

Comparación de la eficacia preventiva de programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas

Comparison of the preventive efficacy of psychosocial intervention programs on attitudes towards the young consumption of psychoactives substances

MORAL JIMÉNEZ, M.V.*, SIRVENT RUIZ, C.**, OVEJERO BERNAL, A.*** Y RODRÍGUEZ DÍAZ, F.J.****

*Profesora Asociada. Área de Psicología Social. Universidad de Oviedo. Oviedo. España. **Médico Psiquiatra. Director de la Fundación Instituto de Drogodependencias Spiral. ***Catedrático de Psicología Social. Universidad de Valladolid. Valladolid. España. ****Profesor Titular. Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento. Universidad de Oviedo. Oviedo. España.

RESUMEN: *Objetivo:* Con la intervención psicosocial de carácter educativo-preventivo, implementada en 4 centros de enseñanza secundaria del Principado de Asturias, el objetivo prioritario que se ha perseguido es promover cambios en las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas del colectivo de adolescentes que han participado en el estudio longitudinal llevado a cabo.

Material y métodos: Se ha procedido a comprobar la eficacia preventiva de 4 programas de intervención psicosocial calificados como de *intervención familiar, experto, informativo* y de *sensibilización básica*. En la primera encuesta participaron 755 alumnos, y posteriormente se seleccionaron 4 grupos experimentales y un grupo control, integrados por 141 adolescentes. Se han analizado las actitudes permisivas y contrarias hacia las drogas ilegales y hacia drogas institucionalizadas (tabaco y alcohol) y la percepción valorativa de sus consumidores, entre otros factores.

Resultados: De acuerdo con los resultados obtenidos, se confirma la eficacia preventiva de las se-

siones educativo-preventivas implementadas en promover cambios en la actitud ante el consumo de drogas, en la dirección predicha relativa a un fortalecimiento de las actitudes opuestas al consumo de sustancias psicoactivas, así como una disminución significativa de actitudes previas permisivas.

Conclusiones: A partir del análisis longitudinal de los resultados hallados en las comparaciones de las sucesivas evaluaciones del programa (7, 12 y 18 meses), y en función del programa preventivo empleado, ha de concluirse que la eficacia preventiva del programa de intervención psicosocial se mantiene a medio plazo.

PALABRAS CLAVE: Sustancias psicoactivas. Prevención. Intervención psicosocial y comunitaria. Adolescencia.

ABSTRACT: *Objective:* With the psychosocial intervention of educative-preventive character applied in four High Schools of the *Principado de Asturias* the pursued main objective is promote changes in the attitudes toward the psychoactive substances consumption of the adolescents collective that have participated in the longitudinal study.

Material and methods: Likewise, we have proceeded to check the preventive efficacy of four psychosocial intervention programs qualified like *family intervention, expert, informative* and *basic sensitiveness*, as well as a control group. In the first inquiry

Correspondencia:

MARÍA DE LA VILLA MORAL JIMÉNEZ
Facultad de Psicología (despacho 211)
Universidad de Oviedo
Plaza Feijóo, s/n. 33003 Oviedo. España
E-mail: psico4@correo.uniovi.es y mvilla@uniovi.es

750 students participated, have been chosen later four experimental groups and a control group computing by 141 adolescents. We have analysed the permissive attitudes and opponent toward illegal drugs and institutional drugs (tobacco and alcohol) and the appraised perception of their consumers, between others factors.

Results: In agreement with get results, we confirm the preventive efficacy of educative-preventive sessions on promote attitudinal changes about drugs consumption, in the predicted way regarding a strengthening of the against consumption attitudes, as soon as a significant decrease of previous permissive attitudes.

Conclusions: Beginning from longitudinal analysis, found results by the comparisons of the successive programs evaluation (7 months, 12 months and 18 months), and by used preventive program function, we have to conclude, that the preventive efficacy of psychosocial intervention program keeps up midway time-limit.

KEY WORDS: Psychoactive substances. Prevention. Psychosocial and communitary intervention. Adolescence.

Introducción

En la bibliografía sobre el tema, abundan las referencias a programas de prevención e intervención sobre el colectivo juvenil en materia de drogodependencias, mediante labores de prevención escolar y comunitaria¹⁻⁴, tanto en el ámbito de secundaria⁵⁻¹¹ como en primaria¹², y con población de universitarios¹³, máxime ante la presión toxicomanógena a la que se hayan sometidos los adolescentes contemporáneos por las conminaciones grupales en su tiempo de ocio y por otros modelamientos simbólicos. Los diseños implementados son multidimensionales y se proyectan a diversos ámbitos de aplicación, como los concernientes a la intervención familiar¹⁴⁻¹⁶, aquellos vinculados a los estilos de vida juveniles¹⁷ o los dirigidos al rediseño de los recursos en el ámbito del tiempo libre y el ocio alternativo¹⁸⁻²⁴, y se plantea como objetivo preventivo optimizador, la necesaria colaboración e implicación activa tanto de la familia como del grupo de iguales y la escuela —en su labor de agencias socializadoras por excelencia—, y las propias instituciones^{9,25-27}.

En materia de salud, prevenir es concienciar, no imponer o meramente institucionalizar ciertas medidas de actuación. Se ha de intervenir capacitando, no sim-

plemente marcando límites. Educar representa más que instruir y se abunda en la necesidad de intervenir *con* quien lo precise, no *sobre* ellos, tratando de responder a cuestiones que se plantea el individuo «afectado», antes bien que proporcionar respuestas a interrogantes sugeridos e imbuir esperanza, no falsa expectación, entre otras muchas directrices. Prevenir en materia de drogas, en fin, ha de ser un acto de mediación, más que de imposición y de persuasión represiva o de sanción correctiva. Prevenir es también intervenir, aun cuando no en toda intervención se plantea como fin último un acto preventivo. A este respecto, baste recordar que el sistema clásico de Caplan²⁸ ha de ser criticado en algunos aspectos, ya que en él, precisamente, se confunde prevención e intervención y se aporta una visión monocausal de los trastornos mediante la que se distorsiona la multifactorialidad subyacente, de ahí que se esgriman acertadas críticas a la tipología caplaniana²⁹⁻³¹. Desde la perspectiva de la psicología de la salud, se propugna reducir la prevención sólo a la primaria (desde la que se trataría de conocer las relaciones entre el tipo de comportamiento y los efectos sobre la salud y la enfermedad) y la secundaria (se actuaría para cambiar los comportamientos no adaptativos), siendo consideradas las actuaciones de prevención terciaria y cuaternaria propiamente como *intervenciones psicológicas de tratamiento*³².

Mediante la prevención-intervención se debe formar, lo cual no se agota en labores informativas, ni informar supone necesariamente prevenir. De la equiparación teórica y aplicada entre ambos, prevención e información disuasoria, se han derivado multitud de fracasos e incluso efectos elicítadores de riesgos. De hecho, los resultados derivados de cualquier acto informativo no son comparables a los cambios positivos observados al realizar un programa formativo y competencial o de capacitación con reentrenamiento en habilidades básicas, reafirmación de la identidad, cambio de actitud, concienciación activa y promotor de la capacidad crítica, entre otras opciones^{33,34}.

Educación e información han de impartirse conjuntamente como si ésta fuese *un momento de aquella*, no siendo sensato reducir la labor de información-prevención al proceso educacional. A este respecto, se ha aludido a la escasa efectividad de las estrategias de prevención tradicionales, basadas en el aporte de información³⁵. Los programas preventivos del consumo de drogas basados en la *mera* transmisión de conocimientos no necesariamente provocan cambios en la actitud, y si lo hacen, puede que ni siquiera en la dirección prevista, conclusión que se obtuvo a raíz de la revisión efectuada por Pickens³⁶. Incluso se ha llegado

a esgrimir que los mejores programas preventivos son aquellos que menos hablan de las drogas, en opinión de un renombrado especialista como Vega³⁷. Se ha corroborado, asimismo, que de charlas ocasionales se pueden derivar efectos contrapreventivos, así como del empleo del llamamiento al miedo, opción inadecuada que suele aumentar la curiosidad juvenil por la experimentación³⁸. Semejante consecuencia se asocia a la posibilidad de que se impliquen efectos espurios en labores preventivas consistentes en el aporte de información centrada exclusivamente en los aspectos negativos de la sustancia, cuestión ésta corroborada por Johnson³⁹, quien incide en su ineficacia, de modo que desde diversas agencias como la UNESCO⁴⁰ se advertía de la posibilidad de que de tales actuaciones se coligiesen efectos contrarios a los deseados.

Aparte de esas estrategias preventivas, otros programas se incluyen dentro de un conjunto de medidas dirigidas a promocionar la salud en su conjunto sin especificidad alguna (*genéricos*) y un tercer grupo incluye la aportación de información generalmente por un igual (no por un experto), la identificación de las influencias sociales para poder hacer frente a las mismas, así como el intento de favorecer la toma de decisiones asociado a un entrenamiento en habilidades sociales, con objeto de responder adecuadamente a las presiones del medio (*psicosociales*). A éstos se suman *programas de habilidades generales* que se basan en el reconocimiento de que existe un factor multicausal en el proceso de inicio al consumo de cualquier sustancia psicoactiva y en los que se aportan estrategias de entrenamiento de habilidades sociales más amplias (cognitivo-conductuales, comunicacionales, desarrollo de la capacidad crítica frente a la persuasión, manejo de situaciones generadoras de ansiedad, habilidades sociales e interpersonales, etc.). Sin embargo, lo cierto es que en un programa preventivo óptimo se han de aunar esfuerzos en el diseño de acciones de carácter comprensivo, que respondan a la multidimensionalidad e hipercomplejidad etiológica del objeto de estudio.

En una correcta conceptualización de *salud* se ha de incidir en diversos presupuestos teórico-aplicados. En primer lugar, la salud integral asociada a reguladores físicos específicos, a estilos de vida y vinculaciones sociales, se ha de abordar como un asunto comunitario y político, de modo que la participación de la comunidad esté conectada a una regulación sociosanitaria, dadas las implicaciones políticas en esta materia⁴¹. La responsabilidad hacia la propia salud, en condiciones de exacerbación de la importancia del estado de bienestar holístico (físico, psicológico y social) que ha de

ampliarse a la salud comunitaria, se dificulta. Se apunta que la acción benefactora de estamentos legitimados, bien pudiera estar conectada con intentos de control orquestados a través de la (im)posición dominante del concepto de salud y enfermedad y de norma y desviación. En todo caso, ha de hablarse del *estado activo* de salud y enfermedad como algo intersubjetivo, cambiante y modulado por variables externas⁴²⁻⁴⁹. Prevenir *la enfermedad* —llámesele desequilibrio, desajuste o desviación, en términos más sociales—, no resulta ser lo mismo que promocionar la salud, en los términos expresados por Barriga⁵⁰. En consecuencia, prevenir la aparición y/o cronificación de una problemática como la de la drogadicción juvenil ha de ser un acto de mediación, más que de imposición, o de remediación de un problema juzgado como tal al efecto, sin que haya habido un proceso previo de reformulación interesada del objeto en sí.

La prevención y promoción de actitudes y conductas saludables en la escuela se ha visto favorecida por la propia evolución del concepto de salud en los últimos años⁵¹. Pero la Educación para la Salud aplicada a esta materia ha de ser mucho más que un ejercicio de intento de cambio de actitudes individuales hacia el consumo de sustancias psicoactivas que, por lo general, no redundan en la deseable modificación de hábitos conductuales ya instaurados⁵². Abundan las propuestas de *capacitación* o *competencia*⁵³ y *promoción de la salud*⁴³, de modo que a través de esta última se promueve estimular el cambio ambiental priorizando opciones saludables⁵⁴. No sólo educar actitudes positivas hacia ciertos estilos de vida de bienestar, sino asegurar un aprendizaje significativo de diversos conceptos, procedimientos y habilidades personales y sociales es la propuesta relativa a la Educación para la Salud⁵⁵. Asimismo, poner en práctica una *intervención comportamental-educativa* centrada en actuaciones mediante las que se faciliten modificaciones conductuales y ambientales, superando el objetivo (necesario, pero no suficiente) de informar sobre las condiciones de vida asociadas a un estado que optimice la salud, es otra opción que se ofrece frente a actuaciones tradicionales de intervención terapéutica y a estrategias de Educación para la Salud en lo concerniente a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud individual⁵⁶⁻⁵⁸.

Convenimos plenamente en que la escuela debe emplearse como un instrumento preventivo, aparte de educador ya de por sí, siendo la intervención específica en materia de drogas dirigida al colectivo juvenil una de las más acuciantes demandas sociales e institucionales y un reto inexcusable. Precisamente, a este

respecto, uno de los supuestos en los que se obtiene más consenso y se aúnan más esfuerzos es el relativo al tipo de agente. La implicación activa del profesor resulta imprescindible, de ahí que se hayan hecho propuestas de *formación del profesorado* para adecuar su papel a las demandas que debe satisfacer⁵⁹⁻⁶¹. Se ha apuntado la mayor eficacia de los programas de Educación para la Salud cuando son impartidos por profesores, así como cuando están incluidos en el currículum escolar e integrados en un programa de promoción de la salud de alcance comunitario, y acompañado todo ello de un entrenamiento en habilidades de afrontamiento de la presión social de los iguales y de los medios publicitarios^{9,62,63}. Asimismo, se ha comprobado que se obtienen mejores resultados en los programas desarrollados por los docentes habituales de los escolares a los que van destinados⁶⁴. No olvidemos, en cualquier caso, que el profesorado implicado en el desarrollo de programas de prevención, dedica relativamente poco tiempo al entrenamiento en habilidades sociales⁶⁵, y que no se puede hacer depender de un solo agente una intervención de cariz netamente preventivo de un sólo agente; sin embargo, se aboga por una eficaz intervención socioeducativa⁶⁶. Por otra parte, ha de puntualizarse que un intento excesivamente persuasivo de *imposición* de actitudes promotoras y potenciadoras de salud puede ser juzgado como un acto intrusivo en el que la comunidad escolar, y fundamentalmente el alumnado como *población subsidiaria*, no se sienta representado ni actúe como agente crítico, percibiéndose como *mera* población diana en la aplicación de políticas de ese estilo. Institucionalizar las actividades de Educación para la Salud como una asignatura más impartida y evaluada podría conducir a una ritualización de éstas, tal y como evidenció Carbonell⁶⁷. Los contenidos transversales pueden utilizarse, sin embargo, como instrumentos de promoción de cambio y como auténticas herramientas inductoras de planteamientos educativos, sensibilizadores ante una problemática como la del consumo recreativo de sustancias psicoactivas, extendido cada vez más a un amplio colectivo de adolescentes escolarizados.

En definitiva, supone una petición lícita que a la Educación para la Salud, como tema transversal propuesto desde un modelo integrado en el diseño curricular de los centros educativos, se sume un intento de aportar *salud para la educación*, priorizando en esta oportunidad el objetivo de (re)construir discursos y prácticas, políticas y responsabilidades, estrategias y métodos hasta implicarse de lleno en la labor de *(trans)formar ciudadanos críticos*.

Material y métodos

Muestra

Mediante un muestro intencional se han seleccionado 4 centros de secundaria del Principado de Asturias con objeto de poner en marcha una investigación descriptiva, inicialmente, en la que participaron 755 alumnos del nivel de educación secundaria. Las principales áreas de exploración han sido aquellas vinculadas a las actitudes y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas, junto a otras áreas tales como la del ocio, la percepción del sí mismo y sus dimensiones constitutivas, los apoyos y vínculos interaccionales, la educación familiar o el repertorio de habilidades sociales, entre otras.

Con posterioridad a la realización del estudio descriptivo se efectuó un *muestreo de conglomerados* con submuestreo (bietápico), se empleó un diseño *cuasi experimental*, denominado *diseño de grupo control no equivalente* con un grupo experimental (en esta oportunidad 4) y otro control, recibiendo pretest y postest. Esta submuestra *de intervención* (o «experimental») se seleccionó con la intención de promover cambios en las actitudes hacia el consumo de drogas, así como un entrenamiento en habilidades sociales básicas tales como las relacionadas con el despliegue de conductas asertivas y de rechazo de la incitación grupal, y reafirmaciones de identidad mediante la puesta en práctica de un programa de prevención-intervención psicosocial vinculado al ámbito educativo, el cual se llevó a cabo a los 3 meses de finalizar la primera recogida de información. Se seleccionó una muestra de adolescentes en *riesgo percibido* integrada por 141 adolescentes (76 alumnas y 65 alumnos), adscritos a tercer curso de ESO. De los alumnos seleccionados, el 59,7% (n = 83) tenía 14 años, con un rango de edad de 13 a 16 años (media = 14,69 años). La situación de riesgo de los adolescentes se atribuía en función de indicadores tales como las experiencias de experimentación con las drogas, las actitudes permisivas hacia éstas y las disposiciones y prácticas de consumo inadecuadas para su nivel de edad.

Variables investigadas e instrumentos de evaluación

Bajo el epígrafe de *actitudes hacia las drogas* (AICA01-AICA30) se incluyen cuestiones relacionadas, propiamente, con aspectos cognitivos (creencias, expectativas, etc.) y valorativos acerca de las drogas y sus usos y efectos. Se aportan, asimismo, otras afirmaciones referentes a la información sobre el alcohol o

relativas a los psicofármacos y otras sustancias psicoactivas, incidencias sobre el componente valorativo de la actitud hacia el consumo (ACTITUD) y disposición personal hacia el consumo de alcohol (ACT01-10) u otras drogas (ACT11-20), como variables más significativas.

Se ha administrado el Autoinforme de Consumo de Sustancias Psicoactivas⁶⁸ que consta de 30 ítems medidos en una escala Likert con 5 niveles en los que se analizan actitudes hacia las drogas, su consumo y usuarios, de acuerdo con una triple dimensionalidad: cognitivas (creencias y expectativas), emocionales (sentimientos y valoraciones) y comportamentales (disposición para actuar), conocimientos sobre consumo de drogas, edad de inicio, historia de consumo, situaciones, disponibilidad del producto en el entorno y modelos de consumidores (familia y grupo de iguales).

Asimismo, se ha empleado el Cuestionario de Actitudes⁵⁷ adaptado de Macià⁶⁹ integrado por 20 ítems evaluados en formato Likert, en los que se incide sobre el análisis de las dimensiones valorativa (sentimientos asociados) y reactiva (inclinación para actuar) de las actitudes, fundamentalmente, tanto ante el alcohol como hacia otras drogas ilegales. Por lo que respecta a alguna de las propiedades psicométricas de ambas escalas ha de indicarse que en nuestra investigación el valor de α hallado para 141 casos válidos es de 0,9354 y de 0,9059, respectivamente.

Procedimiento

En esta investigación, de forma previa a la intervención preventiva de carácter psicosocial que se ha diseñado y puesto en práctica, se ha procedido a realizar un estudio descriptivo con carácter exploratorio con una muestra más amplia ($n = 755$), de la que se seleccionaron 4 grupos de intervención y un grupo control ($n = 141$) que constituyen la *muestra experimental*.

Se emprendió un proceso de *planificación y programación en el ámbito comunitario y educativo*, lo cual constituye una labor previa sobre la cual ha de asentarse cualquier propuesta de intervención psicosocial y sociocomunitaria, mediante la que se incida en la detección de necesidades y se evalúen las demandas correspondientes. A ello se une el establecimiento de prioridades, así como la determinación del grupo objetivo y de su receptividad o resistencia y de la comunidad ante proyectos de esta índole. En nuestro caso, aparte de los contactos en el plano comunitario pertinentes a objeto de la programación de las labores de intervención psicosocial, en la primera fase se realizaron labores de *encuesta*, de modo que en la fase de re-

cogida de datos para la muestra total, contemplando la imposibilidad de proceder a la administración sucesiva de los cuestionarios empleados en el mismo día a todos los integrantes de la muestra (varios instrumentos de evaluación aplicados a 755 alumnos distribuidos en 30 grupos escolares), se emplearon diversas sesiones, de acuerdo con la disponibilidad del departamento de orientación de cada centro.

Los datos fueron recogidos de forma anónima, aunque se procedió a la asignación de un código numérico (el número correspondiente a cada alumno en clase) debido a la necesidad de adjuntar los resultados de cada una de las escalas administradas sucesivamente al mismo caso, y en vistas a la posterior evaluación de resultados de la intervención educativo-preventiva, realizada con una selección de la muestra total en el correspondiente estudio longitudinal.

El programa educativo-preventivo se aplicó a 4 grupos experimentales calificados como de *intervención familiar* (sesiones informativas, dinamización grupal e intervención paralela con padres), *grupo experto* (sesiones informativas impartidas por un experto en drogodependencias), *informativo* (sesiones exclusivamente informativas de carácter específico) y de *sensibilización básica* (sesiones informativas, desmitificación y acciones sensibilizadoras, entrenamiento básico en habilidades sociales de resistencia a la presión grupal). Todo ello se diseñó con objeto de determinar los efectos diferenciales derivados del tipo de programación de actividades propuesto y de comprobar la prevista menor eficacia relativa de este tipo de programas genéricos con respecto a otros capacitadores. Se procedió a realizar una evaluación de los resultados derivados del programa de prevención e intervención psicosocial en distintos momentos temporales (intervalos de 7 meses, un año y un año y medio desde la primera recogida de información, tanto en la muestra total como en los grupos de intervención y control).

Para el tratamiento estadístico de los datos se ha empleado el paquete estadístico SPSS versión 11.5, y se han realizado diversos análisis descriptivos y de comparación de medias (prueba t-test para muestras relacionadas, valores de $p < 0,10$ se consideran estadísticamente significativos) con objeto de verificar la eficacia del programa y de discriminar los efectos diferenciales de las diversas modalidades descritas.

Resultados y discusión

En esta investigación se ha comprobado la existencia de diferencias significativas en aspectos que han

sido objeto de entrenamiento, mediante la propuesta de intervención psicosocial implementada a los pocos meses de realizar la encuesta correspondiente. Se ha procedido, pues, a la comprobación de la eficacia preventiva de la intervención sobre la esfera actitudinal. Se previó la existencia de cambios en las actitudes hacia el consumo y una reducción significativa de esos usos/abusos en comparación con la fase previa pretratamiento. En este sentido, se ofrecen los resultados de los análisis realizados, mediante los cuales se corrobora la significación de tales diferencias, si bien conviene analizar entre qué períodos temporales se con-

centran con objeto de analizar la cadencia temporal de los cambios, determinar los efectos diferenciales de las 4 modalidades de intervención propuestas y avanzar posibles interpretaciones del cambio promovido.

Se exponen, en primer lugar, los resultados porcentuales hallados en el análisis de las respuestas aportadas por la muestra con la que se realizó la intervención preventiva y rehabilitadora al año y medio de la primera recogida de datos (es decir, con un intervalo de un año desde la conclusión del programa de intervención) (*post3*), que se incluyen en la tabla 1, y de la que se pueden extraer algunas interpretaciones tentati-

Tabla 1. Actitudes ante las drogas. Estudio comparativo de los resultados obtenidos por la submuestra de intervención en la última administración de las pruebas tras el tratamiento experimental (*post3*) y en la primera recogida de información (*preintervención*). Análisis de porcentajes de respuesta

Actitud drogas	MA		A		I		D		MD	
	Post3 (%)	Pre (%)	Post3 (%)	Pre (%)	Post3 (%)	Pre (%)	Post3 (%)	Pre (%)	Post3 (%)	Pre (%)
Aica01 La droga no debería existir	49,5	55,6	28,3	28,7	15,2	6,5	6,1	5,6	1,0	3,7
Aica02 La droga produce infelicidad a largo plazo	52,5	52,8	31,3	24,1	12,1	16,7	4,0	5,6	0,0	0,09
Aica03 La droga mata	61,6	69,4	28,3	14,8	8,1	9,3	2,0	5,6	0,0	0,09
Aica04 La droga es uno de los males de nuestra sociedad	54,5	60,2	30,3	32,4	10,0	4,6	3,0	0,9	2,0	1,9
Aica05 La droga impide una buena comprensión entre las personas	41,4	32,4	32,3	40,7	17,2	13,9	5,1	5,6	4,0	7,4
Aica06 Me disgusta que exista la droga	32,3	43,5	29,3	30,6	22,2	11,1	11,1	8,3	5,1	6,5
Aica07 Detesto a quien consume droga	23,2	13,9	16,2	10,2	21,2	20,4	14,1	32,4	22,2	23,1
Aica08 No estaría dispuesto a probar la droga por curiosidad	46,5	52,8	31,3	13,0	19,2	15,7	3,0	9,3	0,0	9,3
Aica09 No estaría dispuesto a tomar drogas nunca	47,5	58,3	27,3	11,1	19,2	17,6	6,1	6,5	0,0	6,5
Aica10 Rechazaría una invitación para tomar droga	46,5	64,8	30,3	7,4	16,2	10,2	4,0	10,2	3,0	7,4
Aica11 Me iría de un sitio donde estuvieran tomando droga	28,3	38,0	30,3	20,4	19,2	16,7	18,2	14,8	4,0	10,2
Aica12 Discutiría con alguien que estuviera a favor de la droga	31,3	22,2	21,2	13,9	30,3	33,3	10,1	21,3	7,1	9,3
Aica13 Cambiaría de amigos si los míos tomaran droga	29,3	14,8	22,2	14,8	27,3	36,1	13,1	19,4	8,1	14,8
Aica14 No estaría dispuesto a tomar ningún tipo de droga	42,4	54,6	33,3	15,7	19,2	19,4	5,1	5,6	0,0	4,6
Aica15 El tabaco en pequeñas cantidades es perjudicial	22,2	16,7	37,4	31,5	26,3	24,1	8,1	19,4	6,1	8,3
Aica16 El tabaco es uno de los males de nuestra sociedad	20,2	19,4	47,5	35,2	15,2	26,9	15,2	13,0	2,0	5,6
Aica17 Me disgusta que se consuma tabaco	21,2	12,0	26,3	18,5	31,2	30,6	16,2	22,2	5,1	16,7
Aica18 Admiro a quien no consume tabaco	34,3	40,7	36,4	25,9	18,2	14,8	7,1	10,2	4,0	8,3
Aica19 No tengo curiosidad para probar el tabaco	39,4	25,9	34,3	24,1	16,2	18,5	6,1	14,8	4,0	16,7
Aica20 Rechazaría una invitación para fumar	42,2	28,7	27,3	20,4	18,2	23,1	7,1	9,3	5,1	18,5
Aica21 El tabaco no nos hace mayores	55,6	61,1	33,3	24,1	8,1	2,8	1,0	6,5	2,0	5,6
Aica22 Aunque todos mis amigos fumen yo no pienso fumar	38,4	41,7	35,4	15,7	19,2	21,3	5,1	8,3	2,0	13,0
Aica23 El alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial	17,0	13,9	36,0	29,6	28,0	26,9	12,0	18,5	7,0	11,0
Aica24 El alcohol es uno de los males de nuestra sociedad	20,2	20,4	45,5	37,0	19,2	27,8	13,1	10,2	2,0	4,6
Aica25 Me disgusta que se consuma alcohol	14,1	14,8	34,3	22,2	28,3	29,6	19,2	19,4	4,0	13,9
Aica26 Admiro a quien no consume alcohol	26,3	27,8	35,4	24,1	22,2	25,9	15,2	12,0	1,0	10,2
Aica27 No tengo curiosidad para probar el alcohol	21,2	20,4	35,4	23,1	23,2	26,9	16,2	15,7	4,0	13,9
Aica28 Rechazaría una invitación para beber alcohol	27,3	27,8	31,3	19,4	14,1	24,1	24,2	11,1	3,0	17,6
Aica29 El alcohol no nos hace mayores	41,4	50,0	45,5	29,6	9,1	8,3	3,0	6,5	1,0	5,6
Aica30 Aunque todos mis amigos beban yo no pienso hacerlo	21,2	26,9	48,5	16,7	23,2	34,3	5,1	6,5	2,0	13,0

MA = muy de acuerdo; A = de acuerdo; I = inseguro; D = desacuerdo; MD = muy en desacuerdo.

vas preliminares antes de efectuar otros análisis. Para ello se ofrecen, por un lado, los resultados obtenidos en la última administración de las escalas y, por otro, los resultados de la submuestra previos a la intervención, en concreto en la primera recogida de información del estudio exploratorio (*Preintervención*). De ahí que, empleando un análisis descriptivo, se aporte una interpretación de algunas de las comparaciones porcentuales más significativas tanto a nivel estadístico como psicosocial.

Por el interés implícito, dada la relevancia de las mismas, es necesario comentar los resultados obtenidos en el primer bloque de afirmaciones (AICA01-AICA14), en el que se miden las actitudes hacia las drogas en general y sus consumidores, así como la inclinación a actuar respecto al consumo o la defensa del propio punto de vista contrario a las drogas ante la incitación al consumo, entre otros indicadores. El porcentaje más elevado obtenido correspondiente a un sólo nivel de respuesta de la escala Likert («muy de acuerdo») que se obtiene ante la afirmación «*la droga mata*» (AICA03), aseveración con la cual un 61,6% de la muestra *postintervención* manifiesta su total acuerdo, porcentaje que se amplía al 89,9% al tomar conjuntamente los niveles de acuerdo (nivel de respuesta 1 y 2), el cual antes de la intervención propiamente también era bastante elevado (84,2%). La convicción expresada acerca de los efectos negativos de la droga sobre el psiquismo individual y los perjuicios que ocasiona sobre la persona y su entorno a nivel emocional, se refleja en las respuestas dadas en la afirmación «*la droga produce infelicidad a largo plazo*» (AICA02) ante la que un 83,8% («muy de acuerdo», 52,5% y «de acuerdo», 31,3%) muestra su conformidad con semejante supuesto, porcentaje superior al obtenido por los mismos integrantes de la muestra antes de la intervención (76,9%). Otro de los ítems más significativos debido a las implicaciones que se derivan de semejante creencia es «*la droga es uno de los males de nuestra sociedad*» (AICA04), apreciación a la que se aviene un porcentaje muy elevado de adolescentes tanto antes como después de la intervención.

La intención de «*rechazar una invitación para tomar droga*» (AICA10) es un indicador del componente comportamental de la actitud que puede verse reflejado en una conducta real de rechazo, si bien resulta sumamente interesante que en la muestra *postintervención* se obtenga un porcentaje de respuesta de rechazo de semejante incitación bastante elevado (76,8%), porcentaje superior al obtenido en la primera administración de las pruebas (72,2%), aunque indicador de la misma tendencia. Ello se corrobora al analizar los re-

sultados hallados ante la disposición para «*no tomar ningún tipo de droga*» (AICA14), posibilidad planteada ante la cual se sigue mostrando una tendencia contraria, con un 75,7% de acuerdo del grupo experimental tras la programación educativa-preventiva, porcentaje más elevado que el obtenido por estos mismos sujetos casi un año y medio antes (70,3%, resultado de la primera recogida de datos).

A partir del análisis de las actitudes ante el consumo de drogas institucionalizadas como el tabaco (AICA15-AICA22) y el alcohol (AICA24-AICA30), se confirma la tendencia apuntada en el sentido de un fortalecimiento de las actitudes contrarias al consumo después de la intervención para el caso concreto del consumo, tanto de tabaco («*aunque todos mis amigos fumen yo no pienso hacerlo*» [AICA22], 74,2%, frente a un 57,4% antes de las sesiones experimentales) como de alcohol («*aunque todos mis amigos beban yo no pienso hacerlo*» [AICA30], afirmación en la que se obtiene un 69,7 y un 43,6%, respectivamente, después y antes de la intervención propuesta). Esta tendencia encuentra apoyo en los resultados obtenidos ante afirmaciones en las que se incide sobre el «*rechazo de una invitación para fumar*» (AICA20, 69,5 y 48,1%, post y preintervención, respectivamente) y para «*beber*» (AICA28, 58,6% después de las sesiones de cambio de actitud y 47,2% antes de éstas). Semejante cambio de actitud autoinformado se muestra sobre el componente cognitivo relativo a las creencias o expectativas asociadas al consumo (véase AICA15 y AICA23) y por el acuerdo mostrado ante la falsa creencia de que el tabaco (AICA21, 88,9 y 85,5%, respectivamente, después y antes de la intervención propuesta) o el alcohol (AICA29, 86,9% después de las sesiones de cambio preventivo y 79,6% antes de éstas) «*no les hace mayores*», motivación ésta que puede inducirles al consumo al actuar como inventivo del deseo de experimentación.

De lo anterior se deduce que, a pesar del tiempo transcurrido entre una y otra medición de los resultados —hecho éste que por sí mismo puede condicionar el establecimiento de mayores permisividades en las actitudes asociadas a mentalidades del usuario, máxime en una edad como la contemplada de inicio de la experimentación—, se han producido cambios muy significativos en el sentido, no sólo de un fortalecimiento de las actitudes contrarias al consumo, sino de nuevas manifestaciones de esta tendencia en las actitudes y de disminución significativa de actitudes permisivas previas.

Los cambios hacia una tendencia saludable en las actitudes, anteriormente reseñados, han de verse con-

firmados mediante el empleo de otros análisis de comparación de medias más adecuados para poder realizar la afirmación precedente con mayores garantías psicométricas. Para ello, se han efectuado pruebas t-test para muestras relacionadas, cuyos resultados se exponen en las tablas sucesivas. En concreto, en la tabla 2 se presentan los resultados globales obtenidos al comparar las puntuaciones medias halladas en las 30 actitudes (AICA01-AICA30) objeto de estudio, teniendo en cuenta que cuanto más bajo sea el valor obtenido (rango de oscilación de 1,00 a 5,00), ello sería indicativo de una actitud de escasa permisividad ante el consumo, así como de unas creencias ajustadas a la realidad y unas expectativas asociadas a unas bajas inclinaciones para consumir, esto es, una valoración negativa de las drogas y sus efectos nocivos.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se confirma la tendencia apuntada en el sentido de que al comparar las puntuaciones medias obtenidas en la medida de las actitudes globales ante el consumo en la primera administración de las pruebas (AICATO) y los sucesivos momentos temporales en que éstas se han evaluado, se obtienen diferencias significativas con todos ellos (AICATO-post1: $t = 4,78$, $t \text{ prob} = 0,000$; AICATO-post2: $t = 0,328$, $t \text{ prob} = 0,001$; AICATO-post3: $t = 1,82$, $t \text{ prob} = 0,071$) en la dirección de un fortalecimiento de las actitudes contrarias al consumo. Esto ha de interpretarse como un apoyo inequívoco a la eficacia preventiva de la programación de actividades desarrolladas en el ámbito socioeducativo. Debido al escaso intervalo temporal entre las sucesivas evaluaciones, las diferencias halladas entre la primera y la segunda

evaluación de las actitudes (post1-post2) no resulta significativa ($t = -1,47$, $t \text{ prob} = 0,146$), así como tampoco en la comparación de medias realizada entre la segunda y tercera evaluación (post2-post3) se han obtenido diferencias significativas ($t = -0,90$, $t \text{ prob} = 0,373$). Se ha obtenido que las medias halladas en las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en la comparación de los resultados de la primera y la última evaluación (post1-post3), es indicativa de un mayor rechazo al consumo que la obtenida meses después ($t = -1,98$, $t \text{ prob} = 0,005$), de modo que se confirma el impacto inicial del programa, si bien a partir de ello se podría cuestionar el mantenimiento del efecto a un año de haber finalizado la intervención. Sin embargo, ya se ha comentado que las diferencias entre las medias pretratamiento y esta última evaluación de resultados al año y medio de la recogida de datos, han resultado significativas (AICATO-post3: $t = 1,82$, $t \text{ prob} = 0,071$), en el sentido predicho de un fortalecimiento de las actitudes contrarias a la experimentación.

Con la intención de proceder a comprobar los cambios en las actitudes en una dirección preventiva, esto es, como indicador de unas actitudes de rechazo y/o resistencia al consumo una droga iniciática entre los adolescentes, como es el alcohol, y de una disposición contraria al placer intrínseco de la experimentación, a la posibilidad de ser consumidor habitual y de resistencia a la incitación al consumo, se han realizado 2 pruebas t-test para determinar la significación o no de tales diferencias propuestas, así como localizar entre qué períodos temporales se concentran. Para facilitar la interpretación de los resultados, se ha optado por adscribir a 2 categorías las afirmaciones correspondientes, ya estén planteadas acorde con una actitud contraria al consumo de alcohol (factor compuesto por los ítems ACT01, ACT04, ACT06, ACT09 y ACT10) o permisiva (integrado por ACT02, ACT03, ACT07 y ACT08), resultados que se muestran en la tabla 3.

Al evaluar las diferencias significativas que se obtienen al hallar las puntuaciones medias de las actitudes individuales contrarias al consumo de drogas, comparando las respuestas dadas en la encuesta general y en las sucesivas oportunidades de evaluación de la intervención implementada, se advierte que se obtienen diferencias significativas entre la disposición inicial para el consumo y la evaluada a los pocos meses de la mencionada intervención informativa-capacitadora ($t = 1,98$, $t \text{ prob} = 0,05$). Se confirma un fortalecimiento de las actitudes de resistencia frente al consumo (indicado por la obtención de puntuaciones medias de acuerdo más bajas), diferencias éstas que

Tabla 2. Comparación de medias en la actitud global hacia el consumo de sustancias psicoactivas (t-test para muestras relacionadas) pre y postintervención en la muestra experimental

Actitud global consumo	Media	DT	t	df	2-colas sig.
AICATO	2,3755	0,746			
Post1 (7 meses)	2,0595	0,665	4,78	97	0,000
AICATO	2,3806	0,713			
Post2 (1 año)	2,1409	0,529	3,28	92	0,001
AICATO	2,3527	0,714			
Post3 (1 año y medio)	2,2102	0,567	1,82	97	0,071
Post1 (7 meses)	2,0535	0,643			
Post2 (1 año)	2,1624	0,529	-1,47	85	0,146
Post1 (7 meses)	2,0612	0,650			
Post3 (1 año y medio)	2,2319	0,571	-1,98	90	0,005
Post2 (1 año)	2,1402	0,532			
Post3 (1 año y medio)	2,1989	0,571	-0,090	91	0,373

DT: desviación típica.

Tabla 3. Comparación de medias de las actitudes contrarias y permisivas hacia el consumo de alcohol (componente comportamental) a lo largo de la intervención

	Media	t	df	2-colas sig.
<i>Actitudes contrarias al consumo de alcohol</i>				
ACTITUDES'PRE	2,6156			
POST1 (7 meses)	2,4371	1,98	97	0,050
ACTITUDES'PRE	2,6147			
POST2 (1 año)	2,5538	0,62	92	0,537
ACTITUDES'PRE	2,5765			
POST3 (1 año y medio)	2,6276	-0,55	97	0,583
POST1 (7 meses)	2,4195			
POST2 (1 año)	2,6073	-1,69	86	0,096
POST1 (7 meses)	2,4176			
POST3 (1 año y medio)	2,6245	-1,72	90	0,090
POST2 (1 año)	2,5507			
POST3 (1 año y medio)	2,6159	-0,67	91	0,507
<i>Actitudes permisivas ante el consumo de alcohol</i>				
ACTITUDES'PRE	3,8546			
POST1 (7 meses)	4,0918	-2,50	97	0,014
ACTITUDES'PRE	3,8414			
POST2 (1 año)	4,0188	-1,60	92	0,114
ACTITUDES'PRE	3,8520			
POST3 (1 año y medio)	3,7908	0,54	97	0,591
POST1 (7 meses)	4,0690			
POST2 (1 año)	4,0029	0,66	86	0,511
POST1 (7 meses)	4,0245			
POST3 (1 año y medio)	3,8234	1,94	91	0,055
POST2 (1 año)	2,5507			
POST3 (1 año y medio)	2,6159	-0,67	91	0,507

no han resultado significativas en sucesivas comparaciones (ACTITUDES'PRE-POST1: $df = 97$, $t = 0,62$, $t \text{ prob} = 0,537$; ACTITUDES'PRE-POST2: $t = -0,55$, $t \text{ prob} = 0,583$) ni para la comparación entre la segunda y la tercera evaluación en el estudio longitudinal (post2-post3: $df = 91$, $t = -0,67$, $t \text{ prob} = 0,507$). Ello puede ser un indicador de un efecto de impacto que se manifieste al poco tiempo de la intervención, si bien se confirma que tal fortalecimiento de la actitud se mantiene al comparar los resultados de la primera y la segunda evaluación (POST1-POST2: $df = 86$, $t = -1,69$, $t \text{ prob} = 0,096$) y la segunda y la tercera (POST2-POST3: $df = 91$, $t = -1,72$ $t \text{ prob} = 0,09$) en la dirección apuntada.

Resultados similares se han obtenido al medir la intención comportamental permisiva ante el consumo de alcohol, concentrándose las diferencias entre la actitud inicial y la primera evaluación ($df = 97$, $t = -2,50$, $t \text{ prob} = 0,014$) y entre ésta y la última ($df = 91$, $t = 1,94$, $t \text{ prob} = 0,055$). En el primer caso, se confirma

en impacto del programa manifestado por un debilitamiento de la actitud permisiva, lo cual se constata al manifestarse tras la intervención puntuaciones medias más elevadas indicativas de desacuerdo (opciones de respuesta D y MD), ante afirmaciones como ACT08 «*estaría dispuesto a tomar alcohol cuantas veces fuera necesario*» o ACT15 «*estaría dispuesto a comprar drogas para mi uso*», entre otras, de acuerdo con los niveles de respuesta Likert. Se corrobora esta tendencia predicha, salvo en la comparación de los resultados de la primera y la última evaluaciones en las que se invierte. En general, se confirma la percepción valorativa de una actitud más permisiva tras un año de la intervención que a los pocos meses de ésta, y no resultan significativas el resto de las comparaciones efectuadas, hecho éste que ha de interpretarse aduciendo que, habitualmente, interviene el efecto del tiempo como factor modulador de las disposiciones conductuales, reestructuraciones cognitivas y expectativas personales en adolescentes que se ven influidos por las experiencias satisfactorias o frustrantes, vinculadas a la experimentación y al ocio estandarizado de fin de semana, a otras presiones e integraciones en actos de comunión social e influencias varias.

La determinación de los efectos diferenciales de las 4 modalidades de intervención (*intervención familiar*, *grupo experto*, *informativo* y *sensibilización básica*) en los distintos momentos de evaluación, se ha realizado mediante un análisis de comparación de medias cuyos resultados se exponen en la tabla 4. Se analizan las diferencias entre las puntuaciones medias pretratamiento y las sucesivas evaluaciones, así como la comparación entre la primera y la segunda evaluación tras el programa preventivo, entre las que han transcurrido 5 meses (*post1-post2*), la primera y la última entre las que median 10 meses (*post1-post3*) y, por último, entre la segunda y la última evaluación de los cambios experimentados con un intervalo temporal de 6 meses entre ambas (*post2-post3*).

Mediante la evaluación de los cambios preventivos promovidos entre la administración de las pruebas (pretratamiento) y la primera evaluación del cambio inducido (post1) se confirma la existencia de diferencias significativas en las actitudes generales hacia las drogas en 3 de los grupos experimentales: *intervención familiar* ($t = 2,78$, $t \text{ prob} = 0,01$), *grupo experto* ($t = 3,34$, $t \text{ prob} = 0,003$) y *grupo informativo* ($t = 1,70$, $t \text{ prob} = 0,011$) indicativo de cambios saludables. En cambio, estas diferencias no han alcanzado significación estadística en el grupo de *sensibilización básica* ($t = 1,58$, $t \text{ prob} = 0,127$). En cambio, en el *grupo control* se ha observado un incremento significativo de las

Tabla 4. Comparación de medias en la actitud global hacia el consumo de sustancias psicoactivas (t-test para muestras relacionadas) entre las modalidades de intervención de los grupos experimentales y el grupo control en distintos intervalos temporales

Actitud global consumo	Media	DT	t	df	2-colas sig.	Actitud global consumo	Media	DT	t	df	2-colas sig.
<i>Grupo intervención familiar</i>						Intervalo de 10 meses					
Pretratamiento	2,6881	0,813	2,78	27	0,010	POST1	2,0451	0,534	-1,34	16	0,199
POST1	2,4060	0,677				POST3	2,2804	0,493			
Pretratamiento	2,5464	0,825	2,81	27	0,009	Intervalo de 5 meses					
POST2	2,0881	0,413				POST2	2,3708	0,425	0,99	15	0,338
Pretratamiento	2,5214	0,801	2,06	27	0,049	POST3	2,2354	0,477			
POST3	2,1524	0,552				<i>Grupo sensibilización básica</i>					
Intervalo de 6 meses						Pretratamiento	2,2605	0,692	1,58	26	0,127
POST1	2,3160	0,650	1,47	24	0,156	POST1	2,1235	0,707			
POST2	2,1173	0,410				Pretratamiento	2,3899	0,640	1,74	22	0,097
Intervalo de 10 meses						POST2	2,1725	0,125			
POST1	2,3547	0,683	1,27	24	0,216	Pretratamiento	2,3899	0,640	3,35	22	0,003
POST3	2,1520	0,582				POST3	1,9522	0,103			
Intervalo de 5 meses						Intervalo de 6 meses					
POST2	2,0840	0,421	-0,42	26	0,667	POST1	2,2561	0,683	0,64	21	0,531
POST3	2,1258	0,556				POST2	2,1879	0,610			
<i>Grupo experto</i>						Intervalo de 10 meses					
Pretratamiento	2,1531	0,698	3,34	26	0,003	POST1	2,2561	0,683	2,14	21	0,045
POST1	1,6407	0,426				POST3	1,9530	0,507			
Pretratamiento	2,1577	0,685	1,03	25	0,314	Intervalo de 5 meses					
POST2	2,0282	0,608				POST2	2,1725	0,600	1,72	22	0,100
Pretratamiento	2,1230	0,684	-0,46	28	0,658	POST3	1,9522	0,496			
POST3	2,1713	0,640				<i>Grupo control</i>					
Intervalo de 6 meses						Pretratamiento	2,2101	0,525	-2,52	22	0,019
POST1	1,6125	0,392	-3,15	23	0,005	POST1	2,5522	0,697			
POST2	2,0361	0,596				Pretratamiento	1,8917	0,445	-3,99	19	0,001
Intervalo de 10 meses						POST2	2,4767	0,678			
POST1	1,6407	0,426	-4,41	24	0,000	Pretratamiento	2,0609	0,640	-2,72	22	0,013
POST3	2,2432	0,602				POST3	2,3841	0,494			
Intervalo de 5 meses						Intervalo de 6 meses					
POST2	2,0282	0,608	-1,42	25	0,169	POST1	2,3500	0,480	-0,39	15	0,705
POST3	2,1949	0,657				POST2	2,4042	0,579			
<i>Grupo informativo</i>						Intervalo de 10 meses					
Pretratamiento	2,3979	0,667	1,70	15	0,011	POST1	2,4246	0,516	0,15	18	0,879
POST1	2,0521	0,551				POST3	2,4235	0,515			
Pretratamiento	2,4396	0,605	0,46	15	0,651	Intervalo de 5 meses					
POST2	2,3708	0,425				POST2	2,3088	0,501	-1,28	18	0,216
Pretratamiento	2,4130	0,669	0,075	17	0,465	POST3	2,5158	0,673			
POST3	2,2759	0,467				Intervalo de 6 meses					
Intervalo de 6 meses						POST1	2,0244	0,559	-2,01	14	0,064
POST1	2,0244	0,559	-2,01	14	0,064	POST2	2,4022	0,420			
POST2	2,4022	0,420									

puntuaciones medias en el sentido de una mayor permisividad ante el consumo, así como de una mayor valoración de la experimentación en sí y una inclinación para actuar asociada a tales creencias que predispone al consumo de un modo preferencial, tanto en la

primera comparación de resultados ($t = -2,52$, $t \text{ prob} = 0,019$) como en las sucesivas (pretratamiento/post2: $t = -3,99$, $t \text{ prob} = 0,001$ y pretratamiento/post3: $t = -2,72$, $t \text{ prob} = 0,013$). Es en el grupo de *intervención familiar* y en el de *sensibilización básica* donde se

concentran las diferencias entre las puntuaciones medias globales de la primera encuesta, y la segunda evaluación de éstos al año de la primera ($t = 2,81$, $t \text{ prob} = 0,009$, y $t = 1,74$, $t \text{ prob} = 0,097$, respectivamente) y al año y medio ($t = 2,06$, $t \text{ prob} = 0,049$ y $t = 3,35$, $t \text{ prob} = 0,003$, respectivamente). Mediante este resultado se confirma la mayor eficacia preventiva de programas capacitadores en comparación con los meramente informativos, tal y como se ha comentado en la fundamentación teórica.

También se ha evaluado la cadencia temporal de los cambios en las sucesivas mediciones postratamiento. Así, por lo que respecta a la comparación de medias descrita en primera instancia entre la primera y la segunda evaluación de resultados con un intervalo de 7 meses (post1-post2) se confirma la tendencia apuntada para el caso del contraste de puntuaciones entre el grupo de *experto* ($t = -3,15$, $t \text{ prob} = 0,005$) y el *informativo* ($t = -2,01$, $t \text{ prob} = 0,064$). Para el grupo *control* no se ha constatado la existencia de diferencias significativas entre las actitudes hacia las drogas mostradas en la primera y la segunda evaluación de los resultados ($t = -0,39$, $t \text{ prob} = 0,705$), siendo muy similares las puntuaciones medias obtenidas en un caso (2,3500) y en otro (2,4042). Parece ser, pues, que el efecto del paso del tiempo afecta a los resultados de los grupos experimentales en el sentido de que debido al que podríamos denominar *impacto inicial* se tiende a provocar un mayor cambio en la actitud al poco tiempo de la intervención, si bien hay grupos (grupo de *intervención familiar* y *sensibilización básica*) en los que las diferencias se mantienen a pesar del intervalo temporal que separa a una y otra evaluación de los resultados.

Entre la primera (post1) y la última evaluación (post3) de los posibles cambios en las actitudes transcurrieron varios meses, en los cuales se han producido efectos muy significativos en la medida de las actitudes hacia el consumo. De este modo, se ha obtenido un resultado paradójico: mientras que, como sería esperable, en aquellos contrastes en los que se confirma la existencia de diferencias significativas deberían hallarse medias más bajas (contrarias al consumo) tal es el caso de la comparación en el grupo *experto*, sin embargo, en el grupo experimental de *sensibilización básica* se han obtenido resultados que contradicen esta tendencia ya que, mientras que en el intervalo de 10 meses la media hallada se reduce significativamente ($t = 2,14$, $t \text{ prob} = 0,045$), lo cual es un indicador de lo que podríamos denominar un *efecto latente*, en virtud del cual se han obtenido resultados indicativos de un cambio en la actitud favorable.

También se exponen los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones medias en las que se contrastan tales cambios entre la segunda (post2) y la tercera evaluación (post3), entre las que ha transcurrido un intervalo de 5 meses. Se verifica que en este caso las diferencias no han sido significativas para ninguna de las comparaciones ni en los grupos experimentales (grupo de *intervención familiar*; $t = -0,42$, $t \text{ prob} = 0,216$; *experto*, $t = -1,42$, $t \text{ prob} = 0,169$); *informativo*, $t = 0,99$, $t \text{ prob} = 0,338$, y por último *sensibilización básica*, $t = 1,72$, $t \text{ prob} = 0,100$) ni en el *control* ($t = 1,28$, $t \text{ prob} = 0,216$). Ello ha de interpretarse haciendo una valoración positiva de semejante ausencia de diferencias ya que, por lo general como se ha comprobado en el grupo *control*, el efecto del tiempo, máxime en edades como las consideradas, puede ir en detrimento del afianzamiento de una actitud contraria a la experimentación con sustancias psicoactivas y la tendencia a potenciar las búsquedas en condiciones de mayor cuestionamiento, de unas mayores expectativas y sentimientos valorativos y de una mayor influencia de la sugestión y el modelado grupal.

En definitiva, como objetivo básico de este estudio se ha verificado un afianzamiento de las actitudes contrarias al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, confirmándose los cambios en las actitudes en la dirección de una mayor sensibilización, creencias menos mitificadas, una valoración más ajustada a la realidad de los efectos y consecuencias del consumo que influyen en cómo se percibe el objeto de actitud por los adolescentes que han participado en el programa de intervención, así como unas disposiciones comportamentales, que idealmente podrían derivar en un rechazo tal cual, contrarias a la experimentación.

Conclusiones

De acuerdo con las apreciaciones de especialistas en temáticas de intervención socioeducativa⁷⁰ todavía cabe preguntarse si es posible implantar programas de prevención en el medio escolar, si bien, junto a semejante opción en principio factible, han de coadyuvar multitud de planteamientos y estrategias de acción en los que se redunde en la necesidad ya explicitada de *repensar* la educación sobre drogas y el tipo de política en la que se amparan^{27,71}. Se demandan cambios en los propios discursos e ideologizaciones varias⁷² y perspectivas de análisis críticas de las representaciones sociales y el imaginario colectivo vigente sobre las sustancias psicoactivas y en relación con sus usuarios⁷³. Asimismo, se precisan análisis comprensivos

de las propias bases científicas de los programas preventivos propuestos⁷⁴ y un afianzamiento de estrategias políticas institucionales, tales como las diseñadas desde el Plan Nacional sobre Drogas^{75,76}.

Mediante la implementación de propuestas educativas-preventivas en el ámbito académico ha de atenderse a las necesidades reales y percibidas de los adolescentes implicados en la experimentación con sustancias psicoactivas. En tal priorización de necesidades, no se ha de obviar la raigambre sociocultural del mistificado fenómeno de las drogodependencias, ni los efectos derivados de conminaciones y presiones grupales varias, así como las modulaciones de las percepciones de riesgo asociadas a los usos/abusos que derivan de mentalidades del usuario e ilusiones de invulnerabilidad amparadas en discursos ideologizados y prácticas de drogas iniciáticas o ilegales que son sancionadas de acuerdo a dobles varas de medir.

Consideramos que las acciones preventivas en el ámbito escolar han de diseñarse adecuadamente, atendiendo a las demandas de los colectivos implicados y sus necesidades percibidas. Las labores informativas y de sensibilización en cuestiones relativas a la promoción de cambios de actitud hacia el consumo de drogas han de complementarse con intervenciones de mediadores, tales como familia o grupo de iguales, que han de implicarse en la corresponsabilización y actuación conjunta

ante un fenómeno multidimensional que se ha de abordar comprensivamente. Del compromiso (psico)social y (socio)comunitario que subyazca a tal a coordinación podrían derivarse efectos preventivos, tales como el fortalecimiento de los niveles de toma de conciencia, la reestructuración de las tendencias a banalizar los riesgos o la potenciación de estilos de vida saludables.

En suma, la promoción, el cultivo, el deterioro o la pérdida de la salud, es algo de todos que se demanda, desarrolla, pierde o reeduca en el tejido social que le aporta significado. En la política preventiva en materia de drogas se ha de incidir en la concienciación de los diversos colectivos y estamentos implicados, siendo una labor de intervención psicosocial y sociocomunitaria la que ha de diseñarse en aras de promover actitudes y conductas optimizadoras vinculadas a una política salubrista, reivindicación necesaria a todos los efectos.

Agradecimientos

Investigación subvencionada en parte con 7.500 dólares de EE.UU. a través del Rotary Club Internacional y gestionada por el Rotary Club de Mieres Distrito 2210 en el Programa de «Subsidios de oportunidades para la niñez».

Bibliografía

1. Arce Guerra F. Prevención escolar y comunitaria de drogodependencias. Una experiencia de dos años de aplicación. *Intervención Psicosocial* 2002;9:233-46.
2. Castiella F. Las drogas, la prevención y los servicios educativos. *Revista Española de Drogodependencias* 2003;28:3-6.
3. Pérez D. Prevención educativa de drogodependencias en el ámbito escolar. Programa para la intervención. Barcelona: Praxis, 1999.
4. Vega A. El País Vasco ante las drogas. Los retos del proyecto comunitario en las escuelas. San Sebastián: Gakoa, 2000.
5. Asenjo B, España RM, Jiménez C, Lorente M, Molina C, Pío B. Prevención de las adicciones en el ámbito educativo. *Idea Prevención* 2002;24:15.
6. Bas Peña E. Prevención de drogodependencias en secundaria. Madrid: Narcea, 2000.
7. Echevarría P, Rodríguez ML. Prevención de drogas de síntesis dirigido a los alumnos de 3.º de ESO. *Idea Prevención* 2002;24:33.
8. Enériz F, Lerga D. Implantación de un programa de prevención de drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias* 2003;28:97-103.
9. Moradillo F. Educación sobre drogas en un centro de educación secundaria: una experiencia participativa. *Revista Española de Drogodependencias* 2003;28:24-47.
10. Moral MV. Jóvenes, sustancias psicoactivas e identidad. Propuesta de prevención e intervención psicosocial y comunitaria. Tesis Doctoral [inédita]. Oviedo: Universidad de Oviedo, 2002.
11. Río B, Gazopo I. Prevención secundaria en jóvenes consumidores de drogas de síntesis. *Trastornos Adictivos* 2001;3:41-54.
12. Fundación de ayuda contra la Drogadicción. Programa Integral de Prevención Escolar para la Educación Infantil (PIPES Infantil). Madrid: FAD, 2001.
13. Durán A, Larriba J, Suelves JM. 'Alcohol, coge tu punto': programa aplicado de reducción de riesgos entre estudiantes universitarios. *Trastornos Adictivos* 2002;4:39-43.
14. García Nosti V, Gutiérrez H. Dos ideas para ayudar a nuestros hijos. *Idea Prevención* 2002;24:19.
15. García Nosti V, Gutiérrez H. Escuela de familias. Dos ideas para ayudar a nuestros hijos. *Idea Prevención* 2002;24:20.
16. Pérez Mulet E. Escuela de padres y madres. *Idea Prevención* 2002;24:21.
17. Carrasco AM. El consumo de alcohol en los adolescentes españoles en el contexto de sus estilos de vida. Tesis Doctoral [inédita]. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2000.

18. Díaz González-Blanco T. Programa de prevención del consumo de alcohol en jóvenes a través de una oferta de ocio alternativo en horario nocturno. «Las mil y una noches». *Trastornos Adictivos* 2002;4:92-4.
19. Instituto de la Juventud. Redes para el tiempo libre. Guía metodológica para la puesta en marcha de programas de ocio alternativo de fin de semana. Madrid: Instituto de la Juventud, 2002.
20. Costa-Pau R, Vendrell E. El grupo, como instrumento para detectar la percepción del riesgo hacia el consumo de drogas. *Revista Española de Drogodependencias* 2003;28:140-59.
21. Martín E, Moncada S. Programas de prevención de ocio alternativo. *Adicciones* 2003;15(Supl 2):327-46.
22. Monzán J. El tiempo libre como ámbito de prevención. *Revista Española de Drogodependencias* 2003;28:121-7.
23. Ordóñez A. Programas desarrollados en el ámbito del tiempo libre. *Adicciones* 2003;15(Supl 1):70.
24. Pliego JJ. Pacto por la noche. *Idea Prevención* 2002;24:30.
25. Garrudo H. La cooperación entre la familia, la escuela y las instituciones en un objetivo común: la educación para la salud de niños/as y jóvenes. *Revista Española de Drogodependencias* 2003;28:104-12.
26. Vega A. Los avatares de la política educativa escolar relativa a las drogas. En: Elzo J, et al, editores. *Drogas y Escuela IV. Evolución del consumo de drogas en estudiantes donostiarras (1981-2002)*. San Sebastián: EUTS, 2003; p. 385-405.
27. Vega A. Repensar la educación sobre las drogas para una nueva prevención. *Revista Española de Drogodependencias* 2003;28:7-23.
28. Caplan G. *Support systems and community mental health: lectures on concept development*. Nueva York: Behavioral Publications, 1974.
29. Pelechano V. *Psicología educativa comunitaria*. Valencia: Alfapplus, 1979.
30. Pelechano V. Salud mental, prevención e innovación social. *Análisis y Modificación de Conducta* 1986;12:485-505.
31. Pelechano V. *Psicología y rehabilitación. Análisis y Modificación de Conducta* 1987; 13: 5-43.
32. Santacreu J, Zaccagnini JL, Márquez MO. El problema de 'la droga'. Un análisis desde la psicología de la salud. Valencia: Promolibro, 1992.
33. Botvin GJ. Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual* 1995;3:333-55.
34. Botvin GJ. Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factor. *Addict Behav* 2000;25:887-97.
35. Schinke SP, Botvin GJ, Orlandi MA. *Substance abuse in children and adolescents. Evaluation and intervention*. London: SAGE, 1991.
36. Pickens K. Drug education: the effects of giving information. *Journal of Alcohol and Drug* 1985;30:32-44.
37. Vega A. *La formación del maestro ante las drogas: teoría y práctica*. Madrid: Escuela Española, 1985.
38. Gallegos JJ. *Prevención de la drogadicción en la familia. I*. Madrid: Bruño, 1996.
39. Johnson CA. *Prevention and control of drug abuse*. En: Last JM, editor. *Maxcy-Rosenau public health and preventive medicine*. Norwalk, Connecticut: Appleton Century Crofts, 1986; p. 1075-87.
40. UNESCO. *Educación y drogas*. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1987.
41. Barriga S. Los indicadores del bienestar hacia una visión estructural desde la Psicología Social Comunitaria. En: Rodríguez Marín J, editor. *Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad. Psicología Social y Sociedad del Bienestar. III Congreso de Psicología Social*. Barcelona: PPU, 1990; p. 175-89.
42. Costa M, López E. Aportaciones de la ciencia del comportamiento en un Servicio Nacional de Salud. *Papeles del Colegio de Psicólogos* 1983;9:11-21.
43. Costa M, López E. *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide, 1996.
44. Rodríguez López A. El futuro de la prevención en drogodependencias. En: Becoña E, Rodríguez López E, Salazar I, editores. *Drogodependencias IV. Prevención*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago, 1995; p. 205-20.
45. Rodríguez Marín J. Reflexiones en torno al nuevo concepto de salud. En: Musitu G, Berjano E, Bueno JR, editores. *Psicología comunitaria*. Valencia: Nau Llibres, 1990; p. 139-44.
46. San Martín H. *Salud y enfermedad*. México: Prensa Médica Mexicana, 1981.
47. San Martín H. *La crisis mundial de la salud. Problemas actuales de epidemiología social*. Madrid: Karpos, 1982.
48. San Martín H. *Manual de salud pública y medicina preventiva*. Barcelona: Masson, 1986.
49. San Martín H, Pastor V. *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos, 1988.
50. Barriga S. La salud ¿Para qué?. En: León Rubio J, Barriga S, editores. *Psicología de la Salud*. Sevilla: Eudema, 1993; p. 17-30.
51. León Rubio JM. El modelo biopsicosocial o la concepción social de las acciones de salud. Una guía para la elaboración de la Psicología Social de la Salud. En: Ovejero A, editor. *La psicología social en España al filo del año 2000: balance y perspectivas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2000; p. 274-99.
52. Kapferer NN. *Les Chemins de le persuasion Gaultier*. París: Villar, 1978.
53. Albee GW. A competence Model to Replace the Defect Model. En: Gibbs MS, Lachenmeyer JR, Sigal J, editors. *Community Psychology*. Nueva York: Gardner Press, 1980; p. 231-8.
54. Portero J. La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76:577.
55. Gil MD. Educación para la salud. En: Pascual LM, Ballester R., editores. *La práctica de la Psicología de la Salud. Programas de Intervención*. Valencia: Promolibro, 1997; p. 3-33.
56. Anton MD, Macià D, Méndez FX. Intervención comportamental-educativa en atención primaria. *Rol de Enfermería* 1988;118:31-5.
57. Macià D, Méndez FX, Olivares J. Intervención comportamental-educativa para la salud en atención primaria. *Revista de Psicología de la Salud* 1991;3:119-45.
58. Méndez FX, Macià D, Olivares J. *Intervención conductual en contextos comunitarios. I. Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide, 1993.
59. Beni C, Calero M, Gadea A, Martínez M, Vallverdú I, Villena N. Participación de padres y maestros en un programa de educación para la salud en la escuela. En: Sánchez-Vidal A, editor. *Programas de prevención e intervención comunitaria*. Barcelona: PPU, 1993; p. 39-52.

60. González MT. El papel del profesor en los procesos de cambio educativo. *Anuario Interuniversitario de Didáctica* 1987;18:355-65.
61. Sainz Martín M. Educación para la salud. Libro del profesor. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, 1984.
62. Legaza I. Programa Comunitario de Prevención de Drogodependencias. *Idea Prevención* 2002;24:24.
63. Musitu G, Castillo R, García F. Actitudes, información y hábitos de consumo de tabaco en profesionales de la salud y de la docencia en la comunidad valenciana. *Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat i Consum*, 1989.
64. Villalbí JR, Aubá J. Intervención sobre las sustancias adictivas desde la escuela: evaluación preliminar de un programa piloto. En: Sánchez-Vidal A, editor. *Programas de prevención e intervención comunitaria*. Barcelona: PPU, 1993; p. 73-97.
65. Suelves JM, Romero R., Sánchez-Turet M. Prevención del abuso de drogas en la escuela secundaria tras la reforma educativa. Implantación de diversos programas en la ciudad de Barcelona. *Gaceta Sanitaria* 2000;14:131-8.
66. Megías E, et al. Los docentes españoles y la prevención del consumo de drogas. Madrid: Fundación de ayuda contra la Drogadicción, 2001.
67. Carbonell J. Escuela y entorno. En VV.AA. *Volver a pensar la educación*. Vol. I. Política, educación y sociedad (Congreso Internacional de Didáctica). Madrid: Morata, 1995; p. 203-16.
68. Santacreu J, Froján MX. Evaluación del consumo de drogas. En: Fernández-Ballesteros R, editor. *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide, 1994; p. 571-12.
69. Macià D. Cuestionario de Actitudes acerca del alcohol y Cuestionario de Información. *Método Conductual de Prevención de Drogodependencias*. Valencia: Promolibro, 1986.
70. Gárriz T, Guerendiain B. ¿Es posible implantar programas de prevención en el medio escolar? *Revista Española de Drogodependencias* 2003;28:113-20.
71. Vega A, et al. *Drogas: ¿Qué política para qué prevención?* San Sebastián: Gakoa, 2002.
72. Arana X, Márquez I, Vega A. *Drogas: cambios sociales y legales ante el tercer milenio*. Madrid: Dykinson, 2000.
73. Rodríguez E, Megías E. Una aproximación al cambio de las representaciones sociales sobre drogas en España. *Trastornos Adictivos* 2001;3:193-8.
74. Becoña E. *Bases científicas de los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, 2003.
75. *Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2000.
76. Martín González E. El futuro de los usos de drogas: la estrategia nacional 2000-2008. *Trastornos Adictivos* 2001;3:161-3.

CONGRESO SET 2005

Logroño, 2-5 de marzo de 2005

www.set2005.org