
EL PROGRAMA CONSTRUYENDO SALUD: UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS EMPÍRICAMENTE FUNDAMENTADO

**José Antonio Gómez-Fraguela; María Ángeles Luengo;
Estella Romero y Paula Villar**
Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela, España

RESUMEN

En el artículo se hace una breve revisión de la prevención del abuso de drogas en España y se presenta el proyecto "Construyendo Salud". Este proyecto ha surgido en la Universidad de Santiago de Compostela y con él se pretende desarrollar un programa de prevención empíricamente fundamentado. El programa desarrollado va dirigido a las primeras etapas de la adolescencia y pretende prevenir el inicio temprano del consumo de drogas. Para ello se ha desarrollado un material que se aplica dentro del contexto escolar y del que se evalúa su eficacia. Los resultados muestran que el programa logra reducir el inicio del consumo de tabaco y alcohol de los adolescentes. En un seguimiento realizado durante más de tres años, se han comprobado también efectos en la reducción del inicio de consumo de otras sustancias como cannabis, tranquilizantes o anfetaminas. En el artículo también se comentan las líneas de trabajo actuales centradas en el desarrollo de un modelo de intervención con las familias.

Palabras clave: prevención, drogadicción, evaluación de programas, modelos de intervención en droga.

Original. Para solicitar reproducciones, dirigirse con los autores:

José Antonio Gómez-Fraguela
Universidad de Santiago Compostela. Facultad de Psicología
Depto. de Psicología Clínica. Campus Universitario Sur
15782, Santiago de Compostela. Tel.: 981 563 100, ex. 13944
Correo E.: pctonogf@usc.es

"BUILDING YOUR HEALTH": AN EMPIRICALLY-BASED PROGRAM FOR DRUG ABUSE PREVENTION

ABSTRACT

This article briefly reviews the status of drug abuse prevention in Spain, and introduces the "Building your Health" project. This project was developed at the University of Santiago de Compostela, Spain, and it is aimed to propose an empirically-based prevention program. The program is focused on the first stages of adolescence and tries to prevent the early onset of drug use. To achieve this objective, the project research group developed materials to be applied in the school context, and its efficacy was evaluated. Results show that the program reduces the onset of tobacco and alcohol consumption in adolescents. A follow-up for more than three years also showed reduction in the onset of other substances, such as cannabis, tranquilizers, and amphetamines. The article also discusses the current lines of research, focused in the development of a family intervention model.

Key words: prevention, drug abuse, program evaluation, drug problems intervention models.

El empleo de distintos tipos de drogas por parte de los seres humanos no es un fenómeno actual. Sustancias como el alcohol en Europa; las hojas de coca en la cordillera andina; los derivados del *cannabis* en los países árabes o el opio en el Extremo Oriente son conocidas desde la antigüedad y utilizadas con distintas finalidades (lograr sensaciones placenteras, liberarse de molestias, obtener experiencias místicas, etc.). En muchos de estos casos, el uso de las sustancias estaba socialmente aprobado, existiendo normas sociales dentro de cuyos cauces su consumo era admitido y hasta socialmente valorado. En este contexto, eran pocos los casos en los que el empleo de las sustancias llegaba a constituir un verdadero problema social. Durante el siglo XIX el uso de algunas de estas sustancias em-

pieza a causar problemas graves en algunas comunidades. Es el caso del alcohol en las comunidades indias de los Estados Unidos de América, donde fue introducido por el hombre blanco y constituyó un elemento importante en el declive de estas sociedades. Posteriormente, con el auge de los movimientos puritanistas, llegó a ser considerado un problema social de primera magnitud, llegándose a prohibir su consumo con la famosa Ley Seca. Otro ejemplo en el que el uso de una sustancia llegó a constituir un problema social de primera magnitud fue el caso de China y el opio. Durante el siglo XIX el consumo de esta sustancia se extendió de tal manera sobre las clases privilegiadas, que el control de su comercio fue una de las principales causas en el desencadenamiento de las guerras entre los británicos —promotores de su comercio— y los chinos.

Pese a éstas y otras anécdotas por el estilo, el consumo de drogas no llega a producir una alarma a nivel mundial hasta finales de los años 60 y principios de los 70. Las razones que explican la aparición del *problema de las drogas* como tal son múltiples. Entre ellas, Kramer y Cameron citaban en 1975 las siguientes:

1. El aumento en muchas comunidades del número de personas que tomaban drogas desaprobadas por la sociedad.
2. El empleo creciente entre los jóvenes de drogas socialmente inaceptables.
3. El consumo de drogas poco conocidas fuera de las regiones en donde su empleo era tradicional.
4. La difusión del uso de drogas entre los grupos de clase social media y alta.

Kramer y Cameron, en el año 1975, mencionaban algunas de las consecuencias de lo que hoy en día se ha dado en llamar el efecto de la globalización. En el tema de las drogas la globalización mundial ha supuesto que sociedades donde el uso de determinadas sustancias era *normal* y hasta estaba bien valorado socialmente, han tenido que vérselas con sustancias *culturalmente extrañas*. Para estas sustancias no existían normas claras que regulasen su empleo y cuando

empiezan a ser accesibles para la comunidad, las personas se encuentran perdidas ante ellas. A esto habría que añadir otros aspectos que han agravado el problema, y que guardan estrecha relación con el proceso de globalización y la importancia de lo económico en nuestros tiempos. Las posibilidades para la distribución a gran escala del producto, el volumen del negocio y sus ventajas derivadas de la ausencia de control estatal sobre él (no pagar impuestos o no tener que someterse a controles de calidad, por ejemplo), la aparición en el mercado de sustancias mucho más potentes que las tradicionales (poco tiene que ver la hoja de coca que se podía masticar anteriormente en Colombia con el polvo de cocaína que se distribuye actualmente en Europa) no son más que algunas de las que se podrían mencionar.

Para explicar la preocupación actual en torno al consumo de drogas, habría que añadir la creciente importancia que en las sociedades occidentales ha adquirido el tema de la salud y el bienestar de sus ciudadanos, unida a la acumulación de datos que indican cómo el uso de muchas de esas sustancias tienen efectos perjudiciales para la salud.

Muchos han sido los estudios realizados para explicar cómo es que las personas llegan a abusar de las drogas. De éstos se deriva que esta problemática es un fenómeno complejo, resultado de la influencia de múltiples factores de distinta naturaleza (individual, familiar, escolar, grupal, comunitario). Sin pretender realizar una exposición exhaustiva de éstos, se podrían citar, entre los factores de naturaleza individual, la falta de información sobre los efectos de las drogas; las actitudes favorables hacia éstas; el inicio temprano en su consumo; la presencia de otros problemas de conducta o la existencia de ciertas características de personalidad, como la búsqueda de sensaciones. Dentro del ámbito familiar, habría que mencionar la presencia de relaciones pobres e inconsistentes, la existencia de conflictos familiares, la escasa vinculación entre los miembros de la familia o las actitudes y conducta familiar hacia esas sustancias. En cuanto a las variables relacionadas con la escuela, se ha encontrado relación con el rechazo de los compañeros en los primeros cursos, la baja vinculación con la escuela o la presencia de fracaso escolar.

Dentro de las variables grupales, la asociación con compañeros consumidores y la presencia de normas grupales favorables al consumo, son las más relevantes. Por último, también se han mencionado factores de naturaleza comunitaria, entre los que se citan habitualmente la presencia de normas permisivas hacia el consumo, la accesibilidad a las sustancias o la desorganización social que provoca una falta de apego a la comunidad (Hawkins, Catalano y Miller, 1992).

Los problemas con las drogas no surgen espontáneamente, sino que habitualmente son fruto de un largo periodo de incubación. En los primeros momentos de la adolescencia, es bastante habitual que se experimente con sustancias como el tabaco o el alcohol. Progresivamente, estos consumos se hacen más frecuentes, transformándose en patrones de consumo habitual. Los datos de la Encuesta Escolar Española del año 2000 evidencian esta realidad al aportar datos sobre la fidelidad de los jóvenes al consumo de sustancias como el tabaco o el alcohol (<http://www.mir.es/pnd/>).

Para el tabaco, 88.7% de los adolescentes que han probado el tabaco alguna vez, manifiestan ser consumidores habituales (consumo en el último mes). Para el alcohol esta tendencia es menor, pero sigue siendo muy alta: 76.2%. Esos consumos habituales pueden desencadenar con relativa facilidad patrones de consumo abusivo. Por otra parte, también es un hecho comprobado que el consumo de tabaco y alcohol actúan como "puerta de entrada" a la experimentación con otras sustancias (Kandel, 1975). En este sentido, es muy habitual que aquellos jóvenes que llegan a consumir sustancias como el *cannabis*, las anfetaminas, la cocaína o la heroína han seguido un itinerario caracterizado por el inicio temprano en el consumo de tabaco y alcohol. Esta autora también ha encontrado que el inicio en el consumo de una sustancia suele producirse durante la adolescencia, siendo relativamente infrecuentes los casos en los que el consumo se haya producido una vez que se asumen las responsabilidades típicas de la adultez (el trabajo, la familia, etc.).

El abuso de sustancias genera graves consecuencias para la salud y el bienestar de las personas. Las más evidentes incluirían las rela-

cionadas con la pérdida de control sobre su uso o la aparición de un gran número de enfermedades asociadas a consumos frecuentes y prolongados (enfermedades pulmonares, hepáticas, cardiovasculares, cánceres, etc.) o a las forma de consumirlas (enfermedades infecciosas relacionadas con el uso de jeringuillas). Pero esas consecuencias no son las únicas y a veces ni siquiera son las más importantes. Por mencionar solo algunas, podríamos hacer referencia a los riesgos para el feto del uso del tabaco, alcohol y otras drogas por parte de las mujeres embarazadas; los efectos perjudiciales para el desarrollo del niño y del adolescente, derivados de su uso temprano, o los problemas derivados de patrones de consumo abusivos de alcohol durante los fines de semana (comas etílicos, accidentes de tráfico, conductas violentas, etc.).

LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS

Muchas son las intervenciones preventivas que se pueden llevar a cabo en el tema de las drogas. La complejidad del fenómeno y su naturaleza multicausal hace posible la aplicación de una gran variedad de actuaciones. Agrupándolas en función de la naturaleza de los factores de riesgo a los que van dirigidas, podríamos referirnos a actuaciones centradas sobre factores *individuales* (actuaciones orientadas a proporcionar información sobre las sustancias, entrenamiento en habilidades sociales y personales, fomento de la autoestima, etc.); *familiares* (entrenamiento en habilidades familiares); *escolares* (fomento de habilidades académicas, programas de tutorización, cambio del funcionamiento escolar) o *comunitarias* (fomento de actividades de tiempo libre alternativas, incremento de control sobre la accesibilidad a las sustancias, concienciación y capacitación de la comunidad, intervenciones normativas dirigidas a limitar el acceso a las sustancias).

Las intervenciones de tipo preventivo en el campo de las drogas habitualmente se han agrupado en dos grandes categorías: las orientadas a reducir la oferta y las dirigidas a reducir la demanda. Las estrategias centradas en la reducción de la oferta incluirían aquéllas orientadas a limitar el acceso de las personas a las drogas. El objetivo

de este tipo de actuaciones es el de reducir la accesibilidad a las sustancias y evitar así que las personas puedan consumir. De esta forma elimina de raíz todos los problemas asociados a su uso. Este tipo de actuaciones han sido las únicas o, al menos, las que han acaparado prácticamente la totalidad de los recursos invertidos en prevención, pioneras en el campo de la lucha contra las drogas hasta mediados de los años 60 o principios de los 70. En España, esta situación se ha prolongado por más tiempo. En 1978, Vega, Mendoza y Sagraera afirmaban —en uno de los trabajos pioneros en España sobre la prevención de drogas— que “la única política preventiva realizada hasta ahora en España es la represión policial frente a las drogas ilegales y la promoción descarada de las drogas legales” (p. 42). Esta situación no cambió demasiado hasta bien entrados los 90 (Luengo, Mirón y Otero, 1990; Comas, 1992; Salvador, 1995).

Dentro de este tipo de medidas se incluyen actuaciones como la promulgación de leyes prohibiendo la producción, elaboración, distribución, venta y hasta consumo de las sustancias o de sus precursores (sustancias a partir de las cuales se obtienen) y los esfuerzos policiales, judiciales y de la comunidad en general orientados a la aplicación de esas leyes. Pero las actuaciones centradas en la reducción de la oferta no se limitan a las medidas prohibicionistas. En el caso de sustancias legales como el tabaco, el alcohol o los medicamentos, las normas que regulan su uso también pueden ayudar a reducir la oferta. Por ejemplo, medidas como la restricción del uso de sustancias como el tabaco en lugares públicos; la reducción del número de establecimientos autorizados para la venta de estas sustancias (farmacias para los medicamentos, estancos para el tabaco, bares y discotecas para el alcohol, etc.); la limitación de los horarios de venta; el incremento de la edad legal mínima para poder comprarlas o los esfuerzos a la hora de hacerlas cumplir, son medidas que sin duda pueden ser útiles a la hora de reducir la oferta de las drogas institucionalizadas.

Mucho se ha discutido sobre este tipo de medidas y su eficacia. Es habitual citar como ejemplo del fracaso de estas políticas la experiencia de los Estados Unidos durante la década de los 20. Pero pese a la creencia popular de que la Ley Seca fue un completo fracaso, los

datos derivados de la investigación sobre el consumo apuntan a lo contrario (Conner y Burns, 1995). La aplicación de esta medida tuvo un gran impacto sobre el consumo de alcohol, logrando reducir el consumo *per capita* desde los 7.8 litros, antes de su aplicación en 1920, hasta los 3.3 litros en 1933 (un año después de que la ley fuese abolida). También se redujeron considerablemente las consecuencias negativas derivadas del alcohol, como el número de muertes por cirrosis hepática. Otras medidas orientadas a reducir la oferta, como las restricciones de consumo en lugares públicos, el incremento de la edad mínima para poder comprar las sustancias o la limitación de los puntos de venta al por menor han obtenido resultados positivos (Cummings y Coogan, 1992; Forster, Hourigan y McGovern, 1992; Jason, Ji, Anes y Birkhead, 1991; Jones, Pieper y Robertson, 1992; O'Malley y Wagenaar, 1991; Scribner, MacKinnon y Dwyer, 1995; Toomey, Rosenfeld y Wagenaar, 1996).

Pese a la eficacia de esas medidas, no es razonable pensar que se pueda llegar a resolver el problema del abuso de drogas empleando tan solo políticas de reducción de la oferta. La mayoría de las sociedades conocidas han utilizado de una u otra forma algún tipo de droga. Algunos incluso plantean que el uso de drogas parece obedecer a alguna necesidad básica en el ser humano. Sea como sea, en la situación actual, con un mundo cada vez más globalizado, donde la economía es el motor fundamental de la sociedad y donde las drogas mueven una gran cantidad de dinero (tanto en los cauces legales como ilegales), la idea de una sociedad sin drogas no parece más que una utopía.

Ésta ha sido una de las razones por la que a partir de los años 70 se han empezado a utilizar otro tipo de estrategias preventivas. El objetivo perseguido por esta nueva forma de hacer prevención ha sido el de capacitar a las personas para desenvolverse saludablemente en un entorno en el que las drogas estarán presentes. Esta nueva línea de actuación ha recibido el nombre genérico de *reducción de la demanda*.

La *demanda de drogas* es concebida por Hepburn (1995) como una función en la que intervienen tres elementos fundamentales: los fac-

tores de riesgo que motivan a un individuo a consumir drogas (factores de naturaleza biopsicosocial subyacentes que provocan el deseo de consumir y la susceptibilidad a desarrollar patrones de consumo abusivos); el apoyo social dado a esas conductas por parte de la comunidad y de los otros significativos para los consumidores y los costes (reales o percibidos) derivados de su uso. Siguiendo este esquema, tres serían los objetivos prioritarios a conseguir para reducir la demanda de drogas. A saber:

1. Reducir los efectos de los factores de riesgo relacionados con el consumo, lo cual se podría lograr eliminando los factores de riesgo o potenciando en los individuos las capacidades para resistir su influencia;
2. Disminuir el nivel de aceptación social de esas conductas e
3. Incrementar los costos, reales o percibidos, del consumo.

Para lograr estos objetivos, muchas son las posibilidades de actuación y muchos han sido los programas desarrollados. Las iniciativas se han orientado a intervenir sobre distintos momentos del consumo (evitar su inicio, el paso de un uso ocasional a un uso habitual, la aparición del abuso, etc.); orientadas a poblaciones más o menos específicas (intervenciones de tipo universal, selectivo o indicado); en distintos momentos evolutivos (infancia temprana, adolescencia, primeras etapas de la adultez); realizadas desde diversos contextos (medios de comunicación, la familia, la escuela, el vecindario, etc.); sobre distintos factores de riesgo y de protección, etc.

Para integrar la gran diversidad de actuaciones, Bukoski (1991) propuso un modelo de intervención sobre el problema de las drogas que puede resultar útil. Este autor considera que la prevención del abuso de drogas debe

ofrecer una combinación de estrategias de prevención consistentes con las necesidades y el nivel evolutivo de los individuos, al tiempo que secuen-

cia esas intervenciones para adecuarlas a cada etapa de la conducta de abuso de las drogas. (p. 8)

Con este punto de partida, propone un modelo de intervención en el que se integran las distintas actuaciones a lo largo de todo el proceso que media entre que una persona empieza a experimentar con las sustancias, hasta que llega a abusar de ellas. El modelo, que se representa en la *Figura 1*, contempla las intervenciones que se pueden realizar desde distintos contextos (individual, familiar, grupal, comunitario), en distintos momentos evolutivos del consumo de drogas.

En los primeros momentos de la prevención se pretendería evitar la experimentación inicial con las sustancias. Para ello, el autor propone el empleo de estrategias dirigidas a aportar información a los sujetos sobre los riesgos físicos y psicológicos asociados con el uso de drogas (incremento de los costos percibidos). También se integraría en estos momentos iniciales de la prevención las actuaciones dirigidas a enseñar habilidades psicosociales necesarias para hacer frente a las presiones ambientales que pueden estar fomentando el consumo (promoción de factores de protección).

Una vez que los adolescentes se han iniciado en el uso de sustancias, la prevención todavía seguiría teniendo sentido, aunque sus objetivos debieran variar. En estos estadios, la prevención se debería orientar a evitar la progresión hacia patrones de consumo habitual. Para esto, los programas tendrían que buscar el fomento de estilos de vida saludables y alternativos al consumo. Teniendo en cuenta que una de las principales motivaciones que llevan a los adolescentes a consumir drogas es la diversión, dentro de este grupo de actuaciones habría que incluir necesariamente los programas dirigidos a promover actividades de ocio saludables (otra cuestión es si la forma en que habitualmente se pretende promover esas actividades es la más adecuada).

Un escalón superior en la progresión hacia el abuso y dependencia de las sustancias sería la integración de patrones de consumo

abusivos en los estilos de vida de algunos jóvenes. Esta progresión está motivada en muchos casos por el deseo que tienen algunos adolescentes de olvidarse de sus problemas o modificar estados emocionales desagradables, por lo que el tipo de actuaciones preventivas en este nivel debieran ir dirigidas a enseñar habilidades de vida saludables con las que afrontar de forma más satisfactoria sus problemas.

El último momento para la prevención incluiría las actuaciones dirigidas a aquellos sujetos que empiezan a presentar los primeros signos y síntomas de abuso o dependencia de las sustancias. Los esfuerzos preventivos en estos estadios se deberían orientar a la detección precoz de los casos con problemas y a intervenciones en periodos de crisis, asesoramiento psicológico, creación de grupos de apoyo, etc. Las fases de intervención posterior ya no deberían ser consideradas propiamente preventivas e incluirían el tratamiento del abuso de drogas una vez que se hubiera diagnosticado y la rehabilitación de aquellas personas que ya han superado su dependencia o la prevención del daño, intentando fomentar consumos más seguros.

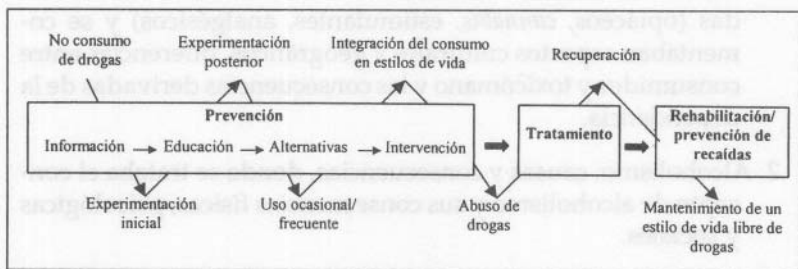


Figura 1. Modelo de intervención en el consumo de drogas (Bukoski, 1991).

Las actuaciones preventivas dirigidas al abuso de drogas se generalizaron en los Estados Unidos de América a finales de los años 60. Las intervenciones pioneras se centraban exclusivamente en aportar información sobre las consecuencias derivadas del consumo de drogas. La idea que subyacía consideraba al consumo de drogas como una conducta eminentemente racional. Los jóvenes consu-

mían drogas porque no eran conscientes de sus efectos negativos y porque mantenían actitudes positivas hacia su uso. En España las primeras intervenciones de este tipo se centraron en charlas informativas en las que se aportaba información sobre las drogas y sus efectos.

Un ejemplo de estas actuaciones lo tenemos en la primera experiencia publicada en nuestro país (Crespo, Soto y Miralles, 1978). La intervención consistió en el desarrollo de una campaña de educación sanitaria en la que se aportaba información sobre las drogas a través de la exposición de setenta y tres diapositivas acompañadas de un breve guión informativo. La exposición era seguida por un debate entre los asistentes. Esta actuación fue llevada a cabo en Cádiz entre los años 73 y 77 con distintas poblaciones (directores de colegios, profesores, padres de familia, personal sanitario, estudiantes, militares, personal religioso). Las diapositivas estaban agrupadas en tres categorías que hacían referencia a los siguientes temas:

1. Toxicomanías en general, en las que se describían los aspectos más importantes del consumo de drogas y las tóxico-dependencias. En ellas se mencionaban las sustancias más conocidas (opiáceos, *cannabis*, estimulantes, analgésicos) y se comentaban aspectos culturales y geográficos, diferencias entre consumidor y toxicómano y las consecuencias derivadas de la dependencia.
2. Alcoholismo: causas y consecuencias, donde se trataba el concepto de alcoholismo y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales.
3. Prevención y asistencia a toxicómanos, en las se abordaban los principios básicos en los que se debía fundamentar la prevención y la asistencia a los toxicómanos, empezando por las ventajas e inconvenientes de la legalización del consumo de drogas, los peligros asociados al consumo de alcohol durante la infancia y el embarazo, resaltando la diversión sin drogas como un indicativo de salud mental y finalizando con las posibilidades de rehabilitación.

Este tipo de intervenciones pronto se vieron ineficaces para prevenir el abuso de drogas. En los Estados Unidos, la elaboración de un informe de la Comisión sobre el Abuso de Drogas y Marihuana en 1973 encontraba que, pese a los esfuerzos realizados por aportar información, se había producido un incremento en la prevalencia del consumo de drogas. Esto llevó a la propuesta de una moratoria para reflexionar sobre lo que se debía hacer para prevenir el abuso de las drogas. De esa reflexión se establecen unos puntos básicos que deberían guiar las actuaciones futuras (Leukefeld, 1991).

Fruto de esa reflexión, a mediados de la década de los 70, empiezan a aparecer otro tipo de programas que consideran que el consumo de drogas no es un problema de falta de información, sino que se debe a que muchos adolescentes buscan en las drogas una forma de satisfacer ciertas necesidades y valores que no consiguen por otros medios (Moskowitz, 1983). Así, empiezan a aparecer programas preventivos en los que las drogas dejan de ser el foco de atención y las personas que consumen se convierten en prioridad, desarrollando actividades para fomentar su autoestima, desarrollar nuevas habilidades, etc. (Schaps, DiBartolo, Moskowitz, Palley y Churgin, 1981).

Pero es a principios de los años 80 cuando se produce la verdadera revolución en el panorama de la prevención del abuso de drogas. Este cambio se debe fundamentalmente a la aparición de dos nuevos tipos de programas y a la preocupación creciente por el problema de las drogas y la forma de hacerle frente. Entre las nuevas orientaciones destacan los trabajos realizados en la Universidad de Houston por Richard Evans y su equipo (Evans, Rozelle, Maxwell, *et al.*, 1981; Evans, Rozelle, Mittelmark, Hansen, Bane y Havis, 1978). Estos autores se centran en la prevención del consumo de tabaco y parten de la evidencia que apunta a la importancia de variables psicosociales (el consumo de los compañeros, la exposición a padres fumadores, la influencia de ciertos mensajes publicitarios) en la determinación del consumo de los adolescentes.

Basándose en esta realidad diseñan un programa dirigido a "inocular" a los adolescentes contra las presiones sociales hacia el con-

sumo. El programa consistía en la exposición en las aulas de videos en los que se presentaban a un grupo de adolescentes reflexionando sobre los efectos inmediatos del consumo de tabaco; las impresiones de fumadores sobre la dificultad de dejar de fumar y la de los no fumadores sobre el tabaco y los fumadores, así como el reconocimiento y afrontamiento eficaz de las presiones sociales hacia el consumo de tabaco. Después de ver los videos se establecía un debate sobre su contenido y se practicaban las habilidades de resistencia mostradas. Además, en los centros donde se aplicaba el programa se distribuían una serie de carteles en los que se reforzaban los mensajes del programa (Evans, Raines y Haselka, 1984).

También surgen en esta época los programas de entrenamiento en habilidades de vida, centrados también en la importancia de las variables psicosociales, pero en vez de prestar atención exclusiva a las habilidades de resistencia, toman en consideración otras más genéricas —habilidades de comunicación, habilidades para iniciar, mantener y finalizar conversaciones, habilidades para solucionar problemas, etc.—, con las que se pretende desarrollar la competencia psicosocial de los adolescentes. De esta forma, se tienen en consideración tanto variables de tipo social como variables de tipo individual (cognitivas y de personalidad). La fundamentación de estas intervenciones se basa en una concepción interaccionista de la conducta, en la que el consumo de drogas es visto como una conducta funcional que los adolescentes utilizan para lograr objetivos concretos, como la búsqueda de independencia, el afrontamiento al estrés, etc. (Glasgow y McCaul, 1985). La aparición de estos nuevos modelos de intervención se produce dentro del contexto universitario, y se ve apoyada por los resultados de la investigación, pasándose del escepticismo a un optimismo moderado a la hora de valorar la utilidad de la prevención (Tobler, 1986, 1997; Tobler, Roona, Ochshorn, Marshall, Streke y Stakpol, 2000).

Desgraciadamente la evolución del campo de la prevención en España ha sido bien distinta. Pese al lugar destacado que esta forma de intervención ha tenido en los discursos políticos y declaraciones de intenciones desde principios de los años 80, salvo honrosas excepciones, no se ha llegado a materializar en actuaciones concretas

hasta bien entrados los 90. Durante ese largo periodo de tiempo, las intervenciones preventivas fueron muy escasas y, en la mayoría de los casos, se limitaron a la realización de charlas informativas aisladas, dirigidas a escolares, profesores o padres; a la realización de programas de formación para educadores o a la inclusión de algunas actuaciones realizadas de forma puntual dentro del ámbito de la Educación para la Salud (Ferrer, Sánchez y Salvador, 1991). Las razones para explicar esta realidad son diversas y entre ellas se podrían citar:

- La necesidad de dedicar los recursos existentes a la creación de una red asistencial, inexistente hasta ese momento, que hiciese frente a las urgencias —cada vez más numerosas—, relacionadas con el abuso de drogas.
- La concentración de los recursos disponibles para la prevención en medidas dirigidas a reducir la oferta a través de medidas de tipo policial y judicial (Calafat, 1995).
- La ausencia de un modelo claro de actuación en prevención, lo que dio lugar a que, durante muchos años, existiese una gran confusión sobre lo que era y lo que no era prevención. Fue la edad de oro de lo que se dio en llamar la *prevención inespecífica*. Durante esta época, amparándose en los supuestos efectos inespecíficos de cualquier tipo de medida, casi cualquier actuación se consideraba preventiva. De esta forma, el escaso dinero disponible para la puesta en marcha de programas se destinaban a actividades tan variadas como la subvención de asociaciones juveniles o el patrocinio de actividades deportivas difícilmente evaluables (Comas, 1992).

No sería justo negar la existencia de ciertas excepciones a esta situación. Una de las más notables es la realizada por Calafat, *et al.* (Calafat, Amengual, Guimerans, Rodríguez Martos y Ruiz, 1995) con el programa "Tú decides", que tuvo su origen en 1980. El objetivo que se perseguía con el programa era el de promover en los adolescentes la capacidad de tomar decisiones responsables sobre el uso

de drogas. Para ello se diseñaron cuatro sesiones que inicialmente se centraban en:

1. *La salud y las drogas*; en la que se dan a conocer los efectos a corto y largo plazo de distintas sustancias y se identifican situaciones en las que se potencia el consumo;
2. *El medio sociocultural y las drogas*; con la que se pretende ilustrar el papel de la publicidad sobre el consumo y se identifican conductas fuertemente influidas por la publicidad y la moda;
3. *La ley y las drogas*; donde se aporta información sobre las leyes que regulan la producción, distribución y consumo de drogas y se comenta la conveniencia o inconveniencia de las mismas, y
4. *Aprender a usar o rechazar las drogas*; en la que se promueve la capacidad para anticipar situaciones de oferta de drogas, para tomar decisiones racionales y para considerar alternativas al consumo.

Afortunadamente, la situación hoy en día parece haber cambiado, pese a que la filosofía de lo *inespecífico* sigue vigente en conceptos como la transversalidad en la educación para la salud (espacio en el que se enmarca la prevención del abuso de drogas). Según esta doctrina, las actuaciones para la educación para la salud deben estar omnipresentes en todas las materias curriculares, pero no se establece ningún tipo de espacio curricular concreto en el que llevarla a cabo, ni se aportan directrices claras sobre tiempos o actividades a realizar, dificultando así cualquier sistematización de las actividades preventivas.

Aún así, en España se puede hacer referencia en la actualidad a una serie de programas que se empiezan a aplicar de forma específica, estructurada y más o menos rigurosa. Este cambio de tendencia ha hecho que, por ejemplo, durante el curso académico 1998-1999, se hayan aplicado en España programas concretos en más de 5,000 centros escolares, viéndose beneficiados de ello más de 600,000 alumnos, lo que ha llegado a convertirse en un punto de referencia obli-

gado dentro del contexto europeo (*Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías*, 2002). Algunos ejemplos de programas de alta difusión en nuestro país serían el programa *Discover, aprendiendo a vivir*; *Barbacana*; *Órdago: el desafío de vivir sin drogas*; el *Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES)*; el *Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid (PPD)* o el *Programa de Prevención de las Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad Autónoma Gallega*.

Los contenidos de esos programas son de lo más variados, presentado la mayoría de ellos múltiples componentes. Entre los temas más tratados se encuentran las habilidades de resistencia, presentes en todos los programas citados; la información sobre las consecuencias a corto y a largo plazo del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (91.7%); el tema del ocio y el tiempo libre (79.2%); el fomento de la autoimagen (62.5%); el fomento de la tolerancia y la cooperación (58.3%) o las actividades dirigidas a mejorar las habilidades de control emocional (54.2%) (*Observatorio Español sobre Drogas*, 1999).

También se han desarrollado importantes intervenciones dentro de los medios de comunicación, realizadas fundamentalmente por dos instituciones: el Plan Nacional sobre Drogas y la Fundación de Ayuda a la Drogadicción. Entre las campañas realizadas por la FAD podíamos citar la de "*Testimonio de famosos*", en la que muchos artistas y deportistas conocidos ofrecían su testimonio personal sobre las drogas. Otro ejemplo fue la campaña de "*Testimonios anónimos*", en la que eran chicos y chicas anónimos los que opinaban libremente sobre las drogas. Un último ejemplo más reciente es el de "*Hay un montón de razones para decir no*" en la que se presentaban actividades alternativas al consumo de drogas (<http://www.fad.es>). En cuanto a las campañas del Plan Nacional sobre Drogas, podemos citar una dirigida a los padres ("*Evita las drogas. Dialoga con él*") en la que se pretendía fomentar la comunicación entre padres e hijos para evitar el inicio en el consumo de los adolescentes. Otros ejemplos serían "*Diviértete con el deporte. Evita las drogas*" o "*A que sabes divertirte sin drogas*", que iban dirigidos a los adolescentes, para fomentar alternativas de ocio distintas al consumo (<http://www.mir.es/pnd>).

Las actuaciones sobre la familia también han ocupado un lugar destacado en las actuaciones preventivas realizadas sobre las drogas, siendo raro el ayuntamiento que, dentro de sus planes municipales de lucha contra las drogas, no haya incluido alguna "escuela de padres" en la que se trate específicamente el tema de la prevención del abuso de drogas. Los materiales para estas escuelas de padres son elaborados en muchas ocasiones por los técnicos de los planes municipales, aunque en otras ocasiones se utilizan programas realizados por otras instituciones, como es el caso del *Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Familiar*, elaborado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

En general, con estas intervenciones se pretende potenciar un funcionamiento familiar positivo, que ayude a reducir el abuso de drogas en los adolescentes. Para ello se ha intentado el cambio de actitudes de las familias hacia ciertas sustancias como el tabaco o el alcohol; el logro de relaciones positivas entre padres e hijos (fomentando la vinculación familiar, las habilidades para escuchar y comunicarse con los hijos, la reducción del conflicto, etc.); el fomento de normas y un estilo educativo apropiados (ayudando a establecer normas, a emplear de forma consistente técnicas disciplinarias positivas, a supervisar adecuadamente la conducta de los adolescentes); el desarrollo en los hijos de una autoestima positiva o de habilidades concretas como las de resistencia, etc.

LA PREVENCIÓN CIENTÍFICAMENTE FUNDAMENTADA Y EL PROYECTO CONSTRUYENDO SALUD

Pese a la cantidad y calidad de los materiales preventivos elaborados en los últimos años y los esfuerzos realizados para aplicar algunos de ellos, la situación de la prevención en España dista mucho de ser ideal. Una de las principales asignaturas pendientes tiene que ver con la evaluación de esos programas. Son contados los casos en los que se ha hecho algún estudio de evaluación sobre los programas y, en la gran mayoría de los casos, esas evaluaciones se han limitado al proceso, siendo todavía muy raros los programas que presentan algún tipo de evaluación de resultados. Esto no ha impedido que al-

gunas instituciones públicas (estatales, autonómicas y municipales) se hayan embarcado en la aventura de diseminar esos materiales, invirtiendo gran cantidad de recursos, aun sin contar con ninguna garantía sobre sus resultados.

Esta forma de proceder no parece la más adecuada. Para la puesta en marcha de un programa de prevención con ciertas garantías de éxito sería conveniente que estuviera científicamente fundamentado. Los pasos mínimos necesarios para lograr esto los resumimos en la *Figura 2*.

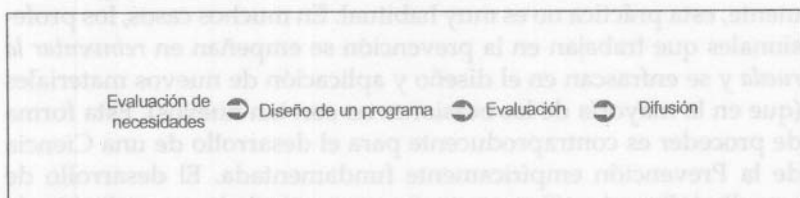


Figura 2. Fases para la fundamentación empírica de un programa de prevención.

Un paso previo a la puesta en marcha de cualquier intervención consiste en analizar el problema. La evaluación de necesidades es una buena forma de hacerlo. Con ella se puede comprobar la naturaleza y extensión del problema; analizar los factores de riesgo presentes y los recursos disponibles para hacerles frente; identificar la población o los contextos específicos sobre los que es más necesaria la intervención, y elaborar una teoría explicativa del fenómeno y de cómo se puede modificar la situación actual. El adecuado desarrollo de esta fase permite asentar de forma adecuada la intervención posterior y hace aumentar las posibilidades de que la actuación propuesta sea exitosa.

Después de realizar el análisis de necesidades debería quedar claro cuál es la extensión del problema; qué variables están relacionadas; con qué recursos se cuenta, etc. A partir de esa información se debería proceder al establecimiento de las acciones instrumentales dirigidas a lograr los cambios deseados. En esta fase lo primero que se debería hacer es establecer claramente los objetivos que se

pretenden lograr, y posteriormente habría que determinar las actuaciones concretas para conseguirlo. Esto no supone necesariamente elaborar materiales específicos. Es más, en muchas ocasiones el esfuerzo requerido para esto no está justificado. En aquellos casos en los que ya existen experiencias previas que, enfrentándose a problemas similares y centrándose en aspectos parecidos, hayan logrado resultados positivos, lo más lógico parecería ser emplear esos materiales, sin que eso suponga que ciertos cambios no puedan ser introducidos para adaptar esos programas a las necesidades concretas de la realidad concreta en la que se pretende intervenir. Desgraciadamente, esta práctica no es muy habitual. En muchos casos, los profesionales que trabajan en la prevención se empeñan en *reinventar la rueda* y se enfrasan en el diseño y aplicación de nuevos materiales (que en la mayoría de las ocasiones no son tan nuevos). Esta forma de proceder es contraproducente para el desarrollo de una Ciencia de la Prevención empíricamente fundamentada. El desarrollo de una disciplina científica se consigue a partir de la acumulación de conocimientos y esto no se puede producir en un contexto en el que continuamente se está partiendo de cero.

Una vez diseñado o seleccionado y adaptado un programa, el siguiente paso para lograr una fundamentación empírica para esa intervención consiste en su *evaluación*. Esta fase es fundamental en el caso de que se trate de un programa nuevo, pero también lo es para los programas que surgen como adaptaciones de otras experiencias. El objetivo final de la evaluación es doble. Por una parte, debe ser útil para que los responsables del programa logren información útil que les permita introducir los cambios necesarios para mejorar el funcionamiento del programa. Por otra parte, debe servir para que los responsables de la gestión preventiva puedan valorar la utilidad de distintos programas y decidir si está justificado el gasto de recursos y esfuerzos para su aplicación en un contexto determinado.

Una vez que un programa se ha mostrado eficaz y ha sido seleccionado para su aplicación en un contexto determinado, quedaría la fase de su diseminación dentro de una comunidad. La introducción de un nuevo programa en un contexto determinado supone un proceso de innovación y es sabido que todo cambio lleva aparejada una

serie de resistencias que deben ser superadas. En este sentido, la fase de difusión de un nuevo programa debería estar bien planificado y ser algo más que la mera distribución de los materiales.

En las siguientes líneas presentamos brevemente el proyecto *Construyendo Salud*. Esta experiencia surgió dentro de la Universidad de Santiago de Compostela hace más de 15 años y tuvo sus orígenes en 1988, con la elaboración de un estudio longitudinal sobre la realidad psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos (Luengo, Otero, Mirón y Romero, 1995). Este estudio fue seguido a partir de 1992 por una línea de investigación con la que se pretendía desarrollar, evaluar y diseminar un programa de prevención dirigido a las primeras etapas de la adolescencia. Los resultados de este proyecto se han materializado en un programa cuya eficacia ha sido comprobada y que se ha conseguido implantar en un alto grado en diversas comunidades del territorio español.

El proyecto *Construyendo Salud* es una intervención de tipo universal, dirigida a prevenir el inicio en el consumo de drogas y la implicación en otro tipo de conductas problemáticas al inicio de la adolescencia. En lo que se refiere a las drogas, está orientado a evitar o, cuando menos, retrasar la edad de inicio en el consumo del tabaco y alcohol. El programa *Construyendo Salud* (Luengo, Gómez-Fraguela, Garra y Romero, 2001) sigue la filosofía del programa de entrenamiento en habilidades de vida de Gilbert J. Botvin (Botvin y Tortu, 1988).

Se considera que el consumo de drogas en la adolescencia, más que como un problema, debe ser visto como una conducta aprendida y funcional, con la que los adolescentes pretenden lograr ciertas metas personales y sociales. La base teórica del programa está constituida por la *Teoría de la conducta problema* (Jessor y Jessor, 1977); la *Teoría del aprendizaje social o teoría cognitivo-social* (Bandura, 1977, 2001; Akers, 1977), y el *Modelo de progresión en el consumo de drogas* (Kandel, 1975). Con este sustrato teórico, el uso de drogas es concebido como una conducta funcional para el adolescente, que es aprendida dentro de su contexto social y que puede evolucionar desde patrones de consumo de escasa relevancia hacia otros con graves implicaciones personales y sociales.

Los adolescentes empiezan a usar drogas como consecuencia de un proceso de aprendizaje social. La existencia de figuras dentro de la familia, la escuela y la comunidad en general, que usan estas sustancias y que mantienen actitudes positivas hacia su consumo, modela las actitudes y la conducta de los jóvenes. Esto favorece el aprendizaje de tales conductas y promueve su realización. Las actitudes aprendidas se pueden ver reforzadas en aquellos sujetos que perciban el consumo o la realización de otro tipo de conductas problemáticas como medios útiles para alcanzar ciertos objetivos personales y sociales. Por ejemplo, aquellos adolescentes que presentan dificultades escolares o familiares; que carecen de las habilidades sociales necesarias para relacionarse con los demás; que tienen dificultades para la demora de la gratificación, etc., es muy probable que tengan dificultades para lograr una identidad personal positiva.

En estos casos, si tenemos en cuenta las actitudes sociales existentes hacia el consumo de tabaco y alcohol, es relativamente fácil que puedan ver en el consumo de estas sustancias una buena forma para facilitar las relaciones sociales o de lograr una autoimagen más positiva. Del mismo modo, se puede considerar la implicación en peleas y conflictos como un medio para conseguir un cierto estatus que se les niega en los contextos más convencionales.

En el establecimiento de los objetivos del programa también juega un papel muy importante el hecho de que en los análisis previos realizados por el equipo de investigación sobre el consumo de drogas y sus determinantes psicosociales (Luengo, *et al.*, 1995) la evidencia encontrada apoyaba la idea de que el abuso de drogas es un fenómeno que se desarrolla de forma progresiva a lo largo de un periodo más o menos largo de tiempo. En este sentido, uno de los mejores predictores de la aparición de drogodependencias es el inicio temprano en el uso de sustancias como el tabaco o el alcohol. Cuanto más temprano sea este inicio, más probabilidades hay de que se progrese hacia consumos más intensos que, en ocasiones, pueden llegar a provocar patrones de consumo adictivos de éstas u otras sustancias.

Concibiendo el problema del consumo de drogas y de las conductas problemáticas en la adolescencia de esta forma, se consideró que para lograr prevenir su aparición, los objetivos que debería conseguir un programa serían:

- Adquirir información pertinente y con efectos preventivos sobre el tabaco y el alcohol.
- Fomentar actitudes negativas hacia el consumo de drogas.
- Favorecer el desarrollo del pensamiento independiente y la toma de decisiones racional (no impulsiva).
- Fomentar los sentimientos de autoeficacia a través del logro de metas.
- Mejorar las capacidades para afrontar positivamente las situaciones emocionales desagradables (que generan ansiedad o ira).
- Incrementar las habilidades sociales y de comunicación.
- Aprender estrategias no violentas de manejo y resolución de conflictos.
- Fomentar actitudes de tolerancia interpersonal e intergrupala.
- Potenciar la elección de actividades saludables de tiempo libre.

Para el logro de esos objetivos se desarrolló un material compuesto por un *Manual para el Profesor*, que constituye la guía para la aplicación del programa. En él se detallan todos los objetivos que se pretenden conseguir y se describen pormenorizadamente todas las actividades a realizar. También se desarrolló un *Manual del Alumno*, que constituye un material de apoyo en el que se presenta información a los alumnos sobre los distintos temas tratados en el programa y se proponen actividades que deben realizar.

Este programa consta de diecisiete sesiones diseñadas para ser aplicadas en clases de 50 minutos, agrupadas en torno a siete componentes, tal como se refleja en la *Tabla 1*.

Tabla 1. Estructura del Programa Construyendo Salud

Componente	Descripción
Información (4 sesiones)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Información sobre tabaco y alcohol. — Consecuencias a corto plazo. — Información sobre la prevalencia y aceptación social del consumo. — Deshacer falsos mitos.
Toma de decisiones (3 sesiones)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desarrollo de un pensamiento crítico. ○ Proceso para tomar decisiones responsablemente. ○ Sesiones centradas en la presión de los compañeros y la publicidad.
Autoimagen y autosuperación (2 sesiones)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Qué es la autoimagen, cómo se forma, cómo se relaciona con la conducta y cómo puede mejorarse. ○ Proyecto de superación personal.
Control emocional (2 sesiones)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Técnicas para el afrontamiento de emociones desagradables como la ansiedad o la ira (relajación muscular, respiración profunda, ensayo mental, pensamiento positivo).
Habilidades sociales (3 sesiones)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Habilidades sociales de tipo general (habilidades de comunicación, inicio, mantenimiento y finalización de conversaciones, asertividad). ○ Habilidades para resistir la presión.
Tolerancia y cooperación (2 sesiones)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reconocer y respetar el valor de las diferencias. ○ Habilidades para defender nuestros derechos. ○ Experiencia práctica sobre el valor de la cooperación.
Actividades de ocio (1 sesión)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fomento de la búsqueda de un ocio saludable (alternativas de ocio, criterios para valorar esas alternativas, etc).

Para la correcta aplicación de este programa es fundamental el papel desempeñado por la persona responsable de llevarlo a cabo. En la investigación sobre la prevención escolar del abuso de drogas se ha encontrado que, tan importante como el contenido del programa, es la forma en que éste se aplica. La eficacia de los programas se relaciona estrechamente con el empleo de procesos educativos interactivos (Tobler, *et al.*, 2000). La persona encargada de aplicar en el aula el programa *Construyendo Salud*, debe preocuparse por fomentar la interacción positiva entre los estudiantes, más que por dar información sobre los temas tratados.

El efecto preventivo del programa no descansa en la información aportada en las distintas sesiones. Lo realmente preventivo son las propias interacciones producidas entre los miembros. Para lograr este estilo educativo, el profesor debe comportarse en algunas sesiones como facilitador de la discusión, mientras que, en otras, el papel que debe adoptar se parece más al de un entrenador de habilidades. Para conseguir esto, en los materiales del programa, se proponen técnicas concretas para realizar las distintas actividades (torbellino de ideas, debates, trabajos con grupos, modelado, ensayos conductuales, retroalimentación, etc.).

El proceso seguido para desarrollar el programa *Construyendo Salud* ha sido largo. Se inicia en 1992 y se continúa ininterrumpidamente hasta la actualidad. A lo largo de este periodo han sido varias las aplicaciones, evaluaciones y modificaciones realizadas sobre el material original, hasta llegar a la versión actual. Inicialmente esas evaluaciones fueron financiadas por la Dirección General de Investigación Ciencia y Técnica (DGICYT), a través de dos proyectos de investigación (PB92-0381 y PB95-0591). Los trabajos posteriores fueron posibles gracias a la firma de convenios de colaboración entre la Universidad de Santiago de Compostela (USC) y los Ministerios de Educación y Ciencia, Sanidad e Interior.

La primera evaluación se inició en 1995 y se hizo un seguimiento de cuatro años, realizando una evaluación previa antes de aplicar el programa y otras cuatro evaluaciones al finalizar cada año escolar después de finalizar su aplicación (Gómez-Fraguela, 1998; Gómez-Fraguela, Luengo y Romero, 2002). La muestra inicial del estudio incluyó alumnos de cinco institutos de Santiago de Compostela matriculados en 1º de BUP durante el curso 95-96, y estuvo compuesta por 1,029 alumnos, de los cuales 42.4% eran hombres y 57.6% eran mujeres. La media de edad de la muestra al inicio del estudio era de 14.32 años, con rango comprendido entre los trece y los dieciocho años. El grupo control estuvo compuesto por 485 alumnos; el grupo de técnicos por 309 y, el grupo de profesores, por 235.

Para evaluar los efectos del programa sobre el consumo de drogas, se eligieron algunas preguntas del *Cuestionario de Consumo de*

Drogas (CCD) elaborado por Luengo, Otero, Mirón y Romero en 1995. En concreto, se seleccionaron las preguntas referidas al consumo mensual de tabaco, cerveza y licores para las que se facilitaba una escala con 5 alternativas de respuesta (nunca, una o dos veces al mes, varias veces al mes, varias veces a la semana y todos los días). Para el consumo de *cannabis* y otras drogas (tranquilizantes, anfetaminas, cocaína, éxtasis, LSD y heroína) se seleccionaron las preguntas referidas al consumo durante toda la vida, debido a la baja frecuencia de estos consumos. Para estas preguntas se facilitó una escala con seis alternativas de respuesta (nunca, una o dos veces, algunas veces al año, varias veces al mes, varias veces a la semana y todos los días).

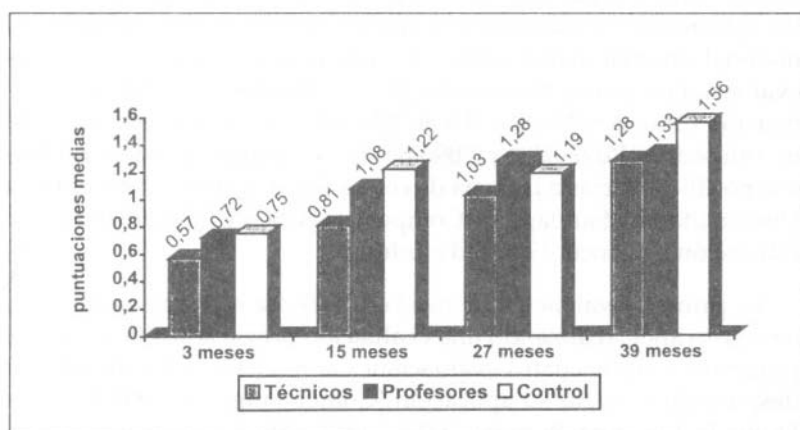


Gráfico 1. Frecuencia de consumo de tabaco.

En los Gráficos 1, 2 y 3 se presenta la evolución del consumo de tabaco, cerveza/vino y licores durante los 4 años de seguimiento en los tres grupos. Como se puede observar, en los tres grupos se produce un incremento gradual en el consumo de estas sustancias, siendo ese incremento menor en los grupos donde el programa fue aplicado. En el caso del tabaco, en la primera evaluación, realizada tras tres meses de finalizar el programa, se observa un menor consumo

medio en el grupo de tratamiento aplicado por los técnicos. Estas diferencias no se muestran significativas, aunque sí lo son cuando se analizan separadamente los casos que previamente presentaban distintos estatus de consumo (Gómez-Fraguela, 1998). Esas diferencias se incrementan en la evaluación realizada tras 15 meses, siendo significativamente menor el consumo medio en la condición de tratamiento aplicada por los técnicos que en la condición de control ($F=5.33, P<0.05$). En las dos evaluaciones realizadas posteriormente, esas diferencias parecen atenuarse y dejan de ser significativas.

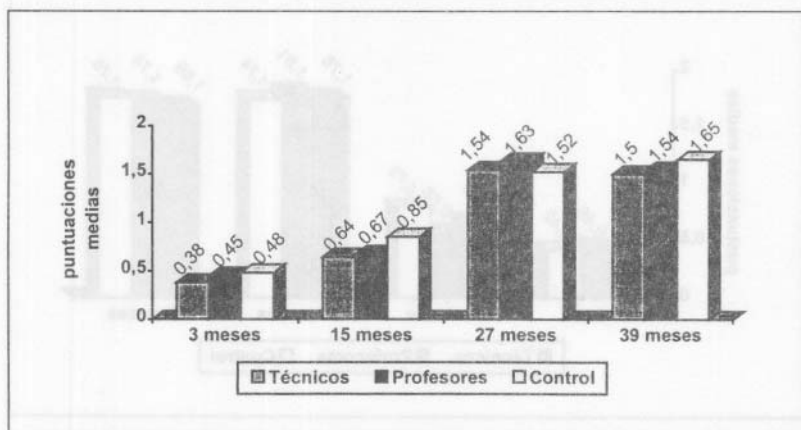


Gráfico 2. Frecuencia de consumo de vino/cerveza.

En cuanto a la evolución del consumo de alcohol, la evolución es similar. Como se puede observar en los Gráficos 2 y 3, tanto en el consumo de vino y cerveza como en el consumo de licores se produce un incremento gradual en todos los grupos. Como en el caso del tabaco, las diferencias encontradas en el consumo de cerveza/vino y licores tras 3 meses de finalizar el programa no llegan a ser significativas, aunque cuando se analizan de forma separada, en aquéllos que antes de iniciar el programa ya presentaban un nivel de consumo ocasional, se observa un menor incremento del consumo en la condición de tratamiento (Gómez-Fraguela, 1998). En la evaluación

realizada después de 15 meses, el incremento de consumo en los dos tipos de bebidas alcohólicas es significativamente menor en las condiciones de tratamiento que en la de control ($F = 4.08$, $P < 0.01$ para el vino/cerveza y $F = 3.52$, $P < 0.05$ para el caso de los licores). En concreto, las diferencias encontradas en el caso del vino/cerveza se producen entre el grupo de técnicos, y el de control y para los licores, entre el grupo de profesores y el de control. En las dos evaluaciones posteriores esas diferencias dejan de ser significativas.

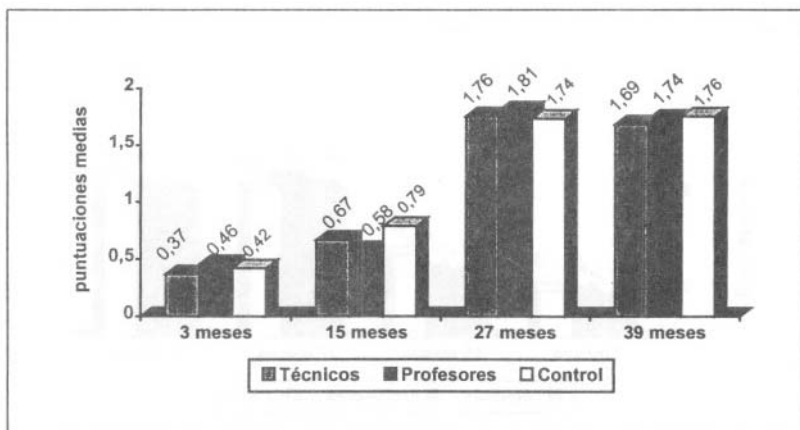


Gráfico 3. Frecuencia de consumo de licores.

Los datos anteriores parecen apuntar a que los efectos del programa desaparecen con el tiempo. Esta conclusión no parece adecuada a la luz de la comparación de los grupos en el consumo de otras sustancias. El consumo de otras drogas es inexistente en los tres grupos del estudio en las primeras evaluaciones. En el seguimiento realizado tras tres años, los consumos siguen siendo bajos; sin embargo, como se muestra en el Gráfico 4, son suficientes para que se evidencien algunas diferencias. En concreto, se encuentran diferencias significativas en el nivel de consumo general de *cannabis* ($F = 16.85$, $P < 0.001$), tranquilizantes ($F = 6.77$, $P < 0.001$) y anfetami-

nas ($F = 3.97$, $P < 0.05$), siendo los consumos en las dos condiciones de tratamiento inferiores a los que se producen en la condición de control. Esta misma tendencia se encuentra con el consumo de cocaína, aunque en este caso, el nivel de significación solo alcanza el 0.06.

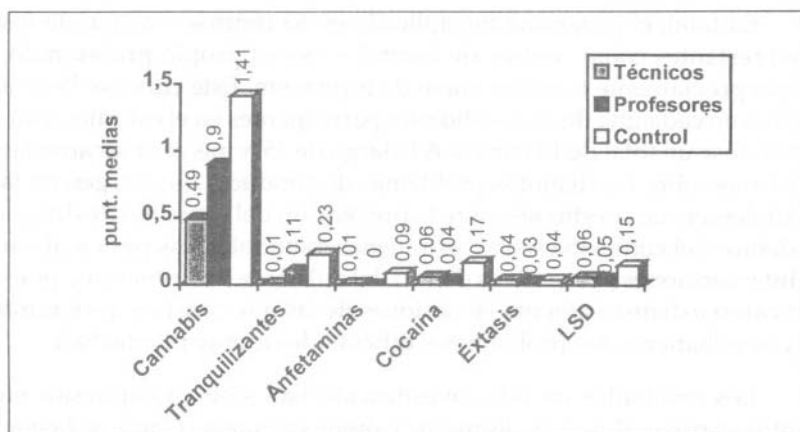


Gráfico 4. Frecuencia de consumo de otras drogas después de 39 meses.

Los resultados de este estudio muestran que el programa escolar es eficaz para reducir el inicio de consumo de drogas en la adolescencia. Inicialmente, los efectos se evidencian en el consumo de sustancias como tabaco y alcohol, pero con el paso del tiempo esos efectos se trasladan al consumo de otras sustancias más problemáticas. Estos resultados coinciden con las hipótesis iniciales, según las cuales el inicio temprano en el uso de las sustancias legales precede a la aparición posterior de otros consumos; por lo tanto, el retraso en el inicio de consumo de las primeras sustancias debiera tener efectos preventivos sobre consumos posteriores (Pentz, 1994).

El siguiente paso en el desarrollo de este proyecto fue comprobar si esos resultados se mantenían en una aplicación a gran escala del programa. Para el desarrollo de esta fase se contó con el apoyo del Ministerio de Educación y Cultura, que facilitó la posibilidad de rea-

lizar una amplia implantación y evaluación del programa. En este estudio participaron un total de 123 centros educativos de distintas localidades, repartidas por doce comunidades autónomas. En cada localidad se escogieron tres o cuatro centros en los que se iba a aplicar el programa y otros tantos que funcionarían como control.

En total, el programa fue aplicado en 63 centros —actuando los 60 restantes como centros de control— por el propio profesorado, que previamente tomó un curso de formación. Este curso se llevó a cabo en cada una de las localidades participantes en el estudio, realizándose un total de 12 cursos. A lo largo de 15 horas se abarcaron las teorías sobre los distintos problemas de conducta que surgen en la adolescencia, cuestiones sobre la prevención del consumo de drogas dentro del contexto escolar, estrategias metodológicas para realizar intervenciones preventivas dentro del aula, y se describieron y practicaron exhaustivamente las sesiones de las que consta el programa y se debatieron los problemas y dificultades que se planteaban.

Los resultados de esta investigación han sido ya expuestos en otro espacio (Luengo, Romero, Gómez-Fraguela, Garra y Lence, 1999). Aquí solo se comenta que, en lo que se refiere a los efectos sobre el consumo de tabaco y alcohol, los resultados encontrados fueron positivos, deduciéndose el inicio de su consumo en los centros en los que se llevó a cabo el programa. En cuanto a la evaluación del proceso, los resultados son positivos. En más de las tres cuartas partes de los centros participantes (77.1%) se realizaron más del 75% de las actividades del programa, y en otro 18.8% se informó haber desarrollado más de la mitad de los contenidos del programa. En cuanto a la valoración del programa, los profesores informan de una participación muy alta de la mayoría de sus alumnos, destacando en todos los casos el buen nivel de implicación del alumnado durante el desarrollo de todos los componentes del programa y el interés que despiertan las actividades programadas.

El proyecto *Construyendo Salud* se encuentra en estos momentos en una fase de ampliación, y se pretende complementar el componente escolar con materiales dirigidos a las familias de los estudiantes. Los primeros esfuerzos en esta dirección se centraron en el de-

sarrollo de un material para trabajar con grupos de padres y madres. El programa de entrenamiento en habilidades paternas *Construyendo Salud* se desarrolló para trabajar con padres y madres de hijos con edades comprendidas entre los 11 y 14 años. El material consiste en un *Manual para el Guía del Grupo* y un *Manual para los Padres y Madres* (Gómez-Fraguela, Villar, Luengo y Romero, 2002).

En el primero de ellos se detallan los objetivos que se pretenden conseguir a lo largo de la intervención, y se describe minuciosamente el contenido de cada una de las sesiones y las actividades que se deben realizar en cada una de ellas (discusiones en grupo, práctica en pequeños grupos de las habilidades a entrenar, representación de situaciones reales de conflicto familiar, etc.). Por su parte, en el *Manual de Padres y Madres*, se aporta información sobre los distintos temas tratados en las sesiones y se proponen las actividades.

A lo largo de las sesiones que componen este programa, se pretende concientizar a los padres y madres sobre el papel que juega el inicio temprano en el consumo de tabaco y alcohol dentro del desarrollo futuro de problemas relacionados con el uso de éstas y otras drogas. También se pretende promover en ellos habilidades relacionadas con la comunicación y el manejo familiar, que ayuden a prevenir el inicio temprano de estos consumos y la aparición de otro tipo de conductas problemáticas. El contenido de cada uno de los componentes del programa se corresponde con los presentados en la *Tabla 2*.

Tabla 2. Sesiones del grupo de padres del Programa Construyendo Salud.

Presentación del programa	<ul style="list-style-type: none">○ Presentación del programa.○ El problema de las drogas.○ El proceso de llegar a abusar de las drogas.
La adolescencia y los estilos educativos familiares	<ul style="list-style-type: none">○ El significado de la adolescencia.○ Los estilos educativos familiares.○ El fomento de la implicación familiar.
Habilidades de comunicación	<ul style="list-style-type: none">○ Entrenamiento de habilidades específicas de comunicación.<ul style="list-style-type: none">— La escucha activa.— La comunicación de la aceptación positiva.

Tabla 2. Sesiones del grupo de padres del *Programa Construyendo Salud*. (cont.)

Habilidades para superar conflictos	<ul style="list-style-type: none">○Habilidades para solucionar los conflictos familiares.○El refuerzo de los acuerdos a través de las consecuencias.○El establecimiento de una posición familiar clara hacia las normas.
Establecimiento de una posición familiar sobre las drogas	<ul style="list-style-type: none">○La comunicación de las normas.○La supervisión de la conducta.
Sesión de seguimiento	

Este material se ha venido aplicando en colaboración con la Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (CEAPA), en varias localidades del territorio español (Gómez-Fraguela y Villar, 2001). El material logra una buena acogida por parte de los asistentes, manifestada tanto en la satisfacción personal de los participantes, como en el alto grado de retención que se logra con las familias participantes. También se cuenta con ciertos datos para ser optimistas con respecto a los efectos sobre las variables en las cuales se interviene (Villar, 2003).

Pese a ello, el modelo de intervención (grupo de padres y madres) no parece el más adecuado, ya que en las intervenciones realizadas solo se llega a 10% de las familias destinatarias. Este resultado es coincidente con el encontrado en otros muchos programas de prevención familiar de tipo universal dirigidos a las drogas (Cohen y Rice, 1995; Hawkins, Catalano y Kent, 1991). Esto hace pensar que es necesario buscar un modelo alternativo que permita que los mensajes preventivos puedan llegar a un número mayor de familias.

Con el objeto de aumentar el número de familias que participen en el programa se ha diseñado una estrategia complementaria. Consiste básicamente en incluir una serie de tareas para hacer en casa dentro del material escolar, con el objeto de que los escolares las realicen con ayuda de sus padres. Para facilitar a las familias el desarrollo de estas tareas, se ha integrado también una *Guía para Padres y*

Madres, en la que se habla sobre el programa escolar y se aporta información y orientaciones concretas para abordar las tareas para casa, así como información y estrategias útiles para mejorar las relaciones familiares. En la *Tabla 3* se presentan las distintas tareas para casa incluidas.

Tabla 3. Tareas para la casa dentro del *Programa Construyendo Salud* (escolar).

Tabaco	<ul style="list-style-type: none">○Experimento sobre los efectos del tabaco sobre el pulso.○Posicionamiento público sobre el consumo del tabaco .○Establecimiento de compromisos públicos dentro de la vida familiar.
Alcohol	<ul style="list-style-type: none">○Entrevista a los padres acerca del alcohol.
Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none">○Práctica del proceso de cinco pasos para tomar decisiones.
Persuasión y pensamiento independiente	<ul style="list-style-type: none">○Identificación de los motivos de la gente para persuadirnos.
Publicidad	<ul style="list-style-type: none">○Análisis de anuncios publicitarios.
Autoestima y autosuperación	<ul style="list-style-type: none">○Supervisión y seguimiento del proyecto de superación personal.
Control emocional	<ul style="list-style-type: none">○Utilización de estrategias de control de emociones ante situaciones difíciles en el hogar.
Habilidades de comunicación	<ul style="list-style-type: none">○Uso de habilidades de comunicación para solucionar malentendidos dentro de la familia.
Habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none">○Determinación de los derechos que debemos respetar para facilitar la convivencia.
Tolerancia y cooperación	
Actividades de ocio	<ul style="list-style-type: none">○Recopilar información sobre actividades de ocio existentes en la comunidad.

Los esfuerzos actuales se centran en evaluar la estrategia de intervención con familias, que permita llegar a un mayor número de éstas. A la luz de los resultados de los estudios que se están realizando se espera poder asentar definitivamente el componente familiar.

El camino recorrido con el proyecto *Construyendo Salud* ha sido largo; sin embargo, está lejos de llegar a su fin. Se abre un gran abanico de temas pendientes que se espera poder ir afrontando en el fu-

turo. Como motivación para seguir adelante están los logros conseguidos y la percepción de cierto cambio en la situación de la evaluación de este tipo de programas en España.

En los últimos años han sido algunos de los responsables de aplicar los programas de prevención quienes se han preocupado por hacer cierto esfuerzo por evaluarlos. No se pretende atribuirles el mérito absoluto de tal cambio, pero es una realidad que este trabajo ha contribuido, en parte, a señalar el camino que sin duda puede llevar a establecer en España una ciencia de la prevención empíricamente fundamentada.

BIBLIOGRAFÍA

- AKERS, R.L. (1977). *Deviant behavior: A social learning approach*, Belmont, California, Wadsworth.
- BANDURA, A. (1977). "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change", *Psychological Review*, 84, pp. 191-215.
- _____. (2001). "Social cognitive theory: An agentic perspective", *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 1-26.
- BOTVIN, G. y TORTU, S. (1988). "Preventing adolescent substance abuse through life skills training", en Richard Price, Emory Cowen, Raymond Lorion y Julia Ramos McKay (eds.), *Fourteen ounces of prevention*, Washington, APA, pp. 98-110.
- BUKOSKI, W.(1991). "A framework for drug abuse prevention research", en Leukefeld y Bukoski (eds.), *Drug abuse prevention intervention research: Methodological issues*, Maryland, NIDA, pp. 7-28.
- CALAFAT, A. (1995). "¿Existe un modelo español de abordaje de las drogas?", *Adicciones*, 7 (2), Comas, 1992, pp. 123-130.
- CALAFAT, A.; AMENGUAL, M.; GUIMERANS, C.; RODRÍGUEZ MARTOS, A. y RUIZ, R. (1995). "Tú decides: 10 años de un programa de prevención escolar", *Adicciones*, 7 (4), pp. 509-526.
- COHEN, D.A. y RICE, J.C. (1995). "A parent-targeted intervention for adolescent substance use prevention. Lessons learned", *Evaluation Review*, 19(2), pp. 159-180.

- COMAS, D. (1992). "La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención", *Adicciones*, 4 (1), pp. 15-24.
- CONNER, R. y BURNS, P. (1995). "Law enforcement and regulatory agencies", en Coombs y Ziedonis (eds.), *Handbook on drug abuse prevention*, Massachusetts, Allyn y Bacon, pp. 47-67.
- CRESPO, J.; SOTO, D. y MIRALLES DE IMPERIAL, M. (1978). "Campaña de prevención de alcoholismo y toxicomanías realizada en la provincia de Cádiz", *Drogalcohol*, 3 (2), pp. 69-79.
- CUMMINGS y COOGAN, 1992; FORSTER, HOURIGAN y McGOVERN, 1992; JASON, JI, ANES y BIRKHEAD, 1991; JONES, PIEPER y ROBERTSON, 1992; O'MALLEY y WAGENAAR, 1991; SCRIBNER, MacKINNON y DWYER, 1995; TOOMEY, ROSENFELD y WAGENAAR, 1996
- CUMMINGS, K.M. y COOGAN, K. (1992). "Organizing communities to prevent the sale of tobacco products to minors", *International Quarterly of Community Health Education*, 13, pp. 77-86.
- EVANS, R.; HANSEN, W. y MITTLEMAR, M. (1977). "Increasing the validity of self-reported smoking behavior in children", *Applied Psychology*, 62, pp. 521-523.
- EVANS, R.; RAINES, B. y HANSELKA, L. (1984). "Developing data-based communications in social psychological research: Adolescent smoking prevention", *Journal of Applied Social Psychology*, 14 (3), pp. 289-295.
- EVANS, R.; ROZELLE, R.; MAXWELL, S.; RAINES, B.; DILL, C.; GUTHRIE, T.; HENDERSON, A. y HILL, P. (1981). "Social modeling films to deter smoking in adolescents: Results of a three-year field investigation", *Journal of Applied Psychology*, 66, pp. 399-414.
- FERRER, X.; SÁNCHEZ, J.L. y SALVADOR, T. (1991). "Prevención y drogas: la asignatura pendiente", *Anuario de Psicología*, 49, pp. 79-96.
- FORSTER, J.L.; HOURIGAN, M. y McGOVERN, P. (1992). "Availability of cigarettes to underage youth in three communities", *Preventive Medicine*, 21, pp. 320-328.
- GLASGOW, R. y McCAUL, K. (1985). "Social and personal skills training programs for smoking prevention: Critique and directions for future research", en Bell y Battjes

- (eds.), *Prevention research: Detreving drug abuse among children and adolescents*, Maryland, NIDA, pp. 50-66.
- GÓMEZ-FRAGUELA, J.A. (1998). *Avaliación dun programa de prevención do consumo de drogas aplicado no contexto escolar*, Santiago de Compostela, tesis doctoral.
- GÓMEZ-FRAGUELA, J.A. y VILLAR, P. (2001). *Los padres y madres ante la prevención de conductas problemáticas en la adolescencia*, Madrid, CEAPA.
- GÓMEZ-FRAGUELA, J.A.; LUENGO, A. y ROMERO, E. (2002). "Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un programa", *Psicothema*, 14(4), pp. 685-692.
- GÓMEZ-FRAGUELA, J.A.; VILLAR, P.; LUENGO, A. y ROMERO, E. (2002). *Construyendo salud. Promoción de habilidades parentales*, Madrid, CEAPA.
- HAWKINS, D.; CATALANO, R. y KENT, L. (1991). "Combining broadcast media and parent education", en Donohew, Sypher y Bukoski (eds.), *Persuasive communication and drug abuse prevention*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- HAWKINS, D.; CATALANO, R. y MILLER, J. (1992). "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention", *Psychological Bulletin*, 112(1), pp. 64-105.
- HEPBURN, J. (1995). "User accomutability", en Coombs y Ziedonis (eds.), *Handbook on drug abuse prevention*, Massachusetts, Allyn y Bacon, pp. 491-508.
- JASON, L.A.; JI, P.Y.; ANES, M.D. y BIRKHEAD, S.H. (1991). "Active enforcement of cigarette control laws in the prevention of cigarette sales to minors", *Journal of the American Medical Association*, 266, pp. 3159-3161.
- JESSOR, R. y JESSOR, S. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*, N.Y., Academic Press.
- JONES, N.; PIEPER, C.F. y ROBERTSON, L.J. (1992). "The effect of legal drinking age on fatal injuries of adolescents and young adults", *American Journal of Public Health*, 82, pp. 112-115.

- KANDEL, D. (1975). "Stages in adolescent involvement in drug use", *Science*, 190, pp. 912-924.
- KRAMER, J. y CAMERON, D. (1975). *La pharmacodependance*, Ginebra, OMS.
- LEUKEFELD, C. (1991). "The role of the National Abuse Institution in drug abuse prevention research", en Donohew, Sypher y Bukoski (eds.), *Persuasive communication and drug abuse prevention*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- LUENGO, A.; MIRÓN, L. y OTERO, J.M. (1990). "The past, present, and future of drug abuse and its prevention in Spain", *The International Journal of the Addictions*, 25, pp. 317-351.
- LUENGO, A.; OTERO, J.M.; MIRÓN, L. y ROMERO, E. (1995). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*, Santiago de Compostela, Xunta de Galicia.
- LUENGO, M.A.; GÓMEZ-FRAGUELA, J.A.; GARRA, A. y ROMERO, E. (2001). *Construyendo salud: promoción del desarrollo personal y social (Manual del profesor y del alumno)*, Madrid, MEC.
- LUENGO, M.A.; ROMERO, E.; GÓMEZ-FRAGUELA, J.A.; GARRA, A. y LENCE, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela*, Madrid, Plan Nacional sobre Drogas.
- MOSKOWITZ, J. (1983). "Preventing adolescent substance abuse through drug education", en Glynn, Leukefeld y Ludford (eds.), *Preventing adolescent drug abuse: Intervention strategies*, Rockville, NIDA, pp. 233-249.
- OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (2001). *Informe N° 4*, Madrid, Ministerio del Interior.
- OBSERVATORIO EUROPEO DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS (2002). *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- O'MALLEY, P.M. y WAGGONER, A.C. (1991). "Effects of minimum drinking age laws on alcohol use, related behaviors, and traffic crash involvement among American youth: 1976-1987", *Journal of Studies on Alcohol*, 52, pp. 478-491.

- PENTZ, M. (1994). "Adaptative evaluation strategies for estimating effects of community-based drug abuse prevention programs", *Journal of Community Psychology*, número especial, pp. 26-51.
- SALVADOR, T. (1995). "Situación y condicionantes de la evaluación de programas de prevención del abuso de drogas en España", en *Metodología de evaluación de los programas de prevención del consumo de drogas*, Cuenca, UIMP, pp. 31-45.
- SCHAPS, E.; DIBARTOLO, R.; MOSKOWITZ, J.; PALLEY, C. y CHURGIN, S. (1981). "A review of 127 drug abuse prevention program evaluations", *Journal of Drug Issues*, 1, pp. 17-44.
- SCRIBNER, R.; MACKINNON, D. y DWYER, J. (1995). "Alcohol outlet density and motor vehicle crashes in Los Angeles County cities", *Journal of Studies on Alcohol*, 55(4), pp. 447-453.
- TOBLER, N. (1986). "Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcomes results of program participants compared to a control or comparison group", *Journal of Drug Issues*, 16(4), pp. 537-567.
- _____. (1997). "Meta-analysis of adolescent drug prevention programs: Results of the 1993 meta-analysis", en Bukoski, W. (ed.), *Meta-analysis of drug abuse prevention programs*, Maryland, NIDA, pp. 5-68.
- TOBLER, N.; ROONA, M.; OSCHSHORN, P.; MARSHALL, D.; STREKE, A. y STAKPOLE, K. (2000). "School based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis", *Journal of Primary Prevention*, 20(4), pp. 275-336.
- TOOMEY, T.L.; ROSENFELD, C. y WAGGONER, A.C. (1996). "The minimum legal drinking age: History, effectiveness, and ongoing debate", *Alcohol, Health & Research World*, 20(4), pp. 213-218.
- VEGA, A.; MENDOZA, R. y SAGRERA, I. (1978). *El papel del educador en la prevención del abuso de drogas*, Barcelona, ICE da Universidade de Barcelona.
- VILLAR, P. (2003). *Un modelo de intervención familiar para la prevención de la conducta problema*, Santiago de Compostela, tesis doctoral.