad a las sustancias tanto legales como ilegales.
- La ausencia de una oferta creativa y diversificada de actividades de ocio y tiempo libre.
- La imagen de las drogas en los medios de comunicación.

b) Factores de riesgo relacionados con la familia:

- Las actitudes y conductas familiares respecto a las drogas como el consumo por parte de miembros de la familia y las actitudes permisivas ante el mismo.

c) Factores de riesgo relacionados con el centro educativo:

- El estilo educativo del centro.
- Percepción de actitudes positivas respecto al consumo de drogas.
- Fracaso escolar.

d) Factores de riesgo relacionados con la persona:

- Influencia de la herencia.
- La búsqueda de sensaciones nuevas.
- La agresividad.
- La asociación con otras personas que usan drogas.
- El inicio temprano en el uso de drogas.

B) Factores de protección:

- La cohesión y calidad de la vida familiar.

- La calidad de la escuela.
- El acceso a recursos positivos de ocio y tiempo libre.

11.5.5. *Competencia social y ciudadana*

Como afirma Savater (1992), en *Ética para Amador*, hemos de ayudar a la gente para que aprenda a vivir mejor; y vivir mejor significa tener capacidad de decidir, de escoger, ser libres, tener gusto moral, tener gusto ético, decidir de acuerdo con principios y no decidir sin tener en cuenta los principios. Y ello, está en íntima relación con qué vamos a hacer de nuestras vidas, quiénes vamos a ser, cuál es nuestro proyecto de vida, en la medida en que nuestras circunstancias lo permitan. Y esas circunstancias no son inmodificables, no son impuestas, sino solamente propuestas.

El cine como recurso educativo ante los problemas que origina el consumo de drogas nos permite analizar, comprender, resumir o extrapolar diferentes aspectos (conceptos, actitudes, valores...) relacionados tanto con los contenidos académicos como con los de la prevención de drogodependencias. En este sentido, facilita la transversalidad y la interdisciplinariedad. Por lo que es preciso enseñar a descifrar los mensajes para desarrollar una actitud crítica y saber elegir.

A) Factores de riesgo:

a) Factores de riesgo relacionados con el contexto social:

- El sistema de valores socioculturales.
- Determinadas actitudes sociales proclives al consumo como la tendencia al escepticismo y al hedonismo, vivir el presente a tope, dificultad en valorar el esfuerzo personal...
- La percepción social del riesgo.

b) Factores de riesgo relacionados con la familia:

- La carencia de lazos familiares, de afecto mutuo, de atención, de reconocimiento y de comunicación.
- Las actitudes y conductas familiares respecto a las drogas como el consumo por parte de miembros de la familia y las actitudes permisivas ante el mismo.
- El clima educativo autoritario o permisivo, el proteccionismo, la ausencia de límites, la rigidez.
- La ausencia de adultos para ayudarles, orientarlos...

c) Factores de riesgo relacionados con el centro educativo:

- Dificultades para adaptarse e integrarse. Insatisfacción en el centro.
- Problemas para relacionarse con otros compañeros y compañeras.
- El estilo educativo del centro.

d) Factores de riesgo relacionados con la persona:

- Influencia de la herencia.
- Los valores personales y las actitudes ante las drogas.
- La agresividad.
- Dificultad para resolver conflictos, tomar decisiones, integrarse con iguales, construir una identidad propia y construir un proyecto de vida.
- La asociación con otras personas que usan drogas.

B) Factores de protección:

- La presencia de los padres y madres en la vida de sus hijos e hijas, educación, control, establecimiento de normas claras de comportamiento en la familia. La importancia de otras personas que promuevan y refuercen el desarrollo de valores, habilidades personales y sociales.
- La cohesión y calidad de la vida familiar.
- La calidad de la escuela.
- El acceso a recursos positivos de ocio y tiempo libre.
- El rechazo de las conductas de riesgo.
- La integración en grupos constructivos.

11.5.6. *Competencia cultural y artística*

El cine como cultura, como arte, representa hechos y realidades concretas desde el drama, la comedia, el humor, indagando en temas, como las drogodependencias, de una forma amena e interesante, y, a la vez, eficaz para la clarificación de valores, normas, creencias, actitudes, sentimientos, etc. Es una excusa para hacer aflorar realidades sociales próximas, abriendo las puertas hacia la meditación para analizar, comprender y valorar los asuntos propuestos, entrenándose en la búsqueda de posibles respuestas.

El poder de las imágenes, la emoción que provocan las historias que cuentan o la capacidad de quienes las dirigen, así como la interpretación de actores y actrices para conmovernos, son algunos de los factores que contribuyen a que muy pocas personas se sustraigan de su influencia. Como afirma Heller, (1991, p. 177), la desaparición del lenguaje emocional de la mayoría de nuestros medios es homóloga a la desaparición de

las emociones en la vida, o a la tendencia moderna de dar premios a esa desaparición, cuya consecuencia es el “empobrecimiento emocional” que no significa la ausencia de emociones sino de sensibilidad.

A) Factores de riesgo:

a) Factores de riesgo relacionados con el contexto social:

- El sistema de valores socioculturales.
- La extrema deprivación social y económica unida a problemas personales y familiares.
- La ausencia de una oferta creativa y diversificada de actividades de ocio y tiempo libre.

b) Factores de riesgo relacionados con la familia:

- Ambientes familiares desestructurados, sobre todo aquellos en que el padre o la madre abusan de alguna sustancia o padecen enfermedades mentales, la ruptura familiar...
- La ausencia de adultos para ayudarlos, orientarlos...

c) Factores de riesgo relacionados con el centro educativo:

- La ausencia de motivación ante el estudio y la falta de expectativas.
- El estilo educativo del centro.
- Fracaso escolar.

d) Factores de riesgo relacionados con la persona:

- Los valores personales y las actitudes ante las drogas.
- La asociación con otras personas que usan drogas.
- El inicio temprano en el uso de drogas.

B) Factores de protección:

- Fuertes lazos de unión con la familia y con otros núcleos de socialización como los centros educativos, la iglesia u otras instituciones sociales.
- La calidad de la escuela.
- El acceso a recursos positivos de ocio y tiempo libre.

11.5.7. Competencia para aprender a aprender

La educación se lleva a cabo en una sociedad con la que está en constante interrelación e interdependencia, de forma que desde ella se pretende dar respuesta a las demandas y necesidades de una sociedad compleja, dinámica, de cambios impredecibles, de desregulación, competitividad e incertidumbres endémicas, de contradicciones, de dobles lenguajes, de vulnerabilidad, que nos sumergen en ciertas inseguridades individuales, existenciales, profesionales... y en diversas circunstancias hay personas que acuden, por diferentes motivos, al consumo de drogas como una vía, aunque sea a ninguna parte.

El “Informe Delors” (Delors, 1996) presentaba la educación durante toda la vida como una de las llaves de acceso al siglo XXI. Proponía cuatro aprendizajes “aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser”, sobre los que tenía que estructurarse la educación, los cuales se pueden desarrollar mediante el cine, como medio de anticipación, socialización y de entrenamiento, lugar de encuentro entre el conocimiento académico y los asuntos que interesan al alumnado como las drogas.

A) Factores de riesgo:

a) Factores de riesgo relacionados con el contexto social:

- El sistema de valores socioculturales.
- La desorganización del contexto social inmediato.
- La extrema deprivación social y económica unida a problemas personales y familiares.

b) Factores de riesgo relacionados con la familia:

- Ambientes familiares desestructurados, sobre todo aquellos en que el padre o la madre abusan de alguna sustancia o padecen enfermedades mentales, la ruptura familiar...
- El clima educativo autoritario o permisivo, el proteccionismo, la ausencia de límites, la rigidez.
- La ausencia de adultos para ayudarlos, orientarlos...

c) Factores de riesgo relacionados con el centro educativo:

- Dificultades para adaptarse e integrarse. Insatisfacción en el centro.
- Problemas para relacionarse con otros compañeros y compañeras.
- La ausencia de motivación ante el estudio y la falta de expectativas.
- El estilo educativo del centro.
- Fracaso escolar.

d) Factores de riesgo relacionados con la persona:

- Influencia de la herencia.
- Los valores personales y las actitudes ante las drogas.
- Baja autoestima y falta de sentido crítico.
- La asociación con otras personas que usan drogas.
- El inicio temprano en el uso de drogas.

B) Factores de protección:

- Fuertes lazos de unión con la familia y con otros núcleos de socialización como los centros educativos, la iglesia u otras instituciones sociales.
- La presencia de los padres y madres en la vida de sus hijos e hijas, educación, control, establecimiento de normas claras de comportamiento en la familia. La importancia de otras personas que promuevan y refuercen el desarrollo de valores, habilidades personales y sociales.
- La cohesión y calidad de la vida familiar.
- La calidad de la escuela.

11.5.8. Autonomía e iniciativa personal

Se trata de desarrollar una educación que promueva el pensamiento, la autonomía, la aceptación y el respeto de las diferencias, la imaginación y la creatividad para buscar nuevas fórmulas que ayuden a resolver los problemas relacionados con las drogas, que les lleve a fundamentar sus posiciones sin dogmatismos, a comprender los conflictos desde una perspectiva positiva, que promueva el cambio para el crecimiento como seres humanos y miembros de una sociedad. No una educación que adoctrine, que anule la capacidad de analizar, de contrastar, de pensar y de tomar decisiones de acuerdo con unos principios. Esta educación llevará a trabajar en proyectos comunes, a enriquecernos con los conocimientos y experiencias de los demás. Se trata de concebir la educación como un todo atendiendo a estos cuatro pilares tanto en el sistema educativo como en la educación familiar y en la educación social.

A) Factores de riesgo:

a) Factores de riesgo relacionados con el contexto social:

- El sistema de valores socioculturales.
- Determinadas actitudes sociales proclives al consumo como la

tendencia al escepticismo y al hedonismo, vivir el presente a tope, dificultad en valorar el esfuerzo personal...

- La percepción social del riesgo
- La desorganización del contexto social inmediato.

b) Factores de riesgo relacionados con la familia:

- Ambientes familiares desestructurados, sobre todo aquellos en que el padre o la madre abusan de alguna sustancia o padecen enfermedades mentales, la ruptura familiar...
- El fracaso para establecer sus propias relaciones y dirigir sus comportamientos.
- La carencia de lazos familiares, de afecto mutuo, de atención, de reconocimiento y de comunicación.
- El clima educativo autoritario o permisivo, el proteccionismo, la ausencia de límites, la rigidez.
- La ausencia de adultos para ayudarlos, orientarlos...

c) Factores de riesgo relacionados con el centro educativo:

- Dificultades para adaptarse e integrarse. Insatisfacción en el centro.
- Conducta introvertida y agresiva en clase, pasillos o patios.
- El estilo educativo del centro.
- Fracaso escolar.

d) Factores de riesgo relacionados con la persona:

- Los valores personales y las actitudes ante las drogas.
- Baja autoestima y falta de sentido crítico.
- Poca tolerancia a la frustración
- Falta de autonomía, responsabilidad y autocontrol.
- La agresividad.
- Dificultad para resolver conflictos, tomar decisiones, integrarse con iguales, construir una identidad propia y construir un proyecto de vida.

B) Factores de protección:

- La cohesión y calidad de la vida familiar.
- La calidad de la escuela.
- La valoración del rendimiento y el desarrollo del sentimiento de autoeficacia.

- El rechazo de las conductas de riesgo.
- La integración en grupos constructivos.

Por consiguiente, películas como las indicadas y otras muchas permiten analizar y reflexionar sobre los problemas actuales, la influencia de las características del entorno, los valores, el desarrollo de las competencias personales y sociales, el papel de los padres y madres, las relaciones familiares, la comunicación, el estilo educativo, la promoción de actividades deportivas y culturales, la expresión de sentimientos, el entrenamiento en el desarrollo de habilidades para hacer frente a las dificultades que se presentan en las relaciones con uno mismo y con los demás, etc. Por ejemplo, en *Mentes peligrosas*, imágenes y expresiones como “La vida se trata de elecciones”, “Tú no eres la víctima” o “El principal premio es el aprendizaje en sí mismo” son una fuente para el razonamiento académico y el personal, el desarrollo de la autonomía e iniciativa personal, la comunicación lingüística, el cálculo matemático, en definitiva para aprender a aprender.

11.5.9. *Un caso práctico: competencias, asignaturas y escenas de la película La Ola*

Título: *La Ola*.

Director: Dennis Gansel

Guión: Dennis Gansel y Peter Thorwarth

Género: Drama

País y año: Alemania, 2008

No es una película sobre drogas, sino un experimento para analizar el comportamiento humano, a partir de un contenido académico: “la Autocracia”, pero recoge aspectos de la vida cotidiana de diferentes jóvenes, entre los que se encuentran algunas escenas relacionadas con el consumo de drogas.

En la película se observa de manera muy clara lo fácil que es la manipulación en la adolescencia, y más en las personas en las que se dan mayor número de factores de riesgo sociales, escolares, personales, familiares. Se puede utilizar en diferentes materias:

- Geografía e historia (conocer lugares, formas de gobierno, uso de drogas a través de la historia, utilización en medicina, zonas de producción de diferentes drogas...).
- Ciencias naturales (consecuencias del consumo en el organismo humano, en el comportamiento...).
- Educación Física (práctica de deporte y consumo de alcohol, cannabis... consecuencias en el rendimiento deportivo, en la salud...).
- Matemáticas (problemas del currículum relacionados con el gasto en hierba, en

bebidas alcohólicas, reflexión sobre los resultados y propuestas de ese gasto en actividades que les gustaría realizar, etc.).

- Física (ejercicios relacionados con el consumo de hierba y montar en moto, o consumo de bebidas alcohólicas y conducir un coche...).
- Química (composición de las sustancias [hierba, abuso de bebidas alcohólicas] y sus consecuencias en el organismo y en las relaciones sociales).
- Filosofía (valores, ideales, proyecto de vida, el sentido de la vida, metas comunes, libertad y autonomía, y consumo de drogas...).
- Lengua y literatura (redacciones sobre aspectos relacionados con el consumo de drogas, búsqueda de palabras en el diccionario, análisis de oraciones sobre este tema, comentarios críticos sobre algún documento o documental relacionado con los modelos de diversión en la sociedad actual, lectura de diferentes tipos de obras en las que estén presentes diferentes sustancias tóxicas y sus consecuencias).

Cuadro 11.1. *Asignación de competencias.*

<i>Competencia</i>	<i>Asignaturas</i>	<i>Escenas</i>
1. Competencia en comunicación lingüística.	Lengua.	a) En la fiesta
2. Competencia matemática.	Lengua extranjera.	Minuto: (08:15).
3. Competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico.	Literatura.	b) Escena del grupo de amigos a la salida de la fiesta.
4. Tratamiento de la información y competencia digital.	Información y comunicación.	Minuto: (09:10).
5. Competencia social y ciudadana.	Física.	c) Fiesta en la playa.
6. Competencia cultural y artística.	Química.	Minuto: (1:06).
7. Competencia para aprender a aprender.	Matemáticas.	d) Escena de la pareja en la playa, en el coche (1:07 y ss.).
8. Autonomía e iniciativa personal.	Ciencias naturales.	
	Filosofía y ética.	
	Geografía e historia.	
	Música.	
	Educación física.	
	Tecnología...	

- Biología, música (tipo de música que se escucha, análisis de los textos de las letras, comportamientos asociados con la fiesta, etc.).
- Información y comunicación (búsqueda de información sobre diferentes aspectos en páginas científicas a través de páginas webs acreditadas, realización de entrevistas, análisis de publicidad en los medios de comunicación social, y de otras películas o series que ven en TV, etc.).
- Tecnología (relación de la evolución tecnológica con la expansión del consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y otras drogas, consecuencias del su consumo en la manipulación de tecnologías...). Vinculando la adquisición de competencias con los factores de riesgo señalados y con los de protección.

Las escenas seleccionadas cuentan con los siguientes contenidos:

a) Escena en la fiesta (08:15 y ss.):

- Martín, dime una cosa. ¿Contra qué debe rebelarse una persona hoy en día, de todas modos ya nada tiene sentido, verdad, la gente ahora sólo piensa en su propio placer, lo que le falta a nuestra generación es una meta común...

b) Escena del grupo de amigos a la salida de la fiesta (09:10 y ss.):

- ¿Has traído la hierba...? ¿Cuánto quieres por esto? Nada, os la regalo, sois mis colegas.

c) Fiesta en la playa (Minuto: 1:06): Consumo de bebidas y drogas.

d) Escena de la pareja en la playa, en el coche con los botellines de cerveza (1:07 y ss.):

- No quiero irme de aquí.
- ¿Quién dice que tienes que irte?
- Nadie, pero es así, después del bachillerato alguna universidad, para estudiar no sé qué. Lo que de verdad me gustaría sería tener un trabajo normal, casarme con la mujer adecuada, tener tres hijos y pasarme toda la vida en un chalet adosado. ¿Te parece una tontería?"
- No en absoluto.

Además de las competencias indicadas, en todas las materias se puede promover el desarrollo de otras como:

- Razonamiento crítico.
- Capacidad de análisis y síntesis.

- Creatividad.
- Trabajo en equipo.
- Conocer los supuestos y fundamentos teórico-pedagógicos de los procesos educativos, proyectándolos en pautas de acción.
- Actuación conforme a los principios de una vida digna y libre de las dependencias que genera el consumo de drogas.

11.6. Sugerencias para el trabajo con el alumnado

La educación como práctica de la libertad es un acto de conocimiento, una aproximación crítica a la realidad, basada en el diálogo y orientada a la responsabilidad social y política (Freire, 1980, p. 22). La educación desde una perspectiva socio-crítica, comunitaria, se caracteriza por su capacidad investigadora y cuestionadora, por su función crítica, para conocer, comprender y transformar las situaciones que perturban y dificultan el desarrollo de sus componentes, contribuyendo a conseguir su calidad de vida. Por consiguiente, la educación no puede ser convincente si las estructuras educativas actuales son consideradas como “algo dado”, y los centros educativos se dedican a mantener superficialmente su oferta curricular sin una reconsideración profunda de lo que hacen.

De forma general se sugieren tres momentos para trabajar con el alumnado, que forman parte del mismo proceso:

- a) En primer lugar, el trabajo individual para promover, en cada persona, la identificación de las situaciones problemáticas que muestra la película (alcoholismo, malos tratos, problemas en el centro educativo y en familias...), y las posibilidades de intervención educativa. Reflexionar sobre las características de contextos deprimidos, delimitar posibles factores de riesgo y de protección presentes en el mismo. Desarrollar la capacidad crítica respecto a las cuestiones relacionadas con las drogodependencias (causas y consecuencias) y a las prácticas educativas llevadas a cabo en el centro educativo, en la familia o en otros escenarios. Emitir valoraciones fundamentadas sobre las cuestiones planteadas en el filme, etc. De esta forma, se suscita la toma de decisiones, la creatividad, la autoestima, la capacidad de expresar los conocimientos, las opiniones, los sentimientos, las experiencias, el pensamiento autónomo, para evitar que se dejen llevar, sin pensar, por la iniciativa de otras personas.
- b) A continuación, se constituirían pequeños grupos, para elaborar una síntesis integradora de los aspectos planteados. El alumnado expone el trabajo individual y pueden completar cada uno de los aspectos, de forma que el resultado sea el trabajo que surge como consecuencia del análisis y reflexión del grupo. Se pueden incorporar nuevos aspectos o eliminar otros.

De esta manera, se fomenta la comunicación y el diálogo, la escucha activa,

el intercambio de ideas y experiencias, la capacidad de exponer y fundamentar los pensamientos, de argumentar, de buscar el consenso, de revisar planteamientos o incorporar otros nuevos, como consecuencia del diálogo y la reflexión conjunta... Se trata de aprender a escuchar y de respetar las ideas de los demás, de llegar a acuerdos o incorporar diferentes opiniones, evitando la imposición y el dominio de alguna persona, y promoviendo el intercambio y la confianza recíproca, el reconocimiento del otro, etc.

- c) Finalmente, el gran grupo, en el que se expone lo realizado en los pequeños grupos mediante los portavoces elegidos, pero con la posibilidad de participación de todas las personas participantes. Se mantiene el procedimiento anterior de funcionamiento. Cada grupo presenta sus aportaciones, razonando las respuestas a las cuestiones planteadas por el profesorado dentro de su materia, y en relación con los contenidos académicos y las competencias seleccionadas. Finalmente, se extraerán las conclusiones generales. Este momento ofrece también la oportunidad de entrenarse en hablar en público, aprendiendo a aceptar las diferencias, las críticas constructivas y los aplausos, superando la timidez...

Estos tres pasos los sugerimos como propuesta general, que se pueden complementar con las técnicas y recursos que nos ayuden a conseguir los objetivos pretendidos. Por ejemplo, se puede destacar la importancia de las técnicas de “dinámica de grupos”, como las de presentación, integración, comunicación, resolución de conflictos, etc. para propiciar un clima de confianza, diálogo y aprendizaje mutuo.

11.6.1. Algunas cuestiones para la reflexión y el trabajo en equipo

A continuación se presentan algunas cuestiones relacionadas con la utilización del cine en el currículo y en la tutoría, con el propósito de orientar al profesorado sobre el procedimiento que seguimos para abordar de manera conjunta, los aspectos académicos con los de prevención del consumo de drogas. No es una guía detallada y sistematizada sino unas propuestas abiertas; utilizadas por el profesorado.

En cada una de las siguientes cuestiones es necesario que se tenga en cuenta la perspectiva de género.

1. Indica características del contexto, señala posibles factores de riesgo y de protección. Señala sus causas y probables consecuencias.
2. ¿Cuáles son los problemas fundamentales planteados en la película- secuencias? ¿Qué harías ante cada uno de ellos?
3. ¿Qué aspectos de la película te han llamado la atención y por qué? ¿Tienen alguna relación con realidades personales, familiares, escolares y sociales, que tú conozcas? Explícalas.

4. Busca en los medios de comunicación social alguna noticia relacionada con estos problemas, y las medidas adoptadas ante los mismos. Valóralas.
5. Identifica los personajes que según tu criterio reúnen más factores de riesgo y los que cuentan con más factores de protección:
 - a) Analiza y comenta, en cada caso, su situación y sus acciones.
 - b) Realiza una valoración fundamentada y crítica de las mismas.
 - c) Comenta los personajes que actúan desde el centro educativo, la familia y el contexto social. Razona tus respuestas.
6. Analiza las posturas de otras personas que aparecen en el filme ante los problemas presentados (oferta o consumo de drogas, problemas escolares, problemas familiares, insatisfacción personal, inseguridad, conflictos, violencia, etc.) y comenta críticamente sus actitudes ante los mismos.
7. ¿Qué piensas sobre el consumo de alguna droga en estas edades? ¿Consideras que es diferente según el sexo? Razona la respuesta.
8. Comenta algún texto de la película que te haya llamado la atención. ¿Qué te sugiere ese texto? Escribe tus reflexiones.
9. ¿Cuáles son los argumentos que te parecen más convincentes? ¿Encuentras aspectos poco desarrollados o poco claros? Indícalos.
10. ¿Puedes cuestionar algunas afirmaciones del filme? ¿Cuáles? Razona tu respuesta.
11. ¿Puedes aportar algo al esclarecimiento de tales cuestiones?
12. En síntesis: ¿Qué te ha enseñado la película? ¿En qué relación se encuentran las cuestiones aquí debatidas con los contenidos de la materia, con tus conocimientos anteriores y con tus concepciones o expectativas?
13. Elaborar propuestas que contribuyan a reducir los factores de riesgo seleccionados, o a potenciar los factores de protección en el centro educativo y en el entorno social.
14. Diseñar actuaciones concretas integradas en el centro escolar y con la comunidad.

La prevención familiar del consumo de drogas en adolescentes y jóvenes

12.1. El papel de la familia en el consumo de drogas del adolescente

La familia es el núcleo de socialización primario de las personas y como tal ejerce un importante papel en el desarrollo de los patrones de comportamiento del individuo (Becoña, 2002). Se sabe que este influjo no tiene la misma importancia en todas las edades, pero su influencia tanto a corto como largo plazo es muy importante (Resnick et al., 1997). Tampoco parece afectar por igual a hombres y a mujeres, siendo las chicas más vulnerables a la influencia familiar (Vanyukov, Moss y Tarter, 2006). En el seno de la familia, el individuo establece sus primeros vínculos interpersonales, desarrolla sus emociones, forja sus valores y va adquiriendo su propia identidad.

Aunque el consumo de drogas en los adolescentes y jóvenes tiene una etiología multidimensional, la familia debe ser vista como una de sus dimensiones más relevantes, sobre todo a edades tempranas. Esta relevancia viene determinada tanto por sus efectos directos como indirectos. Así, los padres ejercen o pueden ejercer un control que va más allá del marco del hogar (la escuela, los amigos, el barrio), ya que puede estar en sus manos condicionar el contexto en el que se desenvuelve la conducta de los hijos, favoreciendo unos y entorpeciendo otros, bien mediante la supervisión y el control directo, o bien a través de la persuasión y su influencia como modelos.

La influencia directa de los modelos familiares pierde fuerza por encima de los 12 años (momento en el que se empieza a tener más riesgo de consumo), frente a la que proporcionan los amigos y compañeros. Esto no quiere decir que su influjo sea inexistente, sino que el deseo de individuación del adolescente hace que el modelado por parte de los iguales o de figuras públicas relevantes adquiera más importancia relativa. Sin embargo, en esa etapa, factores indirectos como la supervisión y el control, la vinculación afectiva paterno-filial, o la influencia y ascendencia de los padres sobre los hijos cobran mucho relieve. En un estudio suizo que evaluó la importancia relativa de los distintos factores de riesgo familiar en el patrón de consumo de alcohol de los adolescentes, se encontró que la vinculación familiar era más importante que la

percepción de consumo excesivo en la familia o el tipo de estructura familiar (Kuendig y Kuntsche, 2006). Los autores afirman que los resultados acentúan la importancia de que los padres escuchen las preocupaciones de los hijos, les dediquen tiempo libre y les ayuden cuando lo necesiten. Además, este tipo de comportamiento parece más necesario aún para los padres que consumen alcohol en exceso y con frecuencia, ya que se ha podido constatar que un vínculo positivo puede reducir el riesgo de estar expuestos a modelos paternos inadecuados de riesgo.

Aunque la mayoría de las investigaciones se han centrado en el estudio de las relaciones paterno-filiales tradicionales, no debe entenderse que son las únicas significativas. La estructura de la familia está cambiando y, en algunos casos, puede crecer la importancia de algunos actores, tales como los hermanos. La relación entre hermanos brinda un importante contexto interpersonal en donde se moldea la conducta. Este contexto se hace más relevante si las figuras paternas o alguna de ellas se encuentra ausente. En un estudio longitudinal de seguimiento de familias en las que había hermanas de edades diferentes se pudo comprobar que las características de la relación entre las hermanas influía y modulaba otros factores de riesgo familiar, como la crianza monoparental (East y Khoo, 2005).

12.1.1. Factores de riesgo familiares

La prevención primaria no opera directamente sobre las conductas que desea evitar o retrasar, sino sobre los factores de riesgo y protección que hacen que esas conductas indeseadas sean más o menos probables.

Los factores de riesgo familiares que cuentan con apoyo empírico pueden dividirse en dos grandes apartados, factores directos e indirectos (Merikangas, Dierker y Fenton, 1998; Secades Villa y Fernández Hermida, 2002). Los factores directos son el consumo de drogas por los padres y las actitudes favorables hacia el consumo. Los factores indirectos o generales no están primariamente relacionados con el uso de drogas, e influyen en el desarrollo de diversos patrones de comportamiento perturbadores, entre ellos el consumo de drogas. Entre otros destacan la calidad del vínculo padres-hijo, el estilo educativo, la conflictividad o desorganización familiar, los trastornos mentales o de conducta en los padres o en los hijos, y las situaciones de abandono o abuso (Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary, 1998; Merikangas et al., 1998; Secades Villa, Fernández Hermida y Vallejo Seco, 2005).

Ninguno de estos factores por sí solo, o en combinación con otros, es causa directa del consumo de drogas en los adolescentes, siendo simplemente características o variables que incrementan, en mayor o menor medida, la probabilidad de uso o abuso (Becoña Iglesias, 2002; Clayton, 1992).

Hay poca investigación que analice el efecto amortiguador que puede tener el comportamiento adecuado de un padre frente al riesgo que puedan suponer las actitudes y comportamientos del otro. Hay alguna investigación que parece señalar que cuando se

cuenta con relaciones paterno-filiales conflictivas o uso de drogas por parte del padre, la presencia de una madre que proporcione un vínculo madre-hijo cercano y que presente una conducta convencional y un buen ajuste psicológico puede actuar como factor amortiguador (Brook, Brook, Richter y Whiteman, 2006).

A) Consumo de drogas por parte de los padres y actitudes favorables al consumo

El uso de alcohol y drogas por parte de los padres parece tener una clara relación con el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes, favoreciendo su aparición más temprana e incrementando la cantidad que se consume (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). En el mismo sentido, se sabe que los hijos de alcohólicos tienen una mayor probabilidad de presentar alguno de los trastornos por uso o abuso del alcohol (Merikangas y Avenevoli, 2000; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992). A este fenómeno se le han dado dos tipos de interpretación, una de carácter genético y otra de tipo ambiental. La predominancia de una u otra es todavía objeto de investigación y discusión (Duncan et al., 2006).

El mayor riesgo que tienen los descendientes de padres que consumen drogas es un dato que ha sido consistentemente encontrado en las investigaciones (Becoña, 2002). En un estudio reciente que analiza la influencia de la familia sobre la génesis de los problemas de alcohol en los adolescentes, se indica que los factores transmitidos por los padres explican el 33% y el 56% respectivamente de la varianza en los casos de abuso y dependencia del alcohol (Hartman, Lessem, Hopfer, Crowley y Stallings, 2006). El efecto de los padres sobre el consumo de drogas en los hijos es aditivo, siendo mayor si consumen los dos que si solo consume uno (Brook et al., 2006).

Dejando a un lado los factores genéticos, el mecanismo psicológico más probable que intermedia esta relación es el aprendizaje vicario o modelado. Los hijos aprenden por imitación a afrontar los problemas o las situaciones utilizando las drogas. Sin embargo, esto no significa que otros factores asociados al consumo de alcohol o drogas por los padres, tales como el abandono o el maltrato de los hijos, o el mayor contacto con otros consumidores, no puedan ejercer un importante papel.

Junto al aprendizaje por modelado, se encuentra también la transmisión de valores y actitudes hacia el consumo de drogas. Este aspecto es muy importante, ya que se ha podido comprobar que la influencia de los padres sobre el consumo de drogas de los hijos no debe ser visto como un mero proceso mecánico de imitación, sino que las actitudes de los padres hacia el consumo de sustancias pueden ser más importantes que el consumo real (Becoña, 2002).

B) Estilo educativo inapropiado

El uso indeseado de drogas por parte de los adolescentes puede ser un indicador de fracaso en el seguimiento de reglas y normas de conducta que los padres quieren que sus

hijos sigan. De acuerdo con diversos estudios, un estilo demasiado permisivo, sin apenas control ni reglas, o demasiado estricto y autoritario, con excesivos castigos y pocos o ningún premio, son factores de riesgo que incrementan la probabilidad de consumo en los jóvenes (Baumrind, 1980, 1983; Becoña, 2002; Craig, 1996). Ambos tipos de crianza se caracterizan por la escasa cercanía de los padres a los hijos, en el caso permisivo por favorecer una supuesta autonomía y, en el caso autoritario, por la necesidad de mantener la distancia y la sumisión, sin condiciones. Esta carencia de cercanía indicaría un deficiente seguimiento y supervisión de la actividad de los hijos, junto con un déficit de calidez en la relación. Para algunos, la llamada “ausencia de monitorización” es el vínculo clave entre las prácticas parentales y el uso de sustancias en los hijos (Lochman, 2006). La monitorización se define como el adecuado conocimiento y supervisión de la conducta de los hijos, estén o no presentes físicamente los padres. Altos niveles de “monitorización” o supervisión podrían impedir o dificultar el contacto de los hijos con las drogas y su posterior uso, así como evitar la aparición de otras conductas antisociales. Esta acción puede realizarse directamente, impidiendo el uso experimental de las drogas o favoreciendo la reversión de su uso en las fases iniciales, o bien indirectamente, controlando y dificultando la influencia de los compañeros ya consumidores. El otro concepto clave es el de la “calidez”, entendida como una forma cariñosa y respetuosa, pero firme, de establecer límites consistentes a la conducta de los hijos.

En términos generales, puede decirse que los padres con estilos educativos ineficaces muestran dificultades para identificar los objetivos o metas que pretenden alcanzar y utilizan inconsistentemente los refuerzos y los castigos. La principal consecuencia de esta falta de orientación educativa es que los padres dejan de tener capacidad para encauzar conscientemente la conducta de sus hijos.

Los mecanismos psicológicos implicados en el fracaso de los padres con estilos educativos extremadamente autoritarios o permisivos son diferentes en cada caso. Así, mientras que en el estilo permisivo es posible que los hijos carezcan de norma o regla familiar clara sobre cómo actuar, y no experimenten consecuencia alguna por actuar de una u otra manera; en el estilo autoritario, el excesivo control externo impide el desarrollo del necesario autocontrol o fomenta la aparición de conductas de carácter antisocial, con especial predominio de las conductas violentas, que son precursoras comunes del uso de sustancias.

Es evidente que la variabilidad en la tipología de los estilos educativos que se pueden dar en las diferentes familias es muy amplia. Puede haber un gran número de grados, desde el más absoluto desentendimiento que caracteriza al estilo permisivo extremo, hasta el hipercontrol autoritario, que no deja margen para que el hijo pueda manifestar y desarrollar casi ningún tipo de preferencia personal. Esta gran variabilidad apunta a una dimensión continua más que a una tipología estocástica, que se aviene peor con los resultados de los estudios empíricos.

C) Conflicto y desorganización familiares

La función educativa y de control que ejercen los padres sobre los hijos puede realizarse en peores condiciones si hay conflicto en el seno de la familia y éste genera serias desavenencias entre los padres, o si, como consecuencia del mismo, alguno de los padres desaparece o abandona su rol en la familia. El conflicto, además, puede alterar las relaciones familiares de tal forma, que los padres cambien su relación con los hijos, pasando de prestarles cuidado y apoyo, o de ejercer supervisión y control, a utilizarlos como aliados para resolver los problemas internos. De hecho, se ha podido comprobar que el conflicto parental puede llegar ser un factor de riesgo más relevante para el consumo de drogas en los hijos que la propia ausencia de los padres (Farrington, 1991). La desorganización familiar, esté o no causada por un conflicto, puede también operar como un factor que dificulta el ejercicio de las funciones parentales.

Resulta claro que las situaciones de conflicto y desorganización familiares pueden venir originadas también por la influencia de otros factores de riesgo, tales como el consumo de drogas por parte de los padres. Sin embargo, el conflicto o la desorganización familiar, por sí mismos, tienen entidad suficiente como para ser valorados como factores de riesgo independientes (Johnson y Pandina, 1991).

La investigación sobre factores de riesgo tiene como formato habitual estudios transversales de tipo correlacional que no permiten deslindar, con seguridad, las causas de los efectos. Puede pensarse que el conflicto parental puede ser visto tanto como una causa o un efecto del consumo de drogas por parte de los hijos. Sin embargo, en un estudio español hecho con 400 familias, 200 con hijos consumidores y 200 con no consumidores, se pudo comprobar que los hijos consumidores percibían más conflicto inter-parental en sus familias que los hijos no consumidores, a pesar de que los padres creyeran en ambos casos que sus hijos no consumían (Secades Villa y Fernández Hermida, 2002).

D) Falta de apego o relaciones pobres entre padres e hijos

La ascendencia de los padres sobre los hijos es un factor muy importante a la hora de determinar su conducta, tanto directa como indirectamente y, en consecuencia, tiene una relevante influencia sobre la probabilidad de que consuman drogas, desatendiendo los deseos de los padres, así como las normas y reglas familiares (Newcomb y Felix-Ortiz, 1992).

El apego o la vinculación de los hijos hacia los padres parecen estar determinados por la calidez y cercanía emocional y física en la relación, el apoyo y soporte material y personal de las necesidades de los hijos, así como por la ausencia de conflictos en la relación paterno-filial. Estas características se relacionan con otras como el tiempo que pasan juntos, la buena comunicación paterno y materno-filial y la implicación de los padres en los asuntos del hijo.

La forma en la que el apego actúa previniendo el consumo de drogas en los adolescentes, puede atribuirse a los siguientes mecanismos psicológicos (Brook et al., 2006): (1) la calidez en el trato parental puede hacer innecesarias formas más severas y

drásticas de disciplina, dado que facilita la identificación de los hijos con los padres, primando más la ascendencia que la coerción; (2) la ausencia y disminución del conflicto intrafamiliar dará como resultado menor frustración, agresión y conductas rebeldes por parte del joven, siendo todas ellas precursoras comunes del consumo de drogas; y (3) la mejor relación padres-hijos favorecerá la asimilación por parte de éstos de los valores y conductas de aquéllos.

E) Trastornos de conducta en los padres o en los hijos

Las relaciones padres-hijos tienen un carácter bidireccional (Lochman, 2006). Los rasgos de personalidad y los trastornos de comportamiento de los padres pueden afectar a los hijos. Ya se ha hablado de la importancia del consumo de drogas en los padres, pero lo mismo podría decirse de los rasgos de personalidad antisocial o de la presencia de otros trastornos psicopatológicos, como la depresión. Dejando a un lado los mecanismos genéticos, es posible suponer que la presencia de este tipo de alteraciones en los padres dificulten sus funciones educativas, bien porque se constituyen en modelos inadecuados, o bien porque carecen de las características idóneas para que los adolescentes se identifiquen con ellos.

Sin embargo, la presencia de trastornos del comportamiento en los hijos también puede influir en la conducta de los padres, facilitando la aparición de patrones de comportamiento que luego pueden ser vistos como inapropiados o disfuncionales. La presencia de niños irritables, que se distraen fácilmente, o con rasgos iniciales de conducta antisocial pueden despertar en los padres estrategias de control excesivamente rígidas y agresivas, o de retirada y abandono, así como incrementar la probabilidad de conflicto y desorganización familiares. En estos casos, las conductas precursoras tenderán a mantenerse y el consumo de drogas puede aparecer posteriormente como una simple consecuencia de la actividad antisocial u oposicionista del joven.

F) Situaciones de abandono, maltrato o abuso

La presencia de situaciones de abandono, maltrato y abuso tienen una conocida influencia en la génesis del riesgo para la aparición de diversos trastornos de conducta y psicopatológicos, entre los que se encuentra el consumo de drogas.

El abandono produce un déficit en todos aquellos aspectos de la conducta parental que pueden considerarse positivos para que el adolescente siga los patrones de comportamiento normativos (Lochman, 2006). En este sentido, no resulta extraño que el abandono se asocie no sólo con el consumo de drogas, sino también con la presencia de conducta antisocial así como la aparición de fenómenos como la depresión o los trastornos de ansiedad.

El abuso o el maltrato fomentan la aparición de conductas agresivas o depresivas. En ambos casos, se trata de conductas que incrementan el riesgo de consumo de sustancias.

12.1.2. Factores protectores familiares

La presencia de factores protectores modula la influencia de los factores de riesgo, amortiguando su impacto sobre la conducta de los hijos. La vulnerabilidad, que es la resultante de la interacción entre los factores de riesgo y protección, puede considerarse como la medida más adecuada para determinar la probabilidad del consumo temprano y/o abusivo de drogas en un adolescente concreto. Tanto los factores de riesgo como los de protección se refieren comúnmente a factores de grupo, mientras que la vulnerabilidad apela al caso individual (Johnson y Wiechelt, 2004).

Los factores protectores son un elemento fundamental en la conformación de lo que en prevención se ha venido a denominar *resilience*, de difícil traducción al español por lo que se ha adoptado el neologismo de “resiliencia”, y que puede definirse como el proceso o capacidad del individuo que le permite alcanzar un comportamiento adaptado, a pesar de la adversidad y los diferentes factores de riesgo. La resiliencia explicaría por qué un joven presenta una baja vulnerabilidad al consumo de drogas, a pesar de que recaigan sobre él múltiples factores de riesgo.

La resiliencia emerge de la interacción entre individuo, los sucesos, y el entorno o ambiente donde se producen, incluyendo en el ambiente a la familia y la comunidad (Godsall, Jurkovic, Emschhoff, Anderson y Stanwyck, 2004). Dicha interacción es bidireccional entre las distintas variables que entran en la ecuación. Por ejemplo, los padres influyen en los hijos, de la misma manera que éstos influyen, a su vez, en los padres. La forma en la que interactúan los distintos factores de protección para formar la resiliencia no es única, ni existe siquiera una fórmula que permita determinar la relación directa existente entre los factores de protección y la resiliencia. Los factores que protegen en un caso, es posible que no tengan efecto en otros. Tampoco se conoce mucho cómo interactúan entre sí (Johnson y Wiechelt, 2004).

Los factores protectores que ayudan a conformar la resiliencia tienen la misma modalidad que los factores de riesgo, siendo de procedencia individual, escolar, familiar y comunitaria. En una revisión de diversos estudios que analizan los factores protectores que se dan en diversas situaciones y contextos de riesgo (Masten, 1994), se han entresacado los 10 más importantes, que se muestran en el [Cuadro 12.1](#).

Cuadro 12.1. Principales factores protectores según Masten (1994).

- Ejercicio efectivo de la función parental
- Conexión con otros adultos competentes
- Resultar atractivo a otra gente, particularmente a adultos
- Buenas habilidades intelectuales
- Tener áreas de talento o destreza apreciadas por el mismo y los otros
- Presentar una buena autoeficacia, autovaloración y talante optimista
- Fe o afiliación religiosa
- Ventajas socioeconómicas
- Buenas escuelas y otros recursos comunitarios

Muchos de estos factores de protección no están directamente relacionados con la familia, aunque sí de forma indirecta. El primero referido al ejercicio efectivo de la acción parental es el más citado y el único que claramente se vincula de forma directa con la familia. Sin embargo, muchos de los otros factores, tales como las posibilidades económicas, el buen entorno escolar, la vinculación con otras figuras adultas positivas, la adopción de una religión, e incluso la buena autovaloración y autoeficacia, guardan relación con el entorno familiar y la actuación de los padres.

El ejercicio efectivo de la función parental engloba una serie de factores que pueden presentarse como una contrafigura de los principales factores de riesgo. La investigación ha venido a señalar que los tres principales son las relaciones paterno-filiales positivas, la supervisión parental y la disciplina consistente, y las actitudes y valores parentales contrarias al uso de drogas (Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003). Parece claro que en la medida en que los padres tienen conductas y valores contrarios al consumo de drogas, mantienen una relación con sus hijos que facilita su influencia sobre ellos, tienen la voluntad de controlar su conducta, así como la capacidad y habilidad para saber educar, las posibilidades de que se presenten conductas indeseables como el consumo de drogas son menores.

Se ha llegado a decir que la investigación sobre la resiliencia sugiere que el principal factor familiar que la conforma es el apoyo parental para ayudar a los hijos a desarrollar sus sueños, metas y propósito en la vida (Kumpfer y Alvarado, 2003).

12.2. Modelos teóricos y enfoques en la prevención familiar

La posible relación entre la familia y el consumo de drogas en los adolescentes puede analizarse desde dos modelos teóricos generales, el modelo de déficit y el modelo de disfunción. Según el primero, puede pensarse que el consumo de drogas de los hijos venga determinado, en mayor o menor parte, por la ineficacia de los padres en el ejercicio de sus funciones educativas y de crianza. En este caso, el supuesto básico es que los padres no emplean por desconocimiento, u otras razones (p. ej., desmotivación producida por la ineficacia, falsas ideas sobre la educación, etc.), los métodos idóneos para llevar a cabo sus funciones. En consecuencia, la vía de solución principal consistirá en la enseñanza y posterior uso correcto de los métodos de crianza o educativos adecuados.

Un supuesto adicional que se utiliza en los programas más completos es que el déficit también puede encontrarse en los hijos, principalmente en áreas tales como el autocontrol, la relación con los iguales, la resistencia a la presión, etc. Se entiende que estos déficit pueden dificultar las tareas de crianza y educativas y, por lo tanto, deben ser subsanados por medio también de estrategias que impliquen el aprendizaje de

habilidades. Según el segundo modelo, el de la disfunción, la conducta de consumo en el adolescente es el producto de una serie de factores que confluyen en un sujeto, en este caso, el adolescente, dentro de una familia. Los problemas se ven más en términos relacionales que desde la perspectiva de las carencias individuales. De acuerdo con esta idea, la solución al problema no pasa sólo por aumentar la habilidad de los padres o de los hijos para afrontar los problemas de manera más adecuada, sino por cambiar la dinámica de los factores que han dado lugar al consumo.

Estos dos modelos propuestos no son incompatibles entre sí, y pueden encontrarse combinados en ciertas estrategias preventivas, como las terapias familiares, que se comentarán más adelante.

12.2.1. Enfoques o aproximaciones en prevención familiar

Las aproximaciones que se analizarán aquí tienen en común que cuentan con procedimientos de intervención que han sido aplicados al campo de la prevención y han demostrado su efectividad de acuerdo con un reciente resumen (Kumpfer y Alvarado, 2003) de dos amplios estudios de revisión norteamericanos (Alvarado, Kumpfer, Kendall, Beesley y Lee-Cavaness, 2000; Center for Substance Abuse Prevention, 1998).

A) Primera aproximación

La primera aproximación se denomina entrenamiento conductual de los padres (*behavioral parent training*) y tiene el modelo de déficit como principal modelo subyacente. Este enfoque postula que hay padres que carecen de habilidades parentales adecuadas para relacionarse con sus hijos, lo cual favorece la aparición de determinados comportamientos disruptivos, entre los que se encuentra el consumo de drogas (Patterson, Chamberlain y Reid, 1982). El estilo de comportamiento negativo se compone de las siguientes carencias en las relaciones padreshijos: dificultad para establecer una buena relación y un vínculo efectivo entre padres e hijos, dificultad para realizar tareas de monitorización y control de la conducta del hijo, dificultad para establecer una comunicación efectiva entre padres e hijos y dificultad para establecer reglas de funcionamiento efectivas y aplicar la disciplina. Consecuentemente con esta idea de déficit, las intervenciones se centran en:

- a) La mejora de las relaciones paterno-filiales, enseñando a los padres el manejo adecuado de las recompensas y la desatención de las conductas inadecuadas.
- b) La mejora del conocimiento paterno de las técnicas de monitorización de la conducta de los hijos.
- c) La mejora de la comunicación, de forma que se reduzcan las interacciones disfuncionales y aumente su influencia en la conducta de los hijos.
- d) La enseñanza de técnicas más efectivas de disciplina, de forma que se

establezcan reglas claras y consecuencias definidas en caso de incumplimiento.

Las intervenciones que se basan en esta aproximación se dirigen exclusivamente a los padres, tienen un formato grupal y son llevadas a cabo según un manual de procedimiento establecido. Las técnicas utilizadas incluyen pequeñas charlas, ejercicios interactivos, *role-playing*, realización de tareas en casa y su revisión posterior, técnicas de modelado tanto en directo como mediante vídeos, etc. Son escuelas de padres en las que las técnicas de formación están explícitamente dirigidas a un fin, y en las que se utilizan las técnicas de aprendizaje más eficientes.

Serketich y Dumas (1996) en un estudio meta-analítico de 26 trabajos experimentales encontró que este tipo de intervenciones tenía resultados claramente positivos en la reducción de la conducta antisocial de los hijos, uno de cuyos componentes principales es el consumo de drogas.

B) Segunda aproximación

Una segunda aproximación, combina el entrenamiento conductual de los padres con el entrenamiento de los hijos en habilidades sociales y de la vida y la mejora de las comunicaciones y las relaciones familiares. Este tipo de aproximación a la prevención, con un enfoque multiobjetivo, se denomina entrenamiento en habilidades familiares o terapia familiar conductual. Las diferencias con el modelo anterior son las siguientes:

- a) El entrenamiento en habilidades no se centra sólo en los padres, sino también en los hijos.
- b) La intervención requiere la presencia conjunta de padres e hijos en algunas sesiones, con el fin de aprender y ensayar nuevas estrategias de relación y comunicación.

Como en el primer enfoque, el modelo subyacente es un modelo de “déficit”, aunque en este caso, se incorporan algunas nociones de “disfunción”, ya que sólo desde esta perspectiva pueden entenderse determinados patrones comunicacionales o relacionales patológicos y/o “patogénicos” que deben modificarse con la intervención.

El modelo de déficit se aprecia en la idea de que tanto los padres como los hijos deben aprender habilidades o estrategias de las que carecen. Los padres aprenden a observar, a aplicar correctamente los reforzadores, a comunicarse mejor y a llevar a cabo métodos efectivos de disciplina. Los hijos aprenden a identificar correctamente y controlar sus emociones (frustración, rabia, tristeza), a aceptar la crítica, resolver adecuadamente los problemas o tomar decisiones, habilidades asertivas para resistir la presión de los iguales, cómo hacer y mantener amigos positivos (que no induzcan al consumo de drogas) y a mejorar las habilidades comunicativas.

La perspectiva “disfuncional” puede observarse en la necesidad de que exista intervención sobre la relación familiar, tal y como se da en las interacciones presentes en

las sesiones conjuntas de padres e hijos y en las que se desarrolla algún tipo de actividad prefijada (p. ej.: sesiones de juego terapéutico). En estas sesiones se busca favorecer que tanto hijos como padres sepan identificar los comportamientos que producen conflicto o que impiden la solución del mismo, analizando la influencia que ejercen unos sobre otros. No se trata de enseñar “algo de lo que se carece” como de mostrar “algo que no funciona y debe ser cambiado”.

Uno los programas con más éxito en el ámbito de la prevención familiar, el Strengthening Families Program (SFP), se basa en este modelo (Kumpfer y Alder, 2006) y de él se hablará más adelante en detalle.

C) Tercera aproximación

La tercera aproximación a la prevención en el campo familiar, que se encuadra bajo los apartados de prevención selectiva o prevención indicada, es la que tiene como indicación específica la intervención temprana en jóvenes que presentan conductas de riesgo, tales como problemas de conducta, trastornos afectivos, o problemas escolares o sociales importantes. Se trata de comportamientos que presentan un elevado riesgo de progresar a conductas de consumo de drogas o antisociales, en el caso de que no se atajen sus causas, alguna de ellas vinculadas al entorno familiar.

Las técnicas de intervención que se aplican en este ámbito se mueven dentro de modelos vinculados a la terapia cognitivo-conductual en algún caso y, en otros, al modelo sistémico, y por lo general son reconocidas por la denominación más general de terapia familiar. Bajo este apartado se encuentran la Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) (Liddle y Hogue, 2001), la Terapia Familiar Estructural o la Terapia Familiar Funcional.

Este tipo de intervenciones, especialmente dirigidas a la prevención indicada, están apoyadas, aún más que los enfoques anteriores, en un modelo de “disfunción”, aunque en algún caso aún persisten algunas técnicas que presuponen la idea de “déficit”. Así, en el caso de la MDFT, los autores identifican la adicción como una disfunción (Liddle y Hogue, 2001) multidimensional, que resulta de la confluencia de múltiples factores etiológicos. Estos factores, según la investigación, abarcan diversos dominios: individual, familiar, de los iguales, la escuela, la comunidad y la sociedad. En el campo sistémico, la idea de “déficit” desaparece y el abuso de drogas en el adolescente es visto como un trastorno familiar, no individual, que se produce como consecuencia de las interacciones entre las partes del sistema constituido por la familia (Saatcioglu, Erim y Cakmak, 2006). El sistema familiar está constituido por subsistemas, o partes unitarias que pueden conformarse con uno o más individuos, y que se relacionan entre sí de acuerdo con ciertas reglas que buscan alcanzar una cierta estabilidad u homeostasis del conjunto del sistema. Los subsistemas del sistema familiar pueden constituirse horizontalmente (p. ej., grupos de hermanos) o verticalmente (por generaciones: abuelos, padres, hijos, nietos, etc.). Cada subsistema tiene un impacto significativo en el resto del sistema, por lo que un cambio en el mismo provoca que el sistema reaccione, ajustándose al cambio. El abuso de drogas en el adolescente es un síntoma de una familia disfuncional y un

mecanismo familiar que da estabilidad al sistema (Kaufman y Kaufman, 1979). Aquí, por lo tanto, el acento se pone en la “disfunción” de la familia más que en los probables “déficit” individuales. Esta perspectiva sistémica no ignora la influencia de otros sistemas ajenos a la familia en la conformación del comportamiento del adolescente, tales como la escuela, los amigos, el barrio, la sociedad, etc., pero concede a la familia un carácter más significativo, ya que, a través de ella, podría intervenir en el resto (Pérez Álvarez, 1996).

12.3. Los componentes de la intervención en la prevención familiar

El abordaje de la prevención familiar se hace desde la principal premisa de que su objetivo es reducir los factores de riesgo e incrementar los de protección. Los objetivos y el método de las diferentes intervenciones es lo que conforma los diversos componentes. Éstos se agrupan posteriormente en programas de prevención familiar, que pueden ser multi o monocomponente, aunque estos últimos apenas se puede decir que tengan alguna representación dentro del grupo de programas efectivos.

Los principales componentes efectivos que se usan en los programas de prevención familiar más relevantes utilizan técnicas que se encuentran bajo el modelo teórico cognitivo-conductual y, en menor grado, alguna se inscribe dentro del paradigma sistémico. Por lo general, estos componentes incluyen, en menor o mayor grado, algún tipo de formación o de transmisión de información a los padres. Sin embargo, el simple hecho de transmitir información no puede considerarse una intervención efectiva y, por ello, no se incluye como un componente separado.

12.3.1. Entrenamiento en habilidades parentales

Este componente tiene como objetivos incrementar la atención de los padres hacia las conductas positivas de sus hijos, así como mejorar la supervisión parental y la utilización de métodos de disciplina efectivos para las conductas inapropiadas (Kumpfer et al., 2003).

La metodología consiste en entrenar a los padres (sin la presencia de los hijos), tomados individualmente o en pequeños grupos, en habilidades deseables para el ejercicio de una función parental eficaz, dentro de un modelo teórico que viene marcado por los principios y la teoría de la Psicología cognitivo-conductual (Kumpfer y Alder, 2006). Las técnicas que se utilizan son todas las relacionadas con el entrenamiento en habilidades, tales como el *role-playing*, el modelado por observación en vivo o por medio de sistemas audiovisuales, la práctica directa, la asignación de tareas para casa, la observación y la elaboración de registros, etc. No se trata, por tanto, de una simple “escuela de padres” en las que los conferenciantes disertan sobre lo que es correcto o equivocado en el ejercicio de una eficaz función paterna, sino que se busca que los padres adquieran habilidades

específicas, de las que carecen, por lo que se deben combinar métodos que transmitan información con otros más activos, en los que se modelen las conductas deseadas. Las llamadas “escuelas de padres” tradicionales, que se dirigen sólo a informar para educar a los padres; bien en vivo, bien por métodos audiovisuales; tienen el efecto de sensibilizarlos y hacerlos más conocedores de la influencia del comportamiento paterno y de los posibles métodos para mejorarlo. Sin embargo, tal actividad formativa de carácter no interactivo, con muy poco feedback, en ausencia de modelado y, generalmente, con un tiempo muy reducido, no ha demostrado su efectividad para cambiar la conducta de los padres o la de sus hijos (Falco, 1992).

El componente de entrenamiento en habilidades parentales no tiene un programa específicamente dirigido a reducir el consumo de drogas, sino que su propósito es conseguir que los padres ejerzan su función educativa y de control con más eficacia. Por lo tanto, los resultados que se pueden esperar de su correcta aplicación son una mejor supervisión y comunicación con los hijos, un mayor dominio de las técnicas más efectivas de disciplina, un mejor cumplimiento de las normas paternas, junto con la consiguiente reducción de todo tipo de conductas disruptivas por parte de los hijos.

El éxito de su aplicación es tiempo-dependiente. Para que sea eficaz debe abarcar un mínimo de entre 31 a 100 horas, dependiendo de la cantidad de riesgo familiar (Kumpfer y Alder, 2006).

12.3.2. Entrenamiento de los hijos en habilidades sociales y para la vida

Este componente tiene como objetivos mejorar, en los hijos, la identificación de los sentimientos; el control emocional y, más concretamente, del enfado o la rabia; la aceptación de las críticas o los elogios; la resolución de problemas; la toma de decisiones; las habilidades de asertividad y resistencia a la presión de los compañeros; las habilidades de comunicación; y cómo hacer y mantener los amigos que ejercen una influencia positiva (Kumpfer y Alder, 2006).

Este componente aunque no puede considerarse específicamente familiar, ya que sus objetivos son en muchos casos de tipo individual, se ha incluido usualmente en este ámbito ya que tiene dimensiones de interés para las intervenciones familiares propiamente dichas, y mejora la retención e incorporación de las familias a los programas de prevención (Kumpfer y Alder, 2006).

Las técnicas que se utilizan son de tipo interactivo, como *role-playing*, modelado, juego terapéutico, etc. Todas las técnicas se inspiran en principios y modelos derivados de la Psicología cognitivo-conductual.

La metodología es de carácter grupal y directiva. El terapeuta o “técnico de prevención” debe ir programando los diferentes aspectos a tratar en las distintas sesiones del grupo de sólo hijos. Estas sesiones, como a las que sólo asisten los padres, sirven en parte de preparación a las sesiones conjuntas de padres e hijos, y además se utilizan para fortalecer las habilidades de los hijos para afrontar los problemas de la vida, los estados

emocionales desagradables y la presión de los compañeros.

12.3.3. Potenciación y mejora de las relaciones y la comunicación intrafamiliares

Este componente tiene como metodología el trabajo conjunto con padres e hijos. En él se persiguen los objetivos de mejorar la comunicación intrafamiliar y mejorar las habilidades de negociación y resolución de los conflictos que puedan producirse en la familia.

El entrenamiento en habilidades de comunicación pretende mejorar la capacidad de los padres para comunicarse con sus hijos y capacitarlos para que ejerzan de modelos de comunicación para éstos (Espada y Méndez, 2002).

Para conseguir estas metas se utilizan determinadas estrategias y técnicas. La resolución de casos sirve de prácticas de las exposiciones teóricas y mediante ejercicios de papel y lápiz se facilita la identificación de conductas inadecuadas y la búsqueda de alternativas. Las técnicas de modelado y *role-playing* enseñan, modelan y refuerzan las conductas de comunicación adecuadas. En una situación tipo de la técnica de modelado, los padres pueden observar en una grabación las distintas formas de responder frente a una información, pregunta o demanda formulada por un hijo. Se escenifican las formas correctas e incorrectas de respuesta y se incide en las consecuencias positivas de actuar correctamente. En el caso del *role-playing*, los padres ensayan su papel en situaciones simuladas en las que otros participantes hacen el papel de los hijos. El modelado se realiza por otros padres o monitores, que refuerzan las respuestas correctas.

Es frecuente que las sesiones de entrenamiento en técnicas de comunicación incluyan “tareas para casa”, donde se pone en práctica lo que se ha aprendido en cada ocasión dentro del contexto artificial del modelado o el *role-playing*. Estas tareas suponen un ejercicio que consolida lo que se ha aprendido y permiten ver las dificultades prácticas que surgen en la interacción diaria con los hijos.

El entrenamiento en habilidades de negociación y resolución de conflictos busca que los padres tengan más conciencia sobre la influencia que los problemas familiares tienen sobre el comportamiento de los hijos, mejorar su competencia en la resolución de los conflictos familiares y capacitarlos para que sirvan de modelos a sus hijos en la resolución de los problemas diarios (Espada y Méndez, 2002).

Las técnicas y estrategias que se siguen para entrenar a los padres son idénticas a las que se han mencionado anteriormente para el caso de la comunicación familiar. Mediante procedimientos de modelado o *role-playing* se enseña a los padres a percibir y conceptualizar el problema, a buscar alternativas de solución, a elegir la más idónea, a ponerla en práctica y a evaluar sus resultados.

12.3.4. Terapia familiar

La terapia familiar tiene unos supuestos teóricos que tienen su origen, principalmente, en el modelo sistémico (Minuchin, 1974), aunque pueden utilizarse principios o técnicas procedentes de otras escuelas.

La terapia familiar, cualquiera que sea el modelo elegido, no suele tener propósito preventivo primario, sino que pertenece al campo terapéutico, y se aplica, dentro de contextos normalmente clínicos, a familias en las que hay un hijo que presenta comportamientos (p. ej., conductas agresivas, trastornos de conducta, depresión, problemas escolares o sociales, etc.) que son precursores claros y conocidos del consumo de drogas (Kumpfer et al., 2003). Su efecto preventivo se deriva de su acción sobre las conductas precursoras. Este efecto no se circunscribe sólo al “paciente indicado” sino que, como consecuencia de la aplicación de estos procedimientos terapéuticos, se pueden producir efectos beneficiosos en otros hermanos más jóvenes de la familia, aunque no hayan presentado aún conductas que supongan un claro factor de riesgo, debido a la mejora en la comunicación familiar y la reducción de los conflictos (Alexander, Robbins y Sexton, 2000).

La terapia familiar cuenta con tres formatos concretos en el campo de la prevención selectiva del abuso de drogas: la terapia familiar breve estratégica (Szapocznik et al., 2002), la terapia funcional familiar (Alexander y Sexton, 2002) y la terapia multidimensional familiar (Rowe, Liddle, McClintic y Quille, 2002).

- a) La orientación de la terapia familiar breve estratégica se deriva del trabajo previo de Minuchin (1974) y Haley (1976). Para este enfoque terapéutico, la drogodependencia de un miembro de la familia es el resultado de las interacciones entre los miembros de un sistema familiar. La intervención se hace bajo la hipótesis de que los cambios en la conducta diana (p. ej., conductas precursoras o covariantes con el consumo de drogas) de un miembro de la familia (en este caso el joven o adolescente) requieren una modificación de los patrones inadecuados de interacción familiar que la hacen posible (Szapocznik et al., 2002). Para conseguir este resultado, los terapeutas evalúan la estructura (liderazgo, organización de subsistemas dentro de la familia y flujo de comunicación), la resonancia (sensibilidad de los miembros de la familia entre sí), el estado evolutivo (grado de acuerdo entre los roles y tareas de los miembros de la familia con lo que se esperaría de ellos por su edad y posición familiar), el paciente identificado (grado en el que familia ve al adolescente con problemas como causa de todo lo malo que sucede en la familia) y la resolución del conflicto (que trata de la forma en la que la familia afronta los desacuerdos o problemas).

Posteriormente, la intervención, que se dirige al sistema familiar en su conjunto, se divide en tres etapas que son la unión (en la que el terapeuta se incluye en el sistema familiar como líder y miembro del mismo), el diagnóstico (en la que identifica los patrones de interacción familiar que determinan la conducta problema en el joven) y la reestructuración, que consiste en hacer que

la familia cambie sus patrones inadaptativos de interacción por otros más adecuados que resuelvan el problema de las conductas problema en el joven. Las técnicas que se utilizan son el trabajo en el presente, el reencuadre y el trabajo con los límites y las alianzas.

- b) La terapia funcional familiar se apoya en un modelo teórico integrativo multisistémico que incorpora ideas de las terapias de orientación sistémica, conductual, psicodinámica y constructivista (Alexander y Sexton, 2002). Se dice multisistémico porque la evaluación y la intervención no se centran sólo en el sistema familiar sino también en otros sistemas internos y externos a la familia que determinan el comportamiento de sus miembros. Para esta orientación terapéutica, la conducta inadaptada del joven no es solo reflejo de las interacciones familiares, sino también de las interacciones del joven con otros sistemas más amplios como el político, social, económico, escolar, los compañeros, etc. En lo que se refiere a la intervención, la terapia atiende no sólo al funcionamiento familiar, sino también al individual, y a las demandas y características del sistema de tratamiento (financiación, accesibilidad, reglas de funcionamiento, etc.) y del terapeuta (habilidades, género, creencias, cultura, etc.). Su aplicación se hace en tres fases (captación y motivación, cambio conductual y generalización) que se desarrollan a lo largo de un máximo de 30 horas para los casos más graves. Las técnicas utilizadas incluyen el reencuadre, o cualquier técnica que facilite la motivación de participar mediante el refuerzo de la percepción positiva de cambio en la fase inicial; el entrenamiento en habilidades parentales, la mejora en la resolución de problemas o en la comunicación y otras en la fase de cambio conductual; y en la fase última de generalización, se busca que el terapeuta de funciones de soporte facilitando que los servicios y ayudas comunitarios apoyen el cambio en la familia.
- c) La terapia multidimensional familiar está específicamente desarrollada para el tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de sustancias. El proceso de evaluación pretende inicialmente conocer los patrones de interacción familiar y los distintos roles que los miembros de la familia juegan en la vida del adolescente en las circunstancias actuales. Posteriormente, busca que el adolescente cuente sus experiencias vitales, con especial atención a su abuso de drogas, la historia familiar, las relaciones con los compañeros, los problemas escolares y legales y otros acontecimientos importantes en su vida. También se interesa por obtener información de las interacciones del adolescente con su entorno comunitario más cercano, los aspectos relacionados con la salud, tanto mental como física, así como la presencia de conductas sexuales de riesgo. La evaluación de los padres persigue, principalmente, conocer sus habilidades parentales, su estilo de comportamiento educativo, sus actitudes y creencias relacionadas con la crianza de los hijos, así como su compromiso con su papel de padres.

Por último, la valoración de las influencias extrafamiliares en el comportamiento del joven ocupa un importante capítulo en el proceso de evaluación. La intervención se articula de acuerdo con una perspectiva multi-dimensional que recoge los siguientes ámbitos:

- a) Intervención con el adolescente, forjando con él una alianza terapéutica y centrando el tratamiento en la mejora de la situación del joven en diversos contextos tanto familiares como externos a la familia, incrementando sus habilidades para comunicar, resolver problemas interpersonales o manejar la rabia o los impulsos.
- b) Intervención con los padres, incrementando su compromiso emocional y conductual con el adolescente, la valoración de sus comportamientos positivos, reconociendo sus esfuerzos y dificultades, etc.
- c) Intervención para cambiar la interacción padres-hijos mediante técnicas de la terapia familiar estructural (Minuchin, 1974).
- d) Intervención con otros miembros de la familia que sean significativos, motivando su participación e implicándoles, cuando es necesario, en las sesiones familiares.
- e) Intervenciones son sistemas sociales externos a la familia tales como la escuela, el sistema legal o los servicios sanitarios.

12.3.5. Intervención domiciliaria: el apoyo familiar en el domicilio y la educación en casa

El apoyo familiar en el domicilio va dirigido generalmente a familias con niños menores de cinco años y pretende suplir, mediante la ayuda directa en el contexto donde se produce el problema, las deficiencias o carencias básicas de los padres para tratar y resolver las situaciones de crisis, de forma que posteriormente sea viable la intervención sobre otros factores de riesgo.

Las intervenciones suponen la movilización de recursos sociales o sanitarios al domicilio familiar o el traslado de un gestor de caso donde hay una familia en crisis o que se encuentra en una situación de alto riesgo, con el fin de que facilite la utilización de los servicios que permitan afrontar la situación de crisis o de alto riesgo.

La educación en casa supone la puesta en marcha de sistemas de entrenamiento y formación de los padres dentro del domicilio familiar, sin que sea necesaria la asistencia a un centro donde se aplica el programa de prevención. Las técnicas que se utilizan son variadas, e incluyen sistemas de educación audiovisual, tareas de lápiz y papel; supervisión y ayuda telefónicas, etc.

Las principales ventajas de estos sistemas de educación familiar domiciliaria son su bajo coste y la mayor facilidad para que los padres puedan implicarse en el programa. Si tenemos en cuenta que el principal problema de los programas de prevención se

encuentra en la captación de las familias que más lo necesitan, este tipo de programas pueden ser una opción aceptable para llegar a familias que, de otra forma, no podrían ser abordadas. Los resultados iniciales de este tipo de intervenciones apuntan a una mejora en el uso de sustancias, y un incremento en la comunicación familiar (Kumpfer et al., 2003).

12.4. Los programas de prevención familiar

Los distintos componentes que se han detallado más arriba son los elementos que conforman los programas de prevención. Puede haber programas mono o multicomponentes. Como indican los “principios de las intervenciones efectivas centradas en la familia”, los programas multicomponentes son más efectivos para abordar una amplia gama de factores de riesgo y de protección (ver [Cuadro 12.4](#)). Los programas de prevención familiar dirigidos a la prevención universal y selectiva tienen diversos componentes que tratan los factores de riesgo y protección familiares conocidos.

No es el propósito de este apartado hacer un listado de los programas universales, selectivos o indicados que se encuentran en el mercado o que han superado unos criterios mínimos de efectividad. Lo que se hará a continuación es mostrar la estructura y funcionamiento de uno de los programas multicomponente más efectivos, el Strengthening Families Program (SFP), con el fin de que se tenga un conocimiento más preciso de los elementos que configuran los programas y la forma en la que se aplican. El SFP tiene además la ventaja de contar con versiones para la prevención universal y selectiva, y disponer de adaptaciones a la población española. En el caso del programa de prevención universal SFP para edades de 10-14 años adaptado a España, el nombre es Familias que Funcionan (FQF). Esta versión es la que se describirá con más detalle en el apartado siguiente.

El SPF 10-14 es un programa multicomponente, que surge en 1994 del programa original desarrollado entre 1982 y 1984 (Kumpfer, DeMarsh y Child, 1989), que constaba de 14 sesiones principales y estaba dirigido a jóvenes de alto riesgo, cuyos padres eran adictos al alcohol y otras sustancias.

Dado que el SFP 10-14 es de prevención universal se ha reducido el número de las sesiones a siete principales y cuatro de mantenimiento. Cada sesión se aplica semanalmente y dura dos horas. El programa se aplica, por lo tanto, a lo largo de siete semanas, con un total de 14 horas. Las sesiones de mantenimiento son también de 2 horas y se implementan a los seis y doce meses de la finalización de la aplicación principal. Su propósito es que las ganancias de la intervención se mantengan.

Cada sesión se divide en dos partes y está dirigida por dos monitores. Durante la primera hora, los padres se reúnen, por su lado, con un monitor, y los hijos hacen lo mismo con el suyo. En la segunda hora, padres e hijos realizan una reunión conjunta que es dirigida por los dos monitores. Todas las sesiones tienen apoyo audiovisual que está perfectamente coordinado con las actividades de los monitores dentro de los grupos. Las

grabaciones presentan situaciones tipo, modelos de actuación, solicitan tareas o plantean interrogantes que debe resolver el grupo. En todo caso, la actuación de los monitores, hasta donde es posible, se encuentra perfectamente regulada por el manual de aplicación, que establece las tareas y los tiempos, de forma que las sesiones sean amenas, interesantes, instructivas e, incluso, divertidas para los participantes.

El programa declara actuar sobre los factores de riesgo y protección que aparecen en el Cuadro 12.2. Puede observarse en el mismo que dichos factores no se circunscriben al ámbito familiar, sino que se presupone que la acción prioritaria sobre la familia y la relación que ésta mantiene con el adolescente influirá en otros dominios, como el individual, el de los iguales o el escolar.

Cuadro 12.2. Factores de riesgo y protección sobre los que actúa el SFP 10-14

	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores de protección</i>
Individuales	Depresión Trastornos de conducta Agresión Aislamiento y soledad	Autoestima Habilidades sociales
Familiares	Conflicto familiar Abuso o abandono Disciplina ineficaz y castigos excesivos Modelado familiar del consumo de drogas	Eficacia de la relación paterna Organización familiar Comunicación efectiva Vínculos padres-hijos Manejo del estrés por parte de los padres
Compañeros	Influencia negativa Amistades exclusivas con otros consumidores de drogas	Resistencia a la influencia negativa Desarrollo prosocial de las amistades Comunicación eficaz
Escolares	Impuntualidad Absentismo	Buen rendimiento escolar Vínculos con la escuela

Para el programa es importante que los padres tomen conciencia de la importancia que tienen sus cuidados e intervención sobre los hijos. Para ello, en primer lugar, deben aprender a identificar sus problemas. Posteriormente, la enseñanza de habilidades educativas, sociales y de comunicación está encaminada a la mejora de su influencia. Es de esa manera como se construye la resistencia familiar frente al consumo de drogas.

Las sesiones 1 a 7 son las principales y cada una de ellas tiene unos objetivos

definidos, que afectan a los padres, hijos y a la familia en su conjunto. Con el fin de que se pueda ver con claridad cuál es la metodología y el funcionamiento del programa, se describirá con detalle la sesión 1, que servirá de ejemplo. Los objetivos de todas las sesiones se pueden ver en el [Cuadro 12.3](#).

Cuadro 12.3. *Objetivos por sesión y tipo de grupo del SFP 10-14*

	<i>Padres</i>	<i>Jóvenes</i>	<i>Familia</i>
Sesión 1	Identificar los problemas de los jóvenes. Reflexionar acerca de las cualidades que quieren para sus hijos. Aprender el valor de habilidades educativas que combinen cariño y firmeza. Aprender a apoyar las metas y los sueños de los hijos	Toma de contacto entre los adolescentes. Fijar reglas básicas y consecuencias para el incumplimiento de esas reglas. Reflexionar sobre los sueños y las metas para el futuro.	Construir relaciones positivas. Apoyar las metas y sueños de los jóvenes.
Sesión 2	Entender los cambios propios de la adolescencia. Entender la necesidad de establecer normas. Aprender a recordar a los hijos las normas sin criticarles.	Reconocer las propias frustraciones y dificultades y las de los padres. Entender que el estrés de los padres puede ser la causa de que digan o hagan ciertas cosas. Apreciar las cosas que hacen los padres.	Identificar virtudes familiares. Expresar cariño.

	<i>Padres</i>	<i>Jóvenes</i>	<i>Familia</i>
Sesión 3	Reforzar el buen comportamiento y hacer halagos. Usar recompensas para enseñar nuevas conductas. Usar un sistema de puntos para enseñar buenos comportamientos. Construir relaciones positivas.	Identificar situaciones que pueden causar estrés. Identificar los síntomas del estrés. Aprender formas saludables de afrontar el estrés.	Entender el valor de las reuniones familiares. Aprender a conducir una reunión familiar. Manejar los privilegios y las recompensas de los sistemas de puntos. Planificar actividades familiares divertidas.
Sesión 4	Entender por qué es importante mantener la calma y el respeto. Aprender a utilizar pequeños castigos para pequeños problemas. Aprender a guardar los grandes castigos para los grandes problemas.	Aprender que todo el mundo tiene responsabilidades y ha de seguir unas normas. Aprender que las cosas van mejor cuando siguen las reglas.	Entender la conexión entre los valores familiares y las actividades y decisiones. Identificar los propios valores familiares.
Sesión 5	Entender el valor de una buena escucha. Aprender a escuchar los sentimientos. Entender las bases de la mala conducta: las necesidades básicas.	Aprender que las drogas y el alcohol pueden hacer daño. Practicar habilidades para resistir la presión de los compañeros.	Aprender habilidades de escucha activa. Solucionar juntos los problemas.
Sesión 6	Ayudar a proteger a los hijos contra el abuso del alcohol y otras drogas. Aprender formas de interacción positivas. Supervisar adecuadamente a los hijos.	Aprender habilidades complementarias para resistir la presión de los compañeros. Aprender cómo son los buenos amigos.	Conversar sobre cómo evitar el abuso de alcohol y otras drogas. Charlar juntos sobre otros problemas de comportamiento. Establecer expectativas claras para los jóvenes.
Sesión 7	Identificar posibles necesidades familiares que pueden existir. Ayudar a otros a acceder a redes de apoyo.	Aprender formas de ayudar a los demás. Interactuar con modelos positivos de jóvenes.	Repasar los contenidos del programa. Expresar cariño.

En la sesión 1, se busca que los padres aprendan a identificar los problemas de los jóvenes, reflexionen acerca de las cualidades que quieren para sus hijos, conozcan el valor de las habilidades educativas que requieren de cariño y firmeza, y sepan apoyar las metas y los sueños de los hijos. En la sesión con los jóvenes, se establece el primer contacto, se fijan las reglas básicas y las consecuencias por incumplirlas, y se reflexiona sobre los sueños y las metas para el futuro. En lo que se refiere a la sesión conjunta, se busca construir relaciones positivas y apoyar las metas y sueños de los jóvenes.

Para alcanzar los objetivos, en el caso de los padres, la sesión comienza presentando en un vídeo a dos padres hablando de los cambios que han experimentado sus hijos desde la infancia a la adolescencia. Apoyándose en esta presentación, se pide a los padres que expongan los principales estresores que, a su juicio, condicionan la vida de los adolescentes y las posibles consecuencias o problemas conductuales que se pueden presentar. Se pretende, principalmente, que los padres sean conocedores de los estresores más comunes que pueden estar influyendo en la vida de sus hijos como son la presión de los compañeros, la preocupación por la apariencia, la no aceptación por el grupo de iguales, los problemas de relación con el sexo opuesto, los problemas escolares, la dificultad para relacionarse con los demás compañeros, la rebelión contra las normas, o la escasez de recursos para satisfacer sus necesidades. Se busca también que sean conscientes de los posibles problemas graves de conducta asociados a la adolescencia, como pueden ser el comportamiento violento o vandálico en el colegio o en la comunidad, el consumo de sustancias tales como el tabaco, alcohol u otras drogas; los pequeños hurtos, la conducta sexual de riesgo, el absentismo escolar o la realización de conductas peligrosas y temerarias, tales como conducir a gran velocidad.

Una vez que se han tratado los estresores y los posibles problemas de conducta que están relacionados con los adolescentes, la idea principal que se pretende transmitir es que la acción de los padres es importante para evitar que aparezcan las conductas indeseables, y que esa actuación debe hacerse de una forma eficaz. El lema es que debe hacerse con “amor y límites”. Con este lema se pretende indicar la necesidad de marcar límites a la conducta de los hijos, pero de una forma que no genere oposicionismo, negatividad o agresividad. Para ilustrar lo que se quiere indicar, se presenta un vídeo con diversas escenas en las que los padres deben decir “no” a peticiones o conductas de sus hijos. Se muestran tanto las formas inadecuadas (excesivamente autoritarias o permisivas) como las adecuadas de marcar los límites, y se pide que se discuta en grupo sobre las características de unas y otras.

Finalizada esta parte, se pide a los padres que traten de describir las cualidades que desearían que tuvieran sus hijos y lo que querrían para ellos. En esta parte, se persigue que tomen conciencia de la importancia de tener una meta y la relevancia de su acción educativa para alcanzarla.

Por último, se busca que reconozcan las metas y sueños de sus hijos como algo positivo, ya que, generalmente, estas metas y sueños son elementos motivadores en la generación de conductas positivas, incompatibles con el consumo de drogas. Este

apartado se ilustra también con diversas escenas grabadas en las que los hijos les dicen a los padres lo que quieren ser en el futuro, y los padres reaccionan de distintas formas que son analizadas posteriormente en el seno del grupo.

Aunque toda la actividad de esta primera hora en el grupo de padres se encuentra perfectamente pautada en el vídeo, que presenta los ejemplos o modelos, e indica los tiempos de discusión y las preguntas que se deben formular al grupo, esto no significa que el monitor carezca de importancia. Su actuación es crucial para encauzar la actividad del grupo durante las discusiones, contextualizar y aclarar el contenido del programa, y responder a las preguntas y dudas que se puedan formular.

Dentro de la primera hora de esta sesión, el grupo de jóvenes que se ha reunido aparte, además de conocer cuál va a ser el funcionamiento del programa y lo que se espera de ellos, tiene como tarea que cada uno exponga sus metas y sueños para el futuro. Cada joven debe escribir en una cartulina sus metas y objetivos en la vida en cuatro secciones: trabajo y carrera, aficiones y ocio, amigos y familia, y salud y forma física. En el grupo se habla sobre los pasos que se necesitan para conseguir las metas. Posteriormente, las cartulinas de cada uno, que no llevan identificación alguna, servirán como elemento de juego en la sesión familiar, ya que se pedirá a los padres que identifiquen la cartulina de su hijo.

El grupo familiar busca poner en juego lo que se ha trabajado por separado en los grupos de padres y jóvenes. En esta primera sesión, los padres y los jóvenes interaccionan expresando lo que les gusta hacer para divertirse, o bien, mediante juegos, se les hace tomar consciencia de lo que saben unos de los otros en diversas áreas como las habilidades personales, las preferencias de diverso tipo, las actividades de ocio, etc.

Las sesiones 2 a la 7 utilizan métodos y técnicas similares, casi siempre con apoyo audiovisual, encaminadas a conseguir los objetivos definidos en cada caso.

12.5. La efectividad de la prevención familiar: resultados y principios

Comprobar si un programa es efectivo debería ser un requisito necesario para que pudiera ser aplicado de forma sistemática al conjunto de la población diana. Llama la atención que un principio tan simple no se esté cumpliendo en absoluto. En USA, se afirma que sólo un 10% de los aplicadores utilizan programas con efectividad comprobada y, de estos, sólo un 25% lo están aplicando con fidelidad (Kumpfer, 2002). En España no hay estudios exhaustivos que analicen qué y cómo se están aplicando los programas de prevención familiar en todo el territorio nacional, pero cuando se ha hecho una revisión amplia, los resultados han sido también muy desalentadores, ya que muchos programas son de factura propia de los aplicadores y carecen de evaluación de resultados en la práctica totalidad de los casos (Martínez Higuera, 2002). Esta ha sido una de las razones por las que el Plan Nacional sobre Drogas patrocinó la elaboración de una Guía de Evaluación de Programas de Prevención Familiar (Errasti Pérez, Vallejo Seco, Fernández Hermida y Secades Villa, 2002), que permitiese el análisis de la efectividad

con criterios y normas comunes para la evaluación de todos los programas.

Dada la carencia de estudios españoles, debemos atender a dos importantes revisiones realizadas en USA, que analizan la efectividad de los programas familiares para la prevención de conductas indeseables, entre las que se encuentran el consumo de sustancias por los jóvenes. Uno de ellos es el llevado a cabo por el Instituto Nacional de Justicia OJJDP (Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention), en colaboración con la Universidad de Utah; y el otro, por el Centro para la Prevención del Abuso de Sustancias (CSAP) (Kumpfer y Alvarado, 2003). Los resultados apoyan la efectividad de tres componentes de los programas: el entrenamiento en habilidades parentales desde una perspectiva cognitivoconductual, el entrenamiento en habilidades familiares, también desde esa perspectiva; y la terapia familiar breve, manualizada, sea estructural o funcional para casos de prevención indicada. No hay prueba alguna de efectividad para los programas que se circunscriban únicamente a educar o apoyar a los padres, tal y como se suele trabajar en las tradicionales Escuelas de Padres, tan comunes en España. Estas supuestas prácticas preventivas se caracterizan por la asistencia de los padres a charlas de expertos, tener poca duración, y una fácil organización y ejecución.

Existe suficiente apoyo empírico en la literatura para afirmar que las intervenciones familiares que cumplan ciertos principios recogidos en el [Cuadro 12.4](#) son efectivas a la hora de prevenir muchos tipos de problemas de los adolescentes, tales como los trastornos de conducta, la conducta violenta o agresiva excesiva, los comportamientos delictivos, el abuso de sustancias, la depresión, el embarazo precoz y el fracaso escolar. Hay un buen número de revisiones que apoyan esta afirmación (Kumpfer, 2002; Kumpfer y Alder, 2006; Kumpfer y Alvarado, 2003; Liddle, Levant, Bray y Santisteban, 2002; Serketich y Dumas, 1996; Webster Stratton y Taylor, 2001). Estos resultados son más evidentes en el caso de la prevención selectiva o indicada (Liddle et al., 2002; Lochman, 2000), que en la universal (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe y Breen, 2007). En este último caso, el programa SFP 10-14 obtiene prometedores resultados en evaluaciones a largo plazo (3 años).

Cuadro 12.4. *Principios de las intervenciones efectivas centradas en la familia (Kumpfer y Alvarado, 2003)*

1	Las intervenciones multicomponente comprehensivas son más efectivas para modificar un amplio rango de factores y procesos de riesgo y protección en niños que los programas de un único componente
2	Los programas centrados en la familia son generalmente más efectivos para las familias que presentan problemas relacionales, que los programas sólo centrados en los niños o en los padres,

	particularmente si se enfatiza más las fuerzas, “resiliencia” y procesos protectores que los déficit
3	Las estrategias para mejorar las relaciones familiares, la comunicación y la supervisión parental son componentes de los programas efectivos tanto familiares como dirigidos a los padres
4	Los programas familiares tienen una efectividad más duradera si producen cambios en la dinámica y el entorno familiares
5	Se necesita incrementar la dosis o la intensidad (25-50 horas) de la intervención con las familias de más alto riesgo, con más factores y procesos de riesgo y menos protectores, que con las familias de bajo riesgo (intervenciones universales), que necesitan de 5 a 24 horas de intervención
6	Los programas familiares deberían ser evolutivamente sensibles, de forma que los padres reciban nuevas versiones de los mismos en la medida que maduren sus hijos
7	Es importante que se traten los procesos o factores de riesgo y protección evolutivamente adecuados a las necesidades familiares específicas de cada momento, cuando los participantes son más receptivos al cambio
8	Si los padres son muy disfuncionales, las intervenciones precoces en el ciclo vital (p. ej., prenatales o en la primera infancia) son más efectivas
9	Ajustar la intervención a las tradiciones culturales de las familias mejora el reclutamiento, la retención y, a veces, la efectividad en los resultados
10	Altas tasas de reclutamiento y retención familiar (en el rango del 80-85%) son

	posibles con el uso de incentivos, incluyendo comida, guardería, transporte, recompensas por hacer trabajo en casa o asistir a las sesiones y por terminar el curso (graduarse).
11	La efectividad del programa está altamente vinculada a la eficacia personal y confianza del aplicador, y a sus características de autenticidad, calidez, humor, empatía y capacidad para estructurar las sesiones y ser directivo
12	Los métodos interactivos de entrenamiento en habilidades (p. ej., <i>role-playing</i> , modelado activo, sesiones de práctica familiar, práctica en casa, y enseñanza de habilidades parentales eficaces e ineficaces mediante vídeos o CD, etc.) incrementan la efectividad del programa y la satisfacción del cliente frente a las conferencias didácticas, particularmente con los padres que tienen un bajo nivel socioeconómico
13	Es importante para establecer una relación de apoyo con los padres y reducir su resistencia y abandono que se desarrolle un proceso de colaboración por el que los clientes tengan la capacidad de identificar sus propias soluciones a los problemas

Los llamados principios de efectividad (Kumpfer y Alder, 2006; Kumpfer y Alvarado, 2003) se deducen de la valoración de los resultados obtenidos en los estudios que evalúan la efectividad de las intervenciones.

- a) El primer principio establece que los programas multicomponente y comprehensivos son más efectivos que los unicomponente. Dado que las conductas disruptivas, y entre ellas el consumo de drogas, están determinadas por múltiples factores de riesgo y protección que, además, no son independientes entre sí, y que los programas multicomponente afectan y modifican un rango más amplio de factores, parece claro que su uso facilitará la aparición de cambios en los comportamientos diana. Este principio parece de mayor aplicación en los programas de prevención primaria de carácter

universal o selectiva, en donde no es posible ajustar de manera individual la intervención a realizar. En el caso de la prevención indicada, el formato más individualizado y clínico de la intervención permite una mayor focalización sobre los factores críticos sobre los que hay que intervenir.

- b) El segundo principio defiende que los programas de prevención actúen sobre el conjunto de la familia y no sólo sobre alguna de sus partes, sean padres o hijos. La investigación encuentra que las intervenciones que trabajan conjuntamente con los hijos, padres y la interacción entre ellos son más efectivas que las que se focalizan en cualquiera de los componentes de la familia por separado. Este principio puede considerarse una extensión del anterior, ya que los diversos factores que afectan al riesgo de conductas disruptivas implican a los componentes de la familia y sus interacciones, por lo que si se quiere actuar con un programa realmente comprehensivo va a ser necesario que se actúe sobre el conjunto y no sólo sobre las partes.
- c) El tercer principio postula la necesidad de que los programas de prevención deben tener una duración mínima para producir efecto a lo largo del tiempo. En concreto, se estima que deben tener una duración mínima de 30 horas para las familias con riesgo promedio, 45 para las de alto riesgo y no menos de 100 para las que se encuentran en crisis o presentan graves problemas. Una vez más, este principio guarda relación con los anteriores, ya que la actuación sobre múltiples factores de riesgo y protección, en la que se implican por separado y conjuntamente los distintos componentes de la familia, requiere de intervenciones que deben tener asignado un tiempo mínimo para poder abordar las distintas técnicas y procedimientos. Una mayor duración de los programas puede jugar en contra de su capacidad de captación, ya que implica más compromiso de los participantes. De ahí, que los programas de prevención universal que se dirigen generalmente a familias de riesgo bajo, intenten reducir al máximo su duración y facilitar, por lo tanto, la captación. Ese sería el caso, por ejemplo, del SFP 10-14 que hemos tratado anteriormente.
- d) El cuarto afirma que los programas deberían ser duraderos e incluir sesiones recuerdo. Las intervenciones puntuales tienen también una efectividad puntual, que muchas veces se difumina con el tiempo. Para evitar esta reducción del efecto, los programas universales suelen incluir sesiones de recuerdo o refuerzo que extienden la actividad de los programas hasta un año o más desde el comienzo de la intervención. La mejor manera de prolongar la acción de los programas de prevención es que su aplicación estuviera vinculada con recursos comunitarios o servicios de asistencia que permitieran ajustar la duración de las intervenciones con las necesidades familiares específicas.
- e) El quinto principio establece que la efectividad puede verse comprometida si no se ajusta el programa de prevención con las tradiciones culturales de la familia.

Este ajuste mejora el reclutamiento, la retención y la efectividad. En España, apenas se han validado programas de prevención para la población general, así que mucho menos se han hecho estudios que adapten dichos programas a las posibles minorías culturales existentes. De todas formas, parece claro que los programas deben tener en cuenta las creencias y expectativas de los padres para programar los objetivos, los procedimientos y técnicas de prevención. Este principio tiene singular importancia en la adaptación a España de programas desarrollados en contextos culturales diferentes.

- f) El sexto principio considera que los programas serán más efectivos si se aplican en el momento en el que las familias están más dispuestas al cambio, por lo que los objetivos de los programas deben ser sensibles a las necesidades familiares. Esa disponibilidad vendrá modulada por la relación que exista entre el contenido del programa y los problemas que esté empezando a afrontar. Así, se ha podido comprobar que determinados programas de apoyo en casa, de desarrollo cognitivo o de soporte médico son más efectivos cuando los hijos tienen menos de tres años, mientras que un programa como el SFP 10-14 empieza a despertar interés cuando se detectan los primeros problemas derivados de la conducta más independiente del hijo. El principal problema que afecta a los programas de efectividad comprobada, tal como el SFP 10-14, es su baja capacidad de convocatoria y su sesgo, ya que por lo general acuden las familias que menos lo necesitan (Al-halabí Díaz et al., 2006). Es posible que la baja concordancia entre lo que ofrece el programa y lo que las familias necesitan sea la causa de este importante problema, por lo que el ajuste del programa a las necesidades familiares tiene probablemente un llamativo efecto en su capacidad de captación.
- g) El séptimo principio afirma que los programas serán más efectivos si consiguen modificar el entorno y la dinámica familiar. La simple información o, incluso, el cambio meramente cognitivo no consiguen efectos duraderos si no se acompañan de modificaciones en los hábitos familiares. Las familias que mantienen sesiones o reuniones familiares después de finalizar la aplicación del programa, en la línea sugerida por el SFP 10-14, obtienen mejores resultados a largo plazo.
- h) El octavo principio indica que la efectividad de los programas en las familias de alto y muy alto riesgo será mayor si el programa comienza a aplicarse cuanto antes. Como ya se ha dicho, los factores de riesgo no son independientes entre sí. Es muy probable que una intervención temprana en familias con padres que presentan un estilo educativo y una relación parental de riesgo, disminuya la probabilidad de que aparezcan otros factores que dependan del daño causado a la relación padres-hijos.
- i) El noveno principio de esta lista aparece también en quinto lugar entre los principios editados por el NIDA para la prevención del abuso de drogas en niños y adolescentes (National Institute of Drug Abuse, 2003). De acuerdo

con este principio, los componentes efectivos para los programas familiares son la mejora de las relaciones y la comunicación familiares, así como de la supervisión parental. Para ello, los programas de prevención familiar deben fundamentalmente mejorar la vinculación familiar, a través de la mejora de la comunicación y una mayor implicación de los padres en el conocimiento de las necesidades de sus hijos y su educación, así como las habilidades de los padres para establecer límites, supervisar la conducta de los hijos, y aplicar una disciplina consistente y moderada que refuerce el cumplimiento de las normas familiares.

- j) Por último, el décimo principio defiende la necesidad de que las sesiones sean participativas, interesantes, amenas y atractivas. El uso de medios audiovisuales, tales como los vídeos, facilita la labor de los aplicadores y puede ayudar a mejorar la efectividad de los programas. El contenido de los materiales debe estar relacionado con los problemas concretos que afectan a las familias que los ven. Si los programas prevén actividades autoadministradas, los vídeos de carácter interactivo pueden ser una opción efectiva e interesante.

La prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral

13.1. Introducción

Afortunadamente, un porcentaje de trabajadores que consumen sustancias psicotropas quieren dejar su consumo, lo han intentado o lo han conseguido. Con estas actitudes se encuentran más del 70% de los que consumen heroína, casi un cuarto de los bebedores abusivos de alcohol, más del 12% de los que consumen cocaína (Equipo de Investigaciones Sociológicas, EDIS, 1996) y un alto porcentaje de los consumidores de tabaco están conformes con programas de ayuda para abandonar el hábito tabáquico (Vicente et al., 2008). Esta predisposición favorece que cualquier actuación que queramos realizar sobre este campo tenga una cierta aceptación por parte de estos trabajadores, de sus representantes y de los empresarios y quienes no hayan contemplado este cese les ayudemos a su precontemplación.

La empresa puede ser un buen referente para la detección de aquellos trabajadores afectados por toxicomanía, tanto su diagnóstico como su reinserción sociolaboral y su curación. Está favorecida porque el trabajador suele pasar en ella casi la mitad de su vida activa y a que las condiciones del trabajo (exigencia de unos horarios, aspectos de presentación física y mantenimiento de un comportamiento) son un coadyuvante importante para evidenciar alteraciones derivadas de consumos abusivos en los trabajadores y favorecer su recuperación.

Muchas de las personas que consumen drogas o se encuentran afectadas por problemas de consumo suelen estar en edad laboral, pero la desestructuración social que les origina su consumo les suele impedir en muchos casos acceder a un puesto de trabajo o lo pierden frecuentemente. Estas personas no van a ser motivo de nuestra consideración, dado que no suelen entrar a formar parte de los centros de trabajo de los que dependen nuestros servicios de Vigilancia de la Salud, sino que serán aquellos que teniendo un puesto de trabajo han enfermado por problemas de consumo de las drogas.

Los trabajadores que han perdido el trabajo por cese de la actividad de su empresa o finalización del contrato, sí serán motivo de nuestro estudio, dado que este hecho puede

modificar los hábitos de consumo y algunos estudios, como los recientes realizados por EDIS, matizan los diferentes consumos del colectivo de trabajadores parados (EDIS, 1996) (EDIS, 2002).

13.2. Programas de atención al trabajador

La importancia de los programas de atención al trabajador afectado por el consumo de drogas en la empresa viene determinada por las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, de la Oficina Internacional del Trabajo y de la Unión Europea (World Health Organization, WHO, 1985) (WHO, 1993) (Wang y Poe, 1993) (Organización Internacional del Trabajo, OIT, 1989) (Daintith y Baldwin, 1993). Estas instituciones consideran a la empresa como un pilar básico de intervención en este campo. Además contaríamos con los otros dos pilares sobre los que se basa el tratamiento de esta enfermedad: la familia y la escuela (Cabrero y Luna, 2001).

España, al igual que el resto de Europa y, en general, todos los países pertenecientes a la civilización occidental, han tenido como referente la cultura del alcohol étílico, a través del vino. Nuestro país ha sido un país con un consumo elevado clásico de alcohol (Cabrero et al., 1996^a), cambios acontecidos en las últimas décadas evidenciado en los incrementos de los consumos de bebidas destiladas y combinados, todas ellas bebidas alcohólicas de alta graduación. También han hecho su aparición y expansión de forma importante otras sustancias de consumo conocidas como las drogas ilegales pertenecientes a otras culturas. Así, el cannabis droga perteneciente a la cultura del Magreb, la cocaína a la andina, la heroína a la oriental, etc. Y otras nuevas de todavía ignoradas repercusiones y conocimientos (éxtasis). También, más recientemente, se ha detectado que la administración de medicamentos (benzodicepinas, analgésicos, etc.) por parte de los consumidores no se realiza tanto con fines exclusivamente terapéuticos sino más bien para intentar remediar situaciones de malestar, frustración y estrés. Por último, la sociedad española ha declarado una batalla a la otra droga legal de nuestra cultura: el tabaco. Siendo, el tabaco y su forma de administración usual, fumar, el problema de salud pública más fácil de prevenir (Jain et al., 2006; Luque, 2006; Vicente et al., 2008; Villalbí, 2005).

Las alteraciones para la salud que van a producir el consumo de sustancias tiene una repercusión negativa sobre el trabajo, pudiendo afectar tanto a la salud mental como a la salud física del trabajador que las consume. Además, las alteraciones del comportamiento en determinados trabajadores, por las características de su trabajo, pueden poner en riesgo su propia seguridad, la de sus compañeros o la de terceros, y originar pérdidas en los bienes de la empresa, afectar al deterioro de la imagen de la misma e, incluso, al patrimonio medioambiental que debemos transmitir a las generaciones futuras (recordemos el caso del petrolero Exxon Valdés) (Cabrero et al., 2000).

13.2.1. Incidencia del consumo de drogas en el mundo laboral

El estudio llevado a cabo por el Equipo de Investigaciones Sociológicas (EDIS) en colaboración con la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) en 2001 sobre la prevalencia de los consumos de sustancias entre los trabajadores diferencia entre trabajadores ocupados y parados, matización que ya realizaba en el anterior estudio de 1996 como ya hemos comentado (EDIS, 1996; 2002).

Este estudio evidencia como resultados más destacables que un 12.3% de trabajadores ocupados y un 12.9% de los parados serían bebedores excesivos con consumos superiores a los 75 ml de etanol puro al día. Un 47.3% de los ocupados y un 46.3% de los parados son fumadores diarios de tabaco con una media de los trabajadores que consumen de 17.6 y 17.5 cigarrillos por día. Fumando algo más los hombres que las mujeres en ambos colectivos. Un 12.1% consumen medicamentos más de una vez por semana y con fines no exclusivamente terapéuticos y entre un 3 y un 4 por 100 consumen más de una vez por semana drogas ilegales (EDIS, 2002).

En el estudio anterior realizado por EDIS, también en colaboración con la FAD, en 1996, encuentra que la prevalencia de los consumos de sustancias entre los trabajadores eran de un 14.4% de bebedores excesivos con consumos superiores a los 75 ml de etanol puro al día, un 48.3% fumadores diarios de tabaco con un consumo medio de unos 10 cigarrillos por día, un 12.1% tomaban medicamentos más de una vez por semana y entre un 3 y un 4 por 100 consumían más de una vez por semana drogas ilegales (EDIS, 1996).

También, este mismo equipo, EDIS, llevó a cabo un estudio en 1987 para la Unión General de Trabajadores y se observa, entre uno y otro, unas variaciones en los consumos de disminuciones del 9.7% de consumidores excesivos de alcohol y en el número de fumadores habituales de tabaco del 5.8%. Introduce la consideración de los psicofármacos como drogas de abuso y evalúa su consumo, mientras que en aquel primigenio estudio no se consideraba. Y, por último, constata el mantenimiento de la prevalencia global del consumo de drogas ilegales entre el 3-4% (EDIS, 1987).

Estudios particulares presentan prevalencias dispares en relación con el sector de la producción en el que se realiza, el método de investigación y la finalidad del mismo. Así, la prevalencia del consumo de tabaco varía del 49% de la población trabajadora en el Metro de Madrid (Pascual y Ramos, 1990) al 32% en el sector ferroviario del Levante español, en estudios realizados con 11 años de diferencia. Respecto al consumo de bebidas alcohólicas de forma abusiva la diferencia va del 40% para todos los sectores de Cantabria en 1980 al 0.3% del sector del transporte aéreo de Murcia con una diferencia de 13 años. Estudios realizados en el mismo período (1987) habla de prevalencias del consumo de otras drogas del 3.9% en el sector ferroviario tanto a nivel nacional como en la zona de Levante, incluyendo candidatos a ingreso, al 0.2% en la siderometalúrgica asturiana (Cabrero et al., 1996^b; Cabrero y Luna, 2002; Estévez, 1987; Gómez-Acebo, 1987).

Respecto a la cantidad consumida de alcohol, en ml/día, podemos ver que el estudio

de Cantera sobre todos los sectores de la producción de Cantabria refiere que consumen 100.9 ml en 1980, encontrando consumos mayores en el sector pesquero del Levante de 109.7 ml (Gea et al., 1996) , menores consumos se observan en estudios realizados en el transporte metropolitano de Barcelona y por nosotros mismos en el transporte ferroviario del Levante español en donde encontramos cifras en torno a los 20 ml/día, 2 o 2.5 unidades de bebida alcohólica de media aproximadamente (Auba, 1993; Cabrero y Luna, 2002).

Estos datos en unos casos pueden parecernos creíbles y estar justificados por programas implantados en la empresa (programas preventivos, disuasorios y asistenciales) o carecer de los mismos y, últimamente, por los programas educativos implantados en la comunidad. Sin embargo, otros nos hacen dudar de que los resultados traduzcan datos fidedignos y están más bien expuestos sólo para intentar decir que algo pasa y hay que realizar alguna actuación.

13.2.2. Importancia y consecuencias

La importancia estriba en el gran número de personas enfermas y en la gravedad de las consecuencias que pueden afectar a estas personas, a sus familias, a sus compañeros, a su empresa y a la sociedad. Las consecuencias personales del consumo de las sustancias tóxicas se traducen en un daño orgánico y psíquico que directamente va a producir trastornos en su organismo, en su vida familiar, de relación y laboral (Cabrero et al., 1996^b).

La encuesta realizada por EDIS para la Unión General de Trabajadores en 1987 evidenciaba las consecuencias sociolaborales del consumo de drogas percibidas por los propios trabajadores. Éstas iban desde problemas de salud física o psíquica (13.3%) a reducción del rendimiento en el trabajo (9.1%), ausencias esporádicas al trabajo (6.7%), accidentes de tráfico (4.0%), accidentes de trabajo (0.9%), sanciones en la empresa (0.6%) y jubilaciones (0.6%), además de otros problemas sociales en el ámbito de la familia (7.6%), de los amigos, compañeros o vecinos (6.4%), de relación (5.6%), legales (3.3%) y dificultades familiares (2.9%) (EDIS; 1987).

En el último estudio realizado por EDIS (2002) refiere que las consecuencias observadas por los trabajadores que poseen un consumo abusivo de alcohol son problemas de salud (5.2%), conflictos en la familia (2.1%), disminución del rendimiento laboral (2.2%) y disputas o conflictos con los demás (3.6%) y por los consumidores de las otras drogas son problemas de salud (4.8%), conflictos con la familia (5.5%), disminución del rendimiento laboral (1.9%) y disputas o conflictos con los demás (2.6%).

La más evidenciable para las empresas son el absentismo y el accidente de trabajo, que producen graves repercusiones sobre la economía del país, pero también pérdida de horas de trabajo, daños a los útiles de trabajo, etc. Este aspecto aunque referido por numerosos autores no conocemos a nadie que lo haya cuantificado. Así, venían expresando desde 1970 que los factores relacionados con el absentismo y la

accidentalidad son entre 3 y 4 veces mayores en los consumidores de alcohol (Estévez, 1982; Santodomingo, 1975). Nosotros hemos podido constatar este dato en dos estudios. El primero de ellos lo recogemos en los Cuadros 13.1, 13.2 y 13.3 (Cabrero et al., 1996^a).

Cuadro 13.1. *Comportamiento del absentismo (duración y presentación) y de la accidentalidad entre trabajadores consumidores excesivos y ocasionales de alcohol (Cabrero et al., 1996^a).*

	<i>Consumidor excesivo (N=43)</i>	<i>Consumidor ocasional (N=435)</i>	<i>F</i>	<i>P<</i>
Días de absentismo	47.1 ± 82.6	22.9 ± 69.7	4.5830	0.03
Número de ausencias	1.7 ± 1.8	0.8 ± 0.2	18.3541	0.00001
Número de accidentes de trabajo	1.1 ± 1.3	0.4 ± 0.7	30.7464	0.00001

En la segunda, comprobamos como los trabajadores consumidores excesivos de alcohol y los que consumen otras drogas respecto a los que no consumen alcohol de forma excesiva ni otras drogas tenían el doble y el cuádruple de absentismo (tanto en la duración como en la presentación) y se apreciaba en los primeros un incremento de una vez y media más en el accidente de trabajo y cuatro veces y media más en los consumidores de drogas, comparativamente con el resto de la plantilla que no poseía estos consumos (Cabrero et al., 1996^b).

Cuadro 13.2. *Comportamiento del absentismo (duración y presentación) por enfermedad común (EC) y por accidentalidad con (ATCB) y sin baja (ATSB) entre trabajadores consumidores excesivos de alcohol, de otras drogas y el resto del personal (Cabrero et al., 1996^b).*

	<i>Consumidor excesivo de alcohol (N = 66)</i>	<i>Consumidor de otras drogas (N = 21)</i>	<i>Resto de personal (N = 713)</i>
Días de baja EC	37.5 ± 86.3	71.8 ± 92.3	18.1 ± 50.8
Días de baja AT	7.8 ± 16.6	16.4 ± 22.8	7.9 ± 29.6
Núm. bajas EC	1.4 ± 1.6	3.1 ± 3.3	0.8 ± 1.3
Núm. ATCB	0.4 ± 0.6	1.3 ± 1.8	0.3 ± 0.7
Núm. ATSB	0.8 ± 1.3	2.2 ± 3.4	0.5 ± 1.3

Otros aspectos, también encontrado en el último estudio y relacionados con la vida laboral, y que nosotros hemos evidenciado han sido la no consecución de un empleo por parte de los aspirantes, cambios en el puesto de trabajo, cambios en la residencia de trabajo y bajas prematuras en la empresa por deterioro en la salud del trabajador (Cabrero et al., 1996^b), posteriormente hemos comprobado casos de muerte (sobredosis, accidentes de tráfico y cánceres) y de despido como consecuencia de las alteraciones sociolaborales que provoca el consumo de alcohol y las otras drogas (hurtos, ausencias injustificadas y prolongadas al trabajo, problemas de relación, etc.).

13.2.3. Causas y factores predisponentes

Clásicamente se han establecido como dos tipos de factores de riesgo para el consumo de sustancias. Unos internos a la empresa, entre los que tenemos: la alienación y pérdida de destreza del trabajador; el estrés laboral, en muchas ocasiones ligados a las nuevas tecnologías o a los cambios en las orientaciones comerciales que sufren las empresas; las características estructurales de la empresa como la dispersión geográfica que dificulta el control de los trabajadores; la influencia de subculturas administrativas, entre las que se ha encontrado la ferroviaria; los programas de intervención débilmente implantados; y los conflictos laborales (Trice, 1992).

Y otros factores de riesgo externos a la empresa: el nivel socioeconómico del trabajador, tanto en sentido bajo como alto, con diferentes consumos en cantidad y calidad (bebidas alcohólicas de baja o alta graduación, drogas no institucionalizadas, etc.); subculturas profesionales de consumo excesivo de alcohol como la minería, la marinería, los militares, etc.; situaciones de pánico ambiental empresarial por problemas comerciales, adquisiciones hostiles de la empresa, desempleo del trabajador; y la promoción social para el consumo para las drogas legales (alcohol, tabaco, medicamentos, etc.) (Trice, 1992).

13.3. La prevención de las empresas

En un estudio de Sánchez-Pardo (1996), sobre la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa, comprueba que los propios trabajadores estarían de acuerdo con programas de información y formación sobre las drogodependencias en la empresa (un tercio), con programas de orientación a centros especializados (un cuarto), derivación a servicios asistenciales, exámenes de salud, análisis de drogas con fines de detección y prevención y programas de ayuda y asesoramiento a familiares (un décimo). Sin embargo, en la primera de estas propuestas sólo un 10% observan que se realiza algún tipo de intervención en su empresa, siendo las actuaciones propuestas posteriores muy inferiores por no decir nulas.

Estas actitudes positivas a favor del tratamiento favorecerán que un número importante de trabajadores afectados por este problema sea receptivo a cualquier iniciativa que realicemos a la hora de plantear el inicio de cualquier terapia.

13.3.1. *Tipos de programas*

Los programas de actuación en las empresas son básicamente de dos tipos: los programas preventivos y los asistenciales. Estos programas deben estar recogidos en los Reglamentos de Régimen Interior, Convenios Colectivos de las empresas o recomendaciones sectoriales de las patronales para crear un clima de confianza del trabajador y evitar actuaciones personales. Esta actuación redundará en la difusión del conocimiento de los mismos por los trabajadores y en la unificación de su interpretación por parte de los mandos y representantes sindicales (Cabrero, 1999; Cabrero y Luna, 1999^a; Cabrero y Luna, 1999^b).

Los programas estarán dirigidos a todos los trabajadores de la empresa a los que el alcohol o las otras drogas estén causando problemas de salud, familiares, laborales o sociales. También a quienes tengan dudas sobre su situación con relación a los consumos de sustancias, quieran consultar o informarse sobre ello o estén intentando controlar estos consumos y se sientan incapaces de hacerlo solos. Pero además a todos los que por su responsabilidad laboral (mandos, técnicos, cuadros intermedios, representantes sindicales, etc.) están cercanos a los trabajadores y necesitan orientación profesional para intervenir en la solución de este tipo de problemas, a aquellos trabajadores que tienen un compañero con esta enfermedad y no saben cómo ayudarle y, por extensión, a todas las personas que quieran tomar medidas antes de que el problema se acreciente.

13.3.2. *Programas preventivos*

Los programas preventivos que desarrollan algunas empresas pueden estar dirigidos a los tres estadios de la prevención:

- Prevención primaria: Pretende evitar que el trabajador enferme. Se consigue disminuyendo la disponibilidad de las sustancias o su consumo (métodos disuasorios) y mediante campañas formativas, informativas, participativas y consejos durante el examen de salud y las visitas médicas.
- Prevención secundaria: Su finalidad es detectar la enfermedad precozmente. Para lo cual contamos con el diagnóstico precoz, por los protocolos establecidos en los exámenes de salud, y los casos detectados por los métodos disuasorios, procurando el tratamiento general y específico apropiado.
- Prevención terciaria: Si el trabajador ya ha enfermado, este tipo de prevención persigue curarlo y recuperarlo física, mental, laboral y socialmente con las menores secuelas posibles. Para ello, realizaremos además, el seguimiento y la reinserción laboral, cumpliendo también con diversos preceptos legales de readaptación laboral.

Por ser el consumo de bebidas alcohólicas uno de los principales problemas que más frecuentemente pueden afectar a los trabajadores, vamos a extendernos en su consideración, junto con el consumo de tabaco.

A) Pruebas diagnósticas del alcohol

El consumo ocasional, habitual no abusivo y abusivo, a ser posible, antes de que se conviertan en alcoholismo intentaremos diagnosticarlo apoyándonos en las siguientes pruebas:

1. Encuesta semiestructurada de consumo

La encuesta semiestructurada de consumo de alcohol ([Cuadro 13.3](#)) repasa al trabajador el consumo que realiza habitualmente de las diferentes bebidas alcohólicas en el momento del examen de salud para que responda qué cantidades consume de cada una de ellas (Altisent et al., 1992).

Esta encuesta puede ser dirigida apoyándonos en el conocimiento que sobre este hábito tenemos del trabajador, por nuestro conocimiento anterior del mismo, resultados de encuestas previas que hace que podamos ayudarles a recordar, puntualizar consumos que pueden haberse olvidado, infravalorado o a precisarlos porque hayan sido modificados (Cabrero, 2001^a).

Las encuestas de consumo se centran en las cantidades que el trabajador consume diariamente. En el momento del examen de salud podemos preguntarle al trabajador cuántas bebidas alcohólicas ha tomado en la última semana, en el último día o diariamente. El preguntarle estimativamente mediante una encuesta estructurada cuánto consume habitualmente cada día de bebidas alcohólicas es fundamental, con la particularidad de si los fines de semana o días de descanso consume más.

Cuadro 13.3. *Encuesta semiestructurada de consumo excesivo de alcohol (Fuente: Altisent et al., 1992).*

<i>Bebida</i>	<i>Preguntas básicas</i>	<i>Preguntas complementarias</i>	<i>Cantidad</i> ^(*)
Vino	¿Toma vino en las comidas? ¿Toma algún vino fuera de las comidas?	¿Alrededor de ½ litro? ¿Cuánto le dura la botella?	
Cerveza	¿Toma cervezas a diario?	¿Bebe cerveza el fin de semana?	
Copas	¿Toma alguna copa? ¿Algún carajillo?	¿Coñac, anís, whisky...?	
Combinados	¿Algún cubalibre?	¿Sol y sombra, revuelto...?	
	¿Toma alguna vez sidra, vermut, jerez, cava, fino...?	¿Otros combinados: ron, whisky, calimocho...?	
	Total de unidades por semana		

(*) Cantidad en unidades (1 U = 200 ml de cerveza, 100 ml de vino o cava, 50 ml de vino generoso o 25 ml de licor, considerando el contenido alcohólico estándar).

La encuesta de consumo de alcohol presenta la ventaja de que podemos detectar cualquier tipo de consumo, ya sea de riesgo o no, cuando aún no existe daño orgánico ni psíquico (Cabrero, 2002^a).

Los criterios de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria para considerar a un hombre como bebedor de riesgo es superar las 35 unidades de bebida alcohólica a la semana y para una mujer las 21 unidades o 10 unidades en ambos en un solo día (Cabrero, 2001^a; Rodríguez-Martos, 1997; Wallace y Haines, 1985).

2. Marcadores biológicos

Estos marcadores precisan para su realización una muestra biológica (sangre, orina, saliva, aliento). Pueden ser directos mediante la medición del alcohol en la sangre, en la orina o en el aire espirado. Esta última es fundamental para muestreos de consumo reciente de alcohol, en el trabajo, y como método preventivo, en la seguridad vial. Y la primera, la alcoholemia, como método de confirmación del anterior y por los mismos motivos (Cabrero et al., 1994; Cabrero et al., 1998).

Y los marcadores indirectos, producidos por las consecuencias de la alteración que el

alcohol va a provocar en el hígado o en los órganos hematopoyéticos, entre los que los más importantes son la gamma-glutamyl transpeptidasa y el volumen corpuscular medio. Siguen las transaminasas glutámico oxalacética y pirúvica. Aunque son muchas las determinaciones bioquímicas que se afectan como los triglicéridos, el ácido úrico, la bilirrubina, el HDL-colesterol, la fosfatasa alcalina, la desialotransferrina, etc. Cada una por si no es indicativa, pero varias ya si empieza a ser sospechoso y sobre todo debe hacernos incidir en averiguar consumos abusivos por lo que precisa acompañarse de la encuesta de consumo. No obstante, no podemos olvidar que existen casos de falsos positivos y falsos negativos que pueden llevarnos a consumos erróneos o no considerar enfermos alcohólicos a aquellos que presentan los parámetros analíticos con valores normales. Siempre tendremos que comprobar si existe daño orgánico, psíquico o social, incipiente o instaurado (Cabrero et al., 1996^c).

3. Cuestionarios de detección

Entre los muchos que existen está el CAGE que es el informado como más sensible y específico, pero para medicina laboral mejor la prueba camuflada que la normal, dado que es menos directo, lo que haría que el trabajador presentara defensas sobre su consumo y, además, la prueba camuflada, como veremos, pregunta por otros aspectos relacionados con sus hábitos de vida, incluido el consumo de tabaco y otras drogas (Ewing, 1984).

Otros cuestionarios como el Muncher Alcoholisms Test (MALT), el Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) en sus diversas formas (breve, reducido y autoadministrado), los ítems de Jellineck, el Índice Clínico de Alcohol (ICA), etc. sólo sirven para detectar enfermos alcohólicos cuando ya se ha instaurado la dependencia o hay daño físico, por lo que debemos usarlo en prevención secundaria o terciaria.

El cuestionario general sobre hábitos de vida ([Cuadro 13.4](#)) incluye preguntas que se relacionan directa e indirectamente con los hábitos tóxicos de consumo más frecuentes: alcohol, tabaco, fármacos, cánnabis y cocaína (Cabrero, 2001^a; Córdoba et al., 1993).

Cuadro 13.4. *Estudio de intervención breve en el consumo excesivo de alcohol.*

<i>Cuestionario general sobre hábitos de vida</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
1. ¿Piensa usted que come demasiados dulces?		
2. ¿Le han ofrecido alguna vez un “porro” o una dosis de cocaína?		
3. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber? ^(*)		
4. ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio semanalmente?		
5. ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?		
6. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos? ^(*)		
7. ¿Se ha planteado en alguna ocasión dejar de fumar?		
8. ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más fruta y verduras?		
9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber? ^(*)		
10. ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?		
11. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca? ^(*)		
12. ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación.		

(*) Estas preguntas pertenecen al test de CAGE, una respuesta afirmativa a dos o más de estas cuatro preguntas indica posible dependencia del alcohol.

Este cuestionario además favorece la sensibilización hacia otros hábitos higiénicos saludables sobre el consumo de azúcares, la realización de ejercicio físico habitual o el consumo de frutas y verduras (Cabrero, 2001^a).

4. Referencias

Las referencias propias del trabajador (autorreferencias), las de sus propios compañeros, mandos o familiares pueden ayudar también a entablar una relación de precontemplación, contemplación o abandono del hábito de consumo e inicio de un tratamiento (Cabrero, 1999).

En un estudio realizado recientemente observamos como las referencias de los compañeros representantes sindicales suponían un 20% de los casos tratados en el Programa contra las drogodependencias y el alcoholismo de nuestra anterior empresa, las referencias de los propios trabajadores el 10% y las de otros colectivos un 1.5% (Cabrero et al., 2003).

5. DSM-IV

Los diferentes tipos de las enfermedades mentales derivadas del consumo de sustancias que clasifica el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) nos harán diagnosticar enfermedades agudas puntuales que a veces no traducen enfermedad orgánica o dependencia, como puede ser el abuso de sustancias, pero otras reflejan enfermedades crónicas a las que no deberíamos haber llegado si hubiese funcionado perfectamente la prevención primaria (Pichot, 1997). No obstante, nos ayudará a establecer la prevención secundaria y terciaria.

B) Pruebas diagnósticas del tabaco

La otra droga institucionalizada, ampliamente enraizada en nuestra sociedad es el tabaco. La mejor forma de hacer prevención a nuestro nivel es realizar a todos nuestros trabajadores el test de Fagerström (Cuadro 13.5) que mediante una serie de preguntas y una puntuación dependiendo del nivel de respuesta pretende conocer el grado de adicción a esta droga (Fagerström y Schnider, 1989).

El test de Fagerström tiene varias versiones, que además nosotros podemos completar con preguntas relacionadas con la biografía del trabajador sobre su hábito tabáquico: Edad de comienzo a fumar de forma regular, incremento o disminución en el consumo y duración de los mismos, número de veces de abandono del consumo superiores al año y su duración, etc. (Cabrero, 2001^a).

Cuadro 13.5. *Test de Fagerström (Fagerström y Schnider, 1989).*

<i>Test de Fagerström</i>	<i>(modificado)</i>
1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	• Menos de 5 minutos (3 puntos) • De 6 a 30 minutos (2 puntos) • De 31 a 60 minutos (1 punto) • Más de 60 minutos (0 punto)
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	• Sí (1 punto) • No (0 punto)
3. ¿Qué cigarrillo le molestaría más dejar de fumar?	• El primero (1 punto) • Cualquier otro (0 punto)
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma?	• 15 o menos (0 punto) • De 16 a 25 cigarrillos (1 punto) • 26 o más (2 puntos)
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	• Sí (1 punto) • No (0 punto)
6. ¿Fuma aun estando tan enfermo que	• Sí (1 punto)

deba guardar cama la mayor parte del día?	• No (0 punto)
7. ¿Suele aspirar el humo de los cigarrillos cuando fumas?	• Siempre (2 puntos) • A veces (1 punto)
8. ¿Cuál es el nivel de nicotina de los cigarrillos que sueles fumar?	• Nunca (0 punto) • 1,3 mg o más (2 puntos) • De 1,0 a 1,2 mg (1 punto) • 0,9 mg o menos (0 punto)
<i>Interpretación de resultados</i>	
Preguntas 1-6 0-2 no dependencia 3-4 dependencia débil 5-6 dependencia 7-8 dependencia fuerte 9-10 dependencia muy fuerte	Preguntas 1-8 0-4 poca dependencia 5-6 dependencia media 7-8 dependencia fuerte 9-11 dependencia muy fuerte

Con la realización de estos cuestionarios de consumo de alcohol o tabaco, el sanitario (médico, psicólogo, enfermero o trabajador social) departe con el trabajador sobre aspectos relacionados con su consumo, pretendiendo conocer su dependencia con una sustancia tóxica y efectuando cuando menos una precontemplación de su drogodependencia y, en caso de que ésta ya se haya producido, afianzarle en la contemplación del abandono de su hábito.

C) Propuestas de intervención

Todas estas actuaciones individuales en el campo del consumo de bebidas alcohólicas o en el de fumar tabaco deben apoyarse en diversas intervenciones que pueden realizarse solas o conjuntamente dirigidas a diferentes colectivos de la empresa. Estas serán (Sánchez-Pardo, 1996):

- Intervenciones investigadoras: Estas intervenciones tienen como objetivos conocer la prevalencia o la incidencia de las toxicomanías en una empresa, identificar factores de riesgo, sus consecuencias o evaluar los resultados del programa mediante la realización de cuestionarios o encuestas dirigidas a toda la plantilla.
- Intervenciones informativas: Su finalidad es informar sobre los riesgos para la salud del consumo de alcohol y drogas y sus efectos sobre la capacidad laboral, para ello se realizarán conferencias, charlas, carteles, trípticos que pueden utilizar como vehículo la propia revista de la empresa, en caso de que la hubiera, o los tabloneros de anuncio de la misma e irán dirigidas a toda la plantilla. También, podemos crear módulos breves que introducidos dentro de

otros programas formativos de la empresa (cursos de adaptación, cursos de formación de delegados de prevención, etc.) formen a los trabajadores en las consecuencias del uso de estas drogas e informen sobre las características de los programas preventivos existentes en la empresa o en la comunidad.

- Intervenciones formativas: Aprender a mejorar nuestra salud y calidad de vida y prepararnos para actuar en el lugar de trabajo como agentes de prevención, para ello realizaremos cursos específicos o jornadas dirigidas a colectivos concretos como pueden ser directivos, mandos, representantes sindicales o miembros del Servicio de Prevención. Unas variantes importantes son los programas de Formador de Formadores dirigidos a estos últimos (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, técnicos de prevención) y los de Formador de Mediadores a los primeros (directivos, mandos, representantes sindicales).
- Intervenciones normativas: Pretenden reducir la oferta y disponibilidad de drogas legales en la empresa y mejorar la organización y condiciones del trabajo utilizando las normas legales y los reglamentos internos e irán dirigidas a toda la plantilla.
- Intervenciones participativas: Esta intervención es muy importante cuando se pretende implantar un plan contra las drogodependencias en la empresa, para ello se apoya en los Comités de Seguridad y Salud, de Empresa y en el Comité de Seguimiento del Plan, si se creara para tal efecto, aunque también puede apoyarse en otros grupos de trabajo y ocio de la misma. La población destinataria será por tanto, toda la plantilla y los grupos de mediación social de la empresa.
- Intervenciones educativas: Esta intervención pretende que la población adquiera hábitos higiénicos y alternativos diferentes de los de consumo y que se reduzca o controle los niveles de consumo (Orset et al., 2007). Mediante la realización de cursos y seminarios donde se expliquen estas conductas, se promocionen actividades lúdicas, se incentiven el abandono de hábitos no saludables y se favorezca el entrenamiento en habilidades sociales como alternativas a estos hábitos no saludables. Estarán dirigidos a toda la plantilla y a los mediadores sociales de la empresa.

a) Programas de asesoramiento y referencia

Empresas o sectores de la producción que no puedan por sí mismas (número pequeño de trabajadores, dispersión geográfica, etc.) llevar a cabo un programa preventivo propiamente dicho, considerarán en sus reglamentos que a cualquier trabajador que sea detectado con problemas de consumo de drogas o alcohol se le asesorará y referirá a un centro especializado de tratamiento de las drogodependencias de los existentes en la comunidad, público y privado.

Este tipo de actuaciones debería ser el punto mínimo que se incluyeran en toda

normativa laboral como proceder indispensable en estos casos, para las pequeñas y medianas empresas, siempre que no tuvieran trabajos de especial riesgo. En este campo las Mutuas han realizado programas de prevención mediante la información y formación de los trabajadores que atienden.

b) Programas disuasorios

La Organización Mundial de la Salud (1993) y la Oficina Internacional del Trabajo (1989) recomiendan la realización de programas de identificación y detección del consumo de alcohol y drogas en grupos profesionales que por su actividad pueden verse implicadas la salud y la seguridad propias, de sus compañeros y de terceras personas.

c) Aspectos éticos y legales

El consumo de sustancias psicoactivas durante la jornada laboral o en las horas previas a la misma genera repercusiones en el desarrollo del trabajo. Éstas pueden ser sospechadas por indicios indirectos (comportamientos sociales y laborales, hallazgos clínicos o analíticos, etc.) o detectado por métodos directos de determinación de alcohol y drogas o sus metabolitos en diversos fluidos y muestras orgánicas (aire, saliva, sudor, orina, pelos, etc.) (Cabrero y Luna, 1999^b). El método ideal sería el que siendo más específico y más sensible sea el menos cruento, más económico y más sencillo (O.I.T., 1989; Orset et al., 2007).

La Ley 31/1995 sobre Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 22 de “Vigilancia de la Salud” establece que “el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo” pero estos reconocimientos médicos serán voluntarios. Sin embargo, “se exceptuarán, previo informe de los representantes de los trabajadores, los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad”. También, en el artículo 29 “Obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos”, [apartado 1](#), dice “corresponde a cada trabajador velar, según sus posibilidades y mediante el cumplimiento de las medidas de prevención que en cada caso sean adoptadas, por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional, a causa de sus actos y omisiones en el trabajo de conformidad con su formación y las instrucciones del empresario”.

La conjunción de los derechos recogidos en la Constitución Española (1978) a la intimidad personal, al trabajo y a la salud (artículos 18, 35 y 43) con las “Obligaciones y derechos del trabajador”, [capítulo III](#) de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales,

hace que respetando al trabajador en los aspectos de confidencialidad y voluntariedad, también tengamos presente el derecho a su salud y a su seguridad, las de sus compañeros y las de terceras personas e, incluso, como ya hemos dicho, salvaguardar el patrimonio empresarial y medioambiental (W.H.O., 1993).

La Organización Mundial de la Salud (1985, 1993) recomienda que se eviten las consecuencias del consumo de alcohol y drogas entre los trabajadores de riesgo especial como son los que manipulan sustancias o energías potencialmente peligrosas (productos tóxicos, explosivos, alta tensión, centrales nucleares, etc.), y otros trabajos relacionados con la seguridad pública (control de tráfico aéreo, marítimo o ferroviario, conductores de transportes públicos, miembros de la policía, bomberos o militares, profesionales de los servicios médicos, en especial de las urgencias médicas) que no pueden permitirse estar bajo la influencia de las drogas o el alcohol u otras situaciones derivadas de su uso, como el síndrome de abstinencia, cuando están de servicio (Cabrero y Luna, 1999^a; Wang y Poe, 1993; WHO, 1985, 1993).

Estas determinaciones para evidenciar la presencia de sustancias tóxicas en los trabajadores tendrán escrupuloso respeto a normas éticas y legales y, siempre, con la finalidad de procurar la recuperación del trabajador enfermo, fomentar su salud y evitar daños a sus compañeros y a terceras personas (Cabrero et al., 1994; Cabrero et al., 1996^a, 1996^b; Cabrero et al., 1998; Cabrero y Luna, 1999^a).

Por tanto, estas pruebas deben realizarse de modo especial desde el punto de vista de la ética profesional (AOMA, 1986, 1991; Cabrero y Luna, 1999^a; RENFE, 1983). La American Occupational Medical Association (1986, 1991) recoge bajo el epígrafe de “Guía ética para la detección de drogas en el trabajo” el siguiente decálogo:

1. Existirán normas escritas e imparciales.
2. Existirá una necesidad empresarial razonable por cuestión de seguridad del trabajador, de los compañeros o pública y por la imagen de la empresa.
3. Los trabajadores y los candidatos estarán informados sobre las pruebas, la posibilidad de rechazo y sus consecuencias.
4. Los trabajadores conocerán que pueden ser sometidos a muestreos imparciales sin previo aviso.
5. Se recabará su consentimiento escrito para la realización y para la comunicación de los resultados al empresario.
6. La recogida, el transporte y el análisis tendrán todas las garantías legales, técnicas y éticas y serán supervisadas por un médico cualificado.
7. Los resultados positivos serán valorados por un médico.
8. Los resultados positivos serán discutidos con el trabajador o candidato.
9. El empleado o candidato al que se detecten drogas de abuso deberá ser avisado de los recursos disponibles para el tratamiento adecuado.
10. Se comunicará al empresario sólo la aptitud para el trabajo.

Desde otro punto de vista, recalco la norma 6, en lo que se refiere a la consideración

de cadena de custodia que también debe tenerse presente para velar por las garantías del trabajador. La cadena de custodia requiere autenticar que la muestra que se analiza corresponde con la de la persona analizada, que no puede ser adulterada ni cambiada desde su emisión hasta su recepción por el laboratorio y con toma doble para posibilitar el contraanálisis en caso de positividad (Wang y Poe, 1993) (Cabrero y Luna, 1999^a).

13.3.3. Programas asistenciales

Estos programas asistenciales no dejan de ser programas preventivos dirigidos a la prevención secundaria y terciaria, o sea, identificar al trabajador enfermo y curarlo con las menores secuelas posibles. Los programas asistenciales a los empleados, clásicamente conocidos como PAE, tuvieron su implantación y desarrollo en Norteamérica, Australia, Nueva Zelanda y Europa occidental. Estaban dirigidos a tratar a los empleados que tenían problemas de consumo de alcohol y drogas o dentro de un contexto más general (hábitos higiénicos saludables) también incluían el tratamiento de trabajadores con estos problemas (OIT, 1989).

Para ello tenían una serie de etapas de identificación de los trabajadores con problemas, su evaluación y referencia a centros de tratamiento o su asesoramiento hacia pautas de consumo menos perjudiciales, posteriormente realizaban el tratamiento y la rehabilitación de los trabajadores enfermos y una vez incorporados al trabajo hacían un seguimiento para corroborar su adaptación al trabajo sin la presencia de la enfermedad o para identificar tempranamente las recaídas, en caso de haberlas, y tratarlas nada más producirse.

Así, la identificación puede hacerse desde la disminución del rendimiento o por referencias de mandos, compañeros, referencias o auto-referencias. Esta indagación de las causas del deterioro puede realizarse a través del Servicio Médico (problemas de accidentalidad y absentismo) o por el servicio de Recursos Humanos de la empresa (faltas de puntualidad y absentismo, ambiente laboral, etc.). A veces, los programas también pueden ser externos, dado que así puede salvaguardarse más la confidencialidad en la empresa, y cualquier trabajador con problemas puede dirigirse a él y ser tratado sin que ni siquiera el Servicio Médico o los agentes de la empresa encargados del programa interno los conozcan.

Para realizar el tratamiento y la rehabilitación puede contarse con la propia organización, la mayoría de las veces, de la propia empresa (Cabrero, 2001^b). Sin embargo, hoy día, dada la red asistencial pública es posible acercarnos a ésta con lo que abarataremos estos programas. También hay empresas que cuentan con unidades especializadas externas de centros privados existentes en la comunidad.

La eficacia está basada en que sí existe tratamiento para los problemas sociales y de salud que crea el uso de alcohol y las drogas entre los trabajadores, que el lugar de trabajo sirve para identificar, ayudar y tratar a los trabajadores con estos problemas de consumo y que siempre costará menos recuperar a un trabajador enfermo que formar y

esperar que alcance su nivel óptimo productivo un trabajador nuevo.

Siempre quedará claro que la política de la empresa recogerá aspectos como la confidencialidad, la estabilidad en el empleo, las expectativas de la carrera profesional serán las mismas que si no hubiesen realizado este programa y se favorecerán ayudas económicas a las personas tratadas por el plan.

Normalmente, los empresarios, y sobre todo las pequeñas empresas, rechazan el pago de los tratamientos originados por estos trabajadores. La sociedad mediante centros comunitarios y el sistema nacional de salud debe efectuar este servicio.

13.4. A modo de conclusión

Hemos visto que la proporción de trabajadores y personas en edad de trabajar (candidatos a ingresar en las empresas) afectados por el consumo de sustancias tóxicas es importante, y que las repercusiones negativas para su salud y los riesgos a los que se exponen ellos mismos o a sus compañeros o terceros son considerables. Por ello, consideramos que todos los protocolos que se aplican a los trabajadores en el momento del examen de salud, con el fin de comprobar que están o no afectados por los riesgos físicos, químicos, biológicos o psíquicos inherentes a las tareas que desarrollan, que pueden ser previos a la incorporación a un puesto de trabajo o solicitados por el propio trabajador o por otros motivos (enfermedad, accidente, incidencia, etc.) deberían contener preguntas encaminadas a detectar consumos de riesgo en el caso del alcohol, consumo regular abusivo en el caso del tabaco, consumos con fines no terapéuticos de medicamentos o cualquier consumo en caso de drogas ilegales, junto a un breve consejo a estos trabajadores sobre los riesgos para la salud que supone dicho consumo (Cabrero y Luna, 2002; Freixa, 1991; Valdenebro et al., 1993).

La sociedad ha sido capaz de desarrollar estrategias de respuesta frente a los problemas derivados del consumo de alcohol y drogas en el entorno escolar o en otras instituciones sociales que en la empresa, a pesar de que la Unión Europea reconoce a ésta como una de las instituciones más importantes para afrontar de forma integral los problemas derivados del abuso de sustancias (Cabrero y Luna, 2001; Daintith y Baldwin, 1993; OIT, 1989).

La Administración debería garantizar el correcto tratamiento de esta enfermedad por parte de empresas y mutuas, obligándolas a desarrollar programas de asesoramiento y referencia, prevención, o asistenciales, dependiendo de las características de las mismas (tamaño de la empresa, riesgos a que están sometidos los trabajadores, etc.) (Cabrero y Luna, 2002).

La colaboración entre representantes sindicales y los compañeros puede permitir identificar precozmente al trabajador con problemas de consumo y dirigirlo para recibir el tratamiento oportuno (Cabrero et al., 2003).

Puede parecernos extraño que personas ajenas a la práctica sanitaria (jefes, representantes sindicales, compañeros) puedan identificar y ayudar al trabajador con

problemas derivados del consumo de tóxicos. Tenemos que tener presente que el ambiente laboral es un ambiente cerrado, donde el conocimiento mutuo y el contacto personal permanente limita derechos, como el de la intimidad. No obstante, por lo delicado del tema, este conocimiento extraprofesional, junto con la propia visualización de hábitos tóxicos por los miembros del servicio médico, debe ser tratado con el máximo respeto a la dignidad de la persona y siempre conforme a la práctica de la ética médica (Cabrero y Luna, 2002).

Esta implicación y participación de los diferentes sectores afectados es un factor dinamizador positivo importante que genera una inercia de corresponsabilización en el problema, con la consecución de resultados esperanzadores a corto y medio plazo. El asumir el problema del consumo como un hecho que requiere una respuesta que no ha de darse exclusivamente desde los recursos sanitarios, sino que debe contar con la participación activa en todas las fases (detección, tratamiento, reinserción, etc.) de todos los sectores laborales implicados (personal sanitario, empresarial, representación de los trabajadores, etc.), supone un avance significativo en las estrategias y, por supuesto, en los resultados positivos del plan (Cabrero, 1999^b; Cabrero y Luna, 2002; Cabrero, 2007).

Los programas dirigidos a la detección, tratamiento y reinserción de los trabajadores afectados por problemas de consumo de alcohol y drogas son rentables y justifican su implantación en el medio laboral porque originan la promoción de la salud de los trabajadores y evitan las consecuencias perjudiciales que las drogodependencias pueden ocasionarle a él mismo, a sus propios compañeros y a terceros (Cabrero y Luna, 2002; Cabrero, 2007).

Nota bibliográfica

Con el propósito de poner en práctica unos principios ecológicos, económicos y prácticos, el listado completo y actualizado de las fuentes bibliográficas empleadas por los autores en este libro se encuentra disponible en la página web de la editorial: www.editorial.sintesis.com.

Las personas interesadas se lo pueden descargar y utilizar como más les convenga: conservar, imprimir, utilizar en sus trabajos, etc.

Índice

Portada	2
Créditos	5
Índice	7
Relación de autores	14
Prólogo	17
PRIMERA PARTE: ASPECTOS GENERALES SOBRE LA PREVENCIÓN	19
1. Aproximación preliminar a la prevención del consumo de drogas	20
1.1. Introducción	20
1.2. Antecedentes del corpus teórico de la prevención de drogas	22
1.3. Principios básicos de la prevención	24
1.3.1. Plan Nacional sobre Drogas	25
1.3.2. National Institute on Drug Abuse (NIDA)	27
1.3.3. Instituto de Investigación de Drogo dependencias (INID)	28
1.4. A modo de conclusión	31
2. ¿Prevenir? Análisis histórico de la prevención	33
2.1. Introducción	33
2.2. El inicio: medidas en torno al alcohol	33
2.3. La Ley y la higiene	36
2.4. Las otras drogas y algunas medidas	40
2.5. Educación y prevención	42
2.6. Situación actual	43
2.7. A modo de conclusión	43
SEGUNDA PARTE: DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	45
3. Elementos que debe tener un programa preventivo eficaz	46
3.1. Introducción	46
3.2. Tipos de programas preventivos	47
3.2.1. Programas racionales e informativos	48
3.2.2. Programas afectivos e inespecíficos	48
3.2.3. Programas de influencia social o psicosociales	49
3.3. Lo que nos dice la evidencia sobre lo eficaz en prevención	52

3.3.1. Programas preventivos basados en la evidencia científica	52
3.3.2. La evidencia de su eficacia. Los meta-análisis de Tobler	53
3.3.3. La evidencia de su eficacia: revisiones y otros meta-análisis	55
3.4. Los principios de prevención en drogodependencias del National Institute on Drug Abuse	56
3.4.1. Factores de riesgo y protección	56
3.4.2. Planificación de la prevención	57
3.4.3. Implantación del programa preventivo	58
3.5. Los elementos de un programa preventivo eficaz	58
3.5.1. Información sobre las drogas y sus consecuencias	59
3.5.2. Conocimiento de los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de las distintas drogas	60
3.5.3. Conocer y detectar los factores de riesgo y protección para todo el grupo y para ciertos individuos del grupo	61
3.5.4. Entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de las distintas drogas	61
3.5.6. Toma de decisiones y compromiso de no consumo	63
3.5.7. Promover estilos de vida saludables	64
3.5.8. Más allá de la escuela: incidir en los amigos, padres y comunidad	65
3.5.9. Implicar en la medida de lo posible a la familia (AMPA y padres o tutores)	65
3.5.10. Implicar a toda la escuela en el programa	66
3.6. A modo de conclusión	66
4. Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes	68
4.1. Introducción	68
4.2. Concepto de factores de riesgo y de protección	69
4.3. Clasificación de los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes	70
4.3.1. Factores de riesgo y protección ambientales/contextuales	71
4.3.2. Factores de riesgo y protección individuales	72
4.3.3. Factores de riesgo y protección de socialización	75
4.4. A modo de conclusión	78
5. Diseño de programas de prevención de drogas	82
5.1. Introducción	82
5.2. Evaluación de la necesidad de intervención	83
5.3. Delimitación del programa de intervención	84

5.4. Identificación de los participantes	85
5.4.1. Programas de prevención universales	85
5.4.2. Programas de prevención selectivos	86
5.4.3. Programas de prevención indicados	86
5.5. Objetivos del programa	87
5.5.1. Ámbito comunitario	87
5.5.2. Ámbito escolar	87
5.5.3. Ámbito familiar	87
5.5.4. Ámbito laboral	88
5.6. Programación de actividades	91
5.6.1. Estructura	91
5.6.2. Contenido	91
5.6.3. Introducción del programa	92
5.7. Evaluación del programa	93
5.7.1. Tipos de evaluación	94
5.8. Difusión de los resultados	96
5.9. Preguntas claves en el diseño	97
6. Técnicas aplicadas a la prevención de las drogodependencias	100
6.1. Introducción	100
6.2. Clasificación de la prevención	101
6.3. Distintos tipos de prevención	105
6.3.1. La prevención escolar	106
6.3.2. La prevención familiar	106
6.3.3. La prevención comunitaria	106
6.3.4. La prevención laboral	107
6.3.5. Prevención desde los contenidos	107
6.4. Técnicas informativas	108
6.4.1. Información sobre adicciones y conceptos relacionados	109
6.4.2. Información sobre la prevalencia de consumo	112
6.4.3. Información sobre mitos y realidades	113
6.4.4. Información sobre las consecuencias del consumo de las sustancias	113
6.5. Técnicas de comunicación	114
6.5.1. Comunicación efectiva	114
6.5.2. Lenguajes verbal y no verbal	114
6.5.3. Escucha activa	115

6.6. Técnicas de percepción de uno mismo	115
6.7. Técnicas de control de emociones	116
6.8. Técnicas de decisión	118
6.9. Técnicas de competencia social	120
6.10. A modo de conclusión	122
7. Evaluación de programas de prevención del consumo de drogas	124
7.1. Introducción	124
7.2. Tipos de evaluación en el campo de la prevención del consumo de drogas	125
7.3. La evaluación en las fases de la prevención del consumo de drogas	127
7.3.1. Evaluación en la fase de planificación del programa	128
7.3.2. Evaluación en la fase de aplicación de los programas	135
7.4. Aspectos metodológicos en la evaluación de programas preventivos del consumo de drogas	139
7.4.1. Cuestiones referentes a la validez experimental	139
7.4.2. Diseños de investigación en la evaluación de programas preventivos	141
7.5. A modo de conclusión	142
8. Difusión de los avances en prevención escolar del consumo de drogas	144
8.1. Introducción	144
8.2. Etapas del proceso de transferencia de tecnología	145
8.3. Modelos explicativos de la transferencia de la investigación a la práctica	145
8.3.1. Mecanicismo versus contextualismo funcional	146
8.3.2. Estudios de eficacia versus estudios de efectividad	146
8.3.3. Teoría de la difusión de las innovaciones	147
8.4. Factores que limitan la difusión de los avances realizados en prevención escolar	150
8.4.1. Implementación de programas preventivos del consumo de drogas	151
8.5. Estrategias para aumentar la difusión de los avances en prevención escolar	153
8.5.1. Entrenamiento de los aplicadores	154
8.5.2. Materiales	157
8.5.3. Reproducción de los estudios	157
8.5.4. Análisis de costes	157
8.5.5. Establecer un sistema de difusión de alta calidad	158
8.5.6. Aumentar la capacidad de las organizaciones que suministran los	158

servicios preventivos	158
8.6. A modo de conclusión	158
TERCERA PARTE: PREVENCIÓN SOBRE CONDUCTAS ESPECÍFICAS EN DROGODEPENDENCIAS	160
9. Intervención ante los nuevos patrones juveniles de consumo de alcohol	161
9.1. Introducción	161
9.2. Situación actual del consumo de alcohol en la población juvenil	161
9.2.1. Algunos efectos del alcohol	162
9.2.2. Inicio al consumo y estilo de consumo	163
9.3. Patrones de consumo de los jóvenes durante la práctica del botellón	165
9.4. Actuaciones ante las nuevas prácticas de consumo de alcohol entre los jóvenes	169
9.4.1. Alternativas basadas en medidas reguladoras propuestas desde la Administración	169
9.4.2. Alternativas relacionadas con la ocupación del tiempo libre	172
9.4.3. Medidas psicosociales centradas en el joven y su entorno más inmediato	178
9.5. A modo de conclusión	190
10. Programas de prevención escolar basados en la evidencia	192
10.1. Introducción	192
10.2. Evaluación de las intervenciones preventivas	192
10.3. Transmisión de información sobre las drogas	194
10.4. Educación afectiva	197
10.5. Fomento de alternativas al consumo	199
10.6. Entrenamiento en habilidades de resistencia	201
10.7. Entrenamiento en mejora de competencias	203
10.8. Algunos programas “tipo”	203
10.8.1. Programa Discover	203
10.8.2. Programa “Entre Todos”	204
10.8.3. Programa “Prevenir para vivir”	205
10.8.4. Programa “Y tú, ¿qué piensas?”	205
10.9. Eficacia de los programas de prevención escolar en España	206
CUARTA PARTE: PILARES FUNDAMENTALES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS	208
11. La educación ante el consumo de drogas	209

11.1. Introducción	209
11.2. La educación en una sociedad interdependiente	210
11.3. La necesidad de dar respuestas educativas ante el consumo de drogas	211
11.4. Espacio Europeo de Educación Superior (EEES): el desarrollo de competencias y la prevención de drogodependencias	213
11.5. Las competencias básicas y su relación con los factores de riesgo y de protección en prevención de drogodependencias. El cine como recurso	216
11.5.1. Competencia en comunicación lingüística	219
11.5.2. Competencia matemática	220
11.5.3. Competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico	221
11.5.4. Tratamiento de la información y competencia digital	222
11.5.5. Competencia social y ciudadana	224
11.5.6. Competencia cultural y artística	225
11.5.7. Competencia para aprender a aprender	227
11.5.8. Autonomía e iniciativa personal	228
11.5.9. Un caso práctico: competencias, asignaturas y escenas de la película La Ola	230
11.6. Sugerencias para el trabajo con el alumnado	233
11.6.1. Algunas cuestiones para la reflexión y el trabajo en equipo	234
12. La prevención familiar del consumo de drogas en adolescentes y jóvenes	236
12.1. El papel de la familia en el consumo de drogas del adolescente	236
12.1.1. Factores de riesgo familiares	237
12.1.2. Factores protectores familiares	242
12.2. Modelos teóricos y enfoques en la prevención familiar	243
12.2.1. Enfoques o aproximaciones en prevención familiar	244
12.3. Los componentes de la intervención en la prevención familiar	247
12.3.1. Entrenamiento en habilidades parentales	247
12.3.2. Entrenamiento de los hijos en habilidades sociales y para la vida	248
12.3.3. Potenciación y mejora de las relaciones y la comunicación intrafamiliares	249
12.3.4. Terapia familiar	249
12.3.5. Intervención domiciliaria: el apoyo familiar en el domicilio y la educación en casa	252
12.4. Los programas de prevención familiar	253
12.5. La efectividad de la prevención familiar: resultados y principios	258

13. La prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral	265
13.1. Introducción	265
13.2. Programas de atención al trabajador	266
13.2.1. Incidencia del consumo de drogas en el mundo laboral	267
13.2.2. Importancia y consecuencias	268
13.2.3. Causas y factores predisponentes	270
13.3. La prevención de las empresas	271
13.3.1. Tipos de programas	271
13.3.2. Programas preventivos	271
13.3.3. Programas asistenciales	281
13.4. A modo de conclusión	282
Nota bibliográfica	284