

**GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS Y
CALIDAD EN LA PREVENCIÓN DE
DROGODEPENDENCIAS EN LA
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE
LA REGIÓN DE MURCIA**

**Plan Regional
Sobre Drogas**





GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS Y CALIDAD EN LA PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo

Dirección General de Atención al Ciudadano,
Drogodependencias y Consumo



AUTORES:

Criteria Grupo de Evaluación.

Teresa Salvador LLivina
Almudena de Silva Rivera

Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias.

Consuelo Puerta Ortuño
Juan Jiménez Roset
Andrés Alcaraz Velasco
Ana Belén Villar Lorenzo
Isabel Cascales García

DISEÑO:

F33

IMPRIME:

Intergraf Magenta.

ISBN 978-84-96994-51-5

© Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias.
Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo.
Consejería de Sanidad y Consumo.
Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
2010

0

Presentación.

16

0.1

Introducción

20

1.		Prevencción de drogodependencias y de los problemas asociados al uso de drogas: conceptos básicos y base en la evidencia de efectividad.	
1.1.		¿Qué es la prevención de drogodependencias y de los problemas asociados al uso de drogas?	27
1.2.		¿Cuáles son los objetivos de la prevención?	27
	1.2.1.	Finalidad.	
	1.2.2.	Objetivos generales.	
		1.2.2.1.	Objetivos finales.
		1.2.2.2.	Objetivos intermedios.
1.3.		¿Qué son los factores de riesgo y protección?	28
	1.3.1.	Factores de riesgo.	
	1.3.2.	Factores de protección.	
1.4.		Marco conceptual: modelos teóricos de referencia.	37
	1.4.1.	Modelo de Salud Pública.	
	1.4.2.	Modelo de Promoción de la Salud.	
	1.4.3.	Modelo de Reducción del Riesgo.	
	1.4.4.	Modelos socio-cognitivos.	
1.5.		¿A qué principios deben responder los programas preventivos?	46
1.6.		Niveles de intervención preventiva.	47
	1.6.1.	Prevención universal.	
	1.6.2.	Prevención selectiva.	
	1.6.3.	Prevención indicada.	
1.7.		¿Es coste efectivo invertir en prevención?	50

CUADRO RESUMEN
BIBLIOGRAFÍA

2.		Buenas prácticas para el diseño y la evaluación de los programas de prevención de drogodependencias	
2.1.		La planificación y el diseño de planes y programas de prevención.	59
	2.1.1.	El proceso de planificación.	
	2.1.2.	El diseño de un plan.	
	2.1.3.	EL diseño de un programa y su aplicación.	
	2.1.3.1.	Análisis de un programa (modelo causal).	
	2.1.3.2.	Elementos que definen un programa.	
	2.1.3.2.1	Estimación de necesidades y de la percepción de la población.	
	2.1.3.2.2	Definición de la población objeto del programa.	
	2.1.3.2.3	Definición de los objetivos.	
	2.1.3.2.4	Método.	
	2.1.3.2.5	Actividades.	
	2.1.3.2.6	Cronograma y plan de implantación del programa.	
2.2.		Evaluación.	82
	2.2.1.	Conceptos metodológicos.	
	2.2.2.	Distintos tipos de evaluación.	
	2.2.2.1.	Evaluación de cobertura.	
	2.2.2.2.	Evaluación de proceso.	
	2.2.2.3.	Evaluación de resultados.	
	2.2.2.4.	Indicadores de evaluación de los programas de prevención.	
	2.2.2.4.1.	Indicadores generales de situación del área de prevención en la CARM.	
	2.2.2.4.2.	Indicadores en función de cada tipo de programa.	
	2.2.2.4.3.	Indicadores de resultados.	
2.3.		Resumen de los criterios más relevantes para diseñar, ajustar e implantar un programa de prevención y su evaluación.	97
2.4.		Consideración de la evidencia disponible.	98

BIBLIOGRAFÍA

3.	El ámbito comunitario.		
3.1.		Marco conceptual.	105
3.2.		¿En qué consiste la prevención comunitaria?	107
3.3.		¿Qué es un programa comunitario para la prevención del uso de drogas y problemas asociados?	108
3.4.		¿A qué factores de riesgo debe responder un programa de prevención comunitaria?	109
3.5.		¿Qué tipos de programas comunitarios son necesarios y efectivos?	112
3.6.		¿En qué espacios se desarrolla la prevención comunitaria?	115
3.7.		Variables en las que intervienen los modelos utilizados en prevención comunitaria: indicadores que permiten trabajar y medir.	115
3.8.		¿Cómo puede una comunidad desarrollar un plan preventivo con bases científicas?	118
3.9.		Guía de buena práctica de los programas comunitarios:	118
	3.9.1.	¿Cómo puede una comunidad local aplicar los principios de la prevención a la planificación de un plan de intervención?	
	3.9.2.	Finalidad dentro del Plan Regional sobre Drogas de Murcia.	
	3.9.3.	Niveles preventivos desde los que se pueden trabajar los programas y las actuaciones en el ámbito comunitario.	
	3.9.4.	Población participante.	
	3.9.5.	Objetivos generales.	



3.9.6.		Contenidos del programa:
	3.9.6.1.	Pasos iniciales para desarrollar un programa comunitario con base en la evidencia de efectividad.
	3.9.6.2.	Definición de los objetivos específicos.
	3.9.6.3.	Definición de los objetivos operacionales.
	3.9.6.4.	Métodos.
3.9.7.	3.9.6.5.	Actividades.
		Evaluación:
	3.9.7.1.	Evaluación de cobertura.
	3.9.7.2.	Evaluación de proceso.
	3.9.7.3.	Evaluación de resultados.

CUADRO RESUMEN
BIBLIOGRAFÍA

4.	Ámbito educativo.		
4.1.		Marco conceptual.	141
4.2.		¿En qué consiste la educación sobre drogas?	143
4.3.		¿Qué es un programa educativo para la prevención del uso de drogas y problemas asociados?	143
4.4.		¿A qué factores de riesgo debe responder un programa educativo?	143
4.5.		¿Qué programas educativos son efectivos?	146
4.6.		¿En qué espacios puede desarrollarse la educación sobre drogas?	152
4.7.		Variables en las que intervienen los programas educativos: indicadores que permiten trabajar y medir.	152
4.8.		Guía de buena práctica de los programas educativos para la prevención de los problemas relacionados con las drogas.	155
	4.8.1.	¿Cómo puede un centro incluir un programa de educación sobre drogas en el marco de su proyecto educativo?	
	4.8.2.	¿Qué factores facilitan la implantación de un programa de calidad?	
	4.8.3.	Finalidad dentro del Plan de Drogas de Murcia.	
	4.8.4.	Niveles preventivos desde los que se pueden desarrollar programas en el ámbito escolar.	
	4.8.5.	Población participante.	
	4.8.6.	Objetivos generales.	
	4.8.7.	Contenidos del programa.	
		4.8.7.1.	Pasos iniciales para desarrollar un programa comunitario con base en la evidencia de efectividad.
		4.8.7.2.	Definición de los objetivos específicos.



	4.8.7.3.	Definición de objetivos operacionales.
	4.8.7.4.	Métodos y contenidos del programa: dimensión curricular.
4.8.8.		Cronograma.
4.8.9.		Evaluación.
	4.8.9.1.	De proceso.
	4.8.9.2.	De resultados.

CUADRO RESUMEN
PUBLICACIONES DE APOYO
BIBLIOGRAFÍA
ANEXO 1

5.		Ámbito familiar.	
5.1.		¿Qué entendemos por familia?	185
5.2.		Marco conceptual.	186
5.3.		¿En qué consiste la prevención familiar?	189
5.4.		¿A qué factores de riesgo debe responder un programa de prevención familiar?	189
5.5.		¿Qué tipos de programas familiares son efectivos?	191
	5.5.1.	En relación a los contenidos.	
	5.5.2.	En relación a los métodos.	
5.6.		¿En qué espacios se desarrolla la prevención familiar?	193
5.7.		Variables en las que intervienen los modelos utilizados en prevención familiar: indicadores que permiten trabajar y medir.	193
5.8.		Guía de buena práctica de los programas familiares.	194
	5.8.1.	Finalidad dentro del Plan de Drogas de Murcia.	
	5.8.2.	Niveles preventivos desde los que se pueden trabajar los programas.	
	5.8.3.	Población participante.	
	5.8.4.	Objetivos generales.	
	5.8.5.	Contenidos del programa.	
		5.8.5.1.	Pasos iniciales para desarrollar un programa comunitario con base en la evidencia de efectividad.
		5.8.5.2.	Definición de los objetivos específicos.
		5.8.5.3.	Definición de objetivos operacionales.
		5.8.5.4.	Métodos y contenidos.
	5.8.6.		Cronograma.
	5.8.7.		Evaluación.
		5.8.7.1.	De proceso.
		5.8.7.2.	De resultados.

CUADRO RESUMEN
PUBLICACIONES DE APOYO
BIBLIOGRAFÍA

6.		Ámbito laboral.	
6.1.		Marco conceptual.	220
6.2.		¿En qué consiste la prevención laboral?	222
6.3.		¿A qué factores de riesgo debe responder un programa de prevención desarrollado en el ámbito laboral?	222
6.4.	6.4.1. 6.4.2.	¿Qué tipos de programas laborales son efectivos? En relación a los contenidos. En relación a los métodos.	223
6.5.		¿En qué espacios se desarrolla la prevención laboral?	225
6.6.		Variables en las que intervienen los modelos utilizados en prevención laboral: indicadores que permiten trabajar y medir.	225
6.7.	6.7.1 6.7.2. 6.7.3. 6.7.4. 6.7.5. 6.7.5.1. 6.7.5.2. 6.7.5.3. 6.7.5.4.	Guía de buena práctica de los programas laborales. Finalidad dentro del Plan de Drogas de Murcia. Niveles preventivos desde los que se pueden trabajar los programas. Población participante. Objetivos generales. Contenidos del programa. Pasos iniciales para desarrollar un programa en el ámbito laboral con base en la evidencia de efectividad. Definición de los objetivos específicos. Definición de objetivos operacionales. Métodos y contenidos.	226
6.8.		Cronograma.	238
6.9.	6.9.1. 6.9.2.	Evaluación. De proceso. De resultados.	238

7.		Ámbito ocio y tiempo libre.	
7.1.		Marco conceptual.	249
7.2.		¿En qué consiste la prevención en el ámbito del ocio y del tiempo libre?	251
7.3.		¿A qué factores de riesgo debe responder un programa de ocio y tiempo libre?	252
7.4.		¿Qué elementos debe incluir un programa realizado en contextos de educación no formal y de ocio - tiempo libre para aspirar a obtener objetivos preventivos?	253
	7.4.1.	En relación a los contenidos.	
	7.4.2.	En relación a los métodos.	
7.5.		Variables en las que intervienen los modelos utilizados en prevención en contextos de ocio y tiempo libre: indicadores que permiten trabajar y medir.	256
7.6.		Guía de buena práctica de los programas preventivos realizados en el ámbito del ocio y del tiempo libre.	257
	7.6.1.	Finalidad dentro del Plan de Drogas de Murcia.	
	7.6.2.	Niveles preventivos desde los que se pueden trabajar los programas.	
	7.6.3.	Población participante.	
	7.6.4.	Objetivos generales.	
	7.6.5.	Contenidos del programa.	
		7.6.5.1.	Consideraciones iniciales.
		7.6.5.2.	Definición de los objetivos específicos.
		7.6.5.3.	Definición de objetivos operacionales.
		7.6.5.4.	Métodos y contenidos.
	7.6.6.	Cronograma.	
	7.6.7.	Evaluación.	
		7.6.7.1.	De proceso.
		7.6.7.2.	De resultados.
		CUADRO RESUMEN	
		BIBLIOGRAFÍA	

8.	Formación de mediadores.		
8.1.		Modalidades de formación en prevención del uso de drogas y problemas asociados.	277
8.2.		¿En qué consiste la mediación en prevención y quienes pueden desarrollarla?	278
8.3.		Marco de Actuación.	278
8.4.		Finalidad de la formación de mediadores en prevención del consumo de drogas y problemas asociados.	279
8.5.		Características y contenidos básicos de la formación de grupos mediadores en prevención del uso de drogas y problemas asociados.	279
	8.5.1.	Contenidos troncales básicos y método de trabajo.	
	8.5.2.	Contenidos específicos para cada grupo mediador.	
		8.5.2.1. Formación de profesionales del ámbito educativo.	
		8.5.2.2. Formación de profesionales y voluntarios del ámbito comunitario.	
		8.5.2.3. Formación de agentes sociales del ámbito laboral.	
		8.5.2.4. Formación de profesionales que trabajan en el sector del ocio nocturno.	
		8.5.2.5. Formación familiar.	
8.6.		Actuaciones complementarias para promover la implicación y la capacitación de mediadores.	283



Presentación



Desde el Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la prevención de las drogodependencias se ve como una alternativa a una parte del conjunto de soluciones existente en esta materia. Entre las muchas aportaciones de dicho Plan, una de las más significativas es haber dado a la prevención una amplia prioridad sobre otras actuaciones que se desarrollan en drogodependencias.

El abordaje preventivo que se hace en esta Guía desde los distintos ámbitos de intervención: comunitario, educativo, familiar, de ocio y tiempo libre, laboral, etc., y siguiendo las directrices del Plan Regional sobre drogas, se plantea como un elemento más del contexto comunitario. Por ello, desde el punto de vista operativo, se pone el énfasis en la coordinación, la formación de personas mediadoras en cada ámbito de intervención, el desarrollo, difusión y seguimiento del cumplimiento normativo, la promoción de sinergias entre los distintos ámbitos y la atención para evitar duplicidades... Lo cual quiere decir que, para su desarrollo, se tiene que tener en cuenta la situación y los recursos de cada comunidad local en su conjunto.

En este complejo entorno económico, social, familiar y personal, la planificación comunitaria va a pretender modificar aquellos factores que limitan las capacidades de las personas para adoptar estilos de vida lo más críticos y libres posibles de las presiones a consumir alcohol, tabaco y otras drogas.

La cultura del consumo de drogas como el alcohol y el tabaco está totalmente normalizada en España y, el consumo de alcohol y otras drogas ilegales entre los grupos más jóvenes, se asocia, cada vez más, al disfrute del tiempo de ocio y a la diversión.

Socialmente, las bebidas alcohólicas y el tabaco no suelen ser todavía consideradas como drogas y, sólo desde hace pocos años, se está empezando a reconocer que su consumo genera graves problemas sociales, de mortalidad prematura o de incremento de la discapacidad debida a accidentes de tráfico y laborales. También es reciente, la identificación de las consecuencias del consumo de alcohol y tabaco como factores generadores de una inversión importante de los recursos socio-sanitarios, que afecta a los presupuestos tanto de las Comunidades Autónomas como del Estado español (incremento de los gastos en consultas médicas, en servicios sanitarios de urgencias, hospitalizaciones, y en servicios y prestaciones sociales).

La falta de sensibilidad social para valorar las dimensiones epidémicas del abuso de las bebidas alcohólicas y del tabaquismo entre la población adulta, se mimetiza y amplía, al consumo de otras drogas por las generaciones más jóvenes.

Para poder responder adecuadamente al reto que los técnicos en esta materia tenéis por delante, debéis disponer de suficientes recursos teóricos y técnicos para lograrlo. Por ello, esta Guía nace con vocación de ayudar en la planificación de la prevención en los diferentes niveles de intervención, para proporcionar recursos metodológicos y promover iniciativas basadas en la evidencia de efectividad, proporcionadas desde el ámbito científico.

Hoy se sabe que en el campo de las drogodependencias es necesario elaborar los programas preventivos basados en una adecuada base teórica que, a su vez, tenga un efectivo apoyo empírico. Sin embargo, lograrlo entraña dificultades y, aunque se ha avanzado mucho en los últimos años en el campo de la prevención, todavía queda camino por recorrer para llegar al nivel de efectividad que a todos nos gustaría.

Diversos estudios disponibles en el campo de la prevención del uso de drogas y los problemas asociados, que en esta Guía se han tenido rigurosamente en cuenta, señalan el enorme potencial de los programas de prevención de probada eficacia para: obtener altos niveles de adherencia a los distintos componentes del programa; mejorar la comunicación y el conocimiento mutuo entre los distintos actores comunitarios; mejorar los niveles de cumplimiento legal por parte de sectores comunitarios clave; conseguir cambios de actitudes frente al uso de drogas y los problemas asociados; así como

frente a las estrategias de protección y control para regular los mercados y los usos de las drogas, desmitificar creencias erróneas, reducir factores de riesgo, incrementar las posibilidades de obtener los cambios conductuales y de estilos de vida previstos entre las personas participantes, etc.

En los próximos años, no hay duda de que se va a dar un gran empuje a la unión entre programas preventivos y bases teóricas para sustentar sus componentes, que permitan valorar la eficacia de los mismos, y posibilite el abandono de aquellos que no tienen suficiente calidad y, por ende, que no nos lleven a lo que realmente nos interesa: que disminuyan las prevalencias de consumo de drogas, que se retrasen las edades de inicio o disminuyan los riesgos asociados al uso.

La **Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Región de Murcia**, muestra cómo la ciencia de la prevención puede avanzar gracias a los postulados teóricos basados en la evidencia de efectividad y aporta recursos teóricos y técnicos para lograrlo.

Murcia, a 9 de noviembre de 2010.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juan Manuel Ruiz Ros', with a long horizontal stroke extending to the left.

Fdo.: Juan Manuel Ruiz Ros
Director General de Atención al Ciudadano,
Drogodependencias y Consumo



Introducción



Esta Guía está dirigida a todos los técnicos que, con su esfuerzo y dedicación, se afanan por desarrollar los programas de prevención de drogodependencias en la Región de Murcia, pertenecientes a los diferentes niveles de gestión: autonómica, local, entidades sin ánimo de lucro, así como a otras instituciones públicas y privadas implicadas. A todos ellos, desde aquí, queremos reconocerles el trabajo bien hecho y el apoyo a las iniciativas preventivas. Su elaboración surgió por la necesidad, recogida en el Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM), de desarrollar un catálogo de programas de prevención de drogodependencias basado en la evidencia de efectividad, que sirviese de apoyo y ejemplo a los planes y programas de prevención de drogodependencias y ofreciese criterios de calidad para priorizar las actuaciones a la hora de financiarlas.

En 2007 se evaluó el Área de Prevención del Plan Regional sobre Drogas, como punto de partida para la elaboración del Plan 2007-2010, detectándose necesidades relacionadas con la unificación de criterios, la formación de los técnicos, la coordinación de actuaciones y la disposición de herramientas de apoyo a la planificación de programas preventivos, entre otras. Esta edición responde a la creciente preocupación de la Consejería de Sanidad y Consumo de la CARM por garantizar la calidad de las intervenciones preventivas, así como a la necesidad de conocer los resultados de la prevención y ordenar las cuestiones relativas al establecimiento de prioridades, la toma de decisiones, el diseño metodológico, el establecimiento de objetivos, la asignación de indicadores de evaluación y la obtención de resultados.

En su elaboración, y como punto de partida, se abordaron dos niveles de trabajo:

- Análisis de los ámbitos de intervención en los que actualmente se están desarrollando programas y actuaciones de prevención de drogodependencias en la Región de Murcia.

- Revisión de la base en la evidencia científica de efectividad, de acuerdo a la investigación disponible, para cada ámbito de la intervención preventiva. A su vez, este nivel del trabajo abarca:
 - a. Revisión bibliográfica exhaustiva (nacional e internacional) sobre la investigación y los informes publicados en la literatura científica sobre prevención, así como sobre aquellos documentos no publicados pero disponibles en formato de literatura gris.

- b. Revisión bibliográfica exhaustiva (nacional e internacional) sobre recursos de planificación en prevención.

Para dichas revisiones se realizó una búsqueda bibliográfica teniendo en cuenta no sólo los repertorios documentales estándares, sino también las posibles fuentes de material documental de instituciones o centros de referencia que han estudiado este tema.

Inicialmente, se realizó una búsqueda informatizada mediante un sistema de tele-documentación y por CD-ROM en las bases de datos bibliográficos MEDLINE, Índice Médico Español (IME), e ISBN (libros españoles en venta, Agencia Española del ISBN) de todo el material bibliográfico indexado desde inicios de los años 80 hasta la actualidad.

Una vez realizado el barrido bibliográfico, se elaboró el borrador del manual, que fue enviado a un grupo seleccionado de técnicos que trabajan en prevención de la CARM, para su adaptación regional.

La finalidad, con la que se ha llevado a cabo este arduo trabajo, ha sido proporcionar una herramienta útil, adaptada a las características y necesidades del Plan Regional sobre Drogas y de la CARM, que apoye el uso de elementos de probada eficacia científica en la prevención de drogodependencias regional.

La Guía de buenas prácticas y calidad se ha elaborado diferenciando ocho capítulos que describen los contenidos propios de cada materia incluida de manera didáctica, en forma de programa, recogiendo ejemplos reales basados en la evidencia de efectividad.

Empezamos con dos primeros capítulos introductorios dedicados a temas generales como son los conceptos básicos con base en la evidencia de efectividad y la metodología de la planificación para alcanzar buenas prácticas en el diseño y evaluación de los programas de prevención. El Capítulo 3, presenta el Ámbito Comunitario como una estrategia de intervención en la cual, la prevención deja de ser una intervención fragmentaria (desarrollada en compartimentos estanco) para constituirse en un todo unitario que incorpora a su desarrollo las

posibilidades de trabajo desde cada uno de los ámbitos de intervención. Esto significa que el abordaje que se hace desde los distintos ámbitos (educativo, familiar, de ocio y tiempo libre, laboral, de los medios de comunicación, etc.) se concibe como un elemento más del contexto comunitario, para conseguir una intervención coherente, eficaz y eficiente; capaz de promover las capacidades de la comunidad para identificar y minimizar los factores de riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con las drogodependencias, y promover el impulso de factores de protección.

Los cuatro siguientes capítulos abarcan los ámbitos educativos, familiar, ocio y tiempo libre, y laboral, como básicos en toda prevención. Estos Capítulos 4, 5, 6 y 7 describen los ámbitos principales de intervención en la prevención de las drogodependencias, como si de un programa se tratase. Así, parten del Marco Conceptual para responder en todos ellos a las siguientes cuestiones:

¿En qué consiste cada ámbito de intervención?

¿Qué es un programa... (educativo, familiar, laboral, de ocio)?

¿A qué factores de riesgo debe responder un programa según cada ámbito?

¿Qué programas, en cada ámbito, son efectivos?

¿En qué espacios pueden desarrollarse?

Continúan con: 1) las variables que intervienen en los programas, planteadas como los indicadores que permiten trabajar y medir. 2) Un apartado denominado Guía de buena práctica de los programas educativos, familiar, de ocio y tiempo libre, laboral, para la prevención de los problemas relacionados con las drogas. 3) Finalidad dentro del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Niveles preventivos desde los que se pueden trabajar los programas. 4) Población participante. 5) Objetivos. 6) Métodos y Contenidos de los programas. 7) Cronograma y 8) Evaluación. Además de un Cuadro Resumen de cada capítulo, y la Bibliografía de apoyo y general.

El último, el Capítulo 8, está dedicado a la Formación de Mediadores, como un apartado transversal a todos los ámbitos, porque la calidad de la aplicación de los programas preventivos depende, en gran medida, de la capacitación específica en prevención de personas que, en su mayoría, son profesionales no especializados en prevención de drogodependencias pertenecientes a otros ámbitos de la actividad social en los que ejercen su trabajo (la comunidad, la escuela, los recursos sociales, el sistema judicial, servicios de salud, los medios de comunicación, la seguridad vial, la seguridad ciudadana, el sector del ocio y el tiempo libre, el comercio, el medio laboral, etc.). Por ello, se incluyen las características y contenidos básicos de la formación de grupos mediadores en prevención de drogodependencias, prestando atención tanto a ello, como a los métodos de la oferta formativa.

Con todo este compendio científico se aporta, de forma práctica aunque no sencilla, respuestas fiables y efectivas a los problemas relacionados con la prevención de las drogodependencias. Esperamos que esta Guía sirva de apoyo cuando se elaboren los programas futuros de prevención de drogodependencias.

Murcia, a 9 de noviembre de 2010



Fdo.: Juan Jiménez Roset
Coordinador Técnico Regional de
Drogodependencias



Capítulo

III

no

Prevención de drogodependencias y de los problemas asociados al uso de drogas: conceptos básicos y base en la evidencia de efectividad.

Prevención de drogodependencias y de los problemas asociados al uso de drogas: conceptos básicos y base en la evidencia de efectividad



1.1. ¿Qué es la prevención de drogodependencias y de los problemas asociados al uso de drogas?

En el ámbito de las drogas y los problemas relacionados con su uso, la prevención puede definirse como la acción y el efecto de las estrategias, programas e intervenciones diseñados con el objetivo de cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales que promueven el uso de drogas - tanto legales como ilegales- así como los problemas y daños relacionados con dicho uso que se experimentan, ya sea en el ámbito individual, familiar, escolar, comunitario, etc.

Esta meta general incluye, como se verá con más detalle en el siguiente apartado:

- Evitar o retrasar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas.
- Evitar la progresión hacia un uso frecuente o regular.
- Evitar o minimizar los riesgos asociados al consumo.
- Prevenir o reducir los daños derivados del consumo de drogas.

1.2. ¿Cuáles son los objetivos de la prevención?

1.2.1. Finalidad

La meta final a la que de forma específica debe responder cualquier estrategia, programa o actividad de prevención relacionada con las drogas es reducir la morbilidad y la mortalidad evitables derivadas del uso de sustancias psicoactivas, es decir, debe reducir el grado del daño y sufrimiento relacionado con las drogas, ya sean legales o ilegales. Y cuando se habla de daño hay que considerar:

- El daño sufrido por las personas consumidoras.
- El daño sufrido por las personas no consumidoras.
- El daño inmediato.
- El daño aplazado (considerado a medio o largo plazo).

1.2.2. Objetivos generales

Los objetivos generales de cualquier programa o actuación en el ámbito preventivo pueden ser de carácter final o de carácter intermedio.

1.2.2.1. Objetivos finales

Para conseguir la finalidad última de la prevención, los programas y actuaciones preventivos deben ser capaces de:

- Reducir el consumo de drogas, es decir, disminuir de forma significativa la prevalencia global del uso de drogas.
- Retrasar la edad media de inicio al consumo de cada sustancia psicoactiva.
- Reducir las conductas de riesgo en relación al uso de drogas.
- Reducir los problemas relacionados con el uso de drogas (riesgo, daño y sufrimiento evitables).

1.2.2.2. Objetivos intermedios

Los objetivos generales intermedios de la prevención corresponden a las modificaciones que se espera producir en los factores de riesgo o de protección relacionados con el uso de drogas y los problemas relacionados con el consumo de estas sustancias.

Operacionalmente vienen dados por las modificaciones previstas sobre las variables dependientes de las intervenciones. Algunos ejemplos de dichas variables son:

- Incremento de la percepción del riesgo asociado al uso de drogas.
- Incremento de la capacidad para tomar decisiones independientes ante las presiones al consumo.



- Modificación de mitos relacionados con el uso de las diversas sustancias psicoactivas.
- Medidas de regulación del mercado, como la disminución de la accesibilidad y la disponibilidad.
- Supresión de las estrategias de promoción.
- Variables familiares como: aspectos de gestión familiar, cantidad de paga semanal que adjudica la familia a un/a adolescente para gastos personales, etc.

Su vinculación a los objetivos finales viene dada por el marco teórico en el que se base cada intervención y por la evidencia acumulada mediante la investigación disponible, de manera que se espera que el logro de los objetivos intermedios contribuya de manera significativa a la consecución de los objetivos finales.

1.3. ¿Qué son los factores de riesgo y protección?

Los avances en prevención – tales como el consenso en los objetivos, la posibilidad de definir objetivos evaluables y la identificación de programas con evidencia de efectividad – han sido posibles gracias a dos factores clave:

- Por un lado, a las crecientes aportaciones sobre evidencia aportadas por la investigación relevante en prevención.
- Por otro, al acopio de una importante experiencia profesional.

Así, gracias a la investigación, en las últimas tres décadas se han producido sensibles avances en el conocimiento de los factores que intervienen en el inicio y se hallan asociados al mantenimiento del uso de drogas o al desarrollo de problemas relacionados con dicho uso. Las bases de este progreso se hallan en el análisis conjunto de los resultados proporcionados por:

- Estudios epidemiológicos (longitudinales y transversales).
- Estudios sociales prospectivos.
- Experimentos en neurociencias y diseños experimentales para evaluar tanto el impacto de las políticas preventivas, como la efectividad de las distintas estrategias, programas y actuaciones cuya finalidad es producir cambios en la incidencia y en la prevalencia del uso de drogas.

Estos estudios han permitido, igualmente, identificar factores cuyo control o modificación contribuye a una disminución significativa de los problemas relacionados con las drogas y, por tanto, a elaborar un modelo de análisis y de intervención centrado en los factores de riesgo y de protección (Hawkins et al., 1992; Kandel, 1996; Botvin et al., 1998; Petraitis et al., 1998; Calafat Far, Fernández Gómez & Juan Jerez, 2001; Catalano et al., 2002; Wright & Pemberton, 2004; Moral Jiménez et al., 2005; Piko et al., 2005; Calafat Far, 2007).

Por todo ello, en este marco los objetivos intermedios de la prevención se centran en cambiar el balance entre factores de riesgo y protección (variables intermedias) de forma que los factores de protección puedan llegar a contrarrestar de forma efectiva el peso de los factores de riesgo.

Además, como ya se ha apuntado anteriormente, las estrategias y los programas preventivos deben iniciarse de forma temprana en el proceso evolutivo de desarrollo



de las personas, antes de que se manifiesten conductas problemáticas (NIDA, 2003), teniendo en cuenta que:

- El impacto potencial de factores específicos de riesgo o protección, varía con la edad de las personas.
- La intervención temprana para reducir los factores de riesgo tiene, en general, mayor impacto que actuaciones más tardías.

Se presenta a continuación una síntesis de los principales factores de riesgo y protección identificados en los últimos años (Becoña Iglesias, 2002a; NIDA, 2003; Alonso et al., 2004) sobre los que existe consenso en base a la investigación antes citada.

1.3.1. Factores de riesgo

En el ámbito de la salud en general, se definen los factores de riesgo como aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para desarrollar un problema relacionado con la salud.

Referidos al consumo de drogas, son aquellas condiciones individuales, sociales o ambientales que se presentan asociadas al consumo o al desarrollo de problemas relacionados con el consumo.

Es importante enfatizar que no se trata de factores causales, sino de factores que incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causar problemas importantes. Este es un aspecto clave, dado que la “causa” hace referencia a explicaciones deterministas y lineales: una causa produce necesariamente el efecto correspondiente. En cambio, la “asociación” de un factor al desarrollo de problemas, implica la constatación de una dinámica donde el peso potencial de un factor puede reforzarse o compensarse por otros y, por tanto, el efecto del conjunto.

La investigación ha identificado numerosos factores de riesgo que pueden agruparse de la siguiente forma:

A

A- Factores de riesgo del entorno social general

El entorno social ejerce una gran influencia sobre la conducta individual de las personas en muchos aspectos de la vida y, entre ellos, sobre el consumo de drogas en particular. Como parte de ese entorno social, la comunidad es especialmente importante debido a su proximidad a las personas y a la intensidad de las relaciones que se establecen entre ellas. Por este motivo los factores más vinculados a la comunidad son de gran relevancia a la hora de explicar el consumo de drogas.



FACTORES DE RIESGO DEL ENTORNO SOCIAL GENERAL

Entre ellos cabe citar:

- La elevada disponibilidad y accesibilidad de drogas.
- Las presiones dirigidas a promover el consumo de drogas.
- La extrema pobreza y la falta de oportunidades.
- El desarraigo cultural y social.
- La falta de recursos y equipamientos sociales.
- La falta de alternativas de empleo del tiempo libre.
- Una alta disponibilidad de dinero para gastos personales entre la población adolescente y joven.
- Las actitudes sociales tolerantes hacia el consumo de drogas.
- Incluso la planificación urbanística y de transportes públicos.

También tienen influencia otros factores sociales de carácter más general como son:

- Las políticas económicas.
 - El consumismo.
 - El sistema colectivo de valores.
 - Las actitudes discriminatorias hacia determinados grupos sociales.
 - Las políticas de empleo.
 - Etc.
-

B

B- Factores de riesgo escolares

Uno de los principales predictores del consumo de sustancias psicoactivas es el fracaso escolar. Aunque este abandono temprano del interés por los estudios, está influido en gran medida por las experiencias personales durante la primera infancia, que podemos ubicar dentro del ámbito familiar, es durante los años de educación infantil o preescolar, cuando algunos factores relacionados con la escuela pueden exacerbar problemas y disposiciones preexistentes.

C

C- Factores de riesgo familiares

La familia constituye un ámbito de aprendizaje y socialización de primer orden, por lo que tiene una influencia crucial en el desarrollo de todo tipo de conductas, incluido el consumo de drogas.

Entre los factores relacionados con el ambiente familiar que se han asociado a una mayor probabilidad de consumo de drogas encontramos:



FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

Entre ellos cabe citar:

- Un ambiente familiar caótico y desestructurado y, en especial, cuando las personas adultas de la familia (padre, madre, ambos, u otros allegados) consumen drogas o sufren algún trastorno mental.
- Deficiente educación normativa: un estilo de gestión familiar contradictorio e ineficaz, donde las normas no están claras, o no se aplican de forma coherente ni dentro de un marco de diálogo y escucha.
- Inexistencia de lazos afectivos fuertes entre padres e hijos.
- Percepción de permisividad y aprobación parental/familiar respecto al uso de drogas: falta de control y cuidado, consumo de drogas en el ambiente familiar o actitudes tolerantes de los padres hacia el consumo de estas sustancias.
- Baja cohesión familiar.
- Conflictos entre los padres, clima afectivo inestable, inseguro y/o inadecuado por algún otro problema.
- Falta de comunicación y apoyo entre las personas que integran la familia.

D

D- Factores de riesgo individuales

Algunos de los factores individuales de riesgo más importantes en relación al consumo de drogas pueden ser categorizados como variables incontrolables.

- En este sentido cabe citar la predisposición genética al consumo de alcohol.
- También la edad es un factor importante, ya que las personas son más vulnerables desde la pre-adolescencia a la juventud adulta.
- Y un comienzo temprano del consumo incrementa el riesgo de problemas relacionados con cada sustancia.

Independientemente de los factores de riesgo citados, las variables de carácter individual que más se han asociado a un incremento de la probabilidad de consumir drogas son:

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

- Factores de personalidad:

- Baja autoestima
- Elevada búsqueda de sensaciones.
- Baja asertividad.
- Elevada necesidad de aprobación social.
- Impulsividad.
- Extrema timidez.
- Etc.

- Factores conductuales:

- Insatisfacción con el empleo del tiempo libre
- Bajo rendimiento escolar.
- Falta de habilidades sociales.
- Conducta agresiva o delictiva.
- Sensación de fracaso.
- Etc.



- Factores cognitivos, actitudes y valores:

- Baja percepción del riesgo en relación al consumo de drogas.
- Actitudes positivas hacia las drogas.
- Falta de habilidades para tomar decisiones.
- Sobre-estimación de la prevalencia poblacional.
- Confusión en el sistema de valores.
- Creencias basadas en mitos.
- Percepción de aprobación del consumo en el entorno inmediato (familia, amistades, escuela, comunidad, etc).

- Etapas vitales de transición. Se ha observado que durante determinados periodos vitales de transición entre una etapa vital y otra, las personas se hallan en mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados con las drogas, así el riesgo se acentúa por ejemplo:

- A medida que la persona se acerca a la adolescencia.
- Cuando concluye el periodo de formación y debe enfrentarse a la vida laboral.
- Cuando debe enfrentarse a retos difíciles, como por ejemplo el paro.
- O en el momento de la jubilación.

E

E - Factores de riesgo relacionados con el grupo de iguales

Además de los factores anteriores, otras variables asociadas al consumo de drogas son las relaciones establecidas durante la adolescencia con iguales que consumen alcohol u otras drogas o que estén implicados en otras formas de conducta problemática.

Se ha constatado que esta posible influencia sigue siendo de gran importancia durante los primeros años de la edad adulta. Sin embargo, no todos los jóvenes son igualmente influenciados por la presión real o percibida de los iguales.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL GRUPO DE IGUALES

- Relacionarse con iguales que consumen alcohol u otras drogas o que estén implicados en otras formas de conducta problemática.
 - Parece que esta variable interacciona con otras de carácter individual, de manera que, los adolescentes más susceptibles de ser influidos por los iguales, pueden tener:
 - *Menor autoestima.*
 - *Estar menos dispuestos a obedecer a los adultos.*
 - *Menos interesados en las tareas escolares.*
 - *Menos pendientes de metas futuras.*
 - *Sentirse menos vinculados a las normas integradoras de carácter familiar, comunitario o religioso.*
- Es decir, parece que puede existir una influencia recíproca entre la persona y el grupo de referencia que cada persona elige para el desarrollo de sus lazos de amistad.

F

F - Factores de riesgo laborales

Algunos factores relacionados con la organización del trabajo, con el puesto de trabajo o con el ambiente laboral pueden incrementar la probabilidad de que una persona llegue a implicarse en el consumo de drogas o de que éste le cause problemas importantes. Entre ellos, cabe citar los siguientes:

FACTORES DE RIESGO LABORALES

- Factores relacionados con la organización del proceso productivo:

- Jornadas de trabajo demasiado prolongadas.
- Rotación horaria.
- Ritmos de trabajo demasiado intensos (estrés laboral).
- Sobrecarga de trabajo.
- Elevados niveles de tensión.
- Escasas posibilidades de promoción profesional.

- Factores relacionados con el puesto de trabajo y/o la tarea:

- Trabajos repetitivos y escasamente motivadores (cadenas de producción, etc.).
- Condiciones climatológicas adversas (demasiado frío o demasiado calor).
- Contaminación y toxicidad ambiental.
- Trabajos aislados sin contacto con compañeros o superiores.
- Traslados frecuentes de puestos de trabajo.
- Puestos de trabajo asociados a una mayor proximidad o disponibilidad de sustancias (camareros, personal sanitario, etc.).
- Cultura del puesto y/o profesión donde el consumo de drogas forma parte del rol (relaciones públicas, representantes, etc.).

- Factores relacionados con el ambiente laboral:

- Conflictividad laboral.
 - Inestabilidad laboral.
 - Ambiente de gran competitividad.
 - Presencia de consumidores en el centro de trabajo.
 - Presión de los compañeros de trabajo.
 - Tolerancia en el centro de trabajo hacia los consumos de ciertas drogas.
 - Accesibilidad a determinadas sustancias en el centro de trabajo.
-

1.3.2. Factores de protección

Aunque se ha investigado menos sobre los factores de protección, los estudios disponibles señalan que, pueden considerarse como tales, aquellas características individuales, ambientales o sociales que reducen la probabilidad de que una persona expuesta a factores de riesgo inicie o mantenga el consumo de una o varias drogas.

Esto explica por qué la mayoría de las personas expuestas a importantes factores de riesgo no acaban desarrollando problemas relacionados con las drogas (CSAP 1990; Hawkins et al., 1985; Smith et al., 1995; NIDA 1996; Glantz & Johnson, 1999; Catalano et al., 2002; NIDA, 2003).

Debe tenerse en cuenta que los factores de protección no son el valor opuesto a los factores de riesgo sobre una misma variable, sino que se trata de otros factores cuya presencia amortigua el impacto de los factores de riesgo y hace a la persona resistente y capaz de sortear los factores de riesgo a los que se ve expuesta.

Actualmente, uno de los principales retos de la investigación en prevención es identificar con mayor certeza cómo pueden promoverse estos factores de protección entre toda la población adolescente y, en especial, entre aquellos sectores de la misma más vulnerables, es decir, que se hallan expuestos a mayores factores de riesgo.

Entre los factores de protección, destacan los siguientes:

A

A - Factores de protección individuales

Se identifican como principales categorías de protección en el ámbito individual:

FACTORES DE PROTECCIÓN INDIVIDUALES

- Desarrollo evolutivo adecuado:

- Tanto en habilidades cognitivas como motrices, así como evolución y estabilidad emocional equilibradas.

- Temperamento positivo:

- Auto-valoración positiva, flexibilidad y capacidad de adaptación, percepción de auto-eficacia, autonomía, auto-disciplina, locus de control interno, y bajos niveles de autodefensa.

- Expectativas positivas:

- En relación al futuro y a la consecución de las propias metas (en lo personal, lo profesional, etc.), así como en relación al mantenimiento de la propia salud.

- Establecimiento de vínculos emocionales positivos con instancias pro-sociales:

- Familia, escuela, instituciones que promueven la implicación y las creencias en valores sociales de integración y respeto (como iglesias, organizaciones sociales o deportivas, etc.).

- Competencia social:

- Que incluye habilidades sociales y sensibilidad social, espíritu cooperativo, buenas habilidades de comunicación, sensibilidad, empatía, respeto y atención a las necesidades de las demás personas, sentido del humor, inclinación hacia la conducta prosocial, estrategias de resolución de problemas, buenos resultados escolares, e independencia y tolerancia hacia las demás personas y sus peculiaridades, así como tolerancia hacia situaciones sociales diversas.



- Interiorización normativa:

- En relación a las conductas, normas y leyes que regulan la convivencia social y el uso de drogas.

- Resiliencia o capacidad de una persona para desarrollarse positivamente y disfrutar de una vida normalizada y adaptada a pesar de haber estado expuesta a vivencias adversas o traumáticas durante su infancia:

- Esta capacidad personal le permite adaptarse sin que se manifiesten problemas personales o psicopatológicos durante la adolescencia o la etapa adulta y, más aún, le permite salir fortalecida de las experiencias adversas. En resumen, este concepto describe las capacidades de ajuste personal que permiten a una persona contrarrestar de forma significativamente exitosa las influencias negativas de muchos factores de riesgo (Luthar, Sawyer & Brown, 2006; Becoña Iglesias, 2007).

B

B - Factores de protección familiares

Quizás el factor de protección más importante relacionado con la familia es la vinculación emocional y afectiva positiva con el ámbito familiar, cuando la familia proporciona:

FACTORES DE PROTECCIÓN FAMILIARES

- El apoyo emocional incluye:

- Atención de los padres a los intereses de los hijos.
- Sensación de confianza.
- Afecto y apego mutuo.
- Transmisión de reconocimiento y confianza en las capacidades de los hijos, materializadas en que existan y se verbalicen estas expectativas positivas, reconocimiento y refuerzo de los logros, etc.).

- Un estilo de gestión familiar claro, consistente y respetuoso, que incluya:

- Relaciones ordenadas y estructuradas entre padres e hijos.
- Reglas de conducta claras que se aplican de forma coherente y consistente (control de horarios de vuelta a casa, racionalización y supervisión del dinero que la familia otorga como paga semanal, etc.).
- Capacidad paterno-filial de escucha de las necesidades percibidas.
- Expectativas y normas claras respecto a las responsabilidades de los hijos.
- Participación de los hijos en las tareas y eventos familiares (trabajos domésticos, promoción del apoyo y la cooperación entre hermanos, participación y promoción de actividades y relaciones con la familia extensa, etc.).

- Apoyo y promoción del aprendizaje:

- Implicación de los padres en los deberes escolares (interés por las actividades relacionadas en la escuela, contacto y coordinación con las tutorías y el profesorado, etc.).
- Implicación e interés por otras actividades de crecimiento personal (deportes, actividades artísticas, aficiones, etc.).



C

C - Factores de protección escolares

Los factores protectores relacionados con el ámbito escolar son similares a los familiares, y se centran en:

FACTORES DE PROTECCIÓN ESCOLARES

C- Factores de protección familiares.

- Cercanía familiar:

- Manifestada en el interés parental por las actividades lúdicas, los intereses vitales y las amistades de los hijos.

- Clima emocional estable en la familia:

- Evitando los conflictos de pareja, y si estos existen, evitando trasladarlos a los hijos.

- Promoción por parte de los centros educativos de vínculos emocionales positivos con el alumnado:

- Mediante la disponibilidad de cuidado y apoyo a las necesidades del alumnado por parte de la institución educativa.

- Consistencia normativa:

- Incluye tener reglas claras de conducta.
- Respeto explícito a las normas por la legislación vigente en relación a las drogas, tanto en las actitudes como en las conductas del profesorado y del centro.

- Clima escolar favorable:

- Centros que trabajan activamente para la promoción y la motivación del aprendizaje.
- Que manifiestan expectativas positivas en relación a las capacidades del alumnado.
- Que promueven la participación, implicación y responsabilidad de los jóvenes en las tareas y las decisiones escolares.

- Introducción en el marco curricular de contenidos de prevención de las drogodependencias:

- Los contenidos para la prevención de las drogodependencias son integrados en el marco general de la promoción y la educación para la salud, y están basados en los principios generales de educación en habilidades para la vida, desarrollada desde los principios metodológicos de la educación activa, interactiva y participativa.
- Los contenidos son sensibles a las etapas evolutivas del desarrollo vital, así como a las características socio-culturales del alumnado.

- Desarrollo de programas de prevención selectiva:

- En aquellos casos en los que el alumnado se halla expuesto a especiales factores de riesgo.

- Coordinación con las familias:

- Cuanto mayor es el grado de compromiso y motivación del centro educativo (política general del centro, tutorías, profesorado, etc.) para acercarse a las familias, más posibilidades hay de potenciar el papel protector del centro educativo.



D

D - Factores de protección relacionados con el grupo de iguales:

Considerando la importancia crucial que tiene el grupo de iguales durante la adolescencia, uno de los factores protectores más importantes es la implicación con grupos de iguales con actividades y normas positivas.

E

E - Factores de protección relacionados con el entorno comunitario inmediato

Incluyen los siguientes:

FACTORES DE PROTECCIÓN RELACIONADOS CON EL ENTORNO COMUNITARIO INMEDIATO.

- Un clima social respetuoso y favorable con las regulaciones normativas y legales relacionadas con el uso y la dispensación de drogas.
 - La disponibilidad de programas y recursos educativos, sanitarios y sociales de calidad.
 - Entornos seguros y libres de episodios de violencia, criminalidad o tráfico de drogas.
-

Para concluir este apartado, cabe señalar que los factores de riesgo se potencian unos a otros, es decir, cuantos más factores de riesgo confluyan, mayor será el riesgo resultante. Lo mismo ocurre con los factores de protección.

En la misma línea cabe decir que, si bien existe un importante número de factores de riesgo y protección con carácter troncal básico para el consumo de drogas, existen factores de riesgo diferentes para las distintas drogas, ya que algunas motivaciones y circunstancias para el consumo de unas u otras drogas pueden variar.

1.4. Marco conceptual: modelos teóricos de referencia

Cuando se plantea cualquier intervención preventiva es básico partir de un marco teórico de referencia. La ausencia de marcos teóricos en la base de muchos programas afecta al diseño de los mismos, porque si no se conocen los factores que subyacen al consumo de drogas, será complicado analizar la realidad, ya que no se sabrá qué aspectos de la misma hay que valorar, no se podrán establecer las necesidades y difícilmente se podrán determinar los aspectos sobre los que intervenir (Moncada, 1997; Becoña Iglesias, 1999). El hecho de que el Plan Regional Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia esté ubicado en la Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia, no es casual. El uso de drogas constituye un fenómeno que afecta a la salud de la población, en términos de mortalidad prematura, morbilidad, discapacidad y sufrimiento evitables. En este marco, se considera que la prevención del uso de drogas y problemas asociados, debe basarse en modelos de probada eficacia para promover la adopción de estilos de vida saludables en la población. Por ello, todas las actuaciones preventivas emprendidas en la Región de Murcia se sitúan dentro del marco conceptual proporcionado por los modelos de: Salud Pública, Promoción de la Salud, Reducción del Riesgo y los modelos Sociocognitivos o del Aprendizaje Social, entre otros.



En todos los casos se trata de planteamientos teóricos respaldados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ampliamente evaluados desde de la segunda mitad del s. XX hasta hoy, y con evidencia de efectividad para la prevención del uso de drogas y los problemas relacionados con dicho uso.

1.4.1. Modelo de Salud Pública

Actualmente la Salud Pública es una ciencia multidisciplinar centrada en prevenir, mediante la implementación de medidas políticas, la incidencia de la morbilidad y la mortalidad evitables entre la población, para asegurar un óptimo grado de salud física, mental, emocional y social en todo el territorio de la Región de Murcia. Para ello, tiene en cuenta la necesidad de incidir en las políticas sociales, económicas, medioambientales, educativas y culturales.

Este modelo surgió desde el ámbito médico a comienzos del s. XX, como derivación del modelo de prevención de enfermedades transmisibles que, a partir del s. XVIII, empezó a considerar la higiene y la salud como asuntos de estado y por consiguiente abordables mediante medidas políticas de protección, prevención y restauración.

Este enfoque adquirió creciente relevancia a partir de las necesidades surgidas de la revolución industrial del s. XIX, tanto en Europa como en los Estados Unidos. En este sentido son destacables las iniciativas legales impulsadas en Inglaterra por E. Chadwick, en zonas industriales urbanas en rápida expansión. Con esas medidas se logró reducir significativamente la mortalidad de la población trabajadora que, entre otros riesgos, estaba expuesta a notables condiciones de insalubridad laboral y doméstica.

Ya en el s. XX, Charles-Edward A. Winslow formuló, en 1920, una primera definición del modelo (Sigerist, 1956), y en 1948 la OMS, partiendo de la definición de Winslow, adoptó una definición de salud inspirada en el modelo de Salud Pública en su acta constituyente (OMS, 1946; Rosen, 1993).

A

A- Postulado básico del Modelo de Salud Pública

Este modelo considera que la salud humana se halla condicionada por las relaciones recíprocas entre tres factores: el huésped, el agente y el ambiente. Y en este marco, es responsabilidad de los poderes públicos velar, mediante la aplicación y el seguimiento de medidas políticas y legislativas, por la protección de la salud de la población. Así, la cobertura de los programas de Salud Pública debe ser universal.

B

B- Aplicación del Modelo de Reducción del Riesgo a la prevención del uso de drogas y problemas asociados

Inicialmente, en el marco de este modelo, se consideró como el agente a la sustancia psicoactiva; al huésped como la persona que consume drogas; y al ambiente como el contexto físico y social en el que se produce el consumo.

La extensa investigación epidemiológica acumulada durante el s. XX hizo que este esquema evolucionara hacia una visión más comprensiva del tema, incorporando la consideración de los distintos elementos sociales, económicos y cultura intervinientes.



Por ello, en la actualidad, el modelo considera:

- *Al agente*, como la sustancia psicoactiva más todos aquellos factores asociados a la misma (formas de empaquetado y presentación; símbolos, logotipos y marcas con las que se comercializa, información sanitaria contenida, etc.)
- *Al huésped*, como los grupos específicos de población, definidos por su exposición a potenciales factores de riesgo contextuales (grupo socioeconómico de pertenencia, origen cultural, género, edad, grado de acceso a servicios socio-sanitarios, etc.)
- *Al ambiente*, como los distintos contextos que influyen en el desarrollo de estilos de vida (contexto familiar, del grupo de amigos, barrio, comunidad local, contexto normativo social, y marco legal y económico en relación a las drogas: condiciones de venta, precios, regulaciones relacionadas con el uso, etc.). (CSAP, 1993; National Institutes of Health, 1998).

C

C- Base en la evidencia de efectividad

Con la aplicación de medidas legislativas, especialmente de regulación de los mercados de las bebidas alcohólicas y del tabaco (accesibilidad, disponibilidad, promoción, consumo en lugares públicos, etc.), el modelo de Salud Pública ha conseguido –en distintos países y contextos culturales– reducciones significativas, tanto de la prevalencia del consumo como de los graves problemas derivados del mismo: mortalidad, morbilidad y discapacidad directamente derivadas del uso de estas drogas legales (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2000; Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2002).

1.4.2. Modelo de Promoción de la Salud

Fue propuesto por Green y colaboradores a partir del marco conceptual desarrollado por la Salud Pública, al que se le añade el concepto de la existencia de unos procesos sociales y comunitarios que pueden favorecer el control de los individuos y de los grupos de población sobre las variables que condicionan su propia salud y, en consecuencia, sobre las políticas con impacto en la salud (Green, 1974; Green et al., 1980; Green & McAlister, 1984; Green, Wilson, Lovato, 1986; Green & Kreuter, 1991; Green, 1992; Green & Kreuter, 1999; Green & Kreuter, 2005).

Pocos años después de su formulación teórica fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud, siendo refrendado por los estados que integran la Asamblea Mundial de la Salud (WHO, 1984; WHO, 1986).

Los elementos diferenciales entre la Promoción de la Salud y los anteriores modelos de intervención en Salud Pública son principalmente dos. En primer lugar, este modelo es más holístico que sus precursores ya que incorpora la complejidad y el ejercicio de la democracia -mediante la participación- a la práctica de la Salud Pública. Y en base a ello, a continuación, pone el énfasis en una perspectiva de actuación no paternalista, sino favorecedora de las opciones personales y grupales. Este planteamiento introduce además, y por vez primera, la necesidad de la actuación intersectorial, la participación



y el desarrollo comunitario. Así, son las decisiones de los individuos las que conforman su situación de salud. Pero a su vez, estas decisiones se producen dentro de un rango de opciones que está establecido por las políticas públicas y por las intervenciones de la sociedad civil organizada.

Un elemento dentro del modelo de Promoción de la Salud es la Educación para la Salud. Se trata de un marco conceptual que ofrece la base de intervenciones diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y para desarrollar la motivación y las habilidades personales que la promueven. No se dirige solamente a los individuos, sino también a los grupos, organizaciones y a la comunidad en general. Es una herramienta que forma parte de las estrategias contempladas en la Promoción de la Salud.

La Educación para la Salud aborda, no sólo la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar cambios del estilo de vida destinados a mejorar la salud. Esta forma de educación incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la Educación para la Salud supone la comunicación de información y el desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud (OMS, 1999).

En el ámbito escolar, la Educación para la Salud pretende que el alumnado desarrolle hábitos y costumbres saludables, que los valore como uno de los aspectos básicos de la calidad de vida, y que rechace las pautas de comportamiento que no conducen a la adquisición de un bienestar físico y mental (OMS, 1999; Nieda, 1992).

A

A- Postulado básico del Modelo de Promoción de Salud

El modelo considera la salud como un recurso para vivir mejor y más plenamente, no como el objetivo de la vida. Desde este punto de partida, se toman en consideración los factores económicos, políticos, sociales y psicológicos que influyen y determinan el comportamiento humano de forma integral. En base a ello, se considera que los estilos de vida de los distintos grupos sociales pueden mejorar si se crean y/o se fomentan las condiciones necesarias para que las personas y los grupos poblacionales puedan incrementar el control -y mejorar- los factores que condicionan e influyen en su salud.

Y en este marco, se hace necesario considerar la participación de la comunidad como agente imprescindible para diseñar e implementar los programas. Así, el fomento de las condiciones preventivas desde el ámbito comunitario, requiere de una acción política a desarrollar en cinco áreas prioritarias: 1) establecer una política pública saludable; 2) crear entornos que apoyen la salud; 3) fortalecer la acción comunitaria para promover y proteger la salud; 4) desarrollar las habilidades personales para la adopción de estilos de vida saludables; y 5) reorientar los servicios sanitarios.

B

B- Aplicación del Modelo de Promoción de Salud a la prevención del uso de drogas y problemas asociados

Plantea que, para intervenir de forma preventiva en la mejora de situaciones complejas, como son los problemas relacionados con el uso de drogas, no es eficaz la aplicación de soluciones simplistas o mecanicistas, sino que se requiere el despliegue de acciones sociales multidimensionales, multisectoriales y multidisciplinarias de alcance comunitario.

Esta aproximación sitúa a la comunidad como elemento clave de la acción e implica la introducción de estrategias de participación y coordinación entre administraciones públicas y organizaciones sociales, redes, colectivos, y otros agentes que representan a la sociedad civil organizada.

En este marco, el modelo permite identificar y modificar los factores de carácter medio-ambiental (políticos, legislativos, económicos y sociales) que incrementan el riesgo de que en una comunidad se desarrollen problemas relacionados con las drogas, en la población general o en sub-grupos de la población general (abordables según género, edad, exposición global a factores de riesgo u otras variables socio-económicas y/o demográficas).

También permite identificar los factores que condicionan la prevalencia del consumo de cada droga, en cada sociedad y en cada momento histórico (tendencias a la reducción o al incremento). Según el modelo, dichos factores condicionantes se pueden agrupar en:

- *Factores de accesibilidad:* proliferación de puntos o redes de venta, situación, horarios, etc.
- *Factores de disponibilidad:* precios, espacios disponibles de consumo, edades mínimas de venta.
- *Factores promotores del uso de cada sustancia psicoactiva:* publicidad directa, publicidad indirecta, patrocinio y estrategias encubiertas de promoción.
- *Actitudes y creencias sobre las drogas y sus efectos:* variables en cada cultura y en cada momento histórico, cuya evolución depende estrechamente de los factores anteriores.
- *Características de cada sustancia para generar dependencia y/o problemas relacionados con su uso.*
- *Factores medio-ambientales:* con carácter general, están presentes en cada comunidad y pueden contribuir a promover o frenar el consumo de drogas.



C

C- Base en la evidencia de eficacia.

La evidencia de la eficacia del modelo de Promoción de Salud es extensa y se deriva del conjunto de resultados proporcionados por estudios epidemiológicos poblacionales (longitudinales y transversales), estudios sociales prospectivos, y diseños experimentales de la efectividad de intervenciones desarrolladas para promover cambios de estilos de vida y de actitudes.

A los resultados de estos estudios se añade la evaluación del impacto global de políticas basadas en los principios del modelo y desarrolladas en distintos países y contextos culturales a lo largo de las últimas décadas (WHO, 1984; Green y McAlister, 1984; WHO, 1986; Green, Wilson y Lovato, 1986; Green y Kreuter, 1991; Ministerio de Sanidad y Consumo [2000a]; Ministerio de Sanidad y Consumo [2000b]).

1.4.3. Modelo de Reducción del Riesgo

Las bases de este modelo se asientan en una propuesta previa: el Modelo de Reducción del Daño, cuya aplicación se generalizó desde finales de la década de los años 80 del s. XX, como instrumento para conseguir una reducción significativa de los graves daños causados por el uso de drogas en determinados contextos, en especial para frenar la expansión del VIH y otras enfermedades transmisibles en usuarios de drogas por vía parenteral.

Sus impulsores lo plantearon como una propuesta alternativa, desarrollada desde la Salud Pública y la Promoción de la Salud, a la política punitiva, moralista y sancionadora relacionada con el uso de drogas (Room, 1980; Rinaldi et al., 1988; Goodstadt, 1989; Jonas, 1991; Watson, 1991; Newcombe, 1992; Petosa, 1992; Reuter & Caulkins, 1995; Drucker, 1995; Leshner, 1997; Marlatt, 1998).

Con el incremento del consumo de drogas en contextos de ocio en los últimos años, este planteamiento ha evolucionado hacia una concepción que se extiende más allá del objetivo estricto de la reducción del daño y se plantea la reducción o minimización de los riesgos asociados al consumo.

A

A- Postulado básico del Modelo de Reducción del Riesgo

Parte de la consideración de que, por razones diversas, algunas personas quieren consumir drogas asumiendo los potenciales riesgos que dicho consumo pueda conllevar. Y ante este hecho hay que promover el desarrollo de estilos de vida y de conductas que contribuyan a que el consumo resulte lo más seguro y lo menos arriesgado posible, y no llegue a plantear daños irreversibles.

Propone, por tanto, una aproximación éticamente neutral al uso de drogas, así como de respeto, aceptación, apoyo y promoción de las capacidades personales de quienes consumen sustancias psicoactivas. Dicha aproximación no plantea como objetivo principal la abstinencia y se centra en la prevención, entendida como la minimización de los problemas relacionados con el uso de drogas. Reconoce que para conseguir dichos objetivos, juegan un papel clave las personas consumidoras.



B

B- Aplicación del Modelo de Reducción del Riesgo a la prevención del uso de drogas y problemas asociados

Como ya se ha señalado, desde sus comienzos se plantea como un modelo de intervención en el ámbito del uso de drogas y en este campo, hasta ahora, se ha utilizado para:

- La prevención de la infección por VIH relacionada con el uso de drogas y las prácticas sexuales de riesgo.
- La minimización de los riesgos asociados al uso de drogas legales, especialmente del alcohol; siendo ejemplos de ello los programas que promueven la práctica del “conductor designado”, la provisión de transporte público nocturno y alternativo al uso del vehículo privado, la formación preventiva de los responsables de locales de dispensación de bebidas alcohólicas, etc.
- La minimización del riesgo asociado al uso de drogas recreativas en contextos de ocio.

La finalidad del modelo es reducir las consecuencias negativas para la salud del uso de las drogas, independientemente del grado de severidad de las mismas.

Y este objetivo se debe alcanzar mediante la utilización de un enfoque multisectorial y multidisciplinario que:

- Priorice el bienestar de las personas que consumen drogas.
- Les ofrezca información objetiva sobre todo lo relacionado con las drogas y su uso.
- Promueva, a través de la educación y la provisión de recursos y servicios, el desarrollo de las capacidades personales de valoración, cambio de actitudes y toma de decisiones.
- Haga llegar las intervenciones preventivas allí donde las personas consumidoras se encuentran.
- Ofrezca servicios y recursos preventivos atractivos y de baja exigencia, adaptados a las características de la población beneficiaria.
- Ofrezca opciones preventivas en base a una jerarquización de riesgos.

C

C- Base en la evidencia de efectividad

Los resultados de la extensa investigación disponible, indican que la aplicación de este modelo, ha contribuido a mejorar la salud y disminuir la incapacitación, la morbilidad y la mortalidad prematuras, derivadas del uso de drogas. Todo ello, sin incrementar la prevalencia de uso de sustancias psicoactivas.

En especial desde la aparición del VIH/SIDA, este modelo ha demostrado la eficacia preventiva de incorporar la educación para el cambio de actitudes, conocimientos y conductas, relacionados con el uso de drogas y otras prácticas de riesgo asociadas (Lacoste, 1995; Fundación de Ciencias de la Salud, 1998; Alvarez-Requejo et al., 1999; Calafat, Fernández, Juan et al., 2003; Caudevilla, 2003; Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Dro-



gas, 2003; de la Fuente, Brugal, Domingo-Salvany et al., 2006; Ritter & Cameron, 2006).

También se ha mostrado efectivo en la reducción de accidentes de tráfico relacionados con el alcohol (Evans, Neville & Graham, 1991; Ferrara, Zancaner & Giorgetti, 1994; Jones & Lacey, 2000; Rodríguez-Martos Dauer & Torralba-Novella, 2002; Rodríguez-Martos Dauer et al., 2004; Rodríguez-Martos et al., 2005); así como en contextos de ocio (Valverde Gefaell, Pi González & Colom Farran, 2003; Ritter & Cameron, 2006).

1.4.4. Modelos socio-cognitivos

Aunque se han planteado muchas propuestas teóricas para explicar la conducta humana (modelos de base biológica, teorías psicológicas diversas, teorías sistémicas, modelos sociales, etc.), es el marco teórico socio-cognitivo el que mayor número de modelos e influencia ha tenido en la comprensión de los comportamientos relacionados con las drogodependencias.

Todos estos modelos han ido surgiendo a partir o en relación al modelo general sobre el aprendizaje social propuesto a mediados del s. XX (Miller & Dollard, 1941) y ampliamente desarrollado desde los años 60 (Bandura, 1963).

El modelo explica el comportamiento humano como el resultado de una interacción continua entre influencias de carácter cognitivo, comportamental y ambiental.

Enfatiza la importancia clave que, durante el desarrollo evolutivo de cada persona, tiene la observación de los comportamientos, las actitudes y las reacciones emocionales de otras personas relevantes en su entorno (Bandura, 1977; Bandura, 1986).

Este marco conceptual ha servido de base para comprender diversos desórdenes comportamentales (Bandura, 1973), así como su modificación (Bandura, 1969), aportando igualmente la base teórica para las técnicas de modelado, ampliamente utilizadas en contextos educativos, así como para el desarrollo del concepto de la auto-eficacia (Bandura, 1997).

A

A- Postulado básico de los Modelos socio-cognitivos

Los procesos que condicionan el aprendizaje humano son observacionales, e incluyen:

A- *Atención*: para distinguir, dar valor emocional, medir la complejidad, valorar la extensión, medir la funcionalidad y observar las características y el impacto de cualquier evento.

B- *Retención*: de la información observada, incluyendo códigos simbólicos, organización cognitiva, así como ensayo simbólico y motriz.

C- *Reproducción motriz*: de la información procesada, incluyendo capacidades físicas, auto-observación de lo reproducido y observación de las consecuencias de la acción realizada.

D- *Motivación*: para repetir la conducta aprendida, incluidas la motivación externa, la vicaria y la interna (auto-refuerzo).

En este marco, el mayor grado de aprendizaje se produce mediante la organización y el ensayo de las conductas. Este proceso de retención se puede reforzar mediante la adjudicación de experiencias, palabras, códigos o imágenes con relevancia emocional. Es más probable que una persona adopte una conducta por mo-

delaje, cuanto más admiración tenga por la persona “modelo” y, cuanto más importancia personal y emocional tengan para ella los resultados derivados de la conducta modelada.

B

B- Aplicación de los Modelos socio-cognitivos a la prevención del uso de drogas y problemas asociados

Se trata de un modelo que, ha constituido la base directa o ha servido de referencia, para un amplio número de propuestas teóricas en prevención del abuso de drogas y problemas asociados (Becoña Iglesias, 1999; Becoña Iglesias, 2002b). Entre ellos destaca:

- La teoría cognitiva social (Botvin et al., 1990).
- El modelo evolutivo de Kandel (Kandel, 1975; Kandel & Davis, 1992).
- El modelo general integrado del uso de drogas (Botvin, 1999).
- El modelo de desarrollo social (Catalano & Hawkins, 1996; Catalano et al., 1996).
- La teoría de la socialización primaria (Oetting, Donnermeyer & Deffenbacher, 1998; Oetting, Deffenbacher & Donnermeyer, 1998; Oetting & Donnermeyer, 1998; Oetting et al., 1998; Oetting, 1999).
- La teoría de la influencia triádica (Flay & Petraitis, 1994).

Aunque con diferentes énfasis, estos modelos ofrecen un marco conceptual comprensivo y multicausal –sin negar una base biológica en las conductas humanas– que explica cómo, fundamentalmente, las dinámicas implicadas en el inicio y mantenimiento del uso de drogas son de carácter cognitivo y, se presentan mediadas, por la influencia de factores interpersonales, sociales y culturales que modelan las conductas mediante procesos motivacionales, aspectos de personalidad y auto-eficacia percibida.

Por ello, se trata de modelos que incorporan:

- El entrenamiento en habilidades sociales (cognitivo-conductuales).
- La intervención en el entorno inmediato de las personas (familia, escuela, grupo de iguales y comunidad).
- La educación en valores de respeto (propio y hacia las demás personas).
- El conocimiento sobre los riesgos asociados al uso de drogas.

1.5. ¿A qué principios deben responder los programas preventivos?

A lo largo de las tres últimas décadas, se ha reunido suficiente evidencia como para que se pueda afirmar que, para que estas estrategias preventivas sean efectivas, es necesario que respondan a las siguientes premisas básicas:

A- Deben estructurarse globalmente para reducir la influencia de los múltiples factores de riesgo asociados al desarrollo de problemas relacionados con el uso de drogas, ya sean éstos de carácter ambiental global como de carácter individual.

B- Tienen que promover, también de forma estructural, el desarrollo de factores de protección que refuercen las oportunidades de las personas y de las comunidades para desarrollar sus propias capacidades y potencialidades, de la forma más libre y menos condicionada posible por intereses que les sean ajenos.

C- Deben plantearse en base a la evidencia disponible sobre su efectividad para alcanzar los objetivos preventivos que se proponen y, para ello, deben considerar los modelos teóricos de referencia en prevención.

D- Tienen que contemplar todo tipo de abuso de drogas, ya sea a una o varias sustancias psicoactivas: todas las drogas (legales o ilegales); el uso de medicamentos sin receta médica; y el uso inapropiado de otros productos de venta legal (por ejemplo inhalables).

E- Deben considerar, como un componente imprescindible, la implicación de los distintos sectores de la comunidad en su conjunto.

F- Tienen que promover el desarrollo y el respeto de entornos normativos protectores.

G- Les incumbe impulsar el desarrollo de recursos y servicios comunitarios que faciliten la adopción de estilos de vida saludables.

H- Deben difundir información relacionada con las drogas y educar sobre drogas, en base a la evidencia y el conocimiento disponible, evitando enfoques alarmistas o basados en postulados ideológicos de tipo alguno.

I- Deben desarrollarse partiendo de la consideración e integración de los sistemas de protección social, educación y atención general a la salud, para asegurar ofertas integrales, complementarias, continuas y coordinadas.

J- Les compete responder y adaptarse a las necesidades y especificidades (culturales, de género, de edad, de grupo socio-económico, grado de exposición a factores de riesgo, etc.) de los diferentes grupos que integran la población donde se desarrollan.

K- Tienen que iniciarse en el momento más temprano posible dentro del proceso evolutivo de desarrollo de las personas, antes de que se manifiesten conductas problemáticas o los resultados de dichas conductas.

L- Deben incorporar la formación basada en la evidencia, tanto para formar especialistas en prevención, como para asegurar que otros mediadores sociales no especializados, puedan ejercer una función preventiva desde sus respectivos campos de actuación.

M- Les corresponde asegurar la disponibilidad de materiales de calidad y desarrollados de acuerdo a la evidencia de efectividad, con la finalidad de servir de apoyo a los programas y actuaciones preventivos que se desarrollen en cada ámbito de intervención.



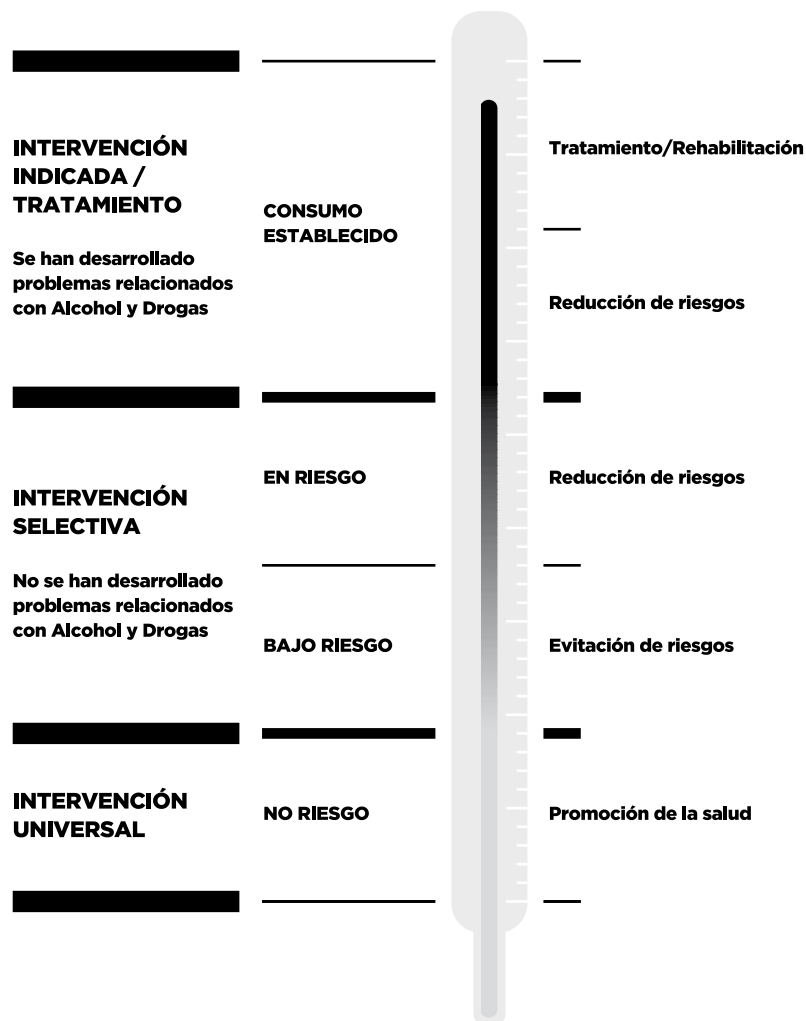
1.6. Niveles de intervención preventiva

La consideración de los factores de riesgo y protección, sumada a la evidencia de eficacia de los modelos teóricos de referencia, ha llevado a reformular (por excesivamente mecanicista) el paradigma que basaba las intervenciones en drogodependencias en el modelo clásico de prevención primaria, secundaria y terciaria. Enfoque según el cual, la prevención primaria es una intervención que se produce antes de que se origine la causa biológica de una enfermedad; la prevención secundaria interviene cuando la enfermedad es ya manifiesta pero antes de que pueda causar sufrimiento o incapacidad; y la prevención terciaria se aplica para paliar el deterioro causado por la enfermedad, con el fin de conseguir la recuperación. Se trata por tanto de un modelo para prevenir y afrontar enfermedades de un solo origen biológico, adecuado en el ámbito médico, pero que no permite considerar, la complejidad etiológica implicada en el uso de drogas, y por tanto resulta insuficiente para discriminar las distintas necesidades derivadas de los objetivos que se plantean en prevención, en especial aquellas relacionadas con la promoción de estilos de vida saludables, para grupos de población expuestos a diversos grados de riesgo, así como aquellas planteadas para la reducción de conductas de riesgo en contextos de consumo en permanente evolución.

En este marco, surge una propuesta de intervención por niveles establecidos en función del riesgo al que se halla expuesta cada persona o grupo poblacional (Gordon, 1987): prevención universal, selectiva e indicada (Fig.1).

Este continuo de riesgo permite el desarrollo de los distintos niveles de intervención preventiva, en base al riesgo soportado por cada grupo de población y por cada persona.

- Fig. 1. Niveles de intervención en prevención del uso de drogas y problemas asociados en base a un continuo de riesgo de desarrollar problemas con las drogas.
- Fuente: Prevention Source Brithis Columbia. <http://www.preventionsource.org/guides/workbook/sec6.html>



1.6.1. Prevención universal

Los programas de prevención universal son aquellos que se dirigen a población general (nacional, regional, comunidad local, escuela, barrio, grupos familiares, etc.) con actividades y mensajes destinados a impedir o retrasar el consumo de drogas. Las características de los programas preventivos desarrollados en el nivel de prevención universal son las siguientes:

A- Estar diseñados para alcanzar a la población general, sin tener en cuenta las situaciones específicas de riesgo a las que puedan estar expuestos los distintos grupos poblacionales. Es decir, se desarrollan con toda la población, independientemente del riesgo al que se halle expuesta.

B- Dirigirse a grupos poblacionales amplios.

C- Tener como finalidad retrasar o prevenir el inicio o disminuir el uso de drogas. Para ello, pueden fijarse como objetivos intermedios, alcanzar cambios en variables mediadoras, como por ejemplo: aclarar mitos en relación a las drogas, incrementar las habilidades de relación social, incrementar la capacidad crítica frente a las diversas presiones que promueven el consumo, incrementar la percepción del riesgo asociado al uso, etc.

D- Presentar, generalmente, un bajo ratio entre recursos implicados en el desarrollo del programa y la población destinataria.

E- Requerir menos implicación en el programa (tiempo y esfuerzo) por parte de la población participante que la implicación requerida en los programas selectivos o indicados.

F- El coste del programa por persona participante suele ser más bajo que el de los programas selectivos o indicados.

G- Pueden diseñarse para cualquier ámbito

de intervención: comunitario, escolar, familiar, tiempo libre, medios de comunicación, laboral, etc. Con respecto a la evidencia se puede decir sobre cada ámbito lo siguiente:

- *Entorno escolar:* Su eficacia ha sido probada para programas estandarizados que disponen de un buen soporte estructural y se concretan en un currículum específico, utilizan la interactividad como método de trabajo y el entrenamiento en habilidades sociales, disponen de materiales que explicitan el contenido exacto de cada sesión y son impartidos por profesorado adecuadamente formado.

- *Entorno familiar:* La mayoría de propuestas se centran en la oferta de formación (conferencias, escuelas de padres y madres, etc.) que, generalmente no logran la participación de familias en situación de mayor riesgo. Actualmente se están evaluando otras propuestas como, por ejemplo, proponer la realización de actividades en casa que implican una participación familiar en el propio domicilio, y que posteriormente se comentan en clase.

- *Entorno comunitario:* Se trata de propuestas que intentan movilizar a todos los sectores sociales para el desarrollo de planes preventivos globales, coordinados entre todos los sectores y redes sociales (sector público y sociedad civil organizada).



1.6.2. Prevención selectiva

Los programas de prevención selectiva se dirigen a subgrupos de población que -se estima- se hallan expuestos a factores de riesgo asociados al abuso de drogas (biológicos, psicológicos, sociales o ambientales) asociados al inicio del consumo de drogas o al desarrollo de problemas relacionados con el consumo. Estos subgrupos de población pueden definirse por edad, género, historia familiar, lugar de residencia (barrios donde existe mayor privación social, barrios donde se produce el tráfico de drogas, etc.), hábitos de ocio en los que intervienen el consumo de drogas, etc.



Las características de los programas preventivos encuadrados en este nivel son las siguientes:

A- Están diseñados para prevenir el inicio del uso de drogas o retrasar la edad en que se produce el primer consumo, entre grupos de población expuestos a mayor número de factores de riesgo. Es decir, las personas participantes presentan una mayor vulnerabilidad que la población general.

B- Generalmente no se valora el grado de vulnerabilidad personal de los miembros del grupo en situación de riesgo, pero se supone tal vulnerabilidad por pertenecer a él.

C- El conocimiento de los factores de riesgo específicos a los que se halla expuesto ese grupo permite el diseño de acciones específicamente dirigidas a esos factores.

D- Generalmente, estos programas se desarrollan en períodos medios o largos de tiempo, y requieren más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que los programas universales.

E- Requieren personal con formación específica.

F- Los costes por persona participante son mayores.

G- Las actividades están más relacionadas con la vida diaria de las personas participantes e intentan modificar aspectos concretos de su realidad en una dirección específica, por ejemplo: modificar aspectos asociados al uso de drogas (agresividad, bajo rendimiento escolar, pertenecer a una familia que presenta problemas de gestión familiar, falta de interiorización normativa, inicio

experimental del uso de drogas, etc.).

H- Pueden desarrollarse en los entornos escolar, comunitario, familiar o de ocio y tiempo libre:

- *Entorno escolar:* centrados en identificar y apoyar adolescentes en situación de riesgo de no acceder a los primeros pasos de la socialización: por ejemplo, ser excluidos del sistema educativo.

- *Entorno comunitario:* basados en el establecimiento de mecanismos de coordinación entre los diversos recursos comunitarios: centros educativos, servicios sociales, sistema judicial, sistema sanitario, etc.

- *Entorno familiar:* centrados en trabajar con familias en situación de riesgo a las que no es fácil acceder mediante programas de nivel universal. Estos programas emplean componentes específicos para promover la participación familiar: incentivos de participación; contactos/actuaciones en el propio domicilio o en lugares a los que acuden el padre, la madre o ambos; facilitación de servicios de guardería, etc.

- *Entornos de ocio y tiempo libre:* intervenciones desarrollados para acceder a población que se reúne en contextos de ocio donde existe consumo de drogas, como por ejemplo: clubes, discotecas, bares, fiestas, festivales y otros eventos festivos de carácter puntual. Puede tratarse de intervenciones informativas sobre reducción de riesgos entre las que se incluye el testado de pastillas.



1.6.3. Prevencción indicada

Los programas de prevención indicada se dirigen a personas que no presentan los criterios diagnósticos de adicción a una sustancia psicoactiva pero que muestran signos previos, por estar expuestos a situaciones de alto riesgo (ej.: problemas mentales; inicio de un consumo regular; pertenencia a familias donde se produce el consumo de drogas; etc.). Los programas desarrollados en este nivel se caracterizan por:

- Estar diseñados para detener la progresión del uso esporádico de drogas hacia el consumo regular y/o frenar la consolidación de la dependencia.

- Poder dirigirse a múltiples conductas de riesgo simultáneamente, por ejemplo uso de tabaco y cannabis, uso de alcohol, tabaco y drogas sintéticas, etc.



- Seleccionar cuidadosamente a la población participante.
- Valorar y trabajar específicamente los factores de riesgo individuales y los problemas de conducta.
- Ser extensos en el tiempo y, al mismo tiempo, intensivos. Lo cual hace que se precise una importante implicación o esfuerzo de las personas participantes.
- Requerir personal especializado que tenga adecuado entrenamiento, tanto preventivo como clínico, junto con suficiente conocimiento sobre las peculiaridades de los consumos, las características de la adolescencia, o los problemas mentales a abordar.
- Tener mayores costes por participante que los universales o los selectivos.
- Suelen desarrollarse en entornos de asistencia socio-sanitaria especializados en los problemas planteados. Y como en el caso de los programas selectivos, requieren el establecimiento de mecanismos de coordinación eficaz entre los diversos recursos comunitarios: centros educativos, servicios sociales, sistema judicial, sistema sanitario, etc.

1.7. ¿Es coste efectivo invertir en prevención?

El concepto de coste-efectividad describe la relación existente entre los efectos o resultados finales de un programa y el esfuerzo empleado, tanto en términos monetarios, como de recursos humanos o materiales y de tiempo invertido.

En general, la sociedad espera que los programas socio-sanitarios desarrollados en su seno consigan la mejor relación posible entre los resultados alcanzados y los recursos invertidos, es decir, que sea lo más eficiente posible. En el marco de la sociedad del bienestar, el principio filosófico de la eficiencia establece que los recursos públicos sólo deben ser empleados en la producción de aquellos bienes y en la prestación de aquellos servicios que produzcan el máximo beneficio poblacional y personal en relación a sus respectivos costes y comparados con otro tipo de actuaciones posibles.

La investigación disponible señala que los programas de prevención, cuando cumplen los requerimientos de calidad señalados en este capítulo y en los siguientes, pueden ser coste-efectivos (Werthamer & Chatterji, 1998; Pentz 1998; Hawkins, 1999; Aos et al., 2001; Spoth et al., 2002; NIDA, 2003; Johnson-Masotti et al., 2003; Chisholm et al., 2006). En Estados Unidos, donde más se ha evaluado este aspecto, se ha constatado que por cada dólar invertido en prevención, se pueden ahorrar hasta 10 dólares en el tratamiento de adicciones (Pentz, 1998; Hawkins, 1999).

- 1.** Deben promover el establecimiento y desarrollo de factores de protección y reducir el número y la intensidad de los factores de riesgo a los que se hallan expuestas las personas, en especial durante la infancia y la adolescencia.
- 2.** Han de dirigirse a reducir o retrasar el consumo de todo tipo de drogas, incluyendo: drogas legales; drogas ilegales; el uso inapropiado de medicamentos, sin la prescripción médica preceptiva; el uso inapropiado de otras sustancias psicoactivas de venta legal (por ejemplo, inhalables).
- 3.** Deben afrontar de forma prioritaria aquellos problemas relacionados con las drogas que afectan a la comunidad local.
- 4.** Para incrementar su efectividad, deben considerar y adaptarse a las características y necesidades específicas de la población participante: factores de riesgo a los que se halla expuesta (que señalarán el nivel de prevención adecuado); edad; género; origen cultural; idioma; intereses vitales y valores preeminentes; formas de relación; etc. Sin olvidar que dicha adaptación a las características y necesidades de la población participante, debe realizarse considerando que los contenidos de los programas deben siempre estar basados en modelos avalados por la evidencia de efectividad disponible y no en principios ideológicos preestablecidos.
- 5.** Los contenidos de los programas deben promover la adopción de estilos de vida saludables y la adquisición de las habilidades personales que facilitan dicha adopción.
- 6.** Deben planificarse a largo plazo, es decir, contemplar el fomento y mantenimiento de actuaciones continuadas que aseguren la promoción de los factores de protección y la reducción de los factores de riesgo a lo largo de las etapas evolutivas de las personas.
- 7.** Deben ir acompañados de la formación adecuada para cada uno de los grupos mediadores, así como disponer de materiales de apoyo de calidad validada para la implementación del programa.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez-Requejo A, Suelves JM, Brugal MT, Corretja JF. (1999). Monitoring treatment demand for drug abuse in Spain: pres-pective over a decade. *Eur Addict res*; 5: 179-184.
- Aos S, Phipps P, Barnoski R, Lieb R. (2001). *The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime*. Olympia WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Bandura A. (1973). *Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. & Walters, R. (1963). *Social Learning and Personality Development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Becoña E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*; 19 (1): 89-101.
- Becoña Iglesias, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña Iglesias, E. (2002a). Factores de riesgo y protección. En: *Bases científicas de la prevención de drogodependencias*. Capt.5: 189-226. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña Iglesias, E. (2002b). La necesidad de partir de un modelo teórico: teorías y modelos explicativos en la prevención de las drogodependencias. En: *Bases científicas de la prevención de drogodependencias*. Capt.4: 159-188. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas
- Botvin GJ, Baker, E, Dusenbury L, Tortu S, Botvin EM. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 58, 437-446.
- Botvin GJ, Botvin, EM & Ruchlin H. (1998). School-based approaches to drug abuse prevention: Evidence for effectiveness and suggestions for determining cost-effectiveness. En: W. J. Bukoski & R. I. Evans Eds., *Cost-benefit/cost-effectiveness research of drug abuse prevention: Implications for programming and policy*. NIH Publication No. 98-4021, NIDA Research Monograph 176: 59-82. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Botvin GJ. (1999). Adolescent drug abuse prevention: current findings and future directions. En: M.D. Glantz y C.R. Hartel Eds. *Drug abuse. Origins and interventions*: 285-308. Washington DC: American Psychological Association.
- Calafat A, Fernández C, Juan M et al. (2003). Enjoying the nightlife in europe. The role of moderation. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calafat Far A, Fernández Gómez C & Juan Jerez M. (2001). Uso recreativo de cocaína y asunción de riesgos: resultados convergentes en cuatro muestras. *Adicciones*; 13 (Supl. 2).
- Calafat Far A, Fernández Gómez C, Juan M, Becoña Iglesias E. (2005). Gestión de la vida recreativa: ¿un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas? *Adicciones*; 17(4): 337-347.
- Calafat Far A, Fernández Gómez C, Juan M, Becoña Iglesias E. (2007). Vida recreativa nocturna de los

- jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. *Adicciones*; 19(2): 125-132.
- Catalano R F, Hawkins JD, Berglund ML, Pollard JA, Arthur MW. (2002). Prevention science and positive youth development: Competitive or cooperative frameworks. *Journal of Adolescent Health*; 31: 230-239.
 - Catalano RF & Hawkins D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En: J.D. Hawkins (Ed). *Delinquency and crime. Current theories*; 198-235. New York: Cambridge University Press.
 - Catalano RF, Kosterman R, Hawkins JD, Newcomb MD, Abbott RD. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*; 26, 429- 455.
 - Caudevilla F. (2003). El "éxtasis": una revisión de la bibliografía científica sobre la 3,4-metilendioxi-metamfetamina. *Med Clin (Barc)*; 120 (13): 505-15.
 - Chisholm D, Doran C, Shibuya K, Rehm J. (2006). Comparative cost-effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use. *Drug Alcohol Rev.*; 25(6):553-65.
 - Colom Farran J (2001). Análisis de la intervenciones en drogodependencias en España desde sus orígenes hasta la reducción de daños. En: Conferencia de consenso sobre la reducción de riesgos relacionados con las drogas. Barcelona: 49-58.
 - CSAP (1990). *Breaking New Ground for Teen at Risk: Program Summaries*. Technical Report 1 BK163. Bethesda MD: Center for Substance Abuse Prevention.
 - CSAP. 1993. *Prevention Primer. An Encyclopaedia of alcohol, tobacco, and other drug prevention terms*. Rockville: National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information.
 - de la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública*; 80: 505-520.
 - de la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública*; 80: 505-520.
 - Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2003). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: DGPND Ministerio del Interior.
 - Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2003). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: DGPND Ministerio del Interior.
 - Drucker E. (1995). Harm Reduction: a Public Health Strategy. *Current Issues in Public Health*; 1:64-70.
 - Eds., *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-253). Washington, DC: American
 - Evans WN, Neville D & Graham JD (1991). General Deterrence of Drunk Driving: Evaluation of Recent American Policies. *Risk Analysis*; 11 (2): 279-289.
 - Ferrara S D, Zancaner S, & Giorgetti R. (1994). Low blood alcohol concentrations and driving impairment. *International Journal of Legal Medicine*, 106, 169-177.
 - Flay BR & Petraitis J (1994). The theory of triadic influence: a new theory of health behaviour with implications for preventive interventions. En: G. Albrech Ed. *Advances in medical sociology*. Greenwich CT: JAI Press (vol 4):19-44.
 - Fundación de Ciencias de la Salud. (1998). *Aspectos Éticos de los Programas de Sustitución para Dependientes a Opiáceos en España. Conclusiones y recomendaciones*. Barcelona: Fundación de Ciencias de la Salud.
 - Fundación de Ciencias de la Salud. (1998). *Aspectos Éticos de los Programas de Sustitución para Dependientes a Opiáceos en España. Conclusiones y recomendaciones*. Barcelona: Fundación de Ciencias de la Salud.
 - Glantz MD & Johnson JL. *Resilience and development* (1999). Positive life adaptations New York : Kluwer Academic, cop.
 - Goodstadt MS. (1989). Drug education: The prevention issues. *Journal of Drug Education*; 19: 197-208.
 - Gordon R. (1987). An operational classification of disease prevention. En: J.A. Steingberg y M.M. Silverman Eds. *Preventing mental disorders*: 20-26. Rockville MD: U.S. Department of health and Human Services.
 - Green LW & Kreuter MW. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Palo Alto, CA: Mayfield.
 - Green LW & Kreuter MW. (1999). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*, 3rd edition. Mountain View, CA: Mayfield.
 - Green LW & Kreuter MW. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th edition. New York: McGraw-Hill Higher Education.
 - Green LW & McAlister AL. (1984). Macro-intervention to support health behaviour: some theoretical perspectives and practical reflections. *Health Education Quarterly*; 11: 323-39.
 - Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishers.
 - Green LW, Wilson AL, Lovato CY. (1986). What changes can health promotion achieve and how long do these changes last? The tradeoffs between expediency and durability. *Preventive Medicine*; 15: 508-21.
 - Green LW. (1974). *Toward cost-benefice evaluations of health education: Some concepts, methods and examples*. Health Education Monographs; (supl. 2): 34-64.
 - Green LW. (1992). *Prevention and Health Education. A: Maxcy-Rosnau-Last: Public Health and Preventive Medicine*, 13th edition, Eds. J. M. Last & R. B. Wallace. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
 - Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. (1999). *Preventing adolescent health-*



- risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*; 153:226-234.
- Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. (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): 64-105.
 - Hawkins JD, Lishner DM, Catalano RF. (1985). Childhood Predictors and the Prevention of Adolescent Substance Abuse. En: *Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention*. NIDA Research Monograph 56. A Research Analysis and Utilization System Review Report. Bethesda MD: National Institute on Drug Abuse.
 - Johnson-Masotti AP, Weinhardt LS, Pinkerton SD, Otto-Salaj LL. (2003). Efficacy and cost-effectiveness of the first generation of HIV prevention interventions for people with severe and persistent mental illness. *J Ment Health Policy Econ.*;6 (1):23-35.
 - Jonas S. (1991). Panel discussion on the topic, "Should public health adopt a harm reduction drug control strategy?" at the annual meeting of the American Public Health Association, Atlanta, GA: APHA.
 - Jones RK & Lacey JH. (2000). *State of Knowledge of Alcohol-Impaired Driving: Research on Repeat DWI Offenders*. Winchester, MA: Mid-America Research Institute.
 - Kandel DB & Davies M. (1992). Progression to regular marijuana involvement
 - Kandel DB. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190,
 - Kandel DB. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Studies*; 26: 289-315.
 - Lacoste JA. (1995). Reducción de daños y riesgos: una respuesta de salud pública a la infección por VIH entre usuarios de drogas. *Adicciones*;7: 299-318.
 - Lacoste JA. (1995). Reducción de daños y riesgos: una respuesta de salud pública a la infección por VIH entre usuarios de drogas. *Adicciones*;7: 299-318.
 - Leshner AT. (1997). Drug Abuse and addiction treatment research: the next generation. *Arch Gen Psychiatry*; 54 (8): 691-694.
 - Luthar SS, Sawyer JA & Brown PJ. (2006). Conceptual Issues in Studies of Resilience. Past, Present, and Future Research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Volume 1094, Resilience in Children: 105-115.
 - Marlatt GA, ed. (1998). *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: Guilford.
 - Melguizo M. (2003). Acomodar la oferta a las necesidades de los drogodependientes: ¿para cuándo la normalización?. *Aten. Primaria*; 32(6): 323-327.
 - Miller, N. & Dollard, J. (1941). *Social Learning and Imitation*. New Haven, NJ: Yale University Press.
 - Ministerio de Sanidad y Consumo. (2000^a). *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Parte Uno. Documento Base*. Madrid: Subdirección General de promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.
 - Ministerio de Sanidad y Consumo. (2000^b). *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Parte Dos. Libro de Evidencia*. Madrid: Subdirección General de promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.
 - Moncada S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En: *Prevención de las Drogodependencias: Análisis y propuestas de actuación*: 85-101. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 - Moral Jiménez MV, Rodríguez Díaz, FJ, Sirvent Ruiz C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*; 17 (2): 105-120.
 - National Institutes of Health. (1998). *Prevention intervention research at the crossroads: contributions and opportunities from the behavioural and social sciences. Conference proceedings*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
 - Newcombe R. (1992). The reduction of drug-related harm. A conceptual framework for theory, practice and research. A: O'Hare PA, NewcombeR, Matthews A, Buning, EC. eds., *The reduction of drug-related harm*, London: Routledge.
 - NIDA (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders, Second Edition*. Bethesda MD: National Institute on Drug Abuse.
 - NIDA. NIDA NOTES, May/June, 1996.
 - Nieda, J. 1992. *Transversales. Educación para la Salud. Educación sexual*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
 - Oetting ER & Donnermeyer JF. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance.I. *Substance Use & Misuse*; 33: 995-1026.
 - Oetting ER, Deffenbacher JL, Donnermeyer JF. (1998). Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance.II.*Substance Use & Misuse*; 33: 1629-1665.
 - Oetting ER, Donnermeyer JF, Deffenbacher JL. (1998). Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance.III *Substance Use & Misuse*; 33:1629-1665.
 - Oetting ER, Donnermeyer JF, Trimble JE, Beauvais, F. (1998). Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use IV. *Substance Use & Misuse*; 33: 2075-2107.
 - Oetting ER. (1999). Primary socialization theory. Developmental stages, spirituality government

- institutions, sensation seeking, and theoretical implication. *V. Substance Use & Misuse*; 34: 947-982.
- OMS (1946). Carta fundacional de la OMS. Conferencia Internacional de la Salud. Nueva York: Organización Mundial de la Salud.
 - OMS. 1999. Promoción de la Salud. Glosario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
 - Pentz MA. (1998). Costs, benefits, and cost-effectiveness of comprehensive drug abuse prevention. En: W. J. Bukoski and RI Evans, eds. *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*. NIDA Research Monograph No.176. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, pp.111 -129.
 - Petosa R. (1992). Developing a comprehensive health promotion program to prevent adolescent drug abuse, in *The prevention and treatment of adolescent drug abuse*, G. Lawson and A. Lawson (Eds.). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
 - Petraitis J, Flay BR, Miller TQ, Torpy EJ, Greiner B. (1998). Illicit substance use among adolescents: A matrix of prospective predictors. *Substance Use and Misuse*; 33: 2561-2604.
 - Phenomenology and risk factors for near-daily use. En M. Glantz y R. Pickens
 - Piko BF; Fitzpatrick KM, Wright DR. (2005). A risk and protective factors framework for understanding youth's externalizing problem behavior in two different cultural settings. *European Child & Adolescent Psychiatry*; 14 (2): 95-103. Psychological Association.
 - Reuter P & Caulkins JP (1995). Redefining the goals of national drug policy: recommendations from a working group. *Am J Public Health* 85(8 Pt 1):1059-1063.
 - Rinaldi RC, Steindler EM, Wilford BB, Goodwin D. (1988). Clarification and standardization of substance abuse terminology. *JAMA*; 259: 555-557.
 - Ritter A, Cameron J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev.*; 25(6):611-24
 - Rodríguez-Martos Dauer, A, & Torralba-Novella, L. (2002). La reducción de daños relacionados con el alcohol desde una perspectiva municipal: La estrategia de Barcelona. [Electronic versión]. *Trastornos Adictivos*, 4(1), 28-38. [Data de consulta: 19 d'abril, 2007].
 - Rodríguez-Martos Dauer, A, García-Fuentes, C, & Duran-Vinyeta, A. (2004). Evaluación de un programa piloto de formación en dispensación responsable de bebidas alcohólicas. [Electronic versión]. *Trastornos Adictivos*, 6(4), 240-247. [Data de consulta: 19 d'abril de 2007].
 - Rodríguez-Martos, A, Santamaría, E, Torralba, L., Escayola M, Martí J, Plasencia A. (2005). Efectividad a corto plazo de las intervenciones breves realizadas en pacientes lesionados por accidente de tráfico con alcoholemia positiva. *Gaceta sanitaria*, 19 (1), 45-49.
 - Room R. (1980). Concepts and strategies in the prevention of alcohol. *Contemporary Drug Problems*; 9: 9-48.
 - Rosen G. (1993). *A History of Public Health*, expanded edition. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
 - Sanjurjo E, Nogué S, Miró Ó, Munné P. (2004). Análisis de las consultas generadas por el consumo de éxtasis en un servicio de urgencias. *Med. Clin. (Barc)*; 123(3): 90-2.
 - Sigerist HE. (1956). *Landmarks in the History of Hygiene*. London: Oxford University Press.
 - Smith, C, Lizotte AJ, Thornberry TP, Krohn MD (1995). Resilient youth: Identifying factors that prevent high-risk youth from engaging in delinquency and drug use. En: Hagan, J., ed. *Delinquency and Disrepute in the Life Course*. Greenwich, CT: JAI Press: 217-247.
 - Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (2000). *La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000*. Eds. Carlos Álvarez Dardet y Salvador Perú. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
 - Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (2002). *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Eds.: Juan M. Cabasés, Joan R. Villalbí, Carlos Aibar. Valencia: SESPAS.
 - Spoth R, Guyull M & Day S. (2002). Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol* 63:219 -228.
 - Valverde Gefaell C, Pi González J & Colom Ferran J (2003). Programas de reducción de daños en uso/abuso de drogas recreativas. *Adicciones*; 15(Supl. 2): 353-361
 - Watson M. (1991). Harm reduction. Why do it? *International Journal on Drug Policy*; 2 (5): 13-15.
 - Werthamer L & Chatterji P (1998). Preventive Intervention Cost-Effectiveness and Cost Benefit. Literature Review. Published online by NIDA (National Institute on Drug Abuse: <http://165.112.78.61/HSR/da-pre/WerthamerPreventive.htm>)
 - WHO. (1984). *Health Promotion: A discussion document on the concepts and principles*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
 - WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada, 17-21 November 1986.
 - Wright D & Pemberton M. (2004). *Risk and Protective Factors for Adolescent Drug Use*. DHHS Publication No. SMA 04-3874, Analytic Series A-19. Rockville, MD: Office of Applied Studies. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.



Capítulo

do

OS

Buenas prácticas para el diseño y la evaluación de los programas de prevención de drogodependencias.

Buenas prácticas para el diseño y la evaluación de los programas de prevención de drogodependencias



En este capítulo se describen un conjunto de métodos y buenas prácticas para planificar, desarrollar y analizar los programas de prevención de los problemas relacionados con el consumo de drogas. Consecuentemente, también se presentan las bases que permiten la evaluación de todo programa correctamente diseñado y ejecutado.

Un aspecto esencial de los programas de prevención es su construcción y su diseño. Tanto es así, que su efectividad depende de la coherencia interna del programa, además de las condiciones en que se realice su implantación.

La coherencia interna de un programa se valora a partir de las interrelaciones entre los elementos que lo componen, fundamentalmente a partir de la concordancia entre el análisis de la situación, la definición de los objetivos, los componentes del programa (variables a trabajar), las actividades a realizar y los recursos disponibles. Por ello, este capítulo revisa todos estos aspectos y finaliza presentando un conjunto de criterios que resumen la buena práctica en prevención y facilitan el análisis de la coherencia y la consistencia de los programas que se vayan a implementar.

Este capítulo no pretende ser un manual de planificación ni de diseño de programas, tiene como objetivo ofrecer unos contenidos y criterios básicos que contribuyan a comprender mejor el proceso de planificación y a mejorar la efectividad de las aplicaciones. El capítulo se divide en tres partes. En la primera, se revisa qué es el proceso de planificación, es decir, en qué consiste el diseño de planes y de programas de prevención; presentando un desarrollo más amplio de los elementos que componen un programa. La segunda parte se destina a revisar los aspectos clave a tener en cuenta en la evaluación de programas. La tercera parte propone –a modo de resumen– los criterios de buena práctica para diseñar y aplicar programas de prevención.

2.1. La planificación y el diseño de planes y programas de prevención

2.1.1. El proceso de planificación

Planificar implica organizar, racionalizar y ordenar los procesos de intervención social. Es un proceso que se orienta a conseguir unos objetivos, que son los efectos esperados y previamente definidos resultantes de la aplicación de un programa, en unas poblaciones determinadas; efectos o cambios que se esperan alcanzar con unos recursos limitados, en un tiempo determinado y en un área geográfica concreta.

Aunque hay varias definiciones sobre lo que es la planificación, en la bibliografía se ha localizado una serie de características generales, comunes en todas las publicaciones, que se describen a continuación:



DEFINICIÓN DE LA PLANIFICACIÓN:

ES PROACTIVA	Conciernen al futuro.	Se trata de prever como queremos que sea el futuro o prever como será, e intentar modificarlo. Para ello se diseña un plan de acción, siempre después de asegurar que disponemos de un amplio conocimiento e interpretación de las necesidades y los problemas sociales.
ES CONTINUA	La planificación no cesa.	Los resultados de su aplicación en cada una de sus etapas retroalimentan el proceso continuamente. Planificación y evaluación necesariamente se interrelacionan. El proceso de planificación se alimenta del resultado de las diferentes evaluaciones.
ES UN PROCESO Y CONSTITUYE UNA LÓGICA DE INTERVENCIÓN	Se despliega en diferentes etapas y utiliza diferentes métodos y herramientas en cada una de ellas.	La planificación abarca, desde la estimación de las necesidades (definición de un problema o situación a modificar), hasta la revisión de lo realizado y de los resultados conseguidos en cada una de las etapas de la planificación-intervención.

Las etapas generales del proceso de planificación son:

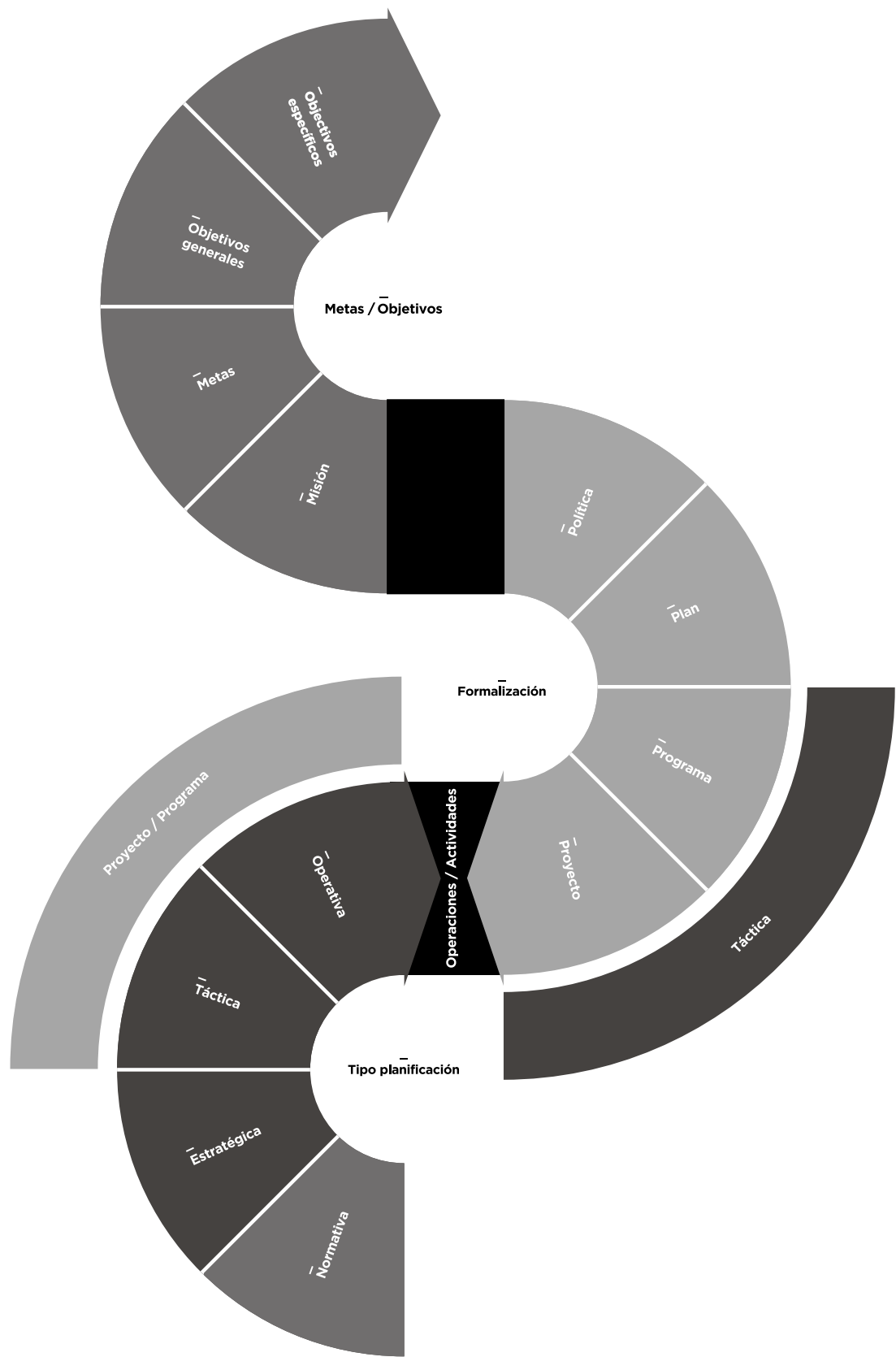
- Estimación de las necesidades en una población.
- Elección de prioridades.
- El diseño de programas de actuación.
- La concreción de estos programas en proyectos de intervención.

La planificación implica, además, establecer una relación entre lo hecho y lo conseguido. En la planificación se parte de la concepción de que se puede incidir en lo real de acuerdo al plan establecido, con unos medios y recursos seleccionados para lograr los fines propuestos previamente, en un tiempo determinado. Supone una lógica de actuación que impregna los distintos niveles en que esta se define: la política, el plan, el programa y proyecto y las actividades.

La Fig. 2 presenta el esquema general de planificación.



- Fig. 2. Esquema General de Planificación
 - Fuente: Alvira, 2001.



Así mismo, el proceso de planificación es eminentemente práctico y su objetivo es modificar la realidad social en el sentido deseado. Para ello es necesario conocer bien la situación, el problema en el que se va a intervenir y cómo se va a intervenir. Es necesario tener una clara lectura de los hechos sociales y también de cómo modificarlos (estrategias de intervención).

Un programa bien construido tendrá más capacidad de ser efectivo, es decir de modificar la situación en el sentido deseado, que uno que no lo es. Y es en esta cuestión donde juegan un papel relevante las diferentes teorías (sociales, educativas, etc.) que permiten interpretar los hechos y orientar cada actuación (plan, programa, actividad).

2.1.2. El diseño de un plan

La elaboración de un plan local implica un cierto nivel de planificación estratégica, contempla una dimensión temporal, unas metas y objetivos generales y unos recursos. Los planes a su vez se despliegan en programas, proyectos y acciones que se concretan en la aplicación práctica.

El Plan establece el marco en el cuál se van a desarrollar y concretar las diferentes actuaciones. Los planes locales en drogodependencias deben tener como referencia los planes autonómicos y los nacionales. Además deben incluir los principios guía y recomendaciones que establecen en sus planes de intervención en drogodependencias las Naciones Unidas y la Unión Europea, sintetizados en el siguiente recuadro.

Principios a seguir en el desarrollo de políticas de reducción del consumo de drogas:

NACIONES UNIDAS

- El enfoque más efectivo en el problema de las drogas consiste en un enfoque global, equilibrado y coordinado que abarque la reducción de la demanda y el control de la oferta de modo que ambos se refuercen mutuamente, junto con la correcta aplicación del principio de responsabilidad compartida.
- Los programas y planes locales deben ser parte de una estrategia global para reducir la demanda de todas las sustancias de abuso.
- Las políticas de reducción deben dirigirse a prevenir el uso de drogas y reducir las consecuencias negativas del abuso.
- La participación activa y coordinada de los individuos debe ser propiciada a nivel comunitario tanto de forma general como en situaciones de riesgo.
- Sensibilidad tanto ante aspectos culturales como de género.

UNION EUROPEA

- Se debe contribuir a desarrollar y sostener entornos de apoyo.
 - Es necesario evaluar las experiencias realizadas e identificar las mejores prácticas.
 - Hay que basar la lucha contra las drogas en la evaluación permanente de la naturaleza y magnitud del uso de drogas en la población y de sus consecuencias, así como en los resultados de la investigación y de la experiencia de programas anteriores.
 - Diversificación en el campo de la prevención, empleando la doble estrategia de evaluación y fomento de la salud dirigidos al público en general, junto con acciones específicas dirigidas a grupos vulnerables.
-



Etapas de la planificación:

El proceso de planificación de un plan local de prevención de drogodependencias aborda, en líneas generales, las siguientes etapas¹:

¹ En el capítulo de prevención comunitaria se explica los aspectos esenciales que definen un programa comunitario, en este caso asimilable a un plan local comunitario. Las etapas definidas en el proceso de planificación de un plan local se describen con detalle en el siguiente apartado destinado a definir qué es un programa y su aplicación.

- 1- Análisis del problema y/o de la situación de partida.** Esto supone realizar un análisis de la situación social y cultural de la comunidad, de los datos sociodemográficos, de los consumos y sus efectos en la población, y de las tendencias de consumo.
- 2- Evaluación de las necesidades.** Para ello se realizará un análisis de las poblaciones beneficiarias, de los recursos existentes, los esfuerzos preventivos que se están haciendo, de la disponibilidad y percepción de los implicados.
- 3- Identificación de prioridades.** Una de las funciones principales de los planes es establecer prioridades. Estas se fijarán en función de la incidencia y gravedad de los problemas encontrados (situación con relación a los consumos, grupos de población en situación vulnerable, recursos del municipio y/o comunidad y disponibilidad de los implicados). Priorizar significa ordenar por importancia las problemáticas, las necesidades y las áreas en las que se va a intervenir.
- 4- Fijación de los fines, metas y/u objetivos generales.** En los planes, y especialmente en los planes locales, se diseñan los fines o metas a los que se dirige la acción preventiva, así como los objetivos generales y específicos del plan (ver Capítulo 3: Prevención Comunitaria).
- 5- Identificación de actuaciones y fijación de las estrategias de actuación.** Selección de programas y proyectos coherentes con las

necesidades y los objetivos generales y específicos fijados.

6- Determinación de los recursos materiales, técnicos y humanos. Una vez que se han valorado los recursos de la zona y se conocen las prioridades sobre las que se va a intervenir, se asignarán los recursos específicos, tanto materiales como humanos.

7- Fijación de la estructura organizativa del Plan. Todo plan ha de contar con una estructura organizativa que asegure la coordinación e implicación de todos los participantes. La/s estructura/s organizativas se realizan para garantizar la participación y la coordinación de las instituciones, las entidades y los grupos involucrados en el plan.

8- Determinación del Sistema de Información y procedimientos de evaluación. Todo plan tiene que describir como se va a evaluar, los datos que se van a recoger, los métodos, los instrumentos, los periodos en que se recogerá la información, así como las personas encargadas de la evaluación.

9- Plan de implementación y cronograma de actuaciones. Todo plan tiene que diseñar su forma de implementación y la secuencia en como se van a realizar las actividades. El plan de implementación (es decir, una implementación programada y descrita pormenorizadamente) garantiza la correcta aplicación del mismo.



A continuación, en el siguiente apartado, se describe en detalle el nivel de planificación táctica que se corresponde con el diseño y la implantación de un programa y su aplicación. En algunas disciplinas sociales se usan indistintamente los términos de programa y proyecto. En otras, se utiliza el término programa cuando se trata de una intervención compleja, y es entonces cuando se subdivide en proyectos de intervención más concretos y específicos de cada área, distintos de lo que es el plan operativo. El plan operativo refleja la implementación del programa, por tanto es sinónimo de plan de implementación.



² Es esencial aclararlo para evitar confusiones conceptuales ya que en otras disciplinas como por ejemplo la educativa, estos términos se interpretan en sentido inverso.

En este manual se utilizan los términos²:

- Programa para identificar una propuesta organizada de intervención preventiva.
- Proyectos como elementos en los que se subdivide un programa complejo.

2.1.3. EL diseño de un programa y su aplicación

Un programa, en el caso de la prevención de los problemas relacionados con las drogas, se puede describir - entender - como un conjunto de medios, recursos y actividades que se organizan - bajo un proceso de planificación - para conseguir unos objetivos previamente diseñados - definidos -, que tratan de modificar una situación - problema social, necesidades sociales - en una/s población/es determinada/s, en un tiempo concreto.

El diseño de un programa se corresponde con un Nivel de Planificación Táctica (Fig.2), lo que significa que éste, a su vez, está insertado en un Nivel de Planificación Estratégica, que atiende a metas y que, por encima de éste, hay una misión (Planificación Normativa); el establecimiento de una política. De ahí la necesidad de conocer el contexto técnico, político y normativo en el que se van a desarrollar los programas. Este contexto en el que se aplican los planes y programas de prevención en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia queda reflejado en el Plan Regional sobre Drogas.

Así mismo, un programa establece una RELACIÓN CAUSAL entre los elementos que determinan:

Qué se quiere conseguir	←—————→	Resultados
A través de qué	←—————→	Actividades
Con qué medios	←—————→	Recursos
En qué poblaciones	←—————→	Destinatarios
Para qué problemas	←—————→	Situaciones relacionadas con el consumo y los comportamientos de las personas

De aquí su indisoluble unión con las teorías que lo sustentan. Y de ahí, en aras de su efectividad, la necesidad de contar con un marco teórico que guíe las acciones que se van a realizar.

El marco teórico que servirá de guía, indicará si, para una población determinada, es más adecuado trabajar unos componentes - las variables - en vez de otros. Así mismo, indicará cuáles son los métodos más adecuados para que lleguen a determinadas poblaciones. Como ejemplo, en los programas de prevención será relevante conocer qué factores son más adecuados trabajar en función de qué poblaciones y según qué objetivos. El marco teórico indicará, por tanto, si es más conveniente trabajar la autoestima, la toma de decisiones, la influencia de los iguales o las relaciones familiares. De la misma manera, el marco teórico orientará sobre el método a seguir, método que finalmente se concretará en las actividades elegidas: un taller, una excursión, un debate, una plataforma de participación, etc.

A su vez, estas variables (los diferentes factores que componen un programa se operativizarán en variables), tendrán que ser elegidas en función del análisis hecho sobre la población con la que se va a trabajar, para lo cual será necesario tener “un modelo teórico” con el que realizar el análisis. De aquí la importancia de la teoría de referencia, que no sólo afecta al diseño de un programa, sino también al diagnóstico o la lectura e interpretación de la situación de la población en la que se pretende intervenir.

El programa, en definitiva, es la aplicación práctica de las teorías de intervención social,

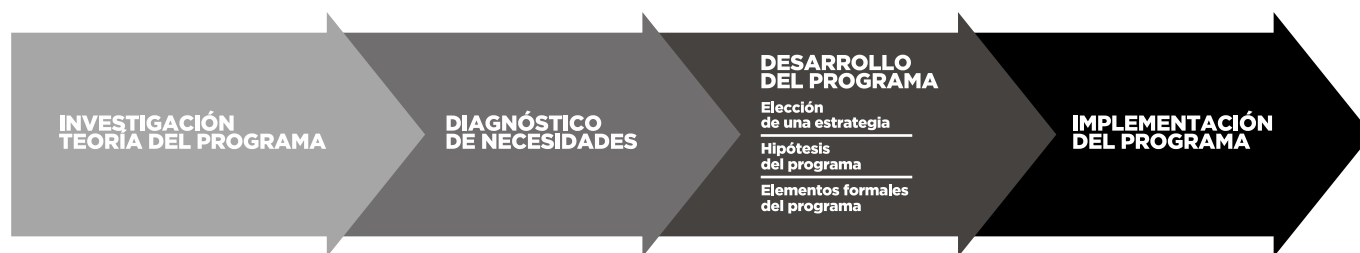


educativas o, en este caso, de prevención en el ámbito de las drogas y las drogodependencias. Los programas son la prueba empírica - el experimento - de que el supuesto teórico funciona - la hipótesis. En este sentido podemos hablar de un programa experimental cuando se trata de probar la eficacia de determinados postulados, para lo cual se utilizará un diseño experimental con el que se tratará de establecer la causalidad entre lo hecho y lo conseguido, entre las actividades y los resultados.

Sin embargo un programa, cuando ya ha sido probado y se conoce su eficacia en unas determinadas condiciones experimentales, se generaliza su aplicación y, en función de las condiciones (reales) en que se aplique, se evaluará su capacidad para conseguir los resultados (objetivos) esperados en las poblaciones destinatarias, es decir, se valorará su efectividad.

Así mismo, cuando un modelo teórico ha sido probado y validado, los programas que de él se desprenden y se adaptan a diferentes contextos, tendrán más posibilidades de ser exitosos que los programas que no han sido evaluados, y por tanto se desconoce su eficacia.

La Fig. 3 muestra cómo se establece la relación entre la teoría de referencia, la adaptación al medio y la definición y ajuste del programa a la situación en la que se va a aplicar y su implementación.



- Fig. 3. Relación entre la teoría, la adaptación y la definición y ajuste del programa a la situación en la que se va a aplicar y su implementación.

- Fuente: Alvira, 2001.

Numerosos programas que han probado su capacidad para conseguir resultados, o lo que es lo mismo, para ser efectivos cuando se aplican parcialmente, apenas si son capaces de conseguir un resultado, y esto no se debe a que su formulación teórica sea incorrecta, sino a la manera en cómo han sido puestos en práctica. Es por tanto muy necesario tener claros y considerar los criterios de aplicación de un programa y mantener una actitud rigurosa, tanto en su formulación teórica como en su aplicación práctica.

No obstante, el proceso de aplicación de programas no es tan lineal y, aunque las teorías e investigaciones que se van realizando permiten ir definiendo cada vez mejor un conjunto de actuaciones que posibilitan garantizar cierto éxito, todavía hay numerosas lagunas a la hora de la intervención, lo que conlleva que numerosas actuaciones en prevención cuentan más con el sentido común que con una evidencia suficiente. Pero poco a poco, y con la aplicación de programas de manera rigurosa, la situación ha ido cambiando y la intervención en prevención, que hasta hace pocos años ofrecía varios huecos en el conocimiento, cada vez va siendo mejor, es decir, más estructurada.

2.1.3.1. Análisis de un programa (modelo causal)

Para implementar un programa será esencial conocer su modelo causal, o dicho en otras palabras, las relaciones causa-efecto que se establecen entre sus componentes. El modelo causal de un programa permite comprender el diseño del programa, identificar el armazón teórico y metodológico sobre el que se sustenta. Indica qué hay que hacer para conseguir qué efectos.

Los principales componentes para el análisis de un programa son:

- Los factores (variables) que va a trabajar el programa en la población destinataria.
- Las actividades del programa.
- Los resultados finales que se busca conseguir con esos factores que, en el caso de la prevención de las drogodependencias, están directamente relacionados con el consumo de drogas (fines).

Pongamos un ejemplo: Un programa escolar que pretende retrasar las edades de inicio en el consumo de determinadas sustancias en la población escolar de 14 a 16 años de una localidad. Entre las diferentes estrategias elegidas se plantea trabajar el ocio y el tiempo libre, para ello se crean diferentes alternativas de ocio, tales como clubs de deporte, acampadas, cineforum, teatro. El modelo causal, tal y como se describe en la fig. 4, será:



- Fig. 4. Ejemplo de modelo causal de un programa.



El ejemplo muestra como mediante la realización de una serie de actividades, se pretende generar diferentes alternativas de ocio para una población de jóvenes entre 14 y 16 años, con el objetivo de modificar sus estilos de diversión, ya que este cambio en los estilos de diversión junto con otras estrategias, por ejemplo el desarrollo de habilidades de resistencia, trae consigo retrasar la edad de inicio en los consumos. Para diseñar este programa, es necesario apoyarse en un marco teórico que indique la relación que hay entre los estilos de ocio y el aumento de las edades de inicio³.

³ La evidencia actual disponible sobre los programas de ocio y tiempo libre muestra que las actividades de ocio con alternativas de ocio, por si mismas no son suficientes para conseguir resultados sólidos que incidan en evitar los problemas derivados de las drogas y, por tanto, es necesario vincular estas alternativas a otras actuaciones específicas sobre drogodependencias. Para más información consultar con el Capítulo 7: Ámbito Ocio y Tiempo libre.

Este análisis nos permite entender la estructura interna del programa y diseñar su evaluación.

2.1.3.2. Elementos que definen un programa

A continuación se presenta una breve revisión sobre los elementos que componen un programa de intervención, dedicando especial atención a aquellos apartados que contienen criterios esenciales para definir o implementar un programa preventivo. Como ha sido mostrado anteriormente en el proceso de planificación, un programa de intervención sigue la misma lógica de la planificación y por tanto, ya sea para su diseño como para su implantación, en la práctica será necesario considerar los siguientes pasos:

- **Estimación de necesidades** ya sea para crear una nueva intervención o para ajustar un programa definido en una comunidad y a un tipo de población. Análisis de la percepción de la disponibilidad de la población y de los recursos con que cuentan.
- **Definición de la/s población/es** objeto del programa.
- **Establecimiento de objetivos**, es decir, una formulación medible de los cambios esperados.
- **Elección del modelo teórico** a partir del cual se desarrollará el programa.
- **Elección del método** de implantación, diseño de las actividades.
- **Descripción de los recursos** disponibles o necesarios.
- **Definición de la evaluación.**
- **Cronograma.**

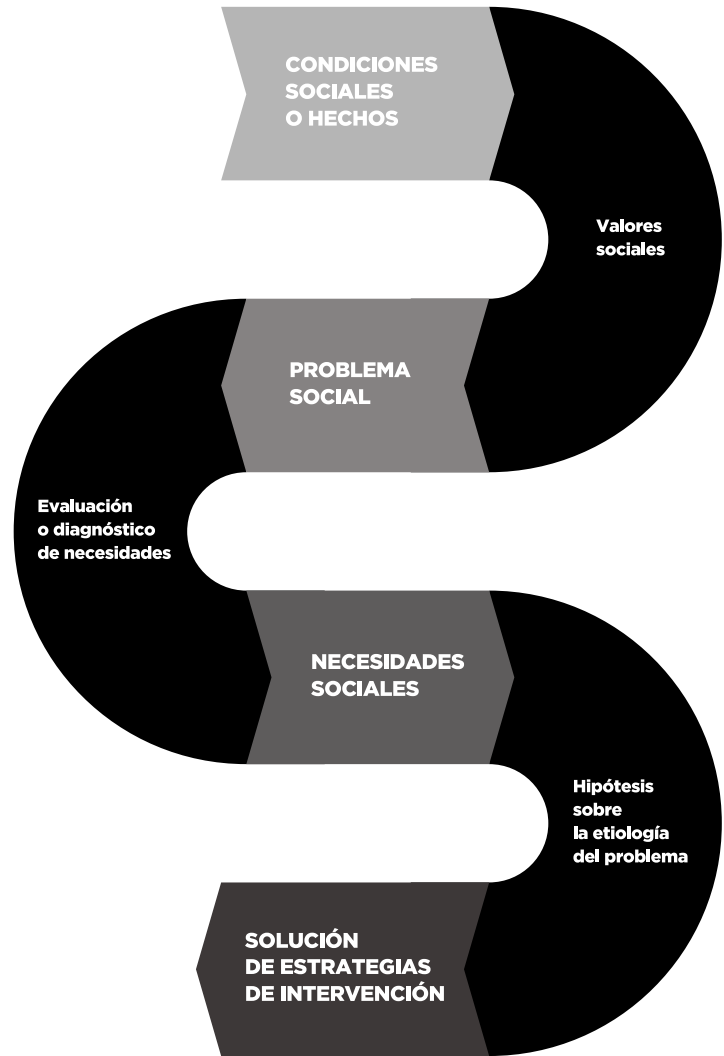
2.1.3.2.1 Estimación de necesidades y de la percepción de la población.

El primer paso en la planificación de un programa para la prevención del uso de drogas y problemas asociados es realizar un análisis y/o evaluación del tipo de situación o problema relacionado con las drogas que se quiere modificar dentro de la comunidad (y de los colectivos afectados). Esto significa que en este análisis inicial se considerarán las poblaciones con las que se va a trabajar además de los factores contextuales que inciden sobre dichas poblaciones.

En esta primera fase, y para interpretar las necesidades de una población, será necesario contar con un marco teórico adecuado. Para el conocimiento de la situación de partida y de las necesidades de una/s población/es se requiere determinar cuáles son los factores de riesgo que afectan a esta situación o problema, y en qué grado de intensidad se hallan presentes en la comunidad (en las poblaciones elegidas para aplicar el programa). Los resultados de esta evaluación inicial permitirán aumentar el conocimiento de la naturaleza y de la seriedad del problema existente (o previsible en el futuro) en la comunidad y guiar la selección de los mejores programas de prevención, para modificar la situación actual en función de las poblaciones elegidas. La Fig. 5 muestra el proceso de identificación de necesidades.



- **Fig. 5.** Proceso de identificación de necesidades en prevención
- **Fuente:**
Alvira, 2001.



Pongamos un ejemplo: En el caso de un programa comunitario, la orientación a seguir nos llevará a conocer la situación de una comunidad y, por tanto, a identificar los colectivos más vulnerables así como la situación de los distintos grupos de población frente al consumo y los problemas relacionados con las drogas. Así mismo, este análisis nos permitirá saber cuáles son los factores de riesgo de esa comunidad y cómo inciden sobre los diferentes colectivos.

Es conveniente, por tanto, para empezar a trabajar en una comunidad, barrio, ciudad, área o con cualquier grupo de población, hacer un análisis en profundidad de la situación existente y, para ello, podremos utilizar los datos más relevantes a tener en cuenta disponibles en la Comunidad Autónoma (aquí en la Consejería de Sanidad y Consumo), en el propio Ayuntamiento (generalmente en las Concejalías de Servicios Sociales), etc. Si no se dispone de datos ya elaborados, el programa deberá iniciarse con el diseño y la realización de un estudio/sondeo que permita disponer de un conocimiento en profundidad de la comunidad con la que se va a trabajar.

Este estudio, o los estudios consultados, deben permitir la identificación de variables

relevantes en relación al uso de drogas y problemas asociados. Para ello es importante que el informe permita determinar el alcance del uso de drogas y el conocimiento del problema (o situación que se desea modificar) en la comunidad, así como entender las características que definen la cultura social de la comunidad y cómo ésta se ve afectada por el uso de drogas.

Como complemento al resumen, se debe consultar con líderes comunitarios que trabajan en el área de atención a las drogodependencias y áreas relacionadas para obtener información complementaria.

Toda esta información permitirá establecer un plan de acción (planificación) que, en base a las necesidades identificadas, facilite:

- El establecimiento de las prioridades en función de los recursos disponibles y previamente identificados.
- La formulación de los objetivos específicos.
- El planteamiento del plan de acción.

Así, el conocimiento inicial de la realidad social de la comunidad con la que se va a trabajar permitirá realizar propuestas de actuación que respondan a sus necesidades en prevención. También permitirá compartir y hacer llegar la información recopilada a todos los mediadores clave.

MÉTODOS MÁS USUALES DE RECOGIDA DE DATOS	Recopilación y análisis de fuentes secundarias	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores sociales - Estadísticas de población - Encuestas realizadas - Otros estudios disponibles
	Recopilación de información de manera directa	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas con informantes clave - Entrevistas de grupos - Consultar a las diferentes instituciones que trabajan en el área: servicios de salud, servicios sociales, policía, ONGs, establecimientos de diversión y recreo, vecinos, líderes y representantes de los diferentes colectivos, etc.

La utilización de ambas fuentes (secundarias y directas), permitirá conocer bien la situación y por tanto ajustar o diseñar adecuadamente el programa de intervención. Además, esta primera fase debe completarse con un análisis de la percepción y disponibilidad del contexto para actuar en prevención. Porque tan importante como el conocimiento de las características y dimensiones del problema existente o previsible, es realizar una valoración de la actitud y la disponibilidad de la comunidad o del grupo mediador con el que se pretende trabajar para prevenirlo o modificarlo.

Este conocimiento ayuda a determinar los pasos adicionales necesarios para conectar, motivar, e implicar a la comunidad (o al grupo mediador) en el programa antes de su inicio. También es necesario realizar una revisión de los programas actuales o que se han realizado anteriormente, para identificar las deficiencias a cubrir y las necesidades adicionales.

Por último, la planificación inicial se puede beneficiar de la experiencia de organizaciones comunitarias que trabajan en el campo socio-sanitario. Contactos con estas organizaciones pueden preparar el escenario para coordinar ideas y recursos que ayuden a implementar y sostener los programas, estos contactos no deben menoscabar, sin embargo, la consideración de las bases científicas de la intervención preventiva.



2.1.3.2.2 Definición de la población/ objeto del programa

La elección de la población/ es beneficiaria/s del programa se hará en función, bien del tipo de programa que se pretenda aplicar, o bien de la priorización de necesidades existentes entre los colectivos más vulnerables identificados a partir del análisis inicialmente realizado.

Cuando hay que aplicar un programa concreto, por ejemplo un programa escolar, el análisis de las necesidades llevará a estudiar principalmente al colectivo formado por el alumnado de la comunidad, así como a sus familias (padres, madres, tutores o equivalentes) y el profesorado, teniendo siempre en cuenta las características socioculturales y demográficas de la comunidad (municipio, barrio o área) en la que se va a aplicar el programa. Estas características permitirán entender e interpretar mejor cómo actúan los factores de riesgo y protección identificados en las distintas poblaciones seleccionadas. La elección del colectivo con el que se va a trabajar en un programa y su conocimiento es uno de los aspectos más relevantes para la adecuada aplicación de un programa.

En los programas de prevención suele aparecer más de una población con la que trabajar. Una población es la diana a la que se dirigen los objetivos finales del programa, pero para ello, puede ser necesario trabajar con otros grupos que estén en contacto y tengan influencia en la población diana seleccionada.

Por ejemplo: En un programa escolar los objetivos se establecen para evitar y/o modificar las relaciones con los consumos de drogas del grupo de alumnos seleccionado como grupo diana del programa. Pero para ello, además de con los escolares, es necesario trabajar con los profesores para capacitarlos en la prevención y con los padres para que, con sus conocimientos y actitudes, apoyen a sus hijos en la consecución de los objetivos de prevención.

Por tanto, en este tipo de programas habrá tres grupos de población diferentes: los escolares, los profesores y los padres. (Para más información consultar el *Capítulo I: Prevención de drogodependencias y de los problemas asociados al uso de drogas: Conceptos básicos y base en la evidencia de efectividad*)

2.1.3.2.3 Definición de los objetivos

Un aspecto muy relevante de los programas es el establecimiento de objetivos. Los objetivos concretan la intencionalidad del programa e indican hacia donde se dirige. Responden a la pregunta: “qué se quiere conseguir con el programa al implementarlo en las poblaciones destinatarias y en el entorno”.

En la literatura sobre planificación aparecen diferentes clasificaciones de objetivos tales como: objetivos de resultados y de procesos, de actividad u operativos, así como objetivos generales y específicos. A continuación se explica qué pretenden definir cada una de estas clasificaciones.

A

A- Objetivos de proceso y de resultados

Adopten la denominación que sea (generales o específicos) es importante comprender que los objetivos indican los resultados que el programa pretende conseguir y por tanto, teniendo en cuenta su naturaleza, los podremos agrupar principalmente en tres niveles.

Los dos primeros niveles expresan el resultado que se pretende conseguir con los programas y el último se centra en las



estrategias elegidas, es decir, en las actividades o actuaciones. La existencia de estos tres niveles permite establecer el modelo causal del programa y organizar éste de una manera coherente. A continuación explicamos cada uno de estos tres niveles:

Nivel I : Objetivos de resultados finales

El primer nivel viene determinado por los fines a los que se orienta toda la acción preventiva en drogodependencias. Esto significa que cualquier actuación que se realice en prevención - implícita o explícitamente - busca modificar las relaciones de las personas con las drogas y con los problemas derivados de su uso. La finalidad de todo plan o programa para la prevención del uso de drogas, y los problemas asociados, es conseguir la movilización institucional y social necesaria para promover en la población y en la política sobre drogas, cambios significativos capaces de conseguir los fines a los que se orienta toda acción preventiva: Los objetivos generales u objetivos de resultados de todo plan o programa para la prevención del uso de drogas y los problemas asociados.

NIVEL I OBJETIVOS DE RESULTADOS FINALES

La finalidad

- Disminuir el daño relacionado con el uso de drogas entre las personas consumidoras.
- Disminuir el daño relacionado con el uso de drogas entre las personas no consumidoras.
- Reducir el daño inmediato, es decir, el que se produce a corto plazo.
- Reducir el daño aplazado considerado a medio y largo plazo.

Los objetivos generales u objetivos de resultados

- Reducir el consumo de drogas entre el grupo de población con el que se desarrollará el programa.
 - Retrasar la edad de inicio al consumo de cada sustancia psicoactiva.
 - Reducir las conductas de riesgo en relación al uso de drogas.
 - Reducir los problemas relacionados con el uso de drogas que se producen en el grupo de población con el que se desarrollará el programa.
-

Nivel II: Objetivos de resultados intermedios

Cada programa, así mismo, tiene una orientación y un modelo teórico que le llevarán a trabajar con determinados factores (variables), los cuales facilitarán que cambien las relaciones de las personas participantes con las sustancias y, por ende, con los problemas que se derivan de su uso o abuso. Estos cambios suelen hacer referencia entre otros factores a:

NIVEL II OBJETIVOS DE RESULTADOS INTERMEDIOS

- Modificar las actitudes en relación a las drogas.
- Modificar las actitudes en relación a las políticas que regulan los mercados y los consumos de drogas.
- Promover actitudes críticas frente a los factores e intereses que promueven el uso de drogas.



-
- Sensibilizar sobre riesgos asociados al uso de cada sustancia.
 - Desarrollar habilidades sociales.
 - Disminuir la presión de grupo a consumir drogas.
 - Modificar el estilo de vida.
 - Minimizar al máximo las conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas, etc.
-

Todos ellos están haciendo referencia a lo que se pretende que cambie en una población (en cada una de las personas que participan en el programa) para conseguir los fines generales y responden a las preguntas:

- ¿Qué se tiene que modificar en las personas para conseguir disminuir la edad de inicio en los consumos?
- ¿Qué es necesario hacer para reducir los problemas relacionados con las drogas?

En definitiva, qué hay que hacer para conseguir los fines identificados en el Nivel I.

Estos factores que se trabajan en los programas de prevención pretenden producir cambios en las actitudes, conocimientos y en los estilos de vida de las personas, es decir en las poblaciones destinatarias de los programas. A estos factores se les conoce también como objetivos de resultados mediadores del cambio, pues es a través de ellos como se consiguen los fines establecidos relacionados con el consumo de drogas.

Todo programa de prevención se orienta a modificar las relaciones de las personas con las drogas y con los efectos que estas producen y, por tanto, este segundo Nivel de objetivos tiene que estar alineado con el primer Nivel, al que hemos denominado fines u objetivos generales de los programas de prevención.

Así, tanto los fines de la prevención como los cambios que se pretenden conseguir en las personas, constituyen los denominados objetivos de resultados. En algunos programas pueden aparecer ambos tipos de objetivos y en otros se suelen formular como objetivos de resultados sólo los segundos o una mezcla de los segundos y los primeros. Pero un programa bien construido especificará ambos tipos de resultados. Cuando se evalúa no sólo se debe medir el cambio de actitudes sino también, el cambio en las relaciones con las drogas.

Nivel III: Objetivos de proceso

El tercer nivel viene dado por las actividades y el proceso de implantación del programa, y se refiere a la necesidad de definir los medios por los cuales se van a conseguir los demás objetivos. Estos objetivos también reciben el nombre de operacionales u objetivos de proceso. Describen qué cambios de proceso se deben producir para alcanzar los objetivos de resultados que se han establecido para el programa.

Algunos ejemplos de este tipo de objetivos, que determinan qué



tenemos que realizar para implantar el programa y conseguir los resultados esperados, pueden ser:

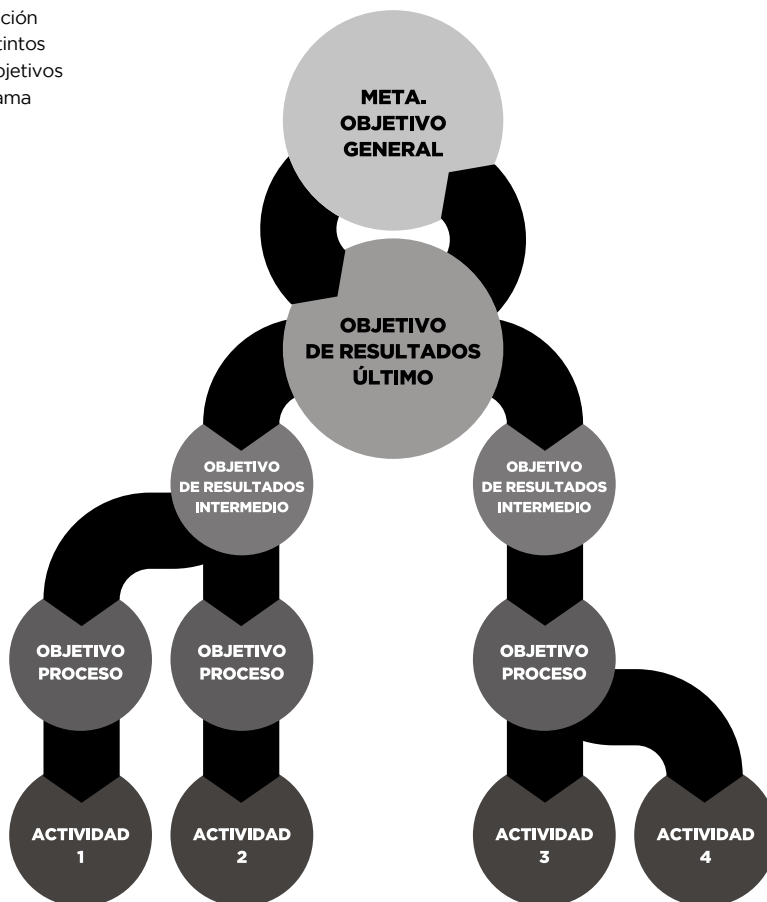
**NIVEL III
OBJETIVOS DE
PROCESO**

- Crear una estructura de coordinación.
- Definir el número de población que pretende alcanzar el programa.
- Determinar el tipo de mediadores que quiere formar.
- Impulsar el desarrollo y la creación de planes municipales de drogodependencias.
- Favorecer la participación del tejido asociativo en la prevención de las drogodependencias, mediante el desarrollo de actuaciones concretas y conjuntas con asociaciones, plataformas, etc.

Estos objetivos se sitúan en los “cómo” y los “cuántos”. Y se diferencian de los anteriores (de los objetivos de resultados), porque no nos dicen qué cambios se pretende que ocurran en las personas, sino que se orientan a guiar las cuestiones referidas al proceso de implantación del programa.

La alineación (coherencia) de estos objetivos de proceso con los de resultados permite elaborar un programa comprensivo en el que hay una relación lógica entre todos sus elementos. Muestra la estructura causal del programa. La fig. 6, muestra los diferentes niveles descritos y la alineación entre ellos.

- Fig. 6. Relación entre los distintos niveles de objetivos de un programa preventivo



B

B- Objetivos operativos u operacionales

La operativización de los objetivos significa su transformación en variables o indicadores medibles y cuantificables que se consiguen en un tiempo determinado, es decir, los objetivos para ser efectivos se marcan con una secuencia temporal.

Esta operativización se puede aplicar a cada uno de los niveles antes mencionados, ya que nos indicará en cuanto queremos modificar esos objetivos.

Así, por ejemplo, podemos pretender retrasar la edad de inicio para el consumo de una sustancia determinada en un año, reducir los consumidores de una sustancia en un 5%, reducir las urgencias hospitalarias durante los fines de semana en jóvenes en un 10%, etc.

La cuantificación es fundamental para evaluar los programas y su capacidad para conseguir modificar la situación. A veces la cuantificación es compleja y habrá que acudir a instrumentos, escalas de medida, que nos permitan ver la evolución de la consecución del objetivo.

Como ejemplo, para los objetivos de resultados, tendremos que usar escalas de actitudes y de habilidades, que nos permitirán identificar cuánto hemos modificado estos factores.

Los objetivos del tercer nivel, es decir, los objetivos de proceso, también se han de cuantificar, pues en la aplicación del programa tendrá que definirse cuántos recursos se van a crear; cuántas comisiones, cursos, actividades formativas; con cuánta población queremos contactar; y a cuántos mediadores queremos formar.

C

C- Objetivos generales y específicos

La división de los objetivos en generales y específicos es la definición más común y tiene relación con la amplitud del objetivo a conseguir, esto es, con su grado de generalización y/o concreción y, por tanto, están muy vinculados con la teoría de referencia.

Por ejemplo: Si un objetivo general es la modificación de habilidades para la vida, los objetivos específicos serán aquellas habilidades en concreto que se espera modificar.

También estos objetivos ponen en relación los objetivos generales con los de proceso, como secuencia lógica de desarrollo.

Por ejemplo: En un programa comunitario se pretende disminuir los episodios de abuso de drogas (ingreso en urgencias hospitalarias, accidentes vitales donde intervienen el alcohol y otras drogas, etc.), para ello se quiere implicar a la comunidad en el desarrollo de acciones específicas y éstas pueden concretarse en:



- Crear tres plataformas de intervención.
- Crear cuatro grupos de padres/madres con problemáticas similares.
- Sensibilizar a la población o formarla.
- Poner policía por las noches que haga controles de alcoholemia en las principales carreteras.
- Aumentar los servicios nocturnos de transporte público, etc.

El objetivo general, por su amplitud se descompone en una serie de objetivos más concretos (específicos) y, a su vez, éstos se traducen en operacionales. Todo ello contribuye a definir mejor su consecución y sus componentes.

Hay una clara relación entre los objetivos generales y los específicos y ambos pueden ser de resultados o de procesos; aunque una gran parte de los manuales y autores citan a los generales como los grandes logros que busca el programa, tanto en la comunidad como en los individuos, y a los específicos como la descomposición de los generales en aspectos parciales que a menudo se relacionan con los objetivos intermedios y los de proceso.

Por ejemplo: Un objetivo general puede hacer referencia al número de personas con las cuales el programa pretende trabajar, y este objetivo - que tiene un alcance temporal- se descompone en objetivos parciales, que concretan el número de personas bien por actividades, bien por intervalos temporales. Los objetivos específicos hacen más concreta y manejable la aplicación del programa.

La elección final de los objetivos específicos vendrá determinada por el objetivo general elegido, el modelo teórico adoptado, y los programas previamente implementados.

Pero, independientemente de la manera en que formulemos los objetivos, tiene que estar muy claro que los objetivos de resultados, es decir, los objetivos esenciales de un programa de prevención, son aquellos que indican los cambios que se buscan en las personas, lo que llevará a que se realice un cambio en las relaciones con los consumos de drogas que mantienen las personas y, por tanto, con el grupo social o la comunidad con que se vaya a realizar el programa. Los demás objetivos (los de proceso) indican cómo se va a realizar este cambio, si mediante la formación, la información, los talleres, etc.

Ejemplificando, se puede decir que no tiene sentido alguno generar una plataforma de coordinación, cuando el resultado de éste no produce ningún cambio en los fines identificados en el Nivel I descrito en este apartado. Tampoco tiene sentido que se trabaje con los objetivos conocidos como mediadores del cambio, si estos no guardan relación alguna con los cambios de los consumos y con los problemas relacionados con las drogas que tiene una comunidad.

Todos los objetivos de los planes y programas de prevención tienen que estar alineados con estos fines que muestran los



resultados finales que se esperan conseguir con cualquier actuación en prevención.

Y todos tienen que mostrar coherencia de acuerdo al esquema causal identificado en este capítulo.

Respecto a la clasificación señalada anteriormente usualmente:

- Los objetivos generales se corresponden con los objetivos de resultados.
- Los objetivos específicos suelen recoger los objetivos de resultados mediadores del cambio.
- En los objetivos específicos, dependiendo de la naturaleza del programa, se suelen incluir los objetivos de proceso.

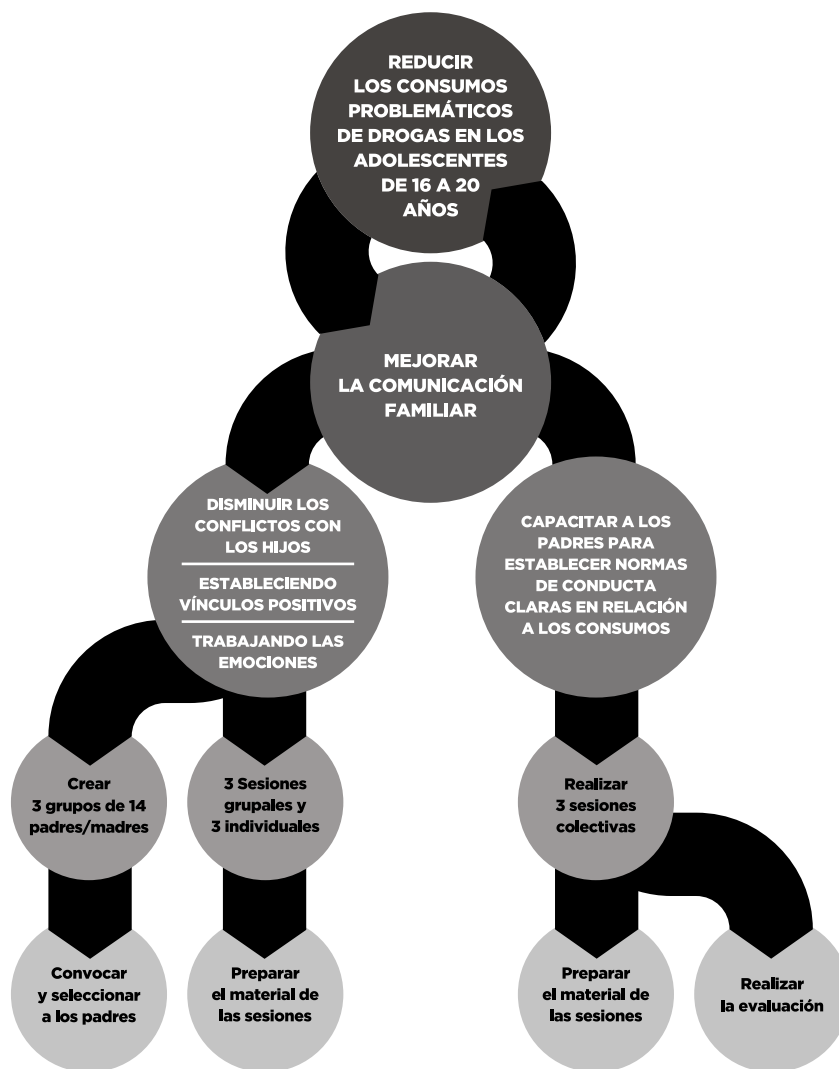
El siguiente ejemplo sobre un programa dirigido a las familias (padres y/o hijos) de adolescentes y jóvenes entre 16 y 25 años, en los que se detectan consumos iniciales, problemas de adaptación y de rendimiento escolar, y problemas precoces y persistentes de conducta y comportamiento, que, por su intensidad, no requieren una intervención terapéutica especializada, ilustra lo expuesto:

Los modelos en los que se basa este ejemplo de programa son los siguientes:

- *Modelo ecológico social para el abuso de drogas*: Se basa en un estudio en el que se muestra el efecto de un ambiente familiar inadecuado en la conducta anti-social de los menores. Por lo tanto, la hipótesis que establece el programa se establece en torno a la familia: la mejora de la comunicación familiar, en cuanto a disminuir conflictos y poner normas y límites, tiene influencia positiva en la conducta de los adolescentes en su relación con las drogas.
- *Modelo de investigación-acción*: El método del programa se caracteriza por la construcción de conocimientos, desde una perspectiva psicosocial, basados en la propia práctica de intervención que el agente externo (o investigador) establece con los miembros del colectivo (o agentes internos) donde se llevan a cabo las acciones dirigidas a producir los cambios en los distintos niveles o ámbitos de la vida de esa población.



- Fig. 7. Ejemplo de la relación entre los distintos niveles de objetivos de un programa preventivo dirigido a las familias



2.1.3.2.4 Método

La descripción de los métodos ayuda a definir cómo y con qué herramientas se conseguirán los objetivos de proceso, en lo referido a la implicación de la comunidad o la población destinataria del programa.

El método hace referencia al cómo, y guarda una estrecha relación con los objetivos de los programas y con la teoría de referencia.

Así, por ejemplo, para trabajar las habilidades sociales están indicadas actividades de participación que se desarrollan con grupos pequeños de personas para realizar actividades de role-playing durante un número de horas de trabajo determinadas.

Cada tipo de ámbito, e incluso de programa, tendrá unos métodos definidos, que ayudarán a concretar sus actividades. Estas pueden ser un curso, una charla, un taller, la realización de un trabajo de campo, una excursión o una combinación de todas estas. El método se asimila a la estrategia de implantación a seguir. Este podrá ser participativo, divulgativo, formativo, etc.



Por ejemplo: En el caso de los programas comunitarios, se exige el desarrollo de los siguientes ejes metodológicos:

Un trabajo de sensibilización en relación al problema o situación existente y cómo es posible modificarlo (sensibilización, información y diseminación de la evidencia de la eficacia, basada en la investigación, que debe estar presente en todos los pasos siguientes). La participación, tanto del tejido social que conforma a una comunidad (ciudadanos, asociaciones, y sociedad civil organizada en general), como de los recursos institucionales públicos concernidos (culturales, deportivos, educativos, de servicios sociales, etc.); este aspecto se concreta mediante la creación de una comisión, la realización de debates en los diferentes colectivos, etc.

2.1.3.2.5 Actividades

Las actividades se identificarán a partir de los métodos adoptados y sirven para concretar cómo se aplicarán los programas.

Las actividades son las actuaciones en las que se concreta el programa, pudiendo ser de diferente naturaleza.

TIPOS DE ACTIVIDADES		
	De sensibilización	Charlas, carteles, dinámicas grupales etc.
	De implantación del programa	Cursos, seminarios, encuentros, actividades de tiempo libre, etc.
	De evaluación del programa	Diseño de cuestionarios, aplicación y corrección, reuniones de análisis, etc.
	De seguimiento y coordinación del programa	Reuniones de coordinación con los diferentes implicados.
	De difusión del programa	Publicaciones, conferencias, congresos, cursos, folletos, apariciones en los medios, etc.

Algunos ejemplos en diferentes ámbitos:

- **En el ámbito comunitario:** Dar a conocer a la comunidad las características y dimensiones del problema o situación que se pretende modificar, explicando de qué forma este problema concierne a cada parte, por ejemplo, a través de:

- La difusión por todos los medios viables de la situación que se pretende modificar. Por ejemplo, si se ha realizado un estudio sobre la realidad que incide en la población con la que se va a trabajar en relación a las drogas (de la zona, comunidad, centro escolar, etc.).....
- La realización de una convocatoria a los medios de comunicación locales.
- La realización de una campaña de sensibilización en medios de comunicación.

- **En el ámbito escolar:** Un programa que va dirigido a alumnos del Tercer Ciclo de Primaria (10- 12 años) pretende dotar a los alumnos de habilidades básicas, para enfrentarse de manera responsable al consumo de drogas. Para ello ha diseñado 30 actividades en cinco bloques temáticos, cada bloque corresponde a cada una de las variables que se van a trabajar. Las actividades de este programa son:



- *Actividades de difusión del programa dándolo a conocer en la comunidad escolar por medio de reuniones, boletín informativo, etc.*
- *Las actividades de implantación del programa; en este caso consisten en cinco bloques temáticos que se imparten en las sesiones en las clases y añaden algunas actividades extra.*
- *Cada bloque temático a su vez tiene descritas unas actividades imprescindibles que son las básicas para conseguir los objetivos del programa. En cada actividad se describe un apartado con el nivel de aplicación, es decir, en qué curso es recomendable hacer la actividad y dentro de qué asignatura. Así mismo, cada actividad viene desarrollada como unidad didáctica, por ello contempla el tiempo de realización, los materiales y las dinámicas que se deben desarrollar. Estas suelen ser de rolle-playing, cumplimentación de fichas, debates, lluvia de ideas, y otras dinámica de grupos.*
- *Sin olvidar, las actividades para la evaluación del programa.*

2.1.3.2.6 Cronograma y plan de implantación del programa

Las actividades tienen que realizarse de acuerdo a un calendario anual. Un elemento importante para realizar una previsión temporal realista de las actividades a realizar a lo largo del periodo previsto para la aplicación del programa, es la elaboración de un cronograma, en el que, de forma visual y sencilla, aparezcan, organizadas por semanas o por meses, todas las actividades previstas.

Así mismo, las actividades tienen que ordenarse según su secuencia temporal e identificarse aquellas que son clave, sin las cuales no se puede seguir desarrollando el programa o una buena parte de él. De esta manera, con la identificación de los elementos críticos, se podrán diseñar medidas alternativas que permitan continuar con la implantación del programa.

Un ejemplo de Cronograma del programa presentado en la Fig. 7 que se dirige a familias, puede ser representado como en la Tabla siguiente.

Las actividades están ordenadas según las diferentes fases y por orden cronológico. Como se puede apreciar, hay actividades que son simultáneas o paralelas, por ejemplo: las reuniones con el equipo que se llevan a cabo al inicio y durante la ejecución del programa, la evaluación del mismo, o la coordinación con otras entidades (reunión con la plataforma de coordinación).



**I. DIFUSIÓN
DEL PROGRAMA**

- Reunión Claustro _____
- Reunión APA _____
- Selección de familias _____
- Entrevista con familias _____
- Recepción de solicitudes _____
- Seguimiento telefónico _____

II. IMPLEMENTACIÓN

- Selección y formación de grupos _____
- Creación de 3 grupos de padres _____
- Sesión general con padres y reparto del material _____
- Localización y reserva de aulas disponibles _____
- SESIONES GRUPALES:**
- Resolución de conflictos _____
- Establecimiento de normas _____
- SESIONES INDIVIDUALES:**
- Resolución de conflictos _____

III. COORDINACIÓN

- Reuniones internas con el equipo _____
- Reuniones con profesores _____
- Reunión plataforma de coordinación _____

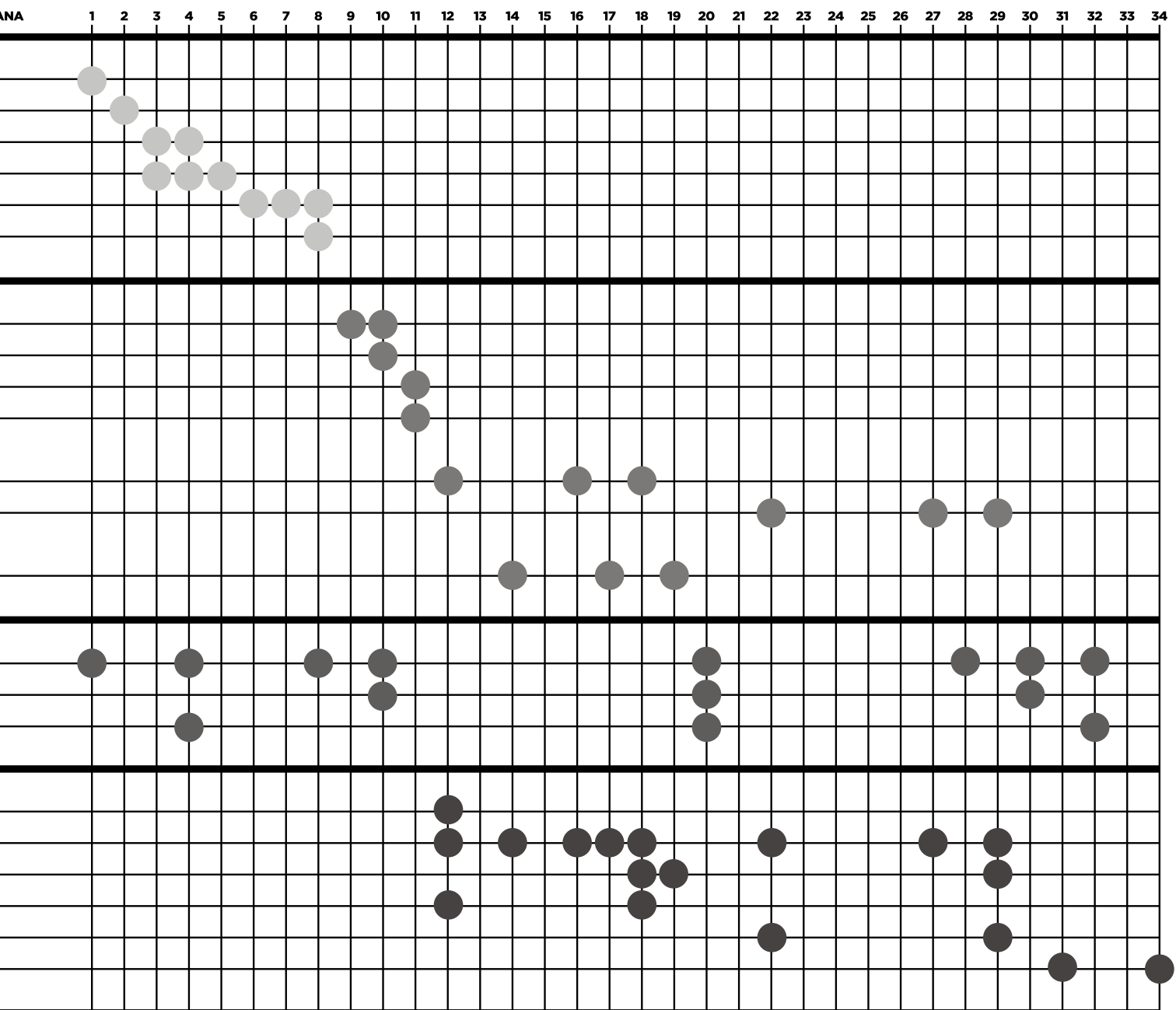
IV. EVALUACIÓN

- Cobertura del programa _____
- Asistencia de padres _____
- Satisfacción de padres _____
- Capacitación en la resolución de conflictos _____
- Capacitación de los padres en establecimiento de normas _____
- Informe final _____

Una vez definido el programa y los recursos disponibles, la siguiente fase es la implantación del programa. Para ello será necesario tener en cuenta algunos obstáculos que pueden surgir, entre los que cabe destacar:

- Los suficientes recursos financieros materiales y de personal.
- La concienciación e implicación del personal en el programa.
- La implicación y el apoyo de las administraciones, departamentos y entidades que van a colaborar en el programa.
- La creación de canales de comunicación y coordinación con los diferentes implicados.
- Las estrategias adecuadas para contactar e implicar a las poblaciones destinatarias.
- Los sistemas de registro de datos.
- Planes de contingencia ante diferentes eventualidades que puedan surgir.
- La documentación necesaria tanto técnica como divulgativa.





Además, el Plan de Implantación tiene que recoger:

- Las diferentes etapas del programa y el orden cronológico de las actividades.
- Definir las actividades con principio y fin.
- Asignar responsabilidades y asegurarse de que cada uno sabe lo que tiene que hacer y cuando tiene que hacerlo.
- Fijar las reuniones de coordinación e información cuando se trabaje con varias entidades.
- Establecer las reuniones de coordinación interna, revisión y seguimiento.

2.2. Evaluación

La evaluación se puede entender como un procedimiento de análisis y toma de decisiones, racional y empírico, sobre los programas de prevención, ya sea tanto sobre su concepción, su aplicación, sus resultados o su impacto en la comunidad. La evaluación está inserta dentro del proceso de planificación y se desarrolla de manera paralela a ésta. Su objetivo es tomar decisiones y hacer juicios de valor. La evaluación establece si se han cumplido los objetivos de los programas, si se han conseguido los cambios deseados, y si los programas se han aplicado de una manera rigurosa que permita relacionarlos con los resultados. La evaluación establece un control sobre todo el proceso y ofrece una retroalimentación necesaria para mejorar y/o modificar el programa.

La evaluación se fundamenta en el método científico, principalmente las evaluaciones de resultados que, como se desarrolla más adelante, son las que tratan de establecer una relación entre el programa y su capacidad para conseguir los objetivos planteados y los efectos deseados.

A continuación se ofrece una revisión de una serie de conceptos metodológicos básicos, tanto para comprender como para diseñar una evaluación.

2.2.1. Conceptos metodológicos

Hay una serie de conceptos básicos metodológicos en relación con las evaluaciones que es necesario comprender, por lo que a continuación se define cada uno de ellos.

A

A - Variable

Una variable es cualquier cualidad o característica de un objeto o evento, que contenga al menos dos atributos por los que pueda clasificarse. Los atributos son las distintas categorías que componen la variable.

Por ejemplo: La edad pueda tomar distintos valores, o la altura, o la satisfacción (muy buena, buena, regular, mala y muy mala) o el estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo o en pareja).

Es un requisito fundamental que las variables se definan con categorías excluyentes, y que éstas a su vez comprendan el mayor número de atributos posible. De esta manera, se podrán clasificar todas las situaciones (observaciones) que presente la variable.

B

B - Medición de una variable

Consiste en asignar valores numéricos a las distintas categorías que componen el objeto de estudio.

Según el nivel de medición que las variables ofrezcan estas podrán ser:



Nominales	- Están compuestas por diferentes denominaciones entre las que no hay ningún tipo de relación. Por ejemplo el estado civil, el sexo, la nacionalidad.
Ordinales	Son aquellas que además de cumplir las características antes referidas ofrecen la posibilidad de “ordenarse”, en el sentido de mayor que o menor que. Estas variables al igual que las anteriores expresan una cualidad y no una cantidad. Por ejemplo son la medición de la satisfacción mediante una escala de muy satisfecho, a muy insatisfecho.
De intervalo	Son variables cuantitativas o métricas, y en ellas puede cuantificarse la distancia entre sus atributos, ya sea en años, euros, metros. Por ejemplo la edad: la distancia que separa a una personas de 15 a 16 años es la misma que separa a una de 30 a 31 años. Esta capacidad de la variable ofrece la posibilidad de hacer numerosas operaciones métricas.
De razón	Estas variables son cuantitativas y métricas y permiten establecer un cero absoluto. Esto significa que permiten el cálculo de proporciones y la realización de cualquier operación aritmética. La mayoría de las variables de intervalo son también de razón, por ejemplo los ingresos, el número de habitantes, la edad, etc.

Estos cuatro niveles de medición conforman una escala acumulativa ya que cada nivel comparte las propiedades de las demás. Estos niveles es esencial tenerlos en cuenta cuando se va a evaluar. En los programas, numerosas veces se cuantifican variables cualitativas, como la satisfacción, la cual se hace “medible” mediante la utilización de una escala.

Otras variables, como las actitudes ante las drogas, para ser cuantificables han pasado por procesos de investigación, convirtiéndose en variables de intervalo y de razón. Por este motivo es importante que, cuando se midan las actitudes, se utilicen cuestionarios que ya estén validados y ofrezcan una posibilidad de interpretación.

C

C - Indicadores

Un indicador es una variable, o la relación de un conjunto de variables, que ofrecen información sobre la evolución de un fenómeno determinado o de una parte de éste. Pueden aparecer como un dato simple o en relación a otras variables. En numerosas ocasiones, aparecerán establecidos como cocientes (porcentaje de población contactada sobre la población potencial), índices, tasas o bajo alguna fórmula (la retención de los pacientes en el tratamiento).

Los indicadores son de gran utilidad para controlar y conocer cuál es la evolución y los resultados de un programa. Se ofrecen como datos numéricos aunque se refieran a una variable



D

D - Lo cualitativo y lo cuantitativo

cualitativa, como por ejemplo la satisfacción.

Una vez seleccionados los indicadores de un programa, que suelen recoger informaciones tanto de la cobertura, como de la implantación o del resultado, se puede diseñar un sistema de información o un cuadro de control, que permita medir tanto la implantación del programa como los resultados.

Lo cualitativo, significa informar de las observaciones en el lenguaje natural, es decir, sin transformarlas ni asignar números. Numerosas variables o cualidades del objeto de estudio serán por su propia naturaleza cualitativas y la investigación cualitativa ayudará a entender los procesos que se establecen.

Por ejemplo, si bien la satisfacción es una variable cualitativa y ésta se puede cuantificar mediante una escala de Likert, también podría ser estudiada preguntando a los participantes de un programa por sus opiniones, sentimientos, procesos que han desarrollado, sugerencias, etc.

Esta recogida de material será muy interesante para comprender qué es lo que ha ocurrido con la implantación de un programa y formará parte de la evaluación. Pero este análisis no constituye un indicador cualitativo, en sentido estricto, los indicadores son cuantitativos. Para transformarlo en un indicador será necesario crear una escala y obtener datos numéricos.

Los análisis cualitativos son muy valiosos en las evaluaciones, aunque éstas se orientan más hacia lo cuantitativo ya que tratan de establecer comparaciones y hacer un seguimiento sobre los cambios que se producen.

Lo cuantitativo significa informar de las observaciones asignando números y estableciendo relaciones de medida entre las variables. Como se ha visto en la definición de variables, algunas de ellas son por su naturaleza cuantitativas, como la edad, el número de ingresos, la cantidad de ingesta de alcohol. Sin embargo otras, que son de naturaleza cualitativa, será necesario transformarlas en cuantificables. Como por ejemplo las actitudes, las habilidades o la inteligencia.

Las evaluaciones se orientan más hacia la cuantificación ya que pretenden “medir” y realizar comparaciones. Pero los análisis cualitativos les aportan mucho valor.

Por ejemplo, es habitual encontrar en la evaluación de un programa escolar los resultados de los cuestionarios de actitudes que ofrecen información sobre los cambios que ha producido el programa en la población destinataria, junto con información obtenida mediante grupos de discusión con los alumnos. Estos grupos facilitan la interpretación adecuada de los datos del cuestionario, además de mostrar diferentes procesos de interés para incluir en siguientes evaluaciones.



E

E - El diseño de una evaluación

La combinación de ambos métodos, cuantitativo (con cuestionarios cerrados, escalas de medición, etc.) y cualitativos (con entrevistas en profundidad, grupos, etc.), contribuyen a conocer como se ha desarrollado el programa y ofrecen una información mucho más completa del mismo.

El diseño es la concepción de la forma en que se va a realizar la evaluación, tanto en lo que se refiere a disposición y enlace de los elementos como en lo que concierne al plan a seguir para la obtención y tratamiento de los datos. Determina la validez de los resultados, es decir, determina hasta que punto se puede establecer causalidad entre el programa (variables independientes) y los resultados (variable dependiente). Cuanto mejor esté controlada la aplicación del programa mejor se podrá establecer esta relación y mayor seguridad habrá de que el programa sea capaz de producir los cambios deseados.

De entre las diferentes clasificaciones de diseños, una de las más aceptadas es la establecida por Campbell y Stanley (1966). Estos autores los clasifican en:

Diseños pre-experimentales

Estos diseños se caracterizan porque hay una ausencia de control de las variables por parte del investigador, se efectúa una única medición y hay una ausencia de control en las fuentes que pueden invalidar la evaluación-investigación. Ahora bien, la aplicación de técnicas estadísticas potentes, como los análisis multivariable, permiten que estos diseños lleguen a establecer relaciones causales por medio del control a posteriori y no cuando se diseña la evaluación, con lo que pueden alcanzar un alto grado de rigurosidad y validez (M^a Angles Cea D'Ancona, 1999).

Estos diseños incluyen:

- El diseño de un único grupo con una sola medición (después del programa).
- El diseño de pretest - posttest de un único grupo.
- La comparación entre el grupo experimental y control sin medida previa.

Diseños experimentales

Se dirigen a controlar todas las posibles fuentes que puedan invalidar una evaluación. Son sus características las que el experimentador manipula en las variables (ejemplo, la aplicación de un programa). Existen grupos control totalmente equivalentes y los individuos se asignan de manera aleatoria a los grupos, lo que garantiza la equivalencia de ambos grupos.

Se favorece el análisis de relaciones causales al cumplirse las exi-

gencias de validez interna. No obstante estos diseños presentan un problema en cuanto a la validez externa (posibilidad de generalizar las conclusiones a situaciones similares), debido a la manipulación del experimentador y a que los sujetos que no se eligen de una muestra, no representan a una población.

Diseños cuasi-experimentales

Están en medio entre los dos grupos descritos anteriormente. En estos diseños puede haber o no manipulación de la variable experimental pero se diferencian de los experimentales en que rara vez ocurren en un laboratorio: se desarrollan en la vida real. La distribución de la muestra a los grupos control y experimental no se realiza de manera aleatoria, por lo que no puede garantizarse la equivalencia (similitud) de ambos grupos. Pero esta limitación puede solventarse mediante la aplicación de técnicas estadísticas bivariantes y multivariantes de control a posteriori, lo que favorece conseguir resultados tan válidos como en los diseños experimentales.

Entre estos diseños, cabe destacar los siguientes grupos:

- Diseños de grupo control no equivalente.
- Diseños de series temporales, en los que la variable dependiente se mide a lo largo de distintos periodos de tiempo.

Los diseños que con mayor frecuencia se realizan en el ámbito de la prevención son los cuasi-experimentales con grupos control no equivalentes, a los cuales se les aplican potentes técnicas estadísticas que permiten conseguir un alto grado de validez.

2.2.2. Distintos tipos de evaluación

Siguiendo con la evaluación entre los diferentes tipos existentes y para aplicar programas de calidad, la primera evaluación a realizar será la evaluación del propio diseño del programa. Este tipo de evaluación permite conocer el programa en profundidad y ordenar los distintos elementos que lo componen, para analizar la coherencia entre estos.

La evaluación del diseño se realiza mediante el análisis causal del programa que, como ha sido explicado anteriormente, parte de identificar los componentes del programa, sus actividades, sus objetivos de proceso y sus objetivos de resultados. Todo ello tiene que estar en la misma línea que el objetivo general o meta del programa.

En este tipo de evaluación hay que asegurar que exista coherencia (entendida como relación lógica) entre las diferentes partes, a saber:

- Una relación lógica entre los objetivos que se pretenden conseguir, las necesidades de la población destinataria, y los indicadores que se seleccionarán para poder evaluar la situación de partida y la situación al finalizar el programa.
- Una relación lógica entre los indicadores con los que se pretende trabajar y el modelo teórico elegido.
- Exista una relación lógica entre los objetivos que se marcan en el programa y los recursos disponibles para alcanzarlos.
- Exista una relación lógica entre los objetivos, los recursos y las actividades planteadas.



- Exista una relación lógica entre los objetivos, los indicadores seleccionados desde el inicio y los resultados finales esperados.

Esta coherencia o relación lógica entre los elementos quedará determinada por el marco teórico de partida, la evidencia empírica disponible y por la estrategia seleccionada.

Por ejemplo, es habitual encontrar en los programas de prevención un objetivo destinado a modificar las actitudes de la población objetivo del programa y, para ello, escoger actividades de información que, tanto por sus contenidos como por su duración temporal, son inadecuadas para modificar una actitud.

Ya que para ello, según la evidencia disponible, sería necesario realizar actividades que no sólo modifiquen los conocimientos, sino que también permitan cambiar las creencias.

La intervención tendrá que desarrollarse de acuerdo al concepto de actitud y, por tanto, con una metodología que permita trabajar, no sólo con componentes cognitivos, sino también con componentes afectivos.

Este ejemplo muestra como no hay una relación lógica (empírica) entre el objetivo, los recursos y las actividades que se han planteado para aplicarlo.

Si un programa ha sido adecuadamente diseñado y planificado desde sus comienzos, los datos recogidos a lo largo de su implementación permiten realizar tres tipos de evaluación que son básicos: la evaluación de la cobertura, del proceso y de los resultados.

2.2.2.1. Evaluación de cobertura

La evaluación de cobertura permite saber a cuanta población destinataria ha llegado el programa de entre el total de población a la que potencialmente podría (o debería) haber llegado (definida inicialmente como población destinataria final), de acuerdo a datos objetivos disponibles (censo u otros registros disponibles) según sea la población de que se trate.

Para conocer este dato, hay que conocer la población global existente en el ámbito territorial (ciudad, zona, barrio, etc.) a la que pretendía llegar el programa (población destinataria final), y calcular el tanto por ciento de la población a la que realmente se ha llegado.

Este tipo de evaluación ofrece información continua sobre el alcance del programa y se puede referir tanto a las poblaciones finales elegidas como a las poblaciones mediadoras.

Por ejemplo: Un programa de prevención escolar dirigido a estudiantes de 16 y 18 años que se aplique en un municipio, tiene una población potencial (todos los estudiantes de esa edad que están en centros de formación) de 1.500 personas; el programa se va a aplicar durante dos años y pretende llegar cada año al 50% de los estudiantes, es decir a 750.

A lo largo de la aplicación del programa iremos recogiendo el número de estudiantes al que llega, de tal manera que, al final del año, veremos si se ha cumplido el objetivo. Si al final del año hemos llegado a 500 estudiantes, no habremos cumplido el objetivo ya que sólo habremos llegado al 66% de ese 50% previsto. Este dato nos hará reflexionar sobre el programa y ajustar las actuaciones para conseguir los objetivos previstos.

Además, en el caso de los programas escolares, en numerosas ocasiones se trabaja con poblaciones intermedias, como es el caso de los profesores y de los padres. De la misma manera tendremos que estimar cual es la población potencial de pro-



fesores y, a partir de aquí, ir analizando cuantos vamos formando y así podremos valorar hasta que punto hemos cubierto los objetivos, es decir, vamos alcanzando la cobertura deseada.

Este tipo de evaluación se completa con una descripción de las características socio-demográficas de la/s población/es destinataria/s del programa, puesto que, no sólo es necesario saber a cuántos se ha llegado, sino también determinar si la población alcanzada es la deseada.

En el ejemplo anterior tendríamos que saber si los estudiantes que han participado en el programa, se corresponden con las edades previstas y con el ciclo escolar escogido. Lo mismo ocurrirá con los profesores, será necesario saber si los profesores que han participado, son los que están en el ciclo escolar seleccionado y, son los que dan clase a los alumnos, población destinataria final del programa.

En definitiva, la evaluación de la cobertura de la población, recoge datos sobre cuántos han participado y sobre quiénes son los participantes. De esta manera se podrá evaluar tanto la extensión del programa como la adecuación de las poblaciones destinatarias. Adicionalmente pueden registrarse otros datos complementarios como son: número y tipo de material difundido, repartido o utilizado; y porcentaje de material repartido, difundido o utilizado, por persona potencialmente beneficiaria (total de población a la que potencialmente podría o debería haber llegado el programa).

**PREGUNTAS A LAS
QUE RESPONDE
LA EVALUACIÓN
DE LA COBERTURA**

¿Se ha llegado a las personas (grupos de población objetivo) que se pretendía?

¿Cuál ha sido el alcance del programa y por qué?

¿Coincide el perfil (características sociodemográficas) de los usuarios con el perfil deseado?

¿Cómo valoran los usuarios la accesibilidad del programa y los medios utilizados para su difusión e implantación?

¿Han sido adecuados los contenidos del programa a las poblaciones destinatarias?

2.2.2.2. Evaluación de proceso

La evaluación de proceso permite valorar el funcionamiento del programa. Se realiza a través de la observación directa y el registro del cumplimiento de las actuaciones y del cumplimiento del cronograma de actividades inicialmente previsto.

Para realizar la evaluación de proceso, deben utilizarse instrumentos que permitan recoger o registrar datos relevantes sobre el desarrollo de cada una de las actividades previstas (ya sea a través de formularios manuales o electrónicos o a través de registros audio-visuales que posteriormente requerirán el traspaso a registros manuales o electrónicos). Los instrumentos más comúnmente utilizados son: los registros, las fichas y los cuestionarios.

La recogida de estos datos de proceso debe realizarse durante el desarrollo de las actividades. Los indicadores que pueden registrarse son:



DE LA ACTIVIDAD	<p>Nº y tipo de actuaciones realizadas en relación a las previstas (reuniones formales e informales, u otras actuaciones como pueden ser: actividades de difusión y sensibilización, de formación, de seguimiento y coordinación, de edición de materiales).</p> <p>Nº de asistentes por actividad.</p> <p>Calidad percibida de cada actividad por parte de cada participante: se recoge mediante la puntuación de la actividad otorgada por parte de las personas participantes (muy buena, buena, aceptable, regular, mala, muy mala).</p> <p>Duración de la actividad en relación a la prevista. Etc.</p>
DE PERSONAL PARTICIPANTE	<p>Nº de profesionales que intervienen en el programa.</p> <p>Nº de mediadores que intervienen en el programa.</p> <p>Nº de profesionales/mediadores por áreas de trabajo o procedencia.</p> <p>Horas dedicadas a la ejecución del programa.</p> <p>Grado de satisfacción de cada mediador en relación a su participación (muy buena, buena, aceptable, regular, mala, muy mala). Etc.</p>
DE EFICIENCIA	<p>Se debe indicar el coste total del programa.</p> <p>El coste por hora de aplicación.</p> <p>El coste por participante en el mismo (población final beneficiada).</p> <p>Estos cálculos permiten además obtener el grado de eficiencia obtenida cuando se calculan los costes en base a los resultados obtenidos (ver evaluación de resultados).</p>
DE INCIDENCIAS IMPREVISTAS	<p>Nº y tipo de incidencias no previstas. Para cada incidencia hay que registrar, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tipo de incidencia.- Motivo objetivo por el que se ha producido.- Duración.- Posibles consecuencias que ha generado.
DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PARTICIPANTES	<p>Se pregunta su valoración personal sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">- El programa.- Los técnicos.- Los materiales.- La sala.- Los recursos empleados. Etc. <p>Estos datos, a menudo, se completan con la opinión sobre los aspectos mejores del programa y los que serían mejorables.</p> <p>Para ello se suelen utilizar cuestionarios que miden las respuestas a través de una escala de Likert: 1 muy poco satisfactorio y 5 muy satisfactorio.</p>

Las preguntas de esta evaluación suelen formularse como:

- ¿Qué opinión tienen del programa los técnicos que lo llevan a cabo? ¿Lo apoyan abiertamente o por el contrario creen que el programa es incompleto o inadecuado?
- ¿Qué recursos materiales han sido asignados, han sido suficientes?
- ¿Cuáles son las actividades aplicadas por el programa? ¿Han seguido el esquema previsto? ¿Cuál ha sido la participación?
- ¿Cuáles han sido los costes del programa, por hora de aplicación, por persona participante?
- ¿Han quedado satisfechos los participantes? ¿Qué es lo que más ha gustado y qué sería mejorable?
- ¿Se han encontrado sucesos inesperados? ¿Qué se ha hecho para resolverlos?
- ¿Qué mejoras se podrían introducir en las siguientes aplicaciones?
- ¿Qué es lo que se debe evitar?

Los métodos a utilizar para este tipo de evaluación suelen ser descriptivos tanto cualitativos como cuantitativos.



Los instrumentos que se utilizan suelen ser: cuestionarios, escalas de satisfacción, registros de actividad, registros de asistencia, etc.

La evaluación del proceso a menudo se complementa con la realización de grupos y/o entrevistas con las personas participantes en el programa, tanto con los usuarios como con el personal, los voluntarios o las instituciones que han participado. La realización de estos grupos ofrece una visión amplia y abierta de cómo ha sido percibida la aplicación del programa y permiten detectar aspectos importantes de mejora y de diseño, útiles para introducir en las siguientes aplicaciones. Aportan información relevante sobre los efectos percibidos por las distintas poblaciones, cuales han sido las actividades más adecuadas, los problemas encontrados, las mejoras propuestas, etc.

La combinación de técnicas cuantitativas (registros, cuestionarios, etc.) junto con las cualitativas (entrevistas, grupos) enriquecen la evaluación del programa y además facilitan una mejor comprensión de la evaluación de los resultados.

A menudo en programas complejos se diseñan sistemas de información, que de manera continuada ofrecen datos sobre la evaluación del programa. Los sistemas de información se establecen a partir de un conjunto de indicadores seleccionados que se revisan de manera periódica.

2.2.2.3. Evaluación de resultados

La evaluación de resultados es un tipo de evaluación que sirve para saber si, tras la aplicación del programa, se han alcanzado los objetivos/efectos del programa en la población destinataria. Es decir, si se han alcanzado los cambios que se pretendían conseguir. Este tipo de evaluaciones presenta una mayor complejidad metodológica que la evaluación de procesos ya que pretende vincular el programa a sus efectos (establecer relaciones entre las variables y para ello necesita controlar los elementos que pueden intervenir y por tanto alterar los resultados). En este tipo de evaluación es muy importante controlar la validez interna, y esto se hará mediante el uso de un diseño adecuado.

Según sea el diseño de evaluación que se haya adoptado (experimental o cuasi-experimental), los cambios medidos en esta fase se podrán atribuir o no a la ejecución del programa.

Aunque la aplicación de un programa preventivo no debe confundirse con la realización de una investigación, es importante disponer al menos de una aproximación cuasi-experimental (diseño de evaluación pre y post intervención con grupo de comparación) o un diseño pre y post que permita a los responsables del programa conocer si tras la aplicación del programa se ha modificado uno o más de los indicadores que se pretendía modificar, que suelen venir reflejados en los objetivos específicos mediadores del cambio. Igualmente, es deseable que esta evaluación de resultados se haga, al menos a corto plazo (al final del programa), y es siempre de gran utilidad poder realizar una evaluación a medio plazo (a los 12 meses de la finalización del programa). De esta manera se podrá conocer la consistencia de los resultados.

Las preguntas a las que contesta la evaluación son:

¿Hasta qué punto se han alcanzado los objetivos y los cambios deseados?

¿Se han producido otros efectos, cuáles?

¿Se han producido efectos negativos?

¿Hasta qué punto ha disminuido el programa alguno de los efectos consecuencias negativas del consumo de drogas?

Una evaluación de resultados supone desarrollar las siguientes fases:

- Definir el programa en función de un modelo teórico adecuado.



- Seleccionar las variables: los componentes del programa tienen que estar definidos en variables.
- Debe establecerse un diseño (plan experimental) sobre cómo van a recogerse los datos. Es recomendable utilizar en la aplicación de programas ya evaluados y una vez probada su eficacia diseños pre y post con grupo de comparación. Esto aumentará su validez interna y permitirá determinar la relación entre las variables. Cuando no es posible establecer un diseño cuasi-experimental, y el programa ya ha sido validado en anteriores investigaciones, será deseable aplicar un diseño pre y post.
- Hacer la aplicación, recoger los datos, depurarlos, analizar los resultados, y hacer un informe final.

Los instrumentos a utilizar más comunes suelen ser los cuestionarios, que se completarán con otras técnicas cualitativas como los grupos y las entrevistas.

En las evaluaciones de resultados, al igual que en las de procesos, es conveniente además completarlas con grupos de discusión y/o entrevistas en profundidad, ya que estos pueden ofrecer información valiosa que ayude a interpretar y a comprender cuáles son los efectos tanto esperados como no esperados del programa en su población destinataria. Ya que en este tipo de evaluación es importante, además, determinar cuáles son los efectos del programa y esto por varias razones⁴ entre las que cabe destacar que puede que los objetivos no estén bien formulados, y no recojan todos los posibles efectos del programa tanto positivos, como negativos. Para ello es relevante aplicar las técnicas cualitativas antes mencionadas.

⁴ Para más información consultar: Francisco Alvira Martín, Metodología de la Evaluación de programas. Cuadernos metodológicos. CIS, 1991

Otra posibilidad de valorar los resultados de un programa es realizar una medición de los objetivos con un diseño simple, es decir, medirlos sólo al final del programa. Por ejemplo: medir las actitudes de un grupo, o los conocimientos. Con este tipo de diseño no se puede establecer la relación entre el programa y sus efectos, pero sí se puede valorar si la población con la que se ha trabajado tiene unos conocimientos o unas actitudes que son las deseables. Ahora bien, a la hora de interpretar como se han adquirido esos conocimientos, comportamientos o actitudes no se sabrá si se deben al programa o a otros factores que han estado incidiendo, como por ejemplo, si ese grupo de población ha recibido otro programa, o si ya tenía esas actitudes o conocimientos antes de empezar.

2.2.2.4. Indicadores de evaluación de los programas de prevención

En este apartado se mencionan los indicadores que son relevantes para el desarrollo y evaluación de los programas preventivos. El detalle de los indicadores concretos más útiles y específicos para cada ámbito, se presenta en los capítulos correspondientes a cada ámbito de intervención (comunitario, educativo, familiar, laboral, medios de comunicación y ocio y tiempo libre). En este apartado se presentan, por ámbitos de intervención, los indicadores que evalúan la cobertura y el funcionamiento de un programa. En el apartado final se enumeran los grupos de indicadores que pueden resultar útiles para evaluar el resultado de los programas.

El objetivo de este apartado es facilitar la evaluación de los programas de prevención, ofreciendo un conjunto de indicadores que pueden ser utilizados por los profesionales del área. Recordamos que los indicadores son elementos cuantitativos que sirven para medir un concepto y la evolución de un fenómeno o una situación determinada.

Los indicadores que a continuación se describen son útiles para evaluar la cobertura de los programas, el proceso de implantación de los mismos, además, sirven para comparar



entre el logro de unos programas frente a otros, y permiten identificar cuales son más efectivos, están mejor implantados y tienen más calidad.

Así mismo, este conjunto de indicadores permite desarrollar criterios de calidad de los programas que, de acuerdo a sus modelos teóricos de referencia, posibilitan valorar las condiciones idóneas de aplicación de un programa, ya sea referidos a su implantación, la cobertura deseada o al control de los costes.

Con los siguientes indicadores se puede construir un cuadro de control que anualmente aporte información actualizada sobre la evolución del área de prevención, así como de cada uno de los planes y programas. Esta información es básica para realizar futuras planificaciones y para determinar el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan Estratégico.

2.2.2.4.1. Indicadores generales de situación del Área de Prevención de Drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM)

Estos indicadores aportan información sobre el conjunto de planes y programas de prevención que se están desarrollando en la CARM. Se pueden aplicar tanto a los programas municipales como a las ONG. Recogen información de los planes, programas, la cobertura poblacional, las actividades, el personal y los costes.

A

A - Sobre los planes y programas locales de prevención

1. Número de ayuntamientos con Plan Local de Prevención de Drogodependencias / número de ayuntamientos con posibilidades de tener plan, o por la totalidad de ayuntamientos (x 100).
2. Número de ayuntamientos sin Plan pero con actuaciones / por el total.
3. Área geográfica: Número de ayuntamientos con actuaciones de prevención / total de ayuntamientos.
4. Número de ayuntamientos según ámbito de prevención desarrollado.
5. Descripción de los ayuntamientos por ámbitos que desarrollan (interesante para hacer un mapa geográfico de cobertura según ámbito).

B

B - Sobre las ONG

1. Número total de ONG que realizan programas / total potencial de ONG.
2. Número de ONG que colaboran en planes de prevención / Número total de ONG participantes.
3. Presupuesto medio por ONG, máximo y mínimo.
4. Descripción en porcentaje de los tipos de programas que realizan.



C

C - Sobre los programas

1. Tipo de programa presentado a la subvención / N° total de programas presentados (se puede poner en relación presentados y subvencionados).
2. N° de programas que están relacionados con un Plan Local / N° total de programas y lo mismo para los que no lo están (x 100) (también se puede obtener por ámbitos o tipos de programas).
3. Número total de programa nuevos / N° total de programas (lo mismo se puede hacer por ámbitos).
4. N° total de programas que continúan / N° total de programas.
5. Entidades organizadoras de los programas (tipo y número de programas) y en porcentaje.
6. Entidades ejecutoras de los programas.

D

D - Sobre las poblaciones destinatarias (finales e intermedias)

1. N° total de poblaciones directas finales objetivo de cada programa / N° total de habitantes de Murcia o por las poblaciones potenciales.
2. N° total de personas en función de los colectivos trabajados / Todos con los que se ha trabajado o todos los que potencialmente hay en Murcia.
3. N° total de personas nuevas / Según cada colectivo. Porcentaje de nuevos según cada colectivo.
4. N° de población mediadora / población total (potencialmente, los que hay). Porcentaje de nuevos.

E

E - Sobre las actividades y personal

1. Indicadores de personal / Profesionales número y tipo.
2. Número de horas que dedican a prevención del total de horas (personas por población).
3. Evaluación (sí / no).

F

F - Sobre los costes

1. Presupuesto / Por habitante, por profesional. Etc.



2.2.2.4.2. Indicadores en función de cada tipo de programa

A continuación se describen los indicadores seleccionados que permiten hacer el seguimiento de cada uno de los programas establecidos en los siguientes ámbitos de intervención: escolar, familiar, comunitario, ocio y tiempo libre, y menores en riesgo. Muchos de estos indicadores se recogen en la actualidad, la novedad está en que además de incluir algunos nuevos y homogeneizar la recogida de datos, algunos de ellos están formulados en relación con otras variables, como es relacionar la población que atiende el programa con las poblaciones potenciales destinatarias. La mayoría de estos indicadores se ofrecen en porcentajes ya que los datos directos aportan escasa información y al no tener referencia es difícil su interpretación.

El panel de indicadores descritos para cada uno de los ámbitos seleccionados es el siguiente:

	PANEL DE INDICADORES PARA PROGRAMAS DEL ÁMBITO EDUCATIVO
1	Nº total de programas escolares/ sobre el Nº total de programas de prevención.
2	Nº según tipo o nombre del programa escolar realizado.
3	Entidades organizadoras, responsables (ayuntamientos u ONG).
4	Entidades ejecutoras (quienes los desarrollan y colaboran en su desarrollo).
5	Tipo de prevención realizada general selectiva o indicada (directa y/o en %).
6	Tipo de centro (directo y % y por la cobertura: el total de centros de cada tipo).
7	Nº de centros nuevos/total de centros que han intervenido.
8	Nº total de alumnos en función del ciclo o del curso/Nº total potencial (de los centros intervenidos y/o de todos los centros de Murcia).
9	Nº de alumnos en función del tipo de centro.
10	La cobertura la veríamos con el Nº total /población potencial por ciclos.
11	Edades de los alumnos en función del ciclo.
12	Edades según el tipo de programa (general/selectivo o indicado).
13	Número total de profesores (sensibilizados, formados y que han ejecutado el programa/Población potencial participante de los centros (del total).
14	Número de profesores nuevos (según los mismos conceptos)/número total de profesores participantes (del total).
15	Nº de profesores en función del ciclo o nivel educativo.
16	Edades de los alumnos en función del ciclo.
17	Nº de horas que dedican los profesionales a estos programas /total de horas.
18	Porcentaje del tipo de profesional / todos los profesionales del área.
19	Nº de horas totales de intervención por programa y según ciclos (se pueden hacer medias).
20	Sesiones o actividades (habría que catalogarlas según sean: presentación, información, formación o seguimiento). Indicar sesiones por horas.
21	Materiales utilizados: nombrar material.
22	Contenidos (seguir cuadro de contenidos).
23	Presupuesto total y por organizaciones que han financiado el programa (se divide entre el número de habitantes y entre las poblaciones destinatarias).

	PANEL DE INDICADORES PARA PROGRAMAS DEL ÁMBITO FAMILIAR
1	Número total de programas realizados (% en relación al total).
2	Número según tipo o nombre del programa.
3	Entidades organizadoras (ayuntamientos, ONG).
4	Entidades ejecutoras.
5	Tipo de programas: universal, selectivo o indicado/Según tipos de familias.
6	Con quién se realiza: población destinataria (padres o padres con hijos) en absolutos y en porcentaje.
7	Población destinataria, número y tipo (según clasificación).
8	Población destinataria / Población potencial destinataria.



9	Porcentaje por rango de edades.
10	Número de nuevos participantes en el programa / Total de participantes
11	Número de profesores que participan / Total de profesores que hay y total de profesores potenciales con los que se podría trabajar en los colegios.
12	Porcentaje de nuevos profesores que se han incorporado.
13	Total de profesionales que participan y tipo de profesionales / Total de profesionales del área en porcentaje.
14	Número de horas por profesional / Relación de horas totales dedicadas.
15	Porcentaje de horas totales por programa.
16	Frecuencia de sesiones (tipos de sesiones y horas en sesiones).
17	Actividades tipo, frecuencia y horas por actividad.
18	Está Incluido en otros más amplios.
19	Materiales: tipo y frecuencia de uso o distribución.
20	Contenidos.
21	Presupuesto.

PANEL DE INDICADORES PARA PROGRAMAS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

1	Nº total de programas realizados (% en relación al total).
2	Nº según tipo o nombre del programa.
3	Entidades organizadoras (ayuntamientos, ONG).
4	Entidades ejecutoras.
5	Tipo de programas: universal, selectivo o indicado.
6	Lugar donde se realizan los programas.
7	Población por tipo y número / población potencial.
8	Porcentaje por rango de edades.
9	Nuevos participantes en el programa / Total de participantes.
10	Número de profesionales / Total de profesionales del área.
11	Tipo de profesional / Total de profesionales del área y porcentaje de cada tipo.
12	Número de horas de profesionales / Total de horas de los profesionales.
13	Tipo de actividad y porcentaje sobre el total.
14	Número de horas del programa, media.
15	Porcentaje de horas por actividad.
16	Materiales: tipo y frecuencia de uso o distribución.
17	Contenidos.
18	Presupuesto.

PANEL DE INDICADORES PARA PROGRAMAS DEL ÁMBITO LABORAL:

1	Número total de programas realizados (porcentaje en relación al total).
2	Número según tipo o nombre del programa.
3	Número y tipo (por sector de actividad) de empresas que participan / Total de empresas.
4	Tamaño de las empresas (en cuanto a personal).
5	Entidades organizadoras (ayuntamientos, ONG).
6	Entidades ejecutoras.
7	Tipo de programas: universal, selectivo e indicado.
8	Población por tipo y número / Por población potencial.
9	Porcentaje de rango de edades.
10	Nuevos participantes en el programa / Total de participantes.
11	Número de profesionales / Total de profesionales del área.
12	Tipo de profesional / Total de profesionales del área en porcentajes.
13	Número de horas de profesionales / Total horas de los profesionales.
14	Tipo de actividad y porcentaje sobre el total.
15	Número de horas del programa, media.
16	Porcentaje de horas por actividad.
17	Materiales: tipo y frecuencia de uso o distribución.
18	Contenidos.
19	Presupuesto.



PANEL DE INDICADORES PARA PROGRAMAS CON MENORES EN RIESGO:	
1	Número total de programas realizados (porcentaje en relación al total).
2	Número según tipo o nombre del programa.
3	Entidades organizadoras (ayuntamientos, ONGs).
4	Entidades ejecutoras.
5	Tipo de programas: universal, selectivo e indicado.
6	Número de menores / Población potencial.
7	Rango de Edades.
8	Número de menores nuevos en el año / Total de menores atendidos.
9	Número de profesionales y tipo de profesionales con relación al total del área.
10	Horas de profesionales dedicadas a este programa / Horas totales de los profesionales.
11	Número total de horas de programa (media, moda, mediana, etc.)
12	Vía de acceso de los menores al programa.
13	Factores de riesgo.
14	Número y tipo de actividad realizada (codificar horas por tipo de actividad).
15	Materiales.
16	Contenidos.
17	Evaluación.
18	Presupuesto.

2.2.2.4.3. Indicadores de resultados

Los indicadores de resultados dan cuenta de los cambios que se han producido en las poblaciones destinatarias. Miden la consecución de los objetivos finales e intermedios. Como indicadores de resultados en prevención de drogodependencias se pueden considerar los obtenidos a través del Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia y los del Observatorio sobre Drogas estatal de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Política Social:

A- Los indicadores del SEIPAD (antiguo SEIT): Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, facilitados por los Centros de Atención a Drogodependencias de la Región de Murcia.

B- Indicadores de Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

C- Indicadores de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

D- Los indicadores elaborados a partir de la encuesta escolar (ESTUDES).

E- Los indicadores elaborados a partir de las encuestas a población general (EDADES).

F- Otro tipo de indicadores indirectos relacionados con el fenómeno de las drogodependencias, tales como las detenciones policiales, el volumen de venta de bebidas alcohólicas o los resultados de los controles de alcoholemia.



Como indicadores de resultados directos del Área de Prevención se podría elaborar los relacionados con los objetivos intermedios o variables mediadoras del cambio. Nos referimos a cuestiones como la modificación de actitudes, valores, creencias, etc., es decir, todas aquellas áreas que forman los contenidos de los programas para lograr disminuir y/o evitar el consumo y los problemas con las drogas.



ALGUNOS GRUPOS DE INDICADORES ÚTILES PARA EVALUAR LOS EFECTOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA

INDICADORES DE CONSUMO

Son variables directamente relacionadas con el consumo de cada sustancia psicoactiva en la comunidad donde se realizará el plan o programa (barrio, municipio, etc.).

INDICADORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y COMUNITARIOS

Se trata de datos socioeconómicos y culturales del entorno comunitario donde se realizará el plan o programa (barrio, municipio, etc.) son necesarios para describir la situación y a la población.

INDICADORES DE MERCADO

Son variables que proporcionan información sobre las características del mercado de drogas legales e ilegales en la comunidad. Útiles para interpretar la accesibilidad a las sustancias.

INDICADORES DE PERCEPCIÓN Y REPRESENTACIÓN EN RELACIÓN A LAS DROGAS Y A LA EFICACIA DE LAS POLÍTICAS Y PROGRAMAS PREVENTIVOS

Permiten medir variables sobre conocimientos, mitos y creencias erróneas, actitudes existentes en relación a las drogas, a sus usos, así como sobre la percepción de la eficacia de las políticas y programas de prevención.

2.3. Resumen de los criterios más relevantes para diseñar, ajustar e implantar un programa de prevención y su evaluación

PRINCIPALES DEBILIDADES DE ALGUNOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

La utilización de programas cuya eficacia no ha sido experimentalmente probada.

Desarrollar unos procesos de implementación inadecuados.

La consideración parcial de sólo algunos de los factores - de índole personal, familiar, social, etc. - que subyacen o promueven comportamientos de protección o de riesgo en relación a la salud.

Una desproporción entre los objetivos esperados - con frecuencia excesivamente ambiciosos - y los recursos disponibles.

El desarrollo de un proceso que no responde a criterios lógicos ni de consistencia interna.

La dificultad de valorar si el programa ha servido para modificar la situación que se deseaba cambiar.



PARA EVITAR QUE ESTO OCURRA Y ASEGURAR LA BUENA CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES SERÁ NECESARIO TENER EN CUENTA LOS SIGUIENTE CRITERIOS

La utilización de programas cuya eficacia ha sido experimentalmente probada.

Analizar el programa que se pretende implantar de acuerdo a su modelo causal para identificar la coherencia de los diferentes apartados: componentes, actividades y objetivos (de procesos y de resultados). Y así diseñar su evaluación.

Conocer la situación, el entorno y el o los colectivos sobre los que se va a aplicar. Para ello habrá que realizar una recogida de datos secundarios y hacer unas entrevistas o grupos focales.

Diseñar unos procesos de implementación adecuados en los que el programa - ya sea nuevo o ya haya sido probado - se ajuste a las necesidades de la zona en la que se va a aplicar y a sus poblaciones destinatarias.

Implicar de las autoridades, administraciones y otras entidades relacionadas en el desarrollo del programa.

Diseñar un plan de implementación.

Realizar una clara descripción de los objetivos, en los que se definan los resultados que busca el programa en las poblaciones destinatarias, que estén operativizados e indiquen a cuánta población pretenden llegar y cuantas actuaciones pretenden realizar.

Establecer una relación clara entre los objetivos que se pretenden y los recursos disponibles.

Diseñar una evaluación que incluya la evaluación de la cobertura, del proceso y de los resultados, y que defina instrumentos y criterios para su aplicación e interpretación.

Realizar unas sesiones de formación del equipo que va a ejecutar el programa.

2.4. Consideración de la evidencia disponible

La consideración de la evidencia de eficacia es otro de los requisitos, sin el cual no debería iniciarse programa de prevención alguno. Para determinar si el programa que queremos implementar incluye los principios de prevención basados en investigación, es recomendable (NIDA, 2003) responder al siguiente listado de preguntas:

- Globalmente considerado:

A- ¿Dispone el programa de componentes capaces de implicar a todos los ámbitos y actores (mediadores) necesarios?

B- ¿Están los componentes del programa bien integrados en tema y contenido para así reforzarse mutuamente?

C- Si se trata de un programa comunitario, ¿utiliza las estrategias de movilización y educación comunitaria necesarias para incrementar el conocimiento público, atraer el apoyo comunitario, reforzar los programas educativos dirigidos tanto al alumnado como a las familias, y mantener al público informado del progreso del programa?

D- Si se trata de un programa educativo, ¿utiliza las estrategias necesarias para promover una acción global y coordinada del sector, así como dentro de cada centro educativo? ¿Asegura la necesaria formación del profesorado? ¿Incluye métodos educativos interactivos?

E- Si se trata de un programa de reducción de riesgos ¿Integra los elementos necesarios para promover una información basada en la evidencia, así como componentes para promover la adopción de estilos de vida saludables? ¿Asegura la necesaria formación de los mediadores que desarrollan el programa?



- ¿Pueden ser coordinados los componentes del programa con otros esfuerzos comunitarios para reforzar los mensajes preventivos?
- ¿Están cuidadosamente diseñadas las intervenciones para alcanzar diferentes poblaciones en situación de riesgo, y tienen la duración suficiente para alcanzar los objetivos marcados?
- ¿Sigue el programa un plan de organización estructurada que progresa desde la identificación de las necesidades, pasa por la definición de objetivos, la planificación de actuaciones, la implementación de actividades, llegando hasta la evaluación y la revisión necesaria para permitir el refinamiento de sus contenidos, en base a información recopilada durante todas las fases de aplicación y evaluación?
- ¿Son los objetivos y actividades específicas, previstos a corto plazo, factibles (dados los recursos disponibles) y están integrados para permitir su trabajo conjunto y transversal a través de los componentes del programa?
- La formulación de objetivos específicos ¿permite que estos objetivos sean usados para evaluar los progresos y resultados del programa?
- Contiene un Plan de Aplicación: criterios de aplicación, revisión de la evolución del programa y coordinación.

BIBLIOGRAFÍA

- HOWARD J.; SCHWARTZ J. 1984: Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad. Editorial Trillas.
- ROOTMAN I; MOSER J. (1984): Guidelines for investigating alcohol problems and developing appropriated responses. World Health Organization. WHO offset Publication N° 81.
- ARIF, P; HUGHES, H; KHAN I; KHANT,(et all) 1987: Drug dependency a methodology for evaluating treatment and rehabilitation. World Health Organization. WHO offset Publication N° 98.
- SIERRA BRAVO, R.(1989): Técnicas de Investigación Social. Editorial Paraninfo S.A.
- PINEAULT, R. Y DAVELUY, C (1989) La planificación Sanitaria. Masson.
- ALVIRA, F.: (1991) Metodología de la evaluación de programas. Cuadernos metodológicos. Centro de Investigaciones sociológicas CIS.
- HARTNOLL, R. et al. (1991). Problemas de Drogas: Valoración de necesidades locales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas.
- COMAS, D.; CARRÓN, J.; HERNÁNDEZ, M^a.I.; NIEVA, P.; SILVA, A. (1992): Los estudios de seguimiento (Una experiencia metodológica). Madrid: Editorial Fundamentos.
- COMAS, D.; CARRÓN, J.; HERNÁNDEZ, M^a.I.; NIEVA, P.; SILVA, A. (1992): "Metodología de los estudios de seguimiento: resultados de una investigación". Adicciones. Vol. 4, N° 2, p. 111-126.
- SILVA, A.; MONTURIOL, F.; RODRÍGUEZ, I. (1993): "La calidad asistencial aplicada a los servicios de drogodependientes". En Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales (Comp). Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- SILVA, A.; CARRÓN, J.; HERNÁNDEZ, M^a I.; NIEVA, P. (1994): La evaluación de programas en drogodependencias. Volumen I: La situación española. Madrid: Grupo Interdisciplinar Sobre Drogas.
- SILVA, A. (1994): La evaluación de programas en drogodependencias. Volumen II: Manual de Evaluación en Drogodependencias. Madrid: Grupo Interdisciplinar Sobre Drogas.
- SILVA, A. (1994): De la evaluación a la Calidad. Aportaciones de una experiencia de evaluación de los programas para drogodependientes de Cruz Roja Española. Madrid: Editado por Cruz Roja Española.
- SILVA, A. (1994): "La evaluación en prevención". En Políticas de prevención de las drogodependencias en el medio escolar (Comp.) Madrid: Fundación CREFAT.
- SILVA, A. (1994): Capt 5.2. "Bases conceptuales para la elaboración de programas de prevención comunitaria de las drogodependencias. Presupuestos generales de partida" y Capt. 6.6. "Evaluación del Proceso de un programa de prevención comunitaria". En Mowbray, R.: Los programas comunitarios de prevención de las drogodependencias. Madrid: Fundación CREFAT.
- SILVA, A.; MONTURIOL, F. (1995): Manual para utilizar el Sistema de Evaluación Asistencial (SEA) Plan Autonómico sobre Drogodependencias. Santiago: Xunta de Galicia.
- SILVA, A. (1995): "Evaluación en prevención". En Metodología de evaluación de los programas de prevención del consumo de drogas. (Comp.) Cuenca: Universidad Internacional Menéndez Pelayo.
- SILVA, A.; MONTURIOL, F. (1996): "Los estudios de satisfacción de usuarios de Servicios de atención social y sanitaria: Conclusiones y propuestas". En La investigación epidemiológica de las drogodependencias (Comp.). La Laguna: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria.
- SILVA, A. MONTURIOL, F. CEPS (1997): Resultados del 2º estudio de evaluación del Sistema de Información sobre Prevención del Abuso de Drogas. Boletín "Idea Prevención", N° 14, enero / junio 1997.
- SILVA, A.; MONTURIOL, F. (1998): "La evaluación de programas de prevención en drogodependencias". En Fundamentos para la prevención de las drogodependencias (Comp.) Sevilla: Editorial Kronos.
- SILVA, A. ALVIRA, F. MONTURIOL F., CRITERIA GRUPO DE EVALUACIÓN (1998): Evaluación de resultados. Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid (PPD). Madrid: PPD. Ministerio de Educación y Cultura, Comunidad de Madrid y Ayuntamiento de Madrid.
- MONTURIOL, F.; SILVA, A.; HERNÁNDEZ, M^a. I. (1998): "Los usos de drogas y su impacto en la cultura". En Salud y Comunidad Gitana. Dossier informativo sobre la prevención de las drogodependencias y comunidad gitana. N° 4. Madrid: Asociación Secretariado General Gitano.
- MIGUEL S. VALLES 1999. Técnicas cualitativas de Investigación Social. Editorial Síntesis. SA.
- MONTURIOL, F.; SILVA, A. (2000): Los usos de drogas y su impacto en la cultura (el caso gitano). Madrid: Asociación Secretariado General Gitano.
- MONTURIOL, F.; SILVA A., HERNÁNDEZ, M^a I. y VEREDAS, S. (2000): Evaluación de cuatro Centros Integrales de Atención a las Drogodependencias de la Agencia Antidroga de la Comunidad Autónoma de Madrid (Usera, Tetuán, San Blas y Móstoles). Madrid: Agencia Antidroga. Comunidad Autónoma de Madrid. (En prensa).
- ALVIRA, F. SILVA, A. MONTURIOL, F. (2000) Evaluación del Proceso y los Resultados en la aplicación de los materiales de la Enseñanza Secundaria Obligatoria. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad y Servicios Sociales.
- SILVA A. MONTURIOL, F. (2000). Manual para la aplicación de un procedimiento de evaluación para los programas de Prevención de las drogodependencias e Incorporación Social. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad y Servicios Sociales.



- SILVA A. (2000) Una Propuesta Metodológica para Evaluar la Calidad en los centros ambulatorios. Libro de Ponencias Congreso de Sociodrogalcohol 2001. Santander. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Cantabria.
- ALVIRA F. (2001): Guía para la elaboración de planes locales de prevención de las drogodependencias. Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga.
- SALVADOR, T. (2002) El modelo lógico de un programa de Prevención.
- ALVIRA F., SILVA A. (2004) "Planes locales sobre drogas: Guía para el desarrollo". Consell Comarcal de L'Empurdà (CCAIE) Unió Europea, Frontera Editorial. Montevideo 2004.
- ARAUJO GALLEGO, SILVA RIVERA Y FRAGA ARES, (2006) Sistemas de información en drogodependencias. La evaluación de los tratamientos en el plan de Galicia sobre Drogas. Tratado SET de Trastornos Adictivos, Editorial Médica Panamericana. España.

Capítulo

tre

es

El ámbito comunitario

El ámbito comunitario



Los problemas relacionados con las drogas (alcohol, tabaco, drogas ilegales y uso inapropiado de medicamentos u otras sustancias legales) tienen una dimensión internacional, nacional, autonómica y local. En cada uno de estos niveles se requieren intervenciones efectivas para reducir los daños derivados de estos problemas así como los costes personales y sociales que implican.

La prevención comunitaria del uso de drogas y los problemas asociados ha sido uno de los campos de las ciencias sociales aplicadas que mayores avances teóricos y metodológicos ha experimentado en el último siglo (Aguirre-Molina & Gorman, 1996; Hawkins, Catalano & Arthur, 2002).

En este capítulo se presentan los aspectos clave para:

- Identificar qué es - conceptualmente y en la práctica - la prevención comunitaria de ámbito local.
- En qué consiste un plan comprensivo e integral de intervención comunitaria de acuerdo a la evidencia disponible actualmente sobre efectividad.
- Cuáles son los elementos indispensables que deben contemplarse en dicho plan.
- Qué vínculos deben establecerse entre los programas locales y la política preventiva de la Comunidad Autónoma, que se halla, a su vez, enmarcada en la política nacional y europea sobre drogas.

3.1. Marco conceptual

Los modelos generales descritos en el Capítulo 1 han tenido una influencia clave en los programas comunitarios al dotarlos de contenido, permitirles el abordaje de los factores de riesgo y protección, así como integrar acciones de disminución de riesgos. Partiendo pues de este marco conceptual de referencia, uno de los modelos principales que complementa el fundamento teórico de la prevención comunitaria es el **modelo de participación comunitaria**, que ha contribuido de forma definitiva a la creación de esta estrategia de actuación.

Surge a finales de los años 70 y se desarrolla como una aportación metodológica, desde el campo de la psicología social, al modelo de Promoción de la Salud. Es decir, intenta explicar qué factores influyen en la falta de participación social en aspectos relacionados con la salud y qué factores pueden promoverla (Bronfenbrenner, 1979; Zax & Specter, 1979; Rappaport, 1981; Florin & Wandersman, 1984; Gyarmati, San Martín & Pastor, 1984; Zimmerman & Rappaport, 1988; Magendzo & Egaña, 1991; Maya Jariego & Holgado, 2006; Marcos Sierra, 2007).

Sus raíces parten de las propuestas conceptuales de carácter ecológico o comprensivo basadas en los modelos de la salud pública y la promoción de la salud¹, siendo complementados por las aportaciones que diversos autores han hecho, durante las últimas décadas desde la psicología social².



¹ Green, 1974; Green et al. 1980; Green & McAlister, 1984; WHO, 1984; WHO, 1986; Gerstein & Green, 1993.
² Bender, 1976; Zax & Specter, 1979; Rappaport, 1981; Florin & Wandersman, 1984; San Martín & Pastor, 1984; Roth, 1986; Gyarmati, 1987; Zimmerman & Rappaport, 1988; Prestby et al., 1990; Chavis & Wandersman, 1990; Magendzo & Egaña, 1991; Montero, 1994; Goodman et al., 1996; Sánchez & Musitu, 1996; Correa, 1998; Ross & Jang, 2000; Hawkins, Catalano & Arthur, 2002; Wandersman & Florin, 2003; Giesbrecht & Haydon, 2006.

A

A- Postulado básico

El grado de participación o implicación comunitaria en un programa, se correlaciona con el grado de control y competencia percibidos por la ciudadanía en relación a su capacidad de tomar decisiones que, en la práctica y de forma tangible, mejoren aspectos clave relacionados con su vida y con su salud. El desarrollo del programa en la comunidad requiere el inicio e implementación de procesos promotores de dicha percepción de competencia³.

En este marco se plantean dos principios de trabajo: es necesario conocer y contar con el ser humano, teniendo en cuenta que: **“sólo conociendo al individuo y sus circunstancias es posible una acción eficiente y permanente en salud”**; y considerando que **“nadie puede cuidar la salud de otra persona, si ésta no quiere hacerlo por si misma”** (Briceño-León , 1996).

A partir de estos dos requisitos se postulan siete tesis:

1. No hay alguien que sabe y alguien que no sabe, sino dos que saben cosas distintas.
2. La educación no es sólo lo que se imparte en programas educativos, sino un proceso que debe desarrollarse a lo largo de toda la acción preventiva y promotora de la salud.
3. La supuesta ignorancia no es un hueco a ser llenado, sino un lleno a ser transformado.
4. La educación debe fundarse en el diálogo y la participación activa.
5. La educación debe reforzar la confianza de las personas en sus propias capacidades para tomar decisiones y regir sus propias vidas.
6. La educación debe procurar reforzar el modelo de conocimiento basado en el binomio: esfuerzo-logro.
7. La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva.

B

B- Aplicación a la prevención del uso de drogas y problemas asociados

En este punto es preciso señalar, que a pesar de las aportaciones teóricas disponibles en este ámbito y de la creciente existencia de los denominados “planes de prevención comunitaria” iniciados en nuestro país en los últimos 20 años, la mayoría de las comunidades afrontan todavía los problemas relacionados con las drogas con poca preparación, poca atención a la evidencia de eficacia disponible y falta de atención a los recursos, las redes

³ En la literatura anglosajona se denomina a la promoción de este tipo de competencia “empowerment”. Y se describe como la conexión existente entre el grado de control percibido y la voluntad de utilizarlo en el ámbito de lo público.

y el tejido asociativo existente y su potencial para modificar las políticas relacionadas con las drogas.

Por tanto, si bien muchos programas de prevención del uso de drogas y problemas asociados se desarrollan bajo esta denominación, en la práctica pocos responden globalmente a las características propuestas por el modelo.

C

C- Base en la evidencia

Diversos estudios disponibles en el campo de la prevención del uso de drogas y los problemas asociados*, señalan el enorme potencial de los programas de prevención comunitaria de probada eficacia para:

- Obtener altos niveles de adherencia a los distintos componentes del programa (de acuerdo con los requerimientos de los modelos evaluados: tiempo de aplicación, extensión y frecuencia de las actividades).

- Mejorar la comunicación y el conocimiento mutuo entre los distintos actores comunitarios (instituciones públicas, servicios socio-educativos, y otras organizaciones).

- Mejorar los sistemas e instrumentos preventivos utilizados desde los distintos recursos socio-sanitarios.

- Mejorar los niveles de cumplimiento legal por parte de sectores comunitarios clave (responsables de locales de ocio y restauración, dispensadores de bebidas alcohólicas, etc.).

- Conseguir cambios de actitudes frente al uso de drogas, los problemas asociados, así como frente a las estrategias de protección y control para regular los mercados y los usos de drogas.

- Desmitificar creencias erróneas en relación a las drogas.

- Reducir los factores de riesgo en el marco comunitario.

- Incrementar las posibilidades de obtener los cambios conductuales y de estilos de vida previstos entre las personas participantes.

* (Giesbrecht & Ferris, 1993; Botvin et al., 1995; Chou et al., 1998; Holder & Reynolds Ri, 1997; Arthur & Blitz, 2000; d'Abbs & Togni, 2000; Hawkins, Catalano, Arthur, 2002; NIDA, 2003; Fauchald, 2006; Stafström et al., 2006; Brown et al., 2007; Andréasson, Sjöström & Bränström, 2007; Allamani et al., 2007; Spak & Blanck, 2007; Boots & Midford, 2007; Brounstein, Gardner & Backer, 2007; Tallin, 2007; Lee et al., 2008; Faggan et al., 2008; Julian, Ross & Partridge, 2008).

3.2. ¿En qué consiste la prevención comunitaria?

Consiste en la adopción de un enfoque global, comprehensivo, multisectorial y multidisciplinar, que integre la consideración de los principales factores de riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con las drogas que existen en una comunidad local. Para el desarrollo de este ámbito de la prevención cabe tener en cuenta dos consideraciones clave:

A- En primer lugar la evolución del concepto de salud en dos sentidos: el individual y el social. Este avance ha modificado las estrategias de intervención orientándolas hacia un objetivo común: la participación activa de las personas en la transformación de su propia realidad. Así, la prevención comunitaria promueve la capacitación y el fortalecimiento de la comunidad a través de las personas que la integran (empowerment), favoreciendo su implicación (método participativo) en la transformación de aquellos aspectos ambientales, que afectan a la salud individual y colectivamente.



B- En segundo lugar los importantes avances de la investigación que permiten conocer qué características deben reunir los programas comunitarios para ser efectivos.

A pesar de estos desarrollos, muchas comunidades locales continúan invirtiendo esfuerzos en la aplicación de planes y programas con una muy limitada o nula evidencia de efectividad (Hawkins, Catalano & Arthur, 2002). Es por esta razón que la única forma de avanzar en la mejora de los planes y programas preventivos de ámbito comunitario, es mediante el desarrollo de propuestas que tengan en cuenta la evidencia de calidad proporcionada desde la investigación (Wandersman & Florin, 2003).

3.3. ¿Qué es un programa comunitario para la prevención del uso de drogas y problemas asociados?

Un programa comunitario es un conjunto planificado de actividades realizadas en el entorno de la comunidad local que estimulan la participación, tanto de los representantes de la sociedad civil organizada (asociaciones juveniles, comunidades de vecinos, asociaciones de barrios, asociaciones de padres y madres, otro tipo de asociaciones, colegios profesionales, etc.), como de las instituciones (sistema educativo, sistema socio-sanitario, centros juveniles, y otras instituciones públicas presentes en el ámbito local), a fin de intervenir en el entorno inmediato de las personas y facilitar su participación activa en el contexto social (Alonso Sanz et al., 2004).

La prevención comunitaria en el ámbito de las drogodependencias, puede definirse como aquella estrategia de intervención preventiva, que busca comprometer a la propia comunidad en la búsqueda de soluciones a los problemas relacionados con el uso de drogas.

De acuerdo con este planteamiento, la prevención no es un ámbito que dependa exclusivamente de los profesionales (o equipos municipales) especializados, sino que se desarrolla con la participación activa de la comunidad misma, que se constituye en sujeto agente y protagonista de la actuación preventiva. Se trata por tanto de un modelo de intervención-acción con carácter metodológico que, además, tiene que considerar las evidencias de efectividad proporcionadas desde el ámbito científico.

En este marco, la intervención comunitaria no es sencilla. Supone el desarrollo de un planteamiento conjunto y coordinado de todos los referentes significativos dentro de la comunidad para lograr un mismo fin: disminuir el uso global de drogas y reducir los problemas y los daños asociados a dicho uso. Así, el trabajo preventivo comunitario permite aunar el esfuerzo de distintos sectores que coinciden en una misma intencionalidad preventiva, estableciendo el contexto general propicio para una actuación global, secuenciada en distintos momentos y desplegada de forma coordinada en distintos escenarios.

De acuerdo con este paradigma, la prevención deja de ser una intervención fragmentaria (desarrollada en compartimentos estanco como pueden ser los medios de comunicación, el ámbito familiar, el contexto escolar, el medio laboral, etc.) para constituirse en un todo unitario que incorpora a su desarrollo las posibilidades de trabajo desde cada uno de estos ámbitos para conseguir una intervención coherente, eficaz y eficiente, capaz de promover las capacidades de la comunidad para identificar y minimizar los factores de riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con las drogodependencias y promover la implantación de factores de protección (Goodman et al., 1996; Hawkins & Catalano, 2002; Alonso Sanz et al., 2004; Maya Jariego & Holgado, 2006; Marcos Sierra, 2007).

Esto significa que el abordaje que se hace desde los distintos ámbitos (educativo, familiar, de ocio y tiempo libre, laboral, el de los medios de comunicación, etc.) se hace como un elemento más del contexto comunitario; que para su desarrollo se considera la situación y los recursos de la comunidad local en su conjunto; y que desde el punto



de vista operativo, se pone el énfasis en la coordinación; la formación de personas mediadoras en cada ámbito de intervención; el desarrollo, difusión y seguimiento del cumplimiento normativo; la promoción de sinergias entre los distintos ámbitos y la atención a evitar duplicidades.

**LA PREVENCIÓN
COMUNITARIA
SE CARACTERIZA
POR:**

- La utilización de la participación como estilo de intervención, promoviendo el protagonismo de todos los sectores de la comunidad en el quehacer preventivo.
 - La intervención sobre factores protectores, normativos y psicosociales que permiten desarrollar y fomentar factores de protección, logrando cambios sobre el ambiente individual y social.
 - El desarrollo de recursos personales dentro de la comunidad como consecuencia del trabajo de los miembros de ésta en el logro de metas comunes, vivencias de protección y control, planificación, resolución de problemas, toma de decisiones y asunción de responsabilidades.
 - El control de la acción desde la comunidad supone, además de beneficios derivados del proceso (colaboración, compromiso, etc.), beneficios a partir de los logros del grupo.
-

El Plan Regional sobre Drogas de la Región de Murcia, define la prevención comunitaria como una estrategia de intervención basada en la valoración de los recursos de la propia comunidad, para la prevención de las drogodependencias. Propone la integración y coordinación de los recursos existentes en la comunidad, dotándoles del enfoque preventivo de las drogodependencias, lo cual pretende minimizar los recursos y optimizar los resultados, mediante el efecto multiplicador de las intervenciones no solapadas.

Se considera al municipio o comarca, el escenario natural comunitario marco idóneo para realizar la intervención. Pero no sólo como el escenario, sino siendo fundamentalmente el vehículo de las intervenciones, a través de la implicación coordinada y corresponsable de los técnicos y representantes comunitarios: ayuntamientos, mancomunidades, organizaciones y asociaciones no gubernamentales, mediadores sociales, etc.

Los diferentes sectores sociales (población general, adultos, jóvenes, adolescentes y niños) son favorecidos desde esta intervención conjunta por promover a la vez una sensibilización de todos los sectores sociales implicados, que maximiza los recursos existentes en la comunidad.

3.4. ¿A qué factores de riesgo debe responder un programa de prevención comunitaria?

El contexto económico y normativo junto a los procesos de socialización, son factores que influyen en las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores, intenciones de conducta y comportamientos de las personas. Por ello, el análisis de los factores de riesgo y protección existentes en cada comunidad, es un elemento clave para asegurar la eficacia de los programas de prevención comunitaria (Gerstein & Green, 1993; Becoña, 2002; Hawkins, Catalano, 2002; Arthur, 2002; Hawkins, Van Horn & Arthur, 2005; Ogilvie, Gruer & Haw, 2005; Brown et al., 2007).

Desde la perspectiva comunitaria, los principales factores de riesgo que van a llevar a la experimentación de cada sustancia y, al potencial desarrollo de problemas relacionados con el consumo de drogas, son, por orden de importancia:



3.4.
¿A qué factores de riesgo debe responder un programa de prevención comunitaria?

FACTORES DE RIESGO DEL CONTEXTO ECONÓMICO Y NORMATIVO

Un alto grado de accesibilidad:

- La existencia de un elevado número de puntos de venta.
 - Amplios horarios de venta.
 - Existencia de estrategias de promoción explícitas o subliminales, tanto para promover el consumo de drogas legales, como ilegales.
 - Escasas previsiones legales que regulen la comercialización o falta de seguimiento de las mismas.
 - Un contexto normativo débil y poco valorado (e interiorizado) socialmente.
-

Un alto grado de disponibilidad:

- Los precios de cada sustancia psicoactiva.
 - La falta de regulación normativa sobre el consumo de drogas en lugares públicos.
 - La falta de medidas de seguimiento sobre cumplimiento de las previsiones legales, que regulan el consumo de drogas en lugares públicos.
-

FACTORES DE RIESGO DE LA COMUNIDAD CERCANA

Municipio / Barrio

- Extrema precariedad económica.
 - Baja cohesión social.
 - Alta accesibilidad a las drogas.
 - Escasos recursos y servicios comunitarios de protección a los grupos de población más vulnerables (expuestos a mayor número de factores de riesgo).
-

Adicionalmente, ya en el ámbito individual, estos factores de riesgo globales pueden verse reforzados por otros aspectos o factores de riesgo que tienen que ver con las dinámicas de socialización en los entornos inmediatos de las personas, como son:

FACTORES DE RIESGO DEL CONTEXTO INDIVIDUAL Y DEL ENTORNO INMEDIATO

- **Inconsistencias o deficiencias en las formas de gestión familiar**, así como otros aspectos relacionados con el establecimiento de límites en el marco de la familia (por ejemplo, tanto el dinero semanal disponible para gastos propios de cada adolescente, como la hora establecida para volver a casa por las noches se correlacionan con el uso de drogas).
 - La **influencia de figuras modelo consumidoras** (padre, madre, hermanos mayores, otros adultos o personajes públicos relevantes, etc.).
 - La **influencia de iguales** consumidores.
 - La **falta de vínculos positivos** con la escuela u otras instancias socializadoras.
 - El estado emocional de cada persona. En especial en las **etapas vitales de transición** donde se ha observado que existe un mayor riesgo de abuso de drogas.
 - Carencias en el desarrollo de las **habilidades personales** de afrontamiento (habilidades sociales y habilidades para la vida).
 - Un bajo grado de percepción del riesgo personal asociado al uso de cada droga.
 - Una **baja interiorización normativa**.
 - **Inicio** del consumo de drogas **en edades muy tempranas**.
-



A

A- Respuestas desde la prevención comunitaria:

En este complejo entorno económico, social, familiar y personal, los programas comunitarios deben intervenir para modificar aquellos factores que limitan las capacidades de las personas, para adoptar estilos de vida lo más críticos y lo más libres posible, de las presiones a consumir drogas.

La cultura del consumo de drogas como el alcohol y el tabaco, está totalmente normalizada en España y el consumo de alcohol y otras drogas ilegales entre los grupos más jóvenes, se asocia cada vez más al disfrute del tiempo de ocio y a la diversión.

Por otro lado, las bebidas alcohólicas y el tabaco difícilmente son consideradas drogas y sólo desde hace pocos años se está empezando a reconocer que su consumo genera graves problemas de mortalidad prematura y de incremento de la discapacidad debida a accidentes de tráfico o laborales.

Es igualmente reciente la identificación de las consecuencias del consumo de alcohol y tabaco, como factores generadores de un gasto importante de los recursos socio-sanitarios, que afecta a los presupuestos tanto de las Comunidades Autónomas como del Estado español, en términos de incremento de las consultas médicas, ingresos en servicios sanitarios de urgencias, hospitalizaciones y gastos en servicios y prestaciones sociales.

La falta de sensibilidad social para valorar las dimensiones epidémicas del abuso de las bebidas alcohólicas y del tabaquismo, es sólo uno de los síntomas que evidencian la existencia, en nuestro entorno comunitario, de una cultura “normalizada” del consumo de alcohol y tabaco entre la población adulta, que es mimetizada y ampliada al consumo de otras drogas, mediante aprendizaje por modelado, por las generaciones más jóvenes (población infantil y adolescente).

Los programas comunitarios deben servir para reducir los factores que promueven el consumo (factores de riesgo), así como para promover factores de protección: proporcionar recursos, promover iniciativas basadas en la evidencia de efectividad y aunar esfuerzos para promover la educación en libertad, desarrollar medidas protectoras de control de los mercados (legales e ilegales), señalar referentes culturales alternativos a los actualmente imperantes, favorecer la adquisición de valores distintos a los que promueve la cultura del consumo por el consumo, favorecer la autonomía personal de niños-adolescentes para incrementar su capacidad de enfrentarse de forma autónoma a situaciones de presión e incorporar estrategias de reducción de riesgos para que quienes consumen drogas, lo hagan de la forma menos arriesgada y problemática posible.



Por todo lo anterior, y como se verá en detalle más adelante, el desarrollo de programas de prevención de drogodependencias en el ámbito de las comunidades locales, debe partir de un conocimiento amplio de todos estos factores que definen y condicionan los estilos de vida de los distintos grupos sociales en general y en relación a las drogas, en particular. Es decir los factores de riesgo que se presentan asociados al desarrollo de problemas relacionados con las drogas (Feinberg , Ridenour & Greenberg, 2007).

3.5. ¿Qué tipos de programas comunitarios son necesarios y efectivos?

Existen numerosas opciones preventivas en el ámbito comunitario, pero la investigación señala que no todas obtienen el mismo grado de eficacia (Giesbrecht & Haydon, 2006; Feinberg et al., 2007).

Los resultados de los estudios disponibles hasta ahora han identificado tres tipos de intervenciones de probada eficacia:

A

A- El desarrollo de políticas normativas locales de protección y control

El desarrollo de políticas normativas locales de protección y control que incluyen la implementación de normas legales. Las políticas normativas locales constituyen medidas formales adoptadas por los órganos locales de gobierno, para regular (o hacer cumplir la legislación vigente de ámbito estatal o autonómico) que regula los mercados y los consumos de alcohol, tabaco y otras drogas. Los objetivos de estas políticas son la eliminación o la reducción de los riesgos asociados con el uso de drogas, incluidos los riesgos que afectan a las personas consumidoras y a las no consumidoras. Estas políticas locales incluyen cuatro componentes:

- Una regulación clara y específica de las condiciones de venta y de consumo de drogas, incluyendo prácticas prohibidas y especificación de aspectos permitidos.
- Una descripción clara de los procedimientos de inspección y sanción, en caso de incumplimiento de las normas legales establecidas, con todos los aspectos que se sancionarán y qué sanciones se aplicarán en el caso de un primer incumplimiento, un segundo incumplimiento e incumplimientos sucesivos.
- Una descripción clara de las medidas de información y educación pública que acompañarán la implementación de las anteriores medidas legales. Este componente implica explicar claramente las razones de protección de la salud pública, y de



reducción de riesgos que sustentan la adopción de las leyes, así como programas educativos encaminados a promover conductas de bajo riesgo en relación a los usos de drogas.

- Una descripción clara de las medidas alternativas a las sanciones y asistenciales a las que tiene derecho la población, por ejemplo: asistencia a cursos de reeducación vial para infractores, programas de prevención indicada o programas asistenciales. La finalidad de este componente es facilitar que todas las personas que residen en la comunidad, puedan cumplir con la legislación adoptada.

Las formas más comunes que adoptan las políticas normativas locales se aplican en los ámbitos competenciales de cada gobierno autonómico, cada gobierno municipal, cada nivel de autoridad competente en seguridad vial y afectan principalmente a cada centro escolar o universitario, a cada comercio o centro de dispensación de alcohol y tabaco, a cada evento festivo, deportivo o cultural que se desarrolle en el municipio, a cada centro de formación en la conducción de vehículos, etc.

B

B- El desarrollo de programas de sensibilización y educación comunitaria en relación con las drogas

Esta categoría incluye aquellos programas bien planificados y dirigidos a grupos sociales concretos, por ejemplo: jóvenes adultos que beben antes de conducir, alumnos de Educación Primaria o Secundaria, adolescentes en situación de riesgo de desarrollar problemas con las drogas, etc. Estos programas deben definir claramente sus objetivos de forma evaluable e incluir una descripción de los pasos y elementos que constituyen la implementación del programa.

Algunos ejemplos de los resultados que se pueden esperar de estos programas, incluyen:

- Incremento de los conocimientos sobre el grado de riesgo implicado en las distintas conductas relacionadas con las drogas.
 - Aumento de la percepción de que vale la pena evitar determinadas conductas de riesgo.
 - Adopción de nuevas habilidades y estrategias personales de asertividad, resistencia a la presión, toma de decisiones y resolución de problemas.
 - Y para poblaciones mediadoras: incremento de las habilidades para comunicar y educar sobre drogas con los grupos de población infantil, adolescente, jóvenes adultos o adultos en situación de riesgo.
-



C

C- La promoción de un contexto social integrador que asegure la disponibilidad de:

- Recursos sociales de protección e integración para los grupos sociales más vulnerables (población menor de edad, población inmigrante, población que sufre violencia de algún tipo, y otros grupos de población que puedan estar expuestos a especiales factores de riesgo en relación a las drogas).
- Estrategias para dar a conocer y difundir el acceso a los recursos de protección social disponibles.

D

D- La celebración de eventos o actividades especiales o puntuales que complementan y se relacionan con las categorías anteriores.

Se trata de iniciativas puntuales y de duración temporal breve que contribuyen a incrementar o mantener la sensibilización pública en relación a los riesgos relacionados con las drogas. Pueden centrarse en mostrar los daños que afectan a la comunidad derivados del uso del alcohol u otras drogas o del impacto del humo ambiental de tabaco en personas que no fuman. También deben comunicar que dichos daños son prevenibles y evitables. De esta forma, estos eventos complementan y refuerzan las políticas y los esfuerzos educativos locales. Algunos ejemplos de estas actuaciones son:

- Introducción de noticias con contenido preventivo en los programas informativos de los medios de comunicación local.
- Semanas o días dedicados a un tema específico: alcohol y conducción, consumo de tabaco en lugares públicos, riesgos asociados al uso de drogas más prevalentes, etc. Según su objetivo, pueden tener una periodicidad anual, o pueden realizarse de forma puntual.

Todas estas actividades puntuales tienen un impacto limitado en sí mismas y no deben considerarse como las medidas preventivas más importantes, pero sí tienen sentido si se hallan insertas en planes y programas comunitarios que contemplen la adopción de políticas normativas y educativas locales.



LOS PLANES DE PREVENCIÓN COMUNITARIA DEBEN INCLUIR:

- El desarrollo y aplicación de políticas normativas locales de protección y control,
 - El desarrollo de programas de sensibilización y educación comunitaria,
 - La promoción de un contexto social integrador que vele por la atención a los sectores más vulnerables de la población.
 - La celebración de eventos o actividades especiales o puntuales que complementan y se relacionan con las categorías anteriores
-

3.6. ¿En qué espacios se desarrolla la prevención comunitaria?

Atendiendo a los factores de riesgo y a los tipos de programas descritos hasta aquí para afrontar dichos factores de riesgo, el espacio comunitario se define como el ámbito de intervención local donde tiene lugar la participación social, cuyos principales actores para la prevención son:

- La administración autonómica.
- Las administraciones locales.
- Los servicios públicos de ámbito local (educativos, servicios sociales, servicios de salud, las autoridades locales responsables de la seguridad vial, etc.).
- Las entidades sin ánimo de lucro (asociaciones de vecinos, asociaciones de padres y madres, entidades dedicadas a la promoción del ocio juvenil, etc.).
- Otros colectivos y organizaciones (de comerciantes, de ocio y restauración, etc.).

La finalidad de todos estos actores es lograr la movilización, implicación y participación activa de la propia comunidad en la definición de sus necesidades y la búsqueda de soluciones –basadas en la evidencia de efectividad- a los problemas que les afectan en relación con las drogas.

3.7. Variables en las que intervienen los modelos utilizados en prevención comunitaria: indicadores que permiten trabajar y medir.

La incorporación de los modelos presentados hasta aquí permite –según se sitúe el énfasis de cada programa comunitario– trabajar y monitorizar los cambios que se van produciendo en muchos indicadores de carácter global. Las bases teóricas orientan sobre las actuaciones a realizar y los objetivos a conseguir.

Esto significa que los programas comunitarios en su aplicación, modificarán algunas o varias de las variables seleccionadas (componentes del programa) que para operativizarlas se traducen en indicadores. Las variables de estos programas son aquellas que definen los programas, es decir, los componentes que trabajan los distintos tipos de programas por ejemplo las leyes y su impacto, las actitudes de la población, los conocimientos, las relaciones familiares, etc.

Los indicadores son útiles para determinar la situación en la que se va a aplicar el programa y se van a operar los cambios. Sirven por tanto, para valorar el impacto del programa y el grado de consecución de los objetivos. Entre ellos destacan:



A

A- Indicadores de consumo.

Variables directamente relacionadas con el consumo de cada sustancia psicoactiva en la comunidad donde se realizará el plan o programa (barrio, municipio, etc.):

- Prevalencia de consumo.
- Frecuencia de uso.
- Edad de inicio del consumo esporádico.
- Edad de inicio del consumo regular.
- Actitudes ante el consumo.
- Creencias erróneas o mitos existentes sobre cada sustancia (efectos, prevalencia percibida, etc.).
- Tasas de ex – consumidores.
- Tasas de episodios de embriaguez.
- Tasas de episodios de intoxicación aguda.
- Utilización de los servicios sanitarios de urgencias por problemas relacionados con el consumo de alguna sustancia psicoactiva.
- Demanda de tratamiento.
- Etc.

B

B- Indicadores socio-demográficos y comunitarios.

Datos socioeconómicos y culturales del entorno comunitario donde se realizará el plan o programa (barrio, municipio, etc.):

- Poder adquisitivo de la población (grupos socio-económicos existentes; población en situación de extrema deprivación social, etc.).
- Tasas de empleo y/o paro.
- Recursos comunitarios existentes en general: educativos, deportivos, recreativos, etc.
- Problemas sociales más destacados.
- Porcentaje de población inmigrante, según país de procedencia.
- Grado de participación e integración de la población inmigrante en la vida comunitaria (empleo, educación, actividades culturales, etc.).

C

C- Indicadores de mercado.

Variables que proporcionan información sobre las características del mercado de drogas legales e ilegales en la comunidad:

- Número de puntos de venta legales.
- Regulación de horarios de venta de drogas legales.
- Puntos de venta legales que incumplen la legislación de venta en cuanto a los horarios, la edad legal de compra, ubicación y supervisión de máquinas dispensadoras, etc.
- Inspecciones realizadas en los puntos de venta legal.
- Puntos de venta de drogas ilegales.
- Precios de cada sustancia psicoactiva en el mercado negro.



- Número de sanciones relacionadas con otros aspectos relacionados con las drogas, como el uso en vía pública, la venta ilegal, decomisos realizados, etc.
- Inversiones en publicidad directa de alcohol.
- Inversiones en publicidad indirecta de tabaco.
- Existencia de publicidad o promoción ilegal de alguna droga legal o ilegal.
- Equipos deportivos locales patrocinados por las industrias productoras / comercializadoras de bebidas alcohólicas.
- Etc.

D

D- Indicadores vitales y de acceso a los servicios sociosanitarios de prevención y asistencia.

Variables sobre la salud y los estilos de vida en la comunidad:

- Tasas de mortalidad juvenil relacionada con accidentes de tráfico en los que se constata consumo del alcohol y otras drogas.
- Tasas de discapacidad derivada de accidentes de tráfico en los que se constata consumo del alcohol y otras drogas.
- Tasas de mortalidad evitable relacionada con el consumo de alcohol u otras drogas en el medio laboral.
- Tasas de discapacidad derivada de accidentes laborales relacionados con el consumo de alcohol u otras drogas.
- Nivel de salud objetiva.
- Nivel de salud percibida.
- Tasas de morbi-mortalidad evitable atribuible al consumo de tabaco.
- Tasas de morbi-mortalidad evitable atribuible al consumo de alcohol.
- Tasas de morbi-mortalidad evitable atribuible al consumo de cada una de las drogas ilegales.
- Desigualdades en salud relacionadas con el género.
- Desigualdades en salud relacionadas con el grupo socio-económico de pertenencia.
- Desigualdades en el acceso a los servicios sociosanitarios de prevención y asistencia en el campo de las drogodependencias.
- Tasas de participación en el desarrollo de los programas preventivos.
- Perfil de entidades que participan en el desarrollo de los programas preventivos.
- Cobertura de los programas de prevención.
- Utilización de los servicios o recursos comunitarios para la práctica de alguna actividad física o deporte.
- Etc.

E

E- Indicadores de percepción y representación social en relación a las drogas.

Variables que permiten medir conocimientos y actitudes existente en relación a las drogas y sus usos en la comunidad:



- Grado de conocimiento de los riesgos relacionados con el consumo de cada sustancia psicoactiva.
- Percepción del riesgo personal asociado al consumo de cada sustancia psicoactiva.
- Grado de aceptación o rechazo de las personas que consumen drogas.
- Grado de aceptación o rechazo de la ubicación en la comunidad de centros de prevención y/o asistencia en el ámbito de las drogodependencias.
- Actitudes más prevalentes hacia el consumo de drogas en la comunidad local.
- Etc.

3.8. ¿Cómo puede una comunidad desarrollar un plan preventivo con bases científicas?

El primer paso en la planificación de un plan comunitario para la prevención del abuso de drogas, es una evaluación del tipo de problema relacionado con las drogas dentro de la comunidad y una determinación del nivel de los factores de riesgo que afectan al problema. Se pueden utilizar los resultados de esta evaluación para aumentar el conocimiento de la naturaleza y de la gravedad del problema en la comunidad y guiar la selección de los mejores programas de prevención para corregir el problema.

A continuación es necesario realizar una evaluación de la disposición de la comunidad para desarrollar un plan de prevención. Este paso puede ayudar a determinar los pasos adicionales necesarios para educar a la comunidad antes de lanzar el esfuerzo preventivo.

Entonces se debe realizar una revisión de los resultados obtenidos por los programas previamente evaluados, para determinar si los recursos existentes pueden responder a las necesidades que plantea la implementación del programa, así como a identificar las deficiencias existentes para cubrir las necesidades de la comunidad y para identificar los recursos adicionales que se necesitarán.

Por último, la planificación se puede beneficiar de la experiencia de las organizaciones comunitarias que proporcionan servicios a la juventud. Una reunión con los líderes de estas organizaciones de servicios puede preparar el escenario para recabar ideas y recursos que ayuden a implementar y sostener los programas de probada efectividad.

3.9. Guía de buena práctica de los programas comunitarios.

En este apartado se recogen los criterios, contenidos y tipo de actuaciones esenciales que permiten diseñar y aplicar adecuadamente y con garantías de efectividad los programas comunitarios de prevención del uso de drogas y problemas asociados.

3.9.1. ¿Cómo puede una comunidad local aplicar los principios de la prevención a la planificación de un plan de intervención?

La aplicación de un programa es tan esencial como su diseño. Un programa bien diseñado muestra una estructura causal que indica con que acciones se conseguirán realizar cambios en la/s poblaciones destinatarias, que a su vez producirán modificaciones en los consumos de acuerdo a los objetivos generales anteriormente explicados.

Por tanto, cuando tenemos un programa de prevención comunitaria y queremos adaptarlo a un contexto tendremos que:

Identificar su modelo o modelos teóricos que nos indicarán que es lo que tenemos que hacer. Una vez identificado el modelo, se deberá adaptar al contexto local, es decir, al escenario en el que se va a aplicar, para lo cual será necesario realizar un análisis lógico



del mismo. Así se puede entender cual es el modelo causal subyacente del programa y será fácil analizar la concordancia entre, los objetivos, los métodos, las actividades y los recursos necesarios.

Los programas de prevención tendrán que cumplir los principios o requisitos descritos a continuación:

- 1- Mantener la finalidad expresada en el Plan Regional sobre Drogas de la C. A. de la Región de Murcia.
- 2- Indicar los niveles preventivos que abarcan.
- 3- Analizar los recursos con los que cuentan.
- 4- Describir claramente sus poblaciones destinatarias, tanto la final como la mediadora.
- 5- Alinear sus objetivos generales con los del Plan Regional sobre Drogas.
- 6- Desarrollar los siguientes contenidos del programa:

- situación de partida.
- percepción de la comunidad.
- objetivos específicos.
- objetivos operacionales.
- métodos.
- actividades.
- plan de evaluación.

Estos principios de la prevención ofrecen dirección y apoyo para la selección y adaptación eficaz de los programas de prevención de probada efectividad (es decir que cuentan con bases científicas) para cubrir las necesidades específicas de la comunidad.

La aplicación de estos principios guía a los planificadores comunitarios en la selección de los mejores programas de prevención para su comunidad y proporcionar las mejores estrategias para implementarlos. De esa manera los padres, los educadores y los líderes comunitarios pueden planificar cuidadosamente cómo, cuándo y dónde realizar cada programa.

A continuación se describen las buenas prácticas en cada uno de estos apartados.

3.9.2. Finalidad dentro del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Según lo expresado en el Plan Regional sobre Drogas, la finalidad de todo plan o programa comunitario para la prevención del uso de drogas y los problemas asociados, es conseguir la movilización institucional y social necesarias para producir en la población y en la política sobre drogas, cambios significativos capaces de **“Promover que la adopción de estilos de vida saludables en relación con el consumo de drogas constituya la opción más fácil de elegir para la comunidad”**.

3.9.3. Niveles preventivos desde los que se pueden trabajar los programas y las actuaciones en el ámbito comunitario.

Cada programa de prevención tiene que especificar claramente el nivel de prevención en el que se trabaja. Los planes de prevención comunitaria pueden desplegarse en diversos programas que respondan a cada uno de los niveles preventivos que se considere oportunos. Así pueden ser de nivel:



- Universal
- Selectivo
- Indicado

Para identificar las características de cada uno de estos niveles, ver punto 1.6. del Capítulo 1 de esta guía.

3.9.4. Población participante

Las poblaciones con las que se trabajará para el desarrollo del programa comunitario son principalmente de dos tipos:

Población destinataria final.

Todos los miembros de la comunidad en general o todos los integrantes de un grupo social determinado, siempre siguiendo algún criterio concreto para definir al grupo.

Como por ejemplo: edad, sexo, procedencia cultural, segmento socio-económico de pertenencia, estilo de vida, prevalencia del consumo de cada sustancia psicoactiva, edad media de inicio del consumo, grado de exposición a factores de riesgo determinados, etc.

Población mediadora.

Todas aquellas personas que pueden actuar como agentes de transmisión bidireccional entre la comunidad amplia y los técnicos especializados en prevención. Como tales, ejercen una función social mediadora en la comunidad y pueden potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo, para el desarrollo de problemas relacionados con las drogas a los que se exponen los grupos y personas que conforman la población destinataria final. En general, se trata de personas respetadas en la comunidad por su competencia profesional, autoridad o ascendencia sobre los miembros de la comunidad en general o sobre un sector en particular. Su intervención en un proyecto de prevención comunitaria puede favorecer la visibilidad del mismo, así como su credibilidad, pudiendo ser participantes directos en la implementación.

Además de la categoría anterior, podemos identificar como mediadores profesionales a las personas que pertenecen a alguno de los siguientes grupos:

- Responsables y planificadores políticos, con capacidad para tomar decisiones relevantes en prevención.
- Profesionales de la intervención social, como dinamizadores de procesos de desarrollo comunitario.
- Otros profesionales especializados en atención y mediación comunitaria.

3.9.5. Objetivos generales

Cualquier plan o programa comunitario, debe aspirar a la consecución de al menos uno de los siguientes objetivos generales:

- **Reducir el consumo de drogas** en la comunidad donde se desarrollará el programa comunitario que se desea emprender.



- **Retrasar la edad de inicio** al consumo de cada sustancia psicoactiva.
- **Reducir las conductas** de riesgo en relación al uso de drogas.
- **Reducir los problemas** relacionados con el uso de drogas que se producen en la comunidad.

El planteamiento de uno o varios de estos objetivos implica que toda acción y objetivo específico que se diseñe en los programas y actuaciones en el ámbito comunitario, tienen como fin último la consecución de estilos de vida saludables y libres del desarrollo de problemas relacionados con las drogas.

El concepto de estilo de vida saludable se conecta directamente con estos objetivos generales, ya que el resultado será saber si se ha disminuido el consumo de drogas, se ha retrasado la edad media de inicio al consumo de cada sustancia y/o se han reducido las conductas de riesgo y los problemas relacionados con el uso de drogas.

3.9.6. Contenidos del programa.

Considerados de forma secuencial y presentados por orden lógico, los contenidos del programa a considerar desde el momento de la planificación, son:

3.9.6.1. Pasos iniciales para desarrollar un programa comunitario con base en la evidencia de efectividad.

Cualquier programa preventivo de ámbito comunitario surge a raíz de la detección de una necesidad, ya sea la que experimenta la propia comunidad o la que se detecta desde el nivel técnico (por ejemplo desde los servicios municipales de prevención o desde la atención a las drogodependencias). En el primer caso, la necesidad suele traducirse en demandas más o menos difusas que llegan a la administración local solicitando respuestas y apoyo para afrontar los problemas percibidos, pero este punto de partida no es suficiente para justificar el desarrollo y poder planificar adecuadamente un programa de prevención comunitaria. En todas las situaciones en que se genere una demanda será necesario conocer la situación de partida, los problemas iniciales y hacer una valoración previa a la intervención.

A

A- Conocimiento de la situación de partida.

El primer paso en la planificación de un programa para la prevención del uso de drogas y problemas asociados, es una evaluación del tipo de situación o problema relacionado con las drogas que se quiere modificar dentro de la comunidad.

También se requiere una determinación de cuáles son los factores de riesgo que afectan a esta situación o problema y en qué grado de intensidad se hallan presentes en la comunidad.

Los resultados de esta evaluación inicial permitirán aumentar el conocimiento de la naturaleza y de la seriedad del problema existente (o previsible en el futuro) en la comunidad y guiar la selección de los mejores programas de prevención para modificar la situación actual.

Si no se dispone de datos ya elaborados (generalmente la Comunidad Autónoma, el Ayuntamiento, la Consejería de Educación, etc., disponen ya de datos muy relevantes a tener en cuenta), el programa deberá iniciarse con la realización de un estudio

que permita disponer de un conocimiento en profundidad de la comunidad con la que se va a trabajar.

Este estudio, o los estudios consultados, deben permitir la identificación de indicadores relevantes en relación al uso de drogas y problemas asociados. Para ello, es importante que el estudio permita determinar el alcance del uso de drogas y el conocimiento del problema por parte de la comunidad, así como entender las características que definen la cultura social de la comunidad, y cómo ésta se ve afectada por el uso de drogas. Como complemento al estudio, se debe consultar con líderes comunitarios que trabajan en el área de atención a las drogodependencias y áreas relacionadas para obtener información complementaria. Toda esta información permitirá establecer un plan de acción (planificación) que, en base a las necesidades identificadas, facilite:

- El establecimiento de las prioridades en función de las necesidades existentes.
- La elección final de las actuaciones prioritarias en función de los recursos disponibles y previamente identificados.
- La formulación de los objetivos específicos.
- La elaboración del plan de acción.
- El planteamiento del plan de evaluación.

Así, el conocimiento inicial de la realidad social de la comunidad con la que se va a trabajar permitirá realizar propuestas de actuación que respondan a sus necesidades en prevención. También permitirá compartir y hacer llegar la información recopilada a todos los mediadores clave.

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DE LA POBLACIÓN

Para evaluar el nivel de riesgo de que una población se involucre en el abuso de drogas y/o sufra problemas relacionados con el consumo de las mismas, es importante:

- Medir la naturaleza y la extensión de los patrones y las tendencias del uso de drogas.
 - Recoger datos sobre los factores de riesgo y de protección en la comunidad.
 - Identificar los esfuerzos preventivos que ya estén puestos en marcha para tratar el problema.
-

B

B- Exploración de la percepción y disponibilidad de la comunidad para la prevención

Tan importante como el conocimiento de las características y dimensiones del problema existente o previsible, es realizar una evaluación de la actitud y la disponibilidad de la comunidad para prevenirlo o modificarlo.

La identificación de un nivel serio de riesgo dentro de una comunidad no siempre significa que la comunidad esté preparada para percibirlo y actuar en consecuencia.

Basándose en los estudios de muchas comunidades pequeñas,



los investigadores han identificado diversas etapas que permiten evaluar el “nivel de disposición de la comunidad” (Ver tabla siguiente) que puede guiar la planificación de la prevención comunitaria (Plested et al., 1999).

Una vez que los planificadores de la prevención sepan en qué etapa se encuentra la comunidad, pueden impulsar los pasos siguientes necesarios para involucrar a la comunidad en la planificación y desarrollo de un plan o programa preventivo.

ESTADO DE PREPARACION DE LA COMUNIDAD		IMPLICACIÓN COMUNITARIA
Nivel de madurez o preparación	Respuesta comunitaria	Acción necesaria
No existe percepción del problema (hay falta de conocimiento o falta de comprensión de su impacto real).	Tolerancia relativa al abuso de drogas.	Promover la percepción social del problema (opinión pública) y motivar la participación de cada sector de la comunidad.
Negación del problema.	“Aquí no pasa nada”. “No hay nada que podamos hacer”.	Establecer y desarrollar contactos con todas las personas que por su posición ejercen un papel mediador y que, por su capacidad de liderazgo, pueden desarrollar un papel preventivo clave.
Vaga percepción del problema.	Alguna idea del problema pero ninguna motivación para actuar.	Cooperar intensamente con los medios de comunicación para difundir : - el problema y sus dimensiones. - su impacto en la comunidad. - las medidas eficaces para afrontarlo.
Sensibilización inespecífica.	Diversas personas mediadoras, con capacidad de liderazgo son conscientes del problema, y muestran cierta motivación para comprometerse.	Iniciar la pre-planificación: Crear una plataforma de coordinación para impulsar el inicio de la planificación del plan o programa.
Tienen conocimiento de: - El problema. - Las medidas que pueden prevenirlo, frenarlo o disminuirlo.	Diversas personas mediadoras, con capacidad de liderazgo, comprenden: - la posibilidad de mejorar la situación. - la necesidad de actuar.	Iniciar trabajo conjunto: Planificar el plan/programa, definiendo el papel de cada grupo comunitario participante.
Preparación.	Implicación. Compromiso activo de las personas mediadoras, con capacidad para la toma de decisiones.	Identificar claramente qué se hará y cómo: Identificación e implementación del plan / programa con base científica de efectividad.
Diseño del plan / programa.	- Características y dimensión del problema) para apoyar el desarrollo de plan/ programa. - Atención a la evidencia de efectividad.	Asegurar la aplicación. Velar para que cada agente mediador disponga de lo necesario para su participación: - Formación. - Instrumentos /materiales. - Recursos.
Aplicación.	Utilización de los datos disponibles: - características y dimensión del problema) para apoyar el desarrollo de plan/ programa. - atención a la evidencia de efectividad.	Medir los resultados: Evaluar si se han alcanzado los objetivos señalados en la fase de planificación.
Evaluación.	Monitorización de la aplicación: Cada participante registra el grado de aplicación de las actividades, en relación a lo previsto.	Apoyar mejoras y aplicación a largo plazo: Evaluar y mejorar los programas actuales. Mantener o expandir el plan/programa para asegurar el mantenimiento de su impacto en el tiempo, así como asegurar que alcanzan los objetivos y la cobertura necesaria.
Seguimiento / consolidación.	Atención a los resultados: Los responsables de la toma de decisiones sobre política relacionada con las drogas valoran los resultados obtenidos.	

Fuente: Adaptado de Plested et al., 1999.



Este conocimiento ayuda a determinar los pasos adicionales necesarios para conectar, motivar e implicar a la comunidad en el programa, antes de su inicio. También es necesario realizar una revisión de los programas actuales o que se han realizado anteriormente, para identificar las deficiencias a cubrir y las necesidades adicionales.

Por último, la planificación inicial se puede beneficiar de la experiencia de organizaciones comunitarias que trabajan en el campo socio-sanitario. Contactos con estas organizaciones pueden preparar el escenario para coordinar ideas y recursos que ayuden a implementar y sostener los programas. Sin embargo, estos contactos no deben menoscabar que se tengan en cuenta las bases científicas de la intervención preventiva.

C

C- Consideración de la efectividad potencial del plan/programa comunitario

Tener en cuenta la capacidad potencial que el plan/programa tiene para lograr sus objetivos es otro de los requisitos sin el cual no debería iniciarse programa comunitario alguno.

Para determinar si el programa que se quiere implementar incluye los principios de prevención basados en investigación, es recomendable responder a las siguientes preguntas:

A- ¿Se plantea desde un enfoque integral e integrador?

Globalmente considerado:

- ¿Incluye diversos componentes para que desde distintos ámbitos de la comunidad se puedan reforzar los mensajes preventivos?
- ¿Dispone de componentes capaces de implicar a todos los ámbitos necesarios: individual, familiar, educativo, legal, de los medios de comunicación, de las organizaciones comunitarias y de los planificadores socio-sanitarios?
- ¿Están estos componentes bien integrados en tema y contenido para así reforzarse mutuamente?
- ¿Están cuidadosamente diseñadas las intervenciones para alcanzar diferentes poblaciones en situación de riesgo y tienen la duración suficiente para alcanzar los objetivos marcados?
- ¿Define los actores, métodos, instrumentos y espacios que se dedicarán a la necesaria coordinación de instituciones y ámbitos de actuación?
- ¿Define las actividades que permitirán un trabajo conjunto y transversal a través de los componentes del programa?
- ¿Incluye una aproximación global a los



problemas relacionados con el uso de todas las drogas, independientemente de su situación legal.

B- ¿Se ha revisado la evidencia de eficacia y efectividad?

Los distintos componentes y programas que integran el plan, ¿se basan en la evidencia disponible?

C- ¿Utiliza las estrategias de movilización y educación comunitaria necesarias?

¿Se prevé el despliegue de aquellas estrategias capaces de incrementar el conocimiento público, contar con la participación comunitaria, asegurar el apoyo comunitario a las previsiones legales existentes, reforzar los programas educativos dirigidos tanto al alumnado como a las familias y mantener al público informado del progreso del programa?

D- ¿Dispone de la necesaria coherencia interna?

- ¿Sigue un plan de organización estructurada que progresa desde la identificación de las necesidades, pasa por la definición de objetivos, la planificación de actuaciones, la implementación de actividades, llegando hasta la evaluación y la revisión necesaria para permitir, el refinamiento de sus contenidos, en base a información que ha sido recopilada durante todas las fases de aplicación y evaluación?
- La formulación de objetivos específicos ¿permite que estos objetivos sean usados para evaluar los progresos y resultados del programa?

E- ¿Es realista?

¿Son factibles los objetivos específicos planteados a corto, medio y largo plazo, dados los recursos disponibles?

3.9.6.2. Definición de los objetivos específicos en el ámbito comunitario

Para garantizar una aplicación de calidad, la formulación de los objetivos debe asegurar que cada objetivo específico formulado se corresponda con el/los indicador/es que se espera modificar al final del programa (resultado esperado) y que, dicho objetivo, sea alcanzable a través de las actividades previstas y mediante los recursos disponibles. Además, antes de formular los objetivos específicos, es importante considerar que:

- Cada objetivo específico contribuya de manera significativa al cumplimiento de alguno de los objetivos generales.
- Sea verificable, es decir, se pueda medir el cambio conseguido.
- Muestre de manera explícita una referencia temporal, es decir, indique en qué tiempo se espera poder alcanzar el cambio esperado.
- Idealmente, siempre que se define el cambio esperado, debería especificarse cuál es la dimensión de dicho cambio (preferentemente expresado en términos de porcentaje), y para ello hay que hacer una estimación muy realista. En determinados aspectos, cambios aparentemente muy modestos (de entre el 1% y el 5%, por ejemplo) constituirían un gran logro en prevención si se consiguieran alcanzar en toda la población de la comunidad donde se está aplicando el programa.

Entre los posibles objetivos específicos de un programa de ámbito comunitario, pueden plantearse (si procede, en forma de porcentaje), a modo de ejemplo, los siguientes:

SI EL PROGRAMA QUIERE OBTENER CAMBIOS EN OBJETIVOS FINALES	<ul style="list-style-type: none">- Al final del programa se ha conseguido una reducción significativa de la prevalencia del uso de drogas en la población, (según sea la prioridad identificada, se puede especificar si se espera una reducción global en población general o específica, según grupo poblacional y/o sustancia psicoactiva).- Cuando termine el programa se habrá conseguido un incremento significativo de la edad media de inicio del uso de drogas (según sea la prioridad identificada, se puede especificar si se espera un incremento global para la edad de inicio del consumo de todas las drogas, o para el consumo de alguna/s en particular).- Al finalizar el programa, se habrá conseguido una reducción significativa de los accidentes de tráfico relacionados con el uso del alcohol u otras drogas que se producen en el ámbito del municipio (según sea la prioridad identificada, se puede especificar si se espera para todas las edades o para algún grupo de edad en particular).- Al término del programa, se ha conseguido una reducción significativa de los ingresos, relacionados con intoxicación etílica aguda o sobredosis, en los servicios hospitalarios de urgencias.- Etc.
SI EL PROGRAMA PROPONE MODIFICACIONES SOBRE LAS VARIABLES PENDIENTES, ES DECIR OBJETIVOS INTERMEDIOS:	<ul style="list-style-type: none">- Al final del programa se ha conseguido incrementar las actitudes de rechazo al uso de una o más sustancias psicoactivas (especificando cada una de ellas y el porcentaje de cambio esperado, si procede).- Al final del programa se ha conseguido incrementar significativamente la población que percibe los riesgos asociados al uso de una o más sustancias psicoactivas, especificando cuál/es.- Al término del programa se ha conseguido incrementar significativamente la población (especificar, si procede) que percibe la necesidad y la eficacia de disponer de un marco normativo relativo a las drogas como instrumento de protección y mejora de la salud pública.- Al acabar el programa se ha conseguido disminuir significativamente la población que mantiene creencias erróneas o mitos en relación al uso de una o más drogas, especificando de cuales se trata.- Al final del programa se ha conseguido incrementar significativamente la población que manifiesta las actitudes críticas frente a las presiones que promueven los usos de una o más -especificar- drogas- Etc.

La elección final de los objetivos específicos, vendrá determinada por:

- El objetivo general elegido.
- El modelo teórico adoptado.
- Los programas previamente implementados.



3.9.6.3. Definición de los objetivos operacionales en el ámbito comunitario

Los objetivos operacionales, también denominados de proceso, describen qué pasos se deben producir para alcanzar los objetivos específicos que se han establecido para el programa. Por tanto, los objetivos operacionales se fijarán en función de los objetivos específicos adoptados.

A modo de ejemplo en este nivel, los objetivos del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2007-2010, para la prevención comunitaria son:

-
- Impulsar el desarrollo y la creación de planes municipales de drogodependencias.
 - Favorecer la participación del tejido asociativo en la prevención de las drogodependencias.
 - Informar a la población sobre los riesgos del abuso de bebidas alcohólicas y del consumo de tabaco y otras drogas.
-

La traslación de estos objetivos del Plan Regional al ámbito comunitario de un Plan Local, puede concretarse en los siguientes objetivos operacionales:

-
- Incrementar la participación de la población mediadora como agentes de movilización de la propia comunidad, con una implicación directa en la gestión de sus recursos, así como en la modificación de conocimientos y comportamientos en relación a los objetivos específicos que se pretenden alcanzar.
 - Incrementar la participación de la población mediadora en las actividades de una plataforma que ha sido creada para identificar las necesidades comunitarias y definir propuestas de mejora o solución en relación a los objetivos específicos que se pretenden alcanzar.
 - Promover el desarrollo de redes sociales naturales, o reforzar las ya existentes (asociaciones juveniles, deportivas, de ocio y tiempo libre), para que puedan contribuir, con su apoyo y participación, al desarrollo del programa preventivo y a la consecución de los objetivos específicos que se pretenden alcanzar.
 - Involucrar al tejido asociativo en la planificación de acciones preventivas encaminadas a alcanzar los objetivos específicos marcados.
 - Potenciar la participación activa de los miembros de la comunidad en las acciones preventivas.
 - Incrementar la formación en prevención de mediadores sociales como dinamizadores comunitarios y agentes preventivos clave en prevención.
 - Favorecer la coordinación de todos los sectores sociales e instituciones para conseguir una mayor implantación del programa preventivo.
-

3.9.6.4. Métodos en el ámbito comunitario

La descripción de los métodos ayuda a definir cómo y con qué herramientas se conseguirán los objetivos operacionales, en lo referido a la implicación de la comunidad. El método propio de los programas comunitarios exige el desarrollo de los siguientes ejes metodológicos:

- Un trabajo de **sensibilización** en relación al problema o situación existente y cómo es posible modificarlo (sensibilización, información y diseminación de la evidencia de la eficacia basada en la investigación que debe estar presente en todos los pasos siguientes).
- La **participación**, tanto del tejido social que conforma a una comunidad (ciudadanos, asociaciones, y sociedad civil organizada en general), como de los recursos institucionales públicos concernidos (culturales, deportivos, educativos, de servicios sociales, etc.). La participación se concreta mediante:



- Actividades iniciales de sensibilización de las distintas instancias o sectores que deberían estar implicados; en ellas se debe hacer una descripción clara y breve del problema y de qué forma este problema concierne a cada parte.
- El establecimiento de plataformas o mesas de coordinación en la que estén representadas todas las instancias comunitarias implicadas.
- El desarrollo de pactos escritos que describan la implicación de cada instancia o sector.

- Un **proceso de diálogo y negociación** que articule la relación entre los participantes en el programa y que alcance a todo el diseño e implementación del mismo; este aspecto se concreta mediante:

- Convocatoria de reuniones formales con los mediadores significativos de la comunidad, como son representantes de instituciones, representantes de asociaciones ciudadanas (vecinales, familiares, asociaciones juveniles, deportivas, ...), etc.
- Formalización de entrevistas, visitas y contactos informales con líderes de organizaciones naturales de la comunidad.

- La **difusión** del trabajo a través de los medios de comunicación locales (radio, televisión, webs de entidades locales, etc.).
- La **formación**, a través de cursos, seminarios o jornadas, de personas clave (mediadores) en los distintos ámbitos comunitarios, que ejercen un papel decisivo en la creación de una cultura preventiva para reforzar su percepción del papel que pueden jugar en prevención; y clarificar cómo pueden intervenir desde un enfoque democrático (frente al autoritario o a la no intervención o “laissez-faire”) y basado en la evidencia de que es efectivo.
- La **evaluación**, que permitirá saber si el programa alcanza los objetivos que se ha propuesto.
- La **investigación**, que contribuirá a mejorar la eficacia del programa.

3.9.6.5. Actividades en el ámbito comunitario.

- **Dar a conocer a la comunidad las características** y dimensiones del problema o situación que se pretende modificar, explicando de qué forma este problema concierne a cada parte, a través de:

- La difusión por todos los medios viables de la situación que se pretende modificar. Por ejemplo, si se ha realizado un estudio sobre la realidad de la zona en relación a los factores de riesgo y los factores de protección que inciden en el uso/abuso de drogas en la comunidad, se puede dar a conocer los resultados del estudio realizado, mediante la elaboración de un resumen



de los resultados obtenidos, para entregar a todos los recursos/mediadores significativos de la comunidad.

- La realización de una convocatoria a los medios de comunicación locales.
- El desarrollo de una campaña de sensibilización en medios de comunicación.
- La difusión de mejoras obtenidas tras la aplicación de programas o actuaciones anteriores.

- **Promover la creación**, y velar por el mantenimiento activo, de una plataforma o **mesa de coordinación** en la que estén representadas todas las instancias comunitarias implicadas para definir un programa de actuación concreto. Esta actividad puede desglosarse en:

- La convocatoria a la participación de todos los mediadores. Esto implica convocar una reunión conjunta con los mediadores significativos de la comunidad (institucionales y no institucionales) para valorar la posición de la comunidad en relación a la situación que se quiere modificar (recursos, problemática asociada, dificultades, etc.).
- La valoración conjunta de las necesidades en función del estudio realizado, sin desestimar las necesidades percibidas por parte de las personas mediadoras.
- Promover que se propongan actividades que respondan a las necesidades existentes.
- Analizar las propuestas de actuación que surjan y ponderarlas con la evidencia de efectividad disponible.
- Priorizar las actuaciones en base a las necesidades, a los recursos disponibles y a la evidencia de eficacia.
- Planificar las actividades de intervención locales por sectores (como barrios o distritos) y por ámbitos de intervención, según sean los objetivos del programa (en general deberá integrar los ámbitos: escolar, familiar, ocio y tiempo libre, medios de comunicación, laboral y servicios sanitarios).
- Colaborar con todas las entidades e instituciones que se pueda, en la elaboración, diseño, y ejecución de sus actividades sectoriales.
- Promover la implicación activa de cada miembro de la plataforma en el programa a lo largo de su desarrollo, mediante la convocatoria periódica de reuniones, en las que cada parte pueda informar de los avances realizados, dificultades encontradas, soluciones adoptadas, etc.

- Ofertar y realizar cursos de **formación para mediadores**/agentes preventivos de la comunidad (para ampliar los aspectos relacionados con la formación, ver *Capítulo 8.- Formación de mediadores*, de esta Guía).

Todas estas actividades deben realizarse de acuerdo a un **calendario anual**. Un elemento importante, para realizar una previsión temporal realista de las actividades a realizar a lo largo del periodo previsto para la aplicación del programa, es la elaboración de un **cronograma** en el que, de forma visual y sencilla, deben aparecer organizadas, por semanas o por meses, todas las actividades previstas.



3.9.7. Evaluación

Si un programa ha sido adecuadamente planificado desde sus comienzos, los datos recogidos a lo largo de su implementación permiten realizar tres tipos de evaluación: de cobertura, de proceso y de resultados.

Como complemento del Capítulo 2, dedicado a la planificación, es importante recordar la necesidad de realizar en el ámbito comunitario, los siguientes tipos de evaluación.

3.9.7.1. Evaluación de cobertura

La evaluación de cobertura permite saber a cuántos ha llegado el programa del total de población a la que potencialmente podría (o debería) haberse llegado (definida inicialmente como población destinataria final), de acuerdo a datos objetivos disponibles (censo u otros registros disponibles, según sea la población de que se trate).

Para conocer este dato, hay que observar la población global existente en el ámbito territorial (ciudad, zona, barrio, etc.) a la que pretendía llegar el programa (población destinataria final), y calcular el tanto por ciento de la población a la que realmente se ha llegado.

Adicionalmente, pueden registrarse otros indicadores complementarios como son: número y tipo de material difundido, repartido o utilizado; y porcentaje de material repartido, difundido o utilizado, por persona potencialmente beneficiaria (total de población a la que potencialmente podría -o debería- haber llegado el programa).

$$\text{Población total o potencial} / \text{Población destinataria final} \times 100 = \text{Cobertura}$$

3.9.7.2. Evaluación de proceso

La evaluación de proceso permite valorar la consecución de los objetivos operacionales previstos en el programa. Se realiza a través de la observación directa y el registro del cumplimiento de los mismos y del cumplimiento del cronograma de actividades inicialmente previsto.

Para realizar la evaluación de proceso, deben utilizarse instrumentos que permitan recoger y registrar datos relevantes sobre el desarrollo de cada una de las actividades previstas (ya sea a través de formularios manuales o electrónicos, o a través de registros audio-visuales que posteriormente requerirán el traspaso a registros manuales o electrónicos).

La recogida de estos datos de proceso debe realizarse durante el desarrollo de las actividades. Y los indicadores que pueden registrarse, a modo de ejemplo, son:



INDICADORES DE LA ACTIVIDAD	Nº y tipo de actuaciones realizadas en relación a las previstas.	Reuniones formales e informales. Actividades de difusión y sensibilización. Actividades de formación. Seguimiento de actuaciones. Reuniones de coordinación. Edición de materiales.
	Nº de asistentes por actividad.	Registro de asistencias.
	Calidad percibida de cada actividad por parte de cada participante.	Se recoge mediante la puntuación de la actividad otorgada por parte de las personas participantes, que puede ser: muy buena, buena, aceptable, regular, mala, muy mala; etc.
	Duración de la actividad en relación a la prevista.	Se compara posteriormente la duración planificada con la duración real.
INDICADORES DE PERSONAL PARTICIPANTE	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de profesionales que intervienen en el programa. - Nº de mediadores que intervienen en el programa. - Nº de profesionales o mediadores por áreas de trabajo o procedencia. - Horas dedicadas a la ejecución del programa. - Grado de satisfacción de cada mediador en relación a su participación (muy buena, buena, aceptable, regular, mala, muy mala). - Etc. 	
INDICADORES DE EFICIENCIA	Se debe indicar el coste total del programa.	Estos cálculos permiten, además, obtener el grado de eficiencia obtenida cuando se calculan los costes en base a los resultados obtenidos.
	El coste por hora de aplicación.	
	El coste por participante en el mismo (población final beneficiada).	
INDICADORES DE INCIDENCIAS IMPREVISTAS	Nº y tipo de incidencias no previstas. Para cada incidencia hay que registrar, al menos:	Tipo de incidencia.
		Motivo objetivo por el que se ha producido.
		Duración de la incidencia.
		Posibles consecuencias que ha generado.

3.9.7.3. Evaluación de resultados en el ámbito comunitario

Como ya se ha visto en el Capítulo 2 de esta Guía, la evaluación de resultados es un método que sirve para saber si, tras la aplicación del programa, se han alcanzado los objetivos específicos marcados al inicio del programa. Es decir, si se han conseguido los cambios que se pretendían.

Aunque la implementación de un plan comunitario de prevención no debe responder a criterios de investigación experimental, sí es necesario prever la aplicación de un protocolo básico de evaluación que permita obtener una descripción de los cambios que se han producido desde el comienzo hasta la finalización del periodo de implementación del plan. Por ejemplo, cada 12 ó 24 meses, permite ver cómo van evolucionando los distintos indicadores elegidos, inicialmente, por su relevancia en el ámbito de la prevención del abuso de drogas y problemas asociados.



Este tipo de evaluación no permite discriminar si dichos cambios son enteramente imputables a la aplicación del plan, ya que, en dicha evolución, pueden influir otros factores como la política legislativa de ámbito nacional, las estrategias globales de promoción de drogas a través del cine, el mundo de la moda, etc.; u otros factores de mercado con gran impacto en el consumo como son los precios de las sustancias psicoactivas.

Sin embargo, dicha evaluación sí permite obtener una información altamente relevante para las personas que tienen que tomar decisiones en materia de prevención y para quienes realizan tareas mediadoras, pues permitirá identificar qué indicadores han evolucionado positivamente y qué aspectos hay que priorizar en el futuro inmediato, para mejorar.

Los resultados a evaluar deben coincidir con los objetivos específicos que inicialmente se hayan seleccionado. Para ello, durante la fase de planificación se habrá previsto la forma e instrumento/s de medida de la situación de partida (protocolo de evaluación), y la repetición de su aplicación al finalizar el periodo de implementación del plan.

En el ámbito comunitario este protocolo puede estar integrado por:

Una o varias encuestas realizadas a población general y/o a grupos en situación de riesgo	- Con indicadores sensibles para medir cambios de actitudes, conocimientos y conductas en relación a las drogas.
Registros municipales	- Inspecciones realizadas, expedientes sancionadores abiertos, etc.
Información de la autoridad vial	- Tasas de mortalidad y morbilidad relacionadas con el alcohol y otras drogas. - Evolución de las tasas de alcoholemia registradas en controles periódicos. - Etc.
Informes de los servicios sanitarios	- Ingresos en urgencias por problemas de intoxicación aguda. - Demanda de asistencia en relación al tabaco, al alcohol u otras drogas. - Etc.

La valoración de estos cambios será el resultado de comparar los datos obtenidos antes de iniciar el plan (o su ejecución anual), y los obtenidos a su término. Por ejemplo, si el Plan aspira a:

OBTENER CAMBIOS OBSERVABLES EN OBJETIVOS FINALES	<ul style="list-style-type: none"> - Estos se han observado en la prevalencia del uso de drogas (una o varias, según se definió inicialmente) en la población destinataria (población general o un grupo específico de población, según se definió en los objetivos). - En la edad media de inicio del uso de drogas (según fuera la prioridad marcada en los objetivos). - Cambio observable en la incidencia de los accidentes de tráfico relacionados con el uso del alcohol u otras drogas que se producen en el ámbito del municipio. - De los ingresos en los servicios hospitalarios de urgencias relacionados con intoxicación etílica aguda o sobredosis. - Etc.
MODIFICAR VARIABLES PENDIENTES, ES DECIR, OBJETIVOS INTERMEDIOS	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio observable en las actitudes de rechazo al uso de una o más sustancias psicoactivas (según lo definido en los objetivos). - Modificaciones evidenciadas en la percepción de los riesgos asociados al uso de una o más sustancias psicoactivas (según lo definido en los objetivos). - En la percepción de la necesidad de disponer de un marco normativo relacionado con las drogas como instrumento de protección y mejora de la salud pública (según lo definido en los objetivos). - Cambio observable en las creencias erróneas o mitos en relación al uso de una o más -especificar- drogas (según lo definido en los objetivos). - En las actitudes críticas frente a las presiones que promueven los usos de una o más -especificar- drogas (según lo definido en los objetivos). - Etc.



Como cualquier sistema adaptativo complejo, cada comunidad local es sensible a los cambios de condiciones que se realicen en su sistema local. Por ello, cualquier intervención preventiva no será eficaz, si no consigue reducir de manera significativa los factores de riesgo existentes en la comunidad. Las intervenciones que no consigan modificar dichos factores de riesgo constituirán esfuerzos inútiles y el sistema comunitario continuará produciendo situaciones de riesgo y problemas relacionados con el uso de drogas. Y esto es especialmente real cuando no se desarrollan los necesarios cambios estructurales.

En este marco, la investigación disponible en prevención sugiere que un programa comunitario bien construido:

- **Identifica los problemas** específicos existentes en relación a las drogas (**factores de riesgo** de carácter global y de carácter individual), así como otros problemas que afectan a la población infantil y adolescente en la comunidad.

- **Plantea tres tipos de intervenciones comunitarias** encaminadas a reducir los factores de riesgo identificados y promover factores de protección basados en la evidencia. Estas intervenciones incluyen:

- **Políticas normativas locales.**

- **Programas de información, sensibilización y educación públicos.**

- **Actuaciones o eventos puntuales que refuercen los dos tipos de actuaciones anteriores.**

- **Construye** considerando lo que es posible hacer en base a los **recursos existentes.**

- **Define** objetivos específicos a **corto plazo.**

- **Selecciona** e implementa cada programa que integra el plan en base a **criterios de prevención** con base científica.

- **Proyecta metas** a largo plazo de manera que los recursos sean sostenibles y puedan estar disponibles para el futuro.

- **Incluye evaluaciones** continuas de los programas y una evaluación periódica del impacto del plan, en términos de prevalencia de consumo de las distintas sustancias psicoactivas.

BIBLIOGRAFÍA

-Aguirre-Molina M, Gorman DM. (1996). Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug use. *Annu Rev Public Health.* 1996;17:337-58.

- Allamani A, Sani IB, Centurioni A, Ammannati P. (2007). Preliminary evaluation of the educational strategy of a community alcohol use action research project in Scandicci (Italy). *Subst Use Misuse*;42(12-13):2029-40.

- Alonso Sanz C, Salvador Llivina T, Suelves Janxich JM, Jiménez García-Pascual R, Martínez Figuras I. (2004). Prevención de la A a la Z. Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

- Andréasson S, Sjöström E, Bränström R. (2007). A six-community prevention trial to reduce alcohol and drug use-related problems in Sweden: planning and early findings. *Subst Use Misuse.* 2007;42(12-13):2017-27.

- Arthur MW & Blitz C. (2000). Bridging the gap between science and practice in drug abuse prevention through needs assessment and strategic community planning. *Journal of Community Psychology*; 28 (3): 241.

- Bender, M.P. (1976). *Psicología de la comunidad.* Barcelona: CEAC.

- Boots K, Midford R. (2007). Involving stakeholders in the evaluation of community alcohol projects: finding a balance between subjective insight and objective facts. *Subst Use Misuse.* 2007;42(12-13):1955-69.

- Botvin G, Baker E, Dusenbury L, Botvin E, Diaz T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association* 273:1106-1112.

- Brounstein P, Gardner S, Backer TE. (2007). Research to practice: Bringing effective prevention to every community. En: Tolan P; Szapocznik JA; Sambrano S, eds. *Preventing Youth Substance Abuse: Science-based Programs for Children and Adolescents.* Washington DC: American Psychological Association.

- Briceño-León R (1996). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*; 12(1): doi: 10.1590/S0102-311X1996000100002 . http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000100002

- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano.* Barcelona: Paidós.

- Brown EC, Hawkins JD, Arthur MW, Briney JS, Abbott RD. (2007). Effects of Communities That Care on prevention services systems: findings from the community youth development study at 1.5 years. *Prev Sci.* ; 8(3):180-91.

- Brown EC, Hawkins JD, Arthur MW, Briney JS, Abbott RD. Effects of Communities That Care on prevention services systems: findings from the community youth development study at 1.5 years. *Prev Sci.* 2007 Sep;8(3):180-91.

- Chavis, D. & Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*; 18, 55-81.
- Chou C, Montgomery S, Pentz M, Rohrbach L, Johnson C, Flay B, Mackinnon D. (1998). Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health*; 88:944-948.
- Correa, E. (1998). Participación ciudadana y gobernabilidad. En E. Correa & M. Noé (Eds.), *Nociones de una ciudadanía que crece*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
- d'Abbs P & Togni S. (2000) Liquor licensing and community action in regional and remote Australia: a review of recent initiatives. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*; 24 (1): 45-53.
- Fagan AA, Hanson K, Hawkins JD, Arthur MW. (2008). Bridging Science to Practice: Achieving Prevention Program Implementation Fidelity in the Community Youth Development Study. *Am J Community Psychol*. 2008 Feb 27; [Epub ahead of print, en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&DbFrom=pubmed&Cmd=Link&LinkName=pubmed_pubmed&LinkReadableName=Related%20Articles&IdsFromResult=18302016&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum]
- Fauchald SK. (2006) Community-based Research to Explore Safer Sex Behaviors Among Women. *Clinical Nurse Specialist*; 20 (2): 68.
- Feinberg ME, Ridenour TA, Greenberg MT (2007). Aggregating indices of risk and protection for adolescent behavior problems: the Communities That Care Youth Survey. *J Adolesc Health*; 40 (6):506-13.
- Feinberg ME, Greenberg MT, Osgood DW, Sartorius J, Bontempo D. (2007). Effects of the Communities That Care model in pennsylvania on youth risk and problem behaviors. *Prev Sci.* ; 8 (4):261-70.
- Florin, P. & Wandersman, A. (1984). Cognitive social learning and participation in community development. *American Journal of Community Psychology*, 12, 689-708.
- Gerstein DR & Green LW, eds. (1993). *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?* Washington, DC: National Academy Press, 1993.
- Giesbrecht N & Ferris J. (1993). Community-based research initiatives in prevention. *Addiction*; 88 (s1): 83S-93S.
- Giesbrecht N, Haydon E. (2006). Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications. *Drug Alcohol Rev.*; 25(6):633-46.
- Giesbrecht N, Haydon E. (2006). Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications. *Drug Alcohol Rev*; 25(6):633-46. Review.
- Goodman. R.M., Wandersman, A., Chinman, M., Imm, P. & Morrissey, E. (1996). An Ecological Assessment of Community-Based Interventions for Prevention and Health Promotion: Approaches to Measuring Community Coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 24 (1), 33-61.
- Goodstadt MS. (1989). Drug education: The prevention issues. *Journal of Drug Education*; 19: 197-208.
- Green LW & Kreuter MW. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Palo Alto, CA: Mayfield.
- Green LW & Kreuter MW. (1999). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*, 3rd edition. Mountain View, CA: Mayfield.
- Green LW & Kreuter MW. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th edition. New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Green LW & McAlister AL. (1984). Macro-intervention to support health behaviour: some theoretical perspectives and practical reflections. *Health Education Quarterly*; 11: 323-39.
- Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishers.
- Green LW, Wilson AL, Lovato CY. (1986). What changes can health promotion achieve and how long do these changes last? The tradeoffs between expediency and durability. *Preventive Medicine*; 15: 508-21.
- Green LW. (1974). Toward cost-benefice evaluations of health education: Some concepts, methods and examples. *Health Education Monographs*; (supl. 2): 34-64.
- Green LW. (1992). *Prevention and Health Education. A: Maxcy-Rosnau-Last: Public Health and Preventive Medicine*, 13th edition, Eds. J. M. Last & R. B. Wallace. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Gyarmati, G. (1987). La pedagogía de la participación: Una teoría política del bienestar psicosocial. En G. Gyarmati (Coord.), *Hacia una teoría del bienestar psicosocial* (pp. 231-244). Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.
- Hamilton M. (2004). Preventing drug related harm. In: Hamilton M; King T; Ritter A, eds. *Drug Use in Australia: PreventingHarm*, 2nd Ed.. Oxford: Oxford University Press.
- Hamilton M; Ritter A; King T; Otmar R. (2004). Contemporary issues and challenges for the future. IN: Hamilton M; King T; Ritter A, eds.*Drug Use in Australia: Preventing Harm*, 2nd Ed.. Oxford: Oxford University Press.
- Hawkins JD, Catalano RF, Arthur M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*; 90(5):1-26.
- Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addict Behav.*; 27(6):951-76.
- Hawkins JD, Van Horn ML, Arthur MW. Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prev Sci*. 2004 Dec;5(4):213-20. Erratum in: *Prev Sci*. 2005 Dec;6(4):327.
- Hernandez DV; Skewes MC; Resor MR; Villanueva MR; Hanson BS; Blume AW. (2006). A pilot test of an alcohol skills training programme for Mexican-American college students. *International Journal of Drug Policy* 17(4, Special Issue): 320-328, 2006.



- Hobden K; Cunningham J. (2006). Barriers to the dissemination of four harm reduction strategies: A survey of addiction treatment providers in Ontario. *Harm Reduction Journal*, 3:35 (14 December) 3: article 35.
- Holder HD & Reynolds RI. (1997) Application of local policy to prevent alcohol problems: experiences from a community trial. *Addiction*; 92 (s2): S285-S292.
- Jauffret-Roustide M; Emmanuelli J; Quaglia M; Barin F; Arduin P; Laporte A et al. Impact of a harm-reduction policy on HIV and hepatitis C virus transmission among drug users: Recent French Data - The ANRS-Coquelicot study. *Substance Use & Misuse* 41(10-12): 1603-1621, 2006.
- Jonas S. (1991). Panel discussion on the topic, "Should public health adopt a harm reduction drug control strategy?" at the annual meeting of the American Public Health Association, Atlanta, GA: APHA.
- Julian DA, Ross M, Partridge C. (2008). Challenges in Supporting Community Implementation of Science-based Programs: A Critical Review of Local Partnerships for Success Plans. *Am J Community Psychol*. 2008 Feb 21; [Epub ahead of print en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18288606?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum]
- Kelley Baker T, Hurwitz M, Gordon P, Fallik B. (1997). The State and Territorial Guide to Substance Abuse Prevention in Declared Disasters. DHHS Publication No. (SMA) 97-33123. Rockville: National Center for the Advancement of Prevention (NCAP). Center for Substance Abuse Prevention (CSAP).
- Lee KS, Conigrave KM, Clough AR, Wallace C, Silins E, Rawles J. (2008). Evaluation of a community-driven preventive youth initiative in Arnhem Land, Northern Territory, Australia. *Drug Alcohol Rev.*; 27(1):75-82.
- Magendzo S & Egaña L. (1991). La participación social como espacio educativo. Santiago: PIEE (Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación).
- Marcos Sierra JA. (2007). Prevención Comunitaria: Un modelo de intervención. Encuentros Nacionales sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. CPD Cádiz. <http://www.drogascadiz.es/AdminManoLaJanda/UserImages/cfaaffia-aff9-43d6-a73c-655c7f9f8958.pdf>
- Maya Jariego, I. & Holgado, D. (2006). La potenciación comunitaria en la mejora de la implementación de programas. Un estudio de caso de prevención en el ámbito educativo. En G. Tonón (comp.). *Juventud y protagonismo ciudadano*. Buenos Aires: Espacio.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2000^a). La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Parte Uno. Documento Base. Madrid: Subdirección General de promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2000^b). La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Parte Dos. Libro de Evidencia. Madrid: Subdirección General de promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.
- Montero, M. (Coord.) (1994). *La Psicología Social Comunitaria: teoría, método y experiencia*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- NIDA (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents, A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders, Second Edition*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Ogilvie D, Gruer L, Haw S (2005) Ogilvie D, Gruer L, Haw S. Young peoples access to tobacco, alcohol and other drugs. *BMJ*; 331(7513):393-396.
- Pentz MA. (1998). Costs, benefits, and cost-effectiveness of comprehensive drug abuse prevention. En: Bukoski, W.J.; and Evans, R.I., eds. *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*. NIDA Research Monograph No. 176. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Petosa R. (1992). Developing a comprehensive health promotion program to prevent adolescent drug abuse, in *The prevention and treatment of adolescent drug abuse*, G. Lawson and A. Lawson (Eds.). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Plested B, Smitham D, Jumper-Thurman P, Oetting E, Edwards R. (1999). Readiness for drug use prevention in rural minority communities. *Substance Use And Misuse*; 34(4 -5):521-544.
- Prestby, J. E., Wandersman, A., Florin, P., Rich, R. & Chavis, D. M. (1990). Benefits, costs, incentive management and participation in voluntary organization: A means to understanding and promoting empowerment. *American Journal of Community Psychology*; 18: 117-150.
- Rappaport, J. (1981). In praise of Paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*; 9: 1-21.
- Room R. (1980). Concepts and strategies in the prevention of alcohol. *Contemporary Drug Problems*; 9: 9-48.
- Ross C & Jang S. (2000). Neighborhood disorder fear, and mistrust: The buffering role of social ties with neighbors. *American Journal of Community Psychology*; 28: 401-420.
- Roth, E. (1986). *Competencia social. El cambio del comportamiento individual en la comunidad*. México: Trillas.
- San Martín H & Pastor V. (1984). *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sánchez A & Musitu G. (Eds.) (1996). *Intervención comunitaria. Aspectos científicos, técnicos y valorativos*. Barcelona: PPU.
- Spak F & Blanck P. (2007). Implementing a national alcohol consumption prevention program at the local level: what does early evaluation tell us? *Subst Use Misuse*. 2007;42(12-13):2063-72.
- Stafström M, Östergren PO, Larsson S, Lindaren B, Lundborg P. (2006) A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project. *Addiction*; 101 (6): 813-823.

- Wallin E. (2007). Dissemination of prevention: community action targeting alcohol use-related problems at licensed premises. *Subst Use Misuse*;42(12-13):2085-97.
- Wandersman A & Florin P. (2003). Community interventions and effective prevention. *Am Psychol*; 58(6-7):441-8.
- Watson M. (1991). Harm reduction. Why do it? *International Journal on Drug Policy*; 2 (5): 13-15.
- WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. (1998). Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (1984). Health Promotion: A discussion document on the concepts and principles. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada, 17-21 November 1986.
- Zax M & Specter GA. (1979). Introducción a la Psicología de la Comunidad. México: El Manual Moderno.
- Zimmerman M & Rappaport J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16, 725-750.



Capítulo

cuia

ntro

El ámbito educativo

Ámbito educativo



Según Naciones Unidas, la educación sobre drogas consiste en la puesta en marcha de mecanismos apropiados para asegurar la formación de las personas y/o los grupos sociales dentro de una óptica de promoción de la salud, ya sea en el ámbito individual o colectivo, con el objetivo explícito de reducir la demanda de drogas. En esencia, promueve la educación sobre los efectos adversos de las drogas para las personas y la sociedad, así como la adopción de estilos de vida saludables y la interiorización de normas de rechazo al uso de drogas (UNDCP, 2000).

Desde una perspectiva general, la educación sobre drogas constituye una de las grandes estrategias para la reducción de la demanda y la prevención del consumo y los problemas asociados. No debe confundirse con la información sobre drogas, si bien ésta es uno de sus componentes. Puede incluir una amplia variedad de componentes en función de los objetivos específicos que se definan en cada caso.

El presente capítulo se centra en describir las características que debe reunir un programa educativo desarrollado en el ámbito escolar (educación formal). Los aspectos educativos relacionados con otros ámbitos de actuación preventiva, se presentan en los capítulos correspondientes a dichos ámbitos de actuación (familiar y de ocio y tiempo libre).

4.1. Marco conceptual

El marco conceptual descrito en el Capítulo 1 constituye la base teórica de donde parten los programas de educación sobre drogas. De acuerdo a este marco general de referencia, se describen a continuación aquellos modelos teóricos que, de forma más específica, desarrollan dicho marco aplicado a la educación.

La **teoría del aprendizaje social** propuesta por Bandura (1986), y red denominada más recientemente como teoría cognitiva social, es una de las teorías más utilizadas e importantes dentro de la educación sobre drogas. Se trata de un modelo psicológico basado en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición, junto a los aspectos del ambiente en que cada persona lleva a cabo la conducta. La teoría del aprendizaje social insiste en el concepto de autoeficacia como un componente central de la misma y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y el cambio de conductas. Se trata de una teoría comprensiva de la conducta humana que considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), como los procesos cognitivos y el contexto social en el que vive y se desarrolla cada persona (Becoña, 2003).

La mayor parte de los modelos educativos desarrollados actualmente parten de este enfoque, utilizando las técnicas derivadas de la teoría del aprendizaje social: Modelado, desarrollo de la autoeficacia, incremento de la motivación, retención y entrenamiento en habilidades sociales. En este marco, Botvin (Botvin et al., 1990) desarrolló el modelo integrado general de la conducta de uso de drogas como base de un programa denominado “Entrenamiento en habilidades para la vida”, programa que se ha mostrado efectivo en el contexto de la educación sobre drogas. Se trata de uno de los modelos más comprensivos desarrollados hasta hoy, dado que considera la influencia de componentes históricos, formativos, sociales y personales, en el desarrollo de las conductas relacionadas con las drogas. Es por ello que, en sus planteamientos dentro del contexto educativo, integra varias aproximaciones, como son: La mejora de las competencias personales, el desarrollo y modificación de expectativas cognitivas, el entrenamiento en habilidades de interpretación de las influencias sociales, el desarrollo de habilidades de resistencia a la presión a consumir drogas y la clarificación, fortalecimiento e interiorización de aspectos normativos.



A

A- Postulado básico

El consumo de drogas es un comportamiento funcional socialmente aprendido. Aparece como consecuencia de la interrelación cognitiva que se establece entre factores de carácter social (interpersonal) y de índole personal (intrapersonal).

Dicho comportamiento se aprende y, por tanto, es susceptible de ser modificado a través de procesos de modelación, imitación y refuerzo conductual frente a los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que una persona se inicie en el consumo de drogas o desarrolle problemas relacionados con dicho consumo.

B

B- Base en la evidencia

A lo largo de más de veinte años, un número importante de estudios experimentales controlados, revisiones sistemáticas y estudios de meta-análisis han evaluado la efectividad de los enfoques educativos basados en el entrenamiento y la mejora de las habilidades para la vida en el marco de la educación sobre drogas (Botvin et al., 1990; Botvin et al., 1995; Tobler et al., 2000; Tobler, 2001; Sloboda & Bukoski, 2003; Stead & Angus, 2004; Sussman et al., 2004; Derzon et al., 2005; Flay & Collins, 2005; Gatins & White, 2006; Gandhi et al., 2007; Kulis et al., 2007; Lochman, Wells & Murria, 2007; Stead et al., 2007). Todas estas investigaciones han demostrado de forma consistente que los programas interactivos, bien implementados, y multicomponentes que integran el entrenamiento en habilidades generales para la vida, el entrenamiento en competencias específicas de resistencia a la presión del consumo de drogas, junto a otros componentes de educación sobre drogas, son efectivos para conseguir:

- Una reducción, a corto plazo, de la prevalencia del consumo de drogas.
- Una reducción, a corto plazo, del uso de drogas entre quienes continúan consumiendo.
- El retraso de la edad de inicio del uso de drogas.
- Un cambio de actitudes en relación a las drogas y sus usos.
- El incremento de la percepción del riesgo relacionado con el uso de cada sustancia psicoactiva.
- Un incremento de la expectativa de no consumo en el futuro.
- Cambios positivos en la percepción normativa en relación al uso de drogas.
- El desarrollo de una visión crítica en relación a las principales presiones que promueven el uso de drogas.



4.2. ¿En qué consiste la educación sobre drogas?

Toda actuación educativa dispone de un potencial preventivo intrínseco básico. La educación se centra en promover el desarrollo integral y armónico de las personas con la finalidad de facilitar la adquisición de las competencias necesarias para afrontar los retos que se presentan a lo largo del recorrido vital, y es por ello que siempre tiende a promover los recursos personales, las habilidades, y las actitudes básicas que se requieren para evitar el desarrollo de problemas relacionados con las drogas.

En consecuencia, en cualquier circunstancia, la educación de calidad debe contribuir inevitablemente a la prevención del abuso de drogas, es decir, no hay educación que no sea preventiva. Sin embargo, aquellas actuaciones y programas educativos que, tanto por sus objetivos específicos, por sus contenidos explícitos como por el ámbito desde el que se realizan, hacen una especial referencia a la prevención del abuso de drogas, constituyen lo que en prevención de drogodependencias se denomina “educación sobre drogas”.

4.3. ¿Qué es un programa educativo para la prevención del uso de drogas y problemas asociados?

¹ Orden de 13 de septiembre de 2006, de las Consejerías de Sanidad y Educación y Cultura, para la regulación de las actividades de Educación para la Salud ofertadas a los Centros Docentes no universitarios por instituciones ajenas a los mismos y en el marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia, 2005-2010 (BORM 19 octubre de 2006) <http://www.carm.es/borm/documento?obj=anu&id=306602>

Un programa de educación sobre drogas deber ser un componente más de un proyecto educativo de centro que incorpore elementos clave de promoción y educación para la salud. Como ya se ha comentado en el Capítulo 2, la Región de Murcia dispone de un marco normativo específico en esta ámbito, así como un detallado plan de aplicación de intervenciones a lo largo de todas las etapas educativas (Dirección General de Salud Pública & Dirección General de Formación Profesional e Innovación Educativa, 2006; Lozano Olivares et al., 2005; Rico Verdú et al., 2006) Por ello, en su forma óptima de implementación, busca comprometer y hacer partícipe en la aplicación del mismo, y de forma sostenible en el tiempo, a toda la comunidad escolar: profesorado, alumnado y familias.

En este marco, un programa de educación sobre drogas constituye un conjunto coordinado de actividades y recursos destinados al alumnado y a sus familias. Suelen ser elementos característicos de un programa educativo: los contenidos curriculares, los materiales específicos para el profesorado y el alumnado, la formación sobre drogas del profesorado u otros mediadores que vayan a implementar el programa, y la reorganización del proyecto educativo del centro educativo, estimulando la participación activa de toda la comunidad escolar.

Siempre que cumpla con los criterios de calidad descritos en este capítulo, constituye una herramienta adecuada para la puesta en marcha de los mecanismos que pueden promover la formación y el desarrollo de las personas, capacitándolas para afrontar las presiones al consumo de drogas; desarrollar respuestas asertivas ante dichas presiones; cambiar los conocimientos en relación con las drogas, sus efectos y sus riesgos; y promover la adopción de estilos de vida saludables.

4.4. ¿A qué factores de riesgo debe responder un programa educativo?

Como ya se ha comentado en el Capítulo 1, la probabilidad de que una persona empiece a consumir drogas y acabe desarrollando problemas asociados a dicho consumo aumenta a medida que se incrementa el número de factores de riesgo para el consumo de drogas a los que esta persona está expuesta.

En lo que se refiere al ámbito educativo, el riesgo de desarrollar problemas con las drogas viene determinado por la relación existente entre el número/tipo de factores de riesgo de carácter personal y de carácter escolar, así como por la acción moderadora de los factores de protección que el centro escolar pueda promover (Petraitis et al., 1998; Barrera et al. 2002; Rhodes et al., 2003; Almodóvar et al., 2006; Farrell et al., 2006; Kliewer & Murrelle, 2007).



A

A- Principales factores de riesgo del contexto escolar

Los factores de riesgo presentes en el contexto escolar se interrelacionan con los factores de riesgo de carácter general descritos en el Capítulo 1 (personales, familiares y del entorno inmediato), principalmente son:

- Un bajo rendimiento escolar (pobres resultados académicos, absentismo, fracaso escolar, etc.). Este factor de riesgo se presenta generalmente estrechamente vinculado a otros de carácter personal y familiar.
- Conducta anti-social o violenta en el marco del centro educativo.
- Baja comprensión lectora en los primeros cursos de primaria.
- Ausencia de metas o bajas expectativas de futuro en todo lo relacionado con los aspectos de formación personal y ejercicio profesional.
- Pocas o deficientes habilidades de relación y comunicación social.
- Distorsión normativa, es decir, sobrevaloración por parte del alumno/a de la prevalencia y la aceptación social del consumo de drogas dentro del propio centro educativo, en su grupo de amigos, en el barrio, o en la sociedad en general.
- Además, algunos factores relacionados con las características de la escuela pueden exacerbar problemas y disposiciones, personales o familiares, preexistentes. Entre estos factores cabe citar:

- La existencia de un clima escolar negativo, indisciplinado, violento o inseguro.
- Bajas expectativas del profesorado respecto al rendimiento del alumnado.
- Carencia o deficiencias en el establecimiento de un entorno normativo coherente. Falta de políticas claras y coherentes en la escuela en relación al consumo de drogas, incluidas las legales. Y falta de percepción del papel modélico por parte del profesorado.
- Falta de atención del centro educativo a la promoción y mantenimiento de un contacto estrecho y fluido con las familias.

B

B- Respuestas posibles a plantear desde el ámbito educativo

Por todo ello, en el ámbito educativo la promoción de factores de protección debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Los programas de educación sobre drogas deben centrarse en promover el desarrollo de habilidades sociales; desmitificar las drogas (efectos, riesgos reales, etc.); trabajar los aspectos normativos (prevalencia real, interiorización normativa, etc.);



promover una visión crítica de los condicionantes del uso de drogas y entrenar en habilidades de resistencia hacia las presiones que fomentan el uso de drogas; fomentar el apoyo parental y la existencia de prácticas adecuadas de gestión familiar, así como el establecimiento de una relación fluida entre la familia y el centro escolar; y finalmente los programas deben promover el establecimiento de vínculos emocionales positivos entre el alumnado y el profesorado y el centro escolar en general (Botvin, 2000; Stead & Angus, 2004).

2. Es necesario identificar las interacciones que existen entre factores de riesgo y protección para cada adolescente en su particular microsistema de referencia (parental, familiar, escolar, y grupo de iguales) y fomentar el desarrollo de factores de protección, a la vez que se promueve una reducción de los factores de riesgo y su influencia en dicho microsistema (Hawkins et al., 1992; Hawkins & Catalano, 1992; Lonczak et al., 2002; Hawkins et al., 2002; Kliewer & Murrelle, 2007).

3. Es importante crear un entorno normativo escolar protector y coherente con los contenidos educativos. Esto incluye no solamente el establecimiento y respeto de normas de promoción de estilos de vida saludables y contrarias al uso de drogas, sino también la consideración de la función modélica de los educadores y la implicación de los iguales como promotores de los estándares de conducta aceptables en el grupo (Hansen, 1992; Perkins & Craig, 2006).

4. El impacto potencial de factores específicos de riesgo y protección cambia con la edad. Por ejemplo, los factores de riesgo familiar tienen un impacto mayor en la primera infancia, mientras el contacto con iguales que consumen drogas puede constituir un factor de riesgo de mayor importancia durante la adolescencia (Gerstein and Green, 1993; Dishion et al. 1999).

5. La intervención precoz centrada en minimizar los factores de riesgo personales (por ejemplo, deficientes habilidades sociales, bajo rendimiento escolar, comportamiento agresivo, bajo auto-control, etc.), puede tener mayor impacto que intervenciones más tardías que intenten cambiar interacciones existentes en el entorno inmediato durante la adolescencia. Por esta razón los programas de educación sobre drogas, centrados en modificar la relación entre factores de riesgo y protección, deberían iniciarse en la etapa pre-escolar y continuar a lo largo de toda la etapa educativa (Lalongo et al., 2001; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001; Webster-Stratton & Reid, 2002).

6. Consecuentemente, los programas desarrollados a lo largo de los primeros ciclos educativos (educación infantil y primaria) deberían centrarse en la mejora del desarrollo emocional y social, así como en la mejora del rendimiento escolar, y la disminución del absentismo, las conductas agresivas y las dificultades escolares



(Conduct Problems Prevention Research Group, 2002; Mejia & Kliewer, 2006; Puerta Ortuño et al., 2006).

Mientras que los programas educativos en las etapas posteriores (Educación Secundaria Obligatoria y no Obligatoria) deberían centrarse en promover el incremento del rendimiento académico, la competencia social e información basada en la evidencia de los efectos y riesgos, especialmente a corto plazo del consumo de las drogas con mayor prevalencia entre la población adolescente (Botvin et al., 2000; Scheier et al. 1999; Perkins & Craig, 2006; Farrell et al., 2007),

7. Finalmente, hay que tener en cuenta que los programas educativos, de nivel universal y probada eficacia, difícilmente podrán obtener el impacto deseado a nivel global, si no se asegura su aplicación a toda la población escolarizada (Botvin GJ & Griffin, 2003).

4.5. ¿Qué programas educativos son efectivos?

Desde una perspectiva general, la educación sobre drogas constituye una de las estrategias clave para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Se trata de una de las estrategias preventivas que ha sido más evaluada, de manera que actualmente se dispone de evidencia suficiente para poder afirmar que es efectiva, siempre que los programas que se desarrollen cumplan los criterios de calidad que, en la actualidad, están bien definidos (Bangert-Drowns, 1988; Dorn & Murji, 1992; Hansen, 1992; Sharp, 1994; Botvin, 1996; Tobler 1992; Dusenbury & Falco, 1995; Tobler, 1997; Tobler & Stratton, 1997; White & Pitts, 1998; Allott, Paxton & Leonard, 1999; Dijkstra et al., 1999; Tobler et al., 1999; Tobler et al., 2000; Coggans & Watson, 1995; Becoña, 1999; Gardner et al., 2001; Becoña, 2003; Cuijpers, 2002a ; Hawks et al., 2002; Coggans, Cheyne & McKellar, 2003; McBride, 2003; Canning et al., 2004; Stead & Angus, 2004; Derzon et al., 2005; Faggiano et al., 2005).

Los programas desarrollados y evaluados en España, confirman los resultados aportados por la investigación internacional (Luengo, 1999; Luengo Martín, 2002; Flores, Herrera & Melero, 2005; Calafat et al, 1985; Calafat et al, 1995; Luengo et al., 2000; Melero, et al., 1999; Villalbí et al., 1997)

Basándonos en la evidencia acumulada, podemos definir un perfil de efectividad que debe regir cualquier programa de educación sobre drogas, a través de **diez principios de efectividad**.

De forma sintética se puede concluir que, para asegurar su efectividad, los programas deben responder a las siguientes características:

1

1- Contenidos curriculares (componentes del programa)

De acuerdo a la evidencia disponible (Hansen, 1992; Botvin GJ & Griffin, 2003; Stead & Angus, 2004; Perkins & Craig, 2006), para ser efectivos los programas deben integrar los siguientes componentes:



2

2- ¿Centrado en una o varias drogas?

A- Componentes para programas de nivel universal.

- Entrenamiento en habilidades generales para la vida.
- Educación veraz y no sesgada sobre los efectos y los riesgos de cada sustancia psicoactiva, independientemente de su situación legal.
- Entrenamiento en competencias específicas de resistencia a las estrategias y presiones que promueven el consumo de drogas, ya sea de forma directa como encubierta;
- Formación y desmitificación de aspectos normativos (análisis y desmitificación de la percepción errónea de prevalencia real del consumo y de la aceptación social del mismo).
- Implicación familiar: con el fin de favorecer la generalización de los aprendizajes escolares a otros ambientes y facilitar la implicación de las familias en los programas de prevención, los programas escolares deben incluir componentes o actividades destinadas a las familias (padres/madres o tutores). Éstas pueden aplicarse de modo directo (reuniones, materiales informativos, participación en la organización de actividades extraescolares) o indirecto (actividades para los alumnos que deben ser realizadas en casa con la ayuda de padres/madres). En todos estos casos, las actividades para los padres/madres no constituyen un programa familiar sino una parte del programa escolar.

B- Componentes para programas de nivel selectivo.

Para estudiantes en situación de alto riesgo (programas de prevención selectiva), a los componentes anteriores es recomendable añadir contenidos intensivos de entrenamiento en habilidades sociales, promover la sensación de pertenencia al grupo, personalizar las intervenciones, promover la reflexión personal, y asegurar un contacto estrecho entre tutores y adolescentes, y tutores y familias (Springer et al., 2004; Griffin et al., 2006; Epstein et al., 2007).

Los programas de educación sobre drogas deben promover la adopción de estilos de vida saludables y, en este marco global, dirigirse a disminuir el consumo de todas las drogas, legales e ilegales. Sin embargo, el énfasis en drogas específicas dependerá de la realidad existente en el grupo con el que se va a desarrollar el programa (consumo/s más prevalente/s).

Los resultados obtenidos en diversos estudios de evaluación parecen indicar que:

- Los contenidos son más complejos en los programas genéricos, que en los programas específicos para la prevención del uso de una sola sustancia psicoactiva, y que los cambios conseguidos en el consumo son más modestos.
- Y que, según sea la opción elegida:



- En el desarrollo de programas genéricos se debe asegurar que la educación sobre las distintas sustancias (efectos y riesgos) no lleva a confusiones entre sustancias.

- El desarrollo de programas centrados en una sola, sustancia, no de la impresión de que unas drogas son más peligrosas que otras.

3

3- Método educativo

Los programas deben incorporar métodos interactivos y de participación activa del alumnado en el aula y en el propio proceso educativo (Botvin et al. 1995; Tobler et al., 2000; Tobler, 2001).

4

4- Mediadores

Existe suficiente evidencia para afirmar que tanto los profesionales de la educación como los profesionales de la salud que hayan sido adecuadamente formados en prevención y educación sobre drogas, pueden implementar programas educativos efectivos. Además de disponer de una formación adecuada, la efectividad del mediador puede estar fuertemente influenciada por la credibilidad percibida de esta persona entre el alumnado participante en el programa. Igualmente, existe una evidencia razonable sobre la idoneidad de involucrar a iguales, previamente formados, en el desarrollo de los programas. Algunos trabajos apuntan que los estándares normativos que los iguales pueden promover son más eficaces que el establecimiento y la adherencia a normas formales (Hansen & Graham, 1991; Cuijpers, 2002b).

5

5- Formación de mediadores

Los programas de educación sobre drogas deben incluir la formación de las personas mediadoras en:

A- Capacitación para el desarrollo de buenas prácticas de gestión en el aula. en especial para poder aplicar técnicas de:

- Interactividad en el aula.
- Mediación del conocimiento.
- Participación activa del alumnado.
- Motivación del alumnado para promover un buen rendimiento académico.
- Recompensa de los comportamientos adecuados.
- Promoción del establecimiento de lazos afectivos positivos entre el alumnado y el centro escolar.



B- Formación en el entrenamiento de habilidades sociales y habilidades para la vida en especial para poder aplicar técnicas (Botvin; Lalongo et al., 2001; EDEX, 2006), para poder educar en habilidades como:

- Asertividad para expresar adecuadamente las propias necesidades frente a las presiones del entorno.
- Autonomía y consecuencias esperables de las opciones adoptadas.
- Capacidad de adaptación ante nuevos retos o situaciones.
- Conocimiento personal.
- Empatía.
- Manejo de las emociones y los sentimientos.
- Manejo de tensiones y del estrés.
- Pensamiento creativo.
- Pensamiento crítico y manejo de presiones del entorno.
- Autoestima entendida como refuerzo de las propias capacidades en general y las de resistencia a las presiones del entorno.
- Responsabilidad personal.
- Solución de problemas y resolución de conflictos.
- Tolerancia y cooperación.
- Toma de decisiones.
- Interiorización de valores pro-sociales y democráticos.
- Y en general, todas aquellas habilidades que permitan la adquisición de competencia psicosocial.

C- Formación específica en contenidos de prevención del abuso de drogas y problemas asociados con base en la evidencia.

Para ampliar los aspectos relacionados con la formación, ver Capítulo 8 de esta Guía.

6

6- Formación de mediadores

La efectividad de los programas puede incrementarse si se presta la máxima atención a la calidad del proceso de aplicación. Esto implica que cuando se quiere aplicar un programa de probada eficacia (es decir un modelo previamente evaluado y validado), es importante mantener la fidelidad de contenidos y métodos propuestos por dicho modelo durante la aplicación del programa (Hansen et al., 1991; Dusenbury et al., 2003; Dusenbury et al., 2005; Rohrbach et al., 2007; Durlak & DuPre, 2008).



7

7- Duración e intensidad de cada programa

No se ha demostrado la existencia de una relación clara entre la duración global del programa, su intensidad o número de sesiones necesarias para asegurar su efectividad. Es probable que la calidad de la aplicación y la fidelidad al modelo sean aspectos más importantes que su duración o intensidad. A pesar de ello, las revisiones disponibles apuntan que los programas deben tener la duración y la intensidad “suficientes” para alcanzar los cambios que pretenden (objetivos). **Un modelo medio aceptable estaría alrededor de diez sesiones, con sesiones de seguimiento y refuerzo durante los doce meses siguientes.** Si no se asegura este aspecto, no se pueden esperar resultados significativos, o los resultados conseguidos durante las primeras etapas educativas se desvanecen en las siguientes etapas (Scheier et al., 1999; Morgan, 2001; Botvin GJ & Griffin, 2003; Dunn & Mezzich, 2007).

8

8- Establecimiento y desarrollo de vínculos afectivos con el centro educativo

La promoción de vínculos afectivos positivos entre el alumnado y el centro es especialmente importante para reducir las conductas de riesgo, especialmente entre estudiantes expuestos a un mayor número de factores de riesgo para el abuso de drogas (McNeely & Falci, 2004; Roe & Becker, 2005; Patton et al., 2006). Uno de los factores que contribuyen de forma importante al establecimiento de dichos vínculos es la motivación y el compromiso de quienes lo implementan (Botvin & Griffin, 2003).

9

9- Adaptación a las características de la población participante

Tanto el diseño como los contenidos del programa tienen que ser sensibles, y por tanto adaptarse, a las características y necesidades del alumnado. Para ser relevante y tener sentido entre la población participante, los programas educativos tienen que responder adecuadamente a las siguientes necesidades:

La evidencia disponible no señala que haya edades más idóneas que otras para la implementación de programas de educación sobre drogas, ni que ésta sea más o menos efectiva en función de la edad. Sin embargo, sí es necesario tener en cuenta la edad y el proceso evolutivo para desarrollar contenidos apropiados a cada etapa del desarrollo (Stead & Angus, 2004). Así, tanto los objetivos como los contenidos de la educación sobre drogas deben ser los apropiados a las características y necesidades de cada edad (ver punto 4.3. de este capítulo).



Contrariamente a la evidencia descrita para la prevención universal, para los programas de prevención selectiva, el periodo de entre 11 y 13 años parece crucial para el desarrollo de intervenciones dirigidas a poblaciones sometidas a un mayor número de factores de riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con las drogas (Roe & Becker, 2005).

- **Género:** La prevalencia del uso de cada sustancia psicoactiva, la funcionalidad que se atribuye a cada sustancia, así como las expectativas sobre las drogas, son factores sensibles a aspectos de género (Graham et al., 1990; Booth & Curran, 2006; Curbow et al., 2007; Guxens, Nebot & Ariza, 2007). Por ello, los contenidos de los programas deben contemplar las potenciales diferencias de género y responder adecuadamente a las mismas.

- **Procedencia cultural:** La prevalencia del uso de cada sustancia psicoactiva es sensible a factores culturales que pueden constituir factores de riesgo o protección para el desarrollo de problemas relacionados con el uso de drogas. De la misma forma, los programas preventivos deben responder a las necesidades y características de cada grupo cultural (lenguaje, creencias, sistema de valores, idioma, etc.) (Botvin et al., 2001; Jonson et al., 2007).

- **Exposición a factores de riesgo:** Los programas de educación sobre drogas pueden ser más efectivos si tienen en cuenta y se ajustan al grado de riesgo soportado por la población participante (Hawkins et al., 1999; Griffith et al., 2003; Hawkins et al., 2003; Hawkins & Catalano, 2003; Romer, 2003; Longshore et al., 2007).

10

10- Coordinación con otras estrategias preventivas:

La evidencia indica que la combinación y coordinación de los programas de educación sobre drogas con programas comunitarios y familiares es importante para mejorar y reforzar los resultados de los programas educativos. (Tobler, 2001; Hawks et al., 2002; Rhodes, 2003; Botvin GJ & Griffin, 2003).



4.6. ¿En qué espacios puede desarrollarse la educación sobre drogas?

Si bien la institución escolar es el ámbito más frecuente para el desarrollo de los programas de educación sobre drogas, también se puede realizar en otros ámbitos de educación no formal.

Al respecto, el ámbito familiar ofrece unas condiciones especialmente adecuadas para la educación sobre drogas, especialmente si se establece una adecuada colaboración con la institución escolar. Así mismo, los contextos y recursos comunitarios de educación no formal como son los recursos de tiempo libre u otros espacios disponibles en el ámbito comunitario, también pueden tener un papel educativo complementario.

4.7. Variables en las que intervienen los programas educativos: Indicadores que permiten trabajar y medir

Los indicadores son útiles para determinar la situación en la que se va a aplicar el programa y se van a operar los cambios. Sirven, por tanto, para valorar el impacto del programa y el grado de consecución de los objetivos. Entre ellos destacan:

- **Indicadores de consumo.** Variables descriptoras del consumo o variables mediadoras relacionadas con el consumo de cada sustancia psicoactiva en el alumnado que participará en el programa:

Variables descriptoras del consumo

- Prevalencia de consumo.
- Frecuencia de uso.
- Edad de inicio del consumo esporádico.
- Edad de inicio del consumo regular.
- Tasas de ex-consumidores.
- Episodios de embriaguez.
- Episodios de intoxicación aguda.

Variables mediadoras relacionadas con el consumo

- Actitudes ante el consumo (ver Anexo I).
- Creencias erróneas o mitos existentes sobre cada sustancia:
 - Efectos atribuidos a cada sustancia (ver Anexo I).
 - Percepción normativa: prevalencia percibida en iguales, prevalencia percibida en población adulta, aceptación social percibida... (ver Anexo I).
- Intención de consumir drogas en el futuro;
- Consumo de drogas por parte de personas adultas relevantes (padre, madre, hermanos mayores, etc.).

- **Indicadores relacionados con el contexto escolar.**

Variables individuales que indican exposición a factores de riesgo

- Absentismo escolar.
- Bajas calificaciones escolares u otros indicadores de fracaso escolar.



- Comportamiento conflictivo en el aula (episodios agresivos en el trato con iguales, episodios agresivos hacia el profesorado).
- Pobre vinculación afectiva con el centro educativo y su profesorado.
- Ausencia de metas o falta de expectativas de futuro.

Variables individuales de protección: conocimientos, habilidades y actitudes / valores mediadores en prevención.

Se trata de indicadores que permiten valorar si un programa de educación sobre drogas consigue los objetivos esperados a lo largo de cada etapa que integra el recorrido educativo (educación infantil, primaria y secundaria). Algunos ejemplos de estos indicadores clave han sido recientemente recogidos por el Ministerio de Educación y el Ministerio de Sanidad y Consumo, y se presentan de forma detallada en el **Anexo I**.

Variables protectoras relacionadas con el entorno interno del centro

- El profesorado promueve el establecimiento de vínculos afectivos positivos con el alumnado.
- El centro dispone de una política global en relación a la venta y uso de tabaco, el alcohol y otras drogas que asegura el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes;
- El centro implementa dicha política de forma efectiva a través, por ejemplo, de:

- Una señalización adecuada de la prohibición de fumar en la escuela, de acuerdo con las exigencias legales vigentes.
- Prohibición explícita de la venta y el consumo de alcohol y otras drogas en el centro.
- Dispone de medidas concretas para promover activamente los/las acompañantes de los/las niños/as no fuman en lugar alguno dentro del recinto escolar;
- La normativa del centro establece claramente las medidas a adoptar en caso de incumplimiento de la prohibición de fumar y consumir alcohol u otras drogas por parte de algún miembro de la comunidad educativa.

- El proyecto educativo de centro incorpora acciones de sensibilización del profesorado que inciden en la importancia de su papel modélico ante el alumnado. Por ejemplo, si entre el profesorado hay personas que fuman, el centro les insta a que solamente fumen en lugares permitidos por la ley, y procuren además que dichos lugares no puedan ser fácilmente observados por el alumnado (no fumen en los accesos al centro, en zonas circundantes de paso frecuente del alumnado, etc.); difunde la existencia y facilita el acceso a recursos de apoyo para dejar de fumar; etc.



Variables protectoras de relación con el entorno familiar

- Los contenidos y los métodos utilizados en el programa de educación sobre drogas incorporan actividades para que el alumnado realice con sus familias.
- Existe un protocolo de comunicación con las familias (a través de reuniones individuales, boletines, circulares, agenda...) que incorpora información sobre la política del centro en relación al tabaco, el alcohol y otras drogas.
- En el marco de la transmisión de informaciones relevantes para las familias, periódicamente, se recuerdan los recursos asistenciales públicos disponibles en la zona para dejar de fumar y para proporcionar información y tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de alcohol u otras drogas.
- El proyecto educativo del centro contempla una comunicación estrecha y regular con las familias a través de actividades pautadas, como por ejemplo: sesiones de tutoría, convocatoria de reuniones y, en el caso de familias expuestas a especiales factores de riesgo, se prevén formas de acercamiento activo para facilitar dicho contacto.

Variables protectoras de relación con el entorno comunitario

- El proyecto educativo del centro contempla el contacto regular con los recursos comunitarios existentes alrededor del centro escolar, como son los servicios sociales, los recursos deportivos municipales, el centro de salud, los cuerpos de seguridad local y otros servicios y recursos comunitarios.
- El centro se ha integrado en la red de intervención en tabaquismo ("Clases sin humo"; la red autonómica de centros libres de humo; o el programa interactivo por Internet "Paso de fumar", etc.).
- En una circular dirigida a las familias, se informa anualmente sobre recursos asistenciales públicos existentes en la zona para dejar de fumar y tratar problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas (centro de salud, servicio hospitalario, unidad de tratamiento especializado, teléfono de asistencia, etc.), recordando la importancia que tiene el papel modélico de la madre y el padre en relación a la adopción de hábitos saludables por parte de sus hijos/as adolescentes, y también en su futura relación con el tabaco, el alcohol y otras drogas.

- **Indicadores socio-demográficos del alumnado.** Variables socioeconómicas y culturales del alumnado y su ámbito familiar (barrio, municipio, etc.):

- Poder adquisitivo de la familia (grupo socio-económico de pertenencia).
- Situación familiar de empleo (profesión y tipo de trabajo de padre/madre, contrato eventual/estable, paro, etc.).
- Procedencia cultural familiar (país o cultura de origen, etc.).
- Etc.



4.8. Guía de buena práctica de los programas educativos para la prevención de los problemas relacionados con las drogas.

Como se ha visto hasta aquí, para cumplir con los criterios de calidad exigibles, la educación sobre drogas debe realizarse de acuerdo a métodos interactivos, y debe incluir una amplia variedad de componentes entre los que destacan: la educación en habilidades para la vida; la facilitación y fomento de un acceso activo a información veraz, no alarmista y, por tanto, basada en la evidencia; la educación y el entrenamiento en la toma de decisiones; el conocimiento de las propias potencialidades y limitaciones; el fomento de valores como el respeto al propio cuerpo y la valoración de la salud personal, la consideración de igualdad y respeto por las demás personas y sus diferencias (de género, raciales, culturales, religiosas, de opinión, etc.); el conocimiento de los riesgos, especialmente de carácter inmediato que conlleva el consumo de cada sustancia psicoactiva; el fomento de la autoestima; la identificación de presiones del entorno para consumir drogas y el desarrollo del espíritu crítico respecto a dichas presiones; y en general el fomento de todas las habilidades necesarias para adquirir y desarrollar la competencia social. Por todo ello, la educación sobre drogas no debe confundirse con las estrategias informativas y de sensibilización, aunque la adquisición de información sea uno de los elementos educativos.

4.8.1. ¿Cómo puede un centro incluir un programa de educación sobre prevención de drogodependencias en el marco de su proyecto educativo?

Los centros educativos constituyen un marco óptimo para realizar programas de educación sobre prevención de drogodependencias. La eficacia y sostenibilidad de estos programas dependen de la medida en que estén imbricados en el enfoque educativo adoptado por el centro, es decir, se encuentren inscritos en el proyecto educativo del centro y se construyan a partir de un enfoque global de promoción y educación para la salud.

Por ello, para ser efectivos, los programas de educación para la prevención de drogodependencias deben incorporar medidas de amplio alcance, tanto en el tiempo como en relación a contenidos y métodos. Esto implica el desarrollo de un modelo integrado en el seno del “Proyecto Educativo de Centro” y articulado en cuatro dimensiones (Fig. 1), como el propuesto por el Ministerio de Educación y el Ministerio de Sanidad y Consumo (Ministerio de Educación, Política Social y Deporte & Ministerio de Sanidad y Consumo, en prensa) que asegure:

A- Desarrollar el programa curricular en el marco que ofrece el Plan de Estudios del Centro educativo. Esta dimensión requiere la introducción de contenidos curriculares y métodos educativos de probada eficacia:

- Combinación del modelo de influencia social con otros componentes, como el entrenamiento en competencias sociales genéricas.
- Información basada en la evidencia de los efectos y riesgos, especialmente a corto plazo, del consumo de las drogas con mayor prevalencia entre la población adolescente.

B- Disponer de una política interna de centro que fortalezca la promoción de la salud y la educación sobre drogas. Esta dimensión incluye asegurar:

- La existencia de un entorno físico y psicosocial de apoyo a los contenidos curriculares.
- La adopción de un marco normativo que no sólo vele por el cumplimiento de la legislación vigente en lo referido a las drogas,



B- Disponer de una política interna de centro que fortalezca la promoción de la salud y la educación sobre drogas.

sino también una concienciación del papel modélico del profesorado en lo referido al consumo de alcohol y tabaco dentro del centro y en su entorno físico (accesos y alrededores).
- El desarrollo de vínculos afectivos positivos entre el profesorado y el alumnado.

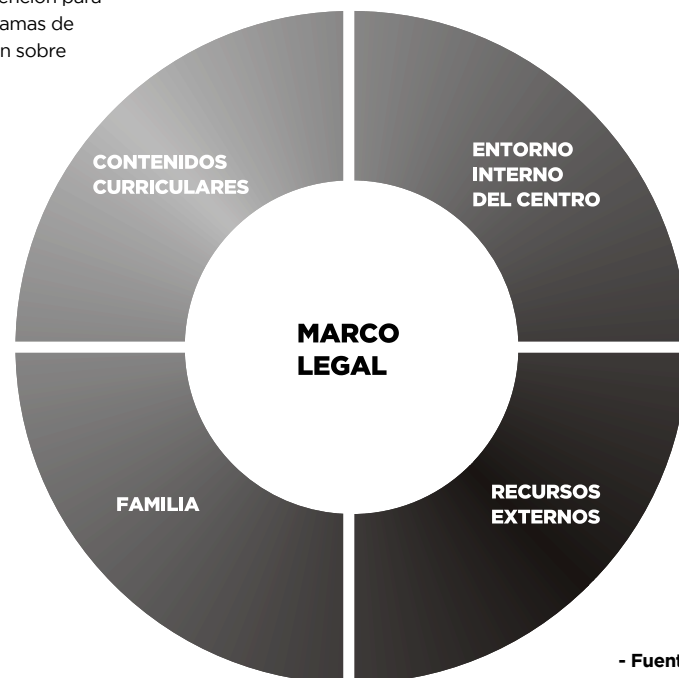
C- Involucrar a las familias, buscando formas de participación que aseguren la máxima participación de madres y padres en los programas de educación sobre drogas. Esta dimensión implica ir más allá de la convocatoria de charlas o talleres para madres y padres, incluyendo además:

- El planteamiento de actividades educativas que el alumnado debe realizar en familia.
- Establecimiento de contactos entre tutores y madres/padres.
- Desarrollo de actividades de acercamiento a las familias más expuestas a factores de riesgo.

D- Fomentar la coordinación con agentes extra-escolares existentes en el entorno inmediato. Esta dimensión implica conocer, contactar y coordinar actividades con los recursos comunitarios existentes alrededor del centro escolar:

- Servicios sociales.
- Recursos deportivos municipales.
- Centro de salud.
- Cuerpos de seguridad local.
- Otros servicios y recursos comunitarios.

- Fig1.
Cuatro dimensiones de intervención para los programas de educación sobre drogas



- Fuente.
Ministerio de Educación, Política Social y Deporte & Ministerio de Sanidad y Consumo, en prensa.

4.8.2. ¿Qué factores facilitan la implantación de un programa de calidad?

Entre los factores clave que facilitan la calidad de la implementación de un programa de educación sobre drogas, destacan:

- Disponer de mediadores (profesorado, profesionales de la salud y/o iguales) adecuadamente formados, es decir, que hayan recibido formación, basada en la evidencia, en promoción de la salud y educación sobre prevención de drogodependencias.
- Disponer de material adecuado (por ejemplo, manuales completos, guías didácticas y material para el alumnado, etc.) que faciliten la supervisión que realiza el personal mediador y también la calidad del programa y de su ejecución.
- Contar con guías y/o listas que permitan hacer chequeos durante la implementación, y con formularios que permitan evaluar y modificar, si se considera necesario, la cantidad o el tipo de soportes empleados.
- Contar con el apoyo de expertos consultores que, a lo largo de todo el proceso, puedan asesorar a quienes implementan la acción. Para ello, es importante que el profesorado conozca la existencia de equipos de prevención en muchos ayuntamientos de la Región de Murcia. Estos equipos pueden proporcionar asesoría sobre la planificación e implantación del programa, así como sobre materiales didácticos que cumplen con los criterios de calidad descritos en esta guía. La coordinación del profesorado con estos equipos expertos puede mejorar la efectividad del programa.
- Disponer de un mínimo soporte de recursos (materiales y financieros).

4.8.3. Finalidad dentro del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Según lo expresado en el Plan Regional sobre Drogas de la Región de Murcia, la finalidad de todo programa de educación y prevención del uso de drogas y los problemas asociados, es conseguir su introducción dentro del Proyecto Educativo de cada centro escolar, de forma que se puedan generalizar los cambios necesarios para:

“Impulsar en los centros docentes el desarrollo de los contenidos de educación para la salud relacionados con la prevención de las drogodependencias que permitan lograr que la mayoría de los estudiantes hayan recibido, al finalizar cada etapa, información objetiva y formación adecuada sobre las consecuencias del uso y abuso de las drogas y adquirido destrezas, competencias y habilidades suficientes para abordar eficazmente la relación con las mismas.”

4.8.4. Niveles preventivos desde los que se pueden desarrollar programas en el ámbito escolar

Cada programa de prevención tiene que especificar claramente el nivel de prevención en el que se trabaja que pueden en el ámbito educativo ser de nivel:

- Universal
- Selectivo

Para identificar las características de cada uno de estos niveles, ver punto 1.6. Niveles de intervención preventiva, del Capítulo 1.- Conceptos básicos y base en la evidencia de efectividad, de esta Guía.

4.8.5. Población participante

Las poblaciones con las que se trabajará para el desarrollo de cada programa de educación sobre drogas en el ámbito escolar son:

Población destinataria final. Incluye:

- Toda la población escolarizada para los programas de nivel universal.
- Población escolarizada expuesta a especiales factores de riesgo en relación a las drogas, para los programas de prevención de nivel selectivo.

Población mediadora. Incluye:

- Profesionales mediadores (educadores o profesionales de la salud adecuadamente formados en educación sobre drogas).
- Iguales que ejercen funciones de mediación. Se trata de personas de la misma edad que el alumnado o ligeramente mayores, que han sido adecuadamente formados en educación sobre drogas.
- Padres/madres o tutores, cuya participación en los programas escolares puede mejorar los resultados obtenidos.

4.8.6. Objetivos generales

Los objetivos generales son la razón básica e inmediata de ser de cualquier programa educativo sobre prevención de drogodependencias. Definen los cambios que dicho programa aspira a conseguir y tienen que contemplar al menos uno de los siguientes:

- Promover la **adopción de estilos de vida libres del uso de drogas** entre el alumnado participante.
- **Reducir el consumo de drogas** en el alumnado adscrito al centro educativo donde se desarrolle el programa.
- **Retrasar la edad de inicio** al consumo de cada sustancia psicoactiva entre el alumnado que no consume drogas.
- **Reducir las conductas** de riesgo en relación al uso de drogas por parte del alumnado.
- **Reducir los problemas** relacionados con el uso de drogas que se producen en el centro.

4.8.7. Contenidos del programa

Considerados de forma secuencial, y presentados por orden lógico, los contenidos del programa a considerar desde el momento de la planificación son:



A

A- Conocimiento de la situación de partida

Para que una escuela pueda implantar un cambio ambiental que permita el desarrollo de un programa efectivo de educación sobre prevención de drogodependencias, es imprescindible contar con datos apropiados y relevantes sobre la situación de partida. Estos datos permiten basar adecuadamente la intervención que se va a realizar, así como el seguimiento del proceso de cambio. Por tanto, antes de implementar un programa de educación sobre prevención de drogodependencias, es fundamental analizar la realidad que afecta al alumnado (los principales factores de protección y de riesgo presentes en el alumnado), las necesidades y recursos de los que se dispone en el centro y si el programa elegido encaja en los valores que informan el proyecto educativo del centro.

Este es el primer paso para guiar las prioridades y estrategias a utilizar. Dicha información será una herramienta imprescindible, tanto para promover el cambio, como para valorar su efectividad. Toda esta información permitirá establecer un plan de acción (planificación) que, en base a las necesidades identificadas, facilite:

- El establecimiento de las prioridades en función de los recursos disponibles y previamente identificados.
- La formulación de los objetivos específicos.
- El planteamiento del plan de acción.

B

B- Exploración de la percepción, disponibilidad y capacitación del profesorado para incorporar un programa de educación sobre prevención de drogodependencias, en el marco del proyecto de educación para la salud del centro

La aplicación de un programa educativo, pasa por asegurar que el personal mediador del programa está capacitado en educación sobre prevención de drogodependencias, incluidos aspectos de contenidos curriculares, de buenas prácticas en educación interactiva en el aula, y en saber proporcionar recompensas al alumnado cuando sean adecuadas.

Todas estas cualificaciones promueven la consecución de los objetivos preventivos deseados, mediante el incremento de la motivación del alumnado, la mejora de su rendimiento académico, el establecimiento de vínculos afectivos positivos con el centro y el profesorado, y la modificación de conocimientos, actitudes y conductas en relación a las drogas (Lalongo et al., 2001).



Explorar la capacitación del personal mediador en estos aspectos ayudará a determinar los pasos adicionales necesarios para motivarlo e implicarlo adecuadamente en el programa antes de su inicio.

C

C- Consideración de la efectividad potencial del programa

Contrariamente a lo que sucede en el ámbito comunitario, en el contexto educativo existen numerosos prototipos de programas (modelos) disponibles para su implantación en centros educativos. Generalmente, estos programas están ya editados y disponen de materiales para el profesorado y para el alumnado y, algunas veces, también para el trabajo con las familias.

Tanto si se quiere adoptar un programa ya editado, como si se pretende elaborar un programa específico, es importante asegurar que el programa elegido responde a los criterios de calidad y efectividad definidos por la evidencia disponible. Para ello, es recomendable preguntarse por los siguientes aspectos:

- **Consideración de la evidencia:** ¿El programa está basado en un modelo teórico e incorpora métodos de aplicación de probada efectividad?
- **Atención a la planificación:** ¿Se desarrolla de acuerdo a un plan de organización estructurada que progresa desde la identificación de las necesidades, pasa por la definición objetivos, la planificación de actuaciones, la implementación de actividades e incluye los aspectos de evaluación?
- **Atención a la evaluación:** ¿Contempla el componente de evaluación, permitiendo recopilar información durante todas las fases de aplicación? La formulación de los objetivos específicos ¿permite que estos objetivos sean usados para evaluar los progresos y resultados del programa?
- **Atención a la coherencia interna de los distintos componentes:** ¿Existe coherencia entre el modelo teórico adoptado, los objetivos esperados, los indicadores elegidos, los recursos disponibles, las actividades programadas y los resultados previstos?
- **Atención a la duración:** ¿Tiene la duración suficiente para alcanzar los objetivos marcados?
- **Atención a la cualificación profesional:** ¿El personal mediador está adecuadamente capacitado para la aplicación del programa?
- **Integración al Proyecto educativo del centro:** ¿Ha sido integrado en el Proyecto y consensuado en el marco del Consejo Escolar?
- **Incorporación de varias dimensiones de trabajo:** ¿Contempla la inclusión de componentes familiares y comunitarios, así como del entorno interno del centro, para reforzar el impacto de los contenidos curriculares previstos?



4.8.7.2. Definición de los objetivos específicos

Para garantizar una aplicación de calidad, la formulación de los objetivos debe asegurar que cada objetivo específico formulado se corresponda con el/los indicador/es que se espera modificar al final del programa (resultado esperado), y que dicho objetivo sea alcanzable a través de las actividades previstas y los recursos disponibles. Además, antes de formular los objetivos específicos, es importante considerar que:

- Cada objetivo específico contribuya de manera significativa al cumplimiento de alguno de los objetivos generales.
- Sea verificable: Se pueda medir el cambio conseguido.
- Explícite una referencia temporal: Indique en qué tiempo se espera poder alcanzar el cambio esperado.
- Idealmente, siempre que se define el cambio esperado, debería especificarse cuál es la dimensión de dicho cambio (expresado en términos de número o de porcentaje), y para ello hay que hacer una estimación muy realista. En determinados aspectos, cambios aparentemente muy modestos (un número modesto de alumnos por aula, o un porcentaje de entre el 0,5% y el 3%, de alumnos de uno o varios centros, por ejemplo), constituirían un gran logro en prevención si se consiguieran alcanzar (generalizar a toda la población de escolarizada) en todos los centros de la comunidad donde se está aplicando un programa.

A

A- Educación infantil

- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que conoce y consume bebidas saludables y no azucaradas.
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede –) de alumnos/as que ha incorporado a su vida diaria hábitos saludables de descanso y ocio (horas de sueño, uso moderado de televisión y video-juegos, etc.).
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede –) de alumnos/as que ha mejorado su comprensión lectora.
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede –) de alumnos/as que respeta las normas de convivencia del centro educativo.
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede –) de alumnos/as que tiene un auto-concepto positivo.
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede –) de alumnos/as que valora positivamente los hábitos de salud y respeto al propio cuerpo.
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede –) de alumnos/as que es capaz de comunicar asertivamente sus experiencias y necesidades.
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede –) de alumnos/as que presentan conductas de respeto hacia las diferencias (físicas, culturales, etc.).



- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que respeta las dinámicas de comunicación y trabajo en grupo.
- Al final del programa ha disminuido el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de profesores/as que fuman en los accesos al centro o zonas de alrededor frecuentadas por el alumnado.
- Al final del programa ha disminuido el número (o porcentaje –especificar, si procede –) de profesores/as que fuman tabaco.

B

B- Educación primaria

- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que conoce los efectos sobre la salud del tabaco y del alcohol.
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que conoce los efectos adictivos del tabaco y del alcohol.
- Al final del programa ha aumentado entre el alumnado la percepción del riesgo relacionado con el uso de tabaco y bebidas alcohólicas (número o porcentaje –especificar, si procede– de alumnos/as que declaran conocer los riesgos derivados del uso de tabaco, alcohol o medicamentos sin prescripción médica).
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que conoce los beneficios de estilos de vida libres del consumo de alcohol y tabaco.
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que conoce los efectos del humo ambiental de tabaco sobre las personas expuestas y los beneficios de ambientes libres de humo.
- Al final del programa se han incrementado las actitudes de rechazo al uso de alcohol y tabaco entre el alumnado (número o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que consideran inapropiado el consumo de tabaco, alcohol o medicamentos sin prescripción).
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que puede identificar las distintas estrategias de promoción de tabaco y alcohol.
- Al final del programa han mejorado las habilidades del alumnado para rechazar la presión a fumar o consumir alcohol u otras drogas número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que muestran habilidades de rechazo a la presión de consumir tabaco y alcohol).
- Al final del programa han mejorado las habilidades del alumnado para detectar y criticar los mensajes directos o encubiertos para promover el consumo de alcohol y tabaco (número o porcentaje –especificar, si procede– de alumnos/as que muestran capacidad de análisis y argumentación críticos ante las estrategias de promoción de drogas).
- Al final del programa ha disminuido el número (o porcenta-



je –especificar, si procede–) de alumnos/as que ha iniciado el consumo de alcohol.

- Al final del programa ha disminuido el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que ha iniciado el consumo de tabaco.

- Al final del programa ha disminuido el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de profesores/as que fuman en los accesos al centro o zonas de alrededor frecuentadas por el alumnado.

- Al final del programa ha disminuido el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de profesores/as que fuman tabaco.

C

C- Educación Secundaria

- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que conoce los riesgos derivados del uso del alcohol, el tabaco, el cannabis y otras drogas (número o porcentaje de alumnos/as que declaran conocer los riesgos derivados del uso de una o varias drogas).

- Al final del programa se han incrementado las actitudes de rechazo al uso de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas entre el alumnado (número o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que consideran inapropiado el consumo de una o varias drogas.

- Al final del programa han mejorado las habilidades de rechazo a las presiones dirigidas a promover el uso de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas entre el alumnado (número o porcentaje –especificar, si procede– de alumnos/as que muestran habilidades de rechazo a la presión de consumir drogas).

- Al final del programa ha disminuido el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que ha sido amonestados por fumar tabaco dentro del recinto del centro.

- Al final del programa ha disminuido el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que ha sido amonestados por fumar cannabis antes de asistir a clase y/o dentro del recinto del centro.

- Al final del programa ha disminuido el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que declara consumir alcohol.

- Al final del programa ha disminuido el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que declara consumir tabaco.

- Al final del programa ha disminuido el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que declara consumir cannabis (u otras drogas).

- Al final del programa ha disminuido el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de profesores/as que fuman en los accesos al centro o zonas de alrededor frecuentadas por el alumnado.

- Al final del programa ha disminuido el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de profesores/as que fuman tabaco.



- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje –especificar, si procede–) de alumnos/as que conoce los recursos asistenciales disponibles en su entorno para el tratamiento de la dependencia (alcohol, tabaco, cánnabis u otras drogas).

4.8.7.3. Definición de objetivos operacionales

Los objetivos operacionales, también denominados de proceso, describen qué pasos se deben producir para alcanzar los objetivos específicos que se han establecido en el programa. Como ya se ha comentado, los resultados de los programas pueden optimizarse si los contenidos curriculares y la utilización del método interactivo y participativo se combinan con la acción en otras dimensiones clave como son: el entorno interno del centro, la dimensión familiar y la coordinación de actuaciones con los recursos externos disponibles en el entorno comunitario.

En este aspecto los objetivos operacionales de los programas educativos deberán permitir el despliegue de una estrategia que incorpore:

- La definición de objetivos a alcanzar a través de la aplicación de los contenidos curriculares.
- La definición de objetivos a alcanzar en el entorno interno del centro.
- La definición de objetivos a alcanzar en el entorno familiar.
- La definición de objetivos a alcanzar en la coordinación con los recursos comunitarios

Las recomendaciones del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte & Ministerio de Sanidad y Consumo (en prensa), contemplan incorporar como mínimo las siguientes previsiones:

A

A- Dimensión curricular

1. Asegurar el cumplimiento de la legislación vigente en la Región de Murcia que marca los contenidos curriculares relacionados con la salud (Real Decreto 1630/2006, de 29 de diciembre por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación Infantil; Real Decreto 1513/2006 de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria; Real Decreto 1631/2006 de 29 de diciembre por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria; y Orden de 13 de septiembre de 2006, de las Consejerías de Sanidad y Educación y Cultura, para la regulación de las actividades de Educación para la Salud ofertadas a los Centros Docentes no universitarios por instituciones ajenas a los mismos y en el marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia.
2. Asegurar que los mediadores que aplicarán el programa (educadores, tutores, etc.), disponen de la formación adecuada para desarrollarlo adecuadamente.



B

B- Dimensión entorno interno del Centro

1. Asegurar el cumplimiento de la legislación vigente en relación al tabaco, el alcohol y otras drogas en el recinto escolar por parte del alumnado, el profesorado y las familias.
2. Promover entre el profesorado un papel modélico en relación al uso de tabaco y bebidas alcohólicas, tanto dentro del recinto del centro como, por lo que se refiere al tabaco, en las inmediaciones de acceso al centro.
3. Señalizar la prohibición de fumar en la escuela adecuadamente, de acuerdo a las exigencias legales vigentes.
4. Pactar, entre dirección y claustro, los lugares donde se puede fumar que deben ser:

- a. Los permitidos por la Ley.
- b. Difícilmente observables por el alumnado.

C

C- Dimensión familiar

1. Informar a las familias de que las personas que acompañan a los/las niños/as no pueden fumar en lugar alguno dentro del recinto escolar.
2. Facilitar información básica sobre actitudes y conductas de gestión familiar que promueven la adopción de estilos de vida libres de drogas.
3. Informar a los padres/madres sobre la política del centro en relación al uso de tabaco, alcohol y otras drogas.

D

D- Dimensión recursos externos

1. Integrar el centro en alguna red existente en la C. A. en tabaquismo. Por ejemplo:

- Programa “Clases sin humo”.
- Red autonómica de centros libres de humo.
- Programa interactivo por Internet “Paso de fumar”, etc.

2. Informar a las familias sobre recursos asistenciales públicos existentes en la zona para dejar de fumar y para el tratamiento de trastornos relacionados con el uso de alcohol y otras drogas (centro de salud, servicio hospitalario, unidad de tratamiento especializado, teléfono de asistencia, etc.).



4.8.7.4. Métodos y contenidos del programa: Dimensión curricular

Como ya se ha señalado reiteradamente, los programas de educación sobre drogas deben desarrollarse de acuerdo a métodos interactivos y participativos e incorporar al currículo aquellos contenidos que se han mostrado más efectivos para prevenir el uso de tabaco, alcohol y otras drogas entre el alumnado. Este planteamiento debe desarrollarse a lo largo de todo el currículo, y adaptado a las necesidades de cada fase evolutiva.

- Promover el incremento de los niveles de competencia personal, tolerancia a la frustración y autocontrol.
- Desarrollar habilidades de relación interpersonal y de rechazo al uso y/o abuso de drogas.
- Capacitar para la toma de decisiones y la solución de problemas.
- Proporcionar educación objetiva y veraz, es decir basada en la evidencia, que permita conocer las características y riesgos derivados del consumo de drogas.
- Proporcionar educación, basada en la evidencia, que permita conocer e interiorizar las ventajas de adoptar estilos de vida libres de drogas.
- Y de forma global, dotar al alumnado y sus familias de unos instrumentos de trabajo que permitan un enfrentamiento racional del consumo de drogas.

A continuación se presentan de forma sintéticas las características metodológicas y los contenidos apropiados para cada etapa.

A

A- Método educativo

Los programas con evidencia de efectividad son aquellos que utilizan métodos educativos interactivos y de participación (Ministerio de Educación, Política Social y Deporte & Ministerio de Sanidad y Consumo, en prensa), y como tales incluyen la incorporación de los siguientes aspectos:

- La toma en consideración de los intereses del alumnado, así como sus puntos de vista, y a partir de ellos plantear el desarrollo de los aprendizajes.
- La aplicación de métodos participativos.
 - La consulta, por parte del alumnado, de fuentes primarias de información y materiales diversos para el trabajo de los contenidos curriculares (encuestas, trabajos de campo, trabajos de laboratorio, etc.).
 - La mediación de los educadores entre el educando y la realidad, para fomentar y estimular el espíritu crítico, y no actuar como simples transmisores de la información (por ejemplo: análisis de mensajes



subliminales en publicidad, promoción encubierta, cine, series televisivas; etc.).

- El fomento del trabajo en grupo, y con ello, la valoración del trabajo y las posiciones de los iguales (discusiones de grupo, tormenta de ideas, trabajos en equipo, etc.).

- El fortalecimiento de valores pro-sociales, habilidades para la vida y actitudes democráticas y de respeto mutuo (por ejemplo: sesiones de role-playing, teatralizaciones, etc.).

- El fomento y estimulación del espíritu crítico necesario para reconocer qué tipo de intereses promueven el consumo de drogas en nuestra sociedad y a través de qué procedimientos. Este elemento se ha demostrado particularmente eficaz durante la adolescencia.

- La consideración de los principios de la LOE y el marco legal en la Región de Murcia.

- Su planteamiento desde un enfoque integral y globalizado.

- Para incorporar todos estos aspectos se requiere la revisión tradicional de la manera en que se organiza el aula, donde -a diferencia de los métodos convencionales- se utiliza un método de trabajo en el cual el profesorado ejerce tareas de mediación y facilitación entre la información y el alumnado, y no tareas de transmisión vertical de la información.

B

B- Contenidos curriculares para la Educación Infantil

Los programas desarrollados a lo largo del primer ciclo educativo deben prestar una atención especial a la adquisición de actitudes, valores, habilidades y conocimientos, entre los que destacan los que se presentan a continuación.

ACTITUDES Y VALORES

- Respeto al propio cuerpo: interés y placer por el cuidado del cuerpo.
- Respeto hacia las demás personas y sus diferencias (físicas, de género, culturales, lingüísticas, religiosas, etc.).
- Valoración de la propia salud como un medio para disfrutar de la vida y de las propias capacidades.
- Valoración y respeto por los ambientes limpios, no degradados ni contaminados.
- Valoración de la actitud de ayuda y protección prestada por familiares y personas adultas en situaciones de riesgo o enfermedad.



**CONOCIMIENTOS
Y HABILIDADES**

- Comunicación efectiva.
 - Asertividad para expresar las propias opiniones y necesidades, de forma adecuada y respetuosa con los derechos de las demás personas.
 - Auto-control emocional: reconocimiento y manejo de las propias emociones.
 - Resolución de problemas y conflictos.
 - Competencia social.
 - Competencia escolar (especialmente, comprensión lectora).
 - Adopción de hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, descanso, prevención de accidentes y lesiones no intencionadas, ocupación equilibrada del ocio y tiempo libre, etc.).
 - Habilidades psicomotrices y capacitación para la práctica de ejercicio físico.
 - Tolerancia a la frustración.
 - Conocimiento sobre cuáles son los productos tóxicos para la salud.
 - Conocimientos básicos sobre los perjuicios para la salud del consumo de alcohol y tabaco.
 - Conocimiento y consumo de bebidas saludables no azucaradas.
 - Percepción normativa adecuada: conocimiento de que la mayoría de personas no fuma ni abusa del alcohol.
-

C

**C- Contenidos curriculares para la
Educación Primaria**

Los programas desarrollados a lo largo del segundo ciclo educativo deben reforzar los contenidos introducidos durante la etapa de Educación Infantil y además incorporar nuevos contenidos entre los que destacan:

**ACTITUDES Y
VALORES**

- Seguridad, confianza y autonomía personal (autoestima, auto-eficiencia), así como expectativas realistas de éxito.
 - Respeto por las diferencias derivadas de aspectos de crecimiento y desarrollo corporal (estatura, peso, diferencias de sexo, etc.).
 - Satisfacción personal por no consumir drogas.
 - Actitud crítica ante los factores y prácticas sociales que favorecen o entorpecen el desarrollo saludable del cuerpo y motivación hacia comportamientos responsables ante los mismos.
 - Intención o compromiso personal de no fumar ni beber.
 - Valoración y respeto por los ambientes limpios, no degradados ni contaminados.
 - Preferencia por ambientes libres de humo de tabaco.
 - Apoyo a la decisión de no fumar de otras personas.
 - Valoración positiva de las personas que saben lo que quieren y son capaces de resistir a las presiones que promueven el consumo de drogas.
-



**CONOCIMIENTOS
Y HABILIDADES**

- Seguridad, confianza y autonomía personal (autoestima, auto-eficiencia), así como expectativas realistas de éxito.
 - Formación sobre los efectos y riesgos, a corto y largo plazo, del consumo de tabaco y bebidas alcohólicas.
 - Formación sobre los efectos adictivos del tabaco y las dificultades que la mayoría de personas tiene para dejar de fumar.
 - Formación sobre los beneficios de dejar de fumar.
 - Formación sobre los efectos nocivos de la exposición al humo ambiental de tabaco.
 - Formación sobre los riesgos asociados al uso del alcohol.
 - Formación sobre los efectos adictivos del alcohol.
 - Conocimientos sobre el buen uso de medicamentos.
 - Formación sobre las ventajas de los estilos de vida libres del consumo de drogas, incluida la idea de que lo mejor es no empezar el consumo de alcohol o tabaco.
 - Habilidades para reconocer y analizar las estrategias de promoción, directas o encubiertas, que tratan de persuadir a las personas para que fumen o consuman bebidas alcohólicas.
 - Formación promotora de una percepción normativa adecuada sobre el uso del tabaco: la mayoría de las personas (tanto adolescentes como adultas) no fuma.
 - Formación promotora de una percepción normativa adecuada sobre el uso del alcohol: la mayoría de las personas (tanto adolescentes como adultas) no abusa de las bebidas alcohólicas.
 - Habilidades de afrontamiento de la presión de grupo.
 - Incorporación de hábitos y rutinas saludables en general.
 - Conocimiento de tipos de apoyo asistencial existentes para las personas que quieren abandonar el uso de tabaco, el alcohol u otras drogas.
 - Conocimiento de los riesgos y peligros que supone la manipulación indebida de productos variados (químicos o farmacológicos) que existen en las casas.
-

D

**D- Contenidos curriculares para la
Educación Secundaria**

Los programas desarrollados a lo largo del tercer ciclo educativo deben reforzar los contenidos introducidos durante las etapas previas (Educación Infantil y Primaria), y además incorporar nuevos contenidos sobre algunas drogas como el cannabis, los alucinógenos y las drogas de síntesis (siempre partiendo de las necesidades y conocimientos de los alumnos), además de incorporar otros contenidos en lo referido a conocimientos, entrenamiento en habilidades y educación en actitudes y valores. Así, para esta etapa educativa, destacan:



**CONOCIMIENTOS
Y HABILIDADES**

- Formación objetiva y basada en la evidencia de los efectos y riesgos sobre la salud física y mental del consumo de las drogas con mayor prevalencia entre la población adolescente, (bebidas alcohólicas, tabaco y cannabis), con especial énfasis en los efectos y riesgos a corto plazo. Aspectos básicos en el consumo de otras drogas menos prevalentes (cocaína, drogas sintéticas, heroína, etc.).
- Formación adecuada para facilitar la comprensión global, la toma de decisiones sobre drogas, y las ventajas de adoptar estilos de vida saludables.
- Formación adecuada para cuestionar ideas erróneas o mitos asociados al uso de estas sustancias.
- Formación objetiva sobre el impacto del uso de drogas en aspectos como la imagen y la economía personal.
- Formación objetiva sobre los beneficios personales que comporta no consumir alcohol, tabaco u otras drogas.
- Percepción normativa adecuada para el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas, especialmente referida al grupo de iguales.
- Formación objetiva sobre los aspectos legales en relación al consumo y la venta de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Formación objetiva sobre los riesgos derivados del consumo de alcohol u drogas y la conducción de vehículos a motor. Conocimiento de la dimensión del riesgo.
- Formación objetiva sobre las diversas estrategias que utiliza la industria tabacalera y alcoholera para promover el uso del tabaco y las bebidas alcohólicas.
- Formación objetiva para clarificar que el uso de tabaco, alcohol y otras drogas no es efectivo para afrontar el estrés o mejorar la imagen personal, así como facilitar el conocimiento e interiorización de opciones alternativas para afrontar problemas de autoimagen y estrés.

**ACTITUDES Y
VALORES**

- Aprecio del valor de estilos de vida libres del uso de drogas.
 - Responsabilidad por la propia salud.
 - Expectativas de futuro: valoración y avance hacia un proyecto de vida.
 - Valoración positiva de las normas sociales (familiares, escolares, comunitarias, etc.).
 - Solidaridad, respeto por las diferencias y compromiso social.
 - Compromiso personal de no fumar.
 - Satisfacción personal por no fumar.
 - Apoyo a la decisión de no fumar de otras personas.
 - Confianza en la capacidad personal para resistir la presión a fumar y consumir alcohol u otras drogas.
 - Compromiso personal de no beber alcohol.
 - En caso de consumir alcohol, conciencia de los riesgos de la conducción bajo los efectos del alcohol y las drogas para los ocupantes de vehículos.
 - Actitud personal de respeto por las personas que presentan problemas de drogodependencia, evitando estereotipos y juicios de valor que propician su aislamiento y marginación social.
-



4.8.8. Cronograma

Para la aplicación del programa se establecerá un cronograma de actuaciones acorde con la programación de los centros educativos. Ver información complementaria en el Capítulo 2, punto 1.3.2.6. de esta guía.

En el ámbito escolar, la definición del cronograma tiene que realizarse a partir de la coordinación de actuaciones, en el marco de la programación general del centro y previo consenso con el consejo escolar.

En este sentido, es conveniente insistir en la necesidad de que el cronograma contemple:

- Las sesiones de trabajo intensivo en el aula.
- Las sesiones tutoriales.
- La implantación o verificación anual de la estrategia interna del centro en relación a la educación para la salud y dentro de ella la prevención de drogodependencias.
- Los contactos o distintas opciones de contacto y participación de las familias.
- Las actuaciones realizadas en coordinación con recursos comunitarios.

Estas previsiones evitarán el desarrollo de actuaciones puntuales o desviadas del proyecto planificado y consensuado.

4.8.9. Evaluación

4.8.9.1. De proceso

Se hará una recogida sistemática de las intervenciones realizadas que proporcionará información relevante para analizar el proceso de implementación y optimizar su aplicación en el futuro. Ver información complementaria en el Capítulo 2.- *Buenas prácticas para el diseño y la evaluación de los programas de prevención de drogodependencias, punto 2.2.2.- Distintos tipos de evaluación, de esta Guía.*

La evaluación de proceso debe incluir al menos el registro de todas las actividades realizadas y sus características (número, duración, frecuencia, incidencias que se han producido, cambios que se han tenido que introducir, etc.), de forma que esta información permita saber el grado de fidelidad alcanzado en relación al programa que se había diseñado o al prototipo de programa escogido como modelo.

4.8.9.2. De resultados

Aunque la implementación de un programa educativo no debe responder a criterios de investigación experimental, sí es necesario prever la aplicación de un protocolo básico de evaluación pre-post que permita obtener una descripción de los cambios que se han producido al final del programa.

Este tipo de evaluación no permite discriminar si dichos cambios son enteramente imputables al programa, pero sí permite obtener una información altamente relevante para los mediadores que lo han aplicado y para el centro que lo ha incorporado a su proyecto educativo.

Los resultados a evaluar deben coincidir con los objetivos específicos que inicialmente se hayan seleccionado para cada etapa educativa. Para ello, durante la fase de planificación, se habrá previsto dos cosas: la forma e instrumento/s de medida de la situación de partida y la repetición de la aplicación de estos instrumentos, al finalizar el programa, para conocer la repercusión del programa tras su aplicación. La valoración de estos cambios será el resultado de comparar los datos obtenidos antes de iniciar el programa y los obtenidos a su término. Por ejemplo:





**EDUCACIÓN
INFANTIL**

**CAMBIO OBSERVABLE EN EL NÚMERO (O PORCENTAJE) DE
ALUMNOS/AS QUE:**

- Conoce y consume bebidas saludables y no azucaradas.
- Ha incorporado a su vida diaria hábitos saludables de descanso y ocio (horas de sueño, uso moderado de televisión y video-juegos, etc.).
- Ha mejorado su comprensión lectora.
- Respeta las normas de convivencia del centro educativo.
- Tiene un auto-concepto positivo.
- Valora positivamente los hábitos de salud y respeto al propio cuerpo.
- Es capaz de comunicar asertivamente sus experiencias y necesidades.
- Presentan conductas de respeto hacia las diferencias (físicas, culturales, etc.).
- Respeta las dinámicas de comunicación y trabajo en grupo.
- Cambio observable en el número (o porcentaje) de profesores/as que fuman en los accesos al centro o zonas de alrededor frecuentadas por el alumnado.
- Cambio observable en el número (o porcentaje) de profesores/as que fuman tabaco.

**EDUCACIÓN
PRIMARIA:**

CAMBIO OBSERVABLE EN:

- Número (o porcentaje) de alumnos/as que conoce los efectos sobre la salud del tabaco y del alcohol.
- Número (o porcentaje) de alumnos/as que conoce los efectos adictivos del tabaco y del alcohol.
- El alumnado, sobre la percepción del riesgo relacionado con el uso de tabaco y bebidas alcohólicas número (o porcentaje) de alumnos/as que declaran conocer los riesgos derivados del uso de tabaco, alcohol o medicamentos sin prescripción médica.
- El número (o porcentaje) de alumnos/as que conoce los beneficios de estilos de vida libres del consumo de alcohol y tabaco.
- El alumnado, sobre el conocimiento de los efectos de humo ambiental de tabaco para las personas expuestas, y los beneficios de ambientes libres de humo.
- Las actitudes de rechazo al uso de alcohol y tabaco entre el alumnado (número o porcentaje de alumnos/as que consideran inapropiado el consumo de tabaco, alcohol o medicamentos sin prescripción).
- Número (o porcentaje) de alumnos/as que puede identificar las distintas estrategias de promoción de tabaco y alcohol.
- La mejora de las habilidades del alumnado para rechazar la presión a fumar o consumir alcohol u otras drogas número (o porcentaje) de alumnos/as que muestran habilidades de rechazo a la presión de consumir tabaco y alcohol.
- Mejora de las habilidades del alumnado para detectar y criticar los mensajes directos o encubiertos para promover el consumo de alcohol y tabaco (número o porcentaje de alumnos/as que muestran capacidad de análisis y argumentación críticos ante las estrategias de promoción de drogas).
- Número (o porcentaje) de alumnos/as que ha iniciado el consumo de alcohol.
- Número (o porcentaje) de alumnos/as que ha iniciado el consumo de tabaco.
- Número (o porcentaje) de profesores/as que fuman en los accesos al centro o zonas de alrededor frecuentadas por el alumnado.
- Número (o porcentaje) de profesores/as que fuman tabaco.



**EDUCACIÓN
SECUNDARIA**

CAMBIO OBSERVABLE EN :

- Número (o porcentaje) de alumnos/as que conoce los riesgos derivados del uso del alcohol, el tabaco, el cannabis y otras drogas (número o porcentaje de alumnos/as que declaran conocer los riesgos derivados del uso de una o varias drogas).
 - Actitudes de rechazo al uso de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas entre el alumnado (número o porcentaje de alumnos/as que consideran inapropiado el consumo de una o varias drogas).
 - Las habilidades de rechazo a las presiones dirigidas a promover el uso de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas entre el alumnado (número o porcentaje de alumnos/as que muestran habilidades de rechazo a la presión de consumir drogas).
 - Número (o porcentaje) de alumnos/as que ha sido amonestados por fumar tabaco dentro del recinto del centro.
 - El número (o porcentaje) de alumnos/as que ha sido amonestados por fumar cannabis antes de asistir a clase y/o dentro del recinto del centro.
 - Número (o porcentaje) de alumnos/as que declara consumir alcohol.
 - Número (o porcentaje) de alumnos/as que declara consumir tabaco.
 - Número (o porcentaje) de alumnos/as que declara consumir cannabis (u otras drogas).
 - El número (o porcentaje) de profesores/as que fuman en los accesos al centro o zonas de alrededor frecuentadas por el alumnado.
 - Número (o porcentaje) de profesores/as que fuman tabaco.
 - El número (o porcentaje) de alumnos/as que conoce los recursos asistenciales disponibles en su entorno para el tratamiento de la dependencia (alcohol, tabaco, cannabis u otras drogas).
-

Adicionalmente, y con la finalidad de poder realizar análisis posteriores y más a largo plazo, resultará de interés recoger, a partir de los últimos cursos de Educación Primaria y en todos los de Secundaria, los siguientes datos:

- Porcentaje de alumnos/as que se mantiene sin fumar tabaco.
- Porcentaje de alumnos/as que se mantiene sin tomar bebidas alcohólicas.
- Porcentaje de alumnos/as que se mantiene sin consumir derivados del cannabis, cocaína y otras drogas no institucionalizadas
- Porcentaje de alumnos/as que ha abandonado del uso de drogas legales e ilegales entre los escolares que ya presentaban algún tipo de consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.
- Nº de episodios conflictivos registrados durante el curso, relacionados con las drogas.
- Nº de derivaciones realizadas a programas de prevención selectiva o indicada.

- Escalas disponibles

Existen diversas escalas que miden algunos de los indicadores relevantes en el ámbito escolar en el Banco de Instrumentos de Evaluación en Prevención del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, accesible desde:
<http://eib.emcdda.europa.eu/html.cfm/index36307EN.html>

CUADRO RESUMEN

CRITERIOS BÁSICOS DE EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

Los centros educativos constituyen un marco óptimo para realizar programas de educación sobre prevención de drogodependencias, integrados en un enfoque global de promoción y educación para la salud.

Para ser efectivos, estos programas deben incorporar medidas de amplio alcance, tanto temporalmente como en cuanto a contenidos y métodos. Esto implica el desarrollo de un modelo de proyecto educativo de centro que incorpore las cuatro dimensiones siguientes:

- *Desarrollar el programa curricular en el marco que ofrece el plan de estudios del centro, y acorde con las previsiones legales vigentes (LOE y Orden de 13 de septiembre de 2006, de la Región de Murcia).*
- *Disponer de una política interna de centro que fortalezca la promoción de la salud y la educación sobre drogas, donde se reconoce la función modélica del profesorado y se actúa en consecuencia.*
- *Involucrar a las familias, buscando formas de participación que aseguren la máxima participación de madres y padres en los programas de educación sobre drogas.*
- *Fomentar la coordinación con agentes extra-escolares existentes en el entorno inmediato.*

Adicionalmente, los siguientes factores facilitarán la calidad de la implementación del programa:

- *Disponer de mediadores (profesorado, profesionales de la salud y/o iguales) adecuadamente formados en promoción de la salud y educación sobre drogas.*
- *Disponer de material adecuado (por ejemplo: manuales completos, guías didácticas y material para el alumnado, etc.) que faciliten la supervisión del personal mediador y también la calidad del programa y de su ejecución.*
- *Contar con guías y/o listas que permitan hacer chequeos durante la implementación y con formularios que permitan evaluar y modificar, si se considera necesario, la cantidad o el tipo de soportes empleados.*
- *Planificar la aplicación de forma que permita evaluar el proceso y los resultados. Para ello es importante contar con el apoyo de expertos o consultores externos que, a lo largo del todo el proceso, puedan asesorar a quienes implementan la acción. El profesorado debe conocer la existencia de planes y programas de prevención de drogodependencias, en los ayuntamientos de la Región de Murcia.*
- *Disponer de un mínimo soporte de recursos (materiales y financieros). El profesorado debe conocer la existencia de ayudas concedidas por la Dirección General de Salud Pública para el desarrollo del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia.*

PUBLICACIONES DE APOYO

La Web del Plan Nacional sobre Drogas dispone de una interesante selección de materiales de apoyo para el desarrollo de programas en el ámbito familiar:

Todas ellas están disponibles en:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/otras.htm>

- Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales -ADES- (2006) **Odisea. Proyecto piloto de prevención de drogas en Centros de Garantía Social.**
- Asociación Deporte y Vida (2004) **Atenea: Programa de desarrollo de habilidades sociales. Cuaderno del monitor y Cuaderno del alumno.**
- Asociación Deporte y Vida (2003) **Hércules: Programa de toma de decisiones y solución de problemas. Cuaderno del monitor y Cuaderno del alumno.**
- Asociación Deporte y Vida (2002) **Ulises: Programa de aprendizaje y desarrollo del autocontrol emocional. Cuaderno del monitor y Cuaderno del alumno.**
- Luengo, M^a A.; Gómez-Fraguela, J.A.; Garra, A.; Romero, E. **Construyendo salud. Promoción del desarrollo personal y social (programa para abordar la prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar) (2002) (2º año:2003)**
- Fernández, C.; Fresnillo, G.; Fresnillo, L.; Robledo de Dios, T.; Fresnillo, A. **Prevención del consumo de Alcohol y Tabaco. Guía didáctica para el profesorado del primer ciclo de E.S.O.(1999)**

CUADRO RESUMEN

- Allott R, Paxton R, Leonard R (1999). Drug education: a review of British Government policy and evidence of effectiveness. Health Education Research Theory and Practice 14 (4): 491-505.

- Almodovar A; Tomaka J; Thompson S; Mckinnon S; O'Rourke K. Risk and protective factors among high school students on the US/Mexico border. American Journal of Health Behavior 30(6): 745-752, 2006.

- Alonso Sanz C, Salvador Llivina T, Suelves Janxich JM, Jiménez García-Pascual R, Martínez Figuras I. (2004). Prevención de la A a la Z. Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

-Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychology Review; 84(2):191-215.



- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bangert-Drowns RL (1988). The effects of school-based substance abuse prevention: a meta analysis. *Journal of Drug Education*; 18(3): 243-264.
- Barrera M, Biglan A, Taylor TK, Gunn BK, Smolkowski K, Black C, Ary DV, Fowler RC. (2002). Early elementary school intervention to reduce conduct problems: A randomized trial with Hispanic and non-Hispanic children. *Prevention Science*; 3(2):83-94.
- Becoña E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Delegación do Gobierno para o Plan nacional sobre drogas. Ministerio del Interior.
- Becoña E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación do Gobierno para o Plan nacional sobre drogas. Ministerio del Interior.
- Bishop J, Whitear BA, Brown S (2001). A review of substance use education in fifty secondary schools in South Wales. *Health Education Journal*, 60(2) Special Issue: 164-172.
- Booth BM, Curran GM. (2006). Variations in drinking patterns in the rural South: Joint effects of race, gender, and rural residence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*; 32(4): 561-568.
- Botvin GJ & Griffin KW. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. En: *Handbook of drug abuse prevention theory, science and practice*. Eds. Zili Slobada and William Bukoski. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Botvin GJ (1996). Preventing drug abuse through the schools: intervention programs that work. NIDA National Conference on Drug Abuse Prevention Research Washington, DC: NIDA.
- Botvin GJ (2000). Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors*; 25(6): 887-897.
- Botvin GJ, Baker E, Desembury L, Botvin EM, Diaz T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*; 273:1106-1112.
- Botvin GJ, Baker E, Desembury L, Tortu S, Botvin EM. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach. Results of a three-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 58: 437-446.
- Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, et al. (2001). Drug abuse prevention among minority adolescents: posttest and one-year follow-up of school-based preventive intervention. *Prevention Science*; 2 :1-13.
- Bruvold, W.H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health*, 83, 872-880.
- Calafat A, Amengual Munar M, Guimerans C, Rodriguez-Martos A, Ruiz R. (1995). "Tu decides": 10 años de un programa de prevención escolar. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*; 7(4), 509-526.
- Calafat, A, Amengual, M, Mejías, G, Borrás, M. & Palmer, A. (1989). Evaluación del programa de prevención escolar "Tu Decides". *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*; 1 (2), 96-111.
- Canning U, Millward L, Raj T, Warm D (2004). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. London: Health Development Agency.
- Coggans N, Cheyne B, McKellar S (2003). *The Life Skills Training Drug Education Programme: A review of research*. Edinburgh: Scottish Executive Drug Misuse Research Programme, Effective Interventions Unit.
- Coggans N, Shewan D, Henderson M, (1991). *National Evaluation of Drug Education in Scotland*. London: Institute for the Study of Drug Dependence.
- Coggans N & Watson J. (1995). Drug Education: Approaches, effectiveness and delivery. *Drugs: Education, Prevention & Policy*; 2 (3): 211-224.
- Cuijpers P. (2002a). Effective ingredients of school-based drug prevention programs A systematic review. *Addictive Behaviours*; 27 (6): 1009-1023.
- Cuijpers P. (2002b). Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. *Journal of Drug Education*; 32(2): 107-119.
- Curbow B, Bowie J, Binko J, Smith S, Dreyling E, McDonnell KA. (2007). Adolescent girls' perceptions of smoking risk and protective factors: Implications for message design. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*; 17(1): 1-28,
- Derzon JH, Sale E, Springer F, Brounstein P (2005). Estimating intervention effectiveness: synthetic projection of field evaluation results. *Journal of Primary Prevention*, (26): 321-343.
- Dijkstra M, Mesters I, De Vries H, Van Breukelen G, Parcel G. (1999) Effectiveness of a social influence approach and boosters to smoking prevention. *Health Education Research*; 14: 791-802.
- Dirección General de Salud Pública y Dirección General de Formación Profesional e Innovación Educativa. (2006). *Regulación de actividades de educación para la salud ofertadas a los Centros Docentes no Universitarios*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consejería de Educación y Cultura.
- Dishion T, McCord J, Poulin F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*; 54:755-764.
- Dorn, N. & Murji, K. (1992) *Drug Prevention: A review of the English language literature*. London: ISDD Research Monograph 5.
- Dunn MG; Mezzich AC. (2007). Development in childhood and adolescence: Implications for prevention research and practice. IN: Tolan P; Szapocznik JA; Sambrano S, eds. *Preventing Youth Substance Abuse: Science-based Programs for Children and Adolescents*. Washington DC: American Psychological Association: 21-40.
- Durlak JA & DuPre EP. (2008) . *Implementation Matters: A Review of Research on the Influence*

- of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*; 41 (3-4): 327-350.
- Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2): 237-256.
 - Dusenbury L, Brannigan R, Hansen WB, Walsh J, Falco M. (2005). Quality of implementation: developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Education Research*; 20(3):308-313.
 - Dusenbury L, Falco M (1995). Eleven Components of Effective Drug Abuse Prevention Curricula. *Journal of School Health*, 65(10), 420-425.
 - Epstein JA, Bang Hand and Botvin GJ (2007). Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use among inner-city adolescents?. *Addictive Behaviors*, 32, 700-713.
 - Esposito, L. (2006). Peer and school problems in the lives of urban adolescents: Frequency, difficulty, and relation to adjustment. *Journal of School Psychology*, 44,169-190
 - Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database Syst Rev*; CD003020.
 - Farrell A D, Erwin EH, Allison K, Meyer A, Sullivan T, Camou S, Kliewer W, Esposito L. (2007). Problematic situations in the lives of urban African American middle school students: A qualitative study. *Journal of Research on Adolescence*, 17, 413-454.
 - Farrell AD, Sullivan TN, Kliewer W, Allison K, Erwin E, Meyer AL, Esposito L. (2006). Peer and school problems in the lives of urban adolescents: Frequency, difficulty, and relation to adjustment. *Journal of School Psychology*, 44,169-190.
 - Fernandez, S, Nebot, M, & Jane, M. (2002). The evaluation of effectiveness of scholastic programs in the prevention of consumption of tobacco, alcohol and cannabis: What do meta-analyses tell us?]. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 175-187.
 - Flay BR & Collins LM. (2005). Historical Review of School-Based Randomized Trials for Evaluating Problem Behavior Prevention Programs. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*; 599 (1): 115-146.
 - Flay BR. (2000). Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors*, 25(6): 861-885.
 - Flores R, Herrera G, Melero JC. *La aventura de la vida "Osasumkume"*. Bilbao: Edex, 2005.
 - Gandhi AG, Murphy-Graham E, Petrosino A, Schwartz Chrismer S, Weiss CH. (2007). The Devil Is in the Details. Examining the Evidence for "Proven" School-Based Drug Abuse Prevention Programs. *Eval Rev*; 31: 43-74.
 - Gardner SE, Brounstein PJ, Stone DB (2001). *Science-Based Substance Abuse Prevention: A Guide*. Rockville MD: Division of Knowledge Development and Evaluation, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Centre for Substance Abuse Prevention.
 - Gatins DE & White RM. (2006). School-based substance abuse programs: Can they influence students' knowledge, attitudes, and behaviors related to substance abuse? *North American Journal of Psychology*; 8(3): 517-532.
 - Gerstein, D.R., and Green, L.W., eds. *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?* Washington, DC: National Academy Press, 1993.
 - Graham JW, Johnson CA, Hansen WB, Flay BR, Gee M (1990). Drug use prevention programs, gender, and ethnicity: evaluation of three seventh-grade Project SMART cohorts. *Preventive Medicine*; 19(3): 305-313.
 - Griffin KW, Nichols TR, Birnbaum AS, Botvin GJ (2006). Social competence among urban minority youth entering middle school: relationships with alcohol use and antisocial behaviors. *Int J Adolesc Med Health*, 18(1): 97-106.
 - Griffith KW, Botvin GJ, Nichols TR, et al. (2003). Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. *Preventive Medicine*; 36:1-7.
 - Gutiérrez García JJ, López Alegría C, Pérez Riquelme F, López Rojo C. (2006). *Consejería de Sanidad; Dirección General de Salud Pública; Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Volumen I.*
 - Gutiérrez García JJ, López Alegría C, Pérez Riquelme F, López Rojo C. (2006). *Consejería de Sanidad; Dirección General de Salud Pública; Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Volumen II.*
 - Guxens M, Nebot M, Ariza C. (2007). Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: A cohort study. *Drug and Alcohol Dependence* 88(2/3): 234-243.
 - Hansen W (1990). 'Theory and implementation of the social influence model of primary prevention'. In Rey K, Faegre C, Lowery P (eds), *Prevention Research Findings: 1988*,
 - Hansen WB & Graham JW (1991). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*, 20(3): 414-430.
 - Hansen WB (1992). School-based substance abuse prevention: a review of the estate of the art in curriculum, 1980 - 1990. *Health Education Research. Theory & Practice*, 7(3), 403-430.
 - Hansen WB, Graham JW (1991). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: peer pressure resistance training versus establishing conservative norms.. *Preventive Medicine*, (20), 414-430.



- Hansen WB, Graham JW, Wokenstein BH, Rohrbach LA (1991). Program integrity as a moderator of prevention program effectiveness: results for fifth-grade students in the Adolescent Alcohol Prevention Trial. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(6): 568-579.
- Hastings GB, Stead M and MacKintosh AM (2002). Rethinking drugs prevention: Radical thoughts from social marketing. *Health Education Journal*; 61(4): 347-364.
- Hawkins JD & Catalano RF. (2003). Assessing Outcomes of Prevention Interventions. *Psychiatr Serv*; 54(11): 1548 - 1548.
- Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, et al. (1999). Preventing adolescent health risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 153:226-234.
- Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*; 112: 64-105.
- Hawks D, Scott K, McBride N, Jones P, Stockwell T. (2002). Prevention of Psychoactive Substance Use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention. Geneva: World Health Organization.
- Ialongo N, Poduska J, Werhamer L, Kellam S. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*; 9 (3): 146-161.
- Johnson CA, Cen S, Gallaher P, Palmer PH, Xiao L, Ritt-Olson A et al. (2007). Why smoking prevention programs sometimes fail. Does effectiveness depend on sociocultural context and individual characteristics? *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*; 16(6): 1043-1049.
- Kliewer W, Murrelle L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *J Adolesc Health*; 40(5):448-55.
- Kulis S, Nieri T, Yabiku S, Stromwall LK, Marsiglia FF. (2007). Promoting reduced and discontinued substance use among adolescent substance users: Effectiveness of a universal prevention program. *Prevention Science*; 8(1): 35-49.
- Lochman J, Wells K, Murray M. (2007). The Coping Power Program: Preventive intervention at the middle school transition. En: Tolan P; Szapocznik JA; Sambrano S, eds. *Preventing Youth Substance Abuse: Science-based Programs for Children and Adolescents*. Washington DC: American Psychological Association: 185-210.
- Lonczak HS, Huang B, Catalano RF, Hawkins JD, Hill KG, Abbott RD, Ryan JA, Kosterman R. (2001). The social predictors of adolescent alcohol misuse: a test of the social development model. *J Stud Alcohol*; 2(2):179-89.
- Lonczak, H.S., Abbott, R.D., Hawkins, J.D., Kosterman, R., and Catalano, R.F.(2002). Effects of the Seattle Social Development Project on sexual behavior, pregnancy, birth, and sexually transmitted disease outcomes at age 21 years. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*; 156:438-447.
- Longshore D, Ellickson, PL, McCaffrey DF, St. Clair DA. (2007). School-Based Drug Prevention Among At-Risk Adolescents: Effects of ALERT Plus. *Health Educ Behav*; 34:651-668.
- Lozano Olivar A, Martínez Moreno F, Pagán Martínez FA, Torres Chacón MD. (2005). Intervenciones de educación para la salud en la etapa de Educación Infantil y Primaria. Murcia: Consejería de Sanidad; Dirección General de Salud Pública; Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Luengo MA. et al. Prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela, la: Análisis y evaluación de un programa. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
- Luengo Martín MA. et al. Construyendo salud: promoción del desarrollo personal y social. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio del Interior, D.L. 2002
- Luengo, M. A, Romero, E, Gomez, J. A, Garra, A, & Lence, M. (2000). La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. informe sobre la implantación y la evaluación del programa de entrenamiento en habilidades de la vida. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- McBride N. (2003). A systematic review of school drug education. *Health Education Research*; 18 (6): 729-742.
- McNeely, C., & Falci, C. (2004). School connectedness and the transition into and out of health-risk behavior among adolescents: A comparison of social belonging and teacher support. *Journal of School Health*, 74(7), 284-292.
- Mejia, R. & Kliewer, W. (2006). Socio-emotional development during childhood: theories and research trends. *Revista CES Medicina*, 20, 49-54.
- Melero, J. C, Flores, R, & Perez Onate, I. (1999). Evaluacion del programa de prevención del tabaquismo en educacion secundaria obligatoria. *Itaca*, 4(2), 7-28.
- Ministerio de Educación, Política Social y Deporte & Ministerio de Sanidad y Consumo. (En prensa). Criterios de calidad para el desarrollo de programas y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte & Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Morgan M. (2001). Drug abuse prevention: an overview of research. Dublin: Advisory Committee on Drugs. Government of Ireland.
- OSAP Prevention Monograph Number 3. Rockville, Md: OSAP.
- Patton GC, Bond L, Carlin JB, ThomasL, Butler H, Glover S, Catalano R, Bowes G. (2006). Promoting Social Inclusion in Schools: A Group-Randomized Trial of Effects on Student Health Risk Behavior and Well-Being. *American Journal of Public Health*; 96 (9): 1582-1587.

- Perkins HW & Craig DW. (2006). A successful social norms campaign to reduce alcohol misuse among college student-athletes. *Journal of Studies on Alcohol* 67(6): 880-889.
- Petraitis J, Flay BR, Miller TQ, Torpy EJ, Greiner B (1998). Illicit Substance Use among Adolescents: A Matrix of Prospective Predictors. *Substance Use & Misuse*, 33(13), 2561-2604.
- Puerta Ortuño C, Gomariz López MD, López Rojo et al. (2006). Prevención del consumo de Tabaco y Alcohol en Tercer Ciclo de Primaria. Murcia: Consejería de Sanidad.
- Rhodes T, Lilly R, Fernández C, Giorgino E, Kemmesis UE, Ossebaard HC, Lalam N, Faasen I, Spannow KE. (2003). Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Drugs: education, prevention and policy*; 10(4): 303-329.
- Rico Verdú C, Beiro Álvarez JI, Sánchez Isidro J, Hernández caballero J, Alvadalejo Meroño, Gambia López VE, Iozano Polo A, Puerta Ortuño C. (2006). Intervenciones de educación para la salud en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria. Murcia: Consejería de Sanidad; Dirección General de Salud Pública; Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Roe E, Becker J. (2005). Drug prevention with vulnerable young people: a review. *Drugs: education, prevention and policy* 12 (2), pp. 85-99.
- Rohrbach LA, Dent CW, Skara S, Sun P, Sussman S. (2007). Fidelity of implementation in Project Towards No Drug Abuse (TND): A comparison of classroom teachers and program specialists. *Prevention Science*; 8(2): 125-132.
- Romer D (ed) (2003). *Reducing Adolescent Risk: Toward an Integrated Approach*. Thousand Oaks, Calif, Sage.
- Scheier, L.; Botvin, G.; Diaz, T.; and Griffin, K. Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education* 29(3): 251-278, 1999.
- Sharp, C. (1994) *Alcohol Education for Young People: A Review of the Literature from 1983-1992*. National Foundation for Education Research.
- Sloboda Z & Bukoski (Eds.) (2003). *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice*. New York: Kluwer Academia / Plenum Publishers.
- Springer J F , Sale E, Hermann J , Sambrano S , Kasim R , Nistler M. Characteristics of Effective Substance Abuse Prevention Programs for High-Risk Youth. *The Journal of Primary Prevention* 25.2 (2004): 171-219.
- Stead M & Angus K. (2004). *Literature Review into the Effectiveness of School Drug Education*. Edinburgh: Scottish Executive Education Department and Institute for Social Marketing, University of Stirling.
- Stead M, MacKintosh AM, McDermott L, Eadie D, Macneil M, Stradling R, Minty S. (2007). Evaluation of the Effectiveness of Drug Education in Scottish Schools. Edinburgh: Institute for Social Marketing, University of Stirling and The Open University and Rannsaichadh Coimhearsnachd research consultancy and the School of Education, University of Edinburgh.
- Sussman S, Earleywine M, Wills T, Cody C, Biglan T, Dent C W, Newcomb M D (2004). The Motivation, Skills and Decision-Making Model of Drug Abuse' Prevention. *Substance Use & Misuse*; 39 (10-12): 1971-2016.
- Sussman S, Galaif ER, Newman T, Hennesy M, Pentz MA, Dent CW, Stacy AW, Moss MA, Craig S, Simon TR (1997). Implementation and process evaluation of a student "School-as-Community" group: A component of a school-based drug abuse prevention program. *Evaluation Review*, 21(1): 94-123.
- Tobler NS & Stratton H. (1997). Effectiveness of school based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*; 18: 71-128.
- Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. (2000). School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336.
- Tobler NS. (1992). Drug Prevention Programs Can Work: Research Findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11(3), 1-28.
- Tobler NS. (2001). Prevention is a two-way process. *Drug and alcohol Findings*, 5, 25-27.
- Tobler, N, Lessard T, Marshall D, Ochshorn P, Roona M. (1999). Effectiveness of school-based drug prevention programs from marijuana use. *School Psychology International*; 20: 105-137.
- Tobler, NS. (1992). Drug prevention programs can work: research findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11, 1-28.
- Tobler, NS. (1997). Meta analysis of adolescent drug prevention programs: results of the 1993 meta analysis. In Bukoski, W. (ed.), *Meta-analysis of Drug Abuse Prevention Programs*. NIDA, Bethesda, MD, pp. 5-68.
- UNDCP. (2000). *Demand Reduction. A glossary of terms*. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.
- Villalbi, J. R, Ballestin, M, Nebot, M, Brugal, T, & Diez, E. (1997). The prevention of substance abuse in schools: A process evaluation of the adoption of a standardised education module. *Promotion & Education*, 4(1), 15-19.
- Webster-Stratton C & Reid MJ. (2002). En F.M. Gresham & T.E. Shaughnessy (Eds.). *Interventions for students with or at risk for emotional and behavioral disorders*. Allyn & Bacon: 261-272.
- Webster-Stratton C, Reid J, Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*; 30: 282-302.



- Webster-Stratton, C. Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66:715-730, 1998.
- Webster-Stratton, C.; Reid, J.; and Hammond, M. Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology* 30:282-302, 2001.
- White, D. and Pitts, M. (1998) Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction*; 93: 1475-1487.
- Wills, T.; McNamara, G.; Vaccaro, D.; and Hirky, A. Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology* 105:166-180, 1996.
- Zavela KJ (2002). Developing effective school-based drug abuse prevention programs. *American Journal of Health Behaviour*, 26(4): 252-265.

ANEXO 1

INDICADORES DE ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y ACTITUDES / VALORES

ETAPA EDUCATIVA	CONOCIMIENTOS	ACTITUDES / VALORES	HABILIDADES
Educación infantil	<p>Conocimiento de bebidas saludables (no alcohólicas).</p> <p>Conocimiento de que el consumo excesivo de golosinas perjudica la salud.</p> <p>Conocimiento de hábitos saludables de descanso.</p> <p>Conocimiento de opciones saludables de ocio.</p> <p>El uso del tabaco es perjudicial para la salud.</p> <p>La mayoría de las personas no fuman.</p> <p>El consumo de alcohol es perjudicial para la salud.</p> <p>La mayoría de las personas no abusan del alcohol.</p>	<p>Valoración de las propias capacidades.</p> <p>Respeto al propio cuerpo.</p> <p>Respeto por las diferencias interpersonales (físicas, culturales, lingüísticas, religiosas, etc.).</p> <p>Autoestima.</p> <p>Integración en el aula.</p> <p>Vínculos afectivos positivos con el profesorado y el centro.</p> <p>Interiorización de normas escolares.</p> <p>Valoración positiva de que padre/madre o tutor/a no fumen.</p> <p>Valoración positiva de que su profesor/a no fume.</p>	<p>Capacidad de relación social.</p> <p>Capacidad verbal de comunicación.</p> <p>Asertividad para expresar las propias necesidades.</p> <p>Autocontrol.</p> <p>Habilidades de manejo de la frustración.</p> <p>Capacidad de escuchar las opiniones de otras personas.</p> <p>Capacidad para la práctica de ejercicio físico o deporte.</p> <p>Capacidad de comunicar los conocimientos y actitudes personales en relación al uso de tabaco.</p> <p>Capacidad para animar a padre/madre o tutor/a, u otras personas a dejar de fumar.</p> <p>Capacidad de comunicar los conocimientos y actitudes personales en relación al uso de bebidas alcohólicas.</p>
Educación primaria	<p>Además de todos los anteriores:</p> <p>El tabaco contiene nicotina y otras sustancias perjudiciales.</p> <p>Dejar de fumar es beneficioso para la salud.</p> <p>El uso de tabaco tiene consecuencias negativas a corto plazo y a largo plazo.</p> <p>La mayoría de las personas que fuman tienen dificultades para dejar el tabaco debido a la dependencia que genera la nicotina.</p> <p>El humo ambiental de tabaco es perjudicial para quienes lo respiran.</p> <p>El consumo de alcohol es perjudicial para la salud.</p> <p>Los anuncios publicitarios u otras estrategias de promoción tratan de persuadir a las personas para que fumen o consuman bebidas alcohólicas.</p> <p>La mayoría de las personas (tanto adolescentes como adultos) no fuman.</p>	<p>Además de todos los anteriores:</p> <p>Responsabilidad por la propia salud.</p> <p>Compromiso personal de no fumar ni beber.</p> <p>Satisfacción personal por no consumir drogas.</p> <p>Apoyo a la decisión de no fumar de otras personas.</p> <p>Valoración positiva de las personas que saben lo que quieren y son capaces de resistir a las presiones que promueven el consumo de drogas.</p>	<p>Además de todas las anteriores:</p> <p>Capacidad lectora.</p> <p>Autonomía.</p> <p>Asertividad para manejar la presión a fumar y consumir alcohol u otras drogas.</p> <p>Identificar los aspectos beneficiosos de un ambiente libre de humo.</p> <p>Identificar estrategias de promoción directa o indirecta de alcohol y tabaco.</p> <p>Desarrollar argumentos para confrontar los mensajes publicitarios en relación al tabaco y a las bebidas alcohólicas.</p> <p>Capacidad para interiorizar y poner en práctica la responsabilidad personal en el cuidado del cuerpo.</p> <p>Capacidad para animar a padre/madre o tutor/a, u otras personas a dejar de fumar.</p> <p>Capacidad para identificar las características de la dependencia</p>

Educación primaria



Además de todos los anteriores.



Principales efectos del tabaco y el alcohol sobre la salud.
Percepción de los riesgos asociados al uso de alcohol y tabaco. Lo mejor es no empezar el consumo de alcohol o tabaco.
Conocimiento de ocio alternativo al uso de drogas ante el aburrimiento.
Conocimiento de tipos de apoyo asistencial existentes para las personas que quieren abandonar el uso de tabaco, alcohol u otras drogas.

Además de todas las anteriores.



a las sustancias psicoactivas.
Capacidad de practicar actividades de ocio alternativo al uso de drogas ante el aburrimiento.

Educación secundaria

Además de todos los anteriores:

Conocimiento objetivo y basado en la evidencia de los efectos sobre la salud física y mental del consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas.
Cuestionamiento de los mitos asociados al uso de estas sustancias.
Conocimiento objetivo y basado en la evidencia de los efectos sobre la de imagen personal, social y la economía personal del consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas.
Conocimiento objetivo de los beneficios personales que comporta no consumir alcohol, tabaco u otras drogas.
Percepción normativa adecuada para el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas
Aspectos legales en relación al consumo y la venta de tabaco, alcohol y otras drogas.
Riesgos derivados del consumo de alcohol o drogas y la conducción de vehículos a motor.
Conocimiento de las diversas estrategias que utiliza la industria tabacalera y alcoholera para promover el uso del tabaco y las bebidas alcohólicas.
Beneficios para la salud de un ambiente libre de humo de tabaco.
El uso de tabaco, alcohol o drogas no es efectivo para afrontar el estrés o mejorar la imagen personal: conocimiento de formas alternativas de enfocar estos aspectos.
Los centros de salud y otras organizaciones disponen de información sobre el tabaco, el alcohol y las drogas, y pueden ayudar a las personas que quieren abandonar el uso de estas sustancias.
Existen programas efectivos para dejar de fumar y tratar adecuadamente la dependencia del alcohol y otras drogas.
El uso de tabaco durante el em-

Además de todos los anteriores:

Solidaridad y compromiso social.
Expectativas de futuro: valoración y avance hacia un proyecto de vida.
Valoración positiva de las normas sociales (familiares, escolares, sociales...)
Aprecio del valor de estilos de vida libres del uso de drogas
Compromiso personal de no fumar.
Satisfacción personal por no fumar.
Apoyo a la decisión de no fumar de otras personas .
Responsabilidad por la propia salud.
Confianza en la capacidad personal para resistir la presión a fumar consumir alcohol u otras drogas.
Conciencia de los riesgos de la conducción bajo los efectos del alcohol y las drogas para los ocupantes de vehículos.

Además de todas las anteriores:

Capacidad para resolver conflictos.
Habilidades para comunicar los conocimientos y actitudes personales en relación al uso de tabaco y las bebidas alcohólicas. Animar a otras personas a no fumar.
Habilidades para resistir la presión a fumar consumir alcohol u otras drogas.
Identificar los aspectos beneficiosos de un ambiente libre de humo.
Desarrollar argumentos para confrontar los mensajes publicitarios o estrategias encubiertas de promoción en relación al tabaco y las bebidas alcohólicas. Identificar las características de la dependencia a las sustancias psicoactivas.
Desarrollar métodos para afrontar situaciones personales difíciles (uso de tabaco, alcohol y drogas de otros miembros de la familia, presión de grupo, etc.).
Capacidad de desarrollar formas alternativas de afrontamiento del estrés, una mejora de la imagen personal o situaciones de aburrimiento.
Capacidad para respetar las normas establecidas en cada lugar público, especialmente las referidas al uso del tabaco y bebidas alcohólicas.
Poder realizar una defensa efectiva del derecho a un ambiente libre de humo de tabaco.
Capacidad para iniciar o participar en acciones escolares y comunitarias para favorecer un ambiente libre de humo de tabaco.
Conocer qué tipos de apoyo asistencial existen para las personas que quieren abandonar el uso de tabaco, alcohol u otras drogas.



Educación secundaria

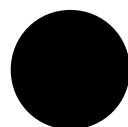


Además de todos los anteriores.



barazo, el alcohol y algunas drogas es perjudicial para el feto. Aunque conozcan sus efectos negativos, muchas personas tienen dificultades para abandonar el uso de tabaco, alcohol y otras drogas.

Capítulo



cin

lcoo

Ámbito familiar

Ámbito familiar



Hoy se conoce mejor que nunca el papel promotor clave que ejerce la familia, desde las primeras etapas del desarrollo, en los procesos de desarrollo cognitivo, emocional y social de las personas. La evidencia disponible actualmente sugiere que los padres y las madres, así como otros miembros relevantes de la familia, tienen una influencia, mayor de la que durante mucho tiempo se les atribuyó, en las conductas adoptadas durante la adolescencia.

Por ello, durante las primeras etapas del desarrollo la familia puede ejercer una función esencial en la promoción de la salud mental y en la adopción de estilos de vida equilibrados y saludables. Así mismo, la familia puede ejercer un rol protector capaz de prevenir o minimizar vulnerabilidades o comportamientos problemáticos como la depresión, la timidez, la carencia de competencias sociales, la manifestación de conductas violentas o agresivas, el fracaso escolar u otros problemas conductuales que a su vez constituyen factores de riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con las drogas. Aunque no es la única realidad con capacidad de influenciar en las opciones que se van adoptando durante la adolescencia, la familia constituye el primer grupo social de relación y su influencia interactúa con la ejercida por otros grupos sociales más amplios que van ganando importancia a lo largo de los años como son la escuela, el grupo de amistades, etc.

Los profundos cambios sociales experimentados durante la segunda mitad del s. XX, han llevado a cierta desorientación familiar en relación a las pautas básicas de gestión familiar y de manejo de situaciones problemáticas y conflictivas. Este capítulo recoge una síntesis de la evidencia disponible actualmente sobre cuáles son las bases en las que se deben fundamentar las actuaciones preventivas realizadas en el ámbito familiar, y los criterios de calidad a los que deben responder.

5.1. ¿Qué entendemos por familia?

¹ Actualmente en nuestra sociedad contemporánea conviven diversos modelos:

- Familias nucleares: en las que conviven exclusivamente el padre y la madre con sus hijos/as. Esta relación puede estar basada en un vínculo biológico o en un proceso de adopción; en el matrimonio (religioso o civil), o en una relación de pareja estable; y las figuras parentales pueden responder a un modelo heterosexual o a un modelo homosexual.
- Familias monoparentales: en las que convive una figura parental (padre, madre o equivalente) y los hijos que dependen de ésta. Esta relación también puede estar basada en un vínculo biológico o en un proceso de adopción.
- Familias reconstituidas: se forman con la unión de progenitores que previamente habían formado otras familias, las cuales se han roto. Por ello, en la familia reconstituida conviven los hijos de anteriores uniones.
- Familias plurinucleares o extensas: en las que conviven varias generaciones y parientes de distinto grado en el mismo hogar.
- Familias de acogida: familias, generalmente nucleares que acogen temporalmente a niños que no pueden ser atendidos convenientemente por sus padres biológicos.

Aunque no sea el objeto de este capítulo realizar un estudio de la evolución del concepto de familia a lo largo de la historia, ni realizar juicio de valor alguno, parece necesario que inicialmente -y con la finalidad de situar el trabajo preventivo desarrollado en el ámbito familiar- se presente una breve aproximación a lo que podemos entender por familia a comienzos del s. XXI. Son muchas las definiciones que se han dado de familia, tanto desde el campo de la antropología, como desde la sociología, o desde el propio campo de la prevención de las drogodependencias (Lévi-Strauss, 1949; Méndez et al., 2000; CSAP, 2001; Becoña, 2003; Alonso Sanz et al., 2004). Tradicionalmente, y de forma explícita, desde el Derecho romano, se ha considerado a la familia como un conjunto de personas unidas por lazos de parentesco, legales, económicos y religiosos. Es decir, con distintos matices y bajo distintas propuestas de clasificación, se ha considerado a la familia como un grupo primario de convivencia interpersonal, con una relación de parentesco y con experiencias de intimidad que se extienden a lo largo del tiempo. Más recientemente, y tras la evolución que han experimentado los roles y la forma de organización familiar especialmente durante los últimos 50 años en el seno de la sociedad industrial y postindustrial, los profesionales que trabajan en prevención familiar se enfrentan a la necesidad de reconsiderar cuáles son las características que pueden tener en común los distintos modelos de organización familiar que coexisten en la actualidad¹, con el fin de responder de forma adecuada a todas las necesidades existentes. Así, entre los modelos actuales, además de los núcleos familiares definidos a partir de vínculos biológicos y legales, se encuentran las familias que basan su relación en vínculos estrictamente psicológicos y relacionales, donde el núcleo familiar está constituido por un grupo primario de personas que aprenden a cuidar y a ser cuidadas, a



confiar y a que se confíe en ellas, a nutrir a otras personas y a nutrirse de ellas (Linzer Schwartz, 1993; Beck-Gernsheim, 2003). En este sentido el CSAP define a la familia contemporánea como el lugar donde “padres y madres (o personas que hacen el papel de padres y madres) e hijos están relacionados entre sí por lazos biológicos o de atribución de tutoría, ya sea formalmente (legalmente) o informalmente, que se implican juntos y de forma activa en la vida familiar, compartiendo una red social, recursos materiales, emocionales y fuentes de apoyo” (CSAP, 2001).

En este marco se entiende que los términos: padre y madre (y por afinidad, padres o funciones parentales), se refieren a todas aquellas personas adultas que se responsabilizan y ocupan del crecimiento de menores, en el contexto de cualquier modelo de familia.

5.2. Marco conceptual

La función clave de la familia en lo relacionado al consumo de drogas es reconocida por prácticamente todos los modelos teóricos desarrollados en prevención. El marco teórico básico en el que se sustentan las propuestas de intervención familiar lo aportan las teorías comportamentales y las teorías sistémicas (Bry et al., 1997; Liddle et al., 2002; Kumpfer & Alder, 2003).

A

A- Teorías comportamentales

Como sucede en el ámbito educativo, también el ámbito familiar dispone de diversas propuestas explicativas del consumo de drogas (Becoña, 1999) que parten de la teoría del aprendizaje social o cognitiva social de Bandura (1986). Entre los desarrollos más importantes se encuentran:

- El modelo de Desarrollo Social, del equipo formado por Hawkins, Weis, Catalano y colaboradores (Hawkins & Weis, 1985; Hawkins & Catalano, 1992). Como ya se ha visto en los capítulos anteriores, se trata de una teoría general de la conducta humana cuyo objetivo es explicar las conductas problemáticas o antisociales mediante la identificación de relaciones predictivas (factores de riesgo y protección) que aparecen durante el desarrollo evolutivo de las personas. En este marco se considera que la familia, la escuela y el grupo de iguales actúan como agentes de socialización y por tanto son contextos propicios para la prevención, variando el peso e importancia de cada uno de ellos en función de la etapa de desarrollo evolutivo de las personas.

- Otro modelo que incide en el papel de la socialización primaria de la familia nuclear es el propuesto por Oetting (Oetting & Donnermeyer, 1998). Considera que, entre otras conductas, el consumo de drogas se relaciona con el aprendizaje de normas, y en este proceso la familia constituye el primer elemento de socialización en la vida de cada persona. Si en la familia hay desajustes o problemas (conflictos interpersonales, conductas delictivas, consumo de drogas, agresiones, etc.), estas situaciones incrementarán la probabilidad de que se inicie un consumo de drogas durante la pre-adolescencia o la adolescencia. Es decir, en función de las características que definen a cada familia, se definirán los aprendizajes. Además, según sea la calidad de los vínculos establecidos con la familia y la escuela, distinto será el peso del grupo de iguales durante la adolescencia.



- El modelo denominado de la conducta problema (Jessor & Jessor, 19977) explica la probabilidad de que se produzca un consumo de drogas como resultado de la interrelación entre tres sistemas: la personalidad, el ambiente y la conducta. Por factores ambientales se consideran los apoyos, la influencia, los controles, los modelos y las expectativas transmitidas por personas relevantes del entorno inmediato. Y la conducta es el resultado de la interacción establecida entre la personalidad y la influencia ambiental. Sin embargo, hay una serie de variables antecedentes de gran relevancia en los tres sistemas explicativos. Entre ellas se incluyen: las características demográficas y el proceso de socialización. Como características demográficas se consideran diversas variables relacionadas con el padre y la madre (educación, profesión/ocupación y religión), así como la estructura familiar. Como características de socialización, se incluyen la ideología parental (creencias del padre y de la madre, la tolerancia de la madre ante las conductas desviadas o problemáticas, así como la relación afectiva establecida con la madre), el clima familiar, la influencia de los iguales y la de los medios de comunicación.

B

B- Teorías sistémicas o ecológicas

El modelo basado en el enfoque sistémico asume la **teoría general de sistemas** (Bertalanffy, 1979; Ochoa de Alda, 1995; Espina & Pumar, 1996; Watzlawick, Jackson & Beavin, 1995), así como la **teoría ecológica del desarrollo humano** (Bronfrenbrenner, 1987). Con distintos énfasis y matices, estos modelos consideran que un sistema -en el caso que nos ocupa, el familiar- es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. La propuesta teórica consiste en la definición del contexto familiar como un espacio interactivo con múltiples influencias, donde las variables relativas a los padres tienen importancia, pero en el marco de la influencia de otras variables entre las que destacan las culturales y las educativas. Según esta teoría, cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa que para introducir ajustes hay que abordar a la “totalidad” de los miembros, y no la “sumatividad”, porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. Los programas de prevención selectiva e indicada basados en el modelo sistémico utilizan también conceptos evolutivos al considerar diferentes etapas de desarrollo, por ejemplo de un sistema familiar. Así cobra importancia no sólo lo que ocurre en cada una de esas fases, sino también las crisis que acompañan el paso de cada fase evolutiva hacia otra.



C

C- Postulado básico

Aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales que son aprendidos. La socialización primaria es el proceso de interiorización de normas y conductas sociales, y el primer núcleo de socialización primaria lo constituye la familia.

Si bien hay múltiples caminos que llevan a la conducta problemática en relación con las drogas, las intervenciones que aspiren a prevenirla o modificarla deben darse tempranamente en el desarrollo, en el seno de los contextos principales de socialización primaria, entre ellos la familia. Estas actuaciones permiten mejorar aquellos aspectos del funcionamiento familiar (baja calidad de la relación paterno-filial, deterioro del apego afectivo, conflictos familiares crónicos, consumo de drogas por parte de algún miembro del sistema familiar, etc.) que resultan ser factores de riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con las drogas durante la adolescencia.

Entender a la familia como sistema supone considerar que el todo es más que la suma de sus partes. Esto es, que las conductas problemáticas o de consumo de drogas en una o varias de las personas que integran el núcleo familiar no se pueden entender ni abordar separadas del resto de la familia. Por ello, intentar intervenir en la conducta de los jóvenes, especialmente durante la adolescencia, sin conocer y entender cómo funciona la familia y el papel que la misma tiene en su socialización y en su vida cotidiana, es imposible. Así, no tiene sentido intervenir sólo sobre una de las personas que integran el núcleo familiar, sino que se debe actuar con la totalidad del sistema familiar, sin olvidar intervenciones complementarias desarrolladas en otros ámbitos como son el escolar, el sanitario, y el social (Laqueur, 1969; Stanton et al., 1982; Alexander et al., 1998; Becoña, 1999).

D

D- Base en la evidencia

La revisión de la evidencia disponible hasta hoy demuestra que el entrenamiento de padres y madres en habilidades de gestión familiar y aprendizaje social, así como los programas de prevención selectivos e indicados basados en el enfoque sistémico, han demostrado ser opciones efectivas para reducir los factores de riesgo, aumentar los factores de protección y disminuir el consumo de drogas y los problemas asociados que se presentan durante la adolescencia (Ashery, Robertson & Kumpfer, 1998; Merikangas, Dierker & Fenton, 1998; Fernández Hermida & Secades Villa, 2003; Kumpfer & Alder, 2003).

La literatura científica demuestra además que, aunque los hijos de personas que consumen drogas están expuestos a riesgos específicos de índole biológica, psicológica y ambiental para el desarrollo de conductas problemáticas o inadaptadas, los efectos de estos riesgos se pueden reducir con el empleo de interven-



ciones efectivas para reducir significativamente problemas de disfunción familiar e infantil (Kumpfer & Alder, 2003; Kumpfer & Jonson, 2007).

5.3. ¿En qué consiste la prevención familiar?

La prevención en el ámbito familiar se centra en promover y reforzar las condiciones necesarias que deben darse en el seno de la familia para prevenir el uso de drogas y/o reducir los problemas relacionados con las sustancias psicoactivas, mediante la facilitación de métodos y estrategias parentales de probada eficacia que contribuyen a mejorar las pautas educativas y relacionales existentes en la familia.

Esto implica formar, dotar de herramientas e involucrar a los padres y las madres en el desarrollo de actitudes, conductas, habilidades de gestión familiar, y actuaciones necesarias para ejercer su función educadora, mediadora y promotora de estilos de vida saludables que favorezcan la prevención del consumo de drogas en sus hijos/as.

5.4. ¿A qué factores de riesgo debe responder un programa de prevención familiar?

Los resultados de la investigación disponible tanto en el ámbito internacional como español, muestran que las carencias o disfunciones que se producen en los estilos de gestión y educación parental tienen una capacidad pronóstica significativa del consumo de drogas durante la adolescencia (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Alonso Sanz y del Barrio, 1994; Kumpfer & Bays, 1995; Merikangas, Dierker & Fenton, 1998; Kumpfer et al., 1998; Pons & Berjano, 1999; Muñoz-Rivas & Graña, 2001; Becoña, 2002; Becoña, 2003; Fernández Hermida & Secades Villa, 2003; Kumpfer & Alder, 2003; Califano, 2005). Las principales disfunciones o factores de riesgo que se han identificado en el ámbito familiar son:

A

A- Factores de riesgo específicos en relación a las drogas

- El consumo parental de drogas, legales o ilegales (padre, madre o ambos).
- Actitudes parentales favorables ante el consumo de drogas legales e ilegales.
- El consumo de drogas, legales o ilegales, por parte de otros miembros de la familia.
- Falta de advertencias o expectativas parentales manifiestas para que los hijos mantengan la abstinencia.
- Historia familiar de alcoholismo u otra drogodependencia.

B

B- Factores de riesgo no específicos que incrementan la vulnerabilidad general a la aparición de problemas de conducta en la adolescencia

- Baja calidad general de la relación familiar (ausencia de afectividad, dificultades de comunicación y falta de reconocimiento u aceptación parentales).
- Pocas ocasiones de contacto familiar (realización de pocas actividades o tareas conjuntas, poco tiempo compartido, pocas



comidas o cenas compartidas a la semana, ausencia de ocio compartido, etc.)

- Desestructuración familiar y existencia de un clima conflictivo y de aislamiento emocional entre las personas que integran la familia.
- Estilo educativo o de manejo y gestión inadecuados que puede adoptar varias formas:

- a) Permisivo: aquel que carece de normas y límites, o las normas las impone el hijo por falta de directrices parentales claras.
- b) Contradictorio: aquel en que las normas se aplican de modo inconsistente, y/o en el que se produce una excesiva exigencia para determinados aspectos y excesiva tolerancia en otros.
- c) Rígido: aquel que aplica las normas sin diálogo ni escucha mutua, de forma autoritaria (incluyendo el castigo físico severo) y planteando expectativas y demandas excesivas o no realistas.

- Falta de control efectivo sobre el contexto en el que se desenvuelve la conducta de los hijos. Las familias en las que se percibe más conflicto (por ejemplo, padres separados con problemas, o padres que conviven con un alto grado de desavenencia y crispación) es muy probable que sean familias con menor grado efectivo de control y supervisión, causando además mayor estrés filial que dificulte su adaptación social y su rendimiento académico.
- Bajo control de diversos aspectos de la vida escolar cuyo cumplimiento se exige.
- Familias monoparentales, no por el hecho en sí de serlo, sino cuando éstas tienen mayor dificultad para ejercer una labor de control y supervisión sobre los hijos.
- Familias en las que se produce abuso o maltrato (verbal, físico o sexual) por parte de los padres.
- Extrema privación económica de la familia que pueda implicar situaciones límite (hacinamiento, carencias de atención básica, chabolismo, etc.).
- Historia familiar de problemas de conducta, incluyendo: modelo de los padres o hermanos que presentan valores antisociales, personalidad antisocial, psicopatología o conducta criminal.
- Prácticas pobres de socialización, incluyendo fallos para promover un desarrollo de una conciencia moral positiva, negligencia o incapacidad para enseñar habilidades sociales y académicas y para transmitir valores pro-sociales.
- Problemas parentales de salud mental, como la depresión, que pueden promover puntos de vista negativos sobre las conductas filiales.
- Aislamiento familiar y ausencia de una red de apoyo familiar eficaz.
- Diferencias familiares en el nivel cultural paterno-filial puede generar pérdida de control parental.



Aunque, dependiendo del entorno cultural donde se han realizado los estudios aparecen algunas variaciones en el peso de los distintos factores de riesgo, los resultados disponibles muestran que, en general, se puede considerar que las variables predictoras más importantes son los factores específicos del consumo de drogas (todas ellas referidas a actitudes y conductas positivas o tolerantes hacia las drogas y su consumo en la familia), mientras que la importancia de los factores no específicos estaría situada en un segundo término.

5.5. ¿Qué tipos de programas familiares son efectivos?

Aquellos que ofrecen instrumentos y entrenamiento interactivo a los distintos miembros de la familia para mejorar habilidades y conocimientos que actúan como factores de protección para el desarrollo de problemas relacionados con las drogas (Chilcoat, Dishion & Anthony, 1995; Dishion & Andrews, 1995; Eddy, Dishion & Stoolmiller, 1998; Dishion, Nelson & Kavanagh, 2003; Espada Sánchez JP & Méndez Carrillo, 2003; Martínez-Lorca & Alonso-Sanz, 2003; Simons-Morton, 2004). Estos programas presentan las siguientes características:

5.5.1. En relación a los contenidos

A- Promueven actitudes y conductas preventivas en relación a las drogas

Para ello, se centran en:

- Incrementar la sensibilización parental sobre la importancia de su función modélica en todo lo relacionado con las drogas legales e ilegales.
- Proporcionar la formación necesaria para que padres y madres conozcan todos los factores que pueden aumentar las probabilidades de consumo de drogas entre sus hijos/as, y, en especial, todos los relacionados con el ámbito familiar.
- Facilitar instrumentos y métodos para promover el diálogo paterno-filial sobre los riesgos del consumo de drogas de forma objetiva y basada en la evidencia, y no en juicios morales o aproximaciones tremendistas.
- Proporcionar entrenamiento y facilitar herramientas de manejo y gestión de normas en la familia, entre las que se encuentran todos los aspectos relacionados con el uso de drogas.

B- Incrementan las habilidades generales de gestión y mejora del clima familiar

Para trabajar este componente buscan:

- Promover y reforzar el desarrollo de vínculos emocionales positivos en la relación paterno-filial.
- Mejorar los recursos de manejo y gestión familiar que incrementan la capacidad de supervisión parental positiva en las conductas filiales en general (por ejemplo, en relación a las amistades, a las normas de convivencia y colaboración en el hogar, la paga semanal y la forma en que se gasta, etc.). La supervisión parental es un mediador importante en la influencia ejercida por el grupo de iguales.
- Promover la comunicación y el diálogo paterno-filial. Se trata de un instrumento clave que hay que ejercitar durante la infancia y es especialmente importante durante la adolescencia. Cuando esta comunicación es deficiente, los problemas surgen tanto en lo que se refiere al consumo de drogas como a otros problemas de conducta.
- Ofrecer a los padres y madres la formación necesaria para que puedan proporcionar





a sus hijos el soporte necesario para mejorar su autoconcepto personal y académico.

- Mejorar las habilidades parentales para minimizar la conflictividad y que las crisis familiares se puedan resolver de forma adecuada. Esto implica la identificación y modificación de las dinámicas conflictivas, la mejora de las potencialidades de cada familia, y la promoción de vías de disciplina basadas en la comunicación mutua y la supervisión parental.

5.5.2. En relación a los métodos

Los programas que han obtenido mayor grado de efectividad a largo plazo para reducir los problemas emocionales y conductuales durante la adolescencia que actúan como factores de riesgo para el uso de drogas (Kumpfer, 1991; Aktan, Kumpfer & Turner, 1996; Espada Sánchez JP & Méndez Carrillo, 2003; Kumpfer & Alvarado, 2003; Kumpfer et al., 2008) son aquellos que, de acuerdo a las necesidades previamente evaluadas en cada caso, incluyen alguno de los métodos siguientes:

- Formación y entrenamiento cognitivo-conductual específicamente dirigido a padres y madres, y centrado en los diversos aspectos relevantes relacionados con las drogas, los factores de riesgo que promueven su uso, y los factores de protección para el desarrollo de problemas relacionados con su uso.

- Formación y entrenamiento cognitivo-conductual dirigido a padres y madres, al que se añade un componente de formación y entrenamiento dirigido a los/as hijos/as; así como sesiones conjuntas de entrenamiento paternofamiliar. Según los resultados de algunas investigaciones, este enfoque conjunto resulta más efectivo que las intervenciones realizadas de forma independiente con padres por un lado e hijos por otro.

- Apoyo familiar de nivel selectivo e indicado para familias expuestas a mayor número de factores de riesgo, incluyendo:

- A- Enfoques de asesoramiento y asistencia basados en el trabajo personalizado con todas las personas que integran la unidad familiar. Se trabajan aspectos estructurales, funcionales y comportamentales.

- B- Apoyo complementario a domicilio, cuando la dimensión de las carencias y necesidades así lo requiere.

Adicionalmente y para mejorar los resultados, es importante que al planificar estas intervenciones se asegure que los programas familiares:

- Responden a todas las necesidades que presentan los diversos tipos de familias existentes (ver punto 5.1. de este capítulo).

- Son sensibles a los diferentes aspectos que definen a la población participante (género, edad, origen cultural, idioma, etc.).

- Dedicar un especial cuidado a los procesos de oferta de los programas. En especial, su divulgación y las estrategias de motivación y facilitación máxima de la participación de las familias en general y, en especial, de aquellas que se hallan en situación de mayor vulnerabilidad.

- Incorporan la formación previa de mediadores para asegurar la calidad y la fidelidad de la implementación del programa.

- Se planifican de acuerdo a un plan de acción continuada con las familias, que se desarrolla en paralelo a las etapas evolutivas de los hijos.

- Contemplan la inclusión, como indicadores de resultados, de cambios conductuales de diversa índole en los hijos (no sólo consumo de drogas).



5.6. ¿ En qué espacios se desarrolla la prevención familiar?

Los programas se pueden ofertar en una amplia gama de contextos, incluyendo: centros educativos, servicios municipales de atención a los problemas relacionados con las drogas durante la adolescencia, centros de servicios sociales, centros de atención a menores, centros de salud mental, servicios asistenciales de atención primaria, centros penitenciarios, empresas, etc.

Según sus características y las poblaciones a las que atienden, estos recursos pueden proporcionar el tipo de programa más adecuado en cada caso.

5.7. Variables en las que intervienen los modelos utilizados en prevención familiar: indicadores que permiten trabajar y medir

Indicadores relacionados con las drogas de cada miembro relevante de la familia

- Drogas consumidas en el entorno familiar (personas, tipos de drogas, frecuencia de uso, intentos de abandono, etc.).
- Episodios de embriaguez en el entorno familiar.
- Episodios de intoxicación aguda.
- Actitudes parentales ante el consumo.
- Consumo de drogas por parte de personas adultas relevantes.
- Personas dependientes de sustancias psicoactivas en el entorno familiar.
- Percepción de accesibilidad de las drogas en el hogar.

Indicadores relacionados con el contexto general familiar

- Tipo de familia (nuclear, monoparental, reconstituida o extensa).
- Datos socio-económicos de la familia (formación, ocupación padre/madre, etc.).
- Tipo y número de posibles incidencias legales (denuncias, arrestos, sanciones, etc.).
- Actitudes y valores vitales dominantes en la familia.
- Habilidades sociales y de gestión familiar por parte de padres y madres.
- Calidad de los lazos afectivos paternofiliales.
- Tipo de control parental ejercido.
- Percepción de conflicto parental.
- Variables de comportamiento social y antisocial presentes en la familia (agresividad, abusos, delincuencia, etc.).
- Calidad de la relación familiar (afectividad, comunicación y reconocimiento u aceptación parentales).
- Nº y frecuencia de actividades o tareas realizadas conjuntamente entre padres-hijos.
- Diagnóstico de enfermedad o trastorno mental en algún miembro de la familia.
- Indicadores de conflictividad y aislamiento emocional entre las personas que integran la familia.
- Variables descriptivas del estilo educativo de manejo y gestión familiar.
- Variables descriptivas del tipo de supervisión ejercida en relación a los hijos/as (sobre normas de convivencia concretas, tareas escolares, amistades, gastos personales, horarios, etc.).
- Actitudes y conductas de los padres en relación a las drogodependencias.
- Etc.

5.8. Guía de buena práctica de los programas familiares

En este apartado se recogen los criterios, contenidos y tipos de actuaciones necesarios para diseñar y aplicar programas de prevención del uso de drogas y problemas asociados en el ámbito familiar.

5.8.1. Finalidad dentro del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Según lo expresado en el Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la finalidad de todo programa familiar de prevención del uso de drogas y los problemas asociados es facilitar a las familias participantes los métodos y las herramientas necesarios para desarrollar sus funciones educativas intrínsecas a la propia familia y hacia la sociedad, teniendo en cuenta que dentro del ámbito de las drogodependencias se resalta la importancia de los padres en la labor preventiva de los hijos y la participación de la familia en diferentes escenarios de la comunidad, como son los centros educativos y AMPA, las asociaciones de vecinos, de amas de casa y otras asociaciones que quedan agrupadas en el municipio. Se pretende potenciar el desarrollo de programas preventivos dirigidos a las familias, de carácter universal, selectivo e indicado.

5.8.2. Niveles preventivos desde los que se pueden trabajar los programas

Los programas de prevención familiar pueden desarrollarse en los niveles:

- Universal
- Selectivo
- Indicado

Para identificar las características de cada uno de estos niveles, ver punto 1.6. del Capítulo 1 de esta guía.

5.8.3. Población participante

Las poblaciones con las que se trabajará para el desarrollo de programas de prevención en el ámbito familiar son:

A

A- Población destinataria final

Incluye:

- Padres y madres o personas que ejercen sus funciones en el seno de cada unidad familiar (programas de nivel universal).
- Padres y madres o personas que ejercen sus funciones en el seno de cada unidad familiar en situación de especial vulnerabilidad, es decir, que presentan algunos indicadores de riesgo (por ejemplo: alcoholismo, dependencia a otras drogas, relaciones familiares conflictivas, desestructuración familiar, conductas de abuso o violencia, conductas delictivas, etc.), y que han sido identificadas a través del sistema educativo, los servicios sociales, el sistema judicial, los servicios sanitarios, etc.
- Familias con hijos/as que están iniciando el consumo sistemático regular de una o varias drogas y presentan importantes problemas de conducta y autocontrol.
- Hijos e hijas de las familias anteriormente descritas.



B

B- Población mediadora.

Incluye:

- Profesionales mediadores: profesionales de la educación (especialmente tutores), profesionales especializados en salud mental (psicólogos, psiquiatras), trabajadores sociales, y profesionales de la salud. Todos estos profesionales deben haber recibido formación post-graduada específica y de calidad en educación y prevención del uso de drogas y problemas asociados.
- Personas de apoyo: si el programa contempla proporcionar servicios de apoyo y refuerzo de la participación parental (ver punto 5.8.5.1, tercer apartado), deberá prever la incorporación de personas responsables de realizar estas tareas. Pueden estar contratados como profesionales o participar de forma voluntaria. Sus perfiles pueden variar en función de las necesidades (cuidadores infantiles, mediadores sociales, cocineros, miembros de asociaciones, padres/madres motivados a colaborar, u otros).

5.8.4. Objetivos generales

Los objetivos generales definen los cambios que dicho programa aspira a alcanzar. Entre los principales objetivos de los programas familiares se pueden plantear los siguientes:

- **Reducir el consumo de drogas** entre las personas que integran la familia (padre, madre, hijos/as, y otros miembros relevantes del núcleo familiar).
- **Reducir los problemas relacionados** con el uso de drogas que se producen en las familias participantes.
- **Incrementar la percepción parental del rol modélico** que el padre y la madre ejercen en todo lo relacionado con las drogas.
- **Mejorar las habilidades parentales de gestión familiar** que intervienen en aspectos de supervisión y establecimiento de límites.
- **Mejorar la calidad de los vínculos afectivos** existentes entre las personas que integran el núcleo familiar.

5.8.5. Contenidos del programa

Considerados de forma secuencial, y presentados por orden lógico, los contenidos del programa a considerar desde el momento de la planificación son:

5.8.5.1. Pasos iniciales para desarrollar un programa comunitario con base en la evidencia de efectividad

A

A- Conocimiento de la situación de partida

Como sucede en los otros ámbitos, antes de iniciar un programa de prevención familiar, es imprescindible conocer la situación de las familias con las que se quiere trabajar en relación a indicadores relevantes en prevención. Este conocimiento permitirá plantear



una intervención adecuada a las necesidades existentes, así como realizar el seguimiento de los cambios obtenidos.

Por ello, antes de implementar un programa de educación sobre drogas es fundamental analizar la realidad que afecta a las familias del entorno en el que se quiere realizar la intervención (los principales factores de protección y de riesgo presentes en dichas familias).

Este conocimiento permitirá valorar qué nivel de intervención es el más apropiado y si la situación requiere distintos niveles de actuación de acuerdo a distintas situaciones familiares.

Una vez determinado el nivel o los niveles de actuación, esta información permitirá además establecer un plan de acción (planificación) que, en base a las necesidades identificadas, facilite:

- La identificación del espacio institucional desde el que se llevará a cabo la intervención (centro escolar, servicios sociales, recursos del sistema judicial, asociación de madres y padres, otro tipo de organización no gubernamental, etc.).
- El establecimiento de las prioridades en función de los recursos disponibles y que deberán haberse identificado previamente.
- La formulación de los objetivos específicos.
- El planteamiento del plan de acción.

B

Identificación del espacio institucional desde el que se llevará a cabo el programa e implicación de las diversas instituciones en el desarrollo de programas familiares

La disposición de las distintas instituciones comunitarias (centros escolares, recursos comunitarios de los servicios sociales, asociaciones de madres y padres, recursos municipales específicamente dedicados a la prevención selectiva e indicada, recursos de salud, recursos del sistema judicial, etc.) para desarrollar programas de prevención familiar es muy variada, y los resultados de los programas pueden ser muy distintos según sea el grado de motivación e implicación de cada institución.

Por ello, antes de poner en marcha un programa, los equipos especializados en prevención deben prestar una atención especial al proceso de adopción, implantación y oferta pública del programa por parte de cada entidad o institución.

Según cada caso, y en especial cuando la demanda no surge espontáneamente de la institución, es importante asegurar que se consideran los siguientes pasos:

- Promover la percepción de necesidad así como la relevancia del programa en el contexto local, y como complemento



B- Identificación del espacio institucional desde el que se llevará a cabo el programa e implicación de las diversas instituciones en el desarrollo de programas familiares

del resto de programas y actuaciones realizadas por el centro o institución.

- Propiciar el inicio de un trabajo conjunto que incluya: la identificación de las necesidades de las familias, la previsión de los recursos necesarios (locales, recursos materiales, recursos humanos, etc.), la identificación de las fuentes que proporcionarán dichos recursos, la definición de los objetivos específicos, la planificación del programa incluida la evaluación, y la formación de los mediadores que aplicarán el programa.

- Describir y planificar las acciones de difusión del programa entre la población potencialmente interesada, así como las estrategias de convocatoria, motivación y retención de la población con la que se pretende trabajar.

C

C- Consideración de la efectividad potencial del programa

En el contexto familiar existen algunos prototipos de programas (modelos) disponibles, especialmente de nivel universal. Generalmente, estos programas están ya editados y disponen de materiales para el profesorado y para el alumnado, y algunas veces también para el trabajo con las familias.

Tanto si se quiere adoptar un programa ya editado como si se pretende elaborar un programa específico, es importante asegurar que el programa elegido responde a los criterios de calidad y efectividad definidos por la evidencia disponible, para ello es recomendable considerar los siguientes aspectos:

CONSIDERACIÓN DE LA EVIDENCIA

¿El programa está basado en un modelo teórico e incorpora métodos de aplicación de probada efectividad?

ATENCIÓN A LA PLANIFICACIÓN

¿Se desarrolla de acuerdo a un plan de organización estructurada que progresa desde la identificación de las necesidades, pasa por la definición de objetivos, planificación de actuaciones, la implementación de actividades e incluye los aspectos de evaluación?

ATENCIÓN A LA EVALUACIÓN

¿Contempla el componente de evaluación, permitiendo recopilar información durante todas las fases de aplicación? La formulación de los objetivos específicos ¿permite que estos objetivos sean usados para evaluar los progresos y resultados del programa?

ATENCIÓN A LA COHERENCIA INTERNA DE LOS DISTINTOS COMPONENTES

¿Existe coherencia entre el modelo teórico adoptado, los objetivos esperados, los indicadores elegidos, los recursos disponibles, las actividades programadas y los resultados previstos?



C-
Consideración de la efectividad
potencial del programa.

**INCORPORACIÓN
DE UN ENFOQUE
FAMILIAR INTE-
GRADOR**

¿Contempla el trabajo tanto con padres/madres como con hijos/as de las familias participantes? ¿Incluye alguna actividad conjunta?

**ATENCIÓN A LA
DURACIÓN**

¿Tiene la duración suficiente para alcanzar los objetivos marcados?

**ATENCIÓN A LA
CUALIFICACIÓN
PROFESIONAL**

¿El personal mediador está adecuadamente capacitado para la aplicación del programa?

D

D- Promoción de la máxima participación de las familias en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad

Una de las dificultades más importantes a las que deben responder los programas de ámbito familiar es asegurar la participación de las familias. En general, cuando se evalúa la participación familiar, en los programas que se han venido desarrollando en las últimas décadas, se comprueba la enorme dificultad que afrontan para llegar a ellas, así como el hecho de que en general, suelen conseguir una menor participación por parte de las familias expuestas a mayor número de factores de riesgo.

Esta realidad constituye un reto muy importante a afrontar y sólo podrá responderse adecuadamente a él, mediante la previsión de actuaciones que reduzcan al máximo los obstáculos de asistencia a las sesiones de las familias en situación de mayor vulnerabilidad. Las experiencias disponibles en este sentido muestran que es posible incorporar a las familias que más pueden beneficiarse de los programas familiares, si se contemplan algunas o varias de las siguientes previsiones:

- La realización de contactos iniciales personalizados (visitas al domicilio, reuniones previas en un centro cívico cercano al domicilio, etc.) para explorar las necesidades familiares y explicar qué beneficios puede aportar a la familia la participación en el programa.
- La extensión de invitaciones que sean lo más personalizadas posible.
- La facilitación máxima de la participación, que incluya:

- La atención a la cercanía del programa a los hogares de las personas participantes o la oferta de transporte gratuito para facilitar los desplazamientos.

- La oferta de servicios de cuidado infantil como comidas o cenas, guardería, etc.

- La inclusión del programa en un marco que facilite la participación, por ejemplo: el medio laboral, los servicios sociales, u otros espacios “naturales” que frecuentan o a los que acuden los padres y las madres de forma habitual.



- La inclusión de algún tipo de incentivo económico, especialmente cuando el programa se dirige a familias con problemas económicos importantes.
- La inclusión de incentivos de otra índole, como puede ser la previsión dentro del programa de breves refrigerios donde se ofrecen canapés y bebidas, y/o la organización de alguna actividad que refuerce el sentido de grupo (cena, salida cultural, salida al campo, etc.).

5.8.5.2. Definición de los objetivos específicos

Para garantizar una aplicación de calidad, la formulación de los objetivos debe asegurar que cada objetivo específico formulado se corresponda con el/los indicador/es que se espera modificar al final del programa (resultado esperado), y que dicho objetivo sea alcanzable a través de las actividades previstas y los recursos disponibles. Además, antes de formular los objetivos específicos, es importante considerar que:

- Cada objetivo específico contribuya de manera significativa al cumplimiento de alguno de los objetivos generales seleccionados.
- Sea verificable, es decir, se pueda medir el cambio conseguido.
- Explícite una referencia temporal, es decir, indique en qué tiempo se espera poder alcanzar el cambio esperado.
- Idealmente, siempre que se define el cambio esperado, debería especificarse cuál es la dimensión de dicho cambio (expresado en términos de nº o de porcentaje), y para ello hay que hacer una estimación muy realista. En determinados aspectos, cambios aparentemente muy modestos (la obtención del cambio esperado en número modesto de participantes, o un porcentaje de cambio en un indicador aparentemente bajo de entre el 0,5% y el 3%, por ejemplo), constituirían un gran logro en prevención familiar si se consiguieran generalizar a toda la población de la comunidad donde se está aplicando un programa.

Entre los posibles objetivos específicos de un programa de ámbito familiar, pueden plantearse –a modo de ejemplo– los siguientes:

A

A- Si el programa quiere obtener cambios en objetivos finales

- Al final del programa se ha conseguido una reducción significativa (especificar porcentaje, si procede) del uso de drogas por parte de los/as hijos/as de las familias participantes (se puede especificar si se espera una reducción específica por sustancia psicoactiva).
- Al final del programa se ha conseguido una reducción significativa (especificar porcentaje, si procede) de los problemas relacionados con las drogas (especificar si procede) en los hijos/as de las familias participantes.
- Al final del programa se ha conseguido una reducción significativa (especificar porcentaje, si procede) del uso de drogas por parte de las madres y padres participantes.



B

B- Si el programa se plantea modificaciones sobre las variables dependientes, es decir, objetivos intermedios

- Al final del programa se ha conseguido incrementar la percepción parental del rol modélico que el padre y la madre ejercen en todo lo relacionado con las drogas (especificar porcentaje de cambio esperado, si procede).
- Al final del programa se ha conseguido incrementar las actitudes parentales de rechazo al uso de una o más –especificar- sustancias psicoactivas (especificar porcentaje de cambio esperado, si procede).
- Al final del programa se ha conseguido reducir el consumo parental de una o varias drogas (especificar tipo de drogas y porcentaje de cambio esperado en cada caso, si procede).
- Al final del programa se ha conseguido mejorar el conocimiento parental de los efectos y riesgos relacionados con cada sustancia psicoactiva (especificar porcentaje de cambio esperado en cada caso, si procede).
- Al final del programa se ha conseguido mejorar las habilidades parentales de gestión familiar que intervienen en la supervisión de las actividades de los hijos/as (especificar porcentaje de cambio esperado, si procede).
- Al final del programa se ha conseguido mejorar las habilidades parentales de gestión familiar que intervienen en el establecimiento de límites (especificar porcentaje de cambio esperado, si procede).
- Al final del programa se ha conseguido incrementar el conocimiento parental de pautas concretas que permiten mejorar las habilidades de comunicación en el grupo familiar (especificar porcentaje de cambio esperado, si procede).
- Al final del programa se ha conseguido mejorar las habilidades de comunicación y escucha paterno filial (especificar porcentaje de cambio esperado, si procede).
- Al final del programa se ha conseguido incrementar el tiempo (o número de actividades) compartido entre los miembros que integran la unidad familiar (especificar porcentaje de cambio esperado, si procede).
- Al final del programa se ha conseguido incrementar el conocimiento parental sobre la influencia de los conflictos familiares en las conductas de los hijos/as (especificar porcentaje de cambio esperado, si procede).
- Al final del programa se ha conseguido incrementar el conocimiento parental sobre la importancia del establecimiento de lazos afectivos positivos y su valor preventivo en general, y en el ámbito de las drogas en particular (especificar porcentaje de cambio esperado, si procede).
- Al final del programa se ha conseguido disminuir el número de episodios conflictivos en el seno familiar (especificar porcentaje de cambio esperado, si procede).
- Etc.





5.8.5.3. Definición de objetivos operacionales

Los objetivos operacionales, también denominados de proceso, describen qué pasos se deben producir para alcanzar los objetivos específicos que se han establecido para el programa.

En este aspecto el principal objetivo operacional de los programas familiares es: Asegurar la máxima participación (captación inicial y retención a lo largo de todo el programa) de las familias, especialmente de aquellas que se hallan en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad. Para ello es preciso considerar:

- La adopción de estrategias de captación y motivación parental adecuadas a las necesidades de las familias. Ver algunos ejemplos descritos en el punto 5.8.5.1. (tercer apartado) de este capítulo.
- Valorar la incorporación activa de distintos miembros o instituciones relevantes de la comunidad en la difusión del programa y la captación de participantes (personas clave por su ubicación en centros educativos, empresas, centros y servicios comunitarios de atención social y sanitaria, iglesias, medios de comunicación local, etc.).
- El diseño y oferta de programas adaptados según las necesidades familiares. Es decir optar por tipos de programas que plantean distintos grados de exigencia, y que además son sensibles a las características (especialmente culturales, lingüísticas, religiosas, etc.) de las familias con las que se quiere trabajar. En este sentido cabe la posibilidad de ofertar distintas opciones: presenciales, no presenciales, virtuales, o una combinación de algunas de las anteriores.

5.8.5.4. Métodos y contenidos

A

A- Programas preventivos de nivel universal

Método: Según diversos autores (Hall & Rose, 1987; O'Connor, 1987; Brunet Gutierrez & Negro Failde, 1988; Schaefer & Briesmeister, 1989; Gobierno Vasco, 1994; Navarro Pedreño, 1995; Boutin & Durning, 1997) los programas familiares con evidencia de efectividad son aquellos que utilizan un método de formación activo, participativo e interactivo, capaz de responder a las necesidades, incertidumbres, problemas o carencias percibidas por parte de las madres y los padres en relación a las drogas y su manejo en el ámbito familiar.

Este enfoque activo y participativo se basa en la utilización de una combinación de opciones entre las que destacan:

MÉTODOS INFORMATIVOS/ EXPOSITIVOS

Útiles para la transmisión de la información, permiten según sea el formato adoptado, incorporar también el debate y contraste de las informaciones, estudios o modelos presentados.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS EN GRUPO

Favorecen la búsqueda del conocimiento mediante técnicas de recogida de información a partir de fuentes primarias, trabajos de campo, búsqueda de información utilizando las nuevas tecnologías, etc., y posteriormente realizar una puesta en común que permite el análisis de la información recogida y una valoración - reflexión por parte del grupo.



**MÉTODOS
DE ANÁLISIS
SITUACIONALES**

**MÉTODOS DE EN-
TRENAMIENTO Y
DESARROLLO DE
HABILIDADES**

Favorecen la identificación de situaciones problemáticas y la búsqueda de soluciones concretas.

Permiten, a través de la simulación, el juego y el role-playing, la práctica de habilidades de gestión familiar (comunicación, gestión democrática, coherencia normativa, establecimiento de límites, etc.).

Formato: Los métodos participativos pueden desarrollarse utilizando distintas modalidades:

- *Programas presenciales* que siguen un formato de sesiones o módulos a realizar con los/las padres/madres con los que se va a trabajar en contextos grupales. El tamaño del grupo puede oscilar en un número aproximado de entre 10 y 30 participantes. No son aconsejables grupos que excedan estas cifras por encima o por debajo, y se estima que el número ideal está alrededor de los 15 participantes. La duración recomendable de estas sesiones puede oscilar entre 1 y 2 horas, siendo la opción más comúnmente adoptada la de una hora y media.

- *Programas que combinan elementos presenciales con elementos de trabajo paternofamiliar en el hogar.* Esta opción es posible cuando el programa se realiza en el seno de un centro escolar y, además del componente dirigido al alumnado y el componente dirigido a sus padres/madres, contempla la realización de algunas actividades en el hogar. Se trata de actividades pautadas y basadas en materiales de fácil comprensión y utilización, cuya cumplimentación permite un feed-back posterior.

- *Programas de carácter no presencial.* Generalmente canalizados a través de centros educativos u otros recursos comunitarios. Consisten en:

- La distribución de materiales informativos y de sensibilización parental (CDs, folletos, etc.), acompañados de algún tipo de demanda básica de evaluación posterior a la distribución (breve cuestionario u hoja de registro a cumplimentar por el padre o la madre, encuesta telefónica al domicilio, etc.). Esta modalidad sólo es apropiada para programas universales.

- La propuesta de programas virtuales interactivos ofrecidos a través de Internet (en este caso pueden incorporar la tutela profesional y personalizada, la incorporación de un foro de participantes, etc.), o en otros soportes como un CD.

Por ejemplo, se pueden buscar fórmulas de participación de la familia a través de las acciones preventivas desarrolladas en el ámbito escolar o laboral, incluyendo dentro de los programas desarrollados en estos ámbitos, materiales informativos y audiovisuales específicos para las familias.



Contenidos: Si bien todos los contenidos deben partir de un enfoque familiar troncal, integral e integrador válido para todas las familias, algunos contenidos variarán según la edad de los/las hijos/as de cada grupo de padres. Por ello, es importante considerar:

- Los contenidos troncales para todas las etapas:

- Conocimientos: estilos de vida y salud; las drogas: características, prevalencia, efectos y riesgos, enfoque y contenidos de los temas relacionados con las drogas según la edad; la función modélica del padre y de la madre en todo lo relacionado con las drogas (actitudes y conductas); elementos básicos para una convivencia saludable: comunicación; estilos de gestión familiar apropiados y erróneos; afectos e importancia de los lazos afectivos; supervisión parental en las distintas facetas de la vida de los/as hijos/as, etc.

- Entrenamiento en habilidades de: gestión normativa; organización familiar de tareas y responsabilidades; de comunicación familiar; de refuerzo de los lazos afectivos; utilización compartida del tiempo libre y el ocio; vinculación familiar con la escuela y la comunidad; etc.

- Los contenidos específicos para familias con hijos en la etapa infantil:

- Desarrollo evolutivo: características, potencialidades y retos de la etapa infantil.

- Identificación de situaciones clave durante esta etapa y respuestas parentales efectivas.

- Estrategias de cooperación y beneficios a largo plazo de su adopción temprana.

- Apoyo y motivación de los comportamientos positivos: beneficios a largo plazo de su adopción temprana; el papel de la incentivación; técnicas efectivas de incentivación.

- El establecimiento de límites y la respuesta parental ante conductas desadaptadas precoces.

- La utilización educativa de las consecuencias de conductas adaptadas o desadaptadas.

- Las actitudes y habilidades sociales básicas durante la primera infancia: auto-estima, respeto por el propio cuerpo, asertividad, respeto a las diferencias, habilidades verbales.

- Los contenidos específicos para familias con hijos en la etapa de la pre-adolescencia:

- Desarrollo evolutivo: características, potencialidades y retos de la preadolescencia.

- Identificación de situaciones clave durante esta etapa y respuestas parentales efectivas.

- Evolución de las estrategias de cooperación: nuevas situaciones, nuevos retos.

- Apoyo y motivación de los comportamientos positivos durante esta etapa; estrategias efectivas de incentivación.

- El establecimiento de límites y la respuesta parental ante conductas problemáticas o desadaptadas.



- La utilización educativa de las consecuencias de conductas adaptadas o desadaptadas.
 - Las actitudes y habilidades básicas durante la pre-adolescencia: autoestima, respeto por el propio cuerpo, asertividad, respeto a las diferencias, habilidades verbales y lectoras.
 - Contacto y coordinación con el centro educativo.
 - Tutela y seguimiento del grupo de amigos: conocimiento y contacto con las familias del grupo.
- Los contenidos específicos para familias con hijos en la etapa de la adolescencia:
- Desarrollo evolutivo: características, potencialidades y retos de la adolescencia.
 - Identificación de situaciones clave durante esta etapa y respuestas parentales efectivas.
 - Evolución de las estrategias de cooperación: nuevas situaciones, nuevos retos.
 - Apoyo y motivación de los comportamientos positivos durante esta etapa; estrategias efectivas de incentivación.
 - El establecimiento y gestión de límites.
 - Establecimiento de pactos y formas adecuadas de afrontar el incumplimiento de pactos.
 - La utilización educativa de las consecuencias de conductas de riesgo.
 - Apoyo y habilidades filiales para afrontar nuevos retos vitales.
 - Contacto y coordinación con el centro educativo.
 - Seguimiento e interés por el grupo de amigos.

B

B- Programas preventivos de nivel selectivo e indicado

Método: Los programas de prevención selectiva e indicada requieren una aproximación mucho más personalizada que los de nivel universal. Deben responder a las necesidades específicas de familias expuestas a un considerable número de factores de riesgo y que, en muchos casos, presentan síntomas más o menos agudos de desestructuración y disfunción familiar (Liddle, 1995; Moore, 1996; Mayer, 2000; Szapocznik, Hervis & Schwartz, 2003). Por estas razones, requieren la intervención de mediadores capacitados adecuadamente tanto en estrategias de prevención como en orientación y terapia familiar. La valoración inicial de estos profesionales sobre la situación de cada familia, definirá el nivel de intervención más adecuado.

Formato: Adoptan siempre un formato presencial integrado por sesiones periódicas y frecuentes con los/las padres/madres, ya sea:

- en grupo (opción posible para programas de nivel selectivo), o
- individualmente para cada familia (opción posible para programas de nivel selectivo, y óptima para programas de nivel indicado).



Método: Los programas de prevención selectiva e indicada requieren una aproximación mucho más personalizada que los de nivel universal. Deben responder a las necesidades específicas de familias expuestas a un considerable número de factores de riesgo y que, en muchos casos, presentan síntomas más o menos agudos de desestructuración y disfunción familiar (Liddle, 1995; Moore, 1996; Mayer, 2000; Szapocznik, Hervis & Schwartz, 2003). Por estas razones, requieren la intervención de mediadores capacitados adecuadamente tanto en estrategias de prevención como en orientación y terapia familiar. La valoración inicial de estos profesionales sobre la situación de cada familia definirá el nivel de intervención más adecuado.

Formato: Adoptan siempre un formato presencial integrado por sesiones periódicas y frecuentes con los/las padres/madres, ya sea:

- en grupo (opción posible para programas de nivel selectivo), o
- individualmente para cada familia (opción posible para programas de nivel selectivo, y óptima para programas de nivel indicado).

Contenidos: Una vez realizadas las fases de detección inicial, cribaje y captación de aquellas familias que pueden encontrarse en situación de especial vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con las drogas (ver punto 5.8.5.1. *Pasos iniciales para desarrollar un programa comunitario con base en la evidencia de efectividad*), la intervención con cada familia requerirá una aproximación por pasos.

C

C- Primera fase: Inicio del programa y motivación de la adherencia

Contando con la mediación profesional, esta fase se centra en:

- Establecer un buen comienzo con cada miembro de la unidad familiar. El método clásico de la entrevista motivacional aporta las claves básicas de este paso: espacio adecuado; expresión de empatía (aceptación, escucha, percepción de sentimientos y sensibilidades, utilización de un lenguaje de comunicación sencillo y directo).
- La definición de las características de cada miembro de la familia y la formulación del conflicto percibido y su reformulación entre todas las personas afectadas, necesaria para explorar la naturaleza del problema.

Incluye la exploración de:

- Cómo funciona el problema que se presenta en el interior del sistema relacional:
 - Qué sucede en las interacciones familiares: ¿cómo son percibidas por cada una de las personas que integran el núcleo familiar?
 - Clima afectivo existente.
 - Qué estilo de gestión familiar: manejo de normas, límites y disciplina.



C-
Primera fase: Inicio del programa
y motivación de la adherencia.

- Qué conocimientos, actitudes y conducta presenta cada miembro de la unidad familiar en relación a las drogas.
- Qué modelo de ocupación del tiempo libre adopta la familia en su conjunto y cada miembro individualmente.
- Qué grado de seguimiento y conocimiento del grupo de iguales ejercen los padres.
- Qué aspectos percibe cada persona como mejorables, por su parte y por parte de las otras personas.

- Cómo cada persona ha intentado hasta ahora resolver el problema.
- El conocimiento y reconocimiento del punto de vista de los demás miembros de la familia (si se cambia el punto de observación, se empieza a modificar la realidad).
- El respeto por las diferencias en los valores, actitudes y conductas de cada miembro de la unidad familiar.
- El planteamiento de posibles soluciones aceptables para todos.
- Promover y facilitar el inicio de procesos de negociación.

Es decir, en esta fase se inicia un proceso de contacto con cada miembro de la familia cuyo objetivo es la redefinición del problema, la disminución de las posturas negativas y la superación de las resistencias al cambio. Todo ello para promover una situación que posibilite abrir una expectativa de mejora que es la base para promover la adherencia al programa.

D

D- Segunda fase: Cambio de actitudes y conductas

Esta fase se centra en reducir la negatividad y las culpabilizaciones existentes en la situación inicial, y la aplicación de técnicas personalizadas de entrenamiento y capacitación integrante de la unidad familiar para poder alcanzar los cambios esperados. Para ello se trabajan aspectos de:

- Conocimiento de los distintos estilos de educación y de las implicaciones de cada uno de ellos.
- Entrenamiento en comunicación positiva para cada miembro de la unidad familiar.
- Entrenamiento en habilidades parentales deficitarias: habilidades básicas de gestión familiar y técnicas de establecimiento y mantenimiento de pactos.



E

E- Tercera fase: Generalización

En esta fase el trabajo de mediación se centra en valorar hasta qué punto la familia es capaz de aplicar las nuevas conductas y actitudes, cuales son las necesidades funcionales en las que hay que profundizar, en identificar los obstáculos del entorno, y qué recursos pueden ser útiles para afrontarlos.

Se trata de motivar a las familias a aplicar los cambios identificados como necesarios, utilizando y desarrollando sus propias fortalezas en el contexto de la vida real.

5.8.6. Cronograma

Para la aplicación del programa se establecerá un cronograma que describa cada una de las actuaciones y señale los tiempos de aplicación previstos. Ver información complementaria en el Capítulo 2, punto 2.1.3.2.6. *Cronograma y plan de implantación del programa* de esta guía.

EL CRONOGRAMA DEBE CONTEMPLAR

- Las actividades de planificación.
- Las actuaciones de difusión y capacitación.
- Las necesidades de formación de mediadores, en el caso de que estas sean necesarias.
- El calendario de la intervención familiar:
 - *Las sesiones de trabajo con madres y padres.*
 - *Las sesiones de trabajo con hijos/as.*
 - *Las sesiones de trabajo conjuntas.*
- El calendario de la evaluación.

Estas previsiones evitarán el desarrollo de actuaciones puntuales o desviadas del proyecto planificado y consensuado.

5.8.7. Evaluación

5.8.7.1. De proceso

Se hará una recogida sistemática de las intervenciones realizadas que proporcionará información relevante para analizar el proceso de implementación y optimizar su aplicación en el futuro. Ver información complementaria en el Capítulo 2, punto 2.2.2. *Distintos tipos de evaluación* de esta guía.

La evaluación de proceso debe incluir el registro de todas las actividades realizadas y sus características (nº, duración, frecuencia, incidencias que se han producido, cambios que se han tenido que introducir, etc.), de forma que esta información permita saber el grado de fidelidad alcanzado en relación al programa que se había diseñado inicialmente o al prototipo de programa escogido como modelo.

Igualmente debe registrar la cobertura alcanzada, la adherencia conseguida, la satisfacción de las personas participantes en relación al programa, y al mediador o mediadores (grado de conocimientos, competencia general, empatía y cercanía, etc.)

5.8.7.2. De resultados

Es necesario prever la aplicación de un protocolo básico de evaluación pre-post que permita obtener una descripción de los cambios que se han producido al final del programa. Este tipo de evaluación no permite discriminar si dichos cambios son enteramente im-





putables al programa, pero sí permite obtener una información altamente relevante para los mediadores que lo han aplicado y para las instituciones responsables del programa. Los resultados a evaluar deben coincidir con los indicadores y con objetivos específicos que inicialmente se hayan formulado. Para ello, durante la fase de planificación se habrá previsto la forma e instrumento/s de medida de la situación de partida, y la repetición de su aplicación al finalizar el programa. La valoración de estos cambios será el resultado de comparar los datos obtenidos antes de iniciar el programa y los obtenidos a su término. Por ejemplo:

A

A- Si el programa aspiraba a obtener cambios en objetivos finales

- Cambio observable en el número (o porcentaje) de adolescentes de las familias participantes que consumen drogas esporádicamente (especificar la/s droga/s).
- Cambio observable en el número (o porcentaje) de adolescentes de las familias participantes que han consumido drogas (especificar la/s droga/s) en los últimos 30 días.
- Cambio observable en el número (o porcentaje, si procede) de los problemas relacionados con las drogas (especificar el/los problema/s) en los hijos de las familias participantes.
- Cambio observable en el número (especificar porcentaje, si procede) de madres y padres participantes que han reducido su consumo de drogas (especificar la/s droga/s).

B

B- Si el programa se planteaba obtener modificaciones sobre las variables dependientes, es decir, objetivos intermedios

- Cambio observable en el número (especificar porcentaje, si procede) de madres y padres participantes que han intentado dejar de consumir alguna o varias drogas (especificar la/s droga/s).
- Cambio observable en el número (especificar porcentaje, si procede) de madres y padres participantes que han dejado de consumir alguna o varias drogas (especificar la/s droga/s).
- Cambio observable (especificar porcentaje) en el incremento de la percepción parental del rol modélico que el padre y la madre ejercen en todo lo relacionado con las drogas.
- Cambio observable (especificar porcentaje) en el incremento del rechazo parental del uso de una o más –especificar- sustancias psicoactivas.
- Cambio observable (especificar porcentaje) en la mejora del conocimiento parental de los efectos y riesgos relacionados con cada sustancia psicoactiva.
- Cambio observable (especificar porcentaje) en la mejora de las habilidades (especificar) parentales de gestión familiar que intervienen en la de supervisión de las actividades de los hijos/as.
- Cambio observable (especificar porcentaje) en la mejora de las habilidades (especificar) parentales de gestión familiar que intervienen en el establecimiento de límites.
- Cambio observable (especificar porcentaje) en la mejora del conocimiento parental de habilidades de comunicación familiar.



B-
Si el programa se planteaba obtener modificaciones sobre las variables dependientes, es decir objetivos intermedios.

- Cambio observable (especificar porcentaje) en la mejora de las habilidades de escucha paternofamiliar.
- Cambio observable (especificar porcentaje) en el incremento del tiempo (o número de actividades) compartido entre los miembros que integran la unidad familiar.
- Cambio observable (especificar porcentaje) en la mejora del conocimiento parental sobre la influencia de los conflictos familiares en las conductas de los hijos/as.
- Cambio observable (especificar porcentaje) en la mejora del conocimiento parental sobre la importancia del establecimiento de lazos afectivos positivos y su valor preventivo en general, y en ámbito de las drogas en particular.
- Disminución del número de episodios conflictivos de carácter general en el seno familiar (nº o porcentaje).
- Disminución del número de episodios conflictivos relacionados con las drogas en el seno familiar (nº o porcentaje).
- Etc.

C

C- Escalas disponibles

Existen diversas escalas que miden varios de los indicadores relevantes en el ámbito familiar. Algunas de ellas son:

- Diferentes escalas disponibles en el Banco de Instrumentos de Evaluación en Prevención del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. Accesibles en:

<http://eib.emcdda.europa.eu/html.cfm/index36307EN.html>

- Escala de evaluación de los resultados 2- EERES –2 (Colegio Oficial de Psicólogos y Plan Nacional sobre Drogas, 2001). Accesible en:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaEvaluacionProgPrevFamiliar.pdf>

- En España se comercializa el cuestionario FRIDA, un instrumento que permite analizar las circunstancias personales y ambientales que suelen predisponer o facilitar el consumo de drogas durante la adolescencia. A partir de un cuestionario de 90 ítems se analizan seis factores (reacción de la familia ante el consumo, grupo de amigos, acceso a las drogas, educación familiar en drogas, actividades protectoras, estilo educativo) y proporciona una puntuación general denominada Índice de vulnerabilidad global. La corrección se realiza mediante una contraseña en www.e-perfil.com.



Para más información:
TEA Ediciones, S.A.
Fray Bernardino de Sahagún, 24
28036 MADRID
madrid@teaediciones.com

D

D- Útiles para programas de prevención selectiva e indicada

Existen diversos instrumentos de evaluación de utilidad en programas de nivel selectivo e indicado:

- Diferentes escalas disponibles en el Banco de Instrumentos de Evaluación en Prevención del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. Accesibles en:
<http://eib.emcdda.europa.eu/html.cfm/index36307EN.html>

-Otras escalas de utilidad se hallan referenciados en:

Fernández Gómez C, Calafat Far A & Juan Jerez M. (2004). Detección, evaluación e intervención temprana en el tratamiento de jóvenes por abuso de drogas. En: Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. González Menéndez A, Fernández Hermida JR, Secades Villa R (Eds.). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos. Accesible en:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Menores-Riesgo.pdf>

CUADRO RESUMEN

CRITERIOS BÁSICOS DE EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS FAMILIARES

En el ámbito de la prevención familiar son efectivos aquellos programas que presentan las siguientes características:

- Están basados en la evidencia de efectividad disponible actualmente.
 - Promueven actitudes y conductas preventivas en relación a las drogas.
 - Incrementan las habilidades generales de gestión y mejora del clima familiar.
 - Incorporan la formación y el entrenamiento cognitivo-conductual:
 - *Específicamente dirigido a padres y madres, y centrado en los diversos aspectos relevantes relacionados con las drogas, los factores de riesgo que promueven su uso y los factores de protección para el desarrollo de problemas relacionados con su uso.*
 - *Específicamente dirigido a los/as hijos/as.*
 - *Incluyen sesiones conjuntas de entrenamiento paternofamiliar.*
 - Contemplan el apoyo familiar de nivel selectivo e indicado para familias expuestas a mayor número de factores de riesgo, incluyendo:
 - *Enfoques de asesoramiento y asistencia basados en el trabajo personalizado con la unidad familiar en su conjunto para trabajar aspectos estructurales, funcionales y comportamentales.*
 - *Asistencia domiciliaria, cuando la dimensión de las carencias y necesidades así lo requiere.*
 - Responden a todas las necesidades que presentan de los diversos tipos de familias existentes.
 - Son sensibles a los diferentes aspectos que definen a la población participante (género, edad, origen cultural, idioma, etc.).
 - Dedican un especial cuidado a los procesos de oferta de los programas. En especial, su divulgación y las estrategias de motivación y facilitación máxima de la participación, en especial de aquellas familias que se hallan en situación de mayor vulnerabilidad.
 - Incorporan la formación previa de mediadores para asegurar la calidad y la fidelidad de la implementación del programa.
 - Se planifican de acuerdo a un plan de acción continuada con las familias, que se desarrolla en paralelo a las etapas evolutivas de los hijos.
-

PUBLICACIONES DE APOYO

La Web del Plan Nacional sobre Drogas dispone de una interesante selección de materiales de apoyo para el desarrollo de programas en el ámbito familiar que pueden ilustrar algunas de las recomendaciones presentadas en este capítulo. Todas ellas están disponibles en:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/otras.htm>

- Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos -CEAPA- (2006) Los padres y madres ante las drogas en la adolescencia: propuestas educativas.-
- Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales -ADES- (2003) Habla con ellos: ayuda a tu hijo a no tener problemas con el alcohol
- Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales -ADES- (2003) Habla con ellos: ayuda a tu hijo a no tener problemas con el alcohol.
- Colegio Oficial de Psicólogos y Plan Nacional sobre Drogas (2001) Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención familiares.
- Colegio Oficial de Psicólogos y Plan Nacional sobre Drogas (2001) Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención familiares
- Comisionado para las Drogodependencias de la Junta de Andalucía (2002) Guía para padres y madres preocupados por las drogas.
- Comisionado para las Drogodependencias de la Junta de Andalucía (2002) Guía para padres y madres preocupados por las drogas
- Fundación para el Análisis, Estudio y Prevención de las Adicciones -AEPA- (2002) Los padres frente al 'botellón': guía práctica para una diversión sana de los hijos.
- Fundación para el Análisis, Estudio y Prevención de las Adicciones -AEPA- (2002) Los padres frente al 'botellón': guía práctica para una diversión sana de los hijos
- Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias -FEPAD- (2004) Manual didáctico para la Escuela de Padres
- Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias -FEPAD- (2004) Manual didáctico para la Escuela de Padres.
- Socidrogalcohol, Programa Alfíl (2001) ¿Alcohol en la familia?: una guía para ayudar a toda la familia a recuperarse del alcoholismo.



- Sociodrogalcohol, Programa Alfíl (2001) ¿Alcohol en la familia?: una guía para ayudar a toda la familia a recuperarse del alcoholismo
- Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos -CEAPA- (2006) Los padres y madres ante el botellón.
- Promoción y Desarrollo Social -PDS- (2004) Protego: entrenamiento familiar en habilidades educativas para la prevención de las drogodependencias.
- Promoción y Desarrollo Social -PDS- (2006) Moneo: programa de prevención familiar del consumo de drogas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aktan G, Kumpfer KL & Turner C. (1996). Effectiveness of a family skills training program for substance abuse prevention with inner-city African-American families. *Int J Addict*; 31:158-175.
- Alexander J, Barton C, Gordon D, Grotperter J, Hansson K, Harrison R, Mears S, Mihalic S, Parsons B, Pugh C, Schulman S, Waldron H, Sexton, T. (1998). *Blueprints for Violence Prevention, Book Three: Functional Family Therapy*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence. University of Colorado.
- Alonso Sanz C & Del Barrio Gándara V. (1994). Influencia de los factores familiares en el consumo de tabaco y alcohol. XXI Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Bilbao: Sociodrogalcohol.
- Ashery RS, Robertson EB & Kumpfer KL. (Eds.). (1998). *Drug abuse prevention through family interventions*. NIDA Research Monograph 177. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- Beck-Gernsheim E. (2003). La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia. Barcelona: Paidós.
- Becoña E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña E. (2003). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. En: *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. En: Fernández Hermida JR & Secades Villa R (Eds.). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: 113-140.
- Bertalanffy L. (1979). *Perspectivas en la Teoría General de Sistemas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Boutin G & Durning P. (1997). *Intervenciones Socioeducativas En El Medio Familiar*. Madrid: Narcea.
- Bronfenbrenner U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brunet Gutierrez JJ & Negro Failde JL. (1988). Escuela de Padres: Una Propuesta para la formación de padres en el Ámbito Escolar". *Revista Educadores*; 145: 63-76.
- Bry BH, Catalano RF, Kumpfer KL, Lochman JE, Szapocznik J. (1997). Scientific findings from family prevention interventions research. En: Ashery R Kumpfer KL (Eds.). *Family-focused prevention of drug abuse: research and interventions*. NIDA Research Monograph 177. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- Califano JA. (2005). *The Importance of Family Dinners II*. New York: The National Center on Addiction and Substance Abuse. Columbia University.
- Chilcoat HD, Dishion TJ & Anthony JC. (1995). Parent Monitoring and the Incidence of Drug Sampling in Urban Elementary School Children. *American Journal of Epidemiology*; 141 (1): 25-31.
- Cohen D & Linton K (1995). Parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Journal of Drug Education* 25: 159-69.
- Colegio Oficial de Psicólogos y Plan Nacional sobre Drogas (2001) *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención familiares*.
- CSAP. 2001. *Science-based Substance Abuse Prevention: A guide*. SAMHSA: Rockville.
- Dishion TJ & Andrews TW. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. *J Consult Clin Psychol*; 63(4):538-48.
- Dishion TJ, Nelson SE & Kavanagh K. (2003). The family check-up with high-risk young adolescents: Preventing early-onset substance use by parent monitoring. *Behavior Therapy*; 34 (4): 553-571
- Eddy JM & Chamberlain P. (2000). Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 68: 857-863.
- Eddy JM, Dishion TJ & Stoolmiller M. (1998). The analysis of intervention change in children and families: methodological and conceptual issues embedded in intervention studies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 26: 53-69.
- Espada Sánchez JP & Méndez Carrillo FX. (2003). Intervención familiar en la prevención del abuso de drogas. En: Fernández Hermida JR & Secades Villa R (Eds.). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: 196-229.
- Espina A. y Pumar B., eds.(1996). *Terapia Familiar Sistémica*. Madrid: Fundamentos.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996). *Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar*. Madrid: FAD.
- García-Rodríguez, J. A. (2000). *Mi hijo, las drogas y yo*. Madrid: EDAF.
- Gobierno Vasco. (1994). *Seminario Internacional Sobre la Prevención de las Drogodependencias y el papel de la familia*". Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Hall JA & Rose SD. (1987). Evaluation of Parent Training In Groups For Parent- Adolescent Conflict.



Social Work Research And Abstracts; 23 (2): 3-8.

Hawkins JD, Catalano RF & Miller JY. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*; 112: 64-105.

Kumpfer K & Fowler M. (2003). Parenting skills and family support programs for drug-abusing mothers. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*; 12(2): 134 – 142.

Kumpfer K L, Bluth B (2004). Parent/child transactional processes predictive of resilience or vulnerability to “Substance abuse disorders”. *Substance Use & Misuse*, 39(5): 671-698.

Kumpfer KL & Alder S. (2003). Dissemination of Research-Based Family Interventions for the Prevention of Substance Abuse. En: Sloboda Z & Bukoski (Eds.). *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice*. New York: Kluwer Academia / Plenum Publishers: 75-100.

Kumpfer KL & Alvarado R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*; 58(6-7): 457-465.

Kumpfer KL & Bays J. (1995). Child Abuse and Alcohol and Other Drug Abuse. En: Jaffe J H. (Ed.). *The Encyclopedia of Drugs and Alcohol*. New York: MacMillian Publishing Company: 217-222.

Kumpfer KL & Jonson JL. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones*; 19 (1): 13-25.

Kumpfer KL, Olds DL, Alexander JF, Zucker RA, Gary LE. (1998). Family etiology of youth problems. En Ashery RS, Robertson EB & Kumpfer KL. (Eds.), *Drug abuse prevention trough family interventions*. NIDA Research Monograph 177. Rockville, MD: US Department of Health and Human services: 42-77.

Kumpfer KL, Pinyuchon M, Texeira de Melo A, Whiteside HO. (2008). Cultural Adaptation Process for International Dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation & the Health Professions*; 31(2): 226-239.

Kumpfer KL. (1991). How to get hard-to-reach parents involved in parenting programs. En: Pines, D. (Ed.). *Parent Training Is Prevention: Preventing Alcohol and Other Drug Problems Among Youth in the Family*. DHHS Pub. No. (ADM) 91-1715. Washington, DC: Government. Printing Office.

Laqueur H.P. (1969). “General systems theory and multiple family therapy”. En: W Gray FJ, Duhl ND, Rizzo (Eds). *General systems theory and psychiatry*. Boston: Little, Brown.

Lévi-Strauss C. (1949). *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris: Presses. Uiversitaires de France.

Liddle HA, Santisteban D, Levant R, Bray J. (2002). *Family Psychology: Science-Based Interventions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.

Liddle HA. (1995). Conceptual and clinical dimensions of a multidimensional, multisystems engagement strategy in family-based adolescent treatment. *Psychotherapy* 32:39-58.

Linzer Schwartz L. (1993). What is a family? a contemporary view. *Contemporary Family Therapy* 15 (6): 429-442.

Martínez-Lorca M, Alonso-Sanz C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación?. *Adicciones*; 15(2): 145-158.

Mayer B. (2000). *The Dynamics of Conflict Resolution*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Méndez, S., Prat, C., Loureiro, C., Prieto, M.J., Alemany, E., de Mendoza, A., Rodríguez, M.A. y Alonso, C. 2000. *Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Manual de prevención*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Merikangas KR, Dierker L & Fenton B. (1998). Familial factors and substance abuse: Implications for prevention. En: RS Ashery, EB Robertson y KL Kumpfer (Eds.). *Drug abuse prevention trough family interventions*. NIDA Research Monograph 177. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.

Moncada Bueno S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En: PND (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Moore C. (1996). *The Mediation Process*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers,.

Muñoz Rivas MJ & Graña Gómez JL. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*; 13: 87-94.

Navarro Pedreño S. (1995). Experiencias de educación familiar en el ámbito municipal. *Revista de Treball Social*; 140: 115 – 137.

O`Connor M. (1987). Parent education: group work with parents of adolescents. *Educational and child psychology*; 4 (3-4): 87-99.

Ochoa de Alda I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

Oetting ER & Donnermeyer JF. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance I. *Substance Use & Misuse*; 33: 995-1026.

Pinazo Hernandis S & Pons Diez J (2003). La implicación de los padres en los programas preventivos del consumo de drogas: un estudio empírico. En: Fernández Hermida JR & Secades Villa R (Eds.). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: 321-364.

Pons J & Berjano E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Repetti RL, Taylor SE, Seeman TS (2002). Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of the Offspring. *Psychological Bulletin*, vol.128, No.2, 330-366.

Schaefer CE & Briesmeister JM. (1989). *Handbook of parent training: parents as cotherapits for children` s behavior problems*. New York: Wiley.

Secades Villa R & Fernández Hermida JR. (2003). Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: un estudio empírico español. En: Fernández Hermida JR & Secades Villa R (Eds.). Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: 57-112.

Simons-Morton BG. (2004). The protective effect of parental expectations against early adolescent smoking initiation. *Health Education Research*; 19(5):561-569.

Stanton MD, Todd TC, et al. (1982). *The Family Therapy for Drug Abuse and Addiction*. New York, Guilford.

Szapocznik J, Hervis O, Schwartz S. (2003). *Therapy Manuals for Drug Abuse: Manual 5*. NIH Publication Number 03-4751. Rockville, Md.: National Institute on Drug Abuse.

Watzlawick P, Jackson D & Beavin J. (1995). *Teoría de la comunicación humana (Interacciones, patologías y paradojas)*. (10ª Ed.). Barcelona: Herder.



Capítulo

Se

•
nis

Ámbito laboral

Ámbito laboral



El consumo de drogas constituye un riesgo no solo para los grupos de población de menor edad, sino también para la población general adulta y, como tal, tiene una especial incidencia en la población trabajadora.

Según diversos estudios realizados en España desde finales del s. XX, el consumo abusivo de alcohol entre la población laboral activa afecta de forma directa (consumidores habituales y personas con dependencia del alcohol), a alrededor de medio millón de personas y a casi la mitad de la población trabajadora en el caso del tabaco, mientras el consumo de otras drogas aún alcanzando una prevalencia mucho menor, empieza a ser preocupante (Departamento Confederal de Servicios Sociales de UGT, 1987; Confederación Sindical de CC.OO., 1989; Departamento de Trabajo y Seguridad Social, 1994; Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 1996; Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2002; Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, 2006).

Así, el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, constituye un riesgo que genera, además de un incremento de la accidentabilidad laboral, otras consecuencias negativas de carácter personal como son el deterioro de la salud, de las relaciones laborales, familiares y sociales de las personas afectadas. Paralelamente, y como consecuencia de lo anterior, estos problemas inciden negativamente en el clima laboral; van en detrimento de la seguridad laboral; generan un incremento importante del absentismo; un incremento de la rotación del personal; diversos desajustes laborales; así como un sensible incremento de la conflictividad y la pérdida de productividad de las empresas (Gobierno Vasco, 1986; Sánchez, 1994; Portella et al., 1998; Salvador Llivina et al., 2003).

En conjunto, toda esta problemática genera enormes costes personales, sociales y económicos, tanto para la población afectada como para las empresas y la comunidad en general. Por estas razones, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala la necesidad de impulsar iniciativas y programas de prevención del uso de drogas en el ámbito laboral. Actualmente estos programas pueden realizarse en el marco de lo previsto en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, contar con el apoyo sindical y pueden basarse en un modelo de actuación que ha demostrado ser efectivo y sensible a las diversas necesidades existentes (UNDCP, 1997; Alera et al., 2001; Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral de CCOO, 2002; ILO, 2008a; ILO, 2008b).

En nuestro país se ha avanzado considerablemente en el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de los problemas relacionados con las drogas, sin embargo, los esfuerzos realizados hasta el momento presentan todavía desigualdades según sectores y empresas. Por ello, en este ámbito se requiere seguir trabajando para conseguir una mayor cobertura de los programas, así como una mayor continuidad en el tiempo.

Considerando todos estos aspectos, en este capítulo se presentan las características principales que deben reunir las intervenciones preventivas desarrolladas desde el ámbito laboral.

6.1. Marco conceptual

Los modelos generales: Modelos de Salud Pública, Promoción de la Salud, Reducción del Riesgo y modelos socio-cognitivos, constituyen la base sobre la que se asientan los programas de prevención relacionados con las drogas y desarrolladas desde el medio laboral. Todos ellos dotan de contenido y facilitan un abordaje adecuado de los factores relevantes para el fomento y protección de la salud de los trabajadores, pues reconocen que los múltiples aspectos relativos a las drogas en el entorno laboral, pueden mejorar si se crean las condiciones necesarias para que todas las personas que integran una empresa puedan incrementar el control y mejorar los factores que condicionan e influyen en su salud.

Partiendo de este marco global, se han planteado diversos enfoques teóricos para prevenir, entender y atender las conductas de abuso o adicción relacionadas con las drogas, así como para encauzar intervenciones capaces de promover la adopción de estilos de vida saludables. Entre ellos, a comienzos de la década de los años 80 del s. XX se propuso el Modelo de los Estadios del Cambio, también denominado como Modelo del Proceso de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1983; Prochaska, 1994). Desde entonces, este paradigma teórico ha sido validado y ha permitido desarrollar programas preventivos e intervenciones breves de nivel universal, selectivo e indicado, en el ámbito laboral, entre otros.

El Modelo de los Estadios del Cambio permite abordar la promoción de estilos de vida saludables y la superación de conductas adictivas o de riesgo, tanto desde una perspectiva individual como grupal (comunitaria o corporativa). Entiende la consecución de mejoras en los estilos de vida como un proceso natural integrado por diferentes etapas y fases. Por ello, resulta especialmente útil y clarificador para desarrollar programas de prevención ajustados a las necesidades de la población laboral, ya sean estas grupales o individuales.

De acuerdo a este modelo, las intervenciones preventivas en el campo de las drogodependencias, se pueden dirigir específicamente a las necesidades de las diferentes etapas y estadios que integran el proceso de cambio necesario para la adopción y consolidación de estilos de vida libres de drogas. Así, su aplicación en programas de prevención universal selectiva e indicada, desarrollados desde el ámbito laboral, supone promover intervenciones donde el centro de atención no es sólo la acción esperada (conseguir la adopción de estilos de vida saludables y el abandono del abuso de drogas), sino también la etapa o estadio en que el grupo o la persona participante se encuentra.

A

A- Postulado básico

En el desarrollo de estilos de vida que incluyen conductas de consumo de drogas, se pueden diferenciar dos etapas principales.

1ª) INICIO, CONSOLIDACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CONSUMO DE UNA O MÁS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Etapas de Consonancia

Durante esta etapa, las conductas de consumo de drogas se perciben como una realidad natural y exenta de razón alguna de preocupación. Suele coincidir con los primeros años de consumo, cuando todavía no se perciben inconvenientes o no se han experimentado problemas de salud derivados del uso de drogas.



**2º) ABANDONO
DEL CONSUMO DE
DROGAS**

**Etapas de
disonancia.
Fases o
Estadios de:**

Pre-contemplación: Cuando se produce por primera vez una consideración inespecífica de las posibles ventajas del cambio (dejar el consumo).

Consideración: Se percibe la necesidad del cambio de forma personalizada debido al reconocimiento de los problemas que la conducta de uso de drogas conlleva, y se evalúan los costes y los beneficios personales asociados al cambio.

Preparación: Por primera vez se intenta modificar la conducta, y este cambio se percibe como posible y asumible.

Acción: Se inicia el cambio de conducta recuperando viejas habilidades o incorporando nuevas habilidades de afrontamiento.

Mantenimiento: Se mantienen y refuerzan los cambios logrados incorporándolos como parte del estilo de vida.

Así, mejorar la situación de los trabajadores en relación con los usos y abusos de drogas, implica promover cambios de estilos de vida, e incluso de cultura de la salud dentro de la empresa. Para desarrollar este proceso con éxito, se requiere la presencia de diversos factores promotores del cambio, principalmente:

**Percepción de
auto-eficacia**

Creencia en las capacidades disponibles de conseguir los cambios esperados, ya sea en el ámbito de lo personal como de lo grupal o corporativo.

**Capacidad interac-
tiva y motivadora
del mediador**

El mediador debe poseer las siguientes capacidades necesarias para su función preventiva: empatía, motivación, confrontación para analizar y superar las resistencias al cambio, etc.

Contexto apropiado

Necesario para desarrollar un programa de intervención.

Intervención breve

Este tipo de intervención puede tener efectos importantes en la adopción de estilos de vida saludables.

**Atención específica
a las necesidades
grupales o
personales**

Los programas orientados a promover el cambio de conductas y estilos de vida, tendrán mayor probabilidad de éxito con personas o grupos que se encuentren en las etapas de preparación o acción y, si este no es el caso, deberán empezar por incorporar actuaciones iniciales que aseguren el avance hasta dichas fases.

B

B- Base en la evidencia

La revisión de la evidencia disponible hasta hoy, muestra que este tipo de intervenciones puede mejorar tanto los niveles de salud y seguridad de la población laboral participante, como la productividad y competitividad de las empresas donde se desarrollan. Los programas evaluados a lo largo de las últimas décadas demuestran que una política de empresa basada en los modelos teóricos descritos, puede proporcionar beneficios que superan ampliamente los costes y las dificultades derivados de su implantación (Sánchez, 1994; UNDCP, 1997; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003; Sal-



6.2. ¿En qué consiste la prevención laboral?

Las condiciones laborales –físicas, ambientales y relativas a la propia organización del trabajo- son una parte importante de las condiciones de vida de la población trabajadora, y pueden tener una influencia decisiva en sus niveles de salud y bienestar, así como en la adopción de estilos de vida y uso de drogas, dentro y fuera del lugar de trabajo. Paralelamente, el uso de drogas puede tener un efecto sinérgico sobre algunos riesgos laborales, porque incrementa la probabilidad de que aumente la accidentabilidad laboral (accidentes relacionados con la manipulación de maquinaria peligrosa o vehículos a motor, caídas, etc.); potencia el efecto perjudicial de diversas sustancias químicas contaminantes; o puede contribuir al deterioro de las relaciones laborales. Por estos motivos, lejos de asumir una posición punitiva y sancionadora, los programas de prevención desarrollados desde el medio laboral se centran en prevenir, detectar precozmente, o mejorar significativamente todas aquellas situaciones problemáticas en relación a las drogas que se pueden producir en la población trabajadora. De este modo, fortalecen y complementan el impacto de otros programas preventivos desarrollados a través de la comunidad, la escuela y la familia.

6.3. ¿A qué factores de riesgo debe responder un programa de prevención desarrollado en el ámbito laboral?

Diferentes estudios han apuntado que el desarrollo de problemas relacionados con las drogas entre población trabajadora se presenta asociado a diferentes factores tanto de carácter individual como laboral (Bogenschneider, Small & Riley, 1990; Steinberg, 1991; Lehman & Simpson, 1992; Holcom, Lehman & Simpson, 1993; Winter, 1993; Lehman, et al., 1995; Bennett & Lehman, 1996; Bennett & Lehman, 1997; Bennett & Lehman, 1998; Lehman, Farabee & Bennett, 1998; Lehman, Farabee & Bennett, 1998; Lehman & Bennett, 2002). Sin embargo, los estudios más recientes (Barling, Kelloway & Frone, 2004; Frone, 2006; Frone, 2008) parecen apuntar que, si bien el consumo global de drogas de una persona trabajadora depende de factores de riesgo de tipo personal, el consumo de alcohol y otras drogas que se produce antes de entrar a trabajar, durante el horario laboral y a la salida del trabajo, sí está asociado a factores de riesgo relacionados con el entorno laboral.

En este marco, los principales factores de riesgo identificados para el uso de drogas y la aparición de problemas relacionados con las drogas en población laboral son:



FACTORES DE RIESGO PERSONALES

Historia de consumo de drogas

- Edad de inicio al uso de drogas.
- Consumo de drogas (alta frecuencia e intensidad).
- Consumo en el entorno inmediato (familia, círculo de amistades, etc.).
- Frecuentes episodios de embriaguez.
- Episodios de intoxicación aguda.

Factores cognitivo-conductuales

- Insatisfacción vital.
- Falta de habilidades sociales.
- Sensación subjetiva de fracaso.
- Bajo compromiso con la empresa y con las obligaciones laborales en general.
- Incumplimiento de horarios laborales.
- Conductas antisociales manifestadas en el contexto laboral (conductas agresivas, conductas violentas, robo, rechazo de las medidas legales de regulación del uso de drogas, etc.).
- Actitudes favorables hacia las drogas y su consumo.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL CLIMA LABORAL Y LAS CONDICIONES DEL TRABAJO

Como factores de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas que se produce antes de entrar a trabajar, durante el horario laboral y a la salida del trabajo

- Condiciones de trabajo estresantes (horarios laborales excesivamente largos, saturación de trabajo, inseguridad laboral, presiones de diversa índole, etc.).
 - Percepción normativa del consumo de las distintas sustancias psicoactivas en el medio laboral.
 - Clima de grupo favorable al consumo de alcohol entre trabajadores.
 - Disponibilidad y accesibilidad de drogas entre la población laboral.
-

6.4. ¿Qué tipos de programas laborales son efectivos?

Los problemas relacionados con las drogas en el medio laboral pueden ser muy evidentes, sin embargo los cambios para conseguir mejorarlos son difíciles de incorporar, tanto si tienen como objetivos cambios corporativos como cambios de estilos de vida de los trabajadores. Los programas que han obtenido mayor grado de efectividad a largo plazo responden a las siguientes características:

6.1. En relación a los contenidos

Se trata de programas y actuaciones dirigidos a:

A

A- Promover la adopción de estilos de vida saludables en toda la población laboral

- Facilitar y promover el acceso de los trabajadores a una información veraz, clara y cercana sobre los riesgos asociados al uso de drogas y sobre las ventajas de adoptar estilos de vida libres de drogas.
- Capacitar a las personas que trabajan en la empresa para la adopción de opciones de vida más saludables. Para ello se desarrollarán programas de prevención universal centrados en la disminución del consumo de drogas legales e ilegales entre toda la población laboral y la disminución de las consecuencias negativas personales y laborales asociadas al uso de drogas.



- Introducir programas de prevención selectiva e indicada para apoyar los cambios personales de quienes se hallan en situación de mayor riesgo, con la finalidad de promover de forma eficaz cambios de estilos de vida problemáticos en relación a las drogas.
- Cuando las intervenciones preventivas de nivel universal, selectivo e indicado no hayan conseguido los resultados previstos, hay que contemplar la utilización de vías e instrumentos de derivación a recursos asistenciales especializados, contando con la participación de los Comités de Seguridad y Salud, el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo, los Servicios de Prevención, u órganos competentes de ámbito autonómico.
- Garantizar en todo momento la confidencialidad y los derechos personales y laborales.

B

B- Mejorar las condiciones medio-ambientales dentro de la empresa.

- Facilitar y promover el acceso de los trabajadores a una información basada en la evidencia de efectividad para explicar qué clase de cambios son necesarios y por qué razones.
- Aprovechar el deseo natural de las personas de mejorar su entorno vital y laboral, para promover la percepción de necesidad de introducir un programa preventivo.
- Fomentar la introducción de las estrategias y los recursos corporativos necesarios para el adecuado abordaje de los problemas laborales en general, y aquellos relacionados con las drogas en particular.

6.2.- En relación a los métodos

El clima y la cultura interna de cada empresa en relación a la promoción de la salud y la prevención de problemas relacionados con las drogas, son aspectos que pueden mejorar, pero los cambios requeridos no son siempre fáciles de introducir. Por ello, cualquier intervención en el ámbito laboral, sea de carácter preventivo o asistencial, que tenga por objetivo disminuir los problemas relacionados con el consumo de drogas, tiene que:

Basarse en la participación de todos los agentes implicados. Es decir, contar con la corresponsabilización y el concurso de todos los agentes sociales que integran el ámbito laboral. Para ello, muchas veces es preciso desarrollar estrategias específicas que promuevan la motivación de la participación de todos.

Ser viable y sostenible a largo plazo. Para ello, requiere el desarrollo de un proceso cuidadosamente planificado, que además pueda ser dirigido y mantenido a lo largo del tiempo.

Incorporar la formación de las personas mediadoras. La formación de los agentes sociales mediadores deberá versar sobre las opciones más efectivas de abordar los temas relacionados con las drogas en la empresa, desde la perspectiva de la promoción de la salud y la protección de los derechos de los trabajadores y de las empresas. Esta formación irá apoyada por materiales que proporcionen métodos de probada efectividad para el desarrollo de los programas y la evaluación de los mismos.



6.5. ¿En qué espacios se desarrolla la prevención laboral?

Los programas, especialmente los que contemplan actuaciones de nivel universal y selectivo, se pueden ofertar en el entorno de la propia empresa.

El desarrollo de algunas actuaciones de nivel selectivo o indicado puede, además, requerir la incorporación de otros recursos que atienden aspectos de salud en el marco laboral como, por ejemplo, los servicios de la mutua del trabajo, los centros de salud, u otros recursos sanitarios públicos de ámbito autonómico o local que atiendan a población laboralmente activa o en situación de paro laboral.

6.6. Variables en las que intervienen los modelos utilizados en prevención laboral: indicadores que permiten trabajar y medir

Entre las variables que permiten evaluar los programas de prevención laboral, podemos encontrar los siguientes indicadores:

A- Indicadores personales de cada trabajador en relación a las drogas

- Actitud favorable al uso de drogas.
- Actitudes en relación a las políticas y los programas de empresa para la promoción de la salud.
- Edad de inicio del consumo de drogas.
- Consumo actual de drogas (sustancias, frecuencia, cantidad).
- Intentos de abandono.
- Episodios de embriaguez.
- Episodios de intoxicación aguda.
- Absentismo.
- Retrasos en el inicio del horario laboral y salidas anticipadas.
- Recelo hacia compañeros de trabajo.
- Trabajo de baja calidad o errores de trabajo.
- Síntomas físicos: hipertensión, accidentabilidad (laboral, de tráfico o doméstica) reiterada, consultas frecuentes por problemas de salud inespecíficos, aumento de peso, mal aliento (especialmente matutino), problemas gastrointestinales recurrentes (gastritis, diarrea, etc.), aparentes trastornos físicos (ojos y/o cara enrojecida, temblor de manos).
- Síntomas psicológicos: ansiedad, insomnio y/o depresión, agresividad, irritabilidad o intolerancia crecientes, cambios bruscos del estado de ánimo, olvidos frecuentes.
- Indicadores de conducta antisocial en el entorno laboral (agresividad, violencia, etc.).
- Percepción normativa del uso de drogas en el medio laboral.
- Indicadores sociales: problemas de relación familiar o social, problemas financieros, deterioro en la higiene personal y en el vestir, conducción temeraria.
- Etc.

B- Indicadores generales del contexto laboral y drogas

- Indicadores de rendimiento laboral general.
- Tasas de absentismo.
- Bajas por enfermedad relacionadas con el uso de drogas.
- Tasas de accidentabilidad laboral.
- Episodios de violencia entre la población laboral.
- Costes sanitarios y laborales imputables al uso de drogas entre los trabajadores, por ejemplo: tasas de absentismo, productividad, necesidad de formación debido a la rotación laboral, mantenimiento de las instalaciones, etc.
- Indicadores de clima laboral.



- Drogas consumidas en el entorno laboral (tipos de drogas, frecuencia de uso, etc. de los/as compañeros/as de trabajo)

6.7. Guía de buena práctica de los programas laborales

En este apartado se recogen los criterios, contenidos y tipo de actuaciones necesarios para diseñar y aplicar programas de prevención del uso de drogas y problemas asociados en el ámbito laboral.

6.7.1. Finalidad dentro del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Según lo expresado en el Plan Regional de Drogas, la finalidad de todo programa laboral de prevención del uso de drogas y los problemas asociados es facilitar a los participantes los métodos y las herramientas necesarios para disminuir factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en este ámbito. Considerando que el Ámbito Laboral abarca a los trabajadores y sus representantes sindicales, a los empresarios y servicios de prevención de riesgos laborales, a las administraciones públicas y a los alumnos adscritos a programas de formación para el empleo y al medio en el que se desarrollan las actividades profesionales (la organización, el entorno de trabajo y la actividad productiva); los cuales, desde la prevención de las drogodependencias, se tienen en cuenta como posibles favorecedores del uso indebido de drogas y de los riesgos laborales asociados.

6.7.2. Niveles preventivos desde los que se pueden trabajar los programas

Los programas laborales de prevención del uso de drogas y los problemas asociados pueden desarrollarse en los niveles:

- Universal
- Selectivo
- Indicado

6.7.3. Población participante

Las poblaciones con las que se trabajará para el desarrollo de programas de prevención en el ámbito familiar son:

Población destinataria final.

Incluye:

- Población general laboralmente activa, que no presenta factores de riesgo específicos.
- Población laboralmente activa expuesta a factores de riesgo específicos en relación a las drogas.
- Población en edad de trabajar, pero en situación de paro laboral.
- Familias de los grupos de población anteriores.

Población mediadora.

Incluye:

- Profesionales mediadores: Profesionales y equipos de Salud Laboral; responsables de Recursos Humanos; especialistas en Medicina de Empresa; responsables de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales; representantes sindicales, profesionales que trabajan en mutuas del trabajo; profesionales y equipos de Atención Primaria (del sistema Nacional de Salud, u otros recursos sanitarios públicos de ámbito autonómico o local).

6.7.4. Objetivos generales

Los objetivos generales definen los cambios que dicho programa aspira a alcanzar. Entre los principales objetivos de los programas laborales se pueden plantear los siguientes:

- Mejorar los niveles de salud y calidad de vida de los trabajadores y sus familias.
- Reducir el consumo de drogas en la población trabajadora.
- Reducir los problemas relacionados con el uso de drogas que se producen en la empresa.
- Incrementar la percepción de riesgo relacionado con el uso de drogas en los distintos sectores que integran la empresa.
- Mejorar los niveles de seguridad laboral en la empresa.
- Mejorar el clima laboral en la empresa.

6.7.5. Contenidos del programa

Considerados de forma secuencial y presentados por orden lógico, los contenidos del programa a considerar desde el momento de la planificación son:

6.7.5.1. Pasos iniciales para desarrollar un programa de prevención de drogodependencias en el ámbito laboral con base en la evidencia de efectividad

A

A- Conocimiento de la situación de partida

Para ser efectivo, el programa debe ser sensible a la realidad existente en cada empresa. Para ello, hay que analizar primero las causas de los problemas existentes e identificar cuales son estos problemas y, en base a este diagnóstico, diseñar la estrategia preventiva.

Antes de iniciar un programa de prevención laboral, como sucede en los otros ámbitos de intervención, es necesario conocer la situación de la empresa y de las personas que la integran en relación al uso de drogas, así como la existencia o no de problemas derivados de dicho uso.

Por ello, antes de iniciar el programa, es necesario analizar:

- ¿Qué opiniones existen en relación a las drogas?
- ¿Cuáles son las actitudes y las conductas de los trabajadores respecto al abuso de alcohol, tabaco y otras drogas?
- ¿Qué opinan los distintos sectores de la empresa respecto a los programas de prevención y asistencia en el medio laboral?
- ¿Qué aspectos son percibidos como más prioritarios?

La información se puede recoger, por ejemplo, a través de una encuesta anónima dirigida a todos los empleados, y debe completarse con entrevistas o reuniones con representantes de distintos sectores, pidiendo además opiniones a través de publicaciones interiores, buzones de sugerencias, etc. Todas estas informaciones permitirán adecuar al máximo el programa, a las



expectativas y necesidades existentes dentro de la empresa, y constituirán un conjunto de información básica de la situación de partida que permitirá:

- El establecimiento de las prioridades en función de los recursos disponibles, que deberán haberse identificado previamente.
- La formulación de los objetivos específicos.
- El planteamiento del plan de acción.

B

B- Identificación y respuesta a posibles resistencias iniciales

A menudo la implantación inicial de un programa sobre drogas en el medio laboral choca con resistencias derivadas del miedo o desconocimiento de las consecuencias de diversa índole que puede acarrear su adopción. Algunos autores (Salvador Llivina et al., 2004; EDEX, 2008) destacan las siguientes:

NEGACIÓN DE LOS PROBLEMAS

“Aquí no tenemos estos problemas”

Esta postura denota una falta de valoración de la situación real y no tienen en cuenta que el consumo de drogas que se da en la población general, se produce también (y en algunos casos de forma más intensa) entre la población laboral.

NO SE PERCIBEN COMO PRIORIDAD:

“No es prioritario”

Este argumento denota falta de conocimiento sobre cómo los problemas relacionados con las drogas afectan de forma importante a la salud y el bienestar de la población laboral, y como tales, tienen un notable impacto negativo en la empresa en términos de costes evitables.

DESCONOCIMIENTO DE LA RELACIÓN COSTE-BENEFICIO

“Sería una inversión difícil de justificar”

Los costes que generen los problemas relacionados con las drogas son muy elevados, no sólo para los trabajadores, sino también para las empresas: absentismo, desajustes laborales, incapacidad laboral, rotación de personal y cambios de puesto, reducción del rendimiento y la productividad, mala calidad del trabajo, costes de mantenimiento de las instalaciones, etc. Es importante que las empresas conozcan estos costes.

DESCONOCIMIENTO DE LA SENSIBILIDAD SINDICAL SOBRE ESTE TEMA

“Cualquiera convence a los sindicatos”

Las organizaciones sindicales están haciendo interesantes aportaciones al tema. Actuaciones ajenas a todo carácter represivo, desarrolladas bajo principios de colaboración y coordinación, facilitarán su compromiso.



TEMOR AL CONTROL O A POSIBLES SANCIONES POR PARTE DE LOS EMPLEADOS

“¡Sólo nos faltaba esto!”

La percepción por parte de los trabajadores, de que los objetivos de la política de drogas de la empresa son contrarios a su libertad, puede suponer también un notable obstáculo. El hecho de que la embriaguez y el consumo de drogas puedan suponer un motivo de sanción o despido para los trabajadores puede favorecer cierta desconfianza inicial. Es preciso establecer garantías suficientes de que el programa pretende, por el contrario, apoyar a las personas que tienen mayores problemas para que los puedan superar sin que se vean abocados al despido.

TEMOR A TRANSMITIR UNA IMAGEN NEGATIVA DE LA EMPRESA

“Poner en marcha un programa daría mala imagen”

Este argumento olvida que, en realidad, sucede todo lo contrario. Los programas de promoción de la salud y prevención de problemas relacionados con las drogas, mejoran la imagen corporativa y prestigian a aquellas empresas que los adoptan.

C

C- Promover la participación de todos los agentes implicados

No se pueden esperar cambios, sin que exista suficiente motivación para el cambio por parte de todos los agentes implicados (trabajadores, empresa, sindicatos, etc.). Para incrementar la motivación de todos estos sectores, es preciso que los cambios esperados sean:

PARA INCREMENTAR LA MOTIVACIÓN LOS CAMBIOS DEBEN SER

Relevantes

Deben serlo para cada sector (colectivamente) y para las personas que lo integran (personalmente). Quienes tengan mayor conciencia de la existencia de problemas relacionados con las drogas entre los trabajadores, probablemente se mostrarán más receptivos a colaborar en el desarrollo del programa, especialmente si están convencidos de que sus actividades se verán facilitadas con ello. Si no existe esta percepción, habrá que promoverla y desarrollarla.

Alcanzables

Si no existe confianza personal y colectiva sobre la posibilidad real de mejorar la situación, no solamente no se producirán los cambios necesarios, sino que, además, pueden generarse respuestas defensivas contrarias a la introducción del programa.

La implicación de todos los agentes del mundo laboral es una de las claves del éxito de la política de drogas de la empresa. El apoyo inicial de algunas personas en la empresa puede ayudar a lograr el compromiso de todos los sectores, y será conveniente contar con ellas desde las primeras etapas de diseño de un nuevo programa. Los objetivos en este aspecto serán:

- **Contar con la participación sindical:** Los representantes de los trabajadores pueden influir muy positivamente en la acep-



tación de una nueva política de drogas, si comprenden que sus objetivos se dirigen explícitamente a la mejora de la salud y la seguridad de la plantilla, además de ayudar a mejorar la salud de los trabajadores y el clima laboral de la empresa.

- **Promover la implicación de la dirección de la empresa:** El equipo directivo puede cumplir importantes funciones en la puesta en marcha del programa de prevención y asistencia, en especial al reconocer las necesidades existentes y comprender su papel en la implantación y mantenimiento. La disminución de costes diversos, la mejora del clima laboral y la mejora de la productividad, serán los motivos clave para la dirección de la empresa.

Fomentar la implicación de los mandos intermedios: Para que puedan contribuir a que el personal de la empresa se familiarice con el programa, conozcan sus objetivos y sea consciente de las ventajas colectivas y personales que aporta. Adicionalmente, los mandos intermedios pueden observar y registrar rendimientos laborales insatisfactorios y proponer el tipo de apoyo más adecuado de acuerdo a lo contemplado en el programa.

D

D- Consideración del marco legal

La normativa que orienta, enmarca y señala las actuaciones relacionadas con las drogas en el medio laboral, es muy amplia y, en algunos aspectos, no es todavía suficientemente específica para orientar actuaciones preventivas de forma concreta y sistemática. Por ello, es preciso realizar una revisión del marco legislativo global que permita obtener una visión de conjunto, sobre las bases en las que deben asentarse los programas de prevención laboral.

En primer lugar, la legislación laboral española se halla dentro de un marco constitucional general, marcado por la Constitución Española, que garantiza, entre otros, los siguientes derechos:

Artículo 17	El derecho a la libertad personal.
Artículo 40	El deber de los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, de velar por la seguridad e higiene en el trabajo.
Artículo 43	El derecho a la protección de la salud individual.
Artículo 45	El derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona.

Por ello, al amparo de nuestra Constitución, la salud y el bienestar son derechos individuales y, su respeto y su fomento, deben basarse en la aplicación de políticas sociales, sanitarias y económicas promotoras de estos derechos. Este mandato constitucional conlleva la necesidad de desarrollar políticas de protección de la



salud desde los distintos ámbitos de la sociedad, entre los cuales, el del trabajo es uno de los más relevantes.

El desarrollo de una política de empresa en prevención y asistencia de problemas relacionados con las drogodependencias, además de apoyarse en el marco constitucional español, se asienta en los principios generales contenidos en el marco de la Salud y Seguridad en el Trabajo, así como en los siguientes desarrollos legales:

- Ley General de la Seguridad Social, 2065/74 (B.O.E. N.174 de 20 de Julio de 1974).
- Estatuto de los Trabajadores (1980). Decreto Legislativo 1/95 de 24 de Marzo.
- La Ley General de Sanidad, 14/1986 (B.O.E. N.102, de 29 de Abril de 1986).
- Directiva Europea 89/391 de 1989.
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995.
- Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento Servicios de Prevención de 1997.
- Ley de La Región de Murcia sobre Drogodependencias Murcia. Ley 6/1997, de 22 de Octubre, sobre drogas para la prevención, asistencia e integración social.

La atención a todas las previsiones incluidas en este amplio marco legal, es un paso inicial clave, ya que implica la consideración de las bases que deben regir cualquier programa laboral en relación a las drogas, y que pueden resumirse en los siguientes aspectos básicos:

CONSIDERACIONES BÁSICAS DE CUALQUIER PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO LABORAL

Las empresas tienen el deber de proteger la salud de sus empleados.

Los empleados deben velar por la protección de su propia salud y la de sus compañeros de trabajo.

Tanto el consumo de bebidas alcohólicas como de tabaco y de otras sustancias psicoactivas, puede deteriorar seriamente la salud y el bienestar de muchos trabajadores, no sólo de quienes consumen drogas, sino también de otras personas de la empresa que pueden verse seriamente afectados de forma involuntaria (accidentes, deterioro del clima laboral o de las relaciones en el trabajo, exposición al humo ambiental de tabaco, etc.).

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, puede deteriorar el ambiente laboral y la eficacia de una empresa.

Todas las intervenciones personalizadas que se realicen en el marco de programas selectivos e indicados, deben garantizar el derecho a la intimidad de cada trabajador y mantener, en todo momento, la confidencialidad en el tratamiento de la información.



E

E- Consideración de la efectividad potencial del programa:

En el contexto laboral se han publicado algunos prototipos de programas (modelos) disponibles en nuestro país. Tanto si se quiere adoptar un programa ya editado, como si se pretende elaborar un programa específico, es importante asegurar que el programa elegido responde a los criterios de calidad y efectividad definidos por la evidencia disponible, para ello es recomendable considerar los siguientes aspectos:

CONSIDERACIÓN DE LA EVIDENCIA	¿El programa está basado en un modelo teórico e incorpora métodos de aplicación de probada efectividad?
ATENCIÓN A LA PLANIFICACIÓN	¿Se desarrolla de acuerdo a un plan de organización estructurada que progresa desde la identificación de las necesidades, pasa por la definición objetivos, la planificación de actuaciones, la implementación de actividades e incluye los aspectos de evaluación?
ATENCIÓN A LA EVALUACIÓN	¿Contempla el componente de evaluación, permitiendo recopilar información durante todas las fases de aplicación? La formulación de los objetivos específicos ¿permite que estos objetivos sean usados para evaluar los progresos y resultados del programa?
ATENCIÓN A LA COHERENCIA INTERNA DE LOS DISTINTOS COMPONENTES	¿Existe coherencia entre el modelo teórico adoptado, los objetivos esperados, los indicadores elegidos, los recursos disponibles, las actividades programadas y los resultados previstos?
ATENCIÓN A LA DURACIÓN	¿Tiene la duración suficiente para alcanzar los objetivos marcados?
ATENCIÓN A LA CUALIFICACIÓN PROFESIONAL	El personal mediador está adecuadamente capacitado en prevención del consumo de drogas y de los problemas asociados para la aplicación del programa.

F

F- Promoción de la máxima participación de la población laboral en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad

Uno de los aspectos que requieren mayor atención y cuidado, es promover la motivación y asegurar la participación y la retención en los programas de nivel selectivo e indicado de aquellos trabajadores en situación de mayor riesgo de desarrollar problemas con las drogas, de quienes ya los han desarrollado o de quienes presentan un problema de dependencia establecido. El miedo a las sanciones e incluso al despido puede generar un rechazo inicial a participar en cualquier programa con



carácter personalizado. Esta circunstancia viene generada por el hecho de que el Estatuto de los Trabajadores de 1980 (artículo 54, apartado 2.f) plantea la penalización más grave ante las conductas problemáticas derivadas del consumo de drogas: “El despido disciplinario”. En general, la interpretación de este artículo continúa siendo altamente punitiva, a pesar de que diversos pronunciamientos del Tribunal Supremo o el Tribunal Central del Trabajo han establecido una doctrina jurisprudencial “atenuante”, por la cual se puntualiza que, para la aplicación de este artículo, deben darse dos requisitos básicos: 1) que se trate de problemas no ocasionales o esporádicos, sino habituales; y 2) que, además, repercutan negativamente en el trabajo (Sanz Lubeiro, 1998).

A pesar de que ha habido intentos parlamentarios de derogación del apartado 2.f del artículo 54, por ahora no han prosperado y, mientras no se consiga este avance, cualquier programa de prevención selectiva o indicada tendrá que contemplar la inclusión inicial de estrategias que garantice la adopción de un enfoque no sancionador que permita, además, el apoyo a las personas afectadas (Salvador Llivina et al., 2003).

El programa deberá prever qué tipo de alternativas a la sanción, excedencia o despido, existen y son viables, considerando las posibilidades de la empresa. La solución óptima sería la modificación de la Ley de Seguridad Social, en el sentido de que se recogiera la drogodependencia como enfermedad, de modo que las personas afectadas pudieran considerarse como enfermas y por tanto, acceder a las prestaciones correspondientes.

En la actualidad, sin embargo, es posible acudir al médico de Atención Primaria y obtener una baja por causas derivadas de la dependencia (patologías orgánicas y psicológicas) que sí están reconocidas como enfermedad (Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral de CCOO, 2002). En cualquier caso, un paso primordial inicial será asegurar los aspectos preventivos, no punitivos y de apoyo del programa.

6.7.5.2. Definición de los objetivos específicos

Para garantizar una aplicación de calidad, la formulación de los objetivos debe asegurar que, cada objetivo específico formulado, se corresponda con el/los indicador/es que se espera modificar al final del programa (resultado esperado), y que dicho objetivo sea alcanzable a través de las actividades previstas y los recursos disponibles. Además, antes de formular los objetivos específicos, es importante considerar que:



CARACTERÍSTICAS DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Cada objetivo específico contribuya de manera significativa al cumplimiento de alguno de los objetivos generales seleccionados.

Sea verificable, es decir se pueda medir el cambio conseguido.

Explicita una referencia temporal, es decir, indique en qué tiempo se espera poder alcanzar el cambio esperado.

Idealmente, siempre que se define el cambio esperado, debería especificarse cuál es la dimensión de dicho cambio (expresado en términos de nº o de porcentaje), y para ello hay que hacer una estimación muy realista. En determinados aspectos, cambios aparentemente muy modestos (la obtención del cambio esperado en número modesto de participantes, o un porcentaje de cambio en un indicador aparentemente bajo de entre el 0,5% y el 3%, por ejemplo), constituirían un gran logro en prevención familiar si se consiguieran generalizar a toda la población de la comunidad donde se está aplicando un programa.

Entre los posibles objetivos específicos de un programa de ámbito laboral, pueden plantearse –a modo de ejemplo– los siguientes:

SI EL PROGRAMA QUIERE OBTENER CAMBIOS EN OBJETIVOS FINALES, AL FINALIZAR EL PROGRAMA SE HABRÁ CONSEGUIDO:

- Una reducción significativa (especificar porcentaje, si procede) del uso de drogas (especificar uso de cada droga por separado) por parte de la población laboral que participa en el programa.
- Reducir significativamente (especificar porcentaje, si procede) los accidentes laborales en los que está presente el consumo de alcohol u otras drogas (especificar si procede) en la empresa o empresas participantes.
- Una reducción significativa (especificar porcentaje, si procede) del absentismo en la empresa o empresas participantes.
- Una disminución significativa (especificar porcentaje, si procede) de los problemas de personal relacionados con las drogas (especificar si procede) en la empresa o empresas participantes.
- Una reducción significativa (especificar porcentaje, si procede) del uso de drogas (especificar uso de cada droga por separado) antes de iniciar el horario laboral por parte de la población que participa en el programa.
- Reducir significativamente (especificar porcentaje, si procede) del uso de drogas (especificar uso de cada droga por separado) durante el horario laboral por parte de la población que participa en el programa.
- Una disminución significativa (especificar porcentaje, si procede) del uso de drogas (especificar uso de cada droga por separado) a la salida del trabajo por parte de la población que participa en el programa.
- Una reducción significativa (especificar porcentaje, si procede) del número de personas que presentan un deterioro progresivo de sus problemas de salud relacionado con el uso de alcohol, tabaco u otras drogas (especificar).
- Un incremento significativo del número de personas que inicialmente presentaban problemas con las drogas que se han reincorporado a su puesto de trabajo.
- Etc.

SI EL PROGRAMA PRETENDE MODIFICACIONES SOBRE LAS VARIABLES DEPENDIENTES, ES DECIR, OBJETIVOS INTERMEDIOS, AL FINALIZAR EL PROGRAMA SE HABRÁ CONSEGUIDO:

- Una reducción significativa (especificar porcentaje, si procede) de la percepción normativa del uso de drogas entre los compañeros del trabajo, por parte de la población laboral que participa en el programa.
 - Un incremento significativo (especificar porcentaje, si procede) de la percepción de riesgo relacionado con el uso de drogas en la población laboral de la empresa o empresas participantes.
 - Un aumento significativo (especificar porcentaje, si procede) de la valoración positiva de estilos de vida saludables (especificar indicadores de medida utilizados) en la población laboral de la empresa o empresas participantes.
 - Un incremento significativo (especificar porcentaje, si procede) del consumo de bebidas no alcohólicas (especificar si procede) en la cantina, cafetería, o comedor de la empresa, o empresas participantes.
 - Un incremento significativo (especificar porcentaje, si procede) de la participación de la población trabajadora en las actividades del programa.
 - Etc.
-



6.7.5.3 Definición de objetivos operacionales

Los objetivos operacionales, también denominados de proceso, describen qué pasos se deben producir para alcanzar los objetivos específicos que se han establecido en el programa.

En este aspecto, el principal objetivo operacional de los programas laborales es:

Asegurar la máxima participación (captación inicial y retención a lo largo de todo el programa) de la población trabajadora, especialmente de aquellas personas que se hallan en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad.

Para alcanzar este objetivo es preciso considerar:

- La adopción de estrategias de sensibilización, motivación, captación inicial y promoción de la adherencia al programa, incluyendo información sobre el enfoque confidencial y no punitivo del mismo (ver punto 6.7.5.1. de este Capítulo). Este paso inicial es clave dado que es totalmente comprensible que los empleados más vulnerables perciban con inquietud las posibles consecuencias que se podrían derivar de su participación en cualquier programa que tenga que ver con temas tan sensibles como son los consumos de drogas y las drogodependencias.
- El diseño y oferta de programas adaptados según las necesidades específicas de los trabajadores en situación de mayor riesgo, en concreto:

- Adaptación cultural, lingüística, etc.
- Facilitación de la participación (horarios, localización, valoración de algún tipo de incentivo que no resulte discriminatorio para la población general, etc.).
- Fomento de la participación familiar en las actividades preventivas desarrolladas en el contexto laboral (acciones lúdicas o recreativas donde se propicien contactos y vínculos positivos entre los trabajadores y sus familias).
- Etc.

6.7.5.4 Métodos y contenidos

A- Programas preventivos de nivel universal:

1- Métodos

A- Método participativo: Para lograr los resultados esperados, y de acuerdo con lo que establece la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, el programa debe involucrar a cada sector de la empresa a participar activamente en la definición de sus contenidos, especialmente de las propuestas, los cambios y actuaciones que deberán introducirse. En mayor o menor grado, todas las actuaciones requerirán la colaboración, implicación y apoyo del conjunto de los trabajadores de la empresa, sus representantes, directivos y empresarios y, probablemente, de distintas instituciones ajenas a la empresa. Así, la



adopción de cualquier política orientada a la protección de la seguridad y la salud en el trabajo supone, siempre que el tamaño de la empresa lo permita, la participación de:

- Representantes de la dirección de la empresa.
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- Comité de empresa.
- Delegados de Personal.
- Representantes sindicales de los trabajadores.
- Delegados de Prevención.
- Comité de Seguridad y Salud Laboral.

En el diseño del programa habrá que prever herramientas, espacios y vías de participación efectiva de todos estos sectores, así como la edición de “jornadas participativas” en las que se ofrezcan oportunidades para el debate y el consenso.

B- Método informativo: Incluye información relevante para cada sector

- **Para los Trabajadores:** Se debe proporcionar información veraz, clara, relevante y libre de sensacionalismos sobre la naturaleza de los problemas relacionados con el alcohol, el tabaco y las otras drogas. La finalidad de estas actuaciones es cambiar actitudes, conocimientos y conductas respecto al alcohol, al tabaco u otras drogas, enfatizando los beneficios personales de adoptar estilos de vida saludables. Entre los aspectos a resaltar en la información cabe incluir:

-
- La distinción entre el consumo aceptable y el consumo problemático de alcohol.
 - Los riesgos para la salud del empleo del uso del alcohol, el tabaco y otras drogas.
 - Efectos y consecuencias del consumo en el trabajo.
 - Consecuencias legales del consumo.
 - Recursos disponibles para afrontar situaciones problemáticas.
 - Las mejoras esperables si se participa en el programa.
 - Etc.
-

- **Para los directivos de la empresa:** Conviene enfatizar y aportar datos que muestren claramente que la implantación del programa puede mejorar tanto los niveles de salud y seguridad de los trabajadores, como la productividad y competitividad de las empresas donde se desarrollan; y, cómo las experiencias evaluadas a lo largo de las últimas décadas demuestran que una política eficaz en el ámbito que nos ocupa, puede proporcionar beneficios que superan ampliamente los costes y las dificultades derivados de su implantación.

C- Método formativo: Incluye la formación especializada en prevención, de todas las personas clave, que deberán intervenir en el programa.

D- Método ambiental: Incluye la adopción de medidas para la mejora del entorno laboral y de las condiciones de trabajo, entre las cuales hay que definir claramente las restricciones al uso de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas dentro de la empresa.



2- Formatos

Los métodos anteriores permiten articular las actividades en:

-
- Recogida de información mediante encuesta anónima.
 - Creación de un grupo de seguimiento para el diseño, aplicación, tutela y evaluación del programa.
 - Sesiones informativas, relevantes para cada sector.
 - Actividades informativas y de sensibilización para empleados sobre las consecuencias del uso de alcohol, tabaco y otras drogas: campañas; charlas; edición y distribución de materiales; oferta de información y recursos a través de las tecnologías de la comunicación; talleres; cursos; sesiones motivacionales; actividades lúdicas; etc.
 - Transmisión de los avances que se van consiguiendo: Es importante que mantengamos informados a todos los sectores sobre los avances que el programa va consiguiendo. Estas mejoras no se pueden ver a corto plazo, pero sí a medio y largo plazo, por ejemplo al repetir la encuesta anualmente.
 - Celebración de logros alcanzados y reconocimiento público de los mismos.
 - Cursos de formación específica para gabinetes de salud laboral, mandos intermedios y delegados sindicales.
 - Diseño y edición de materiales específicos de prevención del consumo de drogas dentro de la empresa (pósters, folletos, artículos en revistas internas, CDs, etc.).
 - Etc.
-

A- Programas preventivos de nivel selectivo e indicado

1- Métodos

Los programas de prevención selectiva e indicada requieren una aproximación mucho más personalizada que los de nivel universal. Deben responder a las necesidades específicas de cada persona en situación de riesgo.

Por estas razones, requieren la intervención de mediadores existentes en el medio laboral y que, según las características de cada empresa, pueden ser: personal del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Delegados de Personal, Delegados de Prevención, personal del servicio de salud que atiende a la empresa, etc..

La valoración inicial de estos profesionales sobre la situación de cada trabajador, definirá el nivel de intervención más adecuado.

2- Formatos

Adoptan siempre un formato presencial integrado por sesiones periódicas y frecuentes con los/las trabajadores/as, ya sea:

- En grupo (opción posible para programas de nivel selectivo).
- A nivel individual (opción posible para programas de nivel selectivo y óptima para programa de nivel indicado).

3- Contenidos

Los programas de nivel selectivo se dirigen a identificar y ofrecer apoyo específico a personas o grupos que consumen alcohol, tabaco u otras drogas en suficiente cantidad, frecuencia o circunstancias que permiten su identificación como trabajadores en situación de alto riesgo.

Los programas de nivel indicado deben explorar, de acuerdo al problema existente, la mejor forma de abordaje personalizada, ya sea en el marco de los servicios asistenciales de la empresa o la derivación a servicios especializados. Así mismo, pueden requerir la participación en el programa de la pareja u otros familiares de los trabajadores afectados.

* (ver punto 6. De este Capítulo, en el que se incluyen listados de indicadores).

La detección precoz y la evaluación de cada caso podrá realizarse mediante los recursos de vigilancia de la salud propios del servicio de prevención, o mediante el análisis de otros indicadores de riesgo como son: absentismo, bajo rendimiento laboral, etc.*

6.8. Cronograma

Para la aplicación del programa se establecerá un cronograma que describa cada una de las actuaciones y señale los tiempos de aplicación previstos

EL CRONOGRAMA DEBE CONTEMPLAR

Las actividades de diagnóstico o conocimiento de la situación inicial en la empresa.
Las actividades de planificación.
Las actividades de captación de apoyos de todos los sectores laborales.
Las actuaciones de difusión y captación.
Las necesidades de formación de mediadores, en el caso de que éstas sean necesarias.
El calendario de la aplicación.
El calendario de la evaluación.

** (ver información complementaria en el Capítulo 2, punto 1.3.2.6. de este manual).

Estas previsiones evitarán el desarrollo de actuaciones puntuales o desviadas del proyecto planificado y consensuado al comienzo del programa.**

6.9. Evaluación

6.9.1. Evaluación de proceso

Se realizará una recogida sistemática de las intervenciones realizadas que proporcionará información relevante para analizar el proceso de implementación del programa y optimizar su aplicación en el futuro. (Ver información complementaria en el Capítulo 2, punto 2.2.2. *Distintos tipos de evaluación* de este manual).

La evaluación de proceso debe incluir el registro de todas las actividades realizadas y sus características (nº, duración, frecuencia, incidencias que se han producido, cambios que se han tenido que introducir, etc.), de forma que esta información permita saber el grado de fidelidad alcanzado en relación al programa que se había diseñado inicialmente o al prototipo de programa escogido como modelo.

Igualmente debe registrar la cobertura alcanzada, la adherencia conseguida, la satisfacción de las personas participantes en relación al programa, y a los mediadores que han intervenido (grado de conocimientos, competencia general, empatía y cercanía, etc.)

6.9.2. Evaluación de resultados

Es necesario prever la aplicación de un protocolo básico de evaluación pre-post que permita obtener una descripción de los cambios que se han producido al finalizar el programa, tanto en lo que se refiere a actitudes, conocimientos y conductas de la población laboral en relación a las drogas, como los cambios experimentados en aspectos relacionados con el funcionamiento y el clima de la empresa.

Este tipo de evaluación no permite discriminar si dichos cambios son enteramente imputables al programa, pero sí permite obtener una información altamente relevante para los mediadores que lo han aplicado y para las instituciones responsables del programa.

Los resultados a evaluar deben coincidir con los indicadores y con los objetivos específicos que inicialmente se hayan formulado. Para ello, durante la fase de planificación, se habrá previsto la forma e instrumento/s de medida de la situación de partida, y la repetición de su aplicación al finalizar el programa. La valoración de



estos cambios será el resultado de comparar los datos obtenidos antes de iniciar el programa y los obtenidos a su término. Por ejemplo:

SI EL PROGRAMA ASPIRABA A OBTENER CAMBIOS EN OBJETIVOS FINALES, AL FINALIZAR EL PROGRAMA SE HABRÁ CONSEGUIDO:

- Una reducción significativa (especificar porcentaje, si procede) del uso de drogas (especificar uso de cada droga por separado) por parte de la población laboral que participante.
- Una disminución significativa (especificar porcentaje, si procede) de los accidentes laborales en los que está presente el consumo de alcohol u otras drogas (especificar si procede) en la empresa o empresas participantes.
- Reducir significativamente (especificar porcentaje, si procede) el absentismo en la empresa o empresas participantes.
- Una reducción significativa (especificar porcentaje, si procede) de los problemas de personal relacionados con las drogas (especificar si procede) en la empresa o empresas participantes.
- Una disminución significativa (especificar porcentaje, si procede) del número de personas que presentan un deterioro progresivo de sus problemas de salud relacionados con el uso de alcohol, tabaco u otras drogas (especificar).
- Un incremento significativo del número de personas que presentaban problemas con las drogas que se han reincorporado a su puesto de trabajo.

SI EL PROGRAMA SE PLANTEA MODIFICACIONES SOBRE LOS OBJETIVOS INTERMEDIOS, AL FINALIZAR EL PROGRAMA SE HABRÁ CONSEGUIDO:

- Una reducción significativa (especificar porcentaje, si procede) de la percepción normativa del uso de drogas entre los compañeros del trabajo por parte de la población laboral que participa en el programa.
- Un incremento significativo (especificar porcentaje, si procede) de la percepción de riesgo relacionado con el uso de drogas en la población laboral de la empresa o empresas participantes.
- Un aumento significativo (especificar porcentaje, si procede) de la valoración positiva de estilos de vida saludables (especificar indicadores de medida utilizados) en la población laboral de la empresa o empresas participantes.
- Un incremento significativo (especificar porcentaje, si procede) del consumo de bebidas no alcohólicas (especificar si procede) en la cantina, cafetería o comedor de la empresa o empresas participantes.
- Una reducción significativa (especificar porcentaje, si procede) del uso de drogas (especificar uso de cada droga por separado) antes de iniciar el horario laboral por parte de la población laboral que participa en el programa.
- Disminuir significativamente (especificar porcentaje, si procede) el uso de drogas (especificar uso de cada droga por separado) durante el horario laboral por parte de la población laboral que participa en el programa.
- Una reducción significativa (especificar porcentaje, si procede) del uso de drogas (especificar uso de cada droga por separado) a la salida del trabajo por parte de la población laboral que participa en el programa.
- Un incremento significativo (especificar porcentaje, si procede) de la participación de la población trabajadora en las actividades del programa.
- Etc.

Escalas disponibles:

Existen diversas escalas que miden varios de los indicadores relevantes en el ámbito laboral, algunas de ellas son:

- Diferentes escalas disponibles en el Banco de Instrumentos de Evaluación en Prevención del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. Accesibles en:

<http://eib.emcdda.europa.eu/html.cfm/index36307EN.html>

- “Cuestionario sobre riesgos y daños relacionados con el consumo inadecuado de alcohol y/u otras drogas”. Permite la valoración subjetiva de: riesgos y daños; problemas prioritarios relacionados con las drogas; la identificación de problemas de salud laboral relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas. Disponible en la publicación de la Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral de CCOO.



(2002). Orientaciones sobre salud laboral en drogodependencias. Madrid: Comisiones Obreras y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Accesible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/orientaciones.pdf>

- “Cuestionario de evaluación: Situación inicial en la empresa y evaluación de resultados (seguimiento)”. Disponible en: Salvador Llivina T, Suelves JM y Del Pozo J. (2003). Manual para la Prevención y tratamiento de los problemas relacionados con las drogas desde el Medio Laboral. Logroño: Gobierno de la Rioja. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario.

Accesible en:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/orientaciones.pdf>



En el ámbito laboral son efectivos aquellos programas que presentan las siguientes características:

- Están basados en la negociación, la participación, la confidencialidad y el respeto de los derechos laborales. Por ello, desde su inicio deben contar con la participación de los siguientes sectores:

- *Representantes de la dirección de la empresa.*
- *Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.*
- *Comité de empresa.*
- *Delegados de Personal.*
- *Representantes sindicales de los trabajadores.*
- *Delegados de Prevención.*
- *Comité de Seguridad y Salud Laboral.*

- Son relevantes para todos los sectores que integran el mundo del trabajo.
- Plantean objetivos alcanzables.
- Tienen en cuenta la evidencia de efectividad disponible actualmente.
- Promueven la adopción de estilos de vida saludables que incluyen actitudes y conductas preventivas en relación al desarrollo de problemas relacionados con el uso de drogas en general y en el lugar de trabajo de forma específica.
- Incorporan la formación especializada en prevención del uso de drogas y problemas asociados, atendiendo a las necesidades de los profesionales mediadores en el ámbito laboral.
- Contemplan:

- *Para el nivel universal: actuaciones de información, sensibilización y apoyo.*
- *Para los niveles selectivo e indicado: enfoques de asesoramiento y asistencia, incluyendo la participación familiar. Planteando vías e instrumentos de derivación cuando sea necesario.*

- Se planifican de acuerdo a un plan de acción sostenible a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alera A. (2001). La prevención de riesgos en los lugares de trabajo. Madrid: CC.OO. ISTAS.
- Bandres Moya F & Gonzalez Gutierrez R. (1993). Análisis de drogas de abuso en orina. Aspectos socio-laborales. Madrid: Grupo INI.
- Barling JE, Kelloway K, Frone MR. (2004). Handbook of Work Stress. Thousand Oaks (CA): Sage Publications.
- Becoña Iglesias, E. (1999) Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. PNSD. Ministerio del Interior.
- Bennett J B, & Lehman WEK. (1996). Alcohol, antagonism, and witnessing violence in the workplace: Drinking climates and social alienation-integration. En: G. R. Vande Bos & E. Q. Bulutao (Eds.). Violence on the job: Identifying risks and developing solutions. (pp. 105-152). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bennett JB & Lehman WEK. (1997). Employee views of organizational wellness and the EAP: Influence on substance use, drinking climates, and policy attitudes. Employee Assistance Quarterly; 13(1): 55-71.
- Bennett JB & Lehman WEK. (1998). Workplace drinking climate, stress, and problem indicators: Assessing the influence of team work (group cohesion). Journal of Studies on Alcohol; 59(5): 608-618.
- Bogenschneider K, Small S & Riley D. (1990). An ecological risk-focused approach for addressing youth-at-risk issues. Chevy Chase, MD: National 4-H Center.
- Boix P. et al. (2000) Guía del delegado y la delegada de prevención. CC.OO.
- Confederación Sindical de CC.OO. (1989). La actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. Madrid: Secretaría de Acción Social de C.C.O.O.
- Departamento Confederal de Servicios Sociales de la Unión General de Trabajadores (1987). La incidencia de las drogodependencias en le mundo laboral. Encuesta EDIS. Madrid: UGT.
- Departamento Confederal de Servicios Sociales de UGT.(1987). La incidencia de las drogodependencias en le mundo laboral. Encuesta EDIS. Madrid: Unión General de Trabajadores.
- Departamento de Trabajo y Seguridad Social (1994). Estudio de las drogodependencias en el mundo laboral. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.
- EDEX. (2008). Trabajo libre de drogas. Modelo de actuación. <http://www.drogolan.net/es/index.html>
- Forst JK & Lehman WEK. (1997). Ethnic differences in the workplace environment by employees in two municipal workforces. Hispanic Journal of Behavioral Sciences; 19(1): 84-96.
- Frone MR. (2006). Prevalence and Distribution of Illicit Drug Use in the Workforce and in the Workplace: Findings and Implications From a U.S. National Survey. Journal of Applied Psychology. 2006 Jul Vol 91(4) 856-869.
- Frone MR. (2008). Are work stressors related to employee substance use? The importance of tem-

- poral context assessments of alcohol and illicit drug use. *Journal of Applied Psychology*; 93(1):199-206.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996). La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid: FAD.
 - Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002). La incidencia de las drogas en el mundo laboral. 2001. Madrid: FAD.
 - Gobierno Vasco (1986). Costes del absentismo laboral por abuso de alcohol en la Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
 - Holcom ML, Lehman WEK & Simpson DD. (Winter, 1993). Employee accidents: Influences of personal characteristics, job characteristics, and substance use. *Journal of Safety Research*; 24:205-221. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/impiss.htm>
 - ILO (2008a). A consensual approach to workplace substance abuse. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/consen.htm>
 - ILO (2008b). Safe work. Drug and alcohol abuse - an important workplace issue.
 - Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud -ISTAS- (2006) Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. Madrid: Secretaria Confederal de Salud Laboral y Medio Ambiente de CC.OO. <http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=2730>
 - Lehman WEK & Simpson DD. (1992). Employee substance use and on-the-job behaviors. *Journal of Applied Psychology*; 77: 309-321.
 - Lehman WEK, Farabee DJ & Bennett JB. (1998). Perceptions and correlates of co-worker substance use. *Employee Assistance Quarterly*; 13(4): 1-22.
 - Lehman WEK & Bennett JB.(2002). Job risk and employee substance use: The influence of personal background and work environment factors. *The American journal of drug and alcohol abuse*; 28 (2):263-286.
 - Lehman, WEK, Farabee DJ, Holcom ML & Simpson DD. (1995). Prediction of substance use in the workplace: Unique contributions of demographic and work environment variables. *Journal of Drug Studies*; 25: 253-274.
 - Melero, J.C. y Ortiz de Anda A. (2001). Lugar de trabajo libre de drogas. Bilbao: EDEX Kolektiboa
 - Moncada Lluís, S. (1992). La Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo en España. En: Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
 - Murray, A. (1990). Your Drinking and your Health. Breaking the habit: coming off. Edinburg: Scottish Health Education Group.
 - Navarro Botella J & Gómez González E (1998). La incidencia de las drogas en el mundo laboral de la Comunidad de Madrid. Madrid: Agencia Antidroga.
 - Organización Internacional del Trabajo (1996). Repertorios de recomendaciones prácticas. Ginebra: OIT.
 - Organización Internacional del Trabajo (2002). Drug and alcohol abuse - an important workplace issue. Documento electrónico publicado en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/impiss.htm>
 - Organización Mundial de la Salud (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health promotion. Ottawa, Canada, 17-21 November 1986. <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>
 - Portella E, Ridaio M, Carrillo E, Ribas E, Ribó C, Salvat M. (1998). El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
 - Prochaska JO. (1994). "Staging: A Revolution in Health Promotion." Master science lecture at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, Boston; April 1994
 - Prochaska JO; DiClemente CC. (1983). The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of change. Homewood (IL): Dow Jones-Irving.
 - Salvador Llivina T, Suelves JM y Del Pozo J. Manual para la Prevención y tratamiento De los problemas relacionados con las drogas desde el Medio Laboral. Logroño: Gobierno de la Rioja. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario, 2003.
 - Sánchez L. (1994). Evaluación de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa. Madrid: MAPFRE.
 - Sánchez Pardo L. (1994). Evaluación de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa. Madrid: Editorial Mafre SA.
 - Sánchez Pardo L. (1996). Manual para profesionales de los servicios de Salud Laboral. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
 - Sanz Lubeiro M. (1998). El papel sindical ante el alcoholismo y la drogodependencia en el Ámbito Laboral. Unión Regional de CC.OO. de Castilla y León: Comisión Confederal de CC.OO. de Atención a Alcoholismo y Drogodependencias.
 - Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral (2001). Estrategias de acercamiento en drogodependencias. Paso a paso. Madrid: Departamento de Drogodependencias. CC.OO. y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 - Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral de CCOO. (2002). Orientaciones sobre salud laboral en drogodependencias. Madrid: Comisiones Obreras y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 - Steinberg L. (1991). Adolescent transitions and alcohol and other drug use prevention. Preventing adolescent drug use: from theory to practice. Office of Substance Abuse Prevention Monograph-8, (pp. 13-51). Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services.
 - Subdirecció General de Drogodependències. (2008). Llibre Blanc de la Prevenció a catalunya. Cap.4.



Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (2003): Model Program. U.S. Department of Health and Human Services. Document electronic: <http://www.modelprograms.samhsa.gov/pdfs/model/Healthy.pdf>.

- UNDCP. (1997). Drug abuse prevention in the workplace. http://www.unodc.org/unodc/newsletter_2000-11-01_1_page005.html

Capítulo ●

Sie

ete

Ámbito, ocio y tiempo libre

Ámbito, ocio y tiempo libre



El uso de drogas constituye una realidad dinámica y auto-adaptativa y este hecho se hace especialmente patente en el caso del uso de drogas en los contextos emergentes del ocio y la vida recreativa.

En las sociedades desarrolladas como la nuestra, el ocio ha ido ganando importancia hasta llegar a ser actualmente el ámbito más valorado por la juventud española junto a la familia, el acceso al trabajo y a la vivienda. Además, es percibido como el principal contexto para realizar actividades gratificantes (reunirse con los amigos, hablar, ligar, bailar, jugar, etc.). De forma que, actualmente, se puede considerar que pasarlo bien y divertirse en contextos de ocio, es un elemento clave para el desarrollo de las competencias sociales, de las habilidades de comunicación, del desarrollo saludable de los afectos y las emociones y es parte integral de la vida cívica y normativa. Así, especialmente durante la infancia y la adolescencia, la dinámica que generan las distintas formas de diversión constituye un camino privilegiado hacia el aprendizaje, la socialización y la creatividad (Calafat et al., 2007).

Aunque no constituyen las únicas actividades de ocio que interesan a la población más joven, en la actualidad salir de marcha (ir a discotecas, bailar), beber, ir de copas y salir para reunirse con los amigos son algunas de las actividades más populares. Según los datos más recientes disponibles, un 48% de los jóvenes y un 33% de las jóvenes entre 15 y 29 años declara salir de marcha cada fin de semana. Mientras para quienes están en el grupo de edad de entre 15 y 19 años, entre las actividades más importantes se sitúan por este orden: salir para reunirse con los amigos (98,4%); hacer deporte (75,3%); ir a discotecas, bailar (70,6%); y beber, ir de copas (un 49,6%). Siendo quienes tienen entre 18 y 20 años, estudian y viven en zonas rurales, quienes salen de marcha con más frecuencia (Observatorio de la Juventud en España, 2007). También sabemos que entre la población de 11 a 17 años, un 17,2% de los chicos y un 15,5% de las chicas vuelven a casa entre las 12 y la 1h. de la madrugada; mientras un 32,1% de los chicos y un 31,3% de las chicas de estas edades, sitúan su hora de vuelta a casa entre las 2 y las 7 de la mañana (Moreno et al., 2008). Y aunque no se produzca en todos los casos y tampoco de forma homogénea en todos los grupos de edad, el ocio, especialmente el nocturno, lleva asociado un consumo importante de alcohol y otras drogas ilegales, existiendo una baja percepción de riesgo asociado al consumo de estas sustancias, a las cuales, se atribuye además un valor sociogénico e identitario (Gamella & Álvarez, 1997; Conde, 1999; Elzo & Andrés Orizo, 1999; Megías et al., 2001; Calafat et al., 2005a).

Estas actividades cumplen una serie de condiciones únicas y muy importantes durante la adolescencia y la temprana juventud: tienen un carácter liberador respecto a otras actividades de la vida cotidiana percibidas como rutinarias y obligatorias (estudio, trabajo, compromisos familiares, etc.), se desarrollan con el grupo de iguales, están directamente relacionadas con el sentido de pertenencia e integración grupal, y se materializan en unos espacios y tiempos específicos percibidos como propios donde sólo están presentes otros jóvenes. Todos estos atributos, permiten asociar los lugares de ocio a entornos donde pueden expresarse libremente estrategias identitarias propias y donde es posible disociar el mundo de los jóvenes y el de los adultos, una necesidad inherente al desarrollo adolescente.

La disponibilidad (“liberación”) de tiempo para el ocio como concepto contrapuesto al tiempo dedicado a las tareas realizadas por obligación, constituye un logro de las sociedades del bienestar surgidas en la época postindustrial y es percibido, en especial por los grupos más jóvenes, como el único contexto donde libremente cada persona puede



recuperar su identidad haciendo aquello que más le gusta y apetece. Sin embargo, esta situación no se da en un contexto neutro, es decir, no se produce sin la intervención de otros factores que condicionan de forma importante las opciones personales y grupales.

Como la gran mayoría de elementos que conforman la cultura contemporánea, el ocio también ha sido absorbido por la cultura del mercado y por tanto y mientras el estado no interviene, está sujeto a las reglas del libre mercado. Nos encontramos pues en un periodo histórico donde a la vez que ha crecido exponencialmente el poder adquisitivo de buena parte de la población juvenil, existen unos sectores económicos especialmente vigorosos y dispuestos a expandirse mediante potentes inversiones, que tienen como finalidad la promoción de un imaginario social, donde el consumo en general y el consumo de drogas en particular, se presenta asociado a los estilos de vida y a los valores más atractivos durante la adolescencia y la temprana juventud.

Las diversas industrias que obtienen del ocio sus rentabilidades mayores, han reforzado la tradicional asociación entre diversión y consumo de alcohol (y otras drogas) hasta el punto de conseguir difuminar del todo la frontera entre cultura y promoción comercial. Las estrategias de promoción son tan sofisticadas y se invierte en ellas tantos recursos, que ya ni siquiera se centran en vender productos concretos, sino que se dedican a reforzar el concepto global de diversión, fiesta y unos determinados estilos de vida.

Por otro lado, y como elemento no menos importante, en nuestro país las actitudes, creencias y conductas observables en los distintos grupos de mediadores que ejercen su trabajo en el ámbito del ocio juvenil están lejos de lo deseable. Así un estudio reciente¹ (Calafat et al., 2005b) muestra como la mayoría (62%) de estos mediadores se embriaga de vez en cuando, el 38,5% consume por lo menos ocasionalmente cannabis y el 25% consume otras drogas ilegales al menos de forma ocasional. Los miembros de los servicios sociales y de las asociaciones juveniles consumen estas drogas con menor probabilidad que los agentes de la industria recreativa y de los medios de comunicación. La percepción de la peligrosidad del consumo de drogas es significativamente menor entre quienes consumen. Las creencias de estos profesionales sobre cuestiones importantes para la prevención, no se adaptan en ocasiones a la evidencia científica (un 38,4% de todos estos profesionales piensa que consumir cannabis no es perjudicial, porcentaje que pasa a un 58,2% entre los que consumen cannabis).

Se trata en definitiva de un escenario que podemos considerar como “contexto de riesgo” para el uso de drogas y el desarrollo de problemas asociados y que algunos autores han descrito y sintetizado (Ver Tabla 1) recientemente, calificándolo como el “Modelo de diversión Hegemónico” (Calafat et al., 2007).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE DIVERSIÓN HEGEMÓNICO (MDH)

Popular
Expansivo
Excluyente de otras formas de diversión y de gestión del tiempo libre
Apoyado por intereses económicos
Promotor de una diversión instantánea, rápida
Contribuye a la formación en valores
Incorpora riesgos para la salud
Aliado del consumo de drogas
Se apoya en elementos culturales diferenciadores como la música y la estética
Construido y apoyado por diversos colectivos profesionales

Fuente: Calafat Far, Juan Jerez, Becoña Iglesias & Fernández Gómez, 2007.

¹ Orden de 13 de septiembre de 2006, de las Consejerías de Sanidad y Educación y Cultura, para la regulación de las actividades de Educación para la Salud ofertadas a los Centros Docentes no universitarios por instituciones ajenas a los mismos y en el marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia, 2005-2010 (BORM 19 octubre de 2006) <http://www.carm.es/borm/documento?obj=anu&id=306602>



En este contexto, es necesario plantear que si los riesgos se producen en la dimensión de lo social, la responsabilidad de enfrentar esos riesgos no puede dejarse únicamente como una responsabilidad individual (Calafat et al., 2007). Y es aquí donde surge la necesidad de las políticas sobre drogas en todas sus vertientes preventivas y asistenciales. Y entre los ámbitos de prevención, junto a las medidas legales, los planes comunitarios, los programas realizados en contextos de educación formal, en el ámbito familiar y en el laboral, no puede descuidarse tampoco la intervención en el ámbito del ocio y el tiempo libre.

7.1. Marco conceptual

En el ámbito del ocio y el tiempo libre, resultan de especial utilidad dos paradigmas teóricos que partiendo de la perspectiva general de la salud pública y la promoción de la salud, por un lado responden a las necesidades de los programas de prevención universal y por otro a los de prevención selectiva e indicada.

En el primer caso, es decir para los programas de nivel universal, se parte nuevamente del marco teórico global aportado por el modelo socio-cognitivo del aprendizaje social. Mientras que, para los programas de prevención selectiva e indicada, se utilizan los modelos de la reducción del riesgo y de reducción del daño.

Para los programas de nivel universal el modelo del aprendizaje social y uno de sus derivados, el modelo de desarrollo social, ambos ampliamente descritos en los capítulos anteriores, permiten la posibilidad de identificar factores de riesgo y protección presentes en todo lo relacionado con el ocio y la ocupación del tiempo libre por parte de las poblaciones de menor edad.

Así, diversos autores señalan que las personas usan las drogas buscando gratificación y placer a través procesos químicos y asociando su consumo a otras actividades placenteras como las que permiten los contextos de ocio (Dohner, 1972; Calafat et al., 1999; Calafat et al., 2000; Calafat et al., 2004; Calafat et al., 2005a; Calafat et al., 2007). Para los programas de prevención universal, el modelo del desarrollo social permite el entrenamiento en habilidades sociales en general y habilidades específicas de resistencia ante la presión a consumir y las diversas estrategias de promoción de drogas, así como proponer y ensayar otras formas alternativas de buscar gratificaciones y placer en la utilización del tiempo libre.

Para los programas de nivel selectivo e indicado los modelos de la **reducción de riesgos** y de **reducción de daños** permiten proporcionar información, estrategias y herramientas para minimizar o afrontar los riesgos y/o los daños derivados de los usos de drogas a población que asocia la diversión con el uso de drogas.

Esta aproximación se puede realizar en contextos normativos de ocio (los diversos escenarios del ocio nocturno) o en contextos asistenciales de atención a los daños derivados del uso de drogas en contextos recreativos (servicios hospitalarios de urgencias, servicios hospitalarios de atención a personas que han sufrido un accidente de tráfico relacionado con el uso del alcohol u otras drogas, etc.).

A

A- Postulado básico

En prevención universal los primeros programas de ocio alternativo fueron propuestos por Dohner (1972) quien planteó la hipótesis de que para prevenir o reducir el abuso de drogas, hay que proporcionar “alternativas positivas” es decir, formas de obtener la gratificación y el placer que se busca alcanzar mediante el consumo de drogas, a través de actividades alternativas a dicho consumo que sean saludables y socialmente aceptables.

Desde este enfoque, los programas de ocio alternativo pretenden la realización de actividades lúdicas que a la vez proporcionen entrenamiento en habilidades sociales en general y habilidades específicas de resistencia ante la presión a consumir drogas.

En prevención de niveles selectivo e indicado, las estrategias de reducción del riesgo y de los daños en contextos relacionados con el ocio, se desarrollan como enfoques que permitirán reducir la vulnerabilidad de la población consumidora de drogas a desarrollar problemas relacionados con su consumo.

B

B- Base en la evidencia

Durante los últimos años, la mayoría de programas con intención preventiva denominados “de alternativas” y desarrolladas en los ámbitos recreativos, han adolecido de una base teórica y metodológica sólida, se han planteado unos objetivos muy limitados y han consistido principalmente en suministrar información a jóvenes y adolescentes sobre las consecuencias del uso de drogas o propuestas de actividades denominadas “alternativas” al consumo. Tampoco se han evaluado los resultados de estos enfoques. (Lowden & Powney, 2000; Burkhart & López López, 2002; Calafat et al., 2003; Calafat & Juan, 2003; Fernández Hermida & Secades Villa, 2003; Martín González & Moncada Bueno, 2003; Calafat et al., 2005a; Subdirecció General de Drogodependències, 2008

1- Para los programas de prevención universal

Las revisiones disponibles hasta hoy² (Shaps, 1981; Cook et al., 1984; Tobler, 1986, Tobler 1997; CSAP, 1996; Norman et al. 1997; Tobler, 2000; Harold y Holder, 2002; Skara & Sussman S, 2003; Fernández Hermida & Secades Villa, 2003; Martín González & Moncada Bueno, 2003; Rodríguez-Martos et al., 2007; Subdirecció General de Drogodependències, 2008) han analizado si los estudios sobre la efectividad de los programas de prevención universal realizados en ámbitos de educación no formal, entre otros, habían obtenido resultados positivos en alguno o varios de los siguientes indicadores: conocimiento sobre las drogas y sus efectos, actitudes en relación al uso de drogas, intención de consumo en el futuro (corto o medio plazo), y uso de drogas legales e ilegales.

Tanto los resultados de las revisiones como de los estudios de meta-análisis disponibles indican, que la mayoría de programas han obtenido poco o ningún impacto preventivo entre los participantes en la modificación esperada de los anteriores indicadores, mientras que algunos programas han obtenido resultados modestos en algunos indicadores siempre que estos programas cumplieren con las dos condiciones siguientes:

- Se hubieran combinado con otros programas preventivos, como por ejemplo

² Incluidas revisiones bibliográficas, revisiones sistemáticas y trabajos de meta-análisis.

programas escolares de nivel universal, selectivo o indicado.
- Tuvieran contenidos específicos sobre drogas.

2- Para los programas de prevención selectiva

Los estudios disponibles no son muchos y aunque sobre algunos tipos de programas exista todavía un debate abierto, los resultados obtenidos hasta ahora parecen indicar que orientaciones como el testado de pastillas, el club health, o el safer dance, pueden ser efectivos para reducir comportamientos de riesgo en relación al uso de drogas si se realizan en contextos de consumo. (Evans, Neville & Graham, 1991; Ferrara, Zancaner & Giorgetti, 1994; Jones & Lacey, 2000; Calafat et al., 2003; Caudevilla, 2003; Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2003; Valverde Gefaell, Pi González & Colom Farran, 2003; Ritter & Cameron, 2006; Subdirecció General de Drogodependències, 2008).

3- Para los programas de prevención indicada

Los resultados de estudios sobre la efectividad de programas desarrollados en contextos asistenciales que atienden a personas que han sufrido accidentes de tráfico relacionados con el consumo recreativo de alcohol u otras drogas, muestran que intervenciones breves que incluyen el trabajo de aspectos motivacionales, pueden contribuir a alcanzar una disminución del consumo de alcohol u otras drogas, así como una disminución de las consecuencias negativas o problemas relacionados con dicho consumo, aunque estos programas no siempre son fáciles de implementar dado que el personal mediador puede percibirlos como una carga añadida a su trabajo (Gentilello et al., 1999; Rodríguez-Martos Dauer & Torralba-Novella, 2002; Lowman, 2004; Rodríguez-Martos Dauer et al., 2004; Gentilello et al., 2005; Rodríguez-Martos et al., 2005; de la Fuente, Brugal, Domingo-Salvany et al., 2006; Ritter & Cameron, 2006; Subdirecció General de Drogodependències, 2008).

7.2. ¿En qué consiste la prevención en el ámbito del ocio y del tiempo libre?

Consiste en desarrollar iniciativas de educación no formal y de sensibilización en los contextos de ocio donde adolescentes y jóvenes se dedican a disfrutar de su tiempo de ocio.

Se trata por tanto de programas realizados fuera del marco de la educación formal, pero con intención educativa y de sensibilización, que abarcan tanto la organización de actividades de tiempo libre (culturales, deportivas, de naturaleza, etc.), como programas de reducción de riesgos y daños también en contextos de ocio, especialmente de ocio nocturno.

En este marco se entiende que la educación no formal se plantea ofrecer información, cambiar actitudes y promover habilidades -relacionadas con las drogas y sus usos- en contextos festivos y de ocio.

7.3. ¿A qué factores de riesgo debe responder un programa de ocio y tiempo libre?

Además de los factores de riesgo de carácter general expuestos en el Capítulo 1, existen factores de riesgo específicos asociados a la práctica del ocio en contextos recreativos que se interrelacionan con el resto de factores de riesgo (presentes en el ámbito personal, escolar, familiar, etc.).

De los estudios disponibles (Gamella & Álvarez, 1997; Elzo & Andrés Orizo, 1999; Megías et al., 2001; Becoña, 2002; Martín & Moncada, 2003; García-Portilla et al., 2003; Calafat et al., 2004; Calafat et al., 2005^a; Stafström et al., 2006), se deriva que entre los principales factores de riesgo que se presentan relacionados con el uso de drogas en contextos de ocio y tiempo libre, destacan:

A

A- Del ámbito personal (factores sociodemográficos, familiares, actitudes y consumo de drogas):

- Inicio temprano en el consumo alcohol.
- Inicio del consumo de tabaco antes de los 15 años.
- Haber probado el cannabis alguna vez en la vida.
- Sexo masculino.
- Baja percepción del riesgo derivado del uso de drogas.
- Búsqueda de sensaciones, rasgos de impulsividad y desinhibición.
- Considerarse mal estudiante.
- La asunción del riesgo como estilo de vida.
- Alta disponibilidad de dinero para gastos personales.
- Vivir en lugar distinto al domicilio familiar o al de la pareja.
- Proceder de una familia con bajo o nulo control sobre las salidas nocturnas.
- Actitudes favorables al consumo de drogas en el grupo de amigos.
- Consumo de drogas por parte del grupo de amigos.

B

B- De contexto y de implicación en las actividades de ocio nocturno:

- Alta disponibilidad de drogas legales e ilegales en la comunidad en general.
- Alta disponibilidad de drogas legales e ilegales en los contextos de ocio (número de puntos de venta; horarios de venta, incumplimiento de legislación vigente sobre regulaciones de venta de drogas legales, etc.).
- Alta disponibilidad percibida para acceder al las distintas drogas.
- Salir de marcha con frecuencia (por ejemplo, cada fin de semana) y durante días laborables.
- Dedicar un número importante de horas al ocio nocturno.
- Realizar largos desplazamientos para ir de marcha.
- Buscar contextos con mayor disponibilidad de drogas.
- Mayor implicación en conductas problemáticas y desviadas socialmente.
- Mayor implicación en grupos y culturas “after hours” o “alternativos”.



7.4. ¿Qué elementos debe incluir un programa realizado en contextos de educación no formal y de ocio - tiempo libre para aspirar a obtener objetivos preventivos?

De acuerdo a la evidencia disponible (Shaps, 1981; Cook et al., 1984; Tobler, 1986, Tobler 1997; CSAP, 1996; Norman et al. 1997; Tobler, 2000; Harold y Holder, 2002; Skara & Sussman S, 2003; Fernández Hermida & Secades Villa, 2003; Martín González & Moncada Bueno, 2003; Subdirecció General de Drogodependències, 2008), para ser efectivos los programas de prevención universal basados en el desarrollo de alternativas de ocio y tiempo libre deben responder a las siguientes características.

7.4.1. En relación a los contenidos

A- Los programas de nivel universal deben:

- Educar para la gestión equilibrada y diversificada del tiempo libre.
- Promover habilidades, conocimientos y actitudes que faciliten la adopción de estilos de vida saludables opciones de ocio libres del uso de drogas.
- Educar y promover actitudes críticas ante las distintas presiones a consumir drogas (del entorno inmediato, estrategias de promoción de drogas legales, ilegales, etc.).
- Desarrollar competencias sociales para manejar situaciones grupales de presión al consumo de drogas.
- Promover una información adecuada y veraz sobre las drogas y los riesgos que conlleva el consumo de cada sustancia.
- Incrementar la percepción del riesgo derivado del uso de cada sustancia psicoactiva.
- Corregir la percepción normativa del uso de drogas, frecuentemente alejado de la prevalencia real de consumo de cada droga.
- Promover una visión positiva de los iguales que no consumen drogas.
- Ofrecer oportunidades gratificantes y lúdicas de interacción y socialización con iguales (interacción social en general, relación de amistad, relación de pareja, etc.).
- Ofrecer oportunidades gratificantes y lúdicas de reducir la ansiedad.
- Incrementar la percepción de responsabilidad sobre la propia conducta, y una mejora de la auto-estima.
- Integrar actividades de tiempo libre que promuevan la ocupación pautada del tiempo del ocio, que de otra forma resultaría ser un tiempo vacío o desestructurado.
- Promover actitudes y conductas alternativas al consumo de drogas encaminadas a prevenir la sensación de aburrimiento.
- Promover la realización de actividades de servicio a la comunidad como parte del desarrollo de actividades gratificantes y que aportan sentido al tiempo del ocio.
- Incrementar la sensibilización social sobre la función protectora de las leyes que regulan la producción, promoción, comercialización y uso público de alcohol y tabaco.
- Incrementar la responsabilidad social hacia el respeto de las leyes que regulan la producción, promoción, comercialización y uso público de alcohol y tabaco.
- Incrementar la sensibilización social sobre la función protectora de las leyes que regulan la conducción de vehículos bajo el efecto del alcohol u otras drogas.



- Incrementar la responsabilidad social hacia el respeto de las leyes que regulan la conducción de vehículos bajo el efecto del alcohol u otras drogas.

B- Los programas de nivel selectivo e indicado

- Cuestionar el modelo de diversión asociado al consumo de drogas como paradigma de modelo recreativo y hegemónico.
- Promover la modificación de expectativas en relación a las drogas.
- Promover una información adecuada y veraz sobre las drogas y los riesgos que conlleva el consumo de cada sustancia.
- Incrementar la percepción del riesgo derivado del uso de cada sustancia psicoactiva.
- Facilitar un cambio de la percepción normativa que se ajuste a la realidad.
- Fomentar una cultura de ocio inteligente y libre de los problemas derivados del uso de drogas.
- Aumentar la capacidad de decisión responsable en relación al uso de drogas.
- Para las personas que a pesar de disponer de todos los recursos anteriores continúan consumiendo, ofrecer, en los contextos donde se produce el consumo:

- la información y los recursos necesarios para que dicho consumo se produzca de la forma más segura posible.
- la información y los recursos necesarios para evitar daños asociados al uso.

- Para las personas que han sufrido daños asociados al uso de drogas en contextos recreativos, ofrecer información, educación y herramientas que minimicen el daño y prevengan otros daños en el futuro.

7.4.2. En relación a los métodos

En todos los niveles en los que se trabaje, los programas deben:

- Combinarse con otros programas de prevención, especialmente de ámbito comunitario, educativo o familiar.
- Dirigirse a poblaciones en situación de especial vulnerabilidad (exposición a factores de riesgo que incrementen su potencial para desarrollar problemas con las drogas, consumo regular asociado al ocio, etc.).
- Llevarse a cabo de forma intensiva.
- Desarrollarse a través de la implicación de mediadores (de edades ligeramente superiores al grupo destinatario, adecuadamente formados y supervisados por responsables de prevención). Esta formación, que debería exigirse de forma obligatoria a todos los grupos mediadores, debe incluir conceptos básicos sobre drogas y riesgos asociados a su consumo, objetivos y resultados de la aplicación de leyes que regulan la producción, promoción, venta





y consumo de drogas legales, objetivos y resultados esperables de los programas de información y sensibilización y la función preventiva de los mediadores sociales para apoyar el logro de objetivos preventivos en general y en particular su importancia en la prevención de problemas directamente derivados del consumo en contextos de ocio (embriagueces, peleas, sobredosis, primeros auxilios, etc.). Los grupos a quienes debe dirigirse esta formación básica son:

- Mediadores que trabajan específicamente con jóvenes y adolescentes (monitores de tiempo libre, trabajadores de calle, de servicios sociales, etc.).
- Mediadores juveniles “iguales / pares”.
- Mediadores no formales: (trabajadores en la industria del ocio, por ej.: dispensadores de bebidas alcohólicas, gerentes de bares y discotecas, etc.).

- Articularse a través de alguna de las opciones siguientes:

- Desarrollo actividades o eventos alternativos (fiestas “libres de drogas”, actividades culturales, deportivas o artísticas libres de drogas).
- Programas deportivos y recreativos (que incluyan contenidos de prevención).
- Propuestas orientadas a la aventura/exploración del entorno natural (que incluyan contenidos de prevención).
- Programas específicos para jóvenes en situación de riesgo.
- Programas alternativos de base escolar.
- Integración en opciones de servicios a la comunidad.
- Programas de reducción de riesgos en contextos de ocio normativo donde se produce el consumo.
- Programas de reducción de daños en contextos asistenciales donde se atienden problemas derivados del uso de drogas en contextos de ocio (servicios de urgencias, servicios hospitalarios de traumatología y rehabilitación, etc.).
- Actuaciones de información y sensibilización dirigidas a población que participa en actividades de ocio nocturno.
- Actuaciones de reducción del riesgo y del daño, en entornos de consumo.

7.5. Variables en las que intervienen los modelos utilizados en prevención en contextos de ocio y tiempo libre: indicadores que permiten trabajar y medir

A- Indicadores relacionados con aspectos sociodemográficos:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel educativo
- Lugar de residencia
- Ocupación
- Autovaloración (estudios, trabajo)
- Estatus socioeconómico familiar percibido
- Control familiar sobre los hábitos recreativos (control hora de llegada, conocimiento de lugares frecuentados, conocimiento amistades con las que sale, paga semanal disponible, etc.)
- Grupo de amigos (consumidores, no consumidores, etc.)

B- Indicadores comportamentales y descriptores del uso de drogas:

- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Consumo de otras drogas
- Edad de inicio del consumo de drogas legales
- Edad de inicio del consumo de drogas ilegales
- Frecuencia de consumo de diferentes sustancias
- Percepción del riesgo asociado al consumo de drogas (alcohol, tabaco, cannabis, LSD, éxtasis, cocaína, speed)
- Presencia de rasgos de personalidad que indican búsqueda de sensaciones
- Presencia de conductas de riesgo
- Presencia de conductas socialmente inadaptadas
- Conductas relacionadas con la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u drogas ilegales (percepción de riesgo, presencia y frecuencia, etc.)
- Otras conductas de riesgo en contextos viales (conducir sin permiso, vandalismo, hurtos, etc.)
- Conductas agresivas o violentas (implicación en peleas, expulsión del centro educativo por episodios de violencia o agresividad, etc.)

C- Indicadores relacionados con hábitos y opiniones relativas a la vida recreativa :

- Lugares adonde se acude para realización de actividades de ocio
- Frecuencia de asistencia a cada lugar
- Actividades desarrolladas
- Media de horas empleadas en cada actividad
- Medios de transporte utilizados para cada actividad desarrollada
- Conductas de implicación en la vida recreativa nocturna (frecuencia, tiempo empleado cada vez que se sale, recursos económicos empleados, número de lugares visitado por noche, distancia del punto de residencia, tipo de transporte utilizado, etc.)
- Motivos principales para elegir las actividades más frecuentes
- Aficiones e intereses



D- Indicadores de mercado en contextos comunitarios de ocio y tiempo libre:

- Puntos de venta legales de alcohol y tabaco
- Horarios de venta de drogas legales
- Cumplimiento de horarios de venta de drogas legales
- Puntos de venta legales que incumplen las previsiones legales (horarios, edad de la persona que compra)
- Puntos de venta ilegales de drogas legales
- Puntos de venta de drogas ilegales (percibidos por población adolescente, joven, mediadora, etc.)
- Legislación vigente (restricciones de consumo en la calle, etc.)

E- Indicadores comunitarios de problemas relacionados con el consumo de drogas en contextos de ocio:

- Accidentes de tráfico en los que ha intervenido el alcohol u otras drogas
- Incapacidades permanentes debidas a accidentes de tráfico en los que ha intervenido el alcohol u otras drogas
- Mortalidad derivada de accidentes de tráfico en los que ha intervenido el alcohol u otras drogas
- Característica acústica de las zonas de ocio nocturno.
- Quejas vecinales referidas a problemas comunitarios vinculados al uso de drogas en espacios públicos
- Urgencias hospitalarias
- Conflictos, peleas o violencia

7.6. Guía de buena práctica de los programas preventivos realizados en el ámbito del ocio y del tiempo libre

7.6.1. Finalidad dentro del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Según lo expresado en el Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la finalidad de todo programa de ocio y tiempo libre de prevención del uso de drogas y los problemas asociados, es facilitar a los participantes las herramientas necesarias para promover que la adopción de estilos de vida saludables en relación con el consumo de drogas, constituya la opción más fácil de elegir por la comunidad, a través de la potenciación desde las entidades locales de programas universales y selectivos de ocio y tiempo libre para menores y jóvenes.

7.6.2. Niveles preventivos desde los que se pueden trabajar los programas

Los programas de prevención en el ámbito del ocio y tiempo libre pueden desarrollarse en los niveles:

- Universal
- Selectivo
- Indicado

Para identificar las características de cada uno de estos niveles ver punto 1.6. del Capítulo 1 de esta guía.



7.6.3. Población participante

Las poblaciones con las que se trabajará para el desarrollo de programas de prevención en el ámbito del ocio y tiempo libre son:

A

A- Población destinataria final. Incluye:

- Población general de adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 18 años aproximadamente.
- Población general de jóvenes adultos de más de 18 años.
- Adolescentes y jóvenes que consumen drogas en contextos de ocio y fiesta.

B

B- Población mediadora. Incluye:

- Profesionales mediadores que trabajan específicamente con jóvenes y adolescentes (monitores de tiempo libre, trabajadores de calle, trabajadores sociales, agentes preventivos, profesionales que trabajan en medios de comunicación dirigidos a poblaciones juveniles, etc.).
- Iguales que ejercen funciones de mediación. Se trata de personas de la misma edad o ligeramente mayores, que deben haber sido adecuadamente formados en educación sobre drogas, y que por su cercanía al grupo diana pueden facilitar la adopción de alternativas de ocio más saludables, o en los programas de reducción de riesgos, un consumo de drogas menos arriesgado (iguales, voluntarios pertenecientes a asociaciones juveniles, ONGs, etc.).
- Otras personas que ejercen su trabajo en el marco de la industria recreativa y que pueden desarrollar funciones de mediación social en contextos de ocio, como por ejemplo:

- Dispensadores de bebidas alcohólicas, camareros, etc.,
- Gerentes de bares y discotecas,
- Personas que desarrollan proyectos de promoción cultural o deportiva,
- DJs (Disc Jockeys)
- Porteros de clubs y discotecas
- Relaciones públicas
- Músicos
- Actores (especialmente de series de TV y películas)
- Productores de audio-visuales y promotores cinematográficos.
- Profesionales de los medios de comunicación general y medios de comunicación dirigidos a población juvenil.
- Profesionales que crean o difunden elementos de consumo destinados a convertirse en símbolos de identidad juvenil (indumentaria, moda, vehículos, productos estéticos, música, etc.).



- Profesionales de las nuevas tecnologías de la comunicación.
- Publicistas.
- Etc.

- Otros profesionales que trabajan en servicios de salud que atienden a víctimas de accidentes de tráfico en los que ha intervenido el uso de alcohol u otras drogas (servicios de urgencias, servicios hospitalarios de traumatología, etc.).

7.6.4. Objetivos generales

Los objetivos generales definen los cambios que el programa aspira a alcanzar. Entre los principales objetivos de los programas realizados en el ámbito del ocio y del tiempo libre, se pueden plantear algunos de los siguientes:

A- Promover la adopción de actividades de ocio libres del uso de drogas entre adolescentes y jóvenes.

B- Reducir el consumo de drogas en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.

C- Retrasar la edad de inicio de los primeros consumos en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.

D- Reducir los problemas relacionados con el uso de drogas que se producen en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.

E- Incrementar la percepción de riesgo relacionado con el uso de drogas en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.

F- Disminuir la percepción normativa del uso de drogas asociado al ocio en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.

F- Mejorar las habilidades sociales y de resistencia a la presión a consumir drogas en contextos de ocio en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.

G- Reducir los problemas relacionados con el consumo de drogas en contextos de ocio entre la población que consume sustancias psicoactivas.

H- Minimizar en lo posible el impacto del daño derivado del consumo de drogas en contextos de ocio en los grupos de adolescentes y jóvenes de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se aplicará el programa.



7.6.5. Contenidos del programa

Se presentan a continuación los contenidos básicos que deberían integrar un programa de prevención en el ámbito del ocio y el tiempo libre, considerados de forma secuencial y presentados por orden lógico.

7.6.5.1. Consideraciones iniciales

A- Conocimiento de la situación de partida

El primer paso en la planificación de un programa de prevención en el ámbito del ocio y el tiempo libre es realizar una determinación de cuáles son los factores de riesgo relacionados



A

con el ocio y tiempo libre que afectan a los distintos grupos de adolescentes y jóvenes, así como valorar el impacto de los problemas relacionados con el uso de drogas en contextos de ocio en términos de Salud Pública (discapacidad, morbilidad y mortalidad evitables).

Esta información permitirá planificar el programa que se quiere desarrollar en base a las necesidades identificadas, facilitando:

- El establecimiento de las prioridades en función de las necesidades existentes.
- La identificación de mediadores disponibles y de las necesidades de formación que presentan.
- La elección de las actividades en función de los recursos disponibles.
- La formulación de los objetivos específicos.
- El planteamiento del plan de acción.
- El planteamiento del plan de evaluación.

B

B- Consideración de la efectividad potencial del programa

En el contexto familiar existen algunos prototipos de programas (modelos) disponibles, especialmente de nivel universal. Generalmente, estos programas están ya editados y disponen de materiales para el profesorado y para el alumnado y algunas veces también para el trabajo con las familias.

Tanto si se quiere adoptar un programa ya editado, como si se pretende elaborar un programa específico, es importante asegurar que el programa elegido responde a los criterios de calidad y efectividad definidos por la evidencia disponible. Para ello es recomendable considerar los siguientes aspectos:

- **Consideración de la evidencia:** ¿El programa está basado en un modelo teórico e incorpora métodos de aplicación que hayan evidenciado algún grado de efectividad?
- **Consideración a la integración dentro de un contexto preventivo integral:** ¿Este programa forma parte de un plan global que integra programas preventivos de probada efectividad en los ámbitos comunitario, educativo, familiar, etc.?, incluidos:

- Actuaciones de información y sensibilización pública que cumplan los requisitos de calidad necesarios (veracidad, credibilidad, fiabilidad, adaptación a los grupos específicos de población, etc.).
- Programas educativos de probada efectividad realizados en el contexto de la educación formal (ver Capítulo 5).
- Programas familiares (ver capítulo 6).
- Estrategias legales de protección capaces de regular aspectos clave de comercia-



lización (disponibilidad, accesibilidad, precio), promoción y consumo público de drogas (ver capítulo 4).

- Actuaciones de información y sensibilización pública sobre la finalidad e importancia de las medidas legales de protección.
- Estrategias específicas de seguimiento de las medidas legales vigentes.

- **Consideración de la especificidad.** ¿Contiene elementos (objetivos y componentes) específicos de prevención del uso de drogas y problemas asociados (universal, selectiva o indicada)?, incluidos:

- La transmisión de educación veraz y no sesgada respecto a las distintas drogas.
- La clarificación de mitos relacionados con los efectos de las drogas.
- El incremento de la percepción del riesgo asociado al uso.
- La modificación de actitudes y conductas de riesgo en relación al uso de drogas.

- **Atención a la planificación:** ¿Se desarrolla de acuerdo a un plan de organización estructurada que progresa desde la identificación de las necesidades, pasa por la definición objetivos, la planificación de actuaciones, la implementación de actividades e incluye los aspectos de evaluación?

- **Atención a la evaluación:** ¿Contempla el componente de evaluación, permitiendo recopilar información durante todas las fases de aplicación? La formulación de los objetivos específicos ¿permite que estos objetivos sean usados para evaluar los progresos y resultados del programa?

- **Atención a la coherencia interna de los distintos componentes:** ¿Existe coherencia entre el modelo teórico adoptado, los objetivos esperados, los indicadores elegidos, los recursos disponibles, las actividades programadas y los resultados previstos?

- **Atención a la calificación profesional:** El personal mediador está adecuadamente capacitado para la aplicación del programa.

7.6.5.2. Definición de los objetivos específicos

Para garantizar una aplicación de calidad, la formulación de los objetivos debe asegurar que cada objetivo específico formulado se corresponda con el/los indicador/es que se espera modificar al final del programa (resultado esperado), y que dicho objetivo sea alcanzable a través de las actividades previstas y los recursos disponibles. Además, antes de formular los objetivos específicos, es importante considerar que:

- Cada objetivo específico contribuya de manera significativa al cumplimiento de alguno de los objetivos generales escogidos.
- Sea verificable, es decir se pueda medir el cambio conseguido.
- Explícite una referencia temporal, es decir, que indique en qué



tiempo se espera poder alcanzar el cambio esperado.

- Idealmente, siempre que se define el cambio esperado, debería especificarse cuál es la dimensión de dicho cambio (expresado en términos de nº o de porcentaje) y para ello hay que hacer una estimación muy realista. En determinados aspectos, cambios aparentemente muy modestos (la obtención del cambio esperado en número modesto de participantes, o un porcentaje de cambio en un indicador, aparentemente bajo de entre el 1% y el 5%, por ejemplo), constituirían un gran logro para modificar los problemas relacionados con el uso de drogas en contextos de ocio.

Entre los posibles objetivos específicos de un programa realizado en el ámbito del ocio y el tiempo libre, pueden plantearse –a modo de ejemplo– los siguientes:

A

A- Si el programa quiere obtener cambios en objetivos finales

- Al final del programa se observa una reducción (especificar porcentaje, si procede) del uso de drogas (especificar cuáles) entre los participantes.

- Al final del programa se ha incrementado (especificar porcentaje, si procede) la edad media de inicio del uso de drogas (según sea la prioridad identificada, se puede especificar si se espera un incremento global para la edad de inicio del consumo de todas las drogas, o para el consumo de alguna/s en particular), entre los participantes.

- Al final del programa se observa una reducción (especificar porcentaje, si procede) de los accidentes de tráfico relacionados con el uso del alcohol u otras drogas en población adolescente y joven de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se ha desarrollado el programa.

- Al final del programa se ha reducido (especificar porcentaje, si procede) la incapacitación por accidentes de tráfico relacionados con el uso del alcohol u otras drogas en contextos recreativos en población adolescente y joven de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se ha desarrollado el programa.

- Al final del programa se ha reducido (especificar porcentaje, si procede) la mortalidad por accidentes de tráfico relacionados con el uso del alcohol u otras drogas en contextos recreativos en población adolescente y joven de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se ha desarrollado el programa.

- Al final del programa se observa una reducción (especificar porcentaje, si procede) de los ingresos en los servicios hospitalarios de urgencias durante los fines de semana relacionados con intoxicación etílica aguda o sobredosis.

- Al final del programa se observa una reducción (especificar porcentaje, si procede) de los episodios de violencia en los que están presentes el uso de alcohol u otras drogas en contextos de ocio en la comunidad zona/s o barrio/s donde se ha desarrollado el programa.

- Etc.



B

B- Si el programa se plantea modificaciones sobre las variables dependientes, es decir, objetivos intermedios:

- Al final del programa se ha incrementado la percepción del riesgo derivado del uso de una o más drogas –especificar– en la población participante (especificar nº o porcentaje).
- Al final del programa ha disminuido la percepción normativa del uso de drogas asociado al ocio en la población participante (especificar nº o porcentaje).
- Al final del programa han mejorado las habilidades sociales (especificar habilidades concretas relacionadas con el disfrute del ocio) en la población participante (especificar nº o porcentaje).
- Al final del programa han mejorado las habilidades (especificar habilidades concretas) de resistencia a la presión a consumir drogas en contextos de ocio en la población participante (especificar nº o porcentaje).
- Al final del programa se ha conseguido incrementar el número (o porcentaje) de participantes que han diversificado (ampliado) el tipo de actividades de ocio realizadas.
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje) de participantes que conocen los riesgos que conlleva beber alcohol o consumir drogas antes de la conducción de vehículos.
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje) de participantes que optan por el método del conductor designado para desplazarse después de una noche de marcha.
- Al final del programa se ha incrementado el número (o porcentaje) de participantes que optan por el transporte público tras beber alcohol o consumir drogas.
- Al final del programa ha disminuido el número de denuncias o quejas vecinales por ruidos o incumplimientos del marco legal vigente.
- Al final del programa se han incrementado (nº o porcentaje), las inspecciones realizadas a locales de ocio nocturno para verificar el cumplimiento de las previsiones legales vigentes.
- Al final del programa ha mejorado la comprensión social sobre la necesidad de medidas de protección y control (porcentaje de cambio en población general o población participante, especificar).
- Etc.

La elección final de los objetivos específicos, vendrá determinada por el objetivo general elegido, el modelo teórico adoptado y los programas previamente implementados.

7.6.5.3. Definición de objetivos operacionales

Los objetivos operacionales, también denominados de proceso, describen qué pasos se deben producir para alcanzar los objetivos específicos que se han establecido en el programa. En este aspecto los principales objetivos operacionales son:

- Desarrollar espacios, canales e instrumentos de cooperación con responsables de las diversas industrias presentes o con intereses en el sector del ocio y el tiempo libre: producción, promoción

y comercialización de bebidas alcohólicas; empresas y negocios propios del ocio nocturno; actividades culturales (música, cine, artes plásticas, etc.); actividades deportivas; organización de fiestas locales; medios de comunicación (audio-visuales, impresos, virtuales, etc.).

- Evitar los denominados “acuerdos voluntarios” (autorregulación) o las campañas denominadas “preventivas” actividades promovidas, diseñadas y financiadas por las industrias productoras de bebidas alcohólicas o tabaco. Existe suficiente evidencia (Committee for Monitoring Agreements on Tobacco Advertising and Sponsorship, 1994; Hastings et al, 1998; Robertson et al., 1998; MacFadyen & Hastings, 1999; Anderson, Hastings & MacFadyen, 2002; Anderson & Baumberg, 2006) para poder señalar que:

- No son eficaces.
- En ningún país donde se han establecido han demostrado obtener los objetivos preventivos propuestos.
- Sirven para justificar la supuesta actitud “responsable” de estos sectores económicos.

- Promover la figura y apoyar el trabajo de las personas que realizan tareas de mediación juvenil en el ámbito del ocio y del tiempo libre como agentes de salud.

- Desarrollar las actuaciones de formación de mediadores de acuerdo a las necesidades existentes.

- Prever la incorporación de medidas de sensibilización comunitaria que expliquen las claras diferencias existentes entre las medidas reguladoras del mercado (prohibición de publicidad, patrocinio u otros tipos de “apoyo” de eventos festivos, deportivos, musicales, exposiciones de artes plásticas, producción de audio-visuales etc.) y supuestas medidas de restricción de las libertades individuales. La finalidad de este objetivo operacional es que la opinión pública no confunda las medidas de protección de los grupos de población más vulnerables (infancia y adolescencia), con medidas contra la libertad de la población, dado que en realidad las previsiones legales son las que precisamente incrementan el margen de libertad de las personas para adoptar estilos de vida libres de las presiones al consumo de drogas.

- Promover la máxima participación de adolescentes y jóvenes en actividades de ocio que favorezcan la adopción de estilos de vida saludables, en especial a los grupos de población más vulnerables. Para ello es preciso prestar especial atención a los procesos de captación inicial y retención a lo largo de todo el programa.

- Valorar la incorporación activa de instituciones relevantes de la comunidad en la difusión de mensajes, informaciones y programas.

- Definir claramente los lugares o instalaciones dónde se va a realizar el programa.



7.6.5.4. Métodos y contenidos

A- Programas de nivel universal

Cuando se plantea la necesidad de realizar un programa de prevención del uso de drogas en el ámbito del ocio y el tiempo libre, es importante que las propuestas por las que se opte no se confundan con las actuaciones propias de los programas deportivos, culturales, sociales o de desarrollo comunitario. En este sentido es preciso señalar que las intervenciones y programas estrictamente deportivos, lúdicos, festivos, etc., sin componentes concretos de prevención, son necesarias en toda comunidad, pero no son intervenciones de prevención del uso de drogas o de los problemas asociados a dicho uso.

Un programa de prevención del uso de drogas en el ámbito del ocio y el tiempo libre, se orienta a desarrollar las actuaciones necesarias para:

- Reducir la presión promotora del consumo de drogas legales, asegurando que:

- Los espacios de ocio y tiempo libre cumplen con la legislación vigente en materia de promoción, venta y consumo de drogas.

- Existe una amplia oferta de actividades y espacios de ocio libres del consumo de drogas.

- Se promueve la creación de grupos de iguales organizados en torno a intereses distintos del consumo de drogas.

- Busca implicar a los diversos sectores que ejercen tareas de mediación en entornos de ocio y fiesta.

- Ofrecer una amplia oferta de actividades de ocio saludable que permitan a la población participante lograr un empleo satisfactorio del tiempo libre al margen del consumo de drogas. Entre las actividades posibles cabe citar las deportivas, culturales (pintura, cine, teatro, animación a la lectura, concursos literarios, etc.), actividades de aventura (acampada, senderismo, etc.), talleres (informática, animación, baile, cocina, etc.). Especial valor preventivo parecen tener las actividades que implican algún tipo de servicio comunitario, ya que están directamente relacionadas con el incremento de la autoestima y el desarrollo de actitudes pro-sociales.

- Mejorar la información sobre drogas entre los distintos grupos de población participante, favoreciendo la toma de conciencia de la problemática que genera su uso y/o abuso.

En los programas de nivel universal la información debería centrarse en drogas legales, cannabis, y drogas emergentes de tipo recreativo, cuidando de no promover una percepción normativa alejada de la realidad, para cada tipo de consumo.



- Proporcionar información y habilidades básicas para que se anticipen a los problemas que puedan surgir por el uso-abuso de drogas.
- Proporcionar a los participantes instrumentos para encontrar el propio bienestar psicológico (asertividad, autoaceptación, bienestar físico, etc.) y social (habilidades de relación, habilidades de resistencia a la presión grupal, visión crítica ante las estrategias de promoción de drogas, etc.).

B- Programas de prevención selectiva

Los contenidos de los programas de reducción de riesgos en contextos de ocio normativo donde se produce el consumo pueden incluir:

- Actuaciones de información veraz y no sesgada y de sensibilización para:
 - Mejorar la información sobre drogas entre los distintos grupos de población consumidora.
 - Favorecer el conocimiento de los riesgos asociados al uso y abuso de las sustancias consumidas.
 - Favorecer la adopción de conductas de minimización de riesgos asociados al consumo.
- Servicios de testado in-situ (pill testing, etc.)
- Información personalizada en contextos de ocio nocturno.
- Foros en Internet.
- Fomento de entornos y formas de consumo seguros.
- Promoción de modelos de búsqueda y acercamiento a las personas que consumen.
- Modelos denominados *club safe o safer dance*, centrados en la formación de trabajadores de discotecas, clubs, after hours y otros entornos de ocio nocturno.
- Modelos denominados *club health*, incluyen actividades como:
 - Organización de eventos sociales y culturales.
 - Puntos de información.
 - Distribución de materiales (camisetas, posters, pegatinas, etc.).
 - Asesoramiento por “iguales”.
 - Organización de talleres.
 - Contactos con los MMCC.
 - Producciones audiovisuales.
 - Consejos sobre sexo seguro
 - Kits de prevención del VIH.
 - Pill testing.



- Programas o actividades basados en las tecnologías de la comunicación (webs, chats, servicios de correo electrónico, líneas telefónicas de apoyo, etc.)
- Facilitación de transporte público nocturno.
- Promover la formación parental en familias con hijos/as que consumen drogas.

C- Programas de prevención indicada

Los contenidos de los programas de reducción del daño deberían incluir:

- Actuaciones de información veraz y no sesgada y de sensibilización para:

- Mejorar la información sobre drogas entre los distintos grupos de población consumidora de drogas asociadas al ocio.
- Favorecer el conocimiento de los riesgos asociados al uso y abuso de las sustancias consumidas.
- Favorecer la adopción de conductas de minimización de riesgos asociados al consumo.

Estas actuaciones pueden desarrollarse en contextos asistenciales dedicados a la atención de daños relacionados con el uso de drogas.

- Disponibilidad de servicios de urgencias en los entornos cercanos a los espacios de ocio nocturno.
- Disponibilidad de servicios hospitalarios de traumatología y rehabilitación.

7.6.6. Cronograma

Para la aplicación del programa se establecerá un cronograma de actuaciones de carácter anual. Ver información complementaria en el Capítulo 2, punto 2.1.3.2.6. *Cronograma y plan de implantación del programa* de esta guía.

EL CRONOGRAMA DEBE CONTEMPLAR:

- Las actividades de planificación.
- Las actividades de coordinación con mediadores comunitarios.
- Las necesidades de formación de mediadores, en el caso de que éstas sean necesarias.
- Las actuaciones de difusión y captación de la participación.
- El calendario de la intervención.
- El calendario de la evaluación.

Estas previsiones evitarán el desarrollo de actuaciones puntuales o desviadas del proyecto planificado y consensuado.



7.6.7. Evaluación

7.6.7.1. De proceso

Se hará una recogida sistemática de las intervenciones realizadas que proporcionará información relevante para analizar el proceso de implementación y optimizar su aplicación en el futuro. Ver información complementaria en el Capítulo 2, punto 2.2.2. Distintos tipos de evaluación de esta guía.

La evaluación de proceso debe incluir el registro de todas las actividades realizadas y sus características (nº, duración, frecuencia, incidencias que se han producido, cambios que se han tenido que introducir, etc.), de forma que esta información permita saber el grado de fidelidad alcanzado en relación al programa que se había diseñado o al prototipo de programa escogido como modelo.

7.6.7.2. De resultados

Las dificultades inherentes al seguimiento de la participación en los contextos de ocio y tiempo libre han propiciado la propuesta de enfoques basados en una visión ética y comprensiva en la que se combinen métodos cualitativos y cuantitativos desarrollados en torno a un eje que parte del “análisis de la realidad” para alcanzar un nuevo concepto de “evaluación de impacto” (Comas Arnau, 2001). Además de tener en cuenta estas consideraciones, y siempre que sea posible, es recomendable prever la aplicación de un protocolo básico de evaluación pre-post que permita obtener una descripción de los cambios que se han producido al final del programa.

Este tipo de evaluación no permite discriminar si dichos cambios son enteramente imputables al programa, pero sí permite obtener una información altamente relevante para los mediadores que lo han aplicado y para el centro que lo ha incorporado a su proyecto educativo.

Los resultados a evaluar deben coincidir con los objetivos específicos que inicialmente se hayan seleccionado. Para ello, durante la fase de planificación se habrá previsto la forma e instrumento/s de medida de la situación de partida, y la repetición de su aplicación al finalizar el programa. La valoración de estos cambios será el resultado de comparar los datos obtenidos antes de iniciar el programa y los obtenidos a su término. Por ejemplo:

A

A- Si el programa aspiraba a obtener cambios en objetivos finales

- Cambio observable (porcentaje) en el consumo de drogas (especificar cuáles) en la población participante.
- Cambio observable (porcentaje) en la edad media de inicio del uso de drogas (especificar cuáles) en la población participante.
- Cambio observable (porcentaje) en la incidencia de los accidentes de tráfico relacionados con el uso del alcohol u otras drogas en población adolescente y joven de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se ha desarrollado el programa.
- Cambio observable (porcentaje) en la incidencia de incapacitación por accidentes de tráfico relacionados con el uso del alcohol u otras drogas en contextos recreativos en población adolescente y joven de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se ha desarrollado el programa.
- Cambio observable (porcentaje) en la mortalidad por accidentes



de tráfico relacionados con el uso del alcohol u otras drogas en contextos recreativos en población adolescente y joven de la comunidad, zona/s o barrio/s donde se ha desarrollado el programa.

- Cambio observable (porcentaje) en los ingresos en servicios sanitarios de urgencias durante los fines de semana relacionados con intoxicación etílica aguda o sobredosis.
- Cambio observable (porcentaje) en la incidencia de episodios violentos en los que están presentes el uso de alcohol u otras drogas en contextos de ocio en la comunidad zona/s o barrio/s donde se ha desarrollado el programa.

B

B- Si el programa aspiraba a modificar variables dependientes, es decir, objetivos intermedios

- Cambio observable (porcentaje) en la percepción del riesgo derivado del uso de una o más drogas –especificar– en la población participante (especificar nº o porcentaje).
- Cambio observable (porcentaje) en la percepción normativa del uso de drogas asociado al ocio en la población participante (especificar nº o porcentaje).
- Cambio observable (porcentaje) en las habilidades sociales (especificar habilidades concretas relacionadas con el disfrute del ocio) en la población participante (especificar nº o porcentaje).
- Cambio observable (porcentaje) en las habilidades (especificar habilidades concretas) de resistencia a la presión a consumir drogas en contextos de ocio en la población participante (especificar nº o porcentaje).
- Cambio observable (porcentaje) en el número (o porcentaje) de participantes que han diversificado (ampliado) el tipo de actividades de ocio realizadas.
- Cambio observable (porcentaje) en el número (o porcentaje) de participantes que conocen los riesgos que conlleva beber alcohol o consumir drogas antes de la conducción de vehículos.
- Cambio observable (porcentaje) en el número (o porcentaje) de participantes que optan por el método del conductor designado para desplazarse después de una noche de marcha.
- Cambio observable (porcentaje) en el número (o porcentaje) de participantes que optan por el transporte público tras beber alcohol o consumir drogas.
- Cambio observable (nº o porcentaje) en el número de denuncias o quejas vecinales por ruidos o incumplimientos del marco legal vigente.
- Cambio observable (nº o porcentaje) en las inspecciones realizadas a locales de ocio nocturno para verificar el cumplimiento de las previsiones legales vigentes.
- Cambio observable (nº o porcentaje) en la comprensión social sobre la necesidad de medidas de protección y control (porcentaje de cambio en población general o población participante, especificar).
- Etc.

C

C- Escalas disponibles

ÚTILES PARA PROGRAMAS DE PREVENCIÓN UNIVERSAL Y SELECTIVA

Existen diversas escalas que miden algunos de los indicadores relevantes en el ámbito del ocio y el tiempo libre:

- *Diferentes escalas disponibles en el Banco de Instrumentos de Evaluación en Prevención del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. Accesibles en: <http://eib.emcdda.europa.eu/html.cfm/index36307EN.html>*

- *Cuestionario estructurado dirigido a población participante en actividades de ocio nocturno, formado por 50 cuestiones relativas a características sociodemográficas, consumo de drogas, conductas orientadas a la búsqueda de sensaciones, conductas de riesgo y socialmente desviadas, y hábitos recreativos durante las noches del fin de semana. Descrito en: Calafat A, Fernández Gómez C, Juan M, Becoña E. (2005). Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas? Adicciones; 17 (4): 337-347.*

ÚTILES PARA PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SELECTIVA

Existen diversos instrumentos de evaluación de utilidad en programas de nivel selectivo. Se hallan referenciados en:

- *Fernández Gómez C, Calafat Far A & Juan Jerez M. (2004). Detección, evaluación e intervención temprana en el tratamiento de jóvenes por abuso de drogas. En: Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. González Menéndez A, Fernández Hermida JR, Secades Villa R (Eds.). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos. Accesible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/MenoresRiesgo.pdf>*

- Para los programas de nivel universal:

Aunque la investigación disponible en este ámbito es todavía escasa, tanto los resultados de las revisiones como de los estudios de meta-análisis disponibles para los programas desarrollados en contextos de educación no formal, indican que la mayoría de programas han obtenido poco o ningún impacto preventivo entre los participantes en la modificación esperada de indicadores relevantes (conocimientos sobre las drogas, riesgo percibido, intención de consumo, o consumo). Mientras que algunos programas han obtenido resultados modestos en algunos de estos indicadores cuando han incorporado las dos condiciones siguientes:

- *La realización del programa de ocio se hubieran combinado con otros programas preventivos, como por ejemplo programas escolares de nivel universal, selectivo o indicado, programas comunitarios, familiares, etc.*
- *Tuvieran contenidos específicos de prevención sobre drogas.*

- Para los programas de nivel selectivo:

Aunque sobre algunos tipos de programas exista todavía un debate abierto, los resultados obtenidos hasta ahora parecen indicar que orientaciones como el testado de pastillas, el *club health*, o el *safer dance*, pueden ser efectivos para reducir comportamientos de riesgo en relación al uso de drogas si se realizan en contextos de consumo.

- Para los programas de nivel indicado:

Los resultados de estudios sobre la efectividad de programas desarrollados en contextos asistenciales que atienden a personas que han sufrido accidentes de tráfico relacionados con el consumo recreativo de alcohol u otras drogas, muestran que intervenciones breves que incluyen el trabajo de aspectos motivacionales pueden contribuir a alcanzar una disminución del consumo de alcohol u otras drogas, así como una disminución de las consecuencias negativas o problemas relacionados con dicho consumo, aunque estos programas no siempre son fáciles de implementar dado que el personal mediador puede percibirlos como una carga añadida a su trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson P & Baumberg B. (2006). Alcohol in Europe. A public health perspective. A report of the European Commission. London: Institute of Alcohol Studies.
- Anderson S, Hastings GB, MacFadyen L (2002). Strategic marketing in the UK tobacco industry. *The Lancet Oncology*; 3(8): 481-486.
- Burkhart G & López López M. (2002). Party setting projects from EDDRA. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. http://www.eddrapdf.emcdda.org/eddra_party_settings.pdf.
- Calafat A & Juan M. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones*;15 (supl 2):261-88.
- Calafat A, Fernández C, Juan M, Anttila A, Arias R, Bellis MA, et al. (2003). Enjoying the nightlife in Europe. the role of moderation. Palma de Mallorca: Irefrea
- Calafat A, Fernández C, Juan M, Anttila AH, Bellis MA, Bohrn K, et al. Cultural Mediators in a Hegemonic Nightlife. Palma de Mallorca: IREFREA; 2004.
- Calafat A, Fernández C, Juan M, Becoña E. (2005b). Cómo el propio consumo de drogas de los mediadores recreativos tiene implicaciones preventivas. *Adicciones*; 17 (2) : 145-155
- Calafat A, Fernández Gómez C, Juan M, Becoña E. (2005a). Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas?. *Adicciones*; 17 (4): 337-347.
- Calafat A, Juan M, Becoña E, Fernández C, Gil Carmena E, Palmer A, Sureda P, Torres MA. (2000). Salir De marcha y consumo de drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat Far A, Juan Jerez M, Becoña Iglesias E, Fernández Gómez C. (2007). Mediadores recreativos y Drogas: nueva área para la prevención. Palma de Mallorca: IREFREA España.
- Caudevilla F. (2003). El "éxtasis": una revisión de la bibliografía científica sobre la 3,4-metilendioxi-metamfetamina. *Med Clin (Barc)*; 120 (13): 505-15.
- Comas Arnau D. (2001). Evaluación de programas de ocio alternativo de fin de semana. Madrid: INJUVE.
- Committee for Monitoring Agreements on Tobacco Advertising and Sponsorship. (1994). Seventh report. London: HMSO. Department of Health.
- Conde, F. (1999) Los hijos de la des-regulación, jóvenes, usos y abusos en los consumos de drogas Madrid: CREFAT.
- Cook R, Lawrence H, Morse C, Roehl J. (1984). An Evaluation of the Alternatives Approach to Drug Abuse Prevention. *Substance Use & Misuse*; 19 (7): 767 – 787.
- Costa M. & López E. (1996). Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide.

- CSAP. (1996). A Review of Alternative Activities and Alternative Programs in. Youth-Oriented Prevention. Technical Report 13: Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention.
- de la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública*; 80: 505-520.
- Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2003). Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid: DGPND Ministerio del Interior.
- Dohner, V.A. 1972. Alternatives to drugs: A new approach to drug education. *Journal of Drug Education*, 2(1): 3-22.
- Elzo J & Andrés Orizo F. (1999). Jóvenes españoles 1999. Madrid: Fundación Santa María.
- Elzo J. Et al. (2000). Las culturas de las drogas en los jóvenes. Ritos y fiestas. V. Vitoria, Gobierno Vasco.
- Evans WN, Neville D & Graham JD (1991). General Deterrence of Drunk Driving: Evaluation of Recent American Policies. *Risk Analysis*; 11 (2): 279-289.
- Fernández Hermida JR & Secades Villa R. (2003). Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos y Plan Nacional sobre Drogas.
- Ferrara S D, Zancaner S, & Giorgetti R. (1994). Low blood alcohol concentrations and driving impairment. *International Journal of Legal Medicine*, 106, 169-177.
- Gamella, J. y Álvarez, A. (1997). Las drogas de síntesis en España. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- García-Portilla MO, Sáiz PA, Paredes B, Martínez S, Bobes J. (2003). Personalidad y uso-abuso de éxtasis (MDMA). *Adicciones*; 15 (Sup. 2): 199-206.
- Gentilello LM, Ebel BE, Wickizer TM, Salkever DS, Rivara FP. (2005). Alcohol interventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals: A cost benefit analysis. *Annals of Surgery*; 241(4): 541-550.
- Gentilello, L. M, Rivara, F. P, Donovan, D. M, Jurkovich, G. J, Daranciang, E, Dunn, C. W, et al. (1999). Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Annals of Surgery*; 230(4):473-83.
- Hastings GB, Stead M, Whitehead M, Lowry R, MacFadyen L, McVey D, Owen L, Tones K (1998). Using the media to tackle the health divide: Future directions. *Social Marketing Quarterly*, IV(3): 42-67.
- Jones RK & Lacey JH. (2000). State of Knowledge of Alcohol-Impaired Driving: Research on Repeat DWI Offenders. Winchester, MA: Mid-America Research Institute.
- Lowden K & Powney J. (2000). Drug Education Context and Approaches. A review of the literature Edinburgh: Scottish Council for Research in Education. <http://www.scre.ac.uk/scot-research/lowdendrug/index.html>
- Lowman C. (2004) Developing effective evidence-based interventions for adolescents with alcohol use disorders. *Addiction*; 99 (s2): 1-4
- MacFadyen L & Hastings GB (1999). Integrated marketing communications: A new paradigm for researching tobacco marketing and adolescent smoking. Chapter 14. En: Tudor-Smith C (ed), *Working Together for Better Health: Tackling Tobacco*. Cardiff: Health Promotion Wales.
- Martín González E. & Moncada Bueno S. (2003). Programas de prevención de ocio alternativo. *Adicciones*; 15(Supl 2) : 327-346.
- Megías E; Comas D, Elzo J; Megías I; Navarro J, Rodríguez E, Román O. (2001). Valores sociales y drogas. Madrid: FAD.
- Navarro, J. (2002). "El consumo de drogas. En: *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD.
- Moreno C, Muñoz-Tinoco V, Pérez P, Sánchez-Queija I, Granada MC, Ramos P, Rivera F. (2008). Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (edición electrónica, en proceso).
- Observatorio de la Juventud en España. (2007). Sondeo de opinión y situación de la gente joven EJ124 - (2ª encuesta de 2007). Uso de TIC, Ocio y tiempo libre, Información. Madrid: Servicio de Documentación y Estudios INJUVE. <http://www.injuve.mtin.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=1831620329>
- Observatorio Español sobre Drogas (2005). Informe 2004. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de sanidad y Consumo.
- Ritter A & Cameron J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev.*; 25 (6):611-624.
- Robertson W, Rooney SE, Field, NJG, Aston NR. (1998). Voluntary agreement for tobacco advertising at retail premises not being adhered to *BMJ*; 316(7124): 69a - 69
- Rodríguez Suárez J, Agulló Tomás E; Agulló Tomás MS. (2003). Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil. *Adicciones*; 15 (Sup. 2): 7-33.
- Rodríguez-Martos Dauer, A, García-Fuentes, C, & Duran-Vinyeta, A. (2004). Evaluación de un programa piloto de formación en dispensación responsable de bebidas alcohólicas. [Electronic version]. *Trastornos Adictivos*; 6(4): 240-247.
- Rodríguez-Martos, A, Santamaría, E, Torralba, L., Escayola M, Martí J, Plasencia A. (2005). Efectividad a corto plazo de las intervenciones breves realizadas en pacientes lesionados por accidente de tráfico con alcoholemia positiva. *Gaceta sanitaria*; 19 (1): 45-49.
- Rodríguez-Martos A, Castellano Y, Salmeron JM, Domingo G. (2007). Simple advice for injured hazardous drinkers: an implementation study



Alcohol and Alcoholism; 42(5): 430 - 435.

- Shaps E., DiBartolo R., Moskowitz J, Palley CS, Churgin S. (1981). A Review of 127 Drug Abuse Prevention Program Evaluations. *Journal of Drug Studies*;11:1 7-43.

- Skara S & Sussman S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*; 37(5): 451-474.

- Stafström M, Östergren PO, Larsson S, Lindaren B, Lundborg P. (2006) A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project. *Addiction*; 101 (6): 813-823.

- Subdirecció General de Drogodependències. (2008). Llibre Blanc de la Prevenció a Catalunya. Cap.4. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

- Tobler NS. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to control or comparison group. *Journal of Drug Studies*; 16: 537-567.

- Tobler NS. (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*. Bethesda, MD: NIDA.

- Valverde Gefaell C, Pi González J & Colom Farran J (2003). Programas de reducción de daños en uso/abuso de drogas recreativas. *Adicciones*; 15 (Supl. 2): 353-361.

Capítulo

OC

hno

Formación de mediadores

Formación de mediadores



La prevención del uso de drogas y problemas relacionados es una tarea multidisciplinar, por ello los equipos especializados en este campo están integrados por profesionales con distinta formación de origen (psicología, medicina, educación, trabajo social, enfermería, periodismo, derecho, etc.). Además, como se ha visto a lo largo de esta Guía, el desarrollo de los programas y las actuaciones preventivas es una tarea multisectorial. Es decir, la aplicación de las estrategias, los planes, los programas y las actividades de prevención en drogodependencias requiere la implicación activa de sectores como el educativo, el legal, el sanitario, el de los servicios sociales, el de los medios de comunicación, el del ocio y el tiempo libre, etc. Así, los planes, programas y actuaciones preventivas, necesariamente deben articularse en cooperación con profesionales no especializados en prevención de drogodependencias sino pertenecientes a otros ámbitos de la actividad social.

Todo ello hace que la calidad de la aplicación de los programas preventivos, dependa en gran medida de la capacitación específica en prevención de personas que, en su mayoría, son profesionales que ejercen su trabajo en aquellos ámbitos de actuación que les son propios (la comunidad, la escuela, los recursos sociales, el sistema judicial, servicios de salud, los medios de comunicación, la seguridad vial, la seguridad ciudadana, el sector del ocio y el tiempo libre, el comercio, el medio laboral, etc.).

8.1. Modalidades de formación en prevención del uso de drogas y problemas asociados

La formación en prevención puede ofertarse a través de diversas opciones de distinto nivel o grado de especialización, entre ellas las más frecuentes son:

- Formación especializada de post-grado: dirigida a cualquier profesional que, disponiendo de una formación universitaria de grado superior o medio en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud, quiera acceder a un programa formativo que le capacite para trabajar de forma especializada en prevención del uso de drogas y problemas asociados.

- Formación de mediadores: dirigida a cualquier persona, profesional o no,

que debido a su trabajo, función o actividad social, puede desempeñar un papel clave para la articulación de estrategias preventivas en los distintos contextos comunitarios.

- Formación continuada: cuyo objetivo es actualizar y ampliar el aprendizaje –ya sea especializado o no– en prevención. En cualquier caso se trata de una oferta de formación que debe ser relevante para cada grupo participante.



Este Capítulo se centra exclusivamente en la descripción de las características básicas que deben reunir los contenidos de formación básica y continuada para aquellas personas que pueden actuar como mediadoras sociales en prevención.

8.2. ¿En qué consiste la mediación en prevención y quienes pueden desarrollarla?

Todos los ámbitos de actuación preventiva descritos en esta Guía requieren, para su adecuado desarrollo, del compromiso y concurso más o menos intenso, pero siempre pautado y basado en criterios de efectividad, de personas que debido a su trabajo, función natural o actividad voluntaria en alguno de los ámbitos descritos (comunitario, educativo, familiar, laboral y de ocio y tiempo libre), hacen viable la adopción de estrategias preventivas adecuadas a cada uno de estos contextos.

Así, las personas que intervienen en la mediación preventiva son quienes permiten la ejecución de las actividades necesarias en cada ámbito, actuando como catalizadores de los procesos de cambio esperados para el logro de los objetivos preventivos.

En ocasiones, las actuaciones de mediación pueden centrarse en dirigir y tutelar el proceso formativo de los participantes en un plan o programa (población destinataria final). En otras ocasiones, la mediación se centra en minimizar los factores de riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con las drogas y promover o reforzar el concurso de factores de protección entre la población destinataria. Finalmente, en algunos contextos, la mediación consiste en promover, reforzar y hacer patente las capacidades de la población destinataria final para resolver sus propios problemas. Frecuentemente la mediación consiste en combinar estas tres opciones a la vez. En cualquier caso, se trata de tareas cuya razón de ser es contribuir a mejorar o prevenir el desarrollo de problemas relacionados con las drogas entre la población para la que está destinado el programa.

Entre los distintos agentes sociales que pueden ejercer tareas de mediación preventiva, destacan algunos grupos profesionales por la alta relevancia que el ejercicio de su trabajo tiene para las poblaciones beneficiarias de los planes y programas de prevención. Así, educadores que trabajan en entornos de educación formal, profesionales de la salud y de los servicios sociales, así como de salud laboral, y profesionales de la comunicación, son quienes mayor influencia e impacto pueden tener.

Por otro lado, los profesionales que trabajan en el sector del ocio y la restauración también pueden jugar un papel importante, dado que su actividad se halla vinculada a entornos en los que, con frecuencia, se produce el consumo de drogas (alcohol, tabaco y otras drogas).

Finalmente, pero no menos importante, es la función mediadora de otros grupos no definidos por su actividad profesional, sino por su función social natural: padres y madres, o tutores, así como otras personas voluntarias que ejercen tareas de mediación en el ámbito del ocio, la juventud, las actividades deportivas, grupos parroquiales, etc.

8.3. Marco de Actuación

El marco de actuación lo aporta el Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma la Región de Murcia que ofrece las bases de los contenidos formativos y vela por la calidad y adecuación de los mismos. Trabajando así mismo para favorecer su aplicación en los distintos ámbitos desde donde se pueden desplegar los planes y programas preventivos locales.



8.4. Finalidad de la formación de mediadores en prevención del consumo de drogas y problemas asociados

El fin último al que debe aspirar cualquier iniciativa de capacitación de mediadores es garantizar una formación de calidad que facilite el acceso de las personas mediadoras a conocimientos actualizados y con base en la evidencia en relación a las drogas, además de promover y reforzar la implicación activa de estas personas en las actuaciones preventivas. Para ello, esta oferta formativa debe responder y adaptarse a las distintas necesidades de profesionales no especializados en prevención u otras personas clave, que por su formación o situación en el contexto comunitario, así como por su ámbito de trabajo o de intervención, pueden desempeñar una función clave en prevención.

8.5. Características y contenidos básicos de la formación de grupos mediadores en prevención del uso de drogas y problemas asociados

Para asegurar la calidad de la formación a grupos mediadores es preciso prestar atención tanto a los contenidos como a los métodos en los que basar la esta oferta formativa. A continuación se presentan las características esenciales que debe reunir una oferta de calidad en este ámbito.

8.5.1. Contenidos troncales básicos y método de trabajo

La capacitación para ejercer tareas de mediación en prevención, debe abarcar unos contenidos básicos que aseguren la capacitación e implicación en las tareas y programas preventivos de profesionales o personas voluntarias provenientes de muy sectores muy diversos (miembros de asociaciones de padres y madres; asociaciones vecinales; u otras organizaciones no gubernamentales de mujeres, jóvenes, trabajadores, etc.). Estos contenidos troncales deben ser comunes a todos los grupos mediadores, aunque el la profundidad y la duración con las que se aborden pueda variar sustancialmente según sean las necesidades y disponibilidad de cada sector o grupo de participantes. Para responder a estas necesidades, la formación básica debe cubrir, al menos, los siguientes **contenidos troncales básicos**:

CONCEPTOS BÁSICOS

- Drogas: tipos, clasificación, efectos y riesgos asociados al consumo de cada sustancia, con especial énfasis en: alcohol, tabaco, cánnabis, sustancias recreativas, psicofármacos y cocaína.

- Dimensión de los problemas y daños relacionados con el uso de drogas: mortalidad, morbilidad y otros costes sociales, sanitarios y personales (con especial hincapié en datos nacionales, autonómicos y locales).

CONDICIONANTES DEL CONSUMO DE DROGAS

- Factores de riesgo: económicos y macrosociales, comunitarios, del entorno inmediato y personales.

- Factores de protección: legales y macrosociales, comunitarios, del entorno inmediato y personales.

PREVENCIÓN DEL USO DE DROGAS Y DE LOS PROBLEMAS ASOCIADOS

- Concepto y objetivos de la actividad preventiva.

- Fundamentos: bases teóricas y científicas de prevención del consumo de drogas.

- Ámbitos de actuación preventiva y sus características.

- Niveles de intervención y modelos teóricos efectivos para cada nivel.

- Conceptos básicos sobre planificación en prevención.



LA MEDIACIÓN EN PREVENCIÓN

- Concepto y objetivos de la mediación.
 - Ámbitos de actuación.
 - La función de las personas mediadoras.
 - Importancia preventiva de la modelación: fundamentos teóricos y evidencia de efectividad.
 - Características esenciales de una mediación preventiva de calidad.
-

En cuanto al **método de trabajo** la formación debe desarrollarse utilizando métodos activos, dinámicos y participativos, donde se combine la presentación o recopilación de información teórica basada en la evidencia, con el análisis de la experiencia de las personas participantes: problemas relacionados con las drogas en su entorno inmediato y reflexión sobre cuál puede ser su función mediadora.

Este ejercicio de cotejo de datos objetivos, evidencia de efectividad de las estrategias preventivas, y valoración de las funciones de mediación como un elemento indispensable en prevención, debe permitir a las personas participantes elaborar propuestas prácticas sobre qué actitudes y actuaciones de eficacia preventiva probada, pueden desarrollar en su contexto cotidiano (comunitario, escolar, laboral, familiar, recreativo, etc.).

Dependiendo de la duración y grado de profundización que permita cada curso, este método participativo puede articularse a través de la realización de sesiones específicas de formación, talleres, seminarios o cursos de mayor duración.

Para facilitar el acceso de un mayor número de participantes, se puede explorar así mismo la oferta de programas y talleres formativos on-line, que permita una mayor cobertura entre todas aquellas personas preocupadas por el abordaje de los problemas relacionados con las drogas desde distintos ámbitos sociales.

8.5.2. Contenidos específicos para cada grupo mediador

Además la formación básica descrita en el punto anterior y manteniendo el mismo método participativo y dinámico, las ofertas de formación a mediadores deben completarse con contenidos específicos adaptados a cada grupo de participantes.

Se describen a continuación, los contenidos específicos básicos para que los principales grupos mediadores puedan ejercer una función preventiva con la necesaria calidad técnica.

8.5.2.1. Formación de profesionales del ámbito educativo:

Los programas dirigidos a profesionales de la educación (en todas sus etapas: educación infantil, primaria, secundaria y post obligatoria) deben añadir a la formación básica los siguientes contenidos:

A

A- Capacitación para el desarrollo de buenas prácticas de gestión en el aula, en especial para poder aplicar técnicas de:

- Interactividad en el aula.
- Mediación del conocimiento.
- Participación activa del alumnado.
- Motivación del alumnado para promover un buen rendimiento académico.
- Recompensa de los comportamientos adecuados.



- Promoción del establecimiento de lazos afectivos positivos entre el alumnado y el centro escolar.

B

B- Formación necesaria para saber qué tipo de contenidos en prevención sobre drogas son adecuados, según la etapa evolutiva del alumnado.

C

C- Formación práctica adecuada para poder utilizar técnicas de entrenamiento de habilidades sociales y habilidades para la vida, en especial para poder educar en habilidades como:

- Asertividad para expresar adecuadamente las propias necesidades frente a las presiones del entorno.
- Autonomía y consecuencias esperables de las opciones adoptadas.
- Capacidad de adaptación ante nuevos retos o situaciones.
- Conocimiento personal.
- Empatía.
- Manejo de las emociones y los sentimientos.
- Manejo de tensiones y del estrés.
- Pensamiento creativo.
- Pensamiento crítico y manejo de presiones del entorno.
- Auto-estima entendida como refuerzo de las propias capacidades en general y las de resistencia a las presiones del entorno.
- Responsabilidad personal.
- Solución de problemas y resolución de conflictos.
- Tolerancia y cooperación.
- Toma de decisiones.
- Interiorización de valores prosociales y democráticos.
- Y en general, todas aquellas habilidades que permitan la adquisición de competencia psicosocial.

D

D- Capacitación para ejercer tareas adecuadas de detección precoz de consumos, intervención temprana y derivación a programas de nivel selectivo e indicado cuando sea necesario.

E

E- Entrenamiento para el manejo de situaciones conflictivas dentro del aula, así como en el contexto que abarca la comunidad educativa en general.



F

F- Capacitación necesaria para promover iniciativas de coordinación con recursos externos al centro educativo.

Como por ejemplo el contacto y coordinación con los profesionales de la salud de Atención Primaria, u otros profesionales de los recursos comunitarios existentes en la zona (seguridad vial, instalaciones deportivas, etc.).

8.5.2.2. Formación de profesionales y voluntarios del ámbito comunitario:

Los programas dirigidos a estos grupos de profesionales (agentes de salud en contextos de ocio nocturno, monitores de tiempo libre, trabajadores de calle, personas que desarrollan programas en contextos de ocio nocturno, personal de sistemas de protección y reforma de menores, personal de la policía local y autonómica, etc.) o voluntarios deben añadir a la formación básica los siguientes contenidos:

A- Formación sobre opciones de reducción de riesgos y daños y los contextos y población destinataria para cada opción. Incluyendo enfoques de reducción de riesgos relacionados con el uso de drogas y prácticas sexuales de riesgo, incidiendo en la función decisiva que puede tener el mediador en el fomento de una cultura preventiva basada en un enfoque democrático (frente al autoritario o a la no intervención) y basado en la evidencia de efectividad.

B- Capacitación para ejercer tareas adecuadas de detección precoz de consumos, intervención temprana y derivación a programas de nivel selectivo e indicado cuando sea necesario.

C- Conocimiento de los recursos y dispositivos de intervención selectiva e indicada, así como de recursos asistenciales y criterios de derivación en cada caso.

D- Capacitación necesaria para promover iniciativas de coordinación con recursos comunitarios de atención a problemas relacionados con las drogas.

8.5.2.3. Formación de agentes sociales del ámbito laboral:

En el medio laboral, los programas de formación deben ir dirigidos a profesionales de recursos humanos, agentes sindicales, agentes de salud y seguridad laboral u otros agentes de relevancia. En este ámbito los contenidos adicionales a la formación básica son los siguientes:

A- Conocimiento de las dimensiones de los problemas relacionados con el uso de drogas en el ámbito laboral y su incidencia en los trabajadores, en sus familias y en la empresa.

B- Legislación laboral y normativa vigente que regula las relaciones laborales y de prevención de riesgos de la empresa y su relación como el manejo de los problemas relacionados



con las drogas de forma adecuada a los derechos de todos los agentes implicados.

C- La capacitación necesaria para el desarrollo de políticas y programas de prevención sobre drogas en el marco de la empresa.

8.5.2.4. Formación de profesionales que trabajan en el sector del ocio nocturno:

A- Conceptos básicos sobre reducción de riesgos y daños y cómo aumentar las medidas de salud y seguridad en los establecimientos de ocio.

B- Capacitación sobre como detectar clientes en situación de riesgo y qué actuaciones pueden contribuir a la disminución de dicho riesgo.

C- Formación general sobre aspectos de salud y seguridad.

8.5.2.5. Formación familiar:

A- Formación sobre fases del crecimiento y maduración de los hijos, así como factores de riesgo y protección relevantes para cada fase. la prevención de diversas problemáticas (consumo de drogas, sexualidad, violencia, etc.) y las estrategias educativas para tratar los distintos problemas que puedan aparecer.

B- Formación sobre estilos educativos y capacitación en técnicas de gestión familiar. Incluyendo los aspectos normativos, el fomento de la autoestima, la comunicación familiar, el fomento de la autonomía, la transmisión de valores, y el entrenamiento en prácticas de gestión democrática.

8.6. Actuaciones complementarias para promover la implicación y la capacitación de mediadores

Además de la convocatoria formal de sesiones o cursos de formación, algunas medidas complementarias pueden reforzar el impacto de las ofertas formativas, así como promover una mayor participación en las mismas de los grupos mediadores. Entre estas medidas cabe destacar la importancia de:

- Facilitar el acceso a los servicios de documentación especializados en drogodependencias.
- Facilitar el acceso on-line a recursos de documentación sobre drogodependencias, así como a otros fondos documentales de relevancia en prevención.
- Asegurar una divulgación adecuada de las ofertas formativas a través de su difusión en los medios de comunicación más populares entre cada grupo mediador (prensa escrita, programas de radio o de TV, Internet, telefonía móvil, etc.).
- Realizar convenios de colaboración con entidades o instituciones de cada sector (asociaciones, gremios, sindicatos, etc.).

