



GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS Y CALIDAD EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y DE LAS ADICCIONES

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
Universidad de Santiago de Compostela



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

El contenido de esta publicación, para la que se ha contado con la autoría del Prof. D. Elisardo Becoña Iglesias, se ha desarrollado gracias a la colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) y el Plan Autonómico de Adicciones de la Región de Murcia (Dirección General de Salud Pública y Adicciones) para la realización del programa “Portal de Buenas Prácticas en reducción de la demanda de drogas y otras adicciones”.

CITA RECOMENDADA:

Becoña Iglesias E. Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de las drogodependencias y de las adicciones. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023. 467 p.

EDITA Y DISTRIBUYE:

© MINISTERIO DE SANIDAD

Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-23-099-4

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado: <https://cpage.mpr.gob.es>

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS Y CALIDAD EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y DE LAS ADICCIONES

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
Universidad de Santiago de Compostela

Índice

RESUMEN EJECUTIVO	17
CAPÍTULO 1 Conceptos básicos en la prevención de las drogodependencias y de otras adicciones	27
1. El consumo de drogas y las conductas adictivas como un grave problema social	28
2. La etiología del consumo de drogas y de las adicciones comportamentales	32
2.1. Factores de predisposición históricos, ecológicos y de la especie humana	32
2.2. Factores de predisposición contextuales y cercanos	33
2.3. Factores relacionados con la experimentación e inicio al consumo	34
2.4. Factores relacionados con la consolidación del consumo: del uso, al abuso y a la dependencia	37
2.5. ¿Qué lleva al abandono del consumo o al mantenimiento del mismo?	37
3. Modelos en la prevención de las drogodependencias y de las adicciones	37
3.1. Modelos generales de salud: modelo de salud pública y de promoción de la salud	37
3.2. Modelos y teorías específicas en prevención de drogas y adicciones	41
3.2.1. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor y teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor	41
3.2.2. Teoría de la socialización primaria de Oetting y colaboradores	43
3.2.3. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura	45
3.2.4. Modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins.	46
4. Etapas de la vida y adicciones	48
4.1. La adolescencia	48
4.2. La adultez emergente	50
4.3. La adultez	51
4.4. Las personas mayores	51
5. La perspectiva de género en prevención	52
6. Objetivos de la prevención de las drogodependencias y de las adicciones comportamentales	53
7. Buenas prácticas y calidad en la prevención de drogas y adicciones	54
8. Principios a seguir para realizar una prevención eficaz y de calidad	57
Referencias	60
CAPÍTULO 2 Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas y adicciones comportamentales	65
1. Los factores de riesgo y de protección en adicciones	66
2. Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes	66

2.1. Factores de riesgo y de protección contextuales/comunitarios	69
2.2. Factores de riesgo y de protección individuales	69
2.3. Factores de riesgo y de protección familiares	70
2.4. Factores de riesgo y de protección de los compañeros e iguales	71
2.5. Factores de riesgo y de protección escolares	72
3. Factores de riesgo y de protección en la adultez emergente	73
4. Factores de riesgo y de protección en el ámbito laboral	75
5. Factores de riesgo y de protección de las adicciones comportamentales	78
5.1. Juego patológico	78
5.2. Videojuegos	80
5.3. Internet	81
5.4. Teléfono móvil	86
Referencias	87

CAPÍTULO 3 Niveles y tipos de intervención preventiva 91

1. Niveles de intervención preventiva	92
1.1. Prevención universal	93
1.2. Prevención selectiva	94
1.3. Prevención indicada	95
1.4. Prevención ambiental	96
2. Tipos de intervenciones preventivas	97
2.1. La prevención escolar	97
2.2. La prevención en medio universitario	99
2.3. La prevención familiar	99
2.4. La prevención comunitaria	102
2.5. La prevención en el medio laboral	103
2.6. La prevención en el ocio y tiempo libre	103
2.7. La prevención en el ámbito de la salud	104
2.8. La prevención en personas en régimen de internamiento	105
2.9. La prevención en grupos de riesgo	107
2.10. La prevención en otros grupos sociales o vulnerables	108
Referencias	110

CAPÍTULO 4 El ámbito legislativo en drogas y adicciones: la prevención ambiental 113

1. Introducción	114
2. ¿En qué consiste la prevención ambiental?	115
3. ¿A quién va dirigida este tipo de prevención?	117

4. Medidas de prevención ambiental a poner en práctica	119
4.1. Medidas de prevención ambiental para la reducción del consumo de alcohol	119
4.2. Medidas de prevención ambiental para el control y erradicación del botellón	121
4.3. Medidas de prevención ambiental para el consumo de tabaco	122
4.4. Medidas de prevención ambiental en drogas ilegales	124
4.5. Medidas de prevención ambiental en el consumo de cannabis	125
4.6. Medidas de prevención ambiental en los juegos de azar, apuestas deportivas y la prevención del juego excesivo y del juego patológico	126
5. Efectividad de las medidas de prevención ambiental	127
6. Guía de buenas prácticas para la prevención ambiental	127
6.1. Que el técnico preventivo, profesional sanitario, profesional del campo social, grupo de personas afectadas o colectivo social, vea la necesidad de tomar medidas ante un problema que se está presentando en la actualidad y que precisa erradicarse, reducirse o controlarse	128
6.2. Convencer a los responsables políticos o administrativos y/o legislativos de la necesidad de poner en marcha acciones de prevención ambiental para un consumo concreto de drogas u otras adicciones	128
6.3. Justificar empíricamente la necesidad de dicho desarrollo legislativo, junto con experiencias semejantes que ya existen de regulación, y los beneficios que se obtendrían a nivel de salud, calidad de vida, económicos, etc.	129
6.4. Buscar alianzas para que pueda realizarse dicho desarrollo legislativo	129
6.5. Buscar los grupos de apoyo a dicha iniciativa y que sean activos con ella	130
6.6. Convencer a los legisladores o gobierno para que presenten la ley o normativa para su aprobación.	130
6.7. El proceso legislativo o de desarrollo de normas para su aprobación	131
6.8. La relevancia de tener un buen sistema sancionador	131
6.9. Implementación y seguimiento	132
6.10. Tener en cuenta los posibles niveles de incumplimiento	132
6.11. Pensar en nuevos desarrollos normativos futuros	132
Referencias	134

CAPÍTULO 5 Buenas prácticas en el diseño, implementación y evaluación de un programa preventivo 139

1. Introducción	140
2. Protocolos de referencia en el diseño, implementación y evaluación de los programas preventivos	141
2.1. Estándares europeos de calidad en prevención de drogas	141
2.2. Kit de recursos para la prevención y la evaluación (PERK)	148
2.3. Guía para la evaluación de la prevención de drogas	149
2.4. Criterios de calidad y evidencia en la reducción de la demanda de Copolad	152

3. Guía de buenas prácticas en el diseño, implementación y evaluación de un programa preventivo	153
3.1. La necesidad del programa preventivo	153
3.2. Conocer los factores de riesgo y protección, así como el contexto social en donde vamos a aplicar el programa	154
3.3. Tener un marco teórico de referencia	155
3.4. La delimitación del grupo o grupos objetivo (población diana)	155
3.5. El diseño del plan de prevención: objetivos	156
3.6. La selección del programa preventivo	159
3.7. Métodos y técnicas de intervención	161
3.8. Los responsables, profesionales y aplicadores del programa preventivo	163
3.9. Recursos disponibles y adecuación del programa a los mismos	165
3.10. La coordinación y colaboración vinculada al programa preventivo	167
3.11. Cronograma	168
3.12. Principios éticos	170
3.13. La implementación del programa preventivo	170
3.14. La evaluación del programa preventivo	171
3.14.1. Evaluación del proceso	174
3.14.2. Evaluación del resultado	174
3.14.3. Evaluación del impacto	176
3.14.4. La necesidad de evaluar los programas preventivos para que tengan buena validez interna y externa	176
3.15. La difusión de resultados del programa preventivo	177
3.16. El necesario mantenimiento del programa preventivo en el tiempo	178
3.17. La continua mejora del programa preventivo y de la práctica preventiva	178
Referencias	180
CAPÍTULO 6 La prevención comunitaria	183
1. Introducción	184
2. ¿En qué consiste la prevención comunitaria?	187
3. ¿A quién va dirigida la prevención comunitaria?	188
4. Ejemplos de programas preventivos comunitarios sobre drogas	189
4.1. Los primeros programas comunitarios para la prevención de drogas	189
4.2. El programa “Comunidades que se cuidan” (Community That Care)	190
4.3. Programas preventivos comunitarios específicos sobre drogas de otros países	193
4.4. Los programas preventivos comunitarios en España	194
5. El modelo de prevención comunitaria del Institute of Medicine (2012)	198
6. Recomendaciones para implantar un programa preventivo comunitario	200
7. El problema de la evaluación de los programas preventivos comunitarios	203

8. Efectividad de los programas preventivos comunitarios	205
9. Guía de buenas prácticas y de calidad para la prevención comunitaria	206
9.1. Definición del problema y actuaciones que se pueden poner en marcha para solucionarlo	206
9.2. La explicación del fenómeno: ¿Por qué se consumen drogas? ¿Qué factores de riesgo y de protección la mantienen?	207
9.3. La necesidad de una intervención preventiva comunitaria y lograr su viabilidad y aprobación	208
9.4. La delimitación del grupo o grupos objetivo	209
9.5. Objetivos de la intervención	210
9.6. Métodos y técnicas específicas de intervención; programas preventivos a utilizar	210
9.7. Recursos disponibles	211
9.8. Implementación del programa preventivo comunitario	212
9.9. Evaluación del programa preventivo	212
9.10. Difusión de los resultados obtenidos a lo largo del programa y al final del mismo	213
9.11. Una vez finalizado el programa, análisis de todo el proceso, detección de puntos fuertes y puntos débiles del programa y nuevas propuestas de actuación	213
9.12. El necesario mantenimiento del programa en el tiempo	214
Referencias	215
CAPÍTULO 7 La prevención escolar	219
1. Introducción	220
2. ¿Por qué hacer la prevención en la escuela o instituto?	222
3. Tipos de programas preventivos escolares	228
4. Ejemplos de programas preventivos escolares eficaces	231
4.1. Programas universales	231
4.1.1. Entrenamiento en habilidades para la vida	233
4.1.2. Construyendo salud	236
4.1.3. Entre Todos y Juego de Llaves	236
4.1.4. Tú Decides	237
4.1.5. PASE (Prevención de las adicciones a sustancias en la escuela)	237
4.1.6. Sobre cañas y petas (Sobre Canyes i Petes)	238
4.1.7. Unplugged	238
4.1.8. El juego del buen comportamiento (Good Behavior Game)	239
4.2. Programas preventivos escolares selectivos e indicados	240
4.2.1. Empecemos	242
4.2.2. Alfil	242
5. Los aplicadores de los programas	242
6. Elementos que debe tener un programa preventivo escolar eficaz	243

7. Eficacia de los programas preventivos escolares	250
7.1. Los meta-análisis de Tobler y colaboradores	250
7.2. Los meta-análisis de la Cochrane Collaboration	253
7.3. Otras revisiones y meta-análisis	257
8. Criterios de buenas prácticas en los programas preventivos escolares	259
8.1. Convencer al centro escolar de la necesidad de aplicar en el mismo un programa preventivo para el consumo de drogas	259
8.2. Crear un clima favorable en el centro educativo para la aplicación del programa preventivo, desde los profesores al resto del personal del centro	261
8.3. Seleccionar un programa preventivo eficaz	262
8.4. Entrenar adecuadamente a los aplicadores del programa	262
8.5. Tener en cuenta todas las cuestiones éticas que afectan al desarrollo y aplicación del programa	262
8.6. La necesaria fidelidad en la aplicación del programa	263
8.7. Tener en cuenta a los padres como elementos relevantes del programa preventivo	263
8.8. Mantener un feedback continuo entre los aplicadores del programa y los responsables de que se aplique	264
8.9. La evaluación del programa	264
8.10. El mantenimiento del programa en el tiempo (las sesiones de refuerzo)	266
8.11. Aprender de lo realizado para seguir mejorando en el futuro	266
Referencias	267

CAPÍTULO 8 La prevención en medio universitario	273
1. Introducción	274
2. ¿Por qué hacer la prevención de drogas en la Universidad?	274
3. Aspectos que hay que tener en cuenta para la prevención en medio universitario	276
3.1. El alto nivel de consumo en estas edades	276
3.2. La inacabada madurez cerebral	277
3.3. La adultez emergente	277
3.4. La baja percepción de riesgo del consumo de drogas, el control y el autocontrol	279
3.4.1. Riesgo y percepción de riesgo	279
3.4.2. Percepción de riesgo y consumo de cannabis	280
3.4.3. El autocontrol	281
3.4.4. El necesario incremento de la percepción de riesgo para aumentar el autocontrol	283
3.5. La necesidad del manejo del estado emocional	283
3.6. Estrés y eventos vitales estresantes	284
3.7. La personalidad: impulsividad y búsqueda de sensaciones	284
4. Ejemplos de programas preventivos en medio universitario	285

4.1. Programas en Latinoamérica	286
4.2. Programas en países anglosajones	288
4.3. Programas en España	289
5. El programa “Riesgos y desafíos”	291
6. Elementos que debe tener un programa preventivo en medio universitario	293
7. Eficacia de los programas preventivos en medio universitario	295
8. Criterios de buenas prácticas en los programas preventivos en medio universitario	296
8.1. Convencer al equipo directivo de la Universidad de la necesidad de poner en marcha un programa preventivo para el consumo de alcohol, tabaco y drogas	296
8.2. Seleccionar o elaborar un programa preventivo eficaz	297
8.3. Disponer de la financiación suficiente	297
8.4. Publicitar el programa preventivo	297
8.5. Ampliar el programa preventivo de alcohol y drogas, si se ve necesario, a otras conductas de riesgo	298
8.5. Tener en cuenta todas las cuestiones éticas que afectan al desarrollo y aplicación del programa	299
8.6. Evaluar el programa	299
8.7. Difundir los resultados del programa a la comunidad universitaria y a la sociedad	299
Referencias	300

CAPÍTULO 9 La prevención familiar	305
1. Introducción	306
2. ¿Por qué hacer prevención familiar en drogodependencias?	308
3. Aspectos que hay que tener en cuenta para avanzar hacia una prevención familiar de calidad	310
3.1. Basar la prevención familiar en una teoría adecuada y en los conocimientos actuales que tenemos sobre la familia	310
3.2. La familia(s) actual(es)	311
3.3. Los estilos de crianza	312
3.4. La influencia de la familia vs. de los iguales	313
3.5. Pobreza y marginación	314
3.6. Desorganización y conflicto familiar	315
3.7. Maltrato	316
3.8. Consumo de drogas y/o problemas de salud mental de los padres	316
3.9. Problemas internalizantes y externalizantes	317
3.10. Rendimiento escolar y consumo de drogas	317
3.11. El joven como objetivo de captación como consumidor	318
3.12. La relevancia del ocio y tiempo libre en nuestra sociedad actual	318
3.13. La coordinación con otros tipos de prevención	318

4. ¿A quién se dirige la prevención familiar?	319
5. Superando las dificultades que se presentan en la implementación de los programas preventivos familiares	320
6. Ejemplos de programas preventivos familiares	322
6.1. Sistema de programa de parentalidad positivo (Positive Parenting Program system)	322
6.2. Programa de fortalecimiento familiar (Strenghtening Families Programme)	323
6.3. El programa FERYA	325
6.4. Programa de parentalidad positiva	326
6.5. El programa preventivo de Örebro	328
6.6. El programa PROTEGO	329
6.7. El programa MONEO	330
6.8. Otros programas preventivos familiares	330
7. Elementos que debe tener un programa preventivo familiar eficaz	331
8. Eficacia de los programas de prevención familiar	332
9. Criterios de buenas prácticas en los programas de prevención familiar	334
9.1. Crear el ambiente adecuado para poder poner en práctica un programa preventivo familiar	334
9.2. Seleccionar un adecuado programa preventivo, con buen nivel de eficacia	335
9.3. Implantar el programa preventivo con flexibilidad, comprensión y habilidad	336
9.4. Utilizar los componentes que han mostrado ser eficaces para el cambio de conducta de los hijos a través de sus padres	337
9.5. Solucionar, comprender y derivar cuando es necesario	339
9.6. El uso de nuevas tecnologías	340
9.7. Evaluar el programa preventivo	341
9.8. Mantener el programa activo a lo largo del tiempo	342
9.9. Mejorar el programa que se ha aplicado en función de lo que se ha aprendido	342
Referencias	343
CAPÍTULO 10 La prevención en el ocio nocturno y la vida recreativa	349
1. Introducción	350
2. El ocio nocturno y la vida recreativa	350
2.1. El nuevo fenómeno de la vida recreativa y la diversión en las sociedades desarrolladas	350
2.2. La vida recreativa en los jóvenes y adultos: los tipos de diversión	351
2.3. Consecuencias negativas de la vida recreativa	354
2.4. Los intereses económicos en torno a la vida recreativa	359
2.5. ¿Qué buscan los jóvenes en la diversión? ¿Qué encuentran en ella? ¿Qué hacen?	360
3. Los informes sobre la vida recreativa del Observatorio Europeo de Drogas y Adicción a Drogas	362

4. Medidas y programas para el control y la contención de las consecuencias negativas del ocio nocturno y de la vida recreativa nocturna	364
4.1. Medidas de prevención ambiental	365
4.2. Información, folletos, campañas puntuales	367
4.3. Programas de ocio alternativo, nocturno o saludable	367
4.4. Entrenamiento de los camareros y responsables de los locales	368
4.5. Intervenciones en el botellón	370
4.6. Programas preventivos comunitarios	371
4.7. Programas de control del tráfico rodado	371
4.8. Programas de reducción de daños	372
5. Evaluación de los programas de ocio nocturno y vida recreativa nocturna	373
6. Buenas prácticas en la prevención de la vida recreativa nocturna	374
6.1. Tener un buen conocimiento de la vida recreativa y del lugar en el que vamos a poner en práctica la intervención preventiva	374
6.2. Clarificar los objetivos, planificar un plan realista de intervención y basar la intervención a realizar en la evidencia	375
6.3. Prevención ambiental: nivel legislativo y de cumplimiento de normas	376
6.4. Nivel social, comunitario y de medios de comunicación de masas	376
6.5. La prevención a través de medidas de tráfico y conducción	377
6.6. Acciones informativas y educativas para los jóvenes, padres y población en general	378
6.7. Potenciación del ocio y tiempo libre dirigido a los jóvenes donde el objetivo sea la mejora de la calidad de vida y una diversión sana, sin alcohol ni drogas, ni conductas incívicas	378
6.8. Intervenciones específicas para las mujeres, en relación con la violencia sexual	379
6.9. Medidas de reducción de daños en la diversión y ocio nocturno: Cribaje de grupos y personas en alto riesgo para realizar con ellos acciones puntuales y específicas para sus conductas problema	380
6.10. Conseguir la colaboración de la industria hostelera y del tiempo libre para la aplicación de medidas	380
6.11. Tener un buen equipo de aplicadores para los programas de la vida recreativa	382
6.12. Coordinación entre distintas medidas	383
6.13. Evaluar los resultados de la intervención	383
6.14. Mantener la intervención preventiva en el tiempo mientras esté presente el problema	383
Referencias	384
CAPÍTULO 11 La prevención en el ámbito laboral	389
1. El consumo de drogas en el lugar de trabajo	390
2. ¿Por qué se debe prevenir el consumo de drogas a nivel laboral?	391

2.1. Alto nivel de prevalencia de consumo de drogas	391
2.2. Para reducir la accidentabilidad	392
2.3. Para reducir las bajas laborales e incrementar el rendimiento	393
2.4. Para reducir la morbi-mortalidad	394
2.5. Para estar en un ambiente saludable y seguro	395
2.6. La normativa aplicable en el campo laboral	396
2.7. El Servicio de Vigilancia de la Salud	398
3. Tipos de prevención a nivel laboral	399
3.1. Prevención ambiental	399
3.2. Programas informativos	400
3.3. Programas de promoción de la salud	400
3.4. Programas preventivos específicos	401
3.5. Programas amplios de información, prevención y tratamiento	401
4. Programas preventivos específicos a nivel laboral	402
5 Eficacia de los programas preventivos	405
6. Guía de buenas prácticas para la prevención en el ámbito laboral	406
6.1. Establecer una política de prevención de drogas en el lugar de trabajo	406
6.2. Conocer los factores de riesgo y de protección de la empresa y de los distintos puestos de trabajo	408
6.3. Seleccionar el tipo de programa preventivo y ponerlo en práctica en la empresa, por el equipo de la empresa o por un equipo externo	409
6.4. El programa debe tener objetivos claros, realistas y bien temporalizados	411
6.5. Las cuestiones éticas	411
6.6. Difundir el programa preventivo entre los directivos y trabajadores	412
6.7. Buscar alianzas en la empresa, con los trabajadores, sindicatos y puestos intermedios. También con otros externos a la empresa (ej., centros de drogodependencias, asociaciones, administración, etc.)	413
6.8. Utilizar información, carteles, folletos y otros medios para sensibilizar	413
6.9. Implementar el programa preventivo en la empresa	414
6.10. Facilitar la detección de problemas de consumo en el personal de la empresa y tener un sistema de derivación	414
6.11. Mantener el programa en el tiempo	415
6.12. Hacer una memoria anual del programa, con una especial mención al coste-eficiencia del mismo	415
6.13. Coordinar el programa con otras medidas o acciones	416
Referencias	417

CAPÍTULO 12 La prevención de las adicciones comportamentales o conductas realizadas en exceso	421
1. Las adicciones comportamentales o conductas realizadas en exceso	422

1.1.	Juego patológico o trastorno de juego	423
1.2.	Adicción a los videojuegos, o trastorno de juego por Internet	425
1.3.	Uso problemático de Internet	427
1.4.	Uso problemático del teléfono móvil	429
1.5.	Trastornos clínicos que se confunden con adicciones	430
2.	Aspectos que hay que tener en cuenta cara a la prevención de las adicciones comportamentales y de otras conductas de uso problemático	431
2.1.	Su novedad y existencia reciente	431
2.2.	La alarma social que producen (fundada o infundada)	431
2.3.	La globalización de las conductas, de los consumos, de la vida cotidiana	432
2.4.	La frecuente confusión entre información, educación, prevención y tratamiento	433
2.5.	La escasez de programas preventivos	434
3.	Programas preventivos para las adicciones comportamentales	434
3.1.	Juego patológico	434
3.2.	Adicción a videojuegos	438
3.3.	Uso problemático de Internet	440
3.4.	Uso problemático del teléfono móvil	442
4.	Eficacia de los programas preventivos	443
5.	Elementos que debe tener un programa preventivo de adicciones comportamentales	444
5.1.	Componente informativo sobre las adicciones comportamentales	444
5.2.	Conocer los límites de lo que es una conducta normal de lo que es una conducta excesiva o patológica en el juego, videojuegos, uso de internet, o móvil	445
5.3.	Cambio de creencias erróneas sobre las nuevas tecnologías	447
5.4.	Cambio de distorsiones o sesgos cognitivos sobre las adicciones comportamentales	448
5.5.	Utilización del feedback personalizado	448
5.6.	Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en comunicación y asertividad	450
5.7.	El papel de los iguales y amigos	451
5.8.	El papel de los padres y profesores	452
5.9.	Manejo del estado de ánimo, de la ansiedad y del estrés	452
5.10.	El uso de estrategias didácticas, programas interactivos y otros recursos que centren la atención del receptor	452
5.11.	Número de sesiones del programa	453
5.12.	Uso de redes sociales o webs de modo complementario al programa	453
5.13.	Detección y derivación de los casos con problemas o adicción	454
6.	Criterios de buenas prácticas en los programas preventivos sobre adicciones comportamentales o conductas realizadas en exceso	454
6.1.	Hacer ver la necesidad de poner en práctica este tipo de programas	454

6.2. Crear un clima favorable en el centro educativo para la aplicación del programa preventivo, adecuar sus expectativas a la realidad y pedir la colaboración de todo el centro escolar	455
6.3. Seleccionar un programa preventivo con componentes eficaces	456
6.4. Entrenar adecuadamente a los aplicadores del programa.	457
6.5. Implicar a los padres en el programa preventivo	457
6.6. Tener en cuenta las cuestiones éticas que afectan al desarrollo y aplicación del programa.	458
6.7. Mantener un feedback continuo entre los aplicadores del programa, los alumnos, los padres y el centro escolar	458
6.8. La evaluación del programa	458
6.9. El mantenimiento del programa en el tiempo (las sesiones de refuerzo)	459
6.10. Continua mejora del programa	459
Referencias	460



RESUMEN EJECUTIVO

1. El consumo de drogas y su prevención

El consumo de drogas es un fenómeno de gran relevancia social. Lo mismo ocurre con las adicciones comportamentales, como el juego patológico o los videojuegos, aparte del uso problemático de Internet. Producen dependencia, problemas sanitarios, legales, escolares, laborales, familiares, personales, y mayor mortalidad. A nivel asistencial miles de personas cada año acuden a tratamiento por ellas.

El proceso de comenzar a consumir drogas es múltiple, pero conocemos los principales factores de riesgo que llevan a su consumo, y los de protección que lo previenen. Estos nos sirven de guía para los programas preventivos.

La mejor solución para que los niños y adolescentes no consuman drogas es su prevención. Disponemos de buenos programas preventivos, de buenos profesionales para aplicarlos, aunque la difusión de la prevención es reducida.

Un aspecto de gran relevancia en los últimos años es el de las buenas prácticas en prevención. Una buena práctica es el conjunto de procedimientos en el ámbito comercial o profesional que se consideran correctos o más efectivos. Se orienta a realizar la mejor intervención posible en función del conocimiento de que disponemos. En prevención, implica utilizar programas eficaces y adecuadamente aplicados. Hay varias iniciativas para conocer las mejores prácticas en prevención, como las del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, Plan Nacional sobre Drogas, o de la Región de Murcia (Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas y otras Adicciones (<http://www.buenaspracticasadicciones.es/>), entre otras.

Una *buena práctica en prevención* consiste en la aplicación de un programa preventivo basado en los requisitos teóricos, metodológicos, de contenido, técnicos, de aplicación y de su evaluación, propios del campo preventivo en drogodependencias o adicciones. Además, dicho programa ha demostrado buenos resultados preventivos, sobre todo en la reducción de la prevalencia del consumo de drogas o en la realización de la conducta adictiva, en relación con lo que ocurriría de no aplicarlo. Este tipo de programas es el que tiene el mayor nivel de calidad en prevención.

Una *probable buena práctica en prevención* consiste en la aplicación de un programa preventivo basado en los requisitos teóricos, metodológicos, de contenido, técnicos y de aplicación, propios del campo preventivo en drogodependencias o adicciones, pero que carece de una adecuada evaluación de resultados. Con dicho programa se espera obtener buenos resultados preventivos, pero no se dispone de ellos en este momento. Este tipo de programa precisa ser evaluado. De ser así, puede mantenerse en marcha si se prevé en un plazo corto de tiempo (ej., 2-3 años) su evaluación. Si es eficaz pasaría a ser un programa de buena práctica. En caso contrario, debe dejar de aplicarse y utilizar otro eficaz. Este tipo de programa tendría un nivel de calidad en prevención medio.

Una *mala práctica en prevención* consiste en la aplicación de un programa preventivo donde no están especificados, o no se han seguido, los requisitos teóricos, metodológicos, de contenido, técnicos, de aplicación y de evaluación de un programa, tal como se hace en la prevención de las drogodependencias o de las adicciones. En este tipo de programas desconocemos si es o no eficaz porque no se ha evaluado ni se piensa evaluarlo. Debe evitar aplicarse este tipo de programas porque no sabemos su utilidad y, por todo lo dicho, no tienen ningún nivel de calidad en prevención.



2. Los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas y adicciones comportamentales

Uno de los avances más significativos en el campo del consumo de drogas ha sido conocer distintos factores de riesgo y de protección en ellas. Su conocimiento es muy relevante. Nos basaremos en ellos tanto para la detección de problemas de consumo, como para la aplicación de programas preventivos.

Los factores de riesgo y de protección se han agrupado de distintos modos. Uno de los más habituales es diferenciarlos en factores de riesgo y de protección contextuales/comunitarios (ej., disponibilidad, precio), individuales (donde se han diferenciado a su vez en biológicos, psicológicos y conductuales), familiares (ej., estilo de crianza), de los compañeros e iguales (ej., iguales que consumen drogas) y escolares (ej., tipo y tamaño de la escuela, fracaso escolar).

En el momento actual es relevante no sólo conocer y actuar sobre los factores de riesgo y de protección de la infancia y de la adolescencia, sino también en los de la adultez temprana (el periodo de edad que va de 18 a 30 años), fenómeno característico de las sociedades desarrolladas. Estos son muy semejantes a los de las edades anteriores, pero hay alguno de ellos específicos (ej., dónde y con quién vive, quedarse embarazada).

Ampliando un poco más la edad, también hay que considerar los factores de riesgo y de protección en el ámbito laboral, donde algunos son distintos que los anteriores, sobre todo porque abarcan el periodo desde que las personas entran en el mercado laboral (16-18 años) hasta que lo abandonan (en torno a los 65 años). Aquí hay varios que facilitan o mantienen el consumo de alcohol y drogas, o la realización de otras adicciones comportamentales (ej., jornadas prolongadas, estrés laboral, sueldo bajo).

En suma, conocemos relativamente bien los factores de riesgo y de protección para el consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales y otras adicciones comportamentales (ej., juego patológico).

3. Niveles y tipos de intervención preventiva

Hoy diferenciamos claramente la prevención del tratamiento, como lo diferenciamos de la promoción de la salud, que es previa a la prevención, como de la recuperación, posterior al tratamiento. En prevención se diferencia la prevención universal (el tipo más general de prevención, aplicable a toda una población, ej., a los jóvenes de 12 a 14 años), la selectiva (dirigida a grupos de riesgo identificados) y la indicada (dirigida a personas de alto riesgo de consumo). A las anteriores hay que añadir la prevención ambiental, centrada en el desarrollo de normas y leyes, que ha cobrado una gran relevancia en los últimos años, y con un alto nivel de eficacia (ej., a partir de la aprobación del Convenio Marco para el Control del Tabaco por parte de la Organización Mundial de la Salud).

Si hablamos de tipos de prevención, tenemos la prevención escolar (aplicable en la escuela e institutos), la universitaria (aplicable a los alumnos de la Universidad), la familiar (para familias habitualmente con hijos en riesgo de consumo, o con otros problemas que tienen mayor riesgo de consumir), la comunitaria (para toda la población, en muchos casos integrando a las dos anteriores como parte de ella), la del medio laboral (sobre todo para problemas de alcohol), la del ocio y tiempo libre (para los jóvenes que consumen abusivamente alcohol y drogas cuando salen de



marcha), en el ámbito de la salud (ej., los profesionales sanitarios cuando hacen educación para la salud), en personas en régimen de internamiento (sobre todo para las personas encarceladas, con una especial atención a las mujeres que tienen hijos), en grupos de riesgo (ej., cuando se detecta un grupo con una alta probabilidad de consumir, o en un grupo étnico concreto), en grupos sociales o vulnerables (ej., en jóvenes en centros de reforma, en el ámbito militar, etc.).

4. Buenas prácticas en el ámbito legislativo en drogas y adicciones: la prevención ambiental

El objetivo de la prevención ambiental es alterar los ambientes inmediatos culturales, sociales, físicos y económicos en los que las personas hacen sus elecciones sobre el consumo de drogas. Utiliza, entre otras estrategias, la legislación, los impuestos, restricción en los locales, en la publicidad, en la edad de venta a menores, en el etiquetado, etc. Igualmente, da una gran importancia a reducir la disponibilidad de las sustancias, el número de locales a los que se puede acceder a las sustancias, o a los puntos de venta. También se puede aplicar incidiendo en los dueños de los locales, con campañas educativas, formativas, etc.

La prevención ambiental puede ir dirigida a toda la población (niños, adolescentes y adultos) o a grupos específicos (ej., niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas mayores, grupo étnico, etc.). Su implementación abarca no sólo a éstos sino a múltiples lugares o contextos sociales (ej., bares, ocio y tiempo libre, escuela, familia, y otros grupos). Se puede utilizar en alcohol, tabaco (donde varias medidas se han puesto en práctica con mucho éxito), drogas ilegales, juego patológico y videojuegos. Tienen un alto nivel de eficacia cuando se implantan (ej., a nivel del tráfico rodado).

Una guía de buenas prácticas en prevención ambiental seguiría los siguientes pasos:

1. Que el técnico preventivo, profesional sanitario o del campo social, grupo de personas afectadas o colectivo social, vea la necesidad de tomar medidas ante un problema que precisa erradicarse, reducirse o controlarse.
2. Convencer a los responsables políticos, administrativos y/o legislativos de la necesidad de poner en marcha acciones de prevención ambiental para un consumo concreto de drogas u otras adicciones.
3. Justificar empíricamente la necesidad de dicho desarrollo legislativo, junto con experiencias semejantes que ya existen de regulación, como los beneficios que se obtendrían a nivel de salud, calidad de vida, económicos, etc.
4. Buscar alianzas para que pueda realizarse dicho desarrollo legislativo.
5. Buscar los grupos de apoyo a dicha iniciativa y que sean activos con ella.
6. Convencer a los legisladores o gobierno para que presenten la ley o normativa para su aprobación.
7. El proceso legislativo o de desarrollo de normas para su aprobación.
8. La relevancia de tener un buen sistema sancionador.
9. Implementación de la norma y su seguimiento.
10. Tener en cuenta los posibles niveles de incumplimiento.
11. Pensar en nuevos desarrollos normativos futuros.



5. Buenas prácticas en el diseño, implementación y evaluación de un programa preventivo

En el campo preventivo diseñar y evaluar un programa es complejo, a veces difícil, pero es posible hacerlo. En los últimos años se han elaborado distintos protocolos para ello (ej., los estándares europeos de calidad en prevención, el modelo PERK de evaluación de programas, distintas guías de evaluación de la prevención de drogas, como los criterios de calidad y evidencia de reducción de la demanda de Copolad).

Los criterios de buenas prácticas que habría que seguir para el diseño, implementación y evaluación de un programa preventivo son:

1. La necesidad del programa preventivo. Para que se pueda poner un programa preventivo en marcha tiene que existir la necesidad de que se implante, o una demanda para que se aplique. Si no, habría que explicar y convencer sobre dicha necesidad.
2. Conocer los factores de riesgo y protección, así como el contexto social en donde vamos a aplicar el programa.
3. Tener un marco teórico de referencia que nos guíe en lo que vamos a hacer.
4. Delimitar el grupo o grupos objetivo (población diana) sobre el que vamos a intervenir.
5. Diseñar el plan de prevención: objetivos de lo que vamos a hacer y qué esperamos conseguir.
6. Selección del programa preventivo. Tendrá que ser eficaz, adecuado a las características culturales de nuestro medio, con un razonable coste y viable de aplicar.
7. Métodos y técnicas de intervención que utilizaremos (ej., si es un programa escolar, materiales didácticos, juego de roles, aprendizaje de habilidades, etc.).
8. Que los responsables, profesionales y aplicadores del programa preventivo tengan una buena formación y sepan hacer su trabajo con eficiencia.
9. Tener los recursos necesarios disponibles para la aplicación adecuada del programa.
10. La necesaria coordinación y colaboración vinculada al programa preventivo (ej., con los profesores del colegio, con el concejal responsable del área preventiva municipal, con las AMPAS cara a la intervención con los padres, etc.).
11. Tener un cronograma de lo que se va a hacer y cuando se va a hacer.
12. Principios éticos que hay que seguir con la aplicación del programa (ej., consentimiento informado, participación voluntaria, etc.).
13. La implementación del programa preventivo (equipo suficiente, tareas claras, buena temporalización, dificultades que pueden surgir, etc.).
14. La evaluación del programa preventivo (evaluación del proceso, evaluación del resultado, evaluación del impacto).
15. La difusión de resultados del programa preventivo (ej., profesores, padres, medios de comunicación, administración, etc.).
16. El necesario mantenimiento del programa preventivo en el tiempo.
17. La continua mejora del programa preventivo y de la práctica preventiva, a partir de todo lo que se ha hecho previamente.

6. Buenas prácticas en la prevención comunitaria

Hoy, distinguimos entre la *prevención comunitaria* (o basada en la participación comunitaria) y la *prevención en la comunidad*. En el primer caso, participan miembros de la comunidad afectada en la planificación, desarrollo, implementación, y evaluación del programa y de las estrategias utilizadas. En el segundo caso, se llevan a cabo actividades preventivas en la comunidad, pero sin



que sus miembros participan en el diseño e implementación de estas. En este caso, el programa se desarrolla y luego se pide la participación o el apoyo de esa comunidad.

La prevención comunitaria no tiene como objetivo cambiar a los individuos, sino a la comunidad, de tal modo que este cambio en la comunidad lleve luego a cambios en los individuos. Por ello, un aspecto central de la prevención comunitaria es la *movilización comunitaria*.

En relación con los programas preventivos comunitarios hay varios problemas que los caracterizan. El primero es conseguir medios y financiación para ponerlos en práctica. Luego, que haya un ambiente propicio para crear coaliciones sociales que permitan ponerlo en funcionamiento. Le sigue la cuestión de su implementación, en relación con aspectos como la fidelidad del programa, necesidad de adaptarlo a esa comunidad, competencia de los aplicadores, y respuesta de los participantes, que no siempre es la que deseamos. Y, finalmente, su evaluación.

Habitualmente, la prevención comunitaria va dirigida a personas vulnerables de la misma, en la que aplicamos un programa preventivo, o acciones de tipo preventivas. Disponemos de programas preventivos comunitarios eficaces (ej., COMMIT, Comunidades que se cuidan-CTC, Proyecto de North Karelia, etc.).

La guía de buenas prácticas y de calidad para la prevención comunitaria son las siguientes:

1. Definición del problema y actuaciones que se pueden poner en marcha para solucionarlo.
2. La explicación del fenómeno: ¿Por qué se consumen drogas en este medio? ¿Qué factores de riesgo y protección mantienen o no el consumo?
3. La necesidad de una intervención preventiva comunitaria y lograr su viabilidad y aprobación.
4. Delimitar el grupo o grupos objetivo.
5. Objetivos de la intervención preventiva.
6. Métodos y técnicas específicas de intervención; programas preventivos a utilizar.
7. Recursos disponibles.
8. Implementación del programa preventivo comunitario.
9. Evaluación del programa preventivo.
10. Difusión de los resultados obtenidos a lo largo del programa y al finalizar el mismo.
11. Una vez finalizado el programa, análisis de todo el proceso, detección de puntos fuertes y débiles del programa y nuevas propuestas de actuación
12. El necesario mantenimiento del programa en el tiempo.

7. Buenas prácticas en la prevención escolar

La prevención del consumo de drogas en la escuela es muy importante. Es el lugar donde se hace más prevención. El motivo es claro: es el momento en que se inician al consumo de drogas muchas personas. Los efectos del consumo son claros, en forma de fracaso escolar, abandono de la escuela, dependencia, problemas personales y psicopatológicos, etc. De ahí la relevancia de que no se inicien en el consumo de drogas, retrasen la edad de inicio y sepan afrontar aquellas situaciones en las que las drogas están presentes. Lo mismo ocurre con las adicciones comportamentales.

Los programas preventivos escolares son eficaces. Sabemos cuáles son los que mejor funcionan y hay una amplia experiencia con ellos. La prevención escolar es coste-eficiente. El dinero invertido en prevención se ve compensado con creces en la reducción del consumo, menos problemas en



los jóvenes y reducción de enfermedades y trastornos a corto y medio plazo. Además, tenemos programas preventivos escolares universales, selectivos e indicados eficaces.

Los criterios de buenas prácticas a seguir en la prevención escolar son:

1. Convencer al centro escolar de la necesidad de aplicar en el mismo un programa preventivo para el consumo de drogas o adicciones comportamentales.
2. Crear un clima favorable en el centro educativo para la aplicación del programa preventivo, desde los profesores al resto del personal del centro.
3. Seleccionar un programa preventivo eficaz. Para ello disponemos de bases de datos a las que podemos acudir, en las que se indican los programas eficaces existentes, con sus distintos niveles de calidad.
4. Entrenar adecuadamente a los aplicadores del programa.
5. Tener en cuenta todas las cuestiones éticas que afectan al desarrollo y aplicación del programa.
6. La necesaria fidelidad en la aplicación del programa.
7. Tener en cuenta a los padres como elementos relevantes del programa preventivo.
8. Mantener un feedback continuo entre los aplicadores del programa y los responsables de que se aplique.
9. La evaluación del programa.
10. El mantenimiento del programa en el tiempo (las sesiones de refuerzo).
11. Aprender de lo realizado para seguir mejorando en el futuro.

8. Buenas prácticas en la prevención en medio universitario

En los últimos años ha cobrado relevancia la prevención del consumo de drogas en medio universitario. En él hay consumo de drogas, como hay jóvenes que se inician en su consumo en ella. Además, dado el fenómeno de la adultez emergente en las sociedades desarrolladas (personas entre 18 y 30 años que no entran como tales en la adultez, al no tener sus roles), el incremento de la diversión y vida recreativa, el papel del hedonismo, la fácil accesibilidad a las sustancias, entre otros, son relevantes en los estudiantes.

Se han desarrollado programas preventivos específicos para medio universitario. Los mismos han mostrado funcionar adecuadamente, previniendo el consumo de drogas, sobre todo el consumo de alcohol, sustancia con alto nivel de consumo a estas edades.

Los criterios de buenas prácticas de un programa preventivo en medio universitario son los siguientes:

1. Convencer al equipo directivo de la Universidad de la necesidad de poner en marcha un programa preventivo para el consumo de alcohol, tabaco y drogas.
2. Seleccionar o elaborar un programa preventivo eficaz.
3. Disponer de la financiación suficiente para aplicar el programa.
4. Publicitar el programa preventivo en medio universitario.
5. Ampliar el programa preventivo de alcohol y drogas, si se ve necesario, a otras conductas de riesgo.
6. Tener en cuenta todas las cuestiones éticas que afectan al desarrollo y aplicación del programa.
7. Evaluar el programa.
8. Difundir los resultados del programa a la comunidad universitaria y a la sociedad.



9. Buenas prácticas en la prevención familiar

Los padres, como principal elemento de socialización de sus hijos, tienen un papel central en relación con que consuman o no drogas sus hijos, o en encauzarlos cuando aparecen estos consumos. Estilos de crianza inadecuados, apego familiar insuficiente, desorganización y conflictos en la familia, pobreza o marginación, maltrato, consumo de drogas de los padres u otros problemas, inciden en el consumo de drogas en sus hijos.

Hay programas preventivos familiares eficaces, sabemos cómo hacer una buena prevención familiar y las dificultades que se presentan en su aplicación. La mayoría de estos programas tienen lo anterior en cuenta (ej., que asista sobre todo la madre; que haya dificultades para acudir a ellos; que a veces haya que hacer visitas a casa de los padres, etc.). Los buenos programas preventivos familiares son coste-eficientes.

Los criterios de buenas prácticas en los programas de prevención familiar son los siguientes:

1. Crear el ambiente adecuado para poner en práctica un programa preventivo familiar.
2. Seleccionar un adecuado programa preventivo, con buen nivel de eficacia.
3. Implantar el programa preventivo con flexibilidad, comprensión y habilidad.
4. Utilizar los componentes que han mostrado ser eficaces para el cambio de conducta de los hijos a través de sus padres. De modo agrupado, éstos serían: 1) diseño y contenido del programa, 2) relevancia del programa, 3) comunicación del programa e implementación, y 4) evaluación del programa y asegurar su calidad.
5. Solucionar, comprender y derivar, cuando sea necesario, a otros servicios sociales, sanitarios o de tratamiento, si tiene problemas de consumo o dependencia de drogas.
6. Uso de nuevas tecnologías (ej., internet, página web, teléfono móvil, tableta). En muchos casos complementan el programa presencial o hay que hacerlo online.
7. Evaluar el programa preventivo familiar.
8. Mantener el programa activo a lo largo del tiempo.
9. Mejorar el programa que se ha aplicado en función de lo que se ha aprendido.

10. Buenas prácticas en la prevención en el ocio nocturno y la vida recreativa

La vida recreativa ha alcanzado una gran relevancia en las sociedades desarrolladas en las últimas décadas. El botellón es uno de los modos de divertirse, como salir de marcha hasta altas horas de la madrugada, con un alto consumo de alcohol y drogas. Hoy, la vida recreativa nocturna acarrea consecuencias negativas en parte de los jóvenes (borracheras, incivismo, violencia, accidentes de tráfico, sexualidad de riesgo, etc.).

Para la vida recreativa se han desarrollado distintos programas preventivos. Varios de los que se utilizan no son eficaces (ej., información), aunque disponemos de acciones eficaces (ej., a través de la prevención ambiental o del control del tráfico rodado), y de programas preventivos que se han desarrollado para la vida recreativa. También hay programas de entrenamiento de camareros y responsables de los locales.



Las buenas prácticas en la prevención de la vida recreativa nocturna son:

1. Tener un buen conocimiento de la vida recreativa y del lugar en el que vamos a poner en práctica la intervención preventiva.
2. Clarificar los objetivos, planificar un plan realista de intervención y basar la intervención a realizar en la evidencia.
3. Utilizar la prevención ambiental: nivel legislativo y de cumplimiento de normas.
4. Tener presente el nivel social, comunitario y de medios de comunicación de masas en el lugar en donde vamos a aplicar el programa.
5. Insistir en la prevención a través de aplicar medidas de tráfico y conducción.
6. Acciones informativas y educativas para los jóvenes, padres y población en general.
7. Potenciación del ocio y tiempo libre dirigido a los jóvenes donde el objetivo sea la mejora de la calidad de vida y una diversión sana, sin alcohol ni drogas, ni conductas incívicas.
8. Intervenciones específicas para las mujeres, en relación con la violencia sexual.
9. Medidas de reducción de daños en la diversión y ocio nocturno: Cribaje de grupos y personas en alto riesgo para realizar con ellos acciones puntuales y específicas para sus conductas problema.
10. Conseguir la colaboración de la industria hostelera y del tiempo libre para la aplicación de distintas medidas.
11. Tener un buen equipo de aplicadores para los programas de la vida recreativa.
12. Coordinación entre distintas medidas.
13. Evaluar los resultados de la intervención.
14. Mantener la intervención preventiva en el tiempo mientras esté presente el problema.

11. Buenas prácticas en la prevención en el ámbito laboral

El consumo de alcohol y drogas en el ámbito laboral es semejante al de la población general. De ahí la necesidad de prevenir dichos consumos en el lugar de trabajo, cara a evitar accidentes, incendios, bajas laborales o muertes. Existen servicios de medicina de empresa o de riesgos laborales en las empresas, al tiempo que el Estatuto de los Trabajadores y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales regulan muchos aspectos sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

A nivel laboral tiene una gran relevancia la prevención ambiental (leyes y normas). Se han desarrollado ampliamente programas informativos, de promoción de la salud, como otros específicos sobre prevención de alcohol y drogas. En empresas de transporte (aviación, ferrocarril, autobuses) hay una larga experiencia en programas preventivos específicos, como igualmente en las grandes empresas.

La guía de buenas prácticas para la prevención en el ámbito laboral sería:

1. Establecer una política de prevención de drogas en el lugar de trabajo.
2. Conocer los factores de riesgo y de protección de la empresa y de los distintos puestos de trabajo.
3. Seleccionar el tipo de programa preventivo y ponerlo en práctica en la empresa, por el equipo que para ello tiene la empresa o por un equipo externo.
4. El programa debe tener objetivos claros, realistas y bien temporalizados.
5. Tener en cuenta las cuestiones éticas de la intervención.
6. Difundir el programa preventivo entre los directivos y trabajadores



7. Buscar alianzas en la empresa, con los trabajadores, sindicatos y puestos intermedios. También con otros externos a la empresa (ej., centros de alcoholismo, drogodependencias, asociaciones, administración, etc.).
8. Utilizar información, carteles, folletos y otros medios para sensibilizar.
9. Implementar el programa preventivo en la empresa.
10. Facilitar la detección de problemas de consumo de sustancias en el personal de la empresa y tener un sistema de derivación.
11. Mantener el programa en el tiempo.
12. Hacer una memoria anual del programa, con una especial mención a su coste-eficiencia.
13. Coordinar el programa con otras medidas.

12. La prevención de las adicciones comportamentales o conductas realizadas en exceso

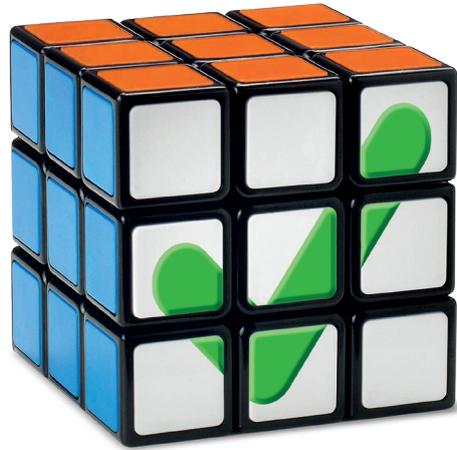
Un nuevo tipo de adicciones son las comportamentales, concretamente el juego patológico y los videojuegos. No está reconocida la adicción a Internet, aunque hay personas que tienen un uso problemático del mismo.

El juego patológico es un trastorno grave que afecta a miles de personas. En los últimos años se ha extendido el juego on-line y las casas de apuestas deportivas. Con el gran auge de los videojuegos, una parte de los que lo usan se hacen dependientes de ellos. E, Internet, como cualquier instrumento tecnológico, cuando se expande a toda la población, va a producir en una parte de la misma problemas, tales como un uso excesivo de la red y de parte de sus contenidos (ej., sexo, relaciones virtuales), o hacer en ella conductas inadecuadas o delictivas (ej., acoso, ciberbullying, suplantación de identidad). Hay personas que tienen problemas de uso excesivo o problemático del teléfono móvil.

Al ser nueva esta problemática, hay menos programas preventivos en las adicciones comportamentales que los que hay para el alcohol, tabaco y drogas ilegales. Varios han mostrado su eficacia.

Los criterios de buenas prácticas en los programas preventivos sobre adicciones comportamentales o conductas realizadas en exceso son los siguientes:

1. Hacer ver la necesidad de poner en práctica este tipo de programas.
2. Crear un clima favorable en el centro educativo para la aplicación del programa preventivo, adecuar sus expectativas a la realidad y pedir la colaboración de todo el centro escolar.
3. Seleccionar un programa preventivo con componentes eficaces o que el programa seleccionado ya sea eficaz.
4. Entrenar adecuadamente a los aplicadores del programa.
5. Implicar a los padres en el programa preventivo.
6. Tener en cuenta las cuestiones éticas que afectan al desarrollo y aplicación del programa.
7. Mantener un feedback continuo entre los aplicadores del programa, los alumnos, los padres y el centro escolar.
8. Evaluar el programa.
9. Mantener el programa en el tiempo (las sesiones de refuerzo).
10. Continuar mejorando el programa.



CAPÍTULO 1

Conceptos básicos en la prevención de las drogodependencias y de otras adicciones



1. El consumo de drogas y las conductas adictivas como un grave problema social

El consumo de drogas se ha convertido en pocos años en un fenómeno de gran relevancia social, sobre todo por las consecuencias negativas que produce. Hasta bien entrado el s. XX no empezaron las epidemias del consumo de las distintas drogas, como ha sido la heroína en los años 70, la cocaína en los años 90, y el cannabis actualmente. Al tiempo, el consumo de alcohol tiene una larga historia, por ser nuestra droga social, y el consumo de tabaco se introdujo en el s. XX, primero en varones, y luego en mujeres.

Actualmente, son muchas las drogas ilegales a las que podemos acceder, como la cocaína, cannabis, heroína, drogas de síntesis o alucinógenos y, en los últimos años, un gran número de nuevas drogas sintéticas.

También, con el desarrollo tecnológico han surgido nuevas adicciones. Nos referimos a las adicciones comportamentales. Éstas, a diferencia de las anteriores, no se producen por el consumo de una sustancia, sino por la realización de una conducta que tiene capacidad de producir dependencia. Nos referimos al juego, fundamentalmente, en forma de juegos de azar o videojuegos, y de otras conductas que, no habiendo consenso si son adictivas, acarrear importantes problemas a muchos individuos (ej., el uso abusivo de instrumentos tecnológicos como acceso a la red, móvil, etc.).

A lo anterior hay que añadir el gran incremento que se ha producido en el consumo de psicofármacos en las últimas décadas, tanto en España como en otros países, en muchos casos utilizadas sin receta médica. También el uso de la *oxicodona* en Estados Unidos, un potente opiáceo para el dolor, utilizado como analgésico, que ha producido en ese país, por su inadecuado uso terapéutico, una epidemia de consumo de opiáceos en su población. En nuestro medio el consumo de psicofármacos ha crecido mucho, frecuentemente sin receta médica. De ahí que es preciso monitorizar y regular su uso fuera del circuito terapéutico por las negativas consecuencias que puede producir a corto y a medio plazo, sobre todo porque varios de ellos tienen poder adictivo.

Debemos dejar claro, para que ello no lleve a confusión, que, desde una perspectiva profesional, clínica y asistencial, los trastornos que están reconocidos tanto para el DSM-5, como para el CIE-10, o el CIE-11, son las drogas psicoactivas, el juego patológico y la adicción a los videojuegos. Pero también hay que reconocer que hay persona que desarrollan problemas personales, escolares, laborales, familiares, y de otro tipo, por la realización de conductas en exceso, y que algunos investigadores creen que debieran también considerarse como adictivas (ej., las que denominan adicción a Internet, pornografía, bronceado, ejercicio físico, comida, trabajo, amor, compra compulsiva, etc.).

Lo que caracteriza básicamente a una adicción es que la persona pierde el control de esa conducta y, al tiempo, le produce importantes problemas personales, sociales, laborales, de pareja, etc. Su consumo, o realización, produce intoxicación, síndrome de abstinencia, tolerancia, etc. En los países desarrollados el problema de las drogas tiene actualmente una enorme importancia. Su coste sanitario y social es enorme. Por el contrario, en las últimas décadas se aprecia un descenso del consumo abusivo en España de las drogas legales, alcohol y tabaco. Además, por el lugar geográfico que ocupa, es punto de entrada de drogas para Europa desde África y América. Somos uno de los principales consumidores de drogas ilegales de Europa, y del mundo, sobre todo en jóvenes de 14 a 35 años.



Tabla 1.1. Los conceptos de droga y adicción.

Droga: toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste (Kramer y Cameron, 1975, pág. 13).

Droga de abuso: cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral (Schuckit, 2010, pág. 4).

Adicción: término genérico para referirse al consumo abusivo, compulsivo o dependiente de las distintas drogas o de comportamientos con capacidad adictiva, que se refleja en que producen intoxicación o cambios en el estado de consciencia, tolerancia, cambios en su estado emocional, síndrome de abstinencia al dejar de consumir o de realizar esa conducta, todo lo cual causa un claro daño personal, médico, psicológico o social al individuo.

Síndrome de dependencia: es el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas donde el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia, después de un período de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características de la dependencia, al contrario de lo que sucede en individuos no dependientes (OMS, 1992).

Las consecuencias que produce el consumo de drogas son evidentes en la actualidad, en forma de morbi-mortalidad, sanitarias, legales, laborales, familiares, personales, penitenciarias, etc. Ello es debido a que las drogas tienen un gran poder adictivo. Al ingerirlas, pasan rápidamente desde el torrente sanguíneo al cerebro, y esto afecta a como el individuo siente, percibe y se comporta. Estos cambios suelen ser percibidos como placenteros o reforzantes, facilitando el proceso de condicionamiento, haciendo que se mantenga el consumo por los efectos reforzantes, y si deja de consumir recaiga. Con ello, el proceso de recuperación y abandono de la sustancia es lento o no se produce en los casos más graves. A lo anterior hay que añadir que, al darse el consumo en un gran número de persona, las consecuencias son mayores. Estamos ante una epidemia. En pocas décadas, con la globalización y la generalización del comercio internacional, se ha producido una expansión exponencial del consumo de drogas.

A nivel asistencial esto se expresa en 38.544 personas admitidas a tratamiento en 2020 por drogas ilegales en España, en centros públicos, sin contar los privados, ni los que están en tratamiento por alcohol y tabaco, ni los que están en programas de mantenimiento con metadona. La principal demanda fue por cocaína (45.4%) seguida de cannabis (27.5%) y opiáceos (22.1%). Como vemos, una cifra enorme pero menor a los habituales 50.000, debido a la pandemia del Covid-19 en ese año. Aparte, hay que añadir 4,657 urgencias hospitalarias por drogas y 974 muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas (año 2018). Todo ello tiene un gasto sanitario, social y humano enorme (OEDA, 2022).

Hoy, uno de cada 10 adultos, de 15 a 64 años, han consumido al menos una droga ilegal en el último año. En torno a 30 millones de personas en el mundo sufren del trastorno por consumo de sustancias, de los cuales unos 12 millones se las inyectan. Muchos de los adictos están encarcelados. Tienen una alta probabilidad de adquirir enfermedades contagiosas por el consumo de drogas (sobre todo VIH, hepatitis y tuberculosis). Además, los adictos, suelen consumir más de



una droga (lo que conocemos como politoxicomanía) junto a distintos medicamentos de prescripción con características psicoactivas. La droga ilegal más consumida en el mundo es el cannabis. En España, los datos de las encuestas realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas para la población general española de 15 a 64 años (año 2019-2020) (OEDYLA, 2021, y para la población escolarizada de 14 a 18 años (año 2021) (OEDYLA, 2021) son evidentes, como se muestra en las tablas 1.2 y 1.3.

Los datos de la población adulta indican que las sustancias psicoactivas más consumidas alguna vez, durante los últimos 12 meses, son el alcohol, con una prevalencia del 76,4%, y el tabaco, con un 39%. Entre las drogas de comercio ilegal la más extendida es el cannabis y sus derivados, seguida de la cocaína y el éxtasis, con prevalencias de consumo (alguna vez) en los últimos 12 meses del 10,6% para el cannabis, 2,6% para la cocaína y 0,8% para el éxtasis. El resto de las drogas ilegales están mucho menos extendidas con prevalencias de consumo en el último año (alguna vez) entre el 0,6% para las anfetaminas y alucinógenos y el 0,1% para la heroína. Merece una mención aparte el alto consumo de hipnosedantes, con o sin receta médica, cuya prevalencia en el último año (alguna vez) fue de un 13,1%. Este es un nuevo fenómeno inexistente hace pocos años.

A nivel de consumo diario, un 33,1 consume tabaco, un 9% alcohol, un 7,2% hipnosedantes, con o sin receta médica, y un 2,8% cannabis. Creemos que, en las drogas ilegales, se ha llegado al tope de consumo hace unos años y ahora hay un ligero descenso, mantenido para la cocaína y la heroína, aunque preocupa el tema del cannabis, la droga ilegal más consumida y que se consume a una edad media más temprana.

En relación con las diferencias por sexo, la prevalencia de consumo de drogas en la población general es bastante más elevada en hombres que en mujeres, sobre todo en el caso de sustancias ilegales, exceptuando los hipnosedantes sin receta.

En cuanto al consumo de sustancias entre los estudiantes de 14 a 18 años que cursaban Educación Secundaria Obligatoria (ESO), en la última encuesta de 2021 (OEDYLA, 2021b), un 53,6% había consumido alcohol en los 30 días previos a la encuesta, y un 23,9% tabaco. A estas sustancias, le sigue el cannabis, con una prevalencia del 14,9%. La cocaína con un 0,6%. A continuación, aparecen otras sustancias ilegales como los alucinógenos y el éxtasis. De las sustancias ilegales importantes, la heroína es la menos extendida, con una prevalencia del 0,2% en los últimos 30 días. Destaca también, como en los adultos, que el 3,6% de los jóvenes consumen hipnosedantes sin receta médica (que sube al 7,5% al sumar con y sin receta médica) en los últimos 30 días.

Destaca el incremento del número de borracheras: en los 30 días previos a la encuesta ha sido de un 16.1% en 1994, un 25,6% en 2006, subiendo hasta un 35.6% en 2010, y luego bajando a un 22,6 en 2014, un 24,3 en 2018 y en 2021 a un 23.2%. En el caso del tabaco hay oscilaciones de año a año, lo que indica cierto nivel de estabilidad.

El consumo de cannabis es muy elevado en los estudiantes (22,2% para los últimos 12 meses), con un consumo semejante en varones y mujeres (22,6% de los hombres y 21,8% de las mujeres). Igualmente, se ha producido un enorme incremento en el consumo de hipnosedantes, con o sin receta médica.



Tabla 1.2. Prevalencia de consumos de drogas en España, 2022 (encuesta de la población general de 15-64 años).

Sustancia	Consumo, alguna vez en la vida	Consumo, últimos 12 meses	Consumo, últimos 30 días	Edad de inicio
Alcohol	93,2	76,4	64,5	17,0
Tabaco	69,6	39,0	37,2	16,7
Cannabis	40,9	10,6	8,6	18,8
Éxtasis	5,1	0,8	0,2	20,7
Alucinógenos	5,4	0,6	0,2	21,0
Anfetaminas/speed	4,6	0,6	0,2	19,7
Cocaína (polvo y/o base)	12,0	2,6	1,4	21,7
Heroína	0,6	0,1	0,0	23,2
Inhalables volátiles	0,9	0,2	0,1	21,2
Hipnosedante con y sin receta	23,5	13,1	9,7	35,2

Fuente: OEDA (2022).

Tabla 1.3. Prevalencia de consumos de drogas en España, 2021 (encuesta de la población escolar de 14-18 años).

Sustancia	Consumo, alguna vez en la vida	Consumo, últimos 12 meses	Consumo, últimos 30 días	Consumo, últimos 12 meses		Edad de inicio
				Varones	Mujeres	
Alcohol	73,9	70,5	53,6	67,8	73,3	14,0
Tabaco	38,2	30,7	23,9	27,3	34,2	14,1
Cannabis	28,6	22,2	14,9	22,6	21,8	14,9
Éxtasis	3,1	1,8	0,6	2,1	1,5	15,4
Alucinógenos	1,7	1,0	0,3	1,4	0,6	15,6
Anfetaminas	1,5	0,8	0,1	1,2	0,6	15,3
Cocaína (polvo/base)	2,7	2,1	0,6	2,7	1,5	15,3
Heroína	0,5	0,4	0,2	0,5	0,2	14,7
Inhalables volátiles	1,8	0,9	0,4	1,2	0,9	14,9
GHB	0,4	0,3	0,2	0,5	0,1	15,0
Hipnosedantes sin receta	10,3	7,2	3,6	2,6	4,7	14,1
Hipnosedantes con y sin receta	19,6	13,6	7,5	9,7	17,6	14,4

Fuente: OEDA (2021).



El riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas ha disminuido claramente, sobre todo en el caso del alcohol, el cannabis y los hipnosedantes, tanto en la población general como entre los estudiantes de ESO. Ha disminuido el riesgo percibido ante el consumo esporádico de cocaína y ha aumentado la disponibilidad percibida de cannabis y cocaína, tanto en la población general de 16 a 65 años como en los estudiantes de ESO de 14 a 18 años, si bien en la población general la tendencia es hacia la estabilización a partir de 2001. Entre los estudiantes ha aumentado ligeramente la disponibilidad percibida de alcohol, heroína y éxtasis. Tener una percepción de normalización de las drogas incide negativamente en la concepción sobre ellas. Ello facilita probarlas y consumirlas regularmente.

2. La etiología del consumo de drogas y de las adicciones comportamentales

El proceso de comenzar a consumir drogas no es simple; es un proceso complejo. Pasa por una fase previa, o de predisposición, y puede seguir la de conocimiento, la de experimentación e inicio al consumo de sustancias, la de consolidación, de dependencia, de abandono o mantenimiento, y de recaída (Becoña, 1999, 2002, 2019). En la fase previa o de predisposición hay toda una serie de factores que incrementan o disminuyen la probabilidad del consumo de drogas. Pueden ser de tipo biológico, psicológico y sociocultural. En la fase de conocimiento de la sustancia su contacto y su conocimiento van a depender de la disponibilidad, del interés que surja por ella, del efecto que crea que producen (expectativas), y de si los amigos o los propios familiares le inducen a su consumo. La fase de conocimiento puede llevar a la experimentación e inicio al consumo de distintas sustancias o bien puede seguir sin consumir. Conocer adecuadamente los factores de riesgo y protección y las características de la etapa adolescente es de gran relevancia en esta fase. La fase de consolidación del consumo de una sustancia es aquella donde se da el paso del uso al abuso y a la dependencia. La última fase es la de abandono o mantenimiento. Cualquier conducta discurre a lo largo de un continuo temporal, en el que la persona puede seguir realizando la misma, o dejar de hacerla, si sus consecuencias son más negativas que positivas. De ahí que, entre los consumidores de las distintas drogas, unos dejarán de consumirlas después de una o varias pruebas, otros después de un período corto o largo de consumo, y otros la consumirán ininterrumpidamente durante muchos años o a lo largo de toda la vida. Serían los que están en la fase de mantenimiento del consumo. También es frecuente la recaída. La adicción consolidada puede considerarse como una conducta aprendida difícil de extinguir.

2.1. Factores de predisposición históricos, ecológicos y de la especie humana

- *Factores ecológicos, históricos y socioculturales.* Nuestro mundo actual se estructura en grupos sociales. Y, dentro de nuestro grupo social, las creencias, expectativas y conductas se modulan por una historia previa que ha llevado a la constitución de una cultura específica en la interrelación mutua del hombre con su ambiente a lo largo del tiempo. Ciertas drogas se llevan consumiendo años o siglos en esa cultura (ej., el alcohol en la nuestra). Sus usos solían estar ritualizados, pero en las últimas décadas ello ha cambiado con el incremento del comercio y la globalización, surgiendo drogas “nuevas” más potentes, no naturales, procesadas, y fuera del contexto tradicional de esa sociedad (ej., heroína, cocaína, cannabis, etc.).
- *Predisposición biológica.* Distintos estudios han mostrado la existencia de una predisposición biológica para el consumo de distintas sustancias, aunque esto varía de persona a persona.



Por ejemplo, se considera que los factores genéticos explicarían el 49% de la variancia en el riesgo para la dependencia del alcohol (en gemelos monocigóticos). A ello hay que añadir los estudios de comorbilidad. Estos encuentran que las personas con distintos trastornos mentales tienen un mayor nivel de adicción al alcohol y drogas.

- *Predisposición psicológica: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia.* Sin aprendizaje no hay conducta. El poder reforzante de la droga hace que la asociación con distintos estímulos neutros sea muy amplia. Al producirse el consumo, frecuentemente en contextos sociales o en grupo, aumenta más la probabilidad de condicionamiento a elementos parciales o totales de ese contexto. Este refuerzo va a fortalecer posteriormente el proceso de búsqueda de la droga. Para poder estimar lo poderoso que es el refuerzo que produce una droga hay que saber con qué otros refuerzos compete, aparte de los primarios de la comida, el agua y el aire, otros como el dinero, el sexo, el matrimonio, la crianza de los hijos, un buen trabajo, ocio y tiempo libre, etc. Y sin olvidar que el consumo de drogas no depende siempre de sus propiedades farmacológicas, sino de sus propiedades esperadas (expectativas).

Otra importante característica psicológica del individuo es la inteligencia, o capacidad o habilidad de aprender de la experiencia, pensar en términos abstractos y funcionar adecuadamente en su propio ambiente, lo que es un elemento básico de la persona. Mediante ella se va produciendo el aprendizaje y, de modo mutuo, el aprendizaje permite su desarrollo. Varios estudios han encontrado una asociación entre menor coeficiente de inteligencia (CI) y abuso o dependencia del alcohol.

Hacemos notar que la predisposición biológica, psicológica y socio-cultural actúan todas al mismo tiempo.

2.2. Factores de predisposición contextuales y cercanos

El contexto de la presencia de drogas marca o no su consumo. Esto está mediado por varios factores de predisposición contextuales o cercanos.

- *La biología.* La mayor parte de los estudios en este campo se corresponden con los denominados factores genéticos, sobre todo para el consumo de alcohol y de drogas de los padres y el posterior consumo de sus hijos. También los estudios que se basan en los cambios biológicos que producen las drogas en el organismo en distintas dianas biológicas, sobre todo en el cerebro, la existencia de receptores específicos en el cerebro, el papel de la dopamina y el centro del reforzamiento cerebral, etc. Esto ha llevado al planteamiento en los últimos años de la adicción como una enfermedad cerebral, sobre todo por parte del NIDA norteamericano, en parte el DSM-5 y la psiquiatría biológica. En este modelo el sustrato central para explicar el consumo de drogas sería biológico, con base genética.
- *El ambiente.* El ambiente es el lugar físico en el que la persona vive e interacciona con los demás. Incluye tanto su lugar físico donde reside y vive, como su lugar social, tal como su edificio, barrio y ciudad. El ambiente familiar es uno de los más relevantes para la evolución de la persona. Tipos de ambientes determinan distintos comportamientos y son un elemento esencial para el proceso de socialización. Otros ambientes, como el escolar, referido al tipo de escuela en donde estudia, como el barrio, influyen en un modo u otro de socializarse. Con posterioridad, conforme la persona llega a la adultez, o al final de la adolescencia, es posible seleccionar el ambiente en el que uno puede vivir.
- *El aprendizaje.* Ya hemos indicado previamente el papel del aprendizaje como un elemento esencial de la predisposición psicológica.



- *La socialización.* Desde el nacimiento el medio influye en el desarrollo humano a través de dos procesos: el de aprendizaje y el de socialización. La socialización es el proceso a través del cual el individuo se convierte en miembro de un grupo social: la familia, comunidad, religión, etc. Incluye el aprendizaje de las actitudes, creencias, valores, roles y expectativas de su grupo. Hoy la socialización tiene lugar primero en la familia, que es el agente más importante de la misma, siendo aquí relevante los estilos de crianza. La socialización sigue luego en la escuela, instituto y ambiente escolar. Los compañeros tienen en este momento un papel relevante. Finalmente, están los medios de comunicación, sobre todo hoy vía Internet, redes sociales y móvil. Después de la adolescencia también otras personas contribuyen al proceso de socialización, dado que éste no finaliza hasta que muere la persona, aunque su mayor relevancia está en los primeros años y en la adolescencia.
- *Leyes y normas sobre las sustancias legales e ilegales.* Cuanto más restrictivas son las leyes y normas sobre el consumo de drogas, menos consumo se hace, sobre todo en el caso de las drogas legales.
- *Internet, redes sociales y otros medios de comunicación.* Actualmente, en los países occidentales, especialmente, el uso de Internet, redes sociales y otros medios de comunicación es parte de la vida cotidiana. En ellas hay muchos contenidos pro-consumo que circulan sin ningún control.
- *Factores cognitivos: las expectativas y creencias.* Las expectativas son las creencias sobre qué ocurrirá al llevar a cabo cierta conducta. Como tales, las expectativas representan los mecanismos a través de los cuales las experiencias y el conocimiento pasado son utilizados para predecir el futuro. El consumo de cualquier droga no depende solo de sus propiedades farmacológicas, sino de sus propiedades esperadas (expectativas). Cada vez tenemos más pruebas de que las percepciones cognitivas inadecuadas (o distorsiones del pensamiento), como las creencias, sobre el alcohol o las drogas, mantienen el consumo tanto en personas normales como en personas con problemas de dependencia del alcohol.

2.3. Factores relacionados con la experimentación e inicio al consumo

Hoy la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los adolescentes de las sociedades desarrolladas. Son varios los factores que se relacionan con el mismo.

- *La adolescencia.* Esta es la edad crítica para el inicio del consumo de drogas. Junto a ello hoy cobra relevancia la adultez emergente, que comprende desde el final de la adolescencia hasta los 30 años, o momento en que los jóvenes asumen los roles adultos o entran en el mercado laboral. De ahí que el consumo se mantenga más allá de los 20 años en muchas personas.
- *Características sociodemográficas.* Varias características sociodemográficas se relacionan con el inicio en el consumo. Las dos más importantes son el sexo (los varones consumen más) y la edad (el inicio al consumo está en torno a la adolescencia, a partir de los 14 años de media). Otras variables son el barrio donde vive, zona de la ciudad en la que está, su casa, nivel de pobreza, clase social, etc.
- *Características de la sustancia.* Un factor que se relaciona claramente con el consumo de drogas es que éstas estén disponibles para los posibles consumidores. Además, como producto, debe tener unas propiedades para que sus potenciales compradores/consumidores la acepten y se convierta en un elemento más de consumo. Su tamaño, forma, color, vía de ingestión, efectos a corto, medio y largo plazo, precio, entre otras, son algunas razones a tener en cuenta. La disponibilidad de una sustancia es de suma importancia, junto a un precio adecuado y suficientes puntos de venta.



- *La percepción del riesgo de cada sustancia.* Sabemos desde hace década que el grado de riesgo percibido por los jóvenes sobre las distintas drogas influye en su consumo: a mayor riesgo percibido sobre una droga menor consumo, y viceversa.
- *Publicidad (drogas legales), aceptación social del consumo (normalización) y presión social al consumo como una conducta "normal".* La publicidad de las drogas legales, directa o indirecta, va orientada claramente a que los consumidores incrementen su consumo. A ello hay que añadir la aceptación social del mismo.
- *Creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones.* Las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones que se tengan sobre las distintas drogas van a ser un elemento predictor de probarlas o no y de su posterior consumo o abstinencia. Se asocian claramente a los factores de riesgo y protección y son otro elemento más fruto de la socialización de la persona, de sus procesos de aprendizaje y de sus expectativas.
- *Las drogas como reforzadores.* El alcohol, el tabaco y las drogas ilegales, son potentes reforzadores para los individuos. Lo mismo ocurre con otras conductas como el juego de azar. Desde el punto de vista del comportamiento, el consumo de una sustancia psicoactiva está regulada por sus consecuencias inmediatas. Su consumo puede ser placentero por sí mismo (*reforzamiento positivo*) o por evitar la presencia de un estímulo aversivo (el síndrome de abstinencia, que siendo aversivo se evita consumiendo: *reforzamiento negativo*). La inmediatez de su efecto facilita la asociación conducta-refuerzo. Las personas, además, dependiendo del estado al que quieran llegar, relajado o vigilante, eligen un tipo u otro de droga.
- *La familia, los iguales, la escuela, los medios de comunicación e Internet.* Cuando hablamos de la predisposición psicológica dedicamos un apartado a la socialización. Dentro de ésta comentamos el papel de la familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación e Internet.
- *Los iguales y amigos en las situaciones de consumo, ocio y diversión.* Los iguales y amigos tienen múltiples funciones, como proporcionar oportunidades para el aprendizaje de habilidades sociales, contribuir a establecer valores sociales, sirven de normas con los cuales se juzgarán a sí mismos y dan o niegan apoyo emocional, refuerzan la conducta, sirven como modelo de comportamiento y se entablan amistades u otras relaciones sociales. Son un predictor del consumo de alcohol y drogas en función de si ellos consumen o no. Los hermanos también influyen positiva o negativamente en el consumo.
- *La interacción con otras conductas problema (TDAH, agresividad, conducta antisocial).* El consumo de drogas se relaciona con estas conductas. Existe una comunalidad entre ellas.
- *La personalidad: impulsividad y búsqueda de sensaciones.* En el caso de las drogas destacan los rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones. La impulsividad es el modo de actuar sin pensar (componente motor), toma rápida de decisiones (componente cognitivo), no anticipación de las consecuencias futuras de la acción (falta de programación), y dificultades en la concentración (aspecto atencional). La misma puede ser previa al inicio en el consumo, o para el inicio más temprano. La búsqueda de sensaciones es la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas. Tiene cuatro dimensiones: excitación y búsqueda de aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento. Se relaciona con el consumo.
- *Rendimiento escolar y consumo de drogas.* En los últimos años se ha encontrado una clara relación entre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales y un menor rendimiento académico.
- *Trastornos mentales de los padres y consumo de drogas en los hijos.* Un gran número de estudios han encontrado que hay una relación consistente entre los trastornos mentales de los padres y el mayor riesgo del posterior consumo de drogas de sus hijos.
- *Consumo de drogas de los padres y de los hijos.* Aparte de los problemas de psicopatología de los padres, y el consumo de drogas ilegales, con ellos suele relacionarse un mayor consumo de alcohol, o problemas de abuso y dependencia del alcohol y drogas en los hijos. Lo mismo



ocurre en relación con el alcoholismo de los padres sobre futuros problemas con el alcohol de los hijos.

- *Estrés y eventos vitales estresantes.* El estrés y la exposición a eventos vitales estresantes son factores importantes relacionados con el consumo de drogas legales e ilegales o el incremento en el consumo, y de especial relevante para explicar en algunas personas el abuso o dependencia del alcohol. Destaca el maltrato infantil, físico, psicológico o sexual, como una forma de estrés. De todos modos, no debemos olvidarnos de que una parte de los niños logran ser resilientes ante esta situación y tener un desarrollo adulto normal.

En la vida adulta, estresores como el terrorismo, desastres o eventos catastróficos incrementan el consumo de alcohol y drogas, sobre todo en los meses posteriores a tal evento. Este incremento es relevante en las personas que ya hacían consumos de alcohol de riesgo o en los abstinentes que pueden recaer. La pobreza también incrementa el estrés, siendo otro factor relacionado con el consumo. Igualmente, el divorcio, perder el trabajo, tener problemas financieros o legales se relacionan con el incremento del consumo de alcohol, sobre todo en hombres, aunque hay una importante variabilidad entre los estudios ya que algunos no encuentran esta relación. Esto puede deberse a que hay otras variables que modulan o enmascaran esta relación.

- *El estado emocional.* El estado emocional se asocia en ocasiones al consumo de sustancias. Es valioso hacer distinciones entre fuentes (psiquiátrica o trastornos por consumo de sustancias), si es posible, y entre las posiciones a lo largo del continuo temporal de cada trastorno (antecedente, concomitante o mantenimiento). Estas distinciones pueden indicar tipos específicos de intervenciones. Con ello queremos indicar que el estado emocional tiene hoy una gran relevancia en la explicación del consumo o no de las distintas sustancias, y más todavía una vez que se ha producido el consumo en su mantenimiento.
- *Habilidades de afrontamiento.* La persona que a lo largo de su vida ha adquirido habilidades de afrontamiento tienen menor probabilidad de consumir drogas.
- *Problemas internalizantes y externalizantes.* El consumo de alcohol y drogas en jóvenes se ha relacionado con varios problemas de salud mental de tipo internalizante. Varios estudios longitudinales han demostrado que los adolescentes con problemas de conducta no sólo tienen una mayor probabilidad de abusar del alcohol, sino también de consumir otro tipo de sustancias y de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo. Además, los adolescentes que abusan del alcohol tendrían un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol y drogas en la adultez temprana.
- *Autocontrol.* Un factor que se relaciona con la experimentación y el consumo excesivo del alcohol y drogas es la carencia de adecuadas habilidades de afrontamiento (ante el aburrimiento, el control del peso corporal, la timidez, etc.). De ahí la relevancia de adquirir adecuadas habilidades de autocontrol.
- *Efectos de la prueba/no prueba de la sustancia disponible.* Todas las variables anteriores en interacción llevan finalmente a una persona a probar o no una determinada sustancia. Si no la prueba, esas variables siguen ahí presentes, favoreciendo el que las pruebe en un momento posterior (riesgo) o aumentando la probabilidad de que no las pruebe (protección). Si la prueba, lo que puede ocurrir es que sea una simple prueba por las consecuencias negativas que le produzca, o bien siga consumiendo por sus consecuencias positivas. Al tiempo, el resto de las variables siguen actuando sobre la persona y sobre la sustancia.
- *La interacción entre los distintos factores.* Por todo lo visto, sería una simpleza pensar que hay un solo factor, o unos pocos factores, que puedan explicar el consumo abusivo de una droga. Siempre están varios presentes, tanto de la esfera social, como de la psicológica y biológica. También unos individuos son más vulnerables que otros al consumo o dependencia de drogas.



2.4. Factores relacionados con la consolidación del consumo: del uso, al abuso y a la dependencia

Lo que va a mantener el consumo de sustancias son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo. Lo mismo ocurre con las adicciones comportamentales. En función de éstas, la persona decidirá si continúa consumiendo o no, o realizando o no esa conducta. Las consecuencias estarán en relación con sus iguales, su familia y sí mismo. Sus iguales pueden o no aceptar su conducta; pueden reforzarla o castigarla. Es de gran importancia si el consumo se ha producido con ellos. A nivel de su familia ésta puede tolerar o aceptar el consumo o puede estar en desacuerdo, criticarlo, censurarlo o castigarlo. Las consecuencias que el consumo produzca en la propia persona son también de suma importancia. El notará directamente el efecto, positivo o negativo, beneficios o problemas que ve en ello, etc. El que no consume evalúa las consecuencias en los iguales, familia y sí mismo. En función de todo esto, y de la percepción del riesgo de la sustancia, una vez que la conoce, le llevará a seguir o no consumiendo la misma o, en caso de no consumir a seguir sin consumirla, o hacer intentos o pruebas de consumo en el futuro.

En el proceso adictivo la persona empezará habitualmente a consumir drogas legales (ej., alcohol), luego ilegales, hasta pasar del uso, al abuso y a la dependencia. La interacción entre distintas sustancias e incluso entre otras adicciones sin sustancias, reforzará el proceso adictivo. Y, poco a poco, el estado emocional modulará su comportamiento. Con ello se mantiene el consumo de drogas en sus niveles más adictivos. Cuando ya se está en una fase de dependencia, y se ha mantenido en el tiempo, entonces podemos afirmar que la persona está en una fase de adicción consolidada.

2.5. ¿Qué lleva al abandono del consumo o al mantenimiento del mismo?

A los 25 años la mayoría de las personas dejan el consumo de drogas o consolidan el mismo. Esto es aún más claro a los 30 años. De los que lo abandonan, el motivo puede ser por causas externas o por causas internas. Causas externas pueden ser la presión familiar, de los amigos, pareja, social, policial, sanitaria, etc., para que abandone el consumo o deje de hacer esa conducta. De tipo interno, cuando la persona decide dejar de hacer un consumo por los problemas que le acarrea, sean de tipo personal, físico, afectivo, familiar, social, etc. Este abandono puede hacerse por sí mismo, si es posible, o dependiendo del nivel de dependencia, mediante la búsqueda de ayuda profesional.

3. Modelos en la prevención de las drogodependencias y de las adicciones

3.1. Modelos generales de salud: modelo de salud pública y de promoción de la salud

Los modelos sirven para orientar nuestras acciones, a partir de la organización de las variables relevantes que se relacionan con lo que queremos explicar en ellos. En nuestro caso el consumo de drogas o la realización de conductas adictivas. Por tanto, nos referimos a un problema de salud, aunque es clara la existencia de componentes de tipo ambiental, personal y social. Hay un amplio conjunto de modelos explicativos para este problema. Podemos agruparlos en dos tipos: uno general, el de salud pública y de promoción de la salud, y los específicos para la prevención de drogas y adicciones.



El modelo general de salud sirve para la planificación sanitaria. Es lo que conocemos por modelo de salud pública y de promoción de la salud. El modelo clásico de salud pública partía de tres factores que influían en la salud: el huésped (ej., el individuo o un grupo), el agente (ej., la sustancia psicoactiva) y el ambiente (ej., contexto social). El que hoy se usa de modo predominante es el modelo de salud pública o de promoción de la salud, auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, quien define la *salud* como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1998, pág. 10) y la *salud pública* como “la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad” (OMS, 1998, pág. 12). El modelo da gran importancia a la asistencia sanitaria, su mejora y a los factores culturales, económicos, sociales, políticos y organizativos que inciden en dicha asistencia.

La perspectiva de la salud pública entiende la salud como un derecho humano fundamental. Los conceptos centrales de la promoción de la salud son los de salud, prerrequisitos de la salud, salud para todos, salud pública, atención primaria de salud, prevención de la enfermedad y educación para la salud. Las estrategias básicas que utiliza son establecer una política pública saludable, crear entornos que apoyan la salud, fortalecer una acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los recursos sanitarios (Green y Kreuter, 1991).

Tabla 1.4. Ejemplos de factores que tiene en cuenta la salud pública en el consumo de drogas.

Huésped

- Amigos que consumen tabaco, alcohol y drogas ilegales.
- Modelos con roles adultos que usan o abusan del tabaco, alcohol u otras drogas.
- Iniciación temprana en el consumo de drogas.
- Buenas habilidades de comunicación.
- Poseer buenas habilidades de asertividad o de toma de decisiones.

Agente

- Tabaco con mayor cantidad de nicotina.
- Bebidas alcohólicas que saben como bebidas suaves o como si no tuviesen alcohol.
- Bebidas alcohólicas que son vendidas para que se vean como bebidas suaves o sin alcohol.
- Remedios de hierbas que no han probado su eficacia médica.
- Ayudas dietéticas que no han probado su eficacia médica.
- Educadores de salud comunitarios que trabajan con personas de bajos ingresos.

Ambiente

- Alta densidad de población.
- Áreas con altas tasas de criminalidad.
- Facilidades para recibir el tratamiento adecuado.
- Policía de barrio.
- Políticas de apoyo.

Fuente: Wilson y Hollander (2011, pág. 106).

La perspectiva de salud pública se dirige a toda la población, a todos los individuos, tanto a aquellos que no tienen problemas previos, pero que pueden tenerlos (prevención), como a los que ya los tienen (tratamiento) o a los que están en remisión o son enfermos crónicos (rehabilitación). Dentro de este modelo general se pueden integrar otros modelos, recursos, tecnologías, avan-



ces, que lleven al objetivo final del mismo, que es mejorar la salud de la población. Así, hace años se utilizaba la diferenciación de prevención primaria, secundaria y terciaria (Caplan, 1980), para luego pasar a la de universal, selectiva e indicada (Institute of Medicine, 1994; O'Connell et al., 2009). De ahí que sea un modelo versátil, adaptativo, realista, pragmático y orientado a buscar soluciones a los problemas de salud de la población. Es una aproximación muy abarcadora y explicativa, de ahí su éxito.

Tabla 1.5. La diferencia entre reducción de la oferta y reducción de la demanda.

En relación a la prevención de drogas es muy útil la clásica distinción entre reducción de la oferta y reducción de la demanda. Cuando se hace prevención de drogas aplicada a los individuos nos estamos refiriendo a la *reducción de la demanda de drogas*; esto es, lo que pretendemos es entrenar a los individuos para que si se les ofrecen drogas las rechacen y con ello se reduzca la demanda de droga circulante en el mercado de una comunidad, región o país. Por el contrario, la *reducción de la oferta de drogas* se orienta a que en el mercado haya menos cantidad de droga disponible. Para ello se establecen leyes, controles, cambios en los sistemas o en el ambiente, o políticas orientadas a tal fin. Esto es aplicable tanto para las drogas legales como para las ilegales.

La prevención orientada a la reducción de la demanda se centra en el individuo (cambiar actitudes, percepciones, conductas; reducir los factores de riesgo; entrenarlo en habilidades; etc.) o en un nivel más amplio (ej., escolar, familiar, comunitario, etc.), centrándose en tres aspectos: prevención del consumo de drogas, reducción de daños, y asistencia e integración social. En cada uno de ellos especifican los distintos tipos de intervención que se corresponde con lo que se denomina habitualmente por parte de los profesionales de la prevención o del tratamiento como prevención, tratamiento e incorporación social.

Por el contrario, la reducción de la oferta se dirige a la sustancia, a que haya menos cantidad disponible o circulando en el mercado. Para ello se establecen controles donde se produce la sustancia (cultivo, elaboración), su transporte y almacenaje, y puntos de venta intermedios y finales. Se relaciona con la producción, tráfico y venta de drogas. Aquí la policía, los agentes de aduanas, el ejército, u otros cuerpos de seguridad, dependiendo de cada país, tienen el papel más importante. Habitualmente, las estrategias nacionales sobre drogas intervienen en tres grandes áreas: la lucha contra las organizaciones internacionales dedicadas al tráfico de drogas; la lucha contra la distribución interior de drogas ilegales, especialmente en los grupos organizados; y, la lucha contra la venta de drogas al por menor.

La perspectiva de salud pública permite, en el tema de las drogas, incidir en los aspectos de la oferta y sus consecuencias, en la demanda y sus implicaciones y en el contexto (ambiente, cultura) (Medina-Mora, 2013). Se centra en las personas, en la interacción de ellas con las drogas, en el contexto en que vive (con mayor o menor riesgo de consumo), con su nivel de vulnerabilidad desde factores biológicos hasta los ambientales, pasando por los psicológicos. Y, cuando la persona es dependiente se le considera y se le trata como a un enfermo (enfermo físico), como un adicto (trastorno mental). De ahí que no se ve desde la salud pública el encarcelamiento de los adictos como una solución (Becoña y Martín, 2004).

Una de las características de la salud pública es tomar decisiones basándose en la mejor evidencia científica disponible. Por ello da tanta relevancia a tener buenos sistemas de información epide-



miológica, a la planificación de programas, a implicar a la comunidad en la toma de decisiones, en evaluar las acciones que se implantan y en difundir los resultados obtenidos (Browson et al., 2009). Son estrategias básicas de promoción de la salud establecer una política pública saludable, crear entornos que apoyan la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios hacia los objetivos de salud. Bajo este modelo se planifican y realizan actividades de concienciación, prevención, reducción de daños, tratamiento, rehabilitación, u otras acciones que hayan demostrado su eficacia o que mejore el problema de salud que estamos abordando, en este caso el consumo de drogas o adicciones (tabla 1.6).

Tabla 1.6. Principales acciones y resultados en la política de drogas a partir del modelo de salud pública.

Acción	Políticas concretas	Políticas amplias
Control de la oferta	Arrestar a los traficantes; forzar a los distribuidores a operar de manera ineficiente.	Mantener los precios elevados; reducir la disponibilidad.
Sanciones penales	Aumentar las sanciones para la posesión y consumo de drogas; identificar a los consumidores de drogas con problemas y derivarlos a tratamiento.	Disuadir el consumo de drogas; prevenir la normalización y la propagación del consumo; tener éxito en la identificación y derivación a tratamiento.
Control de las drogas de prescripción	Reglamentar las actividades de las compañías farmacéuticas; restringir la dispensación a las farmacias y a los médicos de sólo los fármacos aprobados.	Permitir que se consuman los fármacos sólo para los propósitos aprobados; prevenir el consumo para propósitos no aprobados.
Prevención	Programas de prevención de drogas en la escuela y campañas en los medios de comunicación de masas.	Mejorar el conocimiento sobre la salud, cambiar actitudes y prevenir el consumo de drogas.
Servicios sociales y de salud para los consumidores de drogas	Atraer a los consumidores de drogas con problemas al tratamiento; permitirles reducir y dejar de consumir drogas; y, facilitar su recuperación y rehabilitación.	Estabilizar y mejorar la salud, reducir las muertes por sobredosis, prevenir la diseminación del VIH y de otras infecciones; también reducir las conductas delictivas.

Fuente: Strang et al. (2012, pág. 72).

Las críticas y dificultades del modelo de promoción de la salud es que al ser muy integrador, es difícil de cumplir sus metas; es general, al estar orientado a la planificación sanitaria; es muy ambicioso y utópico en muchos casos por la dificultad de cumplir sus objetivos; es muy difícil implantarlo a corto o a medio plazo en los países pobres, no en los ricos, que es donde suele utilizarse; con frecuencia todo se queda en palabras, no en hechos, por carencia de recursos, planificación o voluntad política o social; y, cómo ir de lo general, y a veces abstracto, a lo específico y concreto.



3.2. Modelos y teorías específicas en prevención de drogas y adicciones

Se ha desarrollado un gran número de modelos y teorías de por qué las personas consumen drogas, mantienen el consumo o dejan de consumirlas. Y, con ello, como podemos hacer la prevención en drogodependencias a partir de ese conocimiento. Los principales modelos y teorías específicas en prevención de drogas y adicciones pueden verse en Becoña (1999), Scheier (2010), Shaffer et al. (2012) y West (2006; 2013). Éstas abarcan múltiples factores, desde los biológicos, los psicológicos y los sociales, de modo parcial o comprensivo. Sin embargo, de los existentes destacan varios por su aplicabilidad, buen nivel explicativo y, sobre todo, porque han fundamentado programas preventivos eficaces. Nos detendremos en las principales teorías y modelos, como son la teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor y Jessor, la teoría de la socialización primaria de Oetting y colaboradores, la teoría del aprendizaje cognitivo social de Bandura y en el modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins. Otras destacables son la teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1994), el modelo integrado de influencias en el consumo de drogas de Botvin (1996), el modelo comprensivo y secuencial del consumo de drogas de Becoña (1999) o la teoría de la motivación humana PRIME de West (2006, 2013).

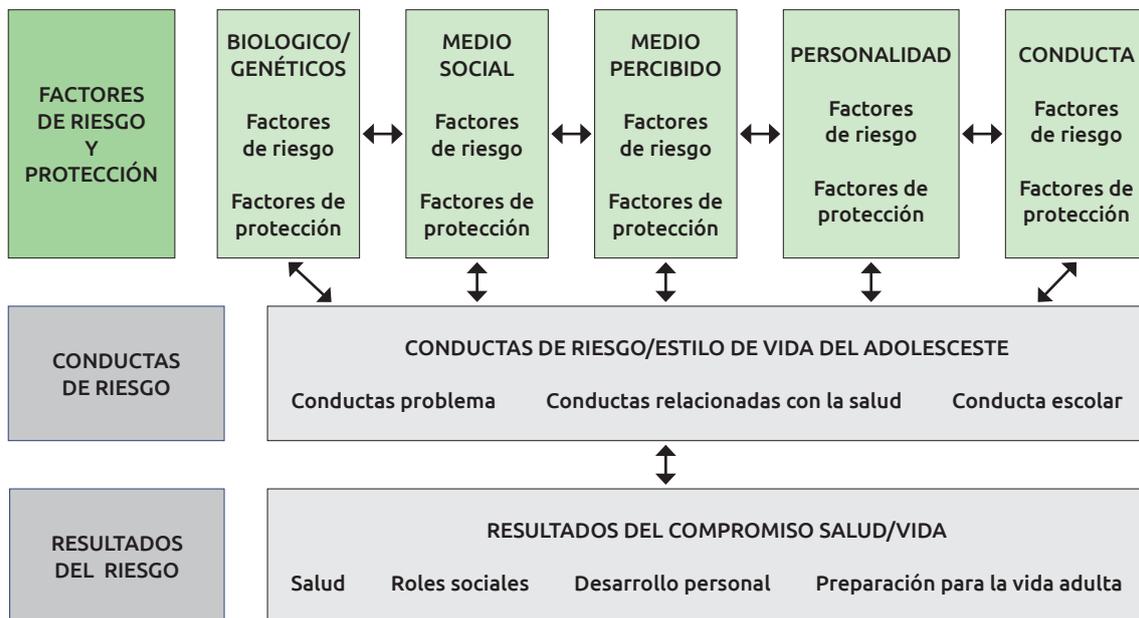
3.2.1. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor y teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor

En el año 1977 Jessor y Jessor (1977) presentaron su teoría de la conducta problema. Desde su formulación, ha sido un punto de referencia en el campo de las drogodependencias. A partir de ella ha refinado una nueva teoría, la de la conducta de riesgo de los adolescentes (ej., Jessor, 1992, 1993). La teoría de la conducta problema fue formulada inicialmente para explicar el consumo de alcohol, ampliada luego a otras conductas, como el consumo de drogas. Por conducta problema entienden aquella que socialmente está definida como un problema, como un tema de preocupación o que es indeseable según las normas de la sociedad convencional o las instituciones de la autoridad adulta. Entre éstas está el consumo de drogas, mantener relaciones sexuales prematuramente, etc. La misma se basa en tres sistemas explicativos: la personalidad, el ambiente y la conducta, todos ellos interrelacionados y organizados entre sí.

Por su parte, la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes se basa en la ciencia conductual del desarrollo. Una conducta de riesgo es cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente. En los adolescentes considera que es mejor utilizar la denominación de conducta de riesgo que la de búsqueda de riesgo, porque muchas de las conductas que van a llevar a cabo implican riesgo, como probar sustancias, tener relaciones sexuales, conducir, cometer actos violentos, etc. Da un gran peso a los factores de riesgo y protección, conductas de riesgo y resultados de riesgo (ver figura 1.1).



Figura 1.1. Modelo de la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor (1992).



Propugnan una visión comprensiva y simultánea de todas las conductas de riesgo. Sugieren que la intervención debe orientarse a cambiar las circunstancias que sostienen un grupo o el síndrome de la conducta de riesgo en la adolescencia. La evidencia de esto se encuentra en las conductas de riesgo que son también conductas problema, como el consumo de drogas, abuso de alcohol, delincuencia y sexualidad precoz. Este es el estilo de vida para algunos adolescentes. Por ello, en este caso habría que intervenir en él como un todo, más que sobre una conducta específica (ej., el consumo de drogas).

Considera cinco grupos de factores de riesgo o protección que sirven de marco conceptual general para la conducta de riesgo de los adolescentes: biológico/genéticos, medio social, medio percibido, personalidad y conducta. Dentro de los factores de riesgo biológico/genéticos considera la historia familiar de alcoholismo y, de protección, la alta inteligencia. Dentro del medio social considera como factores de riesgo la pobreza, la anomía normativa, la desigualdad racial y las oportunidades ilegítimas; de protección, las escuelas de calidad, la familia cohesionada, disponer de recursos vecinales y de adultos interesados por él. Dentro del medio percibido los factores de riesgo son los modelos de conducta desviada y los conflictos normativos entre padres y amigos; de protección, los modelos de conducta convencional y altos controles de la conducta desviada. Dentro de la personalidad, como factores de riesgo considera la percepción de pocas oportunidades, baja autoestima y la propensión a correr riesgos; de protección, la valoración de los logros, la valoración de la salud y la intolerancia a la desviación. Y, dentro de la conducta, como factores de riesgo los problemas con el alcohol y el bajo rendimiento escolar; de protección, la asistencia a la iglesia y participar en clubes escolares y de voluntarios.

Junto a los factores de riesgo y protección están las conductas de riesgo y los resultados del riesgo. Dentro de las conductas de riesgo del adolescente, o de su estilo de vida, considera tres grupos: las conductas problema, las conductas relacionadas con la salud y la conducta escolar. Dentro de las conductas problema están el consumo de drogas ilícitas, la delincuencia y el conducir bebido; en las conductas relacionadas con la salud, la alimentación no saludable, el consumo



de tabaco, el sedentarismo y no usar el cinturón de seguridad; y, dentro de la conducta escolar, la inasistencia escolar, el abandono de la escuela y el consumo de drogas en la escuela.

Los resultados del riesgo son los resultados del compromiso salud/vida, donde considera la salud (dolencias/enfermedades, baja condición física), los roles sociales (fracaso escolar, aislamiento social, problemas legales y la paternidad prematura), el desarrollo personal (autoconcepto inadecuado, depresión/suicidio) y la preparación para la vida adulta (escasas capacidades laborales, desempleo y falta de motivación).

La teoría muestra una causalidad recíproca o bidireccional a lo largo de los distintos constructos. Como los resultados dependen de elementos anteriores, como la naturaleza del contexto social y de otros allí indicados, el cambio es dinámico, siendo necesario considerar el paso de los años y la historia (Jessor et al., 1992).

La implicación que tiene esta teoría, tanto para la prevención como para la intervención (Jessor, 1991), es que un abordaje comprensivo es más eficaz que un abordaje parcial, y los efectos se mantienen a largo plazo.

3.2.2. *Teoría de la socialización primaria de Oetting y colaboradores*

La teoría de la socialización primaria de Oetting y colaboradores (Oetting y Donnermeyer, 1998; Oetting et al., 1998a; 1998b; 1998c) se centra en las conductas problema, donde el consumo de drogas es una de ellas. Su premisa fundamental es que “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. Las conductas sociales desviadas, tales como el uso de drogas, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. La desviación no es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y normas prosociales; tanto las normas prosociales como las desviadas son activamente aprendidas en el proceso de la socialización primaria” (Oetting y Donnermeyer, 1998, pág. 998). La socialización es el proceso de aprender normas y conductas sociales. En toda sociedad hay un modo de aprenderlas, siendo los responsables de ello la familia, la escuela y los iguales. Es en la interacción entre el individuo y estas fuentes de socialización primaria las que llevan a determinar las conductas normativas y desviadas del individuo. Desde la infancia hasta el final de la adolescencia o adultez temprana, es el período de mayor importancia para la socialización del individuo. El mayor riesgo de aprender normas desviadas está en la adolescencia.

Esta teoría se centra básicamente en el aprendizaje de normas. La familia es el primer elemento de socialización primaria para el niño. Si en ésta hay problemas, como conductas delictivas, consumo de drogas, conflictos, agresiones, ello incrementa la probabilidad de su consumo posterior por parte del niño o adolescente. De ahí, que, en función del tipo de familia, el niño aprenderá unas u otras normas.

La escuela es un elemento de la socialización primaria y, conforme hay familias disfuncionales, hay también escuelas disfuncionales o escuelas que tienen otros problemas que reducen la habilidad de aprender o transmitir normas prosociales, como son el tamaño de la escuela, la disciplina en la escuela, roles poco claros, mal profesorado, carencia de recursos, prejuicios, etc.



El grupo, o clúster de iguales, como le denominan, es la tercera fuente de socialización primaria, junto a la familia y la escuela. Consideran a los iguales en general, al grupo de iguales, al grupo de iguales de estilo de vida y al clúster de iguales. La formación de las normas ocurrirá fundamentalmente en el clúster de iguales, siendo más indirecta la de los otros grupos de iguales. El clúster de iguales son las diadas de los mejores amigos, pequeños grupos de amigos cercanos o parejas. Dependiendo de los iguales, con normas prosociales, o implicados en conductas desviadas, los que va a influir claramente en la conducta de esa persona.

La selección del grupo de iguales puede ser debida a causas externas (ej., sexo, lugar donde vive), aunque las más importantes serían la similitud en actitudes, habilidades sociales, intereses y aptitudes. Una vez en el grupo, la similitud entre ellos es lo característico.

Si los vínculos entre el niño y la familia y la escuela son fuertes, desarrollarán normas prosociales; si son débiles, la socialización primaria durante la adolescencia estará dominada por el grupo de iguales. Si falta una adecuada internalización de las normas prosociales, y se han seleccionado iguales desviados, es más probable que se impliquen en conductas desviadas. Con todo, cada cultura modula lo anterior.

Sobre el papel de los rasgos personales, las características físicas, emocionales y sociales del joven, influyen en el proceso de socialización, lo que lleva a que su resultado sean factores de riesgo o protección respecto al uso de drogas y a la conducta desviada. Por ejemplo, los jóvenes más inteligentes es más probable que tengan éxito en la escuela, ésta les refuerce y formen una buena vinculación con ella. De este modo, la inteligencia se convierte en un factor de protección contra la desviación. Otro ejemplo es el atractivo físico. Consideran que los rasgos de personalidad influyen en la desviación sólo indirectamente, en los procesos de socialización primaria.

La cultura (actitudes, creencias, valores y conductas), pasa de una a otra persona, de generación en generación, e influye directamente en ello la socialización del individuo, la socialización primaria. Determina cuáles son las fuentes de socialización y las normas que se van a transmitir. Pero, a su vez, la socialización influye en la cultura, como va ocurriendo con los cambios que se van produciendo de generación en generación. La cultura tiene una gran importancia en determinar las normas para el consumo de las distintas drogas.

Las características de la comunidad, como fuente de socialización secundaria, permiten aumentar o disminuir las oportunidades para que la socialización primaria ocurra, mejorar o empeorar la vinculación con las fuentes de socialización primaria e influenciar las normas a través de los elementos de la socialización primaria. Como fuentes de socialización secundaria consideran las características de la comunidad (ambiente físico y social en el que el individuo vive), la familia extensa (ej., abuelos, tíos, primos), los grupos que forman asociaciones, la religión e instituciones religiosas, el ambiente de los iguales general (ej., grupo deportivo) y los medios de comunicación.

Para esta teoría el consumo de drogas se puede producir por dos vías: 1) la adicción a las drogas ocurre como un resultado de la socialización, y 2) por la dependencia de un estilo de vida basado en el consumo de drogas.



Tabla 1.7. Elementos de la teoría de la socialización primaria de Oetting et al. (1998a, 1998b, 1998c).

Fuentes de la socialización primaria que influyen sobre el individuo.

- Familia.
- Escuela.
- Grupo de iguales.

Influencias indirectas en la socialización primaria.

- Rasgos de personalidad.

Fuentes de socialización secundaria.

- Características de la comunidad: vecindario, ciudad, área; urbanización; tamaño; tipo de ocupación; movilidad de la población; distribución de la población por edades; oportunidades sociales para participar en distintos grupos; pobreza.
- Familia extensa.
- Grupos que forman asociaciones: profesionales, sociales, deportivas, políticas, etc.
- Religión e instituciones religiosas.
- Ambiente de los iguales en general.

3.2.3. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1977b, 1986), red denominada luego como teoría cognitiva social, es una de las teorías más utilizadas e importantes dentro del campo de las drogodependencias. Es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto al ambiente donde ocurre esa conducta. Distintas teorías sobre el consumo de drogas se han fundamentado en ella, como uno de sus elementos centrales, o han utilizado elementos de la misma. Por otra parte, ofrece un modo idóneo de poder conceptualizar el problema del consumo de sustancias como de las adicciones comportamentales, para el inicio, mantenimiento y abandono.

La teoría del aprendizaje social añade el aprendizaje social, vicario o de modelos, al condicionamiento clásico y operante. Posteriormente incluyó la *autoeficacia*, como elemento cognitivo central, para poder explicar la conducta, sin dejar de considerar al tiempo las otras variables ya indicadas. Por ello, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta: 1) El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico; 2) el segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; y, 3) el tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

La autoeficacia es un mecanismo cognitivo común. Bandura (1977a) distingue dos tipos de expectativas: las expectativas de resultado y las expectativas de eficacia. La expectativa de resultado atañe a la percepción personal de que una conducta dada conducirá a ciertos resultados. Una expectativa de eficacia, o autoeficacia, es la convicción personal que tiene la persona de que puede ejecutar exitosamente la conducta requerida para producir un resultado. Éste es un aspecto específico y central del pensamiento humano, central para la adquisición, mantenimiento y cam-



bio de la conducta. Por tanto, esta teoría, tiene como núcleo central las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar. La autoeficacia percibida afecta a los propios niveles de motivación y logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios de la vida.

En resumen, para esta teoría la conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo, fruto de la interacción social en el curso del desarrollo y de los efectos farmacológicos de la sustancia. Esto ocurre cuando la persona quiere aliviar el estrés, o cuando no tiene una adecuada capacidad de afrontamiento. El consumo forma el hábito, por condicionamiento y procesos cognitivos, reduciéndose otras conductas.

3.2.4. *Modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins.*

El modelo del desarrollo social, de Catalano y Hawkins (1996), es una teoría general de la conducta humana cuyo objetivo es explicar la conducta antisocial. A su vez, da una gran relevancia a los factores de riesgo y de protección. Este modelo integra teorías previas que han tenido apoyo empírico, como son la teoría del control, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial. Hipotetiza que los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial son similares (Catalano y Hawkins, 1996; Hawkins y Weiss, 1985).

El modelo explica y predice el comienzo, escalada, mantenimiento, desescalada y abandono de realizar conductas que preocupan a la sociedad, como la delincuencia y el consumo de drogas. Les denomina conducta antisocial porque son vistas fuera del consenso normativo de lo que es una conducta social aceptable. La ventaja de este modelo es que predice tanto la conducta prosocial como la antisocial. También especifica estos procesos en la infancia y en la adolescencia, así como el mantenimiento o abandono en la adultez. Los tres elementos básicos que incorpora este modelo son incluir tanto la conducta delincuente como el consumo de drogas, y otras conductas, en un mismo modelo; una perspectiva de desarrollo, lo que lleva a submodelos específicos para las distintas edades: preescolar, escuela elemental, escuela media e instituto; y, la inclusión de los factores de riesgo y de protección para la delincuencia y el consumo de drogas.

Su asunción principal es que los seres humanos son buscadores de satisfacción y que la conducta humana depende del interés percibido por la persona de sus actos; esto es, las personas se implican en actividades o interacciones a causa de la satisfacción que esperan recibir de ellas. Y que también existe un consenso normativo sobre lo que es adecuado y no adecuado hacer socialmente.

El modelo del desarrollo social hipotetiza que el niño aprende los patrones de conducta, tanto sean prosociales o antisociales, de los agentes de socialización (familia, escuela, grupo religioso, otras instituciones comunitarias y su grupo de iguales). Los niños son socializados a través de un proceso que implica cuatro constructos: a) oportunidades percibidas para implicarse en actividades e interacciones con otros, b) grado de implicación e interacción, c) habilidades para participar en estas implicaciones e interacciones, y d) el reforzamiento que perciben como próximo al realizar actividades e interacciones. De este modo, cuando el proceso de socialización es consistente, se desarrolla un vínculo social entre el individuo y el agente de socialización. Cuando este vínculo está fuertemente establecido, afecta a la conducta independientemente, creando un control informal sobre la conducta futura. Este control inhibe las conductas desviadas a través de conformarse el individuo con las normas y valores de la unidad socializante.



El modelo asume una serie de pasos o desarrollos que van a llevar a una conducta prosocial o antisocial. El primero de ellos, para la conducta prosocial, son las oportunidades percibidas para participar en el orden prosocial. Ello afecta al nivel en que la persona se implicará en la misma. Asume que la implicación e interacción precede a la formación de los apegos y compromisos, que es el segundo paso. El tercero, que el desarrollo de los apegos y compromisos hacia el mundo prosocial depende del grado en que las implicaciones e interacciones sean reforzadas positivamente o son vistas como reforzamientos percibidos. El cuarto, atañe al apego y compromiso para otros y actividades prosociales. Dado que esta depende del nivel de reforzamiento percibido, entonces los factores que mejoran el reforzamiento y la percepción del reforzamiento deberían indirectamente tener fuerza para el desarrollo del apego y del compromiso. Ciertas habilidades emocionales, cognitivas y conductuales, por ejemplo, podrían incrementar la probabilidad de experimentar refuerzos por su implicación e interacción prosocial. Estas habilidades incluyen la habilidad de identificar, expresar y manejar sentimientos; control de impulsos; afrontar el estrés; leer e interpretar los indicios sociales; solucionar problemas y tomar decisiones; conocer normas de conducta; ejecutar tareas tales como el trabajo académico; y, comunicarse verbalmente. El quinto paso indica que todo lo anterior afecta el desarrollo de la creencia en la validez moral de las reglas de conducta de la sociedad, como son las leyes y normas prosociales. Esto facilita su internalización, haciendo que ellas formen parte del sistema de valores del individuo y, con ello, puede delimitar qué actividades ve como moralmente aceptables o no.

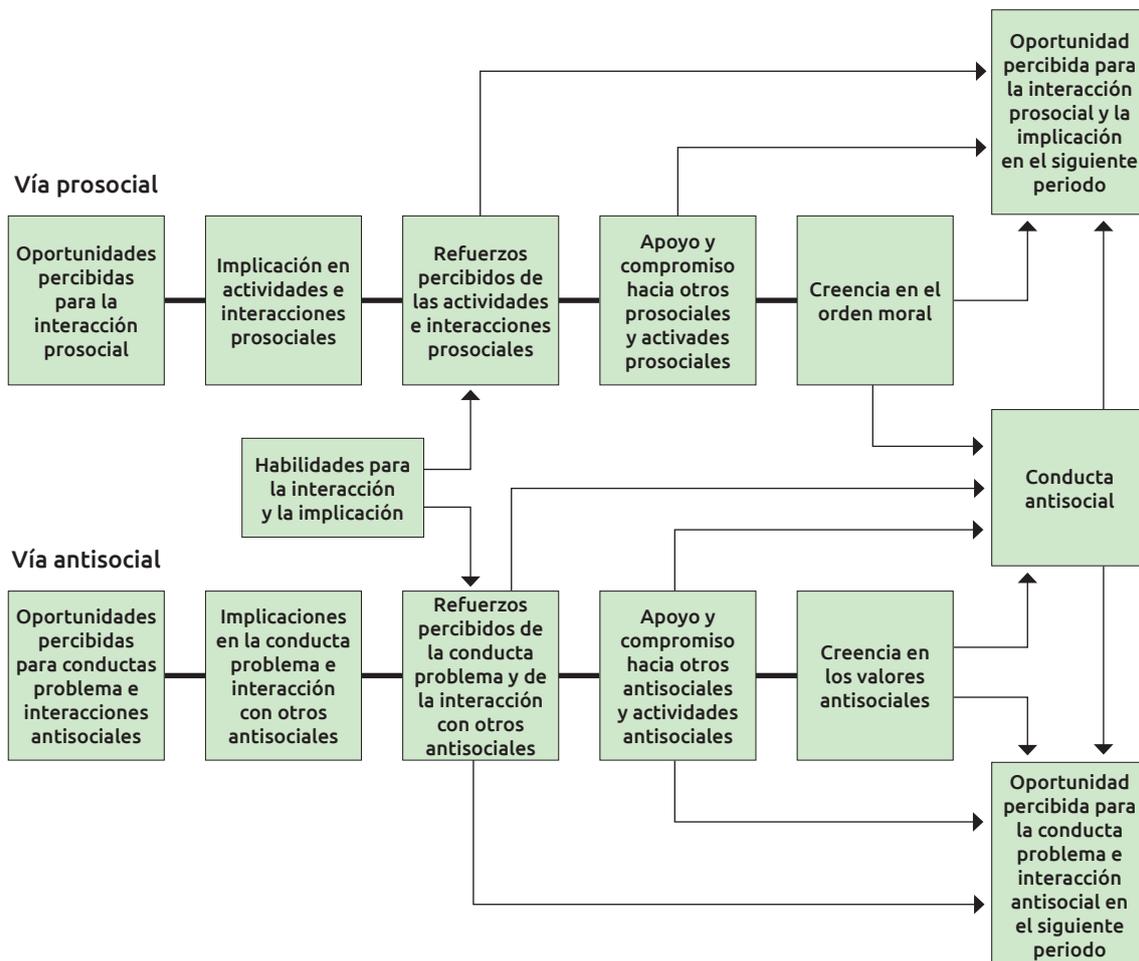
Por el contrario, la conducta antisocial resulta cuando: 1) la socialización prosocial se rompe, bien porque a la persona se le niega la oportunidad de participar en la vida prosocial o sus habilidades son inadecuadas para que sus conductas prosociales le produzcan reforzamiento, o cuando el ambiente falla en reforzarle cuando realiza conductas prosociales, 2) incluso ante la presencia de vínculos prosociales, cuando el cálculo de costes y beneficios por parte del individuo, con bajo interés para uno mismo, muestra una ganancia para la acción ilícita, y 3) cuando un niño está vinculado a una unidad de socialización como es la familia, escuela, comunidad o iguales, que tienen creencias o valores antisociales. Esto le llevará a creer, de una manera consistente, con las normas y valores de estos grupos.

Este modelo da un gran peso al proceso de socialización, el contexto en donde se produce y el peso del desarrollo evolutivo de la persona. No asume que la conducta sea estática, que se deba a rasgos fenotípicos o de personalidad, dado que la estabilidad conductual no es tal a lo largo del tiempo, siendo posible que eventos vitales específicos y el ajuste a contextos sociales cambiantes durante la adolescencia y la adultez, pueden modificar el curso de la conducta antisocial a lo largo del tiempo.

Varios programas preventivos de drogas se basan en este modelo. Interviniendo en los elementos que propone, sobre todo en los factores de riesgo y de protección, se puede interrumpir o descender el consumo de drogas con adecuadas medidas preventivas.



Figura 1.2. Modelo de desarrollo social de Catalano y Hawkins (1996).



4. Etapas de la vida y adicciones

4.1. La adolescencia

La adolescencia es una de las etapas más importantes de la vida de una persona. En ella el individuo da un salto cualitativo en su desarrollo físico, emocional, social, académico, etc., a partir de los cambios biológicos que se producen en ella y que llevarán en pocos años a la madurez como persona. Es el periodo de la vida de transición entre la niñez, con poca autonomía y alta dependencia, a la adultez, en donde se tiene la completa autonomía e independencia (Hazan et al., 2008). La pubertad inicia la adolescencia, con claros cambios a nivel biológico y físico, que tienen un enorme impacto en la persona, variando los mismos a partir de este momento en hombres y en mujeres. El desarrollo psicológico va paralelo al físico. Es en este periodo cuando la persona crea su auto-imagen, a través de lograr su autonomía e independencia, a veces con conflictos con sus padres y el mayor peso de los amigos e iguales de su misma edad. La escuela, los amigos, sus emociones, el desarrollo de la visión de sí mismo y del mundo, y la realización o no de distintas conductas de riesgo, entre las que están el consumo de drogas, u otras adicciones, son elementos centrales en este periodo de la vida. Ciertos rasgos personales, como la impulsividad y la búsqueda de sensaciones, son problemáticos en este momento. Experimentar con cosas nuevas es una característica adolescente. Si no tiene claros límites impuestos por su familia, o por la sociedad, puede realizar conductas de riesgo.



El desarrollo cognitivo tiene una gran relevancia en este periodo de la vida junto al desarrollo emocional y la toma de decisiones. Igualmente, el desarrollo moral se produce en esta etapa de la vida, o se consolida, al ser el momento en que la persona adquiere un pensamiento moral y es consciente del mismo, con ser una buena persona, de ponerse en el lugar del otro, de respetar a otras personas y de ayudarles.

En la adolescencia la persona busca su autonomía e identidad. Ello va a depender de su familia y de las normas sociales y culturales. Es en este momento cuando la importancia de otras personas, los amigos e iguales, van a ir desplazando, en parte o totalmente, la influencia previa de la familia. Igualmente, en las sociedades desarrolladas, la escuela tiene un papel central en el tránsito adecuado de la niñez a la adultez. Hoy la escuela es un elemento central de la socialización.

Como dicen Hazen et al. (2018): “cuando el desarrollo adolescente es exitoso, el resultado es un individuo maduro biológicamente equipado con un sentido de ser independiente, capaz de formar relaciones estrechas con iguales y grupos, y dispone de recursos cognitivos y psicológicos para hacerle frente a los retos de la vida adulta” (pág. 167).

El consumo de drogas se inicia en la adolescencia, vinculado al descubrimiento del mundo, a la influencia de los amigos, a la mayor libertad que adquiere y al enfrentarse al mundo por sí solo, al poder salir mucho más que cuando era niño. También porque el proceso madurativo en el que está inmerso le lleva a experimentar con lo nuevo, a descubrir cosas, a ser más influenciado y a centrarse en lo positivo, agradable y reforzante, lo sea por experiencia propia o por las expectativas que ha creado sobre ello.

A diferencia de otras épocas históricas, la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los adolescentes de las sociedades desarrolladas. Un gran número de ellos experimentan con el alcohol, el tabaco y la marihuana. Otros, con drogas ilegales y distintas adicciones comportamentales. Sabemos que una experimentación temprana con las sustancias facilita la posterior experimentación con otras o hacerse adicto (Bachman et al., 2002).

La percepción del riesgo es de gran relevancia para explicar el consumo o no de una sustancia psicoactiva en adolescentes. Las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas. Por ello, la concepción que se tiene sobre las distintas drogas depende tanto del consumo, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia. En ocasiones, puede haber sesgos sobre los efectos de las sustancias, en un sentido o en otro. Aquí es relevante proporcionar información correcta y tener siempre presente que el objetivo de una persona es tener las suficientes habilidades para enfrentarse adecuadamente al mundo circundante y tener una buena adaptación al mismo.

El consumo de drogas no suele ir solo, sino unido a otras conductas desviadas, antisociales o consideradas problemáticas socialmente (Jessor, 1991).

Por suerte, distintos estudios de seguimiento realizados desde la adolescencia hasta la adultez indican que el consumo de drogas no es igual cuando se es adolescente que cuando se pasa a ser adulto, a asumir los roles adultos en su sociedad (Bachman et al., 2002). Como un ejemplo, Baer et al. (1998), después de revisar varios estudios longitudinales desde la adolescencia hasta el final



de esta, o hasta su vida adulta, concluyen, referido al consumo de alcohol y drogas, que éste va incrementándose en la adolescencia, pero a partir de los 20 años declina, estando el pico del mayor consumo en la adolescencia y en la adultez temprana. La causa para este cambio es la asunción de los roles adultos, indicando entre los más importantes el matrimonio, tener hijos y comenzar a trabajar. Esto facilitaría una moderación en el consumo o su abandono. O, visto de otro modo, la menor disponibilidad de tiempo para consumir por parte del otro miembro de su pareja, integrarse en una familia más extensa y el propio sistema social y laboral, facilitarían no consumir.

Los problemas que no remiten suelen estar asociados con problemas de desarrollo temprano como conflicto familiar y conducta desviada.

4.2. La adultez emergente

Sabemos que la adolescencia, en las sociedades desarrolladas, se prolonga más de lo que conocíamos hace décadas. Este nuevo periodo de la vida se denomina adultez emergente. Es aquel periodo que abarcaba, inicialmente, de los 18 a los 25 años (Arnett, 2000) y que ahora ha sido ampliado hasta los 29 años (Arnett, 2014). Notemos que la maduración cerebral no termina hasta aproximadamente los 25 años (Gray y Squeglia, 2018). La adultez emergente es un periodo claramente diferenciado, que estaría entre la adolescencia y la adultez, que no ocurre en las sociedades tradicionales, ni ocurriría hace décadas en la nuestra, donde de la adolescencia se pasaba directamente a la adultez.

En este periodo las personas no son adolescentes, pero tampoco son adultos de pleno derecho (no tienen trabajo, muchos siguen estudiando, no están casados, no tienen hijos, viven con sus padres, no son independientes económicamente, etc.). No asumen los roles adultos de generaciones anteriores, porque no pueden o no quieren. En muchos casos están todavía explorando qué van a hacer en el futuro, a pesar de ya no ser adolescentes, en áreas como las relaciones afectivas, el trabajo y la visión del mundo. Será a partir de este periodo, o al final del mismo, cuando el individuo tome una dirección. Por ello, la formación de la identidad no finaliza en la adolescencia, sino al final de este periodo, antes de pasar a la adultez.

Y es en este momento de la vida cuando una parte de ellos realizan más conductas de riesgo, como sexo sin protección, consumo de drogas, conducir el coche peligrosamente a alta velocidad, o bebido, junto a las implicaciones que ello tiene en su salud mental (Arnett, 2000; Arnett et al., 2014). Lo anterior puede ser debido a la exploración de su identidad, en el sentido de tener el mayor número de experiencias antes de tener que asumir los roles y responsabilidades de adulto. Pocos años después no podrá hacerlo (ej., los que se casan y tienen hijos; al entrar en el mercado laboral con sus exigencias y obligaciones; etc.). Además, hoy permanecer en casa hasta los 30 años es un fenómeno cada vez más frecuente, porque encuentran en sus padres apoyo, están bien en casa, confortables, y tienen una alta autonomía aun viviendo con sus padres. Otra de las características definitorias de este periodo es su heterogeneidad.

Un problema añadido en nuestro país, con relación a la adultez emergente, es el alto índice de desempleo entre los jóvenes. Sabemos que el desempleo se asocia a un mayor consumo de alcohol y drogas. A veces, por tener más tiempo libre y menos responsabilidades adultas. En otras, es el consumo de drogas el que le lleva al desempleo (Henkel, 2011).



4.3. La adultez

La adultez abarca de los 25-30 años hasta los 55. Es un periodo en donde no suele ser habitual la iniciación al consumo de drogas, pero sí pueden consolidarse ciertos consumos. Los que tienen un alto consumo tendrán problemas de abuso o dependencia que los llevará a demandar tratamiento para los problemas que ello le puede causar. Las principales drogas consumidas en exceso suelen ser el alcohol y el tabaco, seguido del cannabis; en menor grado las ilegales.

El consumo de drogas tiene una gran importancia en el área laboral, por todas las implicaciones que ello tiene a nivel de salud, laborales y familiares. Pero es el alcohol el consumo más relevante y problemático en este periodo de la vida, sobre todo cuando es intenso (en cantidad) y mantenido en el tiempo.

Igualmente, en este periodo temporal algunos tienen problemas con otras adicciones comportamentales, sobre todo con el juego patológico, debido a tener problemas de dinero, dificultades personales o familiares, o venir arrastrando el problema desde la adolescencia o adultez temprana. También, en los más jóvenes de este grupo, pueden seguir con problemas con el uso de los videojuegos, que les viene de la adultez temprana, y otros usos problemáticos de contenidos a través de Internet.

4.4. Las personas mayores

Se entiende por persona mayor aquella que tiene 55 o más años. No coincide con la edad de jubilación. Esta diferencia viene dada por cambios en la esfera física (ej., claro envejecimiento físico, achaques o enfermedades), cambios familiares (ej., irse los hijos de casa), laborales (habitualmente, estabilidad laboral) y otros cambios sociales (prepararse para la parte final de la vida, o vivir como jubilado), etc. Aunque esta denominación de persona mayor está bien reconocida en la literatura científica, en nuestro medio suele considerarse como persona mayor los que ya están jubilados y que, a su vez, pasan de los 65 años.

En este periodo temporal el consumo de alcohol y de psicofármacos, como las benzodiazepinas, era característico de épocas pasadas. Pero esto ha cambiado en los últimos años. Nos sirve de ejemplo Estados Unidos, por dos motivos: por coincidir estos años con la generación del *baby boom* y por la epidemia de opiáceos que tienen actualmente. Así, de 2002 a 2012 aumentaron allí en los centros de tratamiento del 3.4% de personas de esta edad al 7% (Chlatre et al., 2017). Las principales demandas de tratamiento fueron, en este orden, alcohol, heroína y opiáceos, cocaína/crack y cannabis. En ese país calculan que 4,5 millones de personas de esta edad precisarían tratamiento debido al consumo de drogas.

Otro dato relevante sobre lo anterior es que el inicio del consumo, en muchos casos, se produjo en este periodo de la vida (55 o más años), no antes. La única sustancia que no seguía este patrón era el alcohol. Por ello, este grupo lo hay que tener igualmente en cuenta a nivel preventivo y terapéutico.

Otros datos sobre juego patológico van en la misma línea, en el sentido de que algunas personas empiezan a jugar a estas edades y se hacen adictos en ellas (Landreat et al., 2019).



5. La perspectiva de género en prevención

En los últimos años la perspectiva de género ha cobrado gran relevancia. Las diferencias de sexo y de género son claras en el consumo de drogas, sobre todo cuando se hacen estudios diferenciando a hombres y mujeres. Los hombres consumen significativamente más drogas que las mujeres; éstas consumen más psicofármacos que los hombres. Tienen perfiles distintos de consumo, de dependencia y de recuperación de la adicción. Dentro del género hay claras diferencias en consumos, si diferenciamos hombres, mujeres y población no binaria. Factores biológicos, sociales, culturales, emocionales, de la propia identidad, psicológicos y cognitivos, inciden en que unos consuman más que otros.

El concepto de sexo y género surgió a mediados del s. XX para diferenciar lo biológico (varón o mujer) de la consideración personal de sentirse masculino o femenina (lo que es ser hombre o mujer en nuestra sociedad), como una elaboración cultural, una construcción social, no como algo dado por naturaleza (RIOD, 2021). Los cambios sociales que se produjeron a partir de la II Guerra Mundial facilitaron esta nueva conceptualización: la incorporación masiva de las mujeres al mundo laboral (industrial, fundamentalmente), la aparición de los anticonceptivos orales, lo que llevó al control de la natalidad por parte de la mujer, tener un mayor control sobre su cuerpo y su reproducción, tener menor número de hijos, la nueva sexualidad, como derecho y disfrute, el acceso a la educación superior de modo generalizado, disponer de más tiempo para ella misma, nuevos roles sociales, independencia y capacidad de decisión, incremento del hedonismo, aparición de nuevos tipos de familia, socialización de los cuidados a las personas mayores, descenso de la ruralización y de la estructura familiar tradicional, más cambios de residencia y de ciudad por cuestiones laborales, etc. En suma, el rol productivo (del varón) y reproductivo (de la mujer) de siglos pasados ha cambiado. Pero no se ha eliminado. Se ha transformado en lo que es hoy nuestra sociedad occidental, en cada una de las personas que la constituyen, donde a un tiempo inciden los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Buss, 2015).

Hoy, los organismos internacionales más importantes hacen una clara apuesta por la igualdad de género para la salud de la mujer (ej., Organización Mundial de la Salud, www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender), a nivel laboral (International Labour Organization, 2020), económico y de su empoderamiento (Objetivo 5 de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/) como también para la prevención de las drogas y de las adicciones (Pacheco y Rementería, 2020).

El consumo exclusivo, o casi exclusivo, de tabaco y alcohol de hace varias décadas por parte de los varones, y posteriormente de las drogas ilegales, ha cambiado. La mayor igualdad entre hombres y mujeres se ha visto reflejado también en el consumo de drogas, con un claro incremento del consumo en la mujer. Por suerte, las mujeres consumen menos que los varones. Este es un aspecto relevante para la prevención. Igualdad no debe equipararse a hábitos insanos o perniciosos. Por suerte, a la mujer le preocupan más las cuestiones de salud. Es un factor de protección en el consumo de drogas. Pero esto no ocurre siempre, sobre todo cuando están en la adolescencia o adultez temprana.

Los programas preventivos deben tener en cuenta la perspectiva de género. Ésta debe estar presente en todo lo relacionado con las buenas prácticas y la calidad en prevención. Hay diferencias claras entre los hombres y las mujeres (como género). Las consecuencias del consumo de drogas son más perjudiciales para las mujeres que para los hombres. Los programas deben tener esto en cuenta, tanto para el género de hombres y mujeres, como para la población no binaria, cuando esta esté presente (ej., Aromin, 2016; Gower et al., 2018). Las adaptaciones al género son un reto



importante. Tampoco olvidemos que los no binarios son un grupo vulnerable al que hay que prestar una especial atención (Newcomb et al., 2020).

En Arostegui y Martínez (2018) vienen ejemplos de cómo hacer una intervención específica para mujeres, con la perspectiva de género, en su caso aplicado al tratamiento de las mujeres adictas, pero va en la línea de lo que hay que hacer en los programas preventivos. Tenemos muchos otros ejemplos de cómo aplicar la perspectiva de género en drogas, como son conocer su prevalencia, o los aspectos de prevención y tratamiento (ej., Burgos, 2020; Pacheco y Rementería, 2020, RIOD, 2021).

6. Objetivos de la prevención de las drogodependencias y de las adicciones comportamentales

No hay ninguna duda de que la mejor solución para que los niños y adolescentes no enfermen en el futuro por las enfermedades que produce fumar cigarrillos, beber abusivamente alcohol, consumir cannabis, cocaína, drogas de síntesis, heroína, etc., es prevenir dicho consumo. Por suerte, la ciencia de la prevención ha tenido una buena fundamentación en estos últimos años (Becoña, 2002; Faggiano et al., 2014; O'Connell et al., 2009; Shaffer et al., 2012; Scheier et al., 2010; Sloboda et al., 2019; Wilson y Kolander, 2011). El haber conseguido desmenuzar relativamente bien los factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de las distintas sustancias psicoactivas, disponer de adecuados modelos teóricos, así como programas preventivos con buenos niveles de calidad científica, entre las razones más importantes, han propiciado el enorme avance del campo de la prevención de las drogodependencias en estos últimos años.

Son varios los objetivos que pretende conseguir la prevención de las drogodependencias, sea de drogas legales o ilegales, aunque la mayoría de los programas preventivos se centran en exclusiva o predominantemente en el alcohol y en el tabaco. De los que se han enumerado podemos listar los siguientes:

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

Lo anterior es igualmente aplicable a las distintas adicciones comportamentales.

Aunque se listan varios objetivos, con frecuencia suelen indicarse sólo dos o tres de ellos. La relevancia de estos es que son objetivos realistas y adecuados a lo que conocemos sobre las drogas y los consumidores. Esto es, el objetivo no es que nadie consuma drogas. Este sería un objetivo idealista y utópico. Pero sí es un objetivo realista el que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o una parte importante de ellos no las lleguen a consumir nunca. Realmente, lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psico-



lógicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman, con un entrenamiento adecuado para ello; modificar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas (a nivel familiar, escolar, amigos, social, etc.). Otro modo de abordar lo anterior es a través de la prevención ambiental, también con las estrategias de reducción de la oferta, aunque ambas son estrategias macro, fuera del trabajo cotidiano del profesional de las drogodependencias.

7. Buenas prácticas y calidad en la prevención de drogas y adicciones

El concepto de buenas prácticas procede de la medicina, específicamente de cómo hacer los ensayos clínicos con seguridad y ética. En ese campo, las buenas prácticas tienen una larga historia. Lo vienen haciendo desde hace décadas (ej., Agencia Española del Medicamento, 2010). A partir de ahí, este concepto se ha ido extendiendo a otros campos de la salud. Como no podía ser de otro modo, también a las drogodependencias, en todo lo relacionado con el tratamiento y con la prevención.

En el campo médico, una *buena práctica clínica* significa no sólo hacer los ensayos clínicos de modo estricto, sino utilizar el mejor conocimiento médico disponible para la curación de una persona. Ello, implica hacer el mejor diagnóstico del enfermo, utilizar los mejores instrumentos tecnológicos para ello, seleccionar la mejor terapéutica para su enfermedad, aplicarle el tratamiento o tratamientos necesarios para su curación, y realizar su seguimiento, para comprobar que dicho tratamiento funciona a corto y a largo plazo (Osorio, 2015). Las buenas prácticas en el campo médico son aplicables, a día de hoy, tanto a nivel hospitalario, atención primaria, ambulatorio, etc.

Las *guías de práctica clínica* se basan en las buenas prácticas. Tanto la OMS (ej., WHO, 2002) como la ICH (*Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use*), han elaborado guías de buenas prácticas. En Europa, tenemos varias directivas basadas en ellas, que luego aplican las agencias nacionales (ej., Agencia Española del Medicamento, 2020). La española indica que “la Buena Práctica Clínica protege a los sujetos que participan en un ensayo clínico, a los futuros sujetos que participarán en un ensayo y también a todas las personas que son tratadas con medicamentos cuya autorización se fundamenta en los resultados obtenidos en los estudios presentados en las agencias reguladoras para el registro del medicamento. La Buena Práctica Clínica incluye principios éticos y derechos conseguidos a lo largo de la historia (Código de Nuremberg, Informe Belmont, Declaración de Helsinki).”

Las buenas prácticas se han extendido a otros ámbitos (ej., medio ambiente, agricultura, pesca, empresa, ONGs, administraciones públicas, planificación familiar, política, etc.). Así, una *definición* de buena práctica puede ser la de “conjunto de procedimientos en el ámbito comercial o profesional que se consideran correctos o más efectivos”. En el campo de la prevención, las buenas prácticas se han puesto en marcha hace poco. De ahí que, por su novedad, aún sigue confundiendo lo que es la filosofía y objetivo de las buenas prácticas, con lo que se cree que son las buenas prácticas. No todo lo que se hace pasar por buenas prácticas lo es. Las buenas prácticas están orientadas por la mejor intervención posible en función del conocimiento de que disponemos. Y, aquello que aplicamos tiene que ser *eficaz, útil y mejor* que un procedimiento alternativo. Esto no siempre lo encontramos en la prevención.



Como un ejemplo paradigmático, si decimos que hemos desarrollado un programa preventivo siguiendo los mejores conocimientos que tenemos (buenas prácticas), es de esperar que dicho programa funcione, obtenga resultados adecuados, y así logre el objetivo preventivo. Esto exige evaluar el programa experimentalmente, comprobar su eficacia y confirmar que de lo que partíamos se confirma. Pero, si no funciona el programa, entonces tenemos que desecharlo, o intentar mejorarlo, o seleccionar otro que haya demostrado que funciona. Lo primero, un programa que funciona, que es eficaz, es una buena práctica. Lo segundo, que no funciona, que no es eficaz, no es una buena práctica: es una mala práctica.

En este sentido, debemos utilizar programas eficaces y, al tiempo, seguir buenas prácticas en lo que hacemos, según los conocimientos de que disponemos, para que nuestro trabajo logre el objetivo: prevenir el consumo de drogas. Como iremos viendo en los siguientes capítulos, esto no siempre es fácil, pero no es imposible. Hay que poner un marco temporal para dejar de hacer aquello que no funciona (dos años sería lo correcto). Y, pasar a otro tipo de estrategias, acciones o programas que tienen evidencia de que funcionan mejor de lo que no nos funciona.

Destaca en la prevención de drogas la insistencia del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías de Lisboa en las buenas prácticas en prevención. Su portal de buenas prácticas es bien conocido por los profesionales de la prevención. El mismo ha permitido hacer avanzar el campo preventivo en los últimos años (ver www.emcdda.europea.eu). Como dice específicamente:

“El Portal de buenas prácticas se ha diseñado para ayudarle a encontrar información práctica y fiable sobre qué funciona (y qué no) en los ámbitos de la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la reintegración social. Le ayudará a identificar rápidamente las intervenciones ensayadas y probadas, asignar recursos a las soluciones eficaces y mejorar las intervenciones mediante la aplicación de las herramientas, normas y directrices.”

Es decir, se fundamenta en lo que funciona, en lo que debemos aplicar, en la mejor experiencia de la que disponemos.

En la misma línea, la Unión Europea indica que, en temas de salud, hay que utilizar buenas prácticas, como así insiste específicamente el Departamento de Salud de la misma (European Commission, 2016).

En España se ha elaborado un *portal de buenas prácticas* en el pasado (www.prevencionbasadaenlaeviencia.net) y, actualmente, se está desarrollando el portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas y otras Adicciones (<http://www.buenaspracticasadicciones.es>) de la Región de Murcia. Éste tiene una misión importante que cumplir en la línea de lo que estamos comentando.

Una cuestión controvertida es que distintos manuales que se hacen pasar por buenas prácticas no lo son realmente. Varios de éstos se han publicado en España. Si lo que se hace no ha demostrado su eficacia, si el programa no tiene una base adecuada para poder ser evaluado, o nunca se va a evaluar, no podemos decir que estamos ante una buena práctica. No vamos a ejemplificarlos para no herir sensibilidades. Cuando ocurre lo anterior, la persona se está engañando a sí misma, cuando lo que aplica no tiene evidencia de que funcione. O estamos hablando de algo distinto. Por suerte, disponemos de buenos ejemplos de manuales de buenas prácticas (ej., el *Manual de Buenas Prácticas en Prevención*, Salvador et al. (2010) publicado por la Región de Murcia hace unos años).



Otro concepto que ha cobrado gran relevancia en los últimos años ha sido el de la *calidad*. Surge del campo de la empresa, a veces bajo el término de calidad total, y se ha ido extendido al resto de campos, a veces con el nombre de buenas prácticas de calidad (Muñoz y Telmo, 2011). En el campo preventivo tiene gran relevancia en la prevención de riesgos laborales, donde se considera un aspecto esencial (ej., Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2012).

En el campo de la empresa el análisis de la calidad se ha operativizado en tener un sistema de control de la calidad, que se puede certificar, al seguir unos pasos para comprobar que lo que se dice que se hace se hace realmente. Si hablamos de normas ISO, UNE o EFQM, lo entendemos perfectamente. Estos son sistemas normalizados para comprobar que se siguen unos procesos determinados, previamente conocidos, en el diseño, fabricación, distribución o venta de un producto. O de prestación de un servicio. Con ello se pretende dar una mayor seguridad al cliente o comprador de ese producto, al usuario o paciente, que el mismo es de calidad, seguro y que ha seguido unas normas de fabricación concretas.

En el campo preventivo se han elaborado los *estándares europeos de calidad en prevención* (Brotherhood y Sumnall, 2013), trabajo que representa un importante paso. En un capítulo posterior veremos los mismos ampliamente. En la misma línea, otros organismos internacionales (ej., UNODC, 2013) han elaborado guías específicas sobre ello, y muchos países, como Estados Unidos, han elaborado estándares de calidad para la prevención, en sus distintos ámbitos (ej., AHRQ, 2011). En nuestro medio destaca especialmente los criterios elaborados por *Copolad*, sobre calidad y evidencia en la reducción de daños, en donde está presente la prevención (Salvador-Llivina y Barbín, 2014). Son un buen referente de lo que hay que hacer tanto en el tratamiento como en la prevención de drogas.

En la tabla 1.8 operativizamos lo que serían buenas prácticas en prevención, que es lo que debería de hacerse, las “probables” buenas prácticas, y las malas prácticas en prevención de drogas y adicciones. Las malas prácticas hay que eliminarlas del campo preventivo; las probables hay que confirmarlas; y las buenas prácticas son las que tenemos que poner en práctica para hacer una prevención de calidad.

Como ya indicamos, en los últimos años se han publicado varias guías de buenas prácticas en prevención en español. Por desgracia, la mayoría de ellas no se adecúan a lo que son buenas prácticas. Hablan de que van a elaborar guías de buenas prácticas, o indican que van a presentar programas de buenas prácticas, pero los que presentan no son programas de buenas prácticas. Es decir, son programas de los que se desconoce su eficacia, si funcionan o son útiles. Serían “probables programas de buenas prácticas en prevención”, O, incluso, no tienen o es incorrecta su fundamentación, metodología, dinámicas, carencia de evaluación, etc. Por tanto, son programas de calidad sospechosa o nula, y no deben aparecer como tales en esas guías. Serían “programas de malas prácticas en prevención”. Este planteamiento erróneo hay que erradicarlo lo antes posible del campo preventivo. Es decir, no se puede confundir el concepto popular, pero erróneo de llamar a todo lo que se hace como “buena práctica” (hacer por hacer, creyendo que lo que hacemos, sea lo que sea, está bien) con lo que significa en la ciencia y en la profesión preventiva “buena práctica” (procedimiento que ha demostrado que es útil y eficaz para resolver un problema; en nuestro caso prevenir el consumo de drogas).



Tabla 1.8. Buena práctica, probable buena práctica y mala práctica en prevención de drogas y adicciones.

Buena práctica en prevención. Consiste en la aplicación de un programa preventivo basado en los requisitos teóricos, metodológicos, de contenido, técnicos, de aplicación y de evaluación de este, propios del campo preventivo en drogodependencias o adicciones. Además, dicho programa ha demostrado obtener buenos resultados preventivos, sobre todo en la reducción de la prevalencia del consumo de drogas o en la realización de la conducta adictiva, en relación con lo que ocurriría de no aplicarlo.

Este tipo de programas es el que tiene el mayor nivel de calidad en prevención.

Probable buena práctica en prevención. Consiste en la aplicación de un programa preventivo basado en los requisitos teóricos, metodológicos, de contenido, técnicos y de aplicación, propios del campo preventivo en drogodependencias o adicciones, pero que carece de una adecuada evaluación de resultados. Con dicho programa se espera obtener buenos resultados preventivos, pero no se dispone de ellos en este momento.

Este tipo de programa precisa ser evaluado. De ser así, puede mantenerse en marcha si se prevé en un plazo corto de tiempo (ej., 2-3 años) su evaluación. Si es eficaz pasaría a ser un programa de buena práctica. En caso contrario debe dejar de aplicarse y utilizar otro eficaz.

Este tipo de programa tendría un nivel de calidad en prevención medio.

Mala práctica en prevención. Consiste en la aplicación de un programa preventivo donde no están especificados, o no se han seguido, los requisitos teóricos, metodológicos, de contenido, técnicos, de aplicación y de evaluación de un programa, tal como se hace en la prevención de las drogodependencias o de las adicciones. En este tipo de programas desconocemos si es o no eficaz. Ni podemos saberlo porque no se ha evaluado ni se piensa evaluar el mismo.

Debe evitar aplicarse este tipo de programas porque no sabemos su utilidad y, por todo lo dicho, no tienen ningún nivel de calidad en prevención.

8. Principios a seguir para realizar una prevención eficaz y de calidad

Se lleva varias décadas estudiando los principios básicos para hacer una prevención eficaz y, con ello, lograr una prevención de calidad. De los existentes, son los del NIDA (Instituto Nacional del Abuso de Drogas) norteamericano (NIDA, 2011) quién mejor recoge los mismos. Ello ha sido posible porque desde la década de los 90 del s. XX, vienen actualizando dichos principios, en lo que aporta toda la investigación basada en los programas que han financiado sobre la prevención de drogas.

La idea de estos es que todo programa preventivo debiera seguirlos. Si lo hace se logra una prevención de calidad. Actualmente, estos principios son 16, como indicamos a continuación:

1. Los programas de prevención deben intensificar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo. Como veremos en el siguiente capítulo, si conocemos adecuadamente los factores de riesgo y de protección podremos acertar más en los componentes del programa a utilizar y, con ello, aplicar el mejor programa a ese grupo diana.



2. Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo en menores de edad de drogas legales (por ejemplo, el tabaco o el alcohol); el uso de drogas ilegales (como la marihuana o la heroína); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas ilegalmente (por ejemplo, los inhalantes) o de medicamentos, sean con o sin prescripción médica.
3. Los programas de prevención deben estar dirigidos al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, enfatizando los factores de riesgo que se pueden modificar y fortaleciendo los factores de protección que se conocen.
4. Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar los riesgos específicos de la población, según las características de esa población, como la edad, el sexo y la cultura, para aumentar así la eficacia del programa.
5. Los programas de prevención para las familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir capacitación en las habilidades necesarias para la buena crianza de los hijos; ejercicios prácticos para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias; además de proporcionar información y educación sobre drogas.
6. Los programas de prevención se pueden diseñar para realizar una intervención temprana desde la infancia para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, la conducta social negativa y las dificultades académicas.
7. Los programas de prevención para los niños de primaria se deben dirigir a mejorar el aprendizaje académico y socio-emocional para tratar los factores de riesgo para el abuso de drogas, como la agresión temprana, el fracaso académico y el abandono escolar. La educación debe enfocarse en las siguientes aptitudes: autocontrol, conciencia emocional, comunicación, solución de los problemas sociales, y apoyo académico, especialmente en la lectura.
8. Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y secundaria (nuestra ESO, Bachillerato y FP) deben aumentar el rendimiento académico y social con las siguientes aptitudes: hábitos de estudio y apoyo académico; comunicación; relaciones con los compañeros; autoeficacia y reafirmación personal; técnicas para resistir el ofrecimiento de drogas; refuerzo de las actitudes antidrogas, y fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.
9. Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en periodos críticos de transición, como el ingreso a la escuela secundaria, pueden producir efectos beneficiosos entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo. Este tipo de intervención no se dirige específicamente a las poblaciones en riesgo, por lo que reduce el estigma y promueve las relaciones beneficiosas con la escuela y con la comunidad.
10. Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en la familia y en la escuela, pueden ser más eficaces que un solo programa individual.
11. Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios entornos -por ejemplo, en las escuelas, los clubes, las organizaciones religiosas y los medios de comunicación- son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes dirigidos a toda la comunidad en cada uno de estos entornos.
12. Cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, a sus normas comunitarias, o a sus requerimientos culturales específicos, deben mantener los elementos básicos de la intervención original con base científica. Estos incluyen: la estructura (cómo está organizado y compuesto el programa); el contenido (la información, las habilidades y las estrategias del programa), y, la aplicación del programa (cómo se adapta, implementa y evalúa el programa).
13. Los programas de prevención deben ser implementados a largo plazo y con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención. Por ejemplo, las investigaciones demuestran que los beneficios de los programas de prevención en la escuela primaria disminuyen si no hay programas de seguimiento en la secundaria.



14. Los programas de prevención deben incluir capacitación para los profesores en el adecuado manejo de la clase e información sobre cómo recompensar al estudiante por su buena conducta. Estas técnicas ayudan a fomentar la conducta positiva, el rendimiento escolar, la motivación académica y la formación de lazos fuertes con la escuela.
15. Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y juegos donde los jóvenes desempeñan el papel de los padres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de las habilidades.
16. Los programas de prevención con bases científicas pueden ser coste-eficientes. La investigación reciente muestra que, por cada dólar invertido en la prevención, se puede obtener un ahorro de hasta de diez en los tratamientos para el abuso del alcohol o de otras sustancias.

Todo lo dicho hasta aquí es evidente. En nuestro medio hay algunas cuestiones adicionales que hay que comentar. Una de ellas es que en pocas décadas hemos pasado de tener una prevención incipiente a una prevención con múltiples programas preventivos, varios de ellos evaluados y con un nivel de implementación bastante bueno, antes de que surgiese la crisis económica de mediados del 2000. La prevención basada en la evidencia ha ido poco a poco arraigándose. Otros aspectos destacables son que conocemos bastante bien los factores de riesgo y de protección en nuestro medio; se aplican los programas preventivos a distintas edades, grupos y colectivos; disponemos de programas universales y selectivos, aunque menos programas indicados; entre otros.

En cambio, se ha actuado menos sobre las causas del problema; la prevención ha perdido visibilidad social, saliendo en parte de la agenda política y social; el poco uso de la prevención ambiental; la falta de formación reglada para los nuevos profesionales que se incorporan al campo de la prevención y la poca delimitación profesional en este campo; y el no incluir la prevención de drogas, otras adicciones y otros problemas en la infancia y adolescencia como parte del currículo escolar. En este sentido, hay evidencia de que es necesario ampliar el foco de la prevención de drogas a otros temas de salud. La introducción de la prevención del consumo de drogas se ha hecho fundamentalmente en el contexto escolar. En menor grado en la familia y muy poco a nivel comunitario. Hoy, a los jóvenes no sólo les afecta el problema del consumo de drogas, sino también otros como la depresión y el suicidio; las enfermedades de transmisión sexual y el VIH; los embarazos no deseados; los trastornos mentales; la agresividad y la violencia; los accidentes de tráfico; el fracaso escolar; el paro juvenil; y, de modo especial, el consumo de drogas tanto legales como ilegales. En otros países también es de gran relevancia la pobreza, los malos tratos, el abuso físico y sexual, la violencia institucional, etc. Cada vez es más necesario que los programas preventivos de drogas incluyan y se apliquen al mismo tiempo que para otros problemas, como los trastornos mentales, emocionales y conductuales (O'Connell et al., 2009).

Igualmente, se aprecia en los últimos años una importante normalización del consumo de drogas a nivel social. Esto va en contra de la propia prevención. Junto a ello, los movimientos pro-legalización sirven de contrapeso a las intervenciones preventivas en ciertos sectores. Precisamos más ciencia y menos ideología, y menos creencias erróneas sobre los efectos del consumo de drogas.



Referencias

- Agencia Española del Medicamento (2010). *Normas de buena práctica clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (en: www.aemps.gob.es).
- AHRQ (2011). *Guide to prevention quality indicators. Hospital admission for ambulatory care sensitive conditions*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Arnett, J. J. (2014) The emergence of emerging adulthood: A personal history. *Emerging Adulthood*, 2, 155-162.
- Arnett, J. J., Zukauskienė, R. y Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: Implications for mental health. *Lancet Psychiatry*, 1, 569-576.
- Aromin, J. A., (2016). Substance abuse prevention, assessment, and treatment for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Pediatrics Clinic of North America*, 63, 1057-1077.
- Arostegui, E. y Martínez, P. (2018). *Mujeres y drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Bachman, J. G., O'Malley, P. M., Sshulenger, J. E., Johnston, L. D., Bryant, A. L. y Merline, A. C. (2002). *The decline of substance use in young adulthood. Changes in social activities, roles, and beliefs*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- Baer, J. S., MacLean, M. G. y Marlatt, G. A. (1998). Linking etiology and treatment for adolescent substance abuse: Toward a better match. En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 182-220). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Nueva York, NY: Prentice Hall (trad. castellana en: Madrid: Espasa Calpe, 1992).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. Castellana en: Barcelona: Martinez-Roca, 1987).
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2016). *Trastornos adictivos*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. (2019). *Tratamiento de las adicciones a sustancias y comportamentales*. Madrid: Klinik.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Botvin, G. J. (1996). Substance abuse prevention through life skills training. En R. D. Peters y R. J. MacMahon (Eds.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Nueva York, NY: Sage.
- Burgos, A. (2020). *Miradas feministas al abordaje de drogas. Guía breve para la incorporación de la perspectiva de género al ámbito de las drogas*. Barcelona: Proyecto Malva (en https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Libroto_DrogasGenero_Malva_2020.pdf).
- Burkhart, G. (2011). Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? *Adicciones*, 29, 87-100.
- Buss, D. M. (2016). *Evolutionary psychology* (5th ed.). Londres, Reino Unido: Routledge.
- Brownson, R. C., Fielding, J. E. y Maylahn, C. M. (2009). Evidence-based public health: A fundamental concept for public health practice. *Annual Review of Public Health*, 30, 175-201.
- Catalano, R.F. y Hawkins, J. D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime: Current theories* (pp. 198-235). Nueva York, NY: Cambridge University Press.



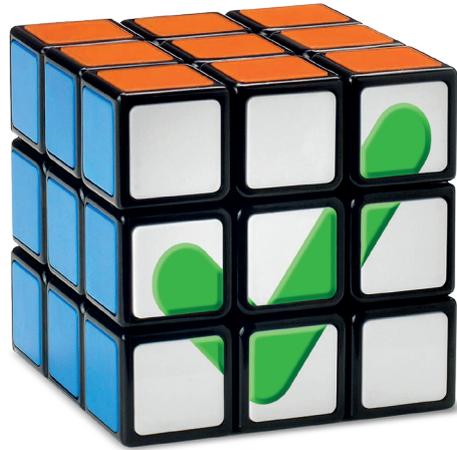
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Chlatre, S., Cook, R., Mallik, E. y Jayadevappa, R. (2017). Trends in substance use admissions among older adults. *BMC Health Services Research*, 17, 584.
- European Commission (2016). *Criteria for select best practices in health promotion and disease prevention and management in Europe. Updated version*. Bruselas, Bélgica: European Commission, Directorate General for Health and Food Safety.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. y Buscemi, D. (2014). *Universal school-based prevention for illicit drug use. Cochrane Database Systematic Review*. Number CD003020.
- Foxcroft, D. R. y Tsertsvadze, A. (2012). Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspectives on Public Health*, 132, 128-134.
- Gower, A. L., Rider, G. N., Brown, C., McMorris, B. J., Coleman, E., Taliaferro, L. A. y Eisenberg, M. E. (2018). Supporting transgender and gender diverse youth: Protection against emotional distress and substance use. *American Journal of Prevention Medicine*, 55, 787-794.
- Gray, K. M. y Squeglua, L. M. (2018). Research review: What have we learned about adolescent substance use? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59, 618-627.
- Green, L. W. y Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning. An educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- Hawkins, J. D. y Weis, J. G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.
- Hazen, E., Schlozman, S. y Beresin, E. (2008). Adolescent psychological development: A review. *Pediatrics in Review*, 29, 161-168.
- Henkel, D. (2011). Unemployment and substance use: A review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Review*, 4, 4-27.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, P. J. Mrazek y R. J. Haggerty (eds.), Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Washington, DC: National Academy Press
- International Labour Organization (2020). *The contribution of social dialogue to gender equality*. Ginebra: International Labour Organization (en: https://labordoc.ilo.org/discovery/fulldisplay?vid=41ILO_INST:41ILO_V2&search_scope=ALL_ILO&tab=ALL_ILO&docid=alma995111793202676&lang=en&context=L&adaptor=Local%20Search%20Engine&query=-sub,exact,COVID-19&sortby=date_d&offset=0).
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D. E. Rogers y E. Ginzburg (Eds.), *Adolescent at risk: Medical and social perspectives* (pp. 19-34). Boulder, CO: Westview Press.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk setting. *American Psychologist*, 48, 117-126.
- Jessor, R., Donovan, J. E. y Costa, F. (1992). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York, NY: Academic Press.
- Kramer, J. F. y Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencias de las drogas*. Ginebra: OMS.
- Landreat, M. G., Cholet, J., Bronnec, M. G., Lalande, S. y Le Reste, J. Y. (2019). Determinants of gambling disorders in elderly people-A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 837.
- Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J. y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿Hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*, 55, 67-73.
- Merson, M. H., Black, R. E. y Mills, A. J. (Eds.) (2018). *Global health diseases, programs, systems, and policies (3rd ed.)* (pp. 757-814). Burlington, MA: Jones & Barlett Learning.



- Ministerio de Empleo y de Seguridad Social (2012). *Criterios de calidad del servicio para la mejora de la eficacia y calidad de las actuaciones de los Servicios de Prevención Ajenos*. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Muñoz, E. y Telmo, J. (2011). Importancia y correlación de las buenas prácticas de calidad en la prevención de riesgos laborales. *Calidad*, enero-marzo, 53-60.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2011). *Cómo prevenir el uso de drogas entre los niños y los adolescentes: Una guía con base científica para los padres, educadores y líderes de la comunidad, segunda edición, actualización de 2011*. Bethesda, MD: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W. y Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 645-659.
- O'Connell, M. E., Boat, T. y Warner, K. E. (Eds.) (2009). *Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people. Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA] (2021). ESTUDES. *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA] (2022). *Edades 2022. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES). 1995-2022*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Oetting, E. R. y Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- Oetting, E. R., Deffenbacher, J. L. y Donnermeyer, J. F. (1998a). Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 1337-1366.
- Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F. y Deffenbacher, J. L. (1998b). Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance. III. *Substance Use & Misuse*, 33, 1629-1665.
- Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F., Trimble, J. E. y Beauvais, F. (1998c). Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use. IV. *Substance Use & Misuse*, 33, 2075-2107.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Osorio, L. (2015). Lo que todos debemos saber de las buenas prácticas clínicas. *Biomédica*, 35, 274-284.
- Pacheco, S. E. y Rementería, O. (2020). *Protocolo inclusión de la perspectiva de género en programas de prevención en adicciones. Guía y herramienta práctica*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias (en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2021_Protocolo_Inclusion_Genero_Prevention_Adicciones.pdf).
- RIOD (2021). *La perspectiva de género en el ámbito de las drogas y las adicciones. Recursos y experiencias para promocionar y consolidar su aplicación integral*. Madrid: RIOD.
- Ruger, J. P., Jamison, D. T., Bloom, D. E. y Canning, D. (2012). Health and economy. En M. Merson, R. Balck y A. Mills (Eds.), *Global health: Diseases, programs, systems, and policies* (pp. 757-814). Nueva York, NY: Jones & Barlett Learning.
- Salvador-Llivina, T. y Babín, F. A. (2014). *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas*. Madrid: Copolad.



- Scheier, L. M. (Ed.) (2010). *Handbook of drug use etiology. Theory, methods, and empirical findings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schuckit, M.A. (2010). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment (6th. ed.)*. Nueva York, N.Y.: Plenum Press
- Shaffer, H. J., LaPlante, D. A. y Nelson, S. E. (Eds.) (2012). *APA addiction syndrome handbook (2 vol.)*. Washington, DC: American Psychological Association
- Sloboda, Z., Petras, H., Robertson, E. y Hingson (Eds.) (2019). *Prevention of substance use*. Nueva York, NY: Springer.
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D. y Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: Evidence for effective interventions. *The Lancet*, 379, 71-83.
- UNODC (2013). *International standards on drug use prevention*. Nueva York, NY: United Nations on Drugs and Crime.
- West, R. (2006). *Theory of addiction*. Oxford, Reino Unido: Wiley-Blackwell.
- West, R. (2013). *Models of addiction*. Lisboa, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Wilson, R. H. y Holander, C. A. (2011). *Drug abuse prevention: A school and community partnership (3rd. ed.)*. Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers.
- WHO (2002). *Handbook for good clinical research practice (GCP). Guidance and implementation*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.



CAPÍTULO 2

**Factores de riesgo y de protección
para el consumo de drogas y adicciones
comportamentales**



1. Los factores de riesgo y de protección en adicciones

En los últimos años hemos podido conocer cuáles son los más importantes factores de riesgo y de protección para el consumo de las distintas drogas, tanto en adolescentes como en adultos jóvenes, en el trabajo y para las adicciones comportamentales. Ello ha facilitado conocer mejor las distintas conductas adictivas, tanto las relacionadas con sustancias como con comportamientos, y otras múltiples conductas, como la violencia, la agresividad, etc.

Se entiende por factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”. Y por factor de protección “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992).

Dado que los programas preventivos se aplican en colegios, grupos y comunidades concretas, éstos deben tener en cuenta esos factores de riesgo y protección específicos para el individuo, para el grupo y para el lugar donde se aplican. Nuestro objetivo será reducir los factores de riesgo y potenciar los de protección. La detección tenemos que comenzar a hacerla al inicio del programa preventivo, en la evaluación, y a lo largo de la aplicación del mismo. A través de los componentes del programa, de sus actividades, tenemos que potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo. De ellos, hay que prestar una especial atención a los de tipo personal (ej., ansiedad, depresión, introversión, etc.), por ser en los que tenemos más probabilidad de incidir. A continuación, en los relacionados con los amigos y la escuela. Otros, no menos importantes, son los factores de riesgo y protección familiares, aunque no siempre es fácil incidir directamente en ellos. Finalmente, tenemos los factores sociales, los sociodemográficos, las creencias y comportamientos de salud, y otros, como pueden ser las salidas para divertirse de los jóvenes.

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

A continuación, diferenciamos los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas y para las adicciones comportamentales.

2. Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes

Se han considerado distintos factores de riesgo y de protección a lo largo de los años. Desde la revisión de Hawkins et al. (1992) conocemos los principales factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas. Se han hecho múltiples estudios sobre los mismos, así como múltiples revisiones (ej., Becoña, 2002; Beyers et al., 2004; Clayton, 1992; Cleveland et al., 2008; Hawkins et al., 1992; Moncada, 1997; Muñoz et al., 2000; Newcomb et al., 1986; Robles y Martínez, 1998; Trucco, 2020; Vincent y Petch, 2017). Como ejemplo, en la tabla 2.1 indicamos los factores de riesgo y



de protección que propone el Center for Substance Abuse Prevention (CSAP, 2001), fundamentalmente orientados al inicio del consumo de drogas, en torno a la adolescencia. Más adelante, en la tabla 2.7, los que propone Stone et al. (2012) para la adultez emergente. A continuación, indicamos los factores de riesgo y de protección más importantes, agrupados en las categorías de contextuales/comunitarios, individuales, familiares, iguales y amigos y escolares.

A su vez, se han hecho múltiples estudios y revisiones sobre sustancias concretas, sobre todo para el alcohol y el tabaco (ej., Solmi et al., 2020; Włodarczyk et al., 2017).

A pesar de la relevancia que tienen los factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas, deben considerarse varios aspectos sobre los mismos para que no nos lleve a confusión. El primero es que un solo factor de riesgo no implica que se va a dar el consumo; ni que un factor de protección va a proteger a la persona del consumo. Cada uno es sólo un factor, pero en el individuo actúan varios factores a un tiempo, que son los que van a llevar a unos u otros resultados. Por ello, varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado. Si hay varios factores de riesgo se incrementa la probabilidad del consumo, como que la existencia de varios factores de protección favorecen no consumir, siempre que no haya al mismo tiempo otros factores de riesgo competidores. A su vez, no olvidemos que el consumo de una droga produce cambios importantes en la percepción, la cognición, la conducta y la biología del individuo. Si este consumo persiste puede convertirse en predominante y facilita su futura conducta. Así, puede anular algunos factores de protección y facilitar la aparición de otros de riesgo. En todo ello, incide mucho la edad de la persona. De ahí que sea tan importante que las personas conozcan lo que representa el consumo de drogas y los problemas que causan.

Lo que sí sabemos es que el consumo de drogas no se reparte por igual entre todos los individuos. Hay toda una serie de factores familiares, comunitarios, de los compañeros e iguales, escolares e individuales, que nos permiten comprender, explicar y predecir en muchos casos el consumo o no de drogas.

Tabla 2.1. Principales factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas.

Dominio	Factores de riesgo	Factores de protección
Individual	Rebeldía. Amigos que se implican en conductas problema. Actitudes favorables hacia la conducta problema. Iniciación temprana en la conducta problema. Relaciones negativas con los adultos. Propensión a buscar riesgos o la impulsividad.	Oportunidades para la implicación prosocial. Refuerzos/reconocimiento por la implicación prosocial. Creencias saludables y claros estándares de conducta. Sentido positivo de uno mismo. Actitudes negativas hacia las drogas. Relaciones positivas con los adultos.



Dominio	Factores de riesgo	Factores de protección
Iguales	Asociación con iguales delincuentes que consumen o valoran positivamente sustancias peligrosas. Asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad. Susceptibilidad a la presión de los iguales negativa.	Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras. Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas. No son fácilmente influenciados por los iguales.
Familia	Historia familiar de conductas de alto riesgo. Problemas de manejo de la familia. Conflicto familiar. Actitudes parentales e implicación en la conducta problema.	Apego. Creencias saludables y claros estándares de conducta. Altas expectativas parentales. Sentido de confianza básico. Dinámica familiar positiva.
Escuela	Temprana y persistente conducta antisocial. Fracaso académico desde la escuela elemental. Bajo apego a la escuela.	Oportunidades para la implicación prosocial. Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial. Creencias saludables y claros estándares de conducta. Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro escolar. Clima de enseñanza positivo.
Comunidad	Disponibilidad de drogas. Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas. Deprivación económica y social extrema. Transición y movilidad. Bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria.	Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. Descenso de la accesibilidad a la sustancia. Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.
Sociedad	Pobreza. Desempleo y empleo precario. Discriminación. Mensajes pro-consumo de drogas en los medios de comunicación.	Mensaje de los medios de comunicación sobre la resistencia al uso de drogas. Disminución de la accesibilidad. Incremento del precio a través de impuestos. Aumentar la edad de compra y acceso. Leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas.

Fuente: Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) (2001).



2.1. Factores de riesgo y de protección contextuales/comunitarios

Los factores de riesgo y de protección contextuales/comunitarios se refieren a aquellos del medio del individuo en el que vive, a nivel macro, como puede ser su barrio, su ciudad, su región o su país. Estos factores le vienen dados al individuo porque se refieren al lugar en donde ha nacido y vive, o donde se ha criado, donde viven sus padres, o se han desplazado de otro país o región a donde ahora vive. Unos ambientes facilitan más que otros el consumo de drogas, o hay factores que hacen más fácil consumir (ej., disponibilidad y precio de cierta sustancia). Esto explica en parte que hay diferencias de consumos de unos a otros países, de unas a otras regiones. En la tabla 2.2 indicamos los factores de riesgo y de protección contextuales/comunitarios.

Tabla 2.2. Factores de riesgo y de protección contextuales/comunitarios.

Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none">– Disponibilidad y accesibilidad a la droga.– Bajo precio de la droga.– Tolerancia social hacia el consumo de drogas.– Pobreza extrema y falta de oportunidades (e, igualmente, alto nivel de ingresos).– Barrio desorganizado y problemático.– Cambios de hogar y movilidad de lugar en donde se vive.– Tasa de paro.– Dónde y con quién vive (ej., casa de los padres, fuera de la casa paterna, solo, con amigos, en una residencia, en otra ciudad).	<ul style="list-style-type: none">– Normas claras de no consumo de drogas a nivel social (grupo, etnia, religión, país).– Buena organización comunitaria.– Alta percepción social sobre el riesgo y las consecuencias del consumo de drogas.– Altas expectativas de éxito social.– Buena red social y sistema de apoyo comunitario.– Aceptación del sistema cultural tradicional.– Priorización social del no consumo de drogas como un aspecto central de la salud física y mental.

2.2. Factores de riesgo y de protección individuales

Se ha considerado un gran número de factores de riesgo y de protección individual. A veces se han diferenciado en factores de riesgo biológicos, psicológicos y conductuales. Así, dentro de los de tipo biológico están los genéticos (ej., mayor predisposición/vulnerabilidad en hijos de alcohólicos o de consumidores crónicos de drogas), biológicos propios del individuo (ej., temprana edad, ser varón), y constitucionales (ej., dolor o enfermedad crónica). Dentro de los de tipo psicológico o conductuales están los de tipo psicopatológico, trastornos de conducta y salud mental (ej., depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta, etc.), conducta antisocial, alienación y rebeldía, agresividad, consumo temprano de drogas, consecuencias del abuso físico, sexual o emocional, actitudes favorables hacia el consumo de drogas, y ausencia de valores ético-morales. Dentro de los factores de protección se ha encontrado a la religiosidad, la creencia en el orden social, las habilidades sociales, la creencia en la propia autoeficacia, habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes, la orientación social positiva, aspiraciones de futuro, inteligencia y resiliencia. En la tabla 2.3 indicamos dichos factores de riesgo y de protección.



Tabla 2.3. Factores de riesgo y de protección individuales.

Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none">– Prenatales (ej., síndrome alcohólico fetal).– Predisposición genética al consumo de alcohol y drogas.– Género (varones).– Edad (adolescencia y adultez temprana).– Historia de abuso físico, psicológico o sexual, o abandono.– Eventos vitales estresantes (ej., muerte del padre o de la madre).– Quedar embarazada.– Historia de consumo de alcohol y drogas en la familia.– Psicopatología de los padres.– Conductas de internalización (ej., síntomas depresivos) y externalización (ej., delincuencia, conducta desviada, no convencionalidad, conducta antisocial, problemas de conducta).– Tener un trastorno psicopatológico.– Impulsividad y búsqueda de sensaciones.– Actitudes o expectativas favorables hacia el consumo de drogas.– Conducta antisocial.– Carencia de valores ético-morales.– Escasas habilidades para tomar decisiones.– Prueba temprana de sustancias.	<ul style="list-style-type: none">– Desarrollo evolutivo adecuado.– Temperamento positivo.– Competencia social.– Resiliencia.– Religiosidad.– Optimismo.– Hacer voluntariado.– Tener trabajo.– Tener pareja o casarse.– Interiorización normativa.– Mayor nivel intelectual.– Aspiraciones de futuro y de mejora personal.– Creencia en la conformidad social y el orden moral.– Tener habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes de la vida.

2.3. Factores de riesgo y de protección familiares

La familia tiene un papel central en la socialización de los individuos. De ahí la relevancia de conocer los factores de riesgo y de protección familiar en relación con el consumo de drogas. Estos son bien conocidos. Se podrían, *a grosso modo*, sintetizar en que una familia unida, organizada y con normas claras y flexibles permite una mejor crianza y un mejor resultado en sus hijos. Pero esto no siempre ocurre así. Otros factores y circunstancias a veces no permiten lo anterior. Así, no transmitir valores adecuados a los hijos, ni comportamientos saludables, ni tener un buen nivel afectivo, o no poner límites adecuados, están en la base de muchos problemas posteriores de los hijos. En la tabla 2.4 indicamos los principales factores de riesgo y de protección familiares relacionados con el consumo de drogas.



Tabla 2.4. Factores de riesgo y de protección familiares.

Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none">– Conflicto familiar.– Desestructuración familiar.– Baja supervisión familiar.– Consumo de alcohol y drogas de los padres.– Historia familiar de conducta antisocial.– Actitudes parentales favorables a la conducta antisocial.– Actitudes parentales favorables al consumo de drogas.– Hermanos consumidores de drogas.– Bajas expectativas de éxito para sus hijos u otros familiares.– Abuso físico, psicológico o sexual de los padres hacia sus hijos.– Estilos parentales inadecuados (ej., el estilo indiferente).– Nivel de comunicación bajo o inexistente en la familia.– Carencia de familia o no disponer de un apoyo emocional alternativo en la infancia y adolescencia.	<ul style="list-style-type: none">– Apego familiar (necesidades, emociones, intereses, metas, etc.).– Oportunidades para la implicación en la familia y en la toma de decisiones.– Altas expectativas parentales.– Creencias saludables y reglas claras de conducta.– Sentido de confianza positivo hacia los hijos.– Dinámica familiar positiva.– Comunicación fluida, clara y sincera entre padres e hijos.– Buena relación con los hermanos, primos y familiares de su misma edad.– Implicación de los padres en las metas de sus hijos (escolares, relacionales, laborales, de futuro).– Clima emocional estable en la familia.

2.4. Factores de riesgo y de protección de los compañeros e iguales

A diferencia de los primeros años con la familia en la que se vive, en la adolescencia, los compañeros e iguales adquieren una gran relevancia en su socialización y en el descubrimiento del mundo. En la esfera de los factores de riesgo de los compañeros e iguales se encuentra sistemáticamente, en distintos estudios, como las actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas, que estos consuman, que tengan conductas antisociales o delincuencia temprana, como que le rechacen, son factores de riesgo para el consumo. En cambio, el apego a los iguales que no consumen drogas, la asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras; la resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas; y, no ser fácilmente influenciado por los iguales, son factores de protección para el consumo.



Tabla 2.5. Factores de riesgo y de protección de sus amigos e iguales.

Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none">– Relacionarse con iguales que consumen alcohol o drogas.– Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas.– Conducta antisocial o delincuencia de sus iguales.– Sentir rechazo o ser rechazado por parte de sus iguales.– Participar en el botellón.	<ul style="list-style-type: none">– Apego a los iguales que no consumen drogas.– Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, asociativas, de ayuda, religiosas u otras.– Resistencia a la presión de los iguales.

2.5. Factores de riesgo y de protección escolares

Los jóvenes de las sociedades desarrolladas pasan muchas horas al día en la escuela. Es hoy, más que nunca, un lugar físico donde acuden, y están muchas horas, aprenden múltiples conocimientos y se socializan con sus profesores y compañeros. En ella, adquieren todo tipo de habilidades para la vida, no sólo conocimientos, entre los que están los relacionadas con la salud y no consumir drogas. De ahí el peso que tiene aplicar en ella programas preventivos sobre drogas y otras conductas adictivas o de salud.

Dentro de los factores de riesgo escolar algunos claramente facilitan el consumo de drogas, como el bajo rendimiento académico, bajo apego a la escuela, tipo y tamaño de la escuela, y conducta antisocial en la escuela. Y, son factores de protección las escuelas de calidad, las oportunidades para la implicación prosocial, los refuerzos y reconocimiento por la implicación prosocial, las creencias saludables y claros estándares de conducta, el cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro escolar; y, un clima institucional positivo.

Tabla 2.6. Factores de riesgo y de protección escolar.

Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none">– Fracaso escolar.– Bajo rendimiento académico.– Bajo apego a la escuela.– Alta conflictividad escolar.– Conducta antisocial y consumo de drogas en el centro escolar.– Nivel alto de problemática social de los alumnos del centro escolar.– Tipo y tamaño de la escuela (grande, ciudad).	<ul style="list-style-type: none">– Escuela de calidad con clima escolar positivo (a nivel académico, convivencia, supervisión, relacional y emocional).– Reglas claras de conducta en la escuela.– Facilitar la participación, implicación y responsabilidad de los jóvenes en las tareas y decisiones del centro escolar.– Detección, abordaje o derivación, cuando es necesario, de los alumnos que tienen problemas personales, familiares, sociales o de consumo (prevención selectiva o indicada, tratamiento).– Relación fluida con las familias de los estudiantes.– Creencias saludables y claros estándares de conducta sobre la salud.



Por suerte, los factores de riesgo y de protección no suelen ser fijos (algunos sí, como el sexo y la edad). Los programas preventivos pueden mejorar los de protección y disminuir los de riesgo. En ocasiones, lo que realmente pretendemos es conseguir individuos sanos, maduros y resilientes, individuos con autonomía e identidad, individuos que se puedan enfrentar a los retos del mundo sin tener que consumir drogas, como así pueden hacer muchos de ellos, la mayoría de ellos. Al mismo tiempo, los programas preventivos se orientan a reducir los factores de riesgo y a incrementar los de protección. Sabemos cómo hacerlo, siempre que partamos de un adecuado marco teórico, seleccionemos un buen programa preventivo y lo implantemos adecuadamente. Uno de los lugares idóneos para ponerlo en práctica es en el campo escolar. Esto no solo debe hacerse en la escuela primaria y secundaria. También es necesario pasarlo a la Universidad. En el actual siglo XXI, la universidad, después de los 18 años, es uno de los lugares de las primeras pruebas de sustancias como el tabaco, el alcohol, el cannabis, las drogas de síntesis, la cocaína, etc. De ahí la necesidad de actuar también en estos jóvenes, con las complicaciones que ello tiene de ser mayores de edad, y de haber un claro interés por una potente industria de drogas legales (tabaco y alcohol) e ilegales (marihuana especialmente) para animarlos a probar esas sustancias y hacerlos clientes (adictos una vez que el consumo continúa).

3. Factores de riesgo y de protección en la adultez emergente

En los últimos ha cobrado una gran relevancia la etapa de la vida que se denomina “adultez emergente”. Es el periodo de tiempo que comprende desde el final de la adolescencia, entre el instituto y la universidad, sobre 18 años, y el inicio de la independencia económica y personal, cuando la persona adquiere un trabajo y asume los roles adultos, en torno a los 25 o 30 años (Arnett et al., 2014). Este es un fenómeno reciente, pero conocido en las sociedades occidentales, al irse cada vez más tarde los hijos de casa, independizarse, y seguir su propio camino. Su relevancia está en que es una etapa de alto consumo de drogas.

Stone et al. (2012) han realizado una revisión exhaustiva sobre los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en la adultez emergente, como puede verse en la tabla 2.7. Los clasificó en factores de riesgo fijos, contextuales, individuales e interpersonales, junto a otros que precisan más estudio. Lo que apreciamos en éstos, en relación con lo expuesto anteriormente, es que la gran mayoría de los factores que conocemos para la adolescencia en relación al consumo de drogas se siguen manteniendo en la adultez temprana, junto a otros característicos de este nuevo periodo de la vida (ej., quedar embarazada, casarse o tener pareja), junto a otros que suelen dejar marca en los individuos, como eventos vitales estresantes, y que se relacionan con un mayor riesgo de consumo de drogas.



Tabla 2.7. Factores de riesgo y de protección en la adultez emergente.

Factores de riesgo fijos

- Género (varones).
- Raza y etnia.
- Indicadores biológicos (ej., P300 para el alcohol, variaciones genéticas).
- Indicadores prenatales (ej., síndrome alcohólico fetal).
- Ingresos/estatus socioeconómico (pobreza y mayores ingresos).
- Historia de consumo de sustancias en la familia (ej., hijo de padre alcohólico).
- Psicopatología parental.
- Barrio desorganizado y problemático.

Factores de riesgo contextuales

- Normas sociales (sobre beber alcohol, consumir drogas, creencias sobre lo que es normal).
- Leyes, precios e impuestos.
- Disponibilidad.

Factores de riesgo y de protección individuales e interpersonales

- Historia de abuso/abandono.
- Relaciones familiares (conflicto, falta de apoyo).
- Manejo familiar (guía, supervisión, disciplina y premios).
- Conductas de internalización (ej., síntomas depresivos) y externalización (ej., delincuencia, conducta desviada, no convencionalidad, conducta antisocial, problemas de conducta).
- Consumo de sustancias de adolescente.
- Actitudes o expectativas favorables hacia el consumo.
- Dónde y con quién vive (fuera de la casa de los padres, sólo, con amigos, en una residencia).
- Estatus laboral (positivo o negativo según tipo de trabajo, horas trabajadas, desempleado y no estudiar).
- Asistencia al instituto (acabarlos es un factor de protección).
- Relaciones con los iguales (que consuman o que no).
- Creencia en la conformidad social y en el orden moral.
- Religiosidad.
- Factores educativos (apego a la escuela, rendimiento escolar).
- Quedar embarazada.
- Casarse o tener pareja.
- Eventos vitales estresantes (ej., muerte de un padre, acabar una relación).

Factores sobre los que se precisa más investigación

- Actitudes parentales hacia el consumo de alcohol y drogas.
- Implicarse en actividades prosociales y voluntariado.
- Servicio militar o ser militar.
- Atletas.

Fuente: Stone et al. (2012).



4. Factores de riesgo y de protección en el ámbito laboral

El lugar de trabajo forma parte de la vida de la mayoría de las personas. En él están un gran número de horas, varios días a la semana y, con frecuencia, es preciso para el tipo de puesto tener hábitos saludables. Igualmente, es un lugar idóneo para implantar medidas de salud, prevenir el consumo de drogas y de otros hábitos nocivos o conductas inadecuadas, y de mejorar el estilo de vida saludable de las personas en general. Es un tema que preocupa a las organizaciones sindicales, a las organizaciones empresariales, a los propios trabajadores y a la administración sanitaria (Menéndez y Santos, 2014).

El consumo de drogas a nivel laboral es aproximadamente el mismo que el que se encuentra en los estudios de población general (Fernández, 2015). Por tanto, predomina el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. En menor grado cocaína y heroína, pero sí también un alto consumo de benzodiacepinas y psicofármacos. De ahí la relevancia de que dispongamos de información sobre las consecuencias que tiene en la salud el consumo de drogas en el entorno laboral (ver tabla 2.8). La prevención tiene una gran relevancia en esta área. Se orienta no sólo a la detección de personas con problemas, para poder ayudarles, en muchos casos derivándolas a tratamiento, sino en paralelo, y de modo prioritario, a que no ocurran accidentes laborales por consumo de alcohol y drogas. Reducir la mortalidad en el ámbito laboral es una prioridad de los países desarrollados. Las medidas que se han ido implantando en nuestro medio, a lo largo de las últimas décadas, han dado muy buenos resultados, reduciéndose drásticamente la mortalidad. Igualmente, se espera con ellas reducir los costes que acarrea el consumo, tanto directos como indirectos, en la empresa.

Tabla 2.8. Efectos y consecuencias del consumo de drogas en el ámbito laboral.

Droga	Consecuencias en el trabajo
Alcohol	<ul style="list-style-type: none">– Absentismo y bajo rendimiento.– Accidentes laborales.– Discusiones y pérdida de control.– Falta de atención y descuidos.– Bloqueo emocional y en la toma de decisiones.
Cannabis (hachís)	<ul style="list-style-type: none">– Síndrome amotivacional: no tener ganas de hacer nada.– Pérdidas de atención y concentración.– Desorientación espacial y riesgo de caídas.– Necesidad de recibir continuas indicaciones.
Drogas de síntesis y anfetaminas	<ul style="list-style-type: none">– Hiper excitación y falta de control comportamental.– Habla inconexa: logorrea.– Falta de control, impulsividad y baja capacidad de rectificación de los errores y para cambiar de tareas.
Cocaína	<ul style="list-style-type: none">– Habla excesiva e incontrolada.– Agresividad.– Baja tolerancia a la frustración: incapacidad de aceptar decisiones ajenas.– Episodios de euforia/depresión: hundimiento de ánimo y motivación.



Droga	Consecuencias en el trabajo
Benzodiacepinas (medicamentos psicotrópicos)	<ul style="list-style-type: none">– Descenso de atención y concentración.– Lagunas de memoria, se olvida de las tareas a realizar.– Retrasos y ausencias del puesto de trabajo.– Bajo rendimiento, especialmente en tareas motoras.
Heroína	<ul style="list-style-type: none">– Absentismo, ausencias y retrasos.– Episodios de exagerada ansiedad.– Mentiras y excusas.– Contacto con personas consumidoras.– Inestabilidad emocional, bloqueos.– Incapacidad para tomar decisiones.– Trastorno comportamental.

Fuente: Menéndez y Santos (2014).

La Ley de Protección de Riesgos Laborales tiene como uno de sus objetivos la vigilancia de la salud a nivel laboral, encontrándose entre ellas el consumo abusivo de alcohol y drogas. Igualmente, para determinados trabajos, el consumo de alcohol, tabaco y drogas es totalmente incompatible con ellos (ej., fumar tabaco o hachís en empresas con riesgo de incendios). En la misma línea, los planes de acción del Plan Nacional sobre Drogas, y los de las CCAA, tienen siempre un apartado dedicado al ámbito laboral, en el que incide en que se realicen medidas informativas, preventivas y de tratamiento o derivación, de ser el caso. En todo lo anterior, el Comité de Empresa o el Comité de Seguridad y Salud de la empresa son los que tienen que poner en práctica tales acciones, junto al Servicio de Vigilancia de la Salud (Otero, 2011).

Hay bastante consenso sobre los factores de riesgo y de protección que existen en el medio laboral. Así, las encuestas que se hacen habitualmente en España sobre la mortalidad por accidentes de trabajo, que analizan los mismos (INSST, 2020), ha permitido agruparlos en (Molina et al., 2018): 1) factores relacionados con la organización del proceso productivo, 2) factores relacionados con el puesto de trabajo y/o tareas, y 3) factores relacionados con el ambiente laboral (ver tabla 2.9). Igualmente, conocemos los factores de protección en el medio laboral (ver tabla 2.10).



Tabla 2.9. Factores de riesgo en el ambiente laboral

Factores relacionados con la organización del proceso productivo

- Jornadas de trabajo demasiado prolongadas.
- Rotación horaria/trabajo nocturno.
- Ritmos de trabajo demasiado intensos (estrés laboral).
- Sobrecarga de trabajo.
- Elevados niveles de tensión.
- Falta de descansos durante la jornada laboral.
- 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 puesto 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.

Fuente: INSST (2020); Molina et al., (2018).

Tabla 2.10. Factores de protección en el medio laboral.

Condiciones de empleo

- Condiciones de seguridad o garantía de empleo.

Condiciones contractuales: jornada y retribución

- Condiciones de conciliación de la vida laboral y familiar.
- Progreso profesional.
- Mejoras de acción social.

Condiciones materiales de trabajo: ambiente físico

- Compromisos de eliminación de puestos tóxicos o peligrosos.
- Evaluaciones ergonómicas.

Riesgos psicosociales

- Evaluación de factores de riesgo psicosocial.
- Calidad del clima relacional.

Fuente: Molina et al. (2018).



5. Factores de riesgo y de protección de las adicciones comportamentales

Los factores de riesgo y de protección para las distintas adicciones comportamentales se han estudiado en menor grado por ser temáticas más actuales. Con todo, hoy tenemos ya un buen conocimiento sobre ellos, tanto relacionados con el juego patológico y videojuegos, como sobre el uso problemático de internet, teléfono móvil y redes sociales. A continuación, vemos los mismos.

5.1. Juego patológico

El juego patológico es una conducta que acarrea un gran número de problemas desde edades tempranas a un gran número de personas. Se encuentra en menores de edad, en adolescentes, en la “adultez temprana”, en aquellas personas entre 18 y 25 o 30 años, en adultos y personas mayores. Se han estudiado extensamente los factores de riesgo y de protección en el juego en nuestro medio (ej., Becoña, 1993; Echeburúa et al., 2010; Ochoa et al., 1984).

Recientemente, en relación con el juego, Dowling et al. (2017) han hecho una revisión sistemática, incluyendo un meta-análisis de los estudios longitudinales que han analizado los factores de riesgo para el juego problema. A pesar de que el juego de azar es una conducta adulta se da también en menores de edad. Lo mismo ocurre con el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. En juego, los estudios indican que en los menores de edad la prevalencia es mayor que en adultos. En su revisión encontraron 33 factores, la mayoría individuales, de los cuales resultaron ser significativos la frecuencia de consumo de alcohol, conductas antisociales, consumo de tabaco, consumo de cannabis, consumo de drogas ilegales, síntomas depresivos, impulsividad, ser varón, número de actividades de juego, conductas antisociales de los iguales, bajo rendimiento académico, severidad de la conducta de juego, búsqueda de sensaciones, temperamento incontrolado, violencia, inadecuada supervisión parental, estatus socioeconómico y problemas sociales. De los anteriores resultaron ser de protección sólo tres: la supervisión parental, el estatus socioeconómico y los problemas sociales (ver tabla 2.11). Todos estos resultados se obtuvieron mediante la técnica del meta-análisis, no mediante estudios individuales. En este sentido, en la tabla 2.12 indicamos los principales factores de riesgo y de protección que se han encontrado en relación con el juego patológico revisando los estudios que hay publicados sobre el tema.

Tabla 2.11. Factores de riesgo y de protección para el juego patológico en el meta-análisis de Dowling et al. (2017).

<i>Factores de riesgo</i> a) Factores individuales – Frecuencia de consumo de alcohol. – Conductas antisociales. – Depresión. – Ser varón. – Consumo de cannabis. – Consumo de drogas ilegales. – Impulsividad. – Número de actividades de juego de azar. – Severidad del juego problema. – Búsqueda de sensaciones. – Consumo de tabaco. – Violencia. – Temperamento descontrolado.	b) Factores relacionales – Conductas antisociales de los iguales. c) Factores comunitarios – Bajo rendimiento académico.
	<i>Factores de protección</i> – Supervisión parental. – Estatus socioeconómico. – Problemas sociales.



Tabla 2.12. Factores de riesgo y de protección para el juego patológico.

Biológico/genéticos

- Susceptibilidad genética.
- Tener padres con problemas de consumo de alcohol o drogas.
- Tener padres con problemas de juego.
- Temperamento difícil o incontrolado.
- Ser varón.

Sociales/contextuales

- Disponibilidad de juegos y locales de juego.
- Bajo coste de la apuesta.
- Tolerancia social hacia el juego.

Individuales/personalidad

- Conductas antisociales.
- Bajo estado de ánimo o depresión.
- Búsqueda de sensaciones.
- Impulsividad.
- Conducta supersticiosa.
- Nivel de reforzamiento de ese juego.

Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales

- Consumo de alcohol.
- Consumo de tabaco.
- Consumo de drogas ilegales (sobre todo cocaína).

Conducta de juego

- Participación en distintos juegos de azar.
- Severidad de la conducta de juego.

Creencias sobre el juego

- Creencias supersticiosas.
- Sesgos cognitivos sobre el juego.

Amigos e iguales

- Conducta antisocial de los iguales.
- Conducta de juegos de azar de los iguales.

Escolar

- Bajo rendimiento escolar.
- Abandono temprano de la escuela.

Familiares

- Padres con problemas de juego patológico.
- Estilo de crianza.

Psicopatología

- Trastorno bipolar.
- Depresión.
- Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).



5.2. Videojuegos

La relevancia que han cogido los videojuegos en los últimos años ha sido enorme. Poco a poco han ido cautivando a más y más personas, y millones de ellas juegan a diario o semanalmente. Esto ha acarreado que una parte de ellos desarrollen problemas por su uso abusivo. Tan es así, que el DSM-5 ha incluido el “trastorno de juego por internet” dentro de los trastornos que precisan más estudio para ser considerado un trastorno clínico, aunque el CIE-11 de la OMS lo incluye como trastorno clínico, bajo la denominación de “trastorno por videojuegos”.

En los últimos años se han estudiado los factores de riesgo y de protección que llevan a que una persona desarrolle problemas con los videojuegos, o que tengan adicción a los mismos. De ellos, destacamos la revisión de Rho et al. (2018), quienes analizaron los factores de riesgo en personas de 20 a 49 años, en Corea del Sur, con problemas con los videojuegos. Los que encontraron fueron la impulsividad funcional y disfuncional, creencias de autocontrol, ansiedad, perseguir metas deseadas, gasto de dinero en los videojuegos, tiempo dedicado a jugar en un día laborable, asistir a las reuniones de la comunidad virtual de jugadores y ser miembro de una comunidad de juego. El número de hombres y de mujeres era semejante (57% varones y 43% mujeres), siendo la mayoría trabajadores de oficina o técnicos profesionales. El número de estudiantes era recudido (15%) por el tipo de muestra utilizada.

En esta revisión, los factores de riesgo que predecían el trastorno de videojuegos fueron los del dinero gastado en juego, tiempo diario de juego, asistencia a clubs de juego fuera de línea, estatus de miembro del club de juego, impulsividad, bajo autocontrol, ansiedad y respuesta positiva a los refuerzos. También que los que se percibían a sí mismos como adictos a videojuegos estaban obsesionados con la participación en videojuegos en Internet y tenían dificultades para dejar de jugar. Curiosamente, en este estudio, no encontraron que la depresión fuese un factor de riesgo, como así se ha encontrado en otros estudios (ej., Kim et al., 2017).

En la tabla 2.13 indicamos los principales factores de riesgo y de protección relacionados con los videojuegos.

Tabla 2.13. Factores de riesgo y de protección para el trastorno por videojuegos.

<p><i>Biológico/genéticos</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Susceptibilidad genética. <p><i>Sociales/contextuales</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Disponibilidad de acceso a Internet y a videojuegos.– Estar en un grupo o asociación de jugadores de videojuegos.– Tolerancia social hacia el juego. <p><i>Individuales/personalidad</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Bajo estado de ánimo o depresión.– Ansiedad.– Búsqueda de sensaciones.– Impulsividad.– Reforzamiento obtenido por jugar. <p><i>Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Consumo de tabaco.– Consumo abusivo de alcohol.– Consumo de drogas ilegales.	<p><i>Conducta de juego</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Horas dedicadas al juego (diarias y semanales).– Pertenecer a una red de jugadores. <p><i>Amigos e iguales</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Tener amigos, reales o virtuales, que juegan a videojuegos. <p><i>Escolar</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Abandono escolar.– Bajo rendimiento académico y fracaso escolar. <p><i>Familiares</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Tolerancia familiar hacia el juego.– Estilo de crianza.
---	---



5.3. Internet

Internet ha tenido un crecimiento exponencial en pocos años, convirtiéndose en un fenómeno que ha transformado a toda la sociedad. Como cualquier otra tecnología su uso tiene aspectos positivos y negativos. Uno de éstos es el denominado *uso problemático de Internet* (UPI), lo que otros denominan adicción a Internet (AI), aunque esta denominación no está reconocida por ningún sistema clasificatorio internacional.

Sabemos que Internet produce problemas en algunos de sus usuarios, sobre todo en varios países asiáticos. En nuestro medio también, pero no en el grado de esos países. Por ello, la mayoría de los estudios sobre esta temática se han hecho en Asia. Dentro de estas consecuencias negativas, Young (1998) las agrupó en cuatro: 1) la adicción ciber sexual (descarga e intercambio de pornografía online); 2) las relaciones (virtuales) en Internet a través de chats y sistemas de mensajería instantánea (ciber-relaciones) y redes sociales (uso abusivo de chats, redes sociales, conexiones directas (ej., Skype, WhatsApp) y uso delictivo, como *grooming* o acoso de adultos a menores en la red; *cyberbullying*; robo de información para acceder a sus claves; *phishing* o suplantación de identidad para poder cometer delitos, como robo, estafa, etc.; introducirle virus, troyanos o gusanos que le infectan el ordenador, o a través de los mismos robarle información; etc.); 3) compulsiones en la red (especialmente el juego en Internet, las compras por Internet o invertir en bolsa); y, 4) sobrecarga de información (navegación excesiva por la red y la inacabada búsqueda de nueva información).

Cuando existe un UPI lo que caracteriza a esa persona es su uso anómalo de la red, que se aprecia en un tiempo de conexión anormalmente alto, de forma casi permanente, que va más allá de lo que es normal en la mayoría de los usuarios. La persona con un UPI suele dedicarle de 40 a 80 horas semanales al uso de Internet (LaPlante y Braveman, 2010), tiempo que dedica a navegar por la red sin tener que hacerlo por motivos de trabajo o estudios, y fracasa en su intento de regular su uso (Ryan et al., 2014).

Tenemos una gran cantidad de información sobre los factores de riesgo y de protección para el UPI. En el meta-análisis de Koo y Kwon (2014), con estudios realizados en Corea del Sur, agruparon los mismos en variables intrapersonales (el self, estado de ánimo/emoción, control/regulación, temperamento/carácter y estrategias de afrontamiento) e interpersonales (la habilidad/calidad de las relaciones, relaciones parentales y funcionamiento familiar) (ver tabla 2.14). También Lam (2014) revisó los factores de riesgo y de protección de la AI en estudios longitudinales o prospectivos. Los de mayor riesgo eran las personas que tenían trastorno de déficit de atención con hiperactividad, hostilidad, ansiedad/depresión, problemas en la infancia, conflicto parental, no vivir con la madre y depresión. Y, como factores de protección, la calidad de la comunicación entre padres e hijos sobre el uso de Internet y el desarrollo positivo del joven. Finalmente, en la tabla 2.15 indicamos la revisión de estos realizada por Becoña (2016). Éstos aparecen agrupados en sociodemográficos, biológico-genéticos, ambientales/contextuales, familiares, personales/personalidad, psicopatología, aprendizaje, iguales/amigos/pareja/red social, ambiente escolar, ambiente laboral, y la interacción y combinación de varios factores de riesgo y de protección. La mayoría de los estudios que fundamentan esto se han hecho en jóvenes, aunque hay también algunos estudios en adultos.



Tabla 2.14. Factores de riesgo y de protección en Corea del Sur sobre la adicción a Internet

	Factores de riesgo	Factores de protección
Variables intrapersonales		
Self	Autoeficacia (virtual). Autoestima (virtual). Escape del self. Auto discrepancia. Ocultación.	Autoidentidad. Autoestima. Autoeficacia.
Emoción/estado de ánimo	Depresión/ansiedad. Ira/agresión. Soledad.	Satisfacción/bienestar.
Control/regulación	Problemas de atención.	Autocontrol. Regulación emocional.
Temperamento/carácter	Impulsivo/búsqueda de novedades. Adictivo/absorción. Evitación de daño/dependiente.	Características/personalidad positiva. Dependencia del refuerzo. Persistencia.
Afrontamiento del estrés	Afrontamiento del estrés negativo.	Afrontamiento del estrés positivo. Habilidades de solución de problemas. Actividad/satisfacción con el entretenimiento.
Funcionamiento escolar		Ajuste a la escuela. Buen rendimiento académico.
Variables interpersonales		
Habilidad/cualidad relacional	Ansiedad/evitación social. Relaciones con los iguales problemática. Apego inestable a los iguales. Eficacia social (virtual). Presencia social (virtual).	Sociabilidad. Apoyo social (de los profesores, padres, iguales). Apego a los iguales. Eficacia social.
Relaciones con los padres	Actitudes de crianza negativas. Comunicación disfuncional. Uso del control parental de Internet. Apego a los padres inestable.	Apego a los padres estable. Actitud de crianza positiva con los padres. Comunicación funcional con los padres. Supervisión parental.
Funcionamiento familiar	Conflicto/desacuerdo familiar.	Cohesión/intimidad familiar.

Fuente: Adaptado de Koo y Kwon (2014).



Tabla 2.15. Factores de riesgo y protección para el uso problemático de internet (UPI).

Sociodemográficos

- Ser varón.
- Ser joven o adolescente.

Factores biológico-genéticos

- Cambios o anomalías en la estructura y actividad cerebral relacionadas con las áreas del control inhibitorio o en las de toma de decisiones.
- Susceptibilidad genética (DRD2, COMT, que son los mismos que se asocian al consumo de sustancias).
- Nivel de procesamiento sensorial (colores, formas, sonidos, etc.) o la rapidez de procesamiento.

Factores ambientales/contextuales

- Disponibilidad y accesibilidad a la red y a los medios tecnológicos para utilizarla.
- Valoración social positiva de la tecnología.

Factores familiares

- Estilo de crianza, supervisión y control por parte de los padres.
- Tipo de relación con los padres (peores relaciones = mayor riesgo de UPI).
- Conflicto familiar, entre padres o padres-hijo (mayor uso).
- Nivel de ingresos familiares (a mayor nivel económico mayor riesgo de UPI).
- Hijo de padres separados, vivir con un solo progenitor o ser hijo único.
- Modo de lograr su identidad en la adolescencia y obtener mayor autonomía.
- Depresión, ansiedad y estrés de los padres.
- Historia parental de psicopatología.
- Violencia y abuso en el hogar.
- Problemas con los hermanos.

Factores personales/personalidad

- Mayor neuroticismo, menor extraversión y menor responsabilidad.
- Estresores y eventos vitales estresantes (malos tratos, accidente, muerte de un familiar, etc.).
- Aislamiento social/timidez.
- Baja empatía.
- Expectativas sobre el uso de Internet.
- Impulsividad y búsqueda de sensaciones.
- Hostilidad y conducta agresiva.

Psicopatología

- Mayor malestar emocional y malestar psicológico.
- Más problemas de internalización (ej., ansiedad/depresión, problemas sociales), de externalización (ej., problemas de atención, conductas delictivas, conducta agresiva) y problemas de pensamiento.
- Depresión.
- Ansiedad/fobia social.
- Consumo de sustancias (sobre todo alcohol y tabaco).
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- Trastorno bipolar (sobre todo con hipomanía y trastorno bipolar tipo I).
- Trastornos de sueño.
- Trastornos de personalidad.
- Menor nivel de autocontrol.



Factores de aprendizaje

- Gratificación o reforzamiento por su uso.
- Procesos de condicionamiento.

Igualdad/amigos/pareja/red social

- Soledad y bajo estado de ánimo para buscar amigos virtuales.
- Expectativas de “mayor control” sobre otras personas cuando usan las redes sociales (anonimato).
- El uso de la red social como elemento central de comunicación (con amigos, pareja).

Ambiente escolar

- Uso de nuevas tecnologías en la escuela.
- Rendimiento académico (factor protector).

Ambiente laboral

- Mayor UPI en profesiones relacionadas con las tecnologías (ej., informáticos).
- Estrés laboral.
- Adecuada higiene laboral y mental (factor de protección).

La interacción y combinación de varios factores de riesgo y de protección

- Unos factores de riesgo interactúan con otros.

Fuente: Becoña (2016).

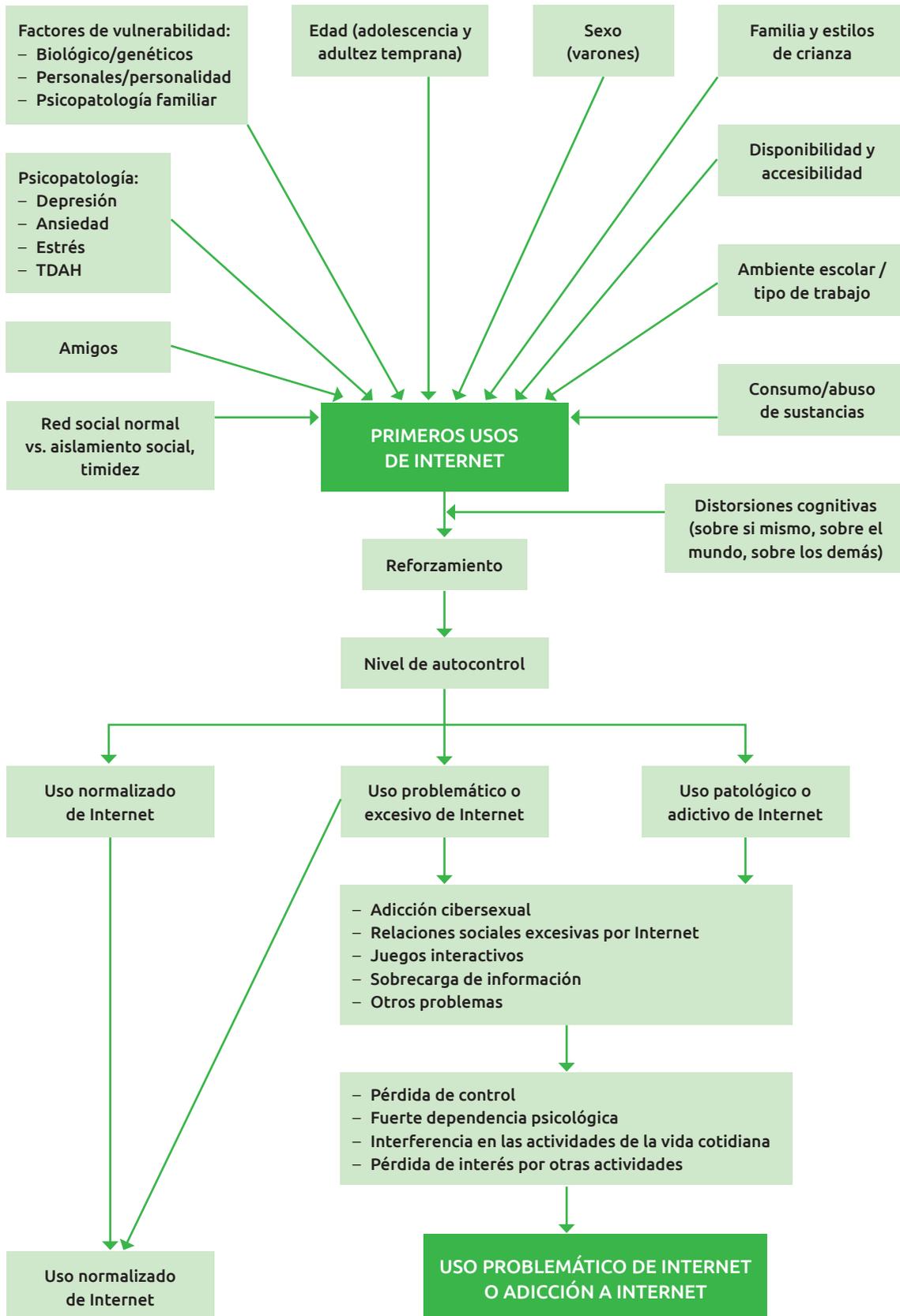
Finalizamos indicando que hay una línea de estudios (ej., Lin et al., 2012) que indican que el uso de Internet produce cambios estructurales en el cerebro. Esto es en parte cierto por la gran plasticidad de nuestro cerebro, los nuevos aprendizajes tienen un sustrato biológico y un cambio en su estructura, como se ha mostrado la relación entre el UPI y carencia de autocontrol en el córtex prefrontal (Brand et al., 2014). Claramente, Internet incide en el procesamiento de la información, en el nivel de control ejecutivo y puede alterar también el nivel de procesamiento del reforzamiento (Lohy y Kanai, 2015).

Internet tiene ventajas y desventajas. Hoy tenemos nuevos problemas con el UPI que antes no existían. Podemos citar algunos, como: a) la búsqueda incansable de parejas por Internet, los *ciber-affairs* en Internet, las separaciones de pareja por estos motivos, etc. (Whitty, 2011). b) Los conflictos padres-hijos al descubrir los padres que sus hijos llevan una vida paralela a través de Internet que desconocían totalmente (ej., dependencia emocional virtual de una pareja, de otro país, acoso, uso excesivo de servicios de Internet, compras, engaño a sus padres, etc.). c) El acoso por Internet, tanto en adolescentes como en adultos, al verse el acosador más libre para hacerlo, mantener el anonimato o, cuando está identificado, poder poner por escrito todo lo que le pasa por la mente. d) También el chantaje vía Internet, a través del uso de fotos, videos, escritos, conversaciones, etc. e) Actos delictivos (ej., violencia de pareja, abuso sexual a partir de los contactos por Internet). Y la lista no se acaba. De ahí la relevancia del conocimiento y prevención de este tipo de problemas en jóvenes, adolescentes y adultos.

En la figura 2.1 presentamos un modelo explicativo sobre el UPI que integra la Información que tenemos hasta este momento sobre ello.



Figura 2.1. Modelo explicativo sobre el uso problemático de Internet (Becoña, 2016, pág. 70).





5.4. Teléfono móvil

Cuando aparece un nuevo elemento tecnológico suele hacerse un uso intenso del mismo, a veces compulsivo, volviendo luego tal uso a niveles más normalizados. Pero siempre hay algunas personas que pueden tener problemas con su uso. Esto ha ocurrido con los distintos usos que tiene Internet, como hemos visto, y en la misma línea lo encontramos con el uso excesivo del teléfono móvil, sobre todo porque en los últimos años tenemos acceso en el mismo a todos los contenidos de la red. Por ello, hay personas, en muchos casos jóvenes, que tienen problemas con un uso excesivo, inadecuado y problemático del mismo. Es lo que se denomina *uso problemático del teléfono móvil* (UPTM).

En los últimos años se han hecho distintos estudios analizando los factores de riesgo y de protección en relación con el UPTM. Destaca la revisión de Fischer-Grote et al. (2019). Después de revisar los estudios que se han hecho sobre los factores de riesgo para el UPTM en niños y adolescentes, encuentran los siguientes: ser mujer, edad (los de más edad), alta frecuencia de uso diario, uso en redes sociales, negación de su uso excesivo, tiempo dedicado a juegos por el móvil, búsqueda de placer y entretenimiento, uso para aliviar el estrés y la preocupación, uso para ganar aceptación de los iguales, ir a la escuela privada, bajo rendimiento académico, insatisfacción con la escuela, castigo parental, restricción de los padres de acceso a apps, violencia doméstica, adicción de los padres, negligencia parental, abuso psicológico, experiencias traumáticas, tener un círculo amplio de amigos, bajo autocontrol, baja autoestima, depresión, somatización, y afrontamiento centrado en las emociones.

Los resultados no siempre son claros en todos los estudios. Por ello, ésta es un área que precisa más investigación. También se discute si son adictos al móvil o a las aplicaciones que utilizan en el mismo (ej., videojuegos, pornografía), de modo semejante a cuando hablamos de Internet. Esto está en la línea de Suissa (2015) que prefiere hablar de ciber-adicciones, como aquellas que se producen a través de la red, entre las que este autor incluye el juego, pero también redes sociales como Facebook, y otras que se ejecutan por la red como el *ciberbullying* o el *sexting*.



Referencias

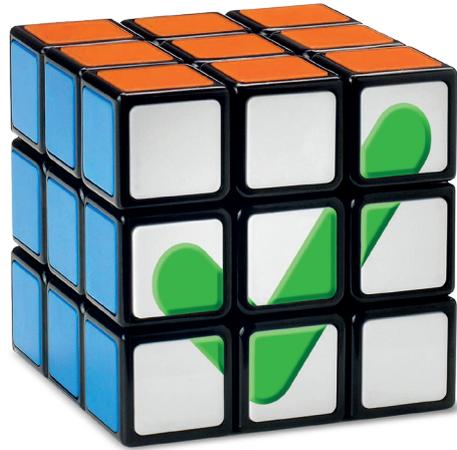
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast., Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014).
- Arnett, J. J., Zukauskiené, R. y Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: Implications for mental health. *Lancet Psychiatry, 1*, 569-576.
- Becoña, E. (1993). *El juego compulsivo en la Comunidad Autónoma Gallega*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Servicio Galego de Saúde.
- Becoña, E. (2016). Factores de riesgo y de protección en el uso problemático de Internet. En E. Echeburúa (Coord.), *Abuso de Internet. ¿Antesala para la adicción al juego de azar online?* (pp. 51-81). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2020). *Bases científicas de la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Beyers, J. M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Arthus, M. W. y Hawkins, J. D. (2004). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: The United States and Australia. *Journal of Adolescent Health, 35*, 3-16.
- Brand, M., Young, K. S. y Laier, C. (2014). Prefrontal control and Internet addiction: A theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Frontiers in Human Neuroscience, 8*, 375.
- Center for Substance Abuse Prevention [CSAP] (2011). *Prevention Works! A practitioner's guide to achieving outcomes*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., Bontempo, D. E. y Greenberg, M. T. (2008). The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *Journal of Adolescent Health, 43*, 157-164.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. U., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W. e Youssef, G. J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review, 51*, 109-124.
- Echeburúa, E. Becoña, E. y Labrador, F. J. (Eds.) (2010). *El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, J. J. (2015). *Informe ejecutivo sobre consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral*. Madrid: Confederación Española de Organizaciones Empresariales.
- Fischer-Grote, L., Kothgassner, O. D. y Felthoffer, A. (2019). Risk factors for problematic smartphone use in children and adolescents: A review of existing literature. *Neuropsychiatry, 33*, 179-190.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (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.
- Instituto Nacional de Seguridad Social en el Trabajo [INSST] (2020). *Análisis de la mortalidad por Accidente de Trabajo en España 2014-2015-2016*. Madrid: Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, Instituto Nacional de Seguridad Social en el Trabajo. En: <https://www.insst.es/documents/94886/603437/An%C3%A1lisis+de+la+mortalidad+por+accidente+de+trabajo+2014-2016/e6e11f43-4e01-4ce5-99c2-3a392e94af6f>
- Kim, D. J., Kim, K., Lee, H.-W., Hong, J.-P., Cho, M. J., Fava, M., Mischoulon, D., Heo, J.-Y. y Jeon, H. J. (2018). Internet game addiction, depression, and escape from negative emotions in adulthood: A nationwide community sample of Korea. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 205*, 568-573
- Koo, H. J. y Kwon, J-H. (2014). Risk and protective factors of internet addiction: A meta-analysis of empirical studies in Korea. *Yonsei Medical Journal, 55*, 1691-1771.



- Lam, L. T. (2014). Risk factors of internet addiction and the health effect of internet addiction on adolescents: A systematic review of longitudinal and prospective studies. *Current Psychiatry Reports, 16*, 508.
- LaPlante, D. A y Braverman, J. (2010). El juego en Internet: situación actual y propuestas para la prevención y la intervención. En: E. Echeburúa, E. Becoña y F. J. Labrador (Eds.). *El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento* (pp. 323-358). Madrid: Pirámide.
- Lin, F., Zhou, Y., Du, Y., Qin, L., Zhao, Z., Xu, J. y Lei, H. (2012). Abnormal white matter integrity in adolescents with internet addiction disorder: A tract-based spatial statistics study. *Plos ONE, 7*, e30253.
- Lohy, K. K. y Kanai, R. (2015). How has the internet reshaped human cognition? *The Neuroscientist, 1*-15.
- Menéndez, J. C. y Santos, J. R. (2014). *¡Alerta! Prevención del consumo de drogas en el sector de la construcción: datos y propuestas*. Oviedo: Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
- Molina, C., Miñarro, M., García, M. y Gil, R. (2018). *La prevención del riesgo de adicciones en el medio laboral: Obligaciones, recomendaciones y buenas prácticas*. Madrid: Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L. y Cruzado, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica Legal y Forense.
- Newcoms, M. D., Maddahian, E. y Bentler, P. M. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal study. *American Journal of Public Health, 76*, 625-630.
- O'Connell, M. E., Boat, T. y Warner, K E. (Eds.) (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people. Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academic Press.
- Ochoa, E. y Labrador, F. J. (con la colaboración de Echeburúa, E., Becoña, E. y Vallejo, M. A.) (1994). *Juego patológico*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Otero, C. (2011). Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo, 57 (Supl. 1)*, 145-172.
- Rho, M. J., Lee, H., Lee, T-H., Cho, H., Jung, D., Kim, D-J. y Choi, Y. (2018). Risk factors for Internet Gaming Disorder: Psychological factors and Internet gaming characteristics. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*, 40.
- Robles, L. y Martínez, J. M. (1998). Factores de protección en la prevención de las drogodependencias. *Idea-Prevención, 17*, 58-70.
- Ryan, T., Chester, A., Reece, J. y Xenos, S. (2014). The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction. *Journal of Behavioral Addictions, 3*, 133-148.
- Secades-Villa, R., Calafat, A., Fernández-Herminda, J. R., Juan, M., Duch, M., Skarstrand, E., ..., Talic, S. (2014). Duration of Internet use and adverse psychosocial effects among European adolescents. *Adicciones, 26*, 247-253.
- Solmi, M., Civardi, S., Corti, R. Anil, J., Demurtas, J., Lange, S., ... Carvalho, A. F. (2020). Risk and protective factors for alcohol and tobacco related disorders: An umbrella review of observational studies. *Neuroscience and Biobehavioral Review, 121*, 20-28.
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M. y Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors, 37*, 747-775.
- Suissa, A. J. (2015). Cyber addictions: Toward a psychosocial perspective. *Addictive Behaviors, 43*, 28-32.
- Trucco, E. M. (2020). A review of psychosocial factors linked to adolescent substance use. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 196*, 172969.
- Vincent, S. y Petch, A. (2017). Understanding child, family, environmental and agency risk factors: Findings from an analysis of significant case reviews in Scotland. *Child & Family Social Work, 22*, 741-750.



- Whitty, R. (2011). Internet infidelity: A real problem. En K. S. Young y C. Nabuco de Andreu (Eds.), *Internet addiction. A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp. 191-204). Nueva York, NY: Wiley.
- Włodarczyk, O., Schwarze, M., Rumpf, H-J., Metzner, F. y Pawils, S. (2017). Protective mental health factors in children of parents with alcohol and drug use disorders: A systematic review. *Plos One*, 12, e0179140.
- Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology Behavior*, 3, 237-244.



CAPÍTULO 3

Niveles y tipos de intervención preventiva



1. Niveles de intervención preventiva

En 1980 Caplan (1980) propuso la distinción de tres tipos de prevención: la primaria, la secundaria y la terciaria. En la prevención primaria se interviene antes de que surja la enfermedad y tiene como misión impedir la aparición de la misma. Es el tipo de prevención más deseable. En la prevención secundaria el objetivo es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; esto es, parar el progreso de la enfermedad que se encuentra en los primeros estadios. Finalmente, la prevención terciaria, se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Se centra en los procedimientos de tratamiento y rehabilitación para la enfermedad que tiene ya claros síntomas clínicos. Estos tres tipos de prevención eran equivalentes, a grandes rasgos, a prevención (prevención primaria), tratamiento (prevención secundaria) y rehabilitación (prevención terciaria).

Con el mayor peso que fue adquiriendo la prevención del consumo de drogas, esta clasificación encorsetaba mucho los programas preventivos. Por ello, Gordon (1983, 1987) propuso tres tipos de prevención: la universal, la selectiva y la indicada. Por ejemplo, si la prevención la dirigimos a adolescentes, la prevención universal se dirige a todos ellos. Se incluirían en ella la mayoría de los programas preventivos escolares, como los que fomentan habilidades y clarifican valores, habilidades para la vida, etc. La prevención selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio. Se dirigen a grupos de riesgo. Finalmente, la prevención indicada es más intensiva y costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o personas que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo (ver tabla 3.1). El Institute of Medicine norteamericano (IOM, 1994) aceptó esta propuesta a mediados de 1990 para todos los tipos de prevención, en drogas y en otros problemas conductuales, que luego amplió y clarificó al considerar cuatro niveles de intervención en el campo de la salud, desde el más general, al más específico, como son los de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación (O'Connell et al., 2009) (ver Figura 3.1).

Tabla 3.1. Tipos de prevención según la conceptualización de Caplan (1980) y Gordon (1987).

Conceptualización de:	Tipos de prevención	Definición
Caplan (1980)	Primaria	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema.
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria.
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.



Conceptualización de:	Tipos de prevención	Definición
Gordon (1987)	Universal	Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción (ej., chicos de 12 a 14 años).
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.
	Indicada	Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores de drogas o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Figura 3.1. Propuesta del continuo de cuidados en salud del Consejo de Investigación Nacional y del Instituto de Medicina norteamericano, del año 2009 (O´Connell et al., 2009).



1.1. Prevención universal

La prevención universal es el tipo más general de prevención. Realmente tiene muchos elementos en común con lo que se denominaba previamente prevención primaria. En la nueva denominación que se ha propuesto se diferencia la prevención en universal, selectiva e indicada. Y, previa a ésta estaría la promoción de la salud.

El informe del Consejo de Investigación Nacional y del Instituto de Medicina norteamericano considera que las intervenciones de promoción de la salud, referidas específicamente a la salud mental o problemas de comportamiento, son aquellas intervenciones que de modo genérico se dirigen al público en general o a toda la población. Son para todos, sin excepciones. El objetivo es lograr, al final, la mejora de la salud de la población, en este caso de la salud mental. Se van a



centrar en mejorar la capacidad de las personas para que puedan adquirir habilidades útiles para su desarrollo (en suma, competencias), como son la autoestima, el sentido de dominio, tener un adecuado bienestar y una buena inclusión social. Al tiempo, entrenarle para que fortalezca su capacidad para hacerle frente a la adversidad. En suma, incrementar su resiliencia.

Los programas de promoción de la salud, aplicados a la salud mental o problemas de comportamiento, se llevan a cabo en la escuela, centros comunitarios u otros entornos comunitarios que promueven la competencia emocional y social a través de actividades que enfatizan el autocontrol y la resolución de problemas.

La prevención universal consiste en aquellas intervenciones preventivas que se dirigen al público en general o al conjunto de la población que no ha sido identificada como teniendo un riesgo individual. Por tanto, se aplica a grupos completos, como puede ser una escuela, un barrio, una comunidad, etc., o para jóvenes de una edad concreta. La intervención es para todo el grupo. Lo deseable es que llegue a todos. El caso más claro lo tenemos en la aplicación de la prevención escolar para el consumo de drogas. Todos tienen probabilidad de consumir. De ahí que llevar a cabo un programa preventivo universal con ellos es útil y eficaz.

Las intervenciones preventivas universales tienen claras ventajas. Llegan a muchas personas, a un grupo completo, a bajo coste, o a costes razonables. No hay que hacer adaptaciones específicas en este tipo de prevención, como se hace con la prevención selectiva e indicada. Al tener un coste razonable la prevención universal es aplicable como primer abordaje preventivo. En muchos casos toda la prevención que se hace se queda en la prevención universal.

Como hemos indicado, el paradigma de la prevención universal es la prevención escolar. En ella se aplica un programa preventivo estandarizado para todos los alumnos de un curso determinado. En él se les entrenará en distintas habilidades emocionales, personales, sociales, etc. En los últimos años, fundamentalmente en programas de entrenamiento en habilidades para la vida. Con frecuencia se complementan con otros programas universales en la familia u otros más específicos.

1.2. Prevención selectiva

La prevención selectiva es un tipo de prevención más específico que la universal. En este caso la prevención no se dirige a todo un grupo sino a personas o subgrupos de población cuyo riesgo de desarrollar un problema de consumo de drogas es mayor que el promedio. Por ello, se va a centrar en grupos de riesgo, que están identificados, que conocemos que tienen mayor nivel de consumo de drogas o mayor riesgo de consumirlas. De ahí que se considere que el riesgo de consumo puede ser inminente o que ese riesgo se va a mantener a lo largo de la vida. Pensemos por ejemplo en los hijos de alcohólicos, en hijos con padres consumidores de drogas, o en hijos con padres con problemas mentales graves.

La prevención selectiva se hace con grupos de riesgo identificados. Estos factores de riesgo pueden ser de tipo biológico, psicológico o social, siempre que tengamos evidencia de que los mismos se relacionan con el consumo de drogas. Lo que hemos visto previamente sobre los factores de riesgo nos permite identificar a estos grupos.

Los programas preventivos más utilizados son los universales. Estos deberían complementarse con los selectivos, sobre todo al tener claramente identificados en el caso del consumo de drogas



a distintos grupos vulnerables, o distintos lugares de una ciudad, en el que el consumo es mayor por los factores de riesgo (ej., pobreza, marginalidad, paro, delincuencia, etc.). Complementar los programas universales con los selectivos aumentaría la eficacia de ambos.

Suele indicarse que los programas selectivos son más caros que los universales, porque son más intensivos. De ahí la necesidad de elaborar buenos programas selectivos, a un coste razonable, para que se puedan implantar realmente. Ello podría hacerse fácilmente al utilizar un mismo programa preventivo que se oriente no sólo al consumo de drogas sino también a otros problemas asociados con el mismo en ese grupo (ej., alto nivel de paro, delincuencia, agresividad). Sabemos que los problemas van unidos en las personas, y que se puede optimizar un programa preventivo orientado a abordar distintos problemas mentales y del comportamiento, como puede ser el del consumo de drogas y otros problemas relacionados, como otras adicciones.

Como ejemplo de programas selectivos se pueden indicar los que se llevan a cabo en niños expuestos a factores de riesgo, como divorcio de los padres, enfermedad mental de los padres, muerte de un pariente cercano, o abuso, para reducir el riesgo de que desarrollen trastornos mentales, emocionales y conductuales.

1.3. Prevención indicada

La prevención indicada es aquella que se dirige a personas de alto riesgo que se han identificado por tener signos o síntomas mínimos, pero detectables, que presagian un trastorno mental, emocional o conductual, o marcadores biológicos que indiquen predisposición a dicho trastorno, pero que no cumplen con los niveles de diagnóstico en la actualidad (O'Connell et al., 2009).

En el caso del consumo de drogas las intervenciones de prevención indicada se orientan a personas concretas, que tienen un alto riesgo de consumir, o que ya han empezado a experimentar con algunas sustancias, pero no tienen problemas de abuso o dependencia. Aquí es claro que si la persona tiene varios factores de riesgo para el consumo de drogas, que conocemos bien, es más probable que pueda consumir. Una monitorización de esa persona, y la aplicación de un programa específico y concreto en ella de prevención indicada sería idóneo.

En la práctica hay muy pocos programas de prevención indicada en el consumo de drogas. En parte esto ocurre porque si no está bien implantada la prevención universal no se hará la prevención selectiva. Y, si no está bien implantada la prevención selectiva no se hará la indicada. Como la primera no tiene un nivel de implantación elevado, los otros tipos de prevención se resienten y se hacen menos.

No hay duda de la utilidad que tienen las intervenciones preventivas de tipo indicado. Su nivel de coste-eficiencia es claro. Incluso teniendo un coste elevado, el ahorro a medio y largo plazo, de las consecuencias negativas que evita, es alto. Estamos hablando de persona con alto riesgo de llegar a consumir crónicamente. Toda inversión ahora implica un enorme ahorro en el futuro. Las intervenciones indicadas pueden ser razonables incluso si los costos de intervención son altos e incluso si la intervención conlleva algún riesgo.

Ejemplo de este tipo de intervenciones son aquellas para niños con problemas tempranos de agresión o que tienen depresión o ansiedad. Y, para aquellos hijos de padres consumidores de alcohol o drogas y que ya han probado las mismas a una edad temprana.



1.4. Prevención ambiental

Es en los inicios de la década del 2000 cuando se hace evidente que hay que introducir un nuevo elemento en la prevención, complementario a los anteriores, en función de la experiencia acumulada, al descubrirse que un excelente modo de prevenir el consumo de drogas es a través de cambios normativos, mediante leyes y normas. Para Burkhart (2011) la prevención ambiental son las estrategias que alteran las normas y los ambientes físicos, sociales y económicos sin basarse en la persuasión: “las estrategias de prevención ambiental se dirigen a alterar los ambientes inmediatos culturales, sociales, físicos y económicos en los que las personas hacen sus elecciones sobre el consumo de drogas” (p. 89).

La prevención ambiental abarcaría tres áreas: 1) A nivel macro, en forma de políticas de control del alcohol y del tabaco. 2) En estrategias para mejorar el clima y el *ethos* (forma común de vida o de comportamiento que adopta un grupo de individuos que pertenecen a una misma sociedad) en los centros educativos. Y, 3) políticas locales para ambientes de diversión. Por tanto, se centran en influir en toda la comunidad o sociedad más que intentar inducir a las personas a que cambien su conducta. De ahí que las estrategias ambientales pueden ser macro (ej., restringir la disponibilidad) o micro (ej. en el ambiente familiar, normas familiares y estilos educativos). Una intervención relevante en el nivel macro son los lugares recreativos. De modo más concreto, la prevención ambiental incluye (Burkhardt, 2013) en el nivel macro, cambios físicos, económicos y legislativos; y, en el nivel meso, normas y leyes en la comunidad y en la escuela, incluyendo estrategias no coercitivas como promover normas o conductas positivas y el clima escolar.

Ha sido Foxcroft (2014a) quien ha hecho una amplia conceptualización de los tipos de prevención, a partir de la prevención ambiental. Dado que la misma se solapa con la prevención universal propone hacer una diferenciación entre *función* y *propósito* en la prevención. Así, distingue tres tipos fundamentales de prevención: ambiental, del desarrollo e informativa. Cada una de estas tres, a su vez, puede ser universal, selectiva e indicada. Así tenemos una tabla de 3 x 3 (ver tabla 3.2).

Para él la *prevención ambiental* es la que incluye aquellas intervenciones que pretenden reducir la disponibilidad de oportunidades para implicarse en conductas de riesgo para la salud en un ambiente particular. La *prevención del desarrollo* comprende aquellas intervenciones destinadas a dar forma a la socialización y el desarrollo de los jóvenes a medida que crecen y maduran, para que sean menos susceptibles a tales oportunidades para las conductas de riesgo que están presentes en su ambiente. La *prevención informativa* comprende aquellas intervenciones que están destinadas a mejorar directamente el conocimiento y la conciencia, por ejemplo, a través de desafiar las creencias y actitudes preexistentes acerca de los comportamientos de riesgo para la salud, o simplemente proporcionando información sobre riesgos y daños.

Por tanto, la prevención ambiental comprende intervenciones que ayudan a limitar la disponibilidad de oportunidades para conductas desadaptadas, a través de políticas que incluyen todo el sistema, restricciones y acciones. Por ejemplo, restricciones legales, (des) incentivos económicos o prevención del delito situacional. Las intervenciones ambientales preventivas pueden ser implementadas en el nivel regional, nacional, local, comunitario u organizacional.

Estas funciones de la prevención, considerada junto con otras formas de prevención, en una cuadrícula o matriz, proporciona una clasificación mejorada del marco conceptual de las intervenciones preventivas (tabla 3.2).



Tabla 3.2. Tipos de prevención según Foxcroft (2014a).

	Universal	Selectiva	Indicada
Ambiental	Reducción de conductas ilegales como, por ej., consumo de cocaína o multas por conducir borracho; política de precios para productos insanos; control de armas que prohíben comprarlas sin la aprobación de las autoridades.	Reducir la densidad de los locales que venden alcohol en barrios de alto riesgo; mejorar la iluminación de las calles y disponer de circuito cerrado de TV en los centros de las ciudades; restricciones por edad para la compra de productos perjudiciales, por ej., comprar tabaco o alcohol.	Legislación para prevenir la violencia individual, como la obtención de armas de fuego; encarcelamiento para sacar a los individuos de los lugares en los que pueden causar daño a otros, o a ellos mismos.
Desarrollo	Programas de crianza en el que estén padres e hijos juntos para modelar y practicar interacciones positivas e implementar reglas; programas de manejo de conductas en clase que fomenten conductas prosociales en los niños; programas de habilidades sociales/para la vida que enseñen a las personas jóvenes como afrontar las influencias sociales.	Programas de visitas a los hogares para madres en alto riesgo, por ej., el primer embarazo en adolescentes; programas familiares/de crianza con grupos de familias de alto riesgo, por ej., familias en las áreas más deprimidas en una región o país.	Terapia multisistémica para individuos con graves conductas antisociales o criminales, consejo individual o grupal o desarrollo de habilidades en adolescentes con características particulares de personalidad, por ej., varón con problemas de control de impulsos
Informativa	Campañas en los medios de comunicación en la población general para aumentar la conciencia de las conductas de riesgo, por ej., campañas para aumentar el miedo; currículum escolar basado en el conocimiento y la conciencia que proporciona información sobre el alcohol y las drogas.	Intervenciones informativas dirigidas a grupos con características particulares, por ej., chicas jóvenes de barrios deprimidos donde hay altas tasas de embarazos en adolescentes; currículums escolares dirigidos al conocimiento y concienciación de los grupos vulnerables, por ej., chicos jóvenes de barrios deprimidos con una importante cultura de pandillas.	Intervenciones de feedback normativo para individuos que tienen un factor de riesgo ambiental; mensajes informativos dirigidos a altos buscadores de sensaciones

2. Tipos de intervenciones preventivas

2.1. La prevención escolar

En los últimos años ha cobrado una gran relevancia, con la generalización de la prevención, la prevención escolar. Permite llegar a los jóvenes escolarizados, en la edad de máximo riesgo para el inicio en el consumo de drogas. Ello facilita su prevención. De ahí que muchas intervenciones preventivas se realizan en exclusiva en la escuela, lugar en donde hay más programas preventivos evaluados (Faggiano et al., 2014).



Aunque la prevención se realiza fundamentalmente en la escuela, no necesariamente es suficiente para evitar el consumo de drogas. Hay que implicar a todos los componentes de la misma (profesores, personal administrativo, padres, consejo escolar, etc.), así como el contexto social y ambiental más cercano. A veces la prevención escolar (prevención universal) hay que combinarla con programas para grupos de riesgo (prevención selectiva) o individuos en riesgo (prevención indicada).

Son muchas las ventajas que tiene realizar la prevención en la escuela (Alonso et al., 1996). En España la prevención escolar se hace a través de la educación para la salud, de modo transversal, en distintas materias escolares. En otros países hay una asignatura específica de educación para la salud, drogodependencias, o similar. La actividad preventiva es realizada por el profesorado, habitualmente entrenado para ello, donde aplicarán elementos preventivos en sus asignaturas, o componentes de los programas preventivos de drogas. En ocasiones aplican programas preventivos, en el sentido en el que los conocemos. No cabe duda de que hay mucho que mejorar en este aspecto porque lo que se hace con frecuencia es insuficiente.

Tabla 3.3. ¿Por qué hacer la prevención de drogodependencias en la escuela?

- Porque es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de iguales, y es en ella donde se continúa el proceso de socialización iniciado en la familia, bien reforzando las actitudes en ella generadas o bien modificándolas en aquellos casos en que sea preciso.
- Porque actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia.
- Porque a lo largo de la edad escolar los alumnos están sometidos a cambios y momentos de crisis que les exponen a múltiples riesgos (entre ellos, el consumo de drogas).
- Porque la obligatoriedad de la escolarización hasta los dieciséis años implica que por ella deben pasar todas las personas durante el período más importante de la formación de la personalidad.
- Porque es un espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo.
- Porque los profesores, así como otros componentes de la comunidad educativa, son agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos, a su papel como modelos y a su función educadora.
- Porque la Reforma crea un marco, la Educación para la Salud, en el que trabajar la prevención del abuso de drogas.

Fuente: Alonso et al. (1996).

La prevención escolar debe conseguir que los jóvenes no consuman drogas o retrasen la edad de inicio. Aplicada en la escuela debe conseguir este objetivo en todos los alumnos, pero puede haber distintos grados en sus resultados. Así, los programas universales son útiles para todos, pero en algunos sería conveniente aplicar programas selectivos, o bien remitir a las personas con problemas de drogas, o problemas de otro tipo (psicopatológicos, familiares, sociales, etc.), a los servicios sociales, sanitarios o de salud mental, para paliar los mismos o poder, aún mejor, solventarlos. Por ello, la escuela es importante pero no lo es todo en la prevención. Los profesores deberían tener suficiente apoyo técnico y profesional para los problemas que se vayan encontrando sus alumnos. También tendrán que tratar aspectos generales de la educación de la salud (ej., hábitos de higiene, salud sexual, problemas de alimentación, salud mental, VIH, etc.), dependiendo de cada grupo de edad.



2.2. La prevención en medio universitario

Como sugieren Spooner y Hall (2002), los esfuerzos preventivos para el consumo de drogas en jóvenes se debieran orientar del siguiente modo: 1) ampliar el foco desde los individuos hasta proporcionar ambientes que promuevan la salud física y mental, 2) evitar ver la prevención de drogas como una actividad que ocurre aisladamente, y verla como una de varias conductas problema que ocurren al mismo tiempo, 3) ver la necesidad de la prevención de drogas para unir fuerzas con programas de prevención de la delincuencia, salud mental y suicidio, 4) no limitar los esfuerzos de prevenir las drogas a los años de la adolescencia; debe prestarse más atención a los primeros años del desarrollo y al papel de las familias en esos años, 5) tener una perspectiva amplia de la necesidad de inversión social en el desarrollo saludable de los jóvenes, y 6) invertir más en la investigación sobre el abuso de drogas, salud mental y delincuencia. Para así conocer las causas y consecuencias de estas conductas, para que tengamos más y mejor información, y para que podamos hacer esfuerzos adecuados para prevenirlas.

Si la prevención en el campo educativo la complementamos con la prevención familiar y comunitaria, el resultado será mucho mejor. De ahí la relevancia de asumir por parte de los responsables políticos y administrativos la necesidad de prevenir el consumo de drogas y, al tiempo, dotar los recursos necesarios para poder hacerlo de modo eficaz. Esto exige ampliar la prevención escolar también al medio universitario (Martínez et al., 2010).

El medio universitario tiene actualmente una gran relevancia en el consumo de drogas, sobre todo el consumo excesivo de alcohol, junto con el cannabis y la cocaína. Ello exige aplicar estrategias preventivas para los que aún no se han iniciado en el consumo o para los que están en sus fases iniciales. Otros, ya con problemas de abuso o dependencia, precisarán acudir a tratamiento.

Año a año se van incrementando las intervenciones en medio universitario, sobre todo para el consumo abusivo de alcohol, tanto en países anglosajones como latinoamericanos (Martínez et al., 2010). En nuestro medio apenas existen, con la excepción de campañas que se han hecho para el consumo de tabaco, en relación con las leyes de tabaco aprobadas, y algunas campañas puntuales de sensibilización en relación con el consumo excesivo de alcohol (ej., cuando se celebra el San Pepe o acontecimientos con un gran botellón). Es previsible que en los próximos años se incremente este tipo de intervenciones. No hay duda de que es necesario aplicar programas preventivos específicos de tipo universal, como selectivos, también en medio universitario.

Algunas de las estrategias preventivas que se han utilizado con esta población han sido las de pares educadores en salud en el campus, foro-debate de sensibilización de alumnos de primer año en el campus, o política de consumo y prevención institucional en el campus universitario (Martínez et al., 2010). También, experiencias en el país vecino de Portugal, han indicado que es posible hacer prevención del consumo de drogas, con una buena aceptación y reducción del consumo (Rocha y Becoña, 2017), con programas preventivos universales dirigidos a ellos.

2.3. La prevención familiar

En los últimos años la prevención familiar ha incrementado su relevancia al conocerse cada vez más su influencia en el consumo, como los factores de riesgo y de protección familiar en la etiología del consumo de drogas (Hawkins et al., 1992). La familia constituye un elemento esencial en la socialización del niño y del adolescente. Una familia estructurada facilita mejor los tránsitos y la



adaptación a nuestra sociedad actual. Uno de estos aspectos adaptativos es no consumir drogas, o no pasar de un consumo esporádico.

En los últimos años se han producido importantes cambios en la familia. El consumo de drogas a veces se relaciona con ellos. Varios factores de riesgo de tipo familiar se asocian con el consumo de drogas (ej., falta de control paterno); por contra, otros de protección, o el tipo de crianza, facilitan el no consumir drogas (ej., estilo de crianza) (Becoña et al., 2012). En la tabla 3.4 indicamos los principios que ha propuesto el NIDA sobre los programas preventivos familiares.

Tabla 3.4. Que nos dice el NIDA sobre los programas preventivos familiares.

Los programas preventivos familiares deberán mejorar el apego familiar y las relaciones dentro de ella e incluirán: habilidades de crianza; práctica en el desarrollo, discusión y cumplimiento de reglas familiares sobre el abuso de sustancias; y, proporcionar información y entrenarle en educación sobre drogas.

El apego a la familia es el fundamento de las relaciones entre padres e hijos. El apego puede fortalecerse a través del entrenamiento en habilidades para el apoyo de los padres a sus hijos, comunicación padres-hijos e implicación parental.

Fuente: Robertson et al. (2003).

Otro hecho que ha facilitado el surgimiento de los programas preventivos familiares ha estado en que los programas preventivos escolares suelen tener un componente dedicado a la familia. En otros casos es necesario incidir de modo más intensivo en ella. Específicamente, se han elaborado programas preventivos con el único objetivo de centrarse en la familia, fomentando habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementar el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas. y concienciarlos de la importancia que tienen como agentes de salud para sus hijos.

El mayor problema que tienen los programas preventivos a nivel familiar es la escasa participación de los padres. Y, cuando participan, suele ser la madre la que acude a las sesiones más que el padre. De modo parecido, en las escuelas de padres que se han creado, orientadas específicamente para la prevención de las drogas, ocurre algo semejante: suelen acudir las madres, y de las que acuden, no siempre son las que tienen hijos con problemas de consumo de drogas o riesgo de consumirlas. En la práctica, las familias con mayores problemas tienen menos tiempo para acudir a ellos

Una intervención importante es aquella orientada específicamente a familias problemáticas, donde los padres o los hijos consumen drogas, o tienen un riesgo muy alto de consumir; esto es, programas selectivos. Facilitar el acceso a dichos programas, o combinarlos con otras intervenciones de tipo comunitario, facilita su adherencia. Como un ejemplo, el *programa Ferya*, de familias en red y activas, se orienta al empoderamiento de las familias para prevenir el consumo de drogas en sus hijos (Juan et al., 2014).

Conocemos los principios que se deben seguir para los programas preventivos eficaces aplicados a nivel familiar (tabla 3.5). Si los seguimos optimizamos los resultados de nuestro trabajo en el campo de la prevención familiar.



Los programas preventivos familiares no se emplean tanto como los escolares. Existe un buen número de ellos, aunque no llegan a todos los padres (Villanueva et al., 2007). Su evaluación es difícil y, con frecuencia, por problemas como el reclutamiento, el abandono o la representatividad, es difícil demostrar que son siempre eficaces (Hermida et al., 2012), aunque son de una enorme utilidad y eficacia en padres de alto riesgo o en padres de hijos con consumos problemáticos si acuden a ellos (Robertson et al., 2003).

Tabla 3.5. Principios de los programas preventivos eficaces en la familia.

1. Las intervenciones comprensivas multicomponentes son más efectivas en modificar un amplio rango de factores de riesgo y protección en los niños más que los programas con un componente simple.
2. Los programas centrados en la familia son generalmente más efectivos para las familias con problemas de relación que aquellos programas centrados en el niño o en los padres, particularmente si los mismos enfatizan las fortalezas, resiliencia y procesos de protección familiares más que los déficits.
3. Los componentes de los programas efectivos para padres y familias incluyen estrategias para mejorar las relaciones familiares, la comunicación y el control parental.
4. Los programas familiares son más duraderos en su efectividad si producen cambios cognitivos, afectivos y conductuales en el desarrollo de las dinámicas y ambiente familiar.
5. Incrementar la dosis o la intensidad (25-50 horas) de la intervención es necesaria con familias de alto riesgo. con más de un factor de riesgo y pocos factores de protección, que las familias de bajo riesgo que necesitan solo de 5 a 24 horas de intervención.
6. Los programas familiares deberían ser apropiados a la edad y al desarrollo, con versiones tanto para los padres como para sus hijos según estos maduran.
7. Dirigirse a los factores y procesos de riesgo y protección apropiados al desarrollo, cuando hay necesidades familiares, o cuando los participantes son receptivos al cambio, es importante.
8. Si los padres son disfuncionales, las intervenciones que comienzan tempranamente en el ciclo de la vida (ej., prenatalmente o en la infancia temprana) son más efectivos.
9. Adaptar la intervención a las tradiciones culturales de las familias mejoran el reclutamiento, la retención y a veces la efectividad.
10. Altas tasas de reclutamiento y retención familiar (en el rango del 80-85%) son posibles con el uso de incentivos, incluyendo comida, cuidado de los hijos, transporte, recompensas por completar las tareas o asistir a las mismas, u organizar un acto de graduación del programa.
11. La efectividad del programa está altamente unida a la eficacia y nivel del personal entrenado, características afectivas de autenticidad, cordialidad, humor, empatía y habilidad para estructurar las sesiones y ser directivo.
12. Los métodos de entrenamiento en habilidades interactivos (ej., role playing, modelado activo, sesiones de práctica familiar, prácticas de tareas para casa, y video/CDs de habilidades efectivas e inefectivas de crianza, etc.) versus clases didácticas, incrementa la efectividad del programa y la satisfacción de los asistentes, especialmente con padres de nivel socioeconómico bajo.
13. El desarrollo de un proceso colaborativo, por el cual los participantes son capaces de identificar sus propias soluciones, es importante para desarrollar una relación de apoyo y reducir la resistencia y abandonos de los padres.

Fuente: Kumpfer y Alvarado (2003).



2.4. La prevención comunitaria

La prevención en su sentido más amplio debiera ser comunitaria. Sin embargo, por ser tan amplia suele optarse por tipos de prevención más realistas y parciales. La prevención comunitaria en drogodependencias pretende prevenir el consumo de drogas en una comunidad concreta poniendo en marcha distintos recursos para lograr este fin. Su objetivo es reforzar los mensajes y normas de la comunidad en contra del abuso de drogas y preservar la salud. Con los recursos y medios comunitarios se espera la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, colectivos, grupos y personas de la comunidad. Por ello, un programa comunitario es comprensivo y puede abarcar cualquier aspecto de la comunidad. Cuantos más participen, siempre que haya un adecuado nivel de coordinación, más fácil será conseguir el objetivo preventivo (Strang et al., 2012).

Hacer la prevención desde una perspectiva comunitaria tiene claras ventajas: se puede incidir en más factores de riesgo en distintos niveles, podemos conseguir una mejor consistencia en los mensajes, una mejor difusión al disponer de más canales, etc. (Arthur et al., 2003; Stockwell et al., 2005). Por ello, es muy importante una buena planificación, coordinación, puesta en práctica y medios suficientes. Habitualmente, un programa comunitario incluye otros subprogramas, o programas que funcionan independientemente, como la prevención escolar, la familiar, la laboral, etc., pero que si se coordinan dentro de un programa comunitario funcionan sinérgicamente todos entre sí. De ahí la relevancia de adecuar todo programa comunitario a las necesidades concretas de esa comunidad y de las personas que tienen mayor problema de consumo de drogas.

Los pasos que sigue el diseño y aplicación de un programa comunitario son los de: análisis de necesidades e identificación de las poblaciones de riesgo, establecimiento de las metas de la prevención, establecimiento de los objetivos, planificación y establecimiento de estrategias de cambio, identificación de recursos, adecuación de recursos-necesidades (entre lo que se tiene y lo que se necesita, en función de metas y objetivos concretos), establecimiento de canales de comunicación y asignación de tareas, implementación, evaluación y revisión del programa en función de los resultados obtenidos con el mismo. De especial relevancia es el conocimiento de la comunidad. Esto implica saber cuál es el nivel de consumo de drogas (datos epidemiológicos), recursos existentes en esa comunidad (barrio, ciudad, municipio, etc.), grupos con mayores problemas de consumo de drogas, zonas en donde se consumen o se venden drogas, nivel de participación ciudadana en otras actividades para conocer la posible respuesta al programa comunitario, nivel de apoyo que podemos lograr de estamentos sociales relevantes para el programa (ej., hosteleros, policía, asociaciones de vecinos, etc.), si contamos con el apoyo de los medios de comunicación de masas y de las personas claves de esa comunidad (ej., periodistas, políticos, empresarios, etc.) y, especialmente, seleccionar cuidadosamente la población diana, o poblaciones diana, a la que se va a dirigir el programa, ya que es claro que no es difícil tener medios para llegar a todos (Becoña y Martín, 2004).

En los últimos años, dentro de los programas preventivos comunitarios, ha cobrado gran relevancia el tema de normas y leyes, la conocida como prevención ambiental, ya que aumentar la edad mínima para poder beber alcohol, aumentar los impuestos y precios, reducir la cantidad de bares, reducir el horario de venta de alcohol, restringir la publicidad de bebidas alcohólicas, entre otras medidas, son eficaces en reducir el consumo de alcohol, tabaco y drogas (Stockwell et al., 2005; Voorham y Möhle, 2020).



2.5. La prevención en el medio laboral

Al incrementarse el consumo de drogas en las sociedades desarrolladas, el medio laboral se convierte también en un lugar relevante para su prevención, tanto de las legales como de las ilegales, así como para implantar en dicho medio normas y hábitos saludables. De ahí que, tanto desde las administraciones, como desde los sindicatos y asociaciones patronales, y especialmente en las grandes empresas, se hayan puesto en marcha programas para prevenir el consumo abusivo de drogas en el ámbito laboral.

La prevención en el ámbito laboral se ha centrado de modo importante en las drogas de tipo legal, aunque sin dejar de lado las de tipo ilegal. Ello viene dado por la relevancia que tiene el consumo de alcohol, y sus graves consecuencias en la salud y en la accidentabilidad laboral, como el tabaco, por la morbi-mortalidad que produce. Muchos programas se han puesto precisamente en marcha por el alto nivel de trabajadores en situaciones de riesgo existentes en distintos ámbitos laborales, o cuando el propio trabajo implica riesgos incompatibles con dichos consumos (ej., trabajar en una empresa de madera para los fumadores; trabajar en una empresa de conducción de máquinas de precisión para el alcohol). Los servicios de medicina de empresa o de riesgos laborales han tenido y tienen un papel muy importante aquí, amparados por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y la Ley de los Trabajadores.

Los programas en el medio laboral habitualmente incluyen información, sensibilización y orientación, y facilitan tratamiento a los trabajadores con problemas derivados del consumo de drogas. Como un ejemplo, un manual de la UGT sobre “prevención del consumo de alcohol en el lugar de trabajo” (Comisión Ejecutiva Confederal de UGT, 2011) incide en los aspectos informativos, los riesgos asociados al consumo de alcohol, cómo ciertos trabajos incrementan el riesgo de consumo, sensibilización ante el problema y cómo actuar cuando aparecen problemas de consumo, tanto sobre cómo evitarlo (prevención) o cómo pedir ayuda. Sensibilizar a los trabajadores en la prevención del consumo de drogas es muy importante, sobre todo en los más jóvenes o en aquellos en alto riesgo (ej., debido al estrés, a tener problemas familiares o psicopatológicos, etc.). Estos programas facilitan que no se produzca el consumo, se mantenga en niveles razonables o se busque ayuda cuando lo precisen, u otros compañeros lo detecten para así poder ayudar a esa persona.

2.6. La prevención en el ocio y tiempo libre

Uno de los lugares en donde se consumen drogas, y muchas personas se inician en su consumo, es en la vida recreativa y, específicamente, en la diversión nocturna. Esta se asocia a una mayor libertad, falta de límites, consumo de alcohol hasta llegar en algunos casos a la intoxicación, consumo de drogas y realización de otras conductas de riesgo.

Uno de los grandes problemas del consumo de alcohol y drogas en la diversión es que la misma se ha normalizado para la gran mayoría de los jóvenes. Muchos consideran normal beber, emborracharse y tomar drogas (Calafat y Juan, 2017). Ello va unido a una potente industria del ocio, la diversión y el turismo en algunos países, como ocurre en el nuestro. De ahí que incluso a veces se habla de un “estilo de vida de consumo” cuando esas personas salen a divertirse, “de marcha”, al entender que la diversión implica consumir alcohol y drogas. Esto lo vemos en el punto más extremo en las “raves”, o fiestas que duran más de 24 horas ininterrumpidas, unido a cierto tipo de música, alcohol y drogas, y sexo cuando es posible. Todo muy reforzante para el individuo, a corto plazo, pero que acarrea importantes consecuencias a una parte de ellos. Es un efecto de



nuestra sociedad de consumo y de la abundancia, también de la falta de adecuados controles sociales y la carencia de autocontrol en esas personas. Porque la mayoría de esas personas, fuera de ese ambiente de diversión, o de ocio, llevan una vida normal, o una vida con un relativo nivel de normalización social (ej., pueden estar estudiando o trabajando).

La noche se ha convertido en el lugar de diversión por excelencia, en muchos casos hasta el amanecer. Esto no ocurría con tanta extensión en décadas previas. A veces es un lugar vetado para los adultos, sobre todo cuando la diversión se hace por grupos de edad. El ejemplo más claro es la participación en el botellón. Las salidas nocturnas en el fin de semana de los jóvenes se han generalizado. Y en ellas el consumo abusivo de alcohol y de drogas está muy extendido.

El turismo, nuestra principal industria nacional, es un elemento que facilita lo anterior muchas veces de modo indirecto en los jóvenes y otros grupos, y a veces de modo directo, cuando los paquetes turísticos se venden orientados a los jóvenes, para que lo pasen bien, y donde se sobreentiende que el consumo de drogas y la facilidad de acceder a ellas está presente en ese medio (Calafat et al., 2008). Algunos destinos turísticos a nivel mundial, entre los cuales hay varios españoles, ofrecen lo que los jóvenes consumidores buscan: vuelos baratos, alojamiento y comida baratos, permisividad en ese lugar ante las borracheras y el consumo de drogas, buena disponibilidad de alcohol y drogas, y que otros jóvenes como ellos vayan a buscar lo mismo (diversión, libertad, droga, sexo, etc.).

La noche y la diversión permite a muchas personas sentirse libres, sobre todo si pueden consumir alcohol y drogas. Y en un ambiente en que otros lo hacen. Pero ello tiene sus riesgos. Aquí es donde hay que implementar la prevención. En la noche, debido al consumo de alcohol y drogas, se producen accidentes de tráfico, violencia, relaciones sexuales sin protección o sin querer tenerlas, acoso y abuso sexual, tener múltiples parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, comas etílicos, sobredosis, etc. En zonas turísticas con este tipo de diversión, a veces mueren personas por ello, aunque suelen silenciarse.

Lo anterior se da con más frecuencia en zonas turísticas y en zonas con alto nivel de población, menos en zonas poco pobladas o en pueblos. De ahí que el lugar en donde uno vive es un factor de riesgo o de protección para el consumo de drogas y sus consecuencias.

Cada vez hay más interés por la prevención en el contexto de la vida recreativa y, especialmente, de la nocturna (Calafat y Juan, 2017). Aquí las medidas de prevención ambiental son de una gran utilidad. Igualmente, campañas informativas y de sensibilización para los jóvenes, la población y los dueños de los locales de ocio y tiempo libre (Calafat, 2010).

2.7. La prevención en el ámbito de la salud

La prevención en el ámbito de la salud abarca a todos los profesionales sanitarios, bien estén trabajando en atención primaria, en hospitales, en consultas especializadas, o en cualquier servicio sanitario. Se orienta este tipo de prevención a la educación para la salud. El objetivo es la detección precoz de los problemas relacionados con el consumo de las drogas legales, alcohol y tabaco, y de las ilegales, para con ello poder intervenir bien sea a nivel preventivo o bien aplicando a dichas personas un tratamiento concreto. E, igualmente, para las adicciones comportamentales.



El alto consumo de drogas, legales e ilegales, como el consumo fuera de prescripción de distintos psicofármacos, ha convertido este tema en relevante en el campo sanitario. Ansiolíticos, antidepresivos o calmantes para el dolor están entre los más importantes. En Estados Unidos tienen actualmente un grave problema producido por el abuso de la prescripción de *oxicodona*, un opiáceo, para el dolor, que ha llevado a que en ese país estén padeciendo un rebrote del consumo ilegal de opiáceos (Becoña et al., 2020).

El medio sanitario, tanto en pediatría, atención primaria y en las distintas especialidades, es un lugar idóneo para la detección de problemas de consumo de drogas, como de enfermedades producidas por el consumo (ej., hepatitis C, VIH). Cuando los consumos son experimentales, o no se ha establecido un nivel de adicción, es posible un abordaje preventivo. Y, de ser necesario, habrá que derivarlo a tratamiento especializado.

El plan de acción del Plan Nacional sobre Drogas incide en esta área como uno de los elementos a considerar en un plan global. En otros países ocurre lo mismo. Así, recientemente, el U. S. Preventive Service Task Force (2020), recomienda que se preste más atención al consumo de drogas ilegales y a las drogas de prescripción consumidas sin receta médica por su gran prevalencia, tanto en adolescentes como en adultos. Ello hacer necesario implantar en toda consulta médica, sobre todo de atención primaria como de pediatría, sistemas de screening para detectar tales consumos y actuar en consecuencia sobre esas conductas no saludables. De este modo, el campo sanitario se convierte en un lugar idóneo de detección, información y derivación.

2.8. La prevención en personas en régimen de internamiento

El consumo de drogas constituye actualmente en España, como en otros muchos países desarrollados, un importante problema de salud pública con consecuencias negativas a nivel personal, familiar, médico, psicológico, económicas, de orden público, delictivo y penal, entre las más importantes. Una de estas consecuencias es que el tráfico de drogas es un delito. Como tal, una parte de sus consumidores, habitualmente por tráfico de drogas, son detenidos y encarcelados distintos periodos de tiempo.

Existen distintos programas en prisión, como los programas culturales, lúdicos y recreativos, programas de prevención y educación para la salud, programas de tratamiento, programas de reducción de daños, y programas de preparación para la vida en libertad (Pérez-Lozano et al., 2006). Muchos de ellos se orientan específicamente a las drogas. La prevención, en este contexto, es una parte esencial para conseguir que las personas dejen de consumir, consuman de modo menos peligroso o mejoren su salud.

Tabla 3.6. Lo reclusos y reclusas en prisión.

“Los reclusos y reclusas pertenecen a los estratos más pobres y un porcentaje significativo a minorías étnicas o extranjeras. Además, un alto porcentaje carece de empleo, de recursos educativos y de redes de apoyo. En este sentido, la prisión se convierte en un nuevo factor que añadir a sus dificultades de interacción social, por el estigma que la acompaña y por los efectos negativos que la pérdida de libertad conlleva” (Pérez-Lozano et al., 2006, pág. 17).



Según la última Encuesta sobre drogas en prisiones (OEDA, 2022), en las que hay 46.468 personas encarceladas (sólo el 7.5% del total son mujeres). De ellos un 34% son extranjeros. Un tercio tienen 20 o más años. Muchos están por tráfico de drogas o delitos vinculados a las drogas. Las mujeres son un colectivo de especial relevancia para la prevención en las cárceles. La mayoría son madres, teniendo algunas sus hijos menores de 3 años con ellas en prisión. No mantienen vínculos familiares, muchas tienen a sus parejas también en la cárcel.

El estudio indica que el consumo de drogas es relevante en las mismas, y mayor antes de entrar en la misma. Un tercio consumían cannabis en los últimos 30 días a entrar en prisión (37.7%), un 11,1% heroína y un 24.9% cocaína. También un 12.1% de tranquilizantes no recetados. Ya en prisión, para los últimos 30 días indicaban un consumo al menos una vez en un 11.2% de cannabis, un 1.3% e cocaína, y de un 1.4% de heroína. El consumo de tranquilizantes era de un 7.8%. Las mujeres tienen un consumo menor que el de los hombres, en torno a la mitad que ellos.

En la cárcel, un tema importante es la necesidad de prevenir y tratar el VIH, como la hepatitis C. La cárcel es un lugar idóneo para hacerlo y donde es necesario tener tratamiento para las personas con esta enfermedad. En esta misma línea, ya hace años que la OMS, y el programa de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ha recomendado que se repartan preservativos en las prisiones para prevenir el VIH. El objetivo es reducir las conductas de alto riesgo relacionadas con la sexualidad. También ha recomendado que se le proporcionen jeringuillas, tratamiento para la dependencia de drogas y programas de mantenimiento con metadona. En España, se han extendido a todas las prisiones los programas de intercambio de jeringuillas (Romero et al., 2005).

Sabemos que una familia estructurada facilita mejor los tránsitos y la adaptación a nuestra sociedad actual. Como esto no ocurre en las madres que están en la cárcel, cobra más relevancia entrenarlas allí no sólo para que no consuman drogas, sino para que sus hijos e hijas no entren en el mundo del consumo y tráfico de drogas en el futuro.

Otro aspecto importante de la prevención dentro de la cárcel es para cuando salgan de ella. Prepararlos para la incorporación a la sociedad es muy importante, sobre todo en el caso de las mujeres con hijos. En los programas existentes se combina el aprendizaje de habilidades, de mejora en sus recursos laborales, en conocer mejor las posibilidades de trabajo, etc.

Como afirmaba Julián Sanz (2010), cuando era el Jefe del Servicio de Drogodependencias de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, "la intervención con drogodependientes en prisión basada en la metodología UTE (unidad terapéutica y educativa) ha demostrado su eficacia y eficiencia en la disminución del consumo de drogas, la mejora del estado físico y mental, el incremento de la higiene y los hábitos saludables, el progreso en el manejo del ocio y del tiempo libre, la mejora de la situación formativa y laboral, el avance en las relaciones familiares, el descenso de la conflictividad, la reducción de actividades antisociales y la disminución en la comisión de delitos y el reingreso en prisión. Estos resultados favorables, confirman que las UTE facilitan la adquisición y el desarrollo de instrumentos, actitudes, habilidades, recursos y aprendizajes que ayudan a mejorar el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral, para afrontar con posibilidades de éxito el tratamiento en libertad y su normalización e integración en la sociedad." (pág. 175). Actualmente funcionan las UTE en 11 prisiones que acogen a 1.150 internos.



2.9. La prevención en grupos de riesgo

En los últimos años se ha ampliado de modo importante la aplicación de los programas preventivos a diferentes grupos de riesgo. Es lo que conocemos como prevención selectiva. Ejemplos de estos programas puede verse en González et al. (2004) y Tolan et al. (2006).

Hay que indicar que un concepto relacionado con la prevención universal en general, y con la selectiva en particular, es el de resiliencia. Esta consiste en la capacidad de recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o de un grave problema, al aparecer un evento estresante para el individuo, como la muerte del padre o madre, un grave accidente, enfermedad, una guerra, pasar hambre, sufrir abusos, etc. Distintos investigadores la conceptúan como la suma de factores individuales, familiares y sociales. En la revisión de Kumpfer y Hopkins (1993) consideran que son siete los factores que componen la resiliencia en los jóvenes: optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoestima, dirección o misión, y determinismo y perseverancia. Estas características estarían asociadas con habilidades de afrontamiento específicas, que adquirirían los niños que desarrollan resiliencia, a través de su interacción con el ambiente. Estas habilidades serían de varios tipos: emocionales, de manejo, interpersonales, sociales, intrapersonales, académicas, de trabajo, de reestructuración, de planificación y habilidades para la vida y de solución de problemas. Lo que tenemos que hacer en estas personas es incrementar su resiliencia para una mejor adaptación. De este modo se reducen los problemas psicopatológicos, entre ellos el del consumo de drogas.

Uno de los programas de prevención de problemas de conducta en grupos de riesgo dirigido a hispanos norteamericanos, es el "Familias Unidas" (Pantin et al., 2006). Es una intervención preventiva específica orientada culturalmente a las familias hispanas de Estados Unidos. Su objetivo es incrementar tres variables que predicen no consumir drogas en adolescentes: la inversión parental, la auto-regulación/control del adolescente y el apego a la escuela por parte del adolescente. Se centra en inmigrantes hispanos, con una cultura y valores distintos a los norteamericanos, que viven en un hogar en el que las figuras parentales no están familiarizadas con los riesgos de sus hijos adolescentes, y que residen en una comunidad pobre.

El programa dura 9 meses. Por ejemplo, el componente de inversión parental consiste en la implicación y liderazgo parental, proporcionando ambientes de apoyo, estructurados, para el desarrollo positivo del joven. Tiene seis componentes: compromiso, grupos de apoyo de padres, visitas a la casa, círculos de discusión padre-hijo, tener un lugar para dar consejo escolar, y actividades supervisadas por iguales. La evaluación del programa muestra mejoras en la inversión parental y en la autorregulación/control de conducta de los adolescentes que los controles.

En España destaca dentro de los programas para grupos de riesgo el "Programa Alfil. Programa para niños y jóvenes de familias con problemas de alcohol" (Díaz, 2004). Se viene aplicando desde hace años a padres alcohólicos y a sus hijos, con la idea de reducir la prevalencia posterior del alcoholismo en sus hijos. Se aplica a partir de los 7 años. Tiene un plan global de intervención, en donde se lleva a cabo la detección precoz de problemas, evaluación de los factores de riesgo y de protección, primeros contactos con la familia, counselling y otras técnicas de apoyo a la familia, intervenciones en la escuela, grupos psicoeducativos para hijos y padres, grupos de apoyo mutuo o autoayuda, psicoterapia individual, en grupo o familiar, y recomendaciones para el abordaje médico-farmacológico. El programa se ha aplicado en distintas comunidades autónomas españolas.



2.10. La prevención en otros grupos sociales o vulnerables

Existen tantos tipos de prevención posibles como tipos de actividades humanas que realizamos. Sin embargo, hay unos ámbitos en los que se aplican programas preventivos específicamente y otros en los que es más difícil hacerlo. De ellos destacan los realizados en los medios de comunicación social, en el ámbito militar, y en centros de reclusión (ej., centros penitenciarios, centros de protección y reforma de menores, campamentos, etc.) (Coombs y Ziedonis, 1995; Sloboda y Bukoski, 2003).

La prevención dentro del ámbito de los medios de comunicación es importante pero sólo realizable desde organismos a nivel estatal o de las comunidades autónomas. Su objetivo es que los medios de comunicación participen en los esfuerzos preventivos proporcionando mensajes objetivos, claros y fiables para crear en su audiencia opiniones preventivas adecuadas y, al tiempo, corrijan falsas creencias, mitos o falacias sobre las drogas en general, el consumo de drogas, los consumidores, los traficantes, etc. Con frecuencia, los medios de comunicación se utilizan como una parte de otro tipo de programas preventivos, como ocurre especialmente en la prevención comunitaria. En este caso sirven de apoyo a la misma y de reforzamiento de las distintas acciones y programas preventivos que se están llevando a cabo.

La prevención en el ámbito militar se ha incrementado en distintos países. Ello viene dado por el aumento del consumo de drogas entre los jóvenes, el ser éstos el grupo predominante en la vida militar, y más cuando en ese país hay servicio militar obligatorio. Pero también hay consumo entre los soldados profesionales. En uno y otro caso va a existir cierto nivel de consumo de drogas.

El consumo de drogas entre los militares no es cero. Resulta difícil obtener datos de muchos países por el tipo de actividad que realizan, sobre todo en un tema tan sensible como es el del consumo de drogas. Precisamente, son los estudios norteamericanos los que nos proporcionan más información por escrito o publicada, aunque conocemos otro tipo de datos no publicados. Se considera que son el estrés, por los despliegues, muchas veces en zonas de combate, o el propio combate, junto a la específica cultura militar, los dos principales factores de riesgo para el consumo (Larson et al, 2012). Aunque el consumo de drogas ilegales es bajo en este colectivo, en cambio el consumo de alcohol y las borracheras son más frecuentes. Cuando están en zonas de combate, sobre todo en el extranjero, es cuando se aplican mayores niveles de control del consumo (NIDA, 2019). También hay que destacar que el consumo de medicamentos, sobre todo analgésicos, ha aumentado en las últimas décadas, como claramente aparece en los estudios norteamericanos.

En este colectivo, otra relación relevante es el desarrollo de distintos trastornos mentales, a veces por la propia situación de combate (ej., trastorno de estrés postraumático o depresión) y el concurrente consumo de drogas (NIDA, 2019). También se ha encontrado relación en este colectivo entre consumo de drogas y suicidio (Ilgen et al., 2016; Jeffirs et al., 2019). Por tanto, en ellos la prevención y el tratamiento es muy necesario, sobre todo cuando hay otro trastorno de salud mental (Institute of Medicine, 2013).

Otro tipo de prevención es el que se realiza en centros de reclusión (ej., centros penitenciarios, centros de protección y reforma de menores, campamentos, etc.). En ellos el consumo de drogas es muy importante y se precisan programas específicos preventivos (prevención selectiva e indicada), como programas formales de tratamiento (ej., programa de mantenimiento con metadona en cárceles).



La prevención tiene una especial relevancia en los centros de protección y reforma de menores. Al ser menores tienen un mayor riesgo de consumo de drogas, o ya las están consumiendo, respecto a los compañeros de su edad que no están en los mismos. Al ser personas vulnerables hacia los consumos de drogas este tipo de programas son imprescindibles y suelen ser una parte de su proceso educativo en dichos centros (Tolan et al., 2006).



Referencias

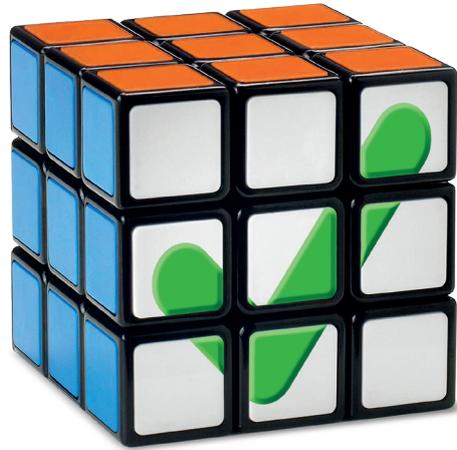
- Alonso, D., Freijo, E. y Freijo, A. (1996). *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Arthur, M.W., Ayers, Ch. D., Graham, K. A. y Hawkins, J. D. (2003). Mobilizing communities to reduce risk for drug abuse: A comparison of two strategies. En Z. Sloboda y W. J. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice* (pp. 129-144). Nueva York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Medina-Mora, M. E., Obot, I., Rehm, J., Reuter, P., Room, R., Rossow, I. y Strang, J. (2018). *Drug policy and the public good (2nd ed.)*. Oxford, RU: Oxford University Press.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., López, A. y Martínez, J. M. (2020). *Cocaína, cannabis y heroína*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J. R. y Secades- Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: A review. *Drug: education, prevention and policy*, 19, 1-10.
- Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. En Z. Sloboda y W. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice* (pp. 45-74). Nueva York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Burkhart, G. (2011). Environmental drug prevention in the EU. Why is it unpopular? *Adicciones*, 23, 87-100.
- Caplan G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Oxford, Reino Unido: Basic Books.
- Caplan, G. y Caplan, R. B. (2000). The future of primary prevention. *Journal of Primary Prevention*, 21, 131-136.
- Calafat, A. (2010). *Prevention interventions in recreational settings*. Bruselas: Council of Europe, Group Pompidou.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2008). Recreational nightlife: Risk and protective factors for drug misuse among young Europeans in recreational environments. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 15, 189-200.
- Calafat, A. y Juan, M. (2017). Prevention in recreational nightlife. En M. Israelashvili y J. L. Romano (Eds.), *The Cambridge handbook of international prevention science* (pp. 207-232). Nueva York, NY: Cambridge University Press.
- Comisión Ejecutiva Confederal de UGT (2011). *Prevención del consumo de alcohol en el lugar de trabajo*. Madrid: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT, Secretaría de Salud Laboral.
- Díaz, R. (2004). *Programa Alfíl*. Valencia: Martín.
- Dunn, M. G., Tarter, R. E., Mezzich, A. C., Vanyukov, M., Kirisci, L. y Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review*, 22, 1063-1090.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. y Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database Systematic Review*. Number CD003020.
- Foxcroft, D. R. (2014a). Can prevention classification be improved by considering the function of prevention? *Prevention Science*, 15, 818-822.
- Foxcroft, D. R. (2014b). "Form ever follows function. This is the law". A prevention taxonomy based on a functional typology. *Adicciones*, 26, 10-14.
- Foxcroft, D. R. (2015). Environmental, developmental and informational interventions: A novel prevention taxonomy to better organize and understand substance misuse prevention. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 1(2), 66-78.
- González, A., Fernández-Hermida, J. R. y Secades, R. (Coord.) (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias.



- Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, *98*, 107-109.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. en J. A. Steinberg y M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. L. (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.
- Ilgen, M., Bohnert, A., Ganoczy, D., Bair, M. J., McCarthy, J. F. y Blow, F. C. (2016). Opioid dose and risk of suicide. *Pain*, *157*, 1079-1084.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for Preventive intervention research. Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders* (P. J. Mrazek y R. J. Haggerty (Eds.)). Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (2013). *Substance use disorders in the US armed forces*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jeffirs, S. M., Jarnecke, A. M., Flanagan, J. C., Flanagan, J. C., Killeen, T. K., ... Back, S. E. (2019). Veterans with PTSD and comorbid substance use disorders: Does single versus poly-substance use disorder affect treatment outcomes? *Drug and Alcohol Dependence*, *199*, 70-75.
- Juan, M., Calafat, A., Duch, M. y Becoña, E. (2014). *Programa Ferya. Familias en red y activas. Programa de empoderamiento familiar para prevenir los riesgos que afectan a los menores*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- Kumpfer, K. L. y Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, *58*, 457-465.
- Larson, M. J., Wooten, N. R., Adams, R. S. y Merrick, E. L. (2012). Military combat deployments and substance use: Review and future directions. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, *12*, 6-27.
- Martínez, D., Zuzulich, M. A., Contreras, L, Cantillano, V., Gysling, K. y Pedrals, N. (Eds.) (2010). *Hasta cuándo hablamos de drogas. Estrategias preventivas en contextos universitarios*. Santiago de Chile, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2019). El consumo de drogas y la vida militar. *DrugFacts*, octubre 2019 (en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-drogas-y-la-vida-militar>).
- O'Connell, M. E., Boat, T. y Warner, K E. (Eds.) (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people. Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academic Press.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA] (2022). *ESPID. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad.
- Pantin, H., Schwartz, S. J., Coatsworth, J. D., Sullivan, S., Briones, E. y Szapocznik, J. (2006). Familias Unidas: A systemic, parent-centered approach to preventing problem behavior in hispanic adolescent. En P. Tolan, J. Szapocznik y S. Sambrano (Eds.), *Preventing youth substance abuse. Science-based programs for children and adolescents* (pp. 211-238). Washington, DC: American Psychological Association
- Pérez-Lozano, M., Arenas, C., Pernas, B., Pedrero, E. J., González, J. L., Aguilar, I...Sanz, J. (2006). *Intervención sobre drogas en centros penitenciarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Rocha, C. y Becoña, E. (2017). Programa Riscos & Desafíos: Eficácia na prevencao do consumo de álcool em estudantes do ensino superior. *Adictologia*, *4*, 16-31.
- Sanz, J. (2010). ¿Hasta qué punto las unidades terapéuticas educativas contribuyen a la reinserción y la rehabilitación de las personas encarceladas? *CDD Boletín*, *175*, 10.



- Spooner, C. y Hall, W. (2002). Preventing drug misuse by young people: We need to do more than 'just say no'. *Addiction*, 97, 478-481.
- Stockwell, T., Gruenewald, P. J., Toumbourou, J. W. y Loxley, W. (Eds.) (2005). *Preventing harmful substance use. The evidence base for policy and practice*. Chichester, Reino Unido: John Wiley and Sons.
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D. y Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: Evidence for effective interventions. *Lancet*, 379, 71-83.
- Tolan, P., Szapocznik, J. y Sambrano, S. (Ed.) (2006). *Preventing youth substance abuse. Science-based programs for children and adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association
- U. S. Preventive Service Task Force (2020). Screening for unhealthy drug use. U. S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 323, 2301-2309.
- Villanueva, V. J., Escribano, M., Isorna, M., Pellicer, J., Alapont, L. y Pellicer, P. (2007). *Programa de apoyo al ámbito familiar. Orientaciones educativas*. Andorra, Teruel: IES Pablo Serrano.
- Voorham, L. y Möhle, M. (Coord.) (2020). *STAD in Europe. Manual para la prevención comunitaria de daños relacionados con el alcohol*. Proyecto STAD. En http://stadineurope.eu/wp/wp-content/uploads/2019/07/SiEmanual_spanish.pdf



CAPÍTULO 4

**El ámbito legislativo en drogas y adicciones:
la prevención ambiental**



1. Introducción

Un nuevo tipo de prevención que ha cobrado mucho auge en los últimos años es la prevención ambiental. Revisiones como las de Steinberg (2008) han mostrado que los adolescentes tienen suficiente información sobre las drogas. Pero aun así muchos las consumen y lo hacen en presencia de iguales en contextos de grupo. Esto hace necesario utilizar otros recursos o estrategias, distintos a la información, o a los clásicos programas preventivos, para lograr que los jóvenes no consuman drogas.

El objetivo de la prevención ambiental es “alterar los ambientes inmediatos culturales, sociales, físicos y económicos en los que las personas hacen sus elecciones sobre el consumo de drogas” (Burkhart, 2011, pág. 89). La prevención ambiental usa, entre otras estrategias, la legislación, los impuestos, restricción en los locales, en la publicidad, en la edad de venta a menores, en el etiquetado, etc. Igualmente, da una gran importancia a reducir la disponibilidad de las sustancias, el número de locales a los que se puede acceder a las mismas, o a los puntos de venta. También se puede aplicar incidiendo en los dueños de los locales, con campañas educativas, formativas, etc.

En los últimos años este tipo de prevención ha cobrado gran interés. En parte es debido a los resultados que se obtienen con los tipos de prevención tradicional (escolar, familiar y comunitaria, como veremos en otros capítulos), por el conocimiento cada vez mayor que tenemos de los factores biológicos, emocionales, psicológicos y sociales en la adolescencia que guían su conducta, en un momento de alta vulnerabilidad para iniciarse en el consumo de drogas. Y, porque tenemos clara evidencia de que estas medidas de control, coercitivas y normativas para impedir o hacer más difícil el consumo de drogas, sean de tipo legal o ilegal, funcionan adecuadamente. O, lo que es lo mismo, son medidas altamente eficaces en prevenir el consumo de drogas. Y ello se debe a que sabemos que con frecuencia el mejor modo de cambiar la conducta es cambiar el contexto donde se lleva a cabo la misma (Stern, 2005).

La prevención ambiental ha mostrado ser claramente efectiva con la utilización de distintas estrategias en el caso del alcohol (Room et al., 2005) y el tabaco (Babor et al., 2010), sobre todo con el Convenio Marco para el control del tabaquismo, pero también ha demostrado serlo con las drogas ilegales (Strang et al., 2012) y con el juego patológico (Sulkinen et al., 2018). También hay que reconocer que una limitación de estas medidas, o una parte de ellas, es que se han implantado en países desarrollados, y no en todos (Onciou et al., 2018), debido a las presiones para que no se pongan en práctica, los intereses de las industrias relacionadas con el consumo, y la dificultad de su implementación por parte de algunos administradores y legisladores o políticos.

Sabemos que facilita mucho el proceso de la prevención ambiental una adecuada información sobre las drogas, a poder ser sanitaria, una estrategia dirigida a la salud, y a preservarla, y asumir que es preciso hacer “cambios” en ciertas creencias sociales o normativas (ej., ha ayudado mucho el lema “fumar mata”, o “si bebes alcohol tu bebé bebe alcohol” en mujeres embarazadas). Con frecuencia hay que cambiar las normas sociales y la percepción sobre las drogas (ej., la incorrección del denominado “porro terapéutico” en vez del real “fumar cannabis incrementa el riesgo de tener una psicosis”).

Ante este nuevo modo de abordar la prevención del consumo de drogas, distintos estados, regiones o comunidades, han ido implantando en los últimos años medidas de control a través de desarrollos normativos. Hoy disponemos de suficiente información sobre el resultado de estas.



2. ¿En qué consiste la prevención ambiental?

En la evolución de la prevención, las intervenciones preventivas del desarrollo tienen como objetivo promover conductas adaptativas, y prevenir conductas desadaptadas centrándose en el desarrollo de habilidades que son claves en la socialización y desarrollo social de comportamientos adecuados. Por ejemplo, las prácticas de control parental, estrategias de manejo del comportamiento por parte del profesor y habilidades para la vida u otros para la vida social normativa. Las intervenciones del desarrollo en prevención tienden a ser implementadas a nivel local, comunitario, organizacional o familiar, y también pueden reflejar objetivos de la política nacional.

Las intervenciones de prevención informativas pretenden aumentar el conocimiento y sensibilización sobre comportamientos de riesgo específicos, a través de la comunicación. Por ejemplo, las campañas en los medios de comunicación de sensibilización o desafío de ideas erróneas sobre drogas. Las intervenciones preventivas informativas se pueden implementar a nivel regional, nacional, local, comunitario, organizacional, familiar e individual. En cambio, las estrategias de prevención ambiental “tienen por objeto cambiar el entorno cultural, social, físico y económico en el que las personas toman sus decisiones sobre el consumo de drogas. Incluyen medidas como la fijación de los precios del alcohol y las prohibiciones de la publicidad y el consumo de tabaco, de cuya eficacia hay pruebas claras. Otras estrategias aspiran a proporcionar entornos escolares protectores, por ejemplo, promoviendo un ambiente de aprendizaje positivo y comprensivo, y enseñando normas y valores de civismo” (OEDYT, 2017, pág. 27). Este avance en el conocimiento, y que hayan demostrado su eficacia, ha llevado a que hoy la prevención ambiental sea otro tipo más de prevención (tabla 4.1).

Tabla 4.1. Tipos de prevención que se consideran en la actualidad (Babor et al., 2018).

	Universal	Selectiva	Indicada
Ambiental	Legislación para prohibir el consumo de drogas.	Controles y acciones selectivas para el tráfico de drogas en barrios de alto riesgo.	Pulseras electrónicas para restringir el movimiento de los individuos.
Desarrollo	Estrategias de manejo de conducta en las clases de la escuela primaria.	Programas de visita a la casa de mujeres embarazadas vulnerables.	Programas de consejo individual con varones adolescentes con problemas de control de impulsos.
Informativa	Campañas en medios de comunicación para crear conciencia de los peligros de las drogas.	Intervenciones informativas orientadas a jóvenes varones en barrios deprimidos con una fuerte cultura de pandillas.	Intervenciones de feedback normativo para individuos que abusan de sustancias.

La prevención ambiental usa, entre otras estrategias, la legislación, como los impuestos, restricción en los locales, en la publicidad, en la edad de venta a menores, en el etiquetado, etc. También da una gran importancia a reducir la disponibilidad de las sustancias, el número de locales a los que se puede acceder, o a los puntos de venta. También se puede aplicar incidiendo en los dueños de los locales, con campañas educativas, formativas, etc.



A pesar de todo lo anterior, no debemos olvidar la resistencia a implantar estas medidas por parte de la industria del tabaco y del alcohol, y de movimientos pro-consumo de drogas. Estos suelen hablar de lo positivo del consumo (placer, bienestar, relajación, etc.) y atacar lo que hay que hacer para controlar dicho consumo, usando palabras peyorativas como ataque a la libertad individual, ataque a la elección personal, medidas represivas, ilegalización, control de mercados, etc. Le dan más peso a la ideología que a la ciencia. Y se olvidan de que la salud es un tema central para la vida y supervivencia y que corresponde a la sociedad proteger a los menores y a los adolescentes, a los más vulnerables. De ahí que hay una importante resistencia en distintos países a poner medidas de prevención ambiental en marcha, a pesar de que son de las más eficaces de las que disponemos (Babor et al., 2018; Strang et al., 2012).

Un informe relevante para el tema que estamos tratando es el que publicó en el año 2017 el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías titulado *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas. Una guía europea* (OEDYT, 2017). En su primer capítulo indica que:

- Las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas en Europa se llevan a cabo en el contexto de los marcos jurídicos y las políticas europeas, nacionales y locales, y estos influyen en la selección y aplicación de las respuestas.
- Las respuestas deben cumplir un conjunto de principios clave, por ejemplo, el respeto de los derechos humanos, incluido el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
- La elaboración y la aplicación de respuestas a los problemas relacionados con las drogas, ya sea a escala europea, nacional, local o individual, incluye tres fases esenciales: a) identificar la naturaleza de los problemas de drogas que deben tratarse; b) seleccionar posibles intervenciones eficaces para abordar estos problemas; y c) aplicar, supervisar y evaluar el impacto de estas intervenciones.
- En cada fase deben tenerse en cuenta muchos factores diferentes.

En relación con la prevención, definen los cuatro tipos que consideran, la ambiental, universal, selectiva e indicada, del modo que indicamos en la tabla 4.2. En relación con las medidas preventivas que sugieren, basándose en la evidencia disponible, éstas las van indicando para las distintas sustancias.

El informe se centra sobre todo en el alcohol, tabaco y cannabis. No tratan el uso indebido de medicamentos, sobre todo aquellos que producen adicción (ej., sedantes, hipnóticos, opioides, etc.).



Tabla 4.2. Definición de prevención ambiental, universal, selectiva e indicada en el informe del OEDYT (2017, pág. 27).

- Las estrategias de *prevención ambiental* tienen por objeto cambiar el entorno cultural, social, físico y económico en el que las personas toman sus decisiones sobre el consumo de drogas. Incluyen medidas como la fijación de los precios del alcohol y las prohibiciones de la publicidad y el consumo de tabaco, de cuya eficacia hay pruebas claras. Otras estrategias aspiran a proporcionar entornos escolares protectores, por ejemplo, promoviendo un ambiente de aprendizaje positivo y comprensivo, y enseñando normas y valores de civismo.
- La *prevención universal* aborda poblaciones enteras, normalmente en contextos escolares y comunitarios, con el objetivo de transmitir a los jóvenes las competencias sociales para evitar o retrasar el inicio del consumo de drogas.
- La *prevención selectiva* interviene en grupos, familias o comunidades específicas, que son más propensos a consumir drogas o a desarrollar una dependencia, a menudo porque tienen pocos vínculos y recursos sociales.
- La *prevención indicada* se centra en individuos con problemas de conducta o psicológicos, que anticipan un mayor riesgo de sufrir problemas de consumo de sustancias más adelante. En la mayoría de los países europeos, la prevención indicada implica principalmente el asesoramiento de jóvenes que consumen sustancias.

Otro aspecto relevante del informe del OEDYT (2017) es su insistencia, como viene haciendo el propio Observatorio Europeo de Drogas y las Toxicomanías, como otros organismos internacionales en los últimos años, y como la investigación nos va mostrando, que hay que prestar una atención especial a las necesidades de grupos concretos en relación con el consumo de drogas, a su prevención y a su tratamiento. Nos referimos a personas mayores, mujeres (ej., embarazadas), migrantes, refugiados y solicitantes de asilo, jóvenes vulnerables, y familias de personas con problemas relacionados con las drogas. En la misma línea, indican que las medidas que se implanten tienen que adaptarse a contextos concretos en los que el consumo de drogas tiene una gran relevancia, como son los centros penitenciarios y el sistema judicial; la vida nocturna, festivales y otros entornos recreativos; el lugar de trabajo; las escuelas y universidades; y, las comunidades locales.

Por su parte el *The Community Guide* norteamericano (<https://www.thecommunityguide.org/>), ha evaluado las intervenciones orientadas a la mejora de la salud y en la prevención de las distintas enfermedades. Incluyen y evalúan las estrategias de prevención ambiental que se han puesto en marcha en Estados Unidos. Es otro buen ejemplo de acciones de prevención ambiental eficaces.

Y, en España, dentro de las propuestas del Plan Nacional sobre Drogas, en la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024), hay un apartado dedicado a la prevención ambiental. Igualmente, distintos planes autonómicos han hecho propuestas sobre prevención ambiental sobre el consumo de drogas. Esto indica la creciente relevancia que ha adquirido la misma en pocos años.

3. ¿A quién va dirigida este tipo de prevención?

La prevención ambiental puede ir dirigida a toda la población (niños, adolescentes y adultos) o a grupos específicos de la misma (ej., niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas mayores, personas de un grupo social concreto, etc.). Igual que con otras normas y leyes que están



aprobadas, pueden abarcar a toda la población o a una parte de ella. En el caso concreto de la prevención ambiental sobre el consumo de drogas, el grupo relevante al que se dirige principalmente es a niños, adolescentes y adultos jóvenes, aunque para su implementación va a abarcar no sólo a éstos sino a múltiples grupos sociales (ej., bares, ocio y tiempo libre, escuela, familia, otros grupos sociales, etc.).

La diferencia de este tipo de prevención con otros es que su puesta en práctica implica la aprobación de normas y leyes restrictivas sobre el consumo de drogas legales e ilegales. De ahí que tiene que haber cierta normativa nacional, otra autonómica desarrollada a partir de la nacional, así como normas locales que desarrollen bien la nacional o la autonómica en función de sus competencias.

Uno de los principales problemas de aprobar leyes restrictivas en relación con el consumo de drogas legales e ilegales es que no suelen coincidir los datos e intereses de la salud (que van luego estar representados por el Ministerio de Sanidad) con los del negocio (representados por distintos ministerios, y sobre todo por el de Hacienda). Lo mismo se ve reflejado a nivel autonómico y local. Por ello, es muy importante aportar datos fiables, consistentes y convincentes de que tomar esas medidas lleva a una mejora social, sobre todo en términos de salud, supervivencia y protección de los más desfavorecidos o indefensos (como los jóvenes), y que de no tomar dichas medidas el coste sanitario, social y personal será mayor para todo el conjunto de la sociedad.

Lo que se ha logrado con el Acuerdo Marco para el control del Tabaquismo, de la Organización Mundial de la Salud, aprobado por Naciones Unidas, es un ejemplo paradigmático que tenemos que seguir en la prevención ambiental. En la tabla 4.3 resumimos sus principales medidas.

A la prevención ambiental, en el caso del consumo de drogas, se oponen varios grupos, como son aquellos interesados en que se mantengan los consumos, o que éstos aumenten. A más venta de cualquier producto más negocio y más beneficio para los que lo hacen. De ahí que, con frecuencia, es difícil poner en práctica las medidas de prevención ambiental, o tardan décadas en implantarse. Lo sabemos por experiencia en el tema del tabaco y el del alcohol, tanto en otros países como en el nuestro.

Tabla 4.3. Principales medidas del Convenio Marco par el Control del Tabaquismo, que se tienen que poner en práctica en todos los países del mundo.

- Incrementar los impuestos de los productos del tabaco.
- Incluir advertencias claras en los paquetes de cigarrillos, y otros productos del tabaco, sobre la incidencia del tabaco en la salud.
- Prohibir toda publicidad del tabaco, promoción del mismo o de otros productos con marca de tabaco.
- Incrementar la información, educación y concienciación de la población sobre las consecuencias del tabaco en la salud.
- Proteger contra la exposición pasiva del humo del tabaco.
- Prohibir la venta de tabaco a menores.
- Potenciar los programas preventivos para que los jóvenes no fumen.
- Facilitar tratamientos para que los que hoy fuman dejen de fumar.
- Eliminar el comercio ilícito del tabaco, como el que se hace a través del contrabando o de otros procedimientos fraudulentos.



4. Medidas de prevención ambiental a poner en práctica

Becoña (2021) ha revisado las distintas medidas de prevención ambiental que se han puesto en práctica en distintos países, junto con su nivel de efectividad, y la viabilidad de ponerlas en práctica en nuestro medio, sea a nivel nacional, autonómico o local. A continuación, las indicamos resumidas para las distintas sustancias y para el juego patológico.

4.1. Medidas de prevención ambiental para la reducción del consumo de alcohol

Disponemos de diversa legislación estatal que regula la venta, consumo y publicidad de las bebidas alcohólicas (puede verse en la página web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas). Son relevantes las conclusiones de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas, sobre “Menores sin Alcohol” (Ponencia Congreso Senado, 2018), en la que proponían diversas medidas de prevención ambiental, y que están pendientes de desarrollar. Igualmente, distintas comunidades autónomas han legislado sobre el consumo de alcohol para aumentar el control de su consumo. Lo mismo han hecho diversos ayuntamientos a través de ordenanzas específicas. Y varias sociedades científicas han elaborado informes sobre cómo reducir el consumo de alcohol y mejorar la salud de la población, muchas de ellas medidas de prevención ambiental.

Las medidas eficaces de prevención ambiental para reducir el consumo de alcohol son:

1. *Prohibición de la publicidad de las bebidas alcohólicas.* Esta medida es muy eficaz, sobre todo cuando se prohíbe el consumo en lugares públicos (ej., transporte público, establecimientos de venta de alcohol, centros educativos, vallas publicitarias, etc.), en los medios de comunicación de masas (periódicos, revistas, radio, televisión, redes sociales, etc.); prohibir la publicidad indirecta, o encubierta, del alcohol en todos sus medios (publicidad indirecta, financiación de eventos, venta de productos con la misma marca, bebidas 0.0, etc.); prohibir la publicidad o promoción que facilita el mayor consumo de alcohol (ej., promociones 2 x 1, horas felices, etc.) (Costello et al., 2012).
2. *Incrementar los impuestos sobre el alcohol.* Esta medida es muy eficaz, sobre todo cuando el incremento está por encima del IPC, cuando hay un precio mínimo para el alcohol, o se facilita que haya bebidas sin alcohol más baratas (Ramírez y Jernigan, 2017).
3. *Regulación de la venta de alcohol.* Ha mostrado ser eficaz subir la edad mínima para beber alcohol a los 21 años. También regular la venta de alcohol, como controlar los puntos de venta de alcohol, eliminar la venta ilegal de alcohol, regular las tiendas de 24 horas, controlar el acceso de los menores a locales de venta de alcohol; medidas estrictas sobre la elaboración de alcohol; prohibir la venta de alcohol fuera de los lugares habilitados; regular y controlar la venta de alcohol; otras medidas relacionadas con el consumo (ej., tipo de vasos, música, etc.); prohibir consumir alcohol y drogas, así como su venta, en las escuelas, institutos y universidades (Babor et al., 2010; McCartt et al., 2010).
4. *Reducir el número de locales en los que se vende alcohol.* Es una medida eficaz, pero sobre la que hay fuerte resistencia a implantarla. Por la ley de la oferta y la demanda, a mayor exposición mayor posibilidad de consumo (Hughes et al., 2011).
5. *Incrementar los lugares donde se prohíbe el consumo.* Sobre todo, en la vía pública, como calles, parques públicos, plazas, etc.; prohibición de consumir y vender bebidas alcohólicas en



- recintos escolares; prohibición de consumir alcohol y vender alcohol en los lugares de trabajo (Babor et al., 2010).
6. *Restricciones de la promoción, venta y consumo de alcohol en eventos públicos.* Este es uno de los lugares en donde se consume más alcohol y a donde más acuden jóvenes. Se ha mostrado eficaz establecer áreas libres de alcohol; tener carteles bien visibles indicando la prohibición de beber a menores; controlar la edad de acceso a la compra (18 o más años) y un sistema sancionador por su incumplimiento; sancionar a los camareros que vendan alcohol a personas embriagadas; llamar a los servicios de seguridad o de urgencias cuando se detecta una persona embriagada; prohibir beber alcohol fuera del recinto habilitado para ello (ej., aparcamiento, cerca del evento o a sus puertas); no permitir la venta de bebidas de gran tamaño (ej., de litro) en eventos públicos; dejar de servir alcohol una hora antes del cierre; acceso a agua y refrescos a buen precio; y, lugares de dispensación de agua gratuita (Toomey et al., 2006).
 7. *Advertencias en el envase de las bebidas.* Proporcionar información sobre las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol y mensajes de salud a personas de riesgo (ej., sobre todo jóvenes y mujeres embarazadas) (Anderson et al., 2012).
 8. *Regular el consumo de alcohol en vía pública:* regulación más restrictiva; hacer controles rutinarios de alcoholemias en la vía pública; potenciar el ocio y la diversión sana sin alcohol; restringir el consumo de alcohol en acontecimientos masivos (ej., conciertos, acontecimientos deportivos); multas y medidas alternativas para los que consumen alcohol en la vía pública; publicitación de la normativa legal en vigor; y, control y erradicación del botellón (Fell et al., 2008).
 9. *Tráfico y conducción.* Dada la relación entre consumo excesivo de alcohol y accidentes de tráfico se precisa poner en práctica medidas más restrictivas, como disminuir el nivel mínimo de alcohol en sangre a 0.08 gr/l; incrementar las pruebas de alcoholemia aleatorias; introducir el alcoholímetro en todos los coches; tener un adecuado sistema de reeducación sobre el alcohol para retirar las multas o reducir la sanción; en personas vulnerables o reincidentes en las sanciones, derivarlos a dispositivos preventivos o a centros de tratamiento; bloqueadores de arranque del motor si ha bebido alcohol por encima de lo permitido; y, mejorar el transporte gratuito para los jóvenes que salen a divertirse. Estas medidas son muy eficaces (Cavazos-Rehg et al., 2012).
 10. *Ocio y diversión saludables.* Potenciar el ocio saludable sin alcohol; desnormalizar la borrachera y el consumo excesivo de alcohol en el ocio y diversión; potenciar las bebidas sin alcohol; prestar una atención especial al botellón, cara a su erradicación; tener un claro sistema sancionador por las borracheras, orinar en la calle, tirar desperdicios debido al consumo en vía pública, etc. (Fell et al., 2018).
 11. *Industria del alcohol y dispensadores de alcohol.* La industria del alcohol debe tener un papel importante en las medidas de control del consumo excesivo de alcohol y de que los consumos de alcohol no sean de riesgo. De ahí la necesidad de programas específicos de concienciación, para elaboradores, distribuidores y, sobre todo, vendedores y dispensadores directos de alcohol. Igualmente, hacerles partícipes de la necesidad de ciertas medidas (ej., reducir puntos de venta o dispensación, edad mínima de consumo, etc.) para promover y preservar la salud pública (Babor et al., 2010).
 12. *Mejorar el sistema sancionador.* Las medidas anteriores son eficaces con un régimen de inspección y sancionador eficiente (WHO, 2019).
 13. *Campañas informativas orientadas al conocimiento de la normativa por parte de la población y su continua mejora.* Es una medida necesaria para complementar varias de las anteriores (Be-coña, 2002).
 14. *Potenciar los programas preventivos.* Las medidas de prevención ambiental deben coordinarse con programas preventivos específicos para el alcohol a nivel escolar, familiar, prevención



selectiva e indicada, prevención en el lugar de trabajo y detección en las escuelas de las personas en riesgo con el alcohol (Foxcroft y Tsetsvadze, 2011).

15. *Facilitar los programas de screening y de tratamiento*, sobre todo para las personas con problemas con el abuso o la dependencia del alcohol (Rehm et al., 2016).
16. *Potenciar la investigación* cara a la mejor toma de decisiones en cada momento (Eriksson et al., 2011).
17. Coordinación de las medidas anteriores entre administraciones y entre los distintos organismos de cada administración.

4.2. Medidas de prevención ambiental para el control y erradicación del botellón

En España, desde hace años, tenemos un importante problema con el consumo de alcohol, y sus efectos asociados, en lo que se conoce como “botellón”.

Las medidas de prevención ambiental para reducir el botellón son las siguientes:

- a) *Como medida general*: cambio de la legislación estatal, autonómica y local sobre el botellón. Esta medida debe coordinarse con la general sobre el consumo de alcohol en menores.
- b) *Como medidas específicas*, varias que se relacionan con lo ya comentado sobre el alcohol, y que son eficaces:

1. Prohibir la publicidad directa vinculada al botellón (ej., en pasquines, carteles, etc.). Esta es una medida sumamente eficaz.
2. Prohibir la publicidad indirecta vinculada al botellón.
3. Control de acceso de los menores a los locales donde venden alcohol (bares, supermercados, tiendas 24 horas, etc.).
4. Control de locales que venden alcohol fuera de horario para evitar su compra por parte de los menores (ej., gasolineras, locales 24 horas, etc.).
5. Control aleatorio del cumplimiento de la normativa en los puntos de venta de alcohol.
6. Vigilar los locales que abren para vender predominantemente alcohol a menores cerca de los lugares donde se hace botellón.
7. Control aleatorio en parques, jardines, etc., sobre si los menores están bebiendo alcohol, lo hayan comprado o lo hayan traído de casa.
8. Controlar la música ruidosa, el ruido, los orines, etc., en lugares en donde se hace botellón, por no adecuarse tales comportamientos a las normativas locales en vigor.
9. Facilitar locales, lugares, recintos, etc., en donde los jóvenes puedan tocar música, escuchar música o ver a grupos musicales, sin que haya consumo de alcohol.
10. Dar la palabra a los vecinos en torno a donde se hace botellón para que colaboren activa y racionalmente cara a su erradicación.
11. Multas por consumir alcohol en la calle, orinar en la calle, tirar desperdicios, rotura de mobiliario urbano, en torno a donde se hace botellón.
12. Prohibir el consumo de alcohol en lugares públicos a ciertas horas de la noche.
13. Permitir áreas de ocio y diversión nocturnas sin alcohol (áreas libres de alcohol).
14. Vallar recintos en donde se hace botellón, para que deje de hacerse, en caso de que las Comunidades Autónomas o el municipio tenga competencias sobre ellos o sean de su propiedad. En caso de recintos privados instaurar vigilancia para que no se haga botellón.
15. Controles sistemáticos de alcoholemia en los conductores de vehículos en torno a donde se hace botellón.



16. Facilitar transporte público cuando se hace botellón en lugares alejados para prevenir otros problemas (ej., accidentes de tráfico, abusos sexuales, agresiones, comas etílicos, etc.).
17. Carteles informativos indicando la prohibición de beber alcohol por parte de menores en parques, jardines, plazas, etc., ni de hacer botellón.
18. Información a la población de que el botellón es un problema de salud pública, no de diversión.
19. Usar la mala imagen que da el botellón a la ciudad para lograr cambios en la forma de ver el mismo.
20. En los casos de reincidencia continua de los menores, a nivel de multas e incumplimiento, implantar programas educativos y sociales para ellos.
21. Concienciar a los padres de la labor educativa y de crianza que tienen hacia sus hijos menores de edad y su responsabilidad legal ante los actos que ellos realizan.
22. Derivar a los menores de edad o adultos jóvenes con problemas con el alcohol a centros de tratamiento.
23. Detección de los menores con consumos problemáticos de alcohol en los centros escolares, servicios de urgencias, pediatría, etc.
24. Hacer saber, de modo claro, a la industria del alcohol de su responsabilidad en la venta de alcohol para el botellón, cuando así es el caso, y su implicación directa o indirecta en el mismo.
25. Hacer estudios sobre las consecuencias negativas del botellón en la salud física, salud mental, rendimiento académico, consumo de otras drogas, etc.
26. Estar atentos a la contra-prevención en el tema del botellón.
27. Coordinar estas medidas con otras en relación con el consumo de alcohol en adultos, venta y consumo de cannabis, problemas personales, fracaso escolar, inasistencia a la escuela en menores y abandono escolar.
28. Contraponer los posibles beneficios del botellón en los jóvenes a las consecuencias negativas que produce (ej., accidentes de tráfico, traumatismos y lesiones, abandono escolar, enfermedades de transmisión sexual, abusos sexuales, etc.).

4.3. Medidas de prevención ambiental para el consumo de tabaco

Fumar es la primera causa evitable de mortalidad y morbilidad en el mundo (USDHHS, 2014, 2020). Se estima que el consumo de tabaco es el responsable de 8 millones de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en el año 2030 (datos la OMS, ver www.who.int). El tabaco explica hoy el 27% de todas las muertes en varones y un 6% de las muertes de mujeres en Europa (Martín-Moreno et al., 2008). En España, la mortalidad atribuible al consumo de tabaco es muy elevada. Hasta 2010 se consideraba que producía 58.573 muertes al año, lo que representa el 16,15% de todos los fallecimientos (Hernández-García et al., 2010). Los últimos datos disponibles (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017) apuntan una media de 51.870 muertos al año en el periodo 2010-2014. Ello es debido a que desde hace años viene descendiendo el número de fumadores y, con ello, la mortalidad asociada a su consumo. Además, el consumo de tabaco está asociado con la producción de 35 enfermedades (Doll et al., 2004).

Hoy está claro lo que se ha conseguido con el tabaco y su control en las últimas dos décadas. Es la guía a seguir en el caso del alcohol, y en parte con las drogas ilegales. Todo ello ha sido gracias a la aprobación del Convenio Marco para el control del Tabaquismo de la Organización Mundial de la Salud, aprobado por Naciones Unidas, y que como tal se aplica en todos los países del mundo. Con ello se ha dado un salto cualitativo en el control del consumo de tabaco, al poner en práctica toda una serie de medidas que llevan claramente a la reducción del consumo y a la mejora de la salud de toda la población. Este Convenio Marco obligó a los países a sacar leyes para hacerlo cumplir.



En España salió la primera ley en 2005 (Ley 28/2005), la cual fue ampliada en otra posterior en 2010 (Ley 42/2010) y todavía falta algún elemento adicional para mejorar las dos ya en vigor.

Las medidas de prevención ambiental eficaces para reducir el consumo de tabaco son (ver Becoña, 2021):

1. *Incrementar el precio del tabaco.* Es una de las medidas más eficaces de que disponemos. El informe del Banco Mundial sobre el tema indica que el incremento del precio en un 10% produce una disminución en el consumo del 4% (Jha et al., 2010).
2. *Reducir los lugares públicos de consumo de tabaco (ej., estadios de fútbol, concentraciones de personas al aire libre, etc.).* Es una de las medidas que más se está aplicando, por su eficacia. Si no hay sitios en donde se puede fumar se reduce tanto el consumo, como aumenta la conciencia social sobre el problema y, con ello, el número de personas que dejan de fumar (Anyanwu et al., 2016).
3. *Mejorar la protección de los niños y adolescentes ante el tabaco,* prohibiendo fumar en lugares en donde hay niños (ej., coche, parques infantiles, aire libre, etc.). Aunque ello debiera ser lo lógico a hacer, para proteger a los más débiles, los niños y adolescentes, no siempre se ha hecho, a veces con la idea de que empiecen a fumar prematuramente. De ahí que se lleva años poniendo en marcha medidas para que esto no ocurra, mostrando claramente su eficacia (Precioso et al., 2017).
4. *Prohibir fumar en los alrededores de los centros de salud y de los hospitales.* Lo centros de salud y hospitales deben tener un papel ejemplar para que las personas no fumen. De ahí la necesidad de prohibir que se fume en ellos, como ya está prohibido, y de igual modo en su alrededor (Steliga, 2018).
5. *Prohibir fumar en los alrededores de los centros docentes, especialmente en su entrada.* Como ya ocurre dentro de los centros de salud y hospitales, hay que conseguir que no se pueda fumar en los centros escolares, como ya no lo permite la actual normativa, pero hay que aplicarla a su alrededor, sobre todo en torno a su entrada (Chu et al., 2018).
6. *Tener el envasado genérico de los cigarrillos.* Esta medida consistiría en que todos los paquetes de cigarrillos fuesen iguales, con un lugar anecdótico para la marca y con pocos indicios para diferenciar unas marcas de otras. Ello permite eliminar la publicidad directa e indirecta de las marcas de cigarrillos. La industria se opone a ello, pero diversos países lo han implantado (OMS, 2017).
7. *Prohibir y sancionar el uso de las redes sociales para anunciar directa o indirectamente tabaco por personas financiadas por la industria del tabaco.* Cada vez se hace más publicidad de todo tipo en las redes sociales. La del tabaco también. Y no directa, sino indirecta a través de *influencers*, opiniones, estados de opinión, etc. (Kong et al., 2019). Es un nuevo modo de hacer publicidad y promoción que hay que eliminar, dado que la publicidad directa está prohibida.
8. *Monitorizar y desenmascarar las tretas de la industria tabaquera hacia los jóvenes (ej., el tabaco de liar como bueno y natural, los cigarrillos electrónicos son sanos, nuevas formas de fumar como más seguras).* La industria del tabaco lleva décadas convenciendo a los potenciales clientes de las bondades del tabaco. Hoy como ayer usan estrategias y falsas creencias sobre su consumo (Jawad et al., 2018). De ahí la necesidad de monitorizar y desenmascarar sus tretas (Joossens et al., 2014).
9. *Reducir los puntos de venta de tabaco.* Esta es una de las medidas más eficaces para reducir el consumo (Monshouwer et al., 2014), pero también una de las más difíciles de poner en práctica, pero que cuando se hace reduce su consumo (USDHHS, 2014).
10. *Campañas informativas sobre tabaco y salud, mantenidas en el tiempo.* Se precisa mantener en el tiempo, junto a todas las medidas anteriormente indicadas, campañas informativas por



- parte de los organismos de salud, indicando las consecuencias negativas del tabaco en la salud, y otras adicionales (ej., problemas de deforestación, contaminación, etc.) (WHO, 2020).
11. *Incrementar los programas preventivos en la escuela en relación con el consumo de tabaco.* La prevención funciona adecuadamente en el contexto escolar para reducir el consumo de tabaco. De ahí la necesidad de mantener este tipo de acciones en el tiempo dirigidas a niños y adolescentes (Duncan et al., 2018).
 12. *Incidir en el colectivo médico por su papel ejemplar.* Desde hace décadas conocemos el papel ejemplar de los médicos en relación con el tabaco (Doll et al., 2005). De ahí la relevancia de implicarlos cada vez más, como así vienen haciendo, en animar a todo paciente fumador a que deje de fumar, a prestarles ayuda y a monitorizarles a lo largo del tiempo.
 13. *Potenciar los programas de deshabituación tabáquica.* Los programas de deshabituación tabáquica son eficaces en ayudar a los fumadores a dejar de fumar (Becoña, 2006, 2019). Por ello, deben potenciarse, junto al resto de medidas anteriores, para disminuir el consumo. Tener normas y leyes claras para que así se pueda hacer ayuda al descenso del número de fumadores en una población (Stead et al., 2013).
 14. *Perseguir el contrabando de tabaco y el mercado ilícito de tabaco.* Es una de las medidas que se vienen poniendo en práctica desde hace décadas con un alto nivel de eficacia (Ross et al., 2015). Esta medida, junto a otras, facilita la reducción del número de fumadores en la población (Villalbí et al., 2019).
 15. *Mejorar el sistema sancionador, para lograr el adecuado cumplimiento de las medidas anteriores.* Todo sistema sancionador es mejorable. De ahí la necesidad de monitorizar la eficacia de las medidas, mantener las que funcionan, y cambiar aquellas que precisan ajustes.

4.4. Medidas de prevención ambiental en drogas ilegales

El consumo de drogas ilegales (cannabis, cocaína, heroína, drogas de síntesis, LSD, etc.) se ha convertido en un grave problema social, que abarca al individuo, la familia, la salud, la economía, el orden público, entre otros.

Las medidas de prevención ambiental eficaces para reducir el consumo de drogas ilegales son (Becoña, 2021):

1. *Medidas que reduzcan la venta y tráfico de drogas* (ej., mejorar la actuación policial cara al narcotráfico, evitar el blanqueo de capitales del narcotráfico, erradicación de los centros de transformación de drogas, etc.) (Babor et al., 2018).
2. *Medidas legales*, tanto relacionadas con el conocimiento de lo que implica el consumo y tráfico de drogas, como el control específico en torno a institutos, lugares de diversión, responsabilidad de los padres, etc. (UNODC, 2019).
3. *Ocio y diversión.* Deben ponerse en práctica medidas de mayor vigilancia y control sobre el consumo en los lugares de diversión; favorecer y potenciar una diversión sana sin alcohol ni drogas; potenciar programas de ocio alternativo eficaces; favorecer lugares de diversión para los jóvenes donde sea más difícil consumir drogas; control de drogas cuando ha habido peleas, actos violentos, agresiones, etc.; y, regular las fiestas de adolescentes (Bolier et al., 2011).
4. *Tráfico y conducción.* Medidas de control y disuasorias para reducir el consumo de drogas en la conducción a través de controles y sanciones (Villalbí y Pérez, 2006).
5. *Familia.* Entrenar a los padres en la detección temprana de problemas de salud mental de sus hijos; programas para padres con problemas de salud mental; fomentar la resiliencia en la familia, en la escuela y en la sociedad, así como potenciar los valores sociales de salud,



saludables y de supervivencia; potenciar la estructura familiar y otras redes sociales; reducir el estrés social en la familia; y, entrenar a los padres para que sus hijos incrementen su autocontrol (Ray et al., 2007).

6. *Escuela e institutos*. Poner en práctica medidas de control del consumo de drogas y del tráfico; política de centro escolar saludable; fomentar valores sociales sanos y saludables; entrenarlos en incrementar el autocontrol, etc. (Warren, 2016).
7. *Sociales*. Mejorar aspectos gratificantes en el medio del individuo (habilidades, transporte, diversión, posibilidades laborales, económicas y sociales), poner los medios para que los jóvenes cumplan sus metas sociales (estudio, trabajo, pareja, vivienda, ocio y tiempo libre); reducir el consumo de psicofármacos; y, apoyo y entrenamiento de las personas para lograr una mejor estabilidad afectiva, emocional y familiar en las personas, en las parejas y en las familias (Patel et al., 2018).
8. *Campañas informativas para toda la población*, para que conozcan la normativa legal sobre el consumo de drogas; información, educación y concienciación sobre las consecuencias negativas del consumo de drogas; conocimiento de las consecuencias negativas en la salud física y mental, etc. (Wakefield, 2010).
9. *Programas preventivos* en la escuela, familia, jóvenes consumidores, hijos de padres consumidores de drogas y padres que tienen hijos consumidores de drogas (MacArthur et al., 2018).
10. *Programas de screening y de tratamiento* para los nuevos consumidores (en la escuela, centros de salud, servicios de urgencias, etc.) (Becoña, 2019).
11. *Investigación sobre los distintos aspectos de las drogas ilegales*.
12. *Coordinación de las medidas anteriores* entre administraciones y entre los distintos organismos de cada administración.

4.5. Medidas de prevención ambiental en el consumo de cannabis

El consumo de cannabis (marihuana o hachís) es hoy la droga ilegal más consumida en el mundo. Su consumo está adquiriendo características epidémicas.

Las medidas de prevención ambiental eficaces para reducir el consumo de cannabis son:

1. *Publicidad*. Se está haciendo publicidad directa e indirecta del cannabis. Es preciso regularla en las revistas pro-cannabis, la venta de sus semillas en establecimientos, y otros objetos para su cultivo, así como los clubs cannábicos, evitando los subterfugios legales (Orenstein y Glantz, 2019).
2. *Venta y tráfico de cannabis*. Como droga ilegal se debe perseguir su venta y tráfico como las otras drogas, de acuerdo con la actual legislación vigente (Babor et al., 2018).
3. *Mejorar el régimen sancionador* para los consumidores de cannabis en vía pública (UNODC, 2019).
4. *Nuevas medidas legales* para reducir el consumo de cannabis (ej., conocimiento de las normas legales sobre el cannabis, medidas alternativas al encarcelamiento a los consumidores o pequeños traficantes, control de la venta en torno a los institutos, etc.) (Babor et al., 2018).
5. *Ocio y diversión*. Dado el alto consumo de cannabis en el ocio y la diversión se precisa una mayor vigilancia y control en esos lugares; favorecer y potenciar una diversión sana sin alcohol ni drogas; potenciar programas de ocio alternativo eficaces; control del consumo de drogas cuando en ese lugar son frecuentes peleas, actos violentos, agresiones, etc.; regular las fiestas de adolescentes (Costello et al., 2012).
6. *Tráfico y conducción*. Incrementar el número de controles aleatorios en conductores sobre el consumo de cannabis; incrementar las sanciones a los conductores que circulan habiendo consumido cannabis; inmovilización del vehículo en conductores consumidores de cannabis;



- retirada de carnet de conducir en consumidores de cannabis cuando tienen accidentes de tráfico; y, reeducación por los puntos de carnet perdidos por consumo de cannabis (Carpentier et al., 2012).
7. *Escuela e institutos*. Incrementar los controles del consumo y del tráfico de cannabis y otras drogas en el centro; política de un centro escolar saludable; educación de los profesores sobre el cannabis y otras drogas; y, aplicar sistemáticamente programas preventivos. (Faggiano et al., 2014). También en la universidad (Rocha et al., 2018).
 8. *Auto-cultivadores de cannabis*. Por la relevancia que tienen éstos cara al consumo se precisa un seguimiento minucioso de los mismos, regular y aplicar las sanciones administrativas y legales en función del cultivo ilegal aprehendido; control y seguimiento de los congresos pro-consumo de cannabis; mejorar en los auto-cultivadores la educación, prevención y tratamiento; y, hacer frente a la contra-prevención y a los intereses subyacentes al negocio del cannabis y de los auto-cultivadores (Becoña et al., 2020).
 9. *Campañas informativas* sobre el cannabis y sus efectos negativos en la salud para la población y los jóvenes; campañas para desnormalizar el consumo de cannabis; y, hacer frente a la contra-prevención, contra-información y banalización del consumo, así como desenmascarar a los grupos pro-cannabis y sus intereses (Pradhan et al., 2019).
 10. *Programas preventivos* en la escuela, la familia y para los que ya consumen (MacArthur et al., 2018).
 11. *Programas de screening y de tratamiento* para los que han empezado a consumir o ya son consumidores, sobre todo para los más jóvenes o que están escolarizados (Becoña, 2016; Becoña et al., 2020).
 12. *Investigación* sobre el cannabis para incrementar el conocimiento y la mejor toma de decisiones objetivas sobre el consumo de cannabis; para contrarrestar la estrategia de bloqueo de la contra-prevención; para aumentar el número de personas, investigadores y profesionales implicadas en la salud (Galván et al., 2017).
 13. Coordinación de las medidas entre las distintas administraciones y dentro de cada administración.

4.6. Medidas de prevención ambiental en los juegos de azar, apuestas deportivas y la prevención del juego excesivo y del juego patológico

El juego patológico se ha convertido en un importante problema sanitario y social en España en las últimas décadas. El mismo está producido por los juegos de azar y por las apuestas deportivas.

El juego de azar se legalizó en España a finales de los años 70, surgiendo con fuerza en los años 80 hasta hoy. Hace pocos años surgió el juego online y, recientemente, los locales de apuestas deportivas.

Las medidas de prevención ambiental eficaces en los juegos de azar y en las apuestas deportivas son:

1. *Regular el número de establecimientos de juego y apuestas*. Se debe regular el número máximo de casinos, bingos, locales de juegos de azar o apuestas. La mayor difusión del juego, o el descontrol en el número de locales, incrementa el gasto en juego, el tiempo dedicado al juego, y los problemas de juego en una sociedad (St-Pierre et al., 2014)
2. *Regular el número de máquinas de juego o de apuestas*. Las máquinas recreativas con premio, las conocidas como máquinas tragaperras, son muy adictivas, y hay un enorme número de ellas en España. A menor número de máquinas, menor juego y menos problemas de juego (Sulkunen et al., 2019).
3. *Prohibición de la publicidad del juego*. Debe prohibirse toda publicidad de juego, sea cual sea el juego, sea publicidad directa (ej., en TV, prensa, redes sociales) como indirecta (ej., a través de



influencers, asociada a deportistas o famosos). La mayoría de la publicidad actual va dirigida a niños y adolescentes para hacer nuevos clientes (Monaghan et al., 2008). Una parte de ellos se hacen adictos.

4. *Regulación del acceso al juego*. Cuanto mayor es la edad de acceso al juego menos juega esa persona. Deben tomarse medidas estrictas en que los menores no puedan acceder a los lugares de juego ni a que puedan jugar (Nowak y Aloe, 2018).
5. *Cantidad apostada, impuestos sobre el juego y pago de premios*. Debe regularse el modo de jugar, en relación con la cantidad apostada, modo de apostar, impuestos sobre el juego y pago de premios para hacer menos atractivo el juego (Sulkunen et al., 2019).
6. *Cambios en la forma del juego y en dar los premios en ese juego*. Se debe hacer menos adictivo el juego y dar los grandes premios en varias partes a lo largo del tiempo (en varios años). Con ello reduciríamos el poder adictivo del juego de azar (Sulkunen et al., 2019).
7. *Advertencias sobre los problemas de juego en los locales de juego y apuestas*. Deben ponerse en las máquinas o locales de juego. Y también debe indicarse en las mismas donde pueden pedir ayuda si la precisan (Sulkunen et al., 2019).
8. *Edad de acceso a los locales de juego o a las máquinas de juego o de apuestas*. Si se sube la edad de acceder a los locales de juego disminuyen los problemas de juego. De ahí que debe subirse la edad para poder jugar por encima de los 18 años (Gainsbury et al., 2014).
9. *Auto-prohibición de acceso a los locales de juego o de apuestas* en las personas que tienen problemas de juego, facilitándoles hacerlo fácilmente (Motka et al., 2018).
10. *Incrementar el régimen sancionador del incumplimiento de la normativa en vigor* (Becoña y Becoña, 2018).
11. *Realizar campañas informativas sistemáticas* sobre las negativas consecuencias del juego, dirigidas sobre todo a los jóvenes y a los padres (Williams et al., 2007).
12. *Poner en práctica programas preventivos* sobre el juego en la escuela, familia, lugares de trabajo y sociedad en general (Keen et al., 2017).
13. *Facilitar los programas de screening y de tratamiento* para los jugadores con problemas de juego (Becoña, 2016).
14. *Potenciar la investigación* sobre el juego y sus efectos negativos en la salud física y mental, así como en la esfera familiar, laboral y legal (Shaffer et al., 2017).
15. *Coordinación* de las medidas entre las distintas administraciones y dentro de una misma administración.

5. Efectividad de las medidas de prevención ambiental

En las páginas anteriores hemos ido indicando el nivel de eficacia de las distintas medidas de prevención ambiental para las distintas adicciones, tanto relacionadas con el consumo de drogas, como con el juego patológico. Un análisis más amplio justificativo de ello puede verse en Becoña (2021).

6 Guía de buenas prácticas para la prevención ambiental

Como el objetivo de este manual es que la persona que trabaja en el campo preventivo pueda hacer adecuadamente el mismo, con criterios de calidad, buen conocimiento del campo, y que su trabajo preventivo llegue al mayor número de personas, a continuación indicamos la guía de buenas prácticas que tenemos que tener en cuenta para implantar medidas específicas de prevención ambiental en el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, así como en las conductas de los juegos de azar, y en cualquier otro tipo de conducta que tenga poder adictivo (ej.,



videojuegos) o que lo puedan tener en el futuro. Para ello, tenemos que seguir una serie de pasos que se indican a continuación.

6.1. *Que el técnico preventivo, profesional sanitario, profesional del campo social, grupo de personas afectadas o colectivo social, vea la necesidad de tomar medidas ante un problema que se está presentando en la actualidad y que precisa erradicarse, reducirse o controlarse*

Lo que estamos analizando en este manual es la problemática causada por el consumo de drogas, o de otras adicciones, y las medidas de tipo preventivo que se pueden poner en marcha para controlarlo o erradicarlo. Cuando hablamos de un problema lo observamos en las personas afectadas, lo que detectaremos en el campo sanitario, educativo, social, familiar, orden público, penal, etc. En nuestro caso es claro que el consumo de drogas no es inocuo, como hemos visto en los primeros capítulos

Si hay una demanda social se precisa dar una respuesta a la misma. Esta solución puede ser de distintos tipos, como informativa, educativa, preventiva, sanitaria, normativa, etc. En nuestro caso, dada la evidencia de que disponemos para controlar distintos aspectos del consumo de drogas u otras conductas adictivas, propondríamos el desarrollo de ciertas leyes y normas para reducir, controlar o erradicar el problema de consumo de drogas.

6.2 *Convencer a los responsables políticos o administrativos y/o legislativos de la necesidad de poner en marcha acciones de prevención ambiental para un consumo concreto de drogas u otras adicciones*

Una vez que un grupo social concreto, un grupo de profesionales, u otros colectivos, tienen claro que hay que tomar medidas para controlar un problema (ej., el botellón en una ciudad mediana, debido a los problemas causados por la suciedad, accidentes de tráfico y peleas), el siguiente paso a dar es hacer llegar la demanda de solución del problema a quién tiene competencias para hacerlo. En nuestro caso son los responsables políticos o administrativos. Hay que convencerlos para que tomen medidas. Sabemos que esto no es fácil. Implica tomar decisiones que van a satisfacer a unos, pero seguramente incomodar a otros. Esto lo vivimos frecuentemente cuando se intenta regular el consumo de alcohol. El que se muevan más en un sentido u otro va a depender de la presión profesional y social, de los medios de comunicación, de la conciencia social, de los valores sociales y del ruido mediático que a veces producen ciertos acontecimientos (ej., niña de 14 años que muere por sobredosis de alcohol).

Si se consigue lo anterior, que es ya un gran avance, hay que dar otro no menos relevante: convencer al legislador de la necesidad de poner en marcha acciones de prevención ambiental para un consumo concreto de drogas u otras adicciones. El camino está facilitado si hay una clara conciencia profesional y social, y si los responsables políticos están dispuestos a hacerlo. Esto no siempre se hace con grandes leyes. Nuestro sistema normativo, muy amplio y variado, permite tomar muchas medidas si así se quiere hacer, tanto a nivel nacional, como autonómico y local. Ejemplos claros han sido, a nivel nacional, el control de las alcoholemias por parte de la Dirección General de Tráfico para reducir la mortalidad en la carretera por el consumo de alcohol y drogas, con controles de alcoholemia y drogas; a nivel autonómico, algunas leyes autonómicas de drogas, desarrollando las nacionales, con un buen sistema sancionador, y a veces muy innovadoras, haciendo cumplir estrictamente lo que en ella se dice; y a nivel municipal, distintos ejemplos de



municipios en los que han desarrollado bandos o normas municipales eficaces (ej., para el control del botellón o el consumo de alcohol en vía pública).

6.3. Justificar empíricamente la necesidad de dicho desarrollo legislativo, junto con experiencias semejantes que ya existen de regulación, y los beneficios que se obtendrían a nivel de salud, calidad de vida, económicos, etc.

Cuando hay voluntad de hacer un cambio normativo éste tiene que venir asentado por datos lo suficientemente consistente para que se pueda tomar esa medida, en el sentido de que los beneficios compensen los costes. Habitualmente esto ya se ha hecho previamente, por los datos observacionales, encuestas, mortalidad, morbilidad, etc. Pero estos datos tienen que ser actuales, objetivos y claros. Si admiten dudas serán criticados por los grupos que se oponen a dicho cambio normativo o a que se haga más estricta la regulación en aquello que se quiere cambiar.

De ahí que, con frecuencia, cuando se quiere hacer un cambio normativo, antes del mismo se encarga un estudio para confirmar los datos que se presentan o se ponen sobre la mesa para controlar dicho problema. Este estudio puede servir para clarificar el tema, pero también sabemos que en más de una ocasión es una estrategia de dilatar la toma de decisiones. Es importante saberlo porque es algo que ocurre con frecuencia.

Otra cuestión que van a plantear los grupos interesados, de presión, o lobbies, que se oponen a los cambios pro-salud y de reducción del consumo, o de que no se realice una conducta adictiva, será la de que insistirán en que si se aprueban dichas medidas llevará a que haya muchas personas que pierdan dinero, que se destruyen puestos de trabajo, que se ataca la libertad, que no se pueden regular todos los aspectos de la vida, etc. Es la cantinela que conocemos bien desde la perspectiva del “negocio por el negocio” que es opuesta a la de “primar la salud de los individuos y de los más débiles, como niños y adolescentes”. Este aspecto es muy relevante porque es el que lleva a que con frecuencia muchos cambios normativos se quedan en el cajón por presiones de esos grupos que, además, suelen estar muy bien organizados, y a veces no sólo a nivel local o regional, sino nacional o internacionalmente.

Desde la perspectiva preventiva habrá que insistir de modo prioritario en los beneficios que tendría a nivel de salud (menor morbilidad, mortalidad e incremento de la esperanza de vida), mejora en la calidad de vida, alto ahorro económico para el sistema sanitario y social, menos accidentes de tráfico, encarcelamientos, etc.

6.4. Buscar alianzas para que pueda realizarse dicho desarrollo legislativo

La sociedad es cambiante, no es estable. Pero para que se produzcan cambios en la misma tiene que haber consenso, consenso social. O, lo que es lo mismo, que la gran mayoría de los ciudadanos, grupos y sus representantes piensen o vayan todos en la misma dirección. Si no, el cambio no es posible. De ahí que en ocasiones ideas demasiado avanzadas, o planteadas pronto en el tiempo, aun siendo correctas, adecuadas, válidas y deseables, tardan mucho en ponerse en práctica.

Un modo de remar todos en la dirección preventiva, cuando se desea proponer o realizar un cambio normativo, es buscar apoyos. O, dicho de modo más actual, buscar alianzas. Estas alianzas las vamos a encontrar en el campo de la salud, de la educación, de las familias, de los consumidores,



de los enfermos debido al consumo de sustancias, de los afectados por su adicción, o de otros grupos que estén de acuerdo con un cambio hacia el menor consumo. No olvidemos que vamos a encontrar enfrente también a otras alianzas de aquellos grupos interesados en que nada cambie o, incluso, en que los consumos aumenten (ej., lo que estamos viviendo actualmente con el cannabis y el desarrollo paulatino de una nueva epidemia de consumo de cannabis).

Si se logra tener una alianza fuerte, firme y con las ideas claras, ello facilita que la razón se vaya imponiendo poco a poco a los intereses. Puede llevar más o menos tiempo, pero al final se impone. Por suerte, nuestro sistema social se fundamenta de modo muy importante en datos. Si los datos que se aportan son objetivos, nos indican que los consumos causan daño a muchas personas, y proponemos una solución, poco a poco iremos logrando convencer a más personas. Pero esto puede llevar tiempo, a veces años, o décadas. Lo sabemos bien por el tabaco y por el alcohol.

6.5. Buscar los grupos de apoyo a dicha iniciativa y que sean activos con ella

Una iniciativa que implica cambios sociales importantes, como ocurre cuando hablamos de drogas o adicciones comportamentales, exige la participación de muchas personas, que todos remen en la misma dirección, y que haya un amplio número de personas y grupos que asuman dicho cambio. De ahí que para que ello pueda hacerse eficientemente se precisa buscar grupos de apoyo para dicha iniciativa. Suelen existir muchos grupos sociales sobre cualquier tema. Lo que hay que hacer es detectarlos, contactarlos y hacerlos partícipes del cambio que deseamos.

A veces puede ocurrir que haya grupos que van en esa dirección, pero desconocen el tema que le planteamos (ej., una asociación de padres que creen que fumar cannabis no es malo). U otros con los que podemos contar porque ven el resultado final de lo que queremos prevenir (ej., los especialistas de medicina interna, en relación con los efectos negativos del consumo de alcohol en la salud, al producir distintas enfermedades).

Cuando se detectan grupos que pueden ir en la misma dirección, de lo que se pretende para ciertos desarrollos normativos, hay que implicarlos en distintas tareas y actividades, obtener al menos su apoyo, motivarlos, ser realistas en lo que les pedimos y en cómo pueden implicarse, siendo persistentes en el mensaje de salud o preventivo, y mantener en el tiempo dicha cooperación.

6.6. Convencer a los legisladores o gobierno para que presenten la ley o normativa para su aprobación.

Una vez que se ha llegado a este punto falta convencer a los legisladores, gobierno, o responsable, para que hagan la propuesta y la presentación de la ley o normativa para su aprobación. Esto implica todos los pasos anteriores, que el que tiene responsabilidad para hacerlo tenga claro que lo hará, la voluntad de que se apruebe la ley o normativa que presente, y saber que tendrá que hacer frente a los que se van a oponer a la misma. Esto entra ya más en el ámbito político-legislativo que en el profesional, pero en ciertos temas unos precisan de los otros, sobre todo cuando estamos hablando de temas de salud. Sabemos que, con frecuencia, nos encontramos con dos perspectivas contrapuestas: la de la salud y la del negocio. A veces, también con una tercera, la fiscal. Lo conocemos bien por el tema del alcohol, el tabaco, las drogas ilegales, y en otros temas, como los alimentarios, contaminación, conservantes, sustancias peligrosas, velocidad en la carretera, etc.



Es relevante para este punto que el legislador, o el responsable de hacer la norma, sepa que los beneficios van a ser mayores que los efectos negativos, que la salud de todos mejorará con esa medida, que protegemos a los grupos vulnerables, etc. Si hay consenso social previo se hace más fácil el camino, y todo ello facilita sacar adelante esa norma. Si no hay consenso social lo más probable es que se fracase. De ahí la necesidad de seguir todos los pasos anteriores.

6.7. El proceso legislativo o de desarrollo de normas para su aprobación

Una cuestión es hacer una propuesta para un cambio, o el desarrollo de una norma, y otra bien distinta es su aprobación. Entre un punto y otro habrá un camino corto o un camino largo lleno de baches. Esto lo hay que tener en cuenta previamente, como así lo hacen los legisladores en sociedades como la nuestra, y si no ven visos de que esa norma se apruebe o no la presentan, o si la presentan, y ven que no va a salir, la retiran o la archivan.

Por ello, cuando se hace un desarrollo legislativo o se desarrolla una norma hay que tener suficientes apoyos para ello. En el tema de las drogas es básico tener el apoyo de los profesionales implicados, del campo sanitario, como del social en el caso de las drogas, y al tiempo detectar los que están en contra. Suele haber debates públicos, toma de postura ante aprobar o no la norma, intereses más o menos manifiestos, grupos de presión que amenazan con las negativas consecuencias de aprobarla (habitualmente diciendo que se van a perder muchos puestos de trabajo, que atenta a la libertad individual, etc.).

Una buena labor informativa favorece sacar una norma adelante, complementada esta frecuentemente con una función educativa, siendo didácticos con lo que se pretende, indicando su necesidad y los beneficios sociales a corto y largo plazo. Esto se complementa muy bien si hay un apoyo sanitario y social. El sanitario porque son las personas que conocen las negativas consecuencias que produce sobre lo que se quiere legislar. A nivel social, si por las consecuencias que produce hay una conciencia de que esa norma es necesaria. El campo educativo tiene mucho que decir en ocasiones, como es este caso, dado que las normas sobre drogas van dirigidas de modo prioritario a menores, a menores que están escolarizados, viéndose directamente en la escuela los efectos negativos del consumo (fracaso escolar, abandono de la escuela, conflictividad o apatía, mayores problemas de salud mental, problemas familiares, etc.).

Si se siguen los pasos anteriores, y hay una voluntad social clara, una voluntad política comprometida, y un sistema legislativo o de aprobación de normas racional, esta ley o normativa saldrá adelante y será aprobada. Aunque surgirán críticas, intentos de que no salga adelante la norma, escuchar incluso planteamientos apocalípticos por los que se oponen a la misma, si hay un consenso claro, se aprobará.

6.8. La relevancia de tener un buen sistema sancionador

Una buena norma debe tener un adecuado sistema sancionador. El mismo permite disuadir a los que no la quieren cumplir. Y, también, se puede hacer aplicándolo. No suele ser necesario utilizarlo una vez que la norma está aprobada. Las personas seguimos reglas formales e informales. De ahí la resistencia que suele existir en las sociedades desarrolladas a que se aprueben ciertas normas, porque una vez aprobadas todos las cumplen. Y esto lo saben bien los que se oponen a



ella. Por ello, si existe un buen sistema sancionador el nivel de cumplimiento, una vez aprobada una norma o ley, será total, o casi total.

Experiencias previas avalan lo dicho. El ejemplo más claro ha sido la aprobación de las leyes reguladoras sobre el consumo de tabaco en España. Hubo mucho ruido previo por parte de la industria del tabaco, y de los grupos con intereses alrededor de ella, pero una vez aprobada su cumplimiento fue muy alto y poco a poco su cumplimiento ha llegado a ser completo, total.

6.9. Implementación y seguimiento

Una vez que la ley o norma está aprobada falta su implementación. Si todos los pasos previos se han hecho adecuadamente su implementación y cumplimiento será adecuado. Cuando hay un claro consenso social previo se facilita todo. Este consenso social tiene que ser sociológicamente real, no el que se puede oír por parte de los grupos interesados en que no se cumpla la norma, que suelen ser los que más ruido hacen, pero con pocas razones para sustentarlo.

Las personas cumplen las leyes y normas sociales que están en vigor. Es lo que nos hace civilizados. Las reglas formales poco a poco acaban convirtiéndose en reglas informales, de tal modo que al final se aplican automáticamente (ej., en la actualidad, poner el cinturón de seguridad en el coche como un hábito, no porque hay una norma que lo exige), siendo sancionada la persona si la incumple.

Al principio, cuando se implementa una ley o norma, es necesario hacer un seguimiento de esta en los primeros meses, para que el cumplimiento sea estricto. Cuanto antes se haga antes se logrará su completa aceptación. En caso de que haya que hacer alguna adaptación debe hacerse con los necesarios desarrollos normativos de la misma.

6.10. Tener en cuenta los posibles niveles de incumplimiento

Al principio puede haber ciertos niveles de incumplimiento de una ley o norma. Incluso puede haber personas que la incumplen en plan militante. Puede ser por convencimiento personal (ej., el fumador que cree que tiene derecho a fumar donde le apetece), pero en otras ocasiones es porque le están financiando el incumplimiento (ej., casos de dueños de restaurantes que permitían fumar en sus locales, a los que les aplicaban las correspondientes multas, a veces muy cuantiosas, pero que al mismo tiempo salían publicitariamente en los medios de comunicación). Dado que las leyes y normas tienen un sistema sancionador, que suele ser racional y equilibrado, lo que hay que hacer es aplicarlo.

6.11. Pensar en nuevos desarrollos normativos futuros

Es siempre difícil que la normativa o ley que se propone desde una perspectiva sanitaria, educativa o social cumpla todas las expectativas. Y, lo más habitual, es que lo propuesto se vea reducido en parte a lo largo de su tramitación, discusión y aprobación final. Por ello, una vez que una ley o norma es aprobada hay que ver cuál es su nivel de cumplimiento y si la misma cumple las expec-



tativas de las que se parte. Con frecuencia, es necesario, una vez aprobada, ir pensando en cómo ir avanzando en nuevos desarrollos de esta para el inmediato futuro. Junto a ver el resultado de la aprobada, siempre se pueden seguir dando pasos para mejorar la existente, ampliarla y, de ser necesario, proponer otra nueva en los siguientes años o décadas. No olvidemos que los cambios sociales no son inmediatos, a veces se precisan décadas para los mismos. Además, en un mundo tan cambiante como el actual, un cambio de hoy puede ser de poca duración, o pueden surgir nuevos elementos que hacen necesario hacer ajustes o cambios a lo que hoy está en vigor. Lo hemos visto a lo largo de las últimas décadas en las leyes y normas en relación con el alcohol, tabaco, drogas ilegales, adicciones comportamentales, sobre todo con relación al juego patológico y los videojuegos, las leyes de protección a la infancia, leyes de consumidores, etc.

Si está claro el objetivo, la salud, el bienestar, la calidad de vida, u otros valores relevantes para todos, entonces será más fácil ir avanzando, como así venimos haciendo en las últimas décadas en las sociedades desarrolladas en muchos aspectos de la vida cotidiana.



Referencias

- Anderson, P., Braddick, F., Reynolds, J. y Gual, A. (2012). *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. (Recuperado de www.drugs.ie/resourcesfiles/ResearchDocs/Europe/Research/2012/Alco_Policy_Euro_Evidence_From_Amphora_2012.pdf).
- Babor, T. F., Caetano, S., Casswell, G., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity (2nd ed.)*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Medina-Mora, M. E., Obot, I., Rehm, J., Reuter, P., Room, R., Rossow, I. y Strang, J. (2018). *Drug policy and the public good (2nd ed.)*. Oxford, RU: Oxford University Press.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2016). *Trastornos adictivos*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. (2019). *Tratamiento de las adicciones a sustancias y comportamentales*. Madrid: Klinik,
- Becoña, E. (2021). *La prevención ambiental en el consumo de drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?* Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. y Becoña, L. (2018). Gambling regulation in Spain. En M. Egerer, V. Marionneau y J. Nikkinen (Eds.), *Gambling policies in European welfare states. Current challenges and future prospects* (pp. 83-97). Cham, Suiza: Palgrave MacMillan.
- Becoña, E., López, A. y Martínez, J. M. (2020). *Cannabis, cocaína y heroína*. Madrid: Síntesis.
- Bolier, L., Voorham, L., Monshouwer, K., Monshouwer, S., van Hasselt, N. y Bellis, M. (2011). Alcohol and drug prevention in nightlife settings: A review of experimental studies. *Substance Use & Misuse*, 46, 1569-1591.
- Burkhart, G. (2011). Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? *Adicciones*, 29, 87-100.
- Carpentier, Ch., Laniel, L. y Griffiths, P. (Eds.) (2012). *Cannabis production and markets in Europe*. Lisboa. EMCDDA.
- Castaño, G., Becoña, E., Restrepo, S. M. y Scoppetta, O. (2020). Toward the design and validation of a scale to assess amotivational syndrome in chronic marijuana users (ESATHC). *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 305-313
- Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Chaloupka, F. J., Schootman, M., Gruzca, R. A. y Bierut, L. J. (2012). Associations between selected state laws and teenagers' drinking and driving behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Reserach*, 36, 1647-1652.
- Costello, H., Nelson, N. M., Henry, K. y Freedman, K. S. (2012) *WYSAC catalog of environmental prevention strategies*. WYSAC Report No. DER-128. Laramie, WY: Wyoming Survey & Analysis Center, University of Wyoming. (Recuperado de: https://www.wishschools.org/resources/Catalog%20of%20Environmental%20Prevention%20Strategies_Final4%20Wyoming.pdf).
- Chu, T. P., Chen, M. L., Lin, Y. C. y Chen, M. Y. (2018). The impact of innovative smoking reduction education at Hospital entrances: A prospective pre- and post-test study design. *International Journal on Environmental Research in Public Health*, 5, 1922.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. y Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328, 1519.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. y Sutherland, I. (2005). Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. *British Journal of Cancer*, 92, 426-429.
- Duncan, L. R., Pearson, E. S. y Maddison, R. (2018). Smoking prevention in children and adolescents: A systematic review of individualized interventions. *Patient Education and Counselling*, 101, 375-388.



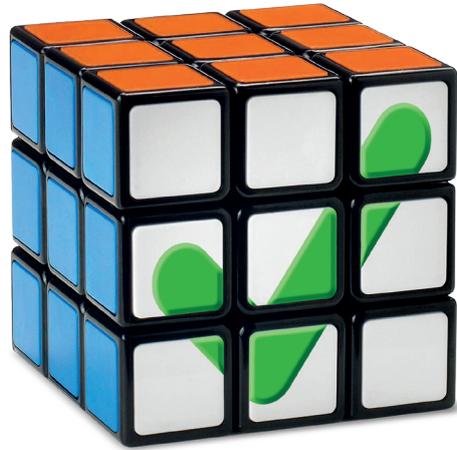
- Eriksson, C., Geidne, S., Larsson, M. y Pettersson, C. (2011). A research strategy case study of alcohol and drug prevention by non-governmental organizations in Sweden 2003-2009. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 14, 8.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. y Buscemi, D. (2014). *Universal school-based prevention for illicit drug use (Review)*. *Cochrane Database Systematic Review*, Issue 12. Art No. CD003020.
- Fell, J. C., Fisher, D. A., Voas, R. B., Blackman, K. y Tippetts, A. S. (2008). The relationship of underage drinking laws to reducing in drinking drivers in fatal crashes in the United States. *Accident Analysis & Prevention*, 40, 1430-1440.
- Fell, J. C., Tanenbaum, E. y Chelluri D. (2018). Evaluation of a combination of community initiatives to reduce driving while intoxicated and other alcohol-related harms. *Traffic Injury Prevention*, 19 (Supl. 1), 176-179.
- Foxcroft, D. R. y Tsertsvadze, A. (2011). *Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people*. *Cochrane Database of Systematic Review*, Issue 9. Art. No.: CD009307.
- Gainsbury, S. M. (2014). Review of self-exclusion from gambling venues as an intervention for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 30, 229-251.
- Galván, G., Guerrero-Martelo, M. y Vásquez De la Hoz, F. (2017). Cannabis: A cognitive illusion. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46, 95-102.
- Hernandez-González, I., Sáenz-González, M. C. y González-Celador, R. (2010). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en el año 2006. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 23-33.
- Hughes, K., Furness, L., Jones, L. y Bellis, M. A. (2010). *Reducing harm in drinking environments. Evidence and practice in Europe*. Liverpool, UK: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.
- Jawad, M., Lee, J. T., Glantz, S. y Millett, C. (2018). Price elasticity of demand of non-cigarette tobacco products: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, 27, 689-695.
- Jha, P., Chaloupka, F. J., Brown, P., Nguyen, S., Severino-Márquez, J., van der Merwe, R. y Yurekly, A. (2010). *La epidemia del tabaco. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Joossens, L., Lugo, A., La Vecchia, C., Gilmore, A. B., Clancy, L. y Gallus, S. (2014). Illicit cigarettes and hand-rolled tobacco in 18 European countries: A cross-sectional survey. *Tobacco Control*, 23, 17-23.
- Keen, B., Blaszczyński, A. y Anjoul, F. (2017). Systematic review of empirically evaluated school-based gambling education programs. *Journal of Gambling Studies*, 33, 301-325.
- Kong, G., LaVallee, H., Rams, A., Ramamurthi, D. y Krishnan-Sarin, S. (2019). Promotion of vape tricks on YouTube: Content analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 18, e12709.
- MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J., ..., Campbell, R. (2018). Individual-, family-, and school-level intervention targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database of Systematic Review*, Issue 10. Art. No. CD009927.
- Martín-Moreno, J. M., Soerjomataram, I. y Magnusson, G. (2008). Cancer causes and prevention: A condensed appraisal in Europe in 2008. *European Journal of Cancer*, 44, 1390-1403.
- McCartt, A., Hellinga, L. A. y Kirley B. B. (2010). The effect of minimum legal drinking age 21 laws on alcohol-related driving in the United States. *Journal of Safety Research*, 41, 173-181.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Monaghan, S., Derevensky, J. y Sklar, A. (2008). Impact of gambling advertisement and marketing on children and adolescents: Policy recommendations to minimise harm. *Journal of Gambling Issues*, 22, 252-274.
- Motka, F., Grünem B., Slecza, P., Braun, B., Örnberg, J. C. y Kraus, L. (2018). Who uses self-exclusion to regulate problem gambling? A systematic literature review. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 903-916.



- Novak, D. E. y Aloe, A. M. (2018). A meta-analytical synthesis and examination of pathological and problem gambling rates and associated moderators among college students 1987-2016. *Journal of Gambling Studies*, 34, 465-498.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [OEDYT] (2017). *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas. Una guía europea*. Lisboa, Portugal: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Empaquetado neutro de los productos de tabaco. Pruebas empíricas, diseño y aplicación*. Ginebra: OMS.
- Oncioiu, S. I., Burkhart, G., Calafat, A., Duch, M., Perman-Howe, P. y Foxcroft, D. R. (2018). *Environmental substance use prevention interventions in Europe*. Lisboa: EMCDDA.
- Orenstein, D. G. y Glantz, S. A. (2018). Regulating cannabis manufacturing: Applying public health best practices from tobacco control. *Journal of Psychoactive Drugs*, 50, 19-32.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., et al. (2018). The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development. *Lancet*, 392 (10157), 1553-1598.
- Ponencia Congreso Senado (2018). *Ponencia de estudio menores sin alcohol*. En: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Ponencia%20de%20estudio%20Menores%20sin%20alcohol.%20Bolet%3%ADn%20Oficial%20de%20las%20Cortes%20Generales%20,%20n.%20203,%202018,%20p.%201-44._5.pdf
- Pradhan, A. M., Park, L., Shaya, F. T. y Finkelstein, J. (2019). Consumer health information technology in the prevention of substance abuse: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 21, e11297.
- Precioso, J., Araujo, A. C., Samorinha, C., Machado, J. C., Rocha, V., Becoña, E., Vitoria, P. y Antunes, H. (2017). Exposicao de crianças ao fumo ambiental do tabaco: Avaliacao de programa preventivo. *Psicologia, Saúde & Doencas*, 18, 591-601.
- Ramirez, R. L. y Jernigan, D. H. (2017). Increasing alcohol taxes: Analysis of case studies from Illinois, Maryland, and Massachusetts. *Journal on Studies of Alcohol and Drugs*, 78, 763-770.
- Ray, G. T., Mertens, J. R. y Weisner, C. (2007). The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. *Medical Care*, 45, 116-122.
- Rocha, C. y Becoña, E. (2017). Programa Riscos & Desafíos. Eficacia na prevencao do consumo de álcool em estudantes do ensino superior. *Adictologia*, 4, 16-31.
- Rehm, J., Anderson, P., Manthey, J., Shield, K. D., Struzzo, P., Wojnar, M, y Gual, A. (2016). Alcohol use disorders in Primary Health Care: What do we know and where do we go? *Alcohol and Alcoholism*, 51, 422-427.
- Room, R., Babor, T. y Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519-530.
- Ross, H., Husain, M. J., Kostova, D., Xu, X., Edwards, S. M., Chaloupka, F. J. y Ahluwalia, I. B. (2015). Approaches for controlling illicit tobacco trade—nine countries and the European Union. *Morbidity and Mortality Weekly*, 64, 547-550.
- Shaffer, H. J., Blaszczynski, A. y Ladouceur (2017). Truth, alternative facts, narrative, and science: What is happening to responsible gambling disorder? *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15, 1197-1202.
- Shaffer, H. J., Blaszczynski, A. y Ladouceur, R. (2020). Gambling control and public health: Let's be honest. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 819-824.
- St-Pierre, R. A., Walker, D. M., Deverenskly, J. y Gupta, R. (2014). How availability and accessibility of gambling venues influence problem gambling: A review of the literature. *Gambling Law Review and Economics*, 18, 150-172.
- Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J. y Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group. *Cochrane Database System Review, Issue 5*. Art. N° CD000165.



- Steinberg, I. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28, 78-106.
- Steliga, M. A. (2018). Smoking cessation in clinical practice: How to get patients to stop. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 30, 87-91.
- Stern, P. (2005). Individual's environmentally significant behaviour. *Environmental Law Reporter News and Analysis*, 35, 10785-10790.
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D. y Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: Evidence for effective interventions. *Lancet*, 379, 71-83.
- Sulkinen, P., Babor, T. F., Cisneros, J., Egerer, M., Hellman, M., Livingstone, C., ..., Rossow, I. (2018). *Setting limits: Gambling, science and public policy*. Oxford, RU: Oxford University Press.
- Toomey, T. L., Fabian, L. A., Erickson, D. J., Wagenaar, A. C., Fletcher, L. y Lenk, K. M. (2006). Influencing alcohol control policies and practices at community festivals. *Journal of Drug Education*, 36, 15-32.
- UNODC (2019). *Informe mundial sobre las drogas 2019*. Viena, Austria: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
- U. S. Department of Health and Human Services [USDHHS] (2014). *The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of Surgeon General.
- U. S. Department of Health and Human Services [USDHHS] (2020). *Smoking cessation. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of Surgeon General.
- Villalbí, J. R. Pérez, C. (2006). Evaluación de políticas regulatorias: Prevención de las lesiones por accidentes de tráfico. *Gaceta Sanitaria*, 20 (Suppl. 1), 79-87.
- Villalbí, J. R., Suelves, J. M., Martínez, C., Valverde, A., Cabezas, C. y Fernández, E. (2019). El control del tabaquismo en España: Situación actual y prioridades. *Gaceta Sanitaria*, 93, 1-16.
- Wakefield, M. A., Loken, B. y Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*, 376(9748), 1261-1271.
- Warren, F. (2016). *'What works' in drug education and prevention?* Edimburgo, Escocia: Scottish Government.
- World Health Organization [WHO] (2009). *WHO Tobacco Framework Convention on Tobacco Control*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2019). *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhague, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization [WHO] (2020). *Tobacco Free Initiative (TFI). World No Tobacco Day 2020: Protecting youth from industry manipulation and preventing them from tobacco and nicotine use*. Ginebra, Suiza: Autor (recuperado de <https://www.who.int/tobacco/wntd/en/>).



CAPÍTULO 5

**Buenas prácticas en el diseño,
implementación y evaluación
de un programa preventivo**



1. Introducción

En los últimos años ha cobrado una gran relevancia la evaluación de todo lo que se hace, tanto en el campo médico, como psicológico y social. Es lo que se conoce como medicina basada en la evidencia, psicología basada en la evidencia, o criterios de calidad. En el campo preventivo ha pasado lo mismo. Es uno de los aspectos más importantes que han ocurrido en los últimos años. Lo que subyace en el fondo es la idea de que lo que hacemos funcione, sea eficaz y que lo que gastemos esté bien invertido.

En el campo preventivo diseñar y evaluar un programa es complejo, difícil, costoso, pero no imposible. En este capítulo veremos que se puede hacer, que tenemos un gran conocimiento acumulado sobre ello y que se hace evaluación de modo sistemático. En los siguientes capítulos iremos viendo cómo, en los distintos tipos de prevención, ésta ha sido evaluada y sabemos lo que funciona y lo que no funciona en ella.

Otro aspecto que ha facilitado protocolizar lo que se hace en prevención es utilizar programas eficaces, o evaluar programas novedosos. Con ello han surgido distintos estándares de calidad en el campo preventivo, especialmente en Estados Unidos, Canadá, Australia y Europa, pero con una clara insistencia y apuesta por parte de organismos internacionales y nacionales como UNODC de Naciones Unidas, el Observatorio Europeo de las Drogas y otras Adicciones y de organismos nacionales de drogas. Éstos insisten en que el campo preventivo tiene que cumplir los mismos requisitos que otros campos, especialmente el sanitario, con relación a lo que utiliza, los programas preventivos, y como evaluar los resultados obtenidos con ellos. En suma, que tiene que demostrar que lo que hace es eficaz. Hablar de criterios de calidad, de buenas prácticas, de estándares de calidad, o de prevención basada en la evidencia, van en esta línea.

Existe un buen número de fuentes para el diseño, implementación y evaluación de un programa preventivo aplicado al campo de las drogodependencias. Algunas son bien conocidas, tanto publicadas en otros países (ej., Brotherhood y Summall, 2011, 2013; Bryant et al., 1997; Carmona et al., 1988; Cázares y Beatty, 1994; Collins, 1994; CSAP, 2001; EMCDDA, 2000, 2010; Kröger, Winter y Shaw, 1998, 2012; Leukefeld et al., 1991; Miller, Strang y Miller, 2010; Mitchell y Jolley, 2012; Muraskin, 1993; NIDA, 1997; Sloboda y Davis, 1977; Springer y Uhl, 1998; USDHHS, 2011), como en España, en forma de libros escritos por autores españoles o traducción de libros (ej., Aguilar y Ander-Egg, 1992; Alvira, 1991, 1997, 1999; Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, 2005, 2007a, 2007b; Critería, 2000; Fernández-Hermida y Secades, 2000; Font et al., 2010; Plan Nacional sobre Drogas, 1996; Salvador-Llivina y Babín, 2014; Santacreu y Salvador, 1995; Silva, 1994; etc.), o en capítulos de libros (ej., Ballesteros et al., 2007; Becoña, 2002; Salvador et al., 2010). Igualmente, en recientes manuales de prevención de drogas (ej., Israelashvili y Romano, 2017; Leukefeld y Gullotta, 2018; Scheier, 2010, 2015; Sloboda et al., 2019) viene un apartado dedicado a la metodología de investigación en prevención. Lo anterior es una parte de los manuales de referencia. Igualmente, distintas comunidades autónomas han traducido materiales, o elaborado otros, que no tienen una vía comercial o que son de uso restringido o local. No incluimos otros manuales o capítulos de libro que existen sobre evaluación de programas. Lo anterior es específico de prevención de drogas.

En las páginas que siguen hay dos grandes apartados. En el primero exponemos cuatro ejemplos de protocolos de referencia que son ampliamente utilizados en Europa y que debemos conocer para el diseño y evaluación de los programas preventivos. Estos son los estándares europeos de calidad en prevención de drogas (Brotherhood y Summall, 2011, 2013), el Kit de recursos para la prevención y la evaluación (EMCDDA, 2010), la Guía para la evaluación de la prevención (Kröger et



al., 2012) en su segunda edición, y los Criterios de calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas de Copolad (Salvador-Llivina y Babín, 2014). Existen otros de distintos países, como de Naciones Unidas, Estados Unidos, Australia o Canadá. En otros capítulos del libro algunos de éstos serán citados.

El otro apartado atañe a la guía de buenas prácticas que se propone para el diseño, implementación y evaluación de un programa preventivo. El campo preventivo ha evolucionado mucho en las últimas décadas. Hoy disponemos de un gran número de programas preventivos eficaces. Pero no todos lo son. Es decir, no todo lo que se hace en prevención es adecuado, eficaz o validado científicamente. Hoy ya no vale hacer por hacer. Es necesario evaluar científicamente los programas preventivos y, con ello, seguir las buenas prácticas que conocemos en este campo. En este apartado, se presenta la información de modo accesible, útil para el lector y aplicable a cualquier persona que trabaja en el campo preventivo.

2. Protocolos de referencia en el diseño, implementación y evaluación de los programas preventivos

2.1. Estándares europeos de calidad en prevención de drogas

Uno de los esfuerzos más destacados que se ha hecho en Europa en los últimos años ha sido el desarrollo de los estándares europeos de calidad en prevención de drogas, auspiciado por el Observatorio de Drogas y otras Adicciones de Lisboa. En el proyecto, coordinado por Angelina Brotherhood y Harry R. Summall, del Centro de Salud Pública de la *Liverpool John Moores University* del Reino Unido, participaron 13 países y varios cientos de expertos en un dilatado trabajo colaborativo de varios años. Así, elaboraron un documento consensuado sobre cómo hacer en cualquier país europeo una prevención de calidad (Brotherhood y Summall, 2013).

El protocolo final, en la línea de otros de que disponemos, aunque en este caso filtrado por los técnicos, profesionales y científicos que trabajan en la prevención de drogas, consta de ocho fases, a las que hay que añadir cuatro aspectos transversales. Las fases son las de evaluación de las necesidades; evaluación de los recursos; formulación de programas; diseño de la intervención; gestión y movilización de los recursos; implementación y seguimiento o monitorización; evaluaciones finales; y difusión y mejora. Los aspectos transversales son los de sostenibilidad y financiación; comunicación y participación de los grupos de interés para el programa; capacitación del personal que lo desarrolla; y la ética en la prevención de drogodependencias. Cada una de las fases tiene varios componentes. En la figura 5.1 y tabla 5.1 indicamos las fases, componentes y aspectos transversales. Estos estándares sirven tanto para planificar como para evaluar un programa preventivo. Sin embargo, hay que reconocer que parten de un nivel ideal de planificación y aplicación de programas, que no siempre es posible en la práctica, sobre todo por falta de interés y carencia de medios suficientes para poder hacerlo. Tenemos buenos profesionales, buenos programas preventivos, necesidad clara de aplicarlos, pero ello suele verse frenado por la carencia de recursos o por el cortoplacismo que con tanta frecuencia encontramos en el campo preventivo.

Para ellos estándar de calidad es “un punto de referencia que ayuda a juzgar si una actividad, un recurso, etc., es representativo de alta calidad. Los estándares de calidad se basan normalmente en el consenso profesional. Su enfoque principal se centra en los aspectos estructurales y de procedimiento para asegurar la calidad, por ejemplo, la evaluación, la composición y competencias

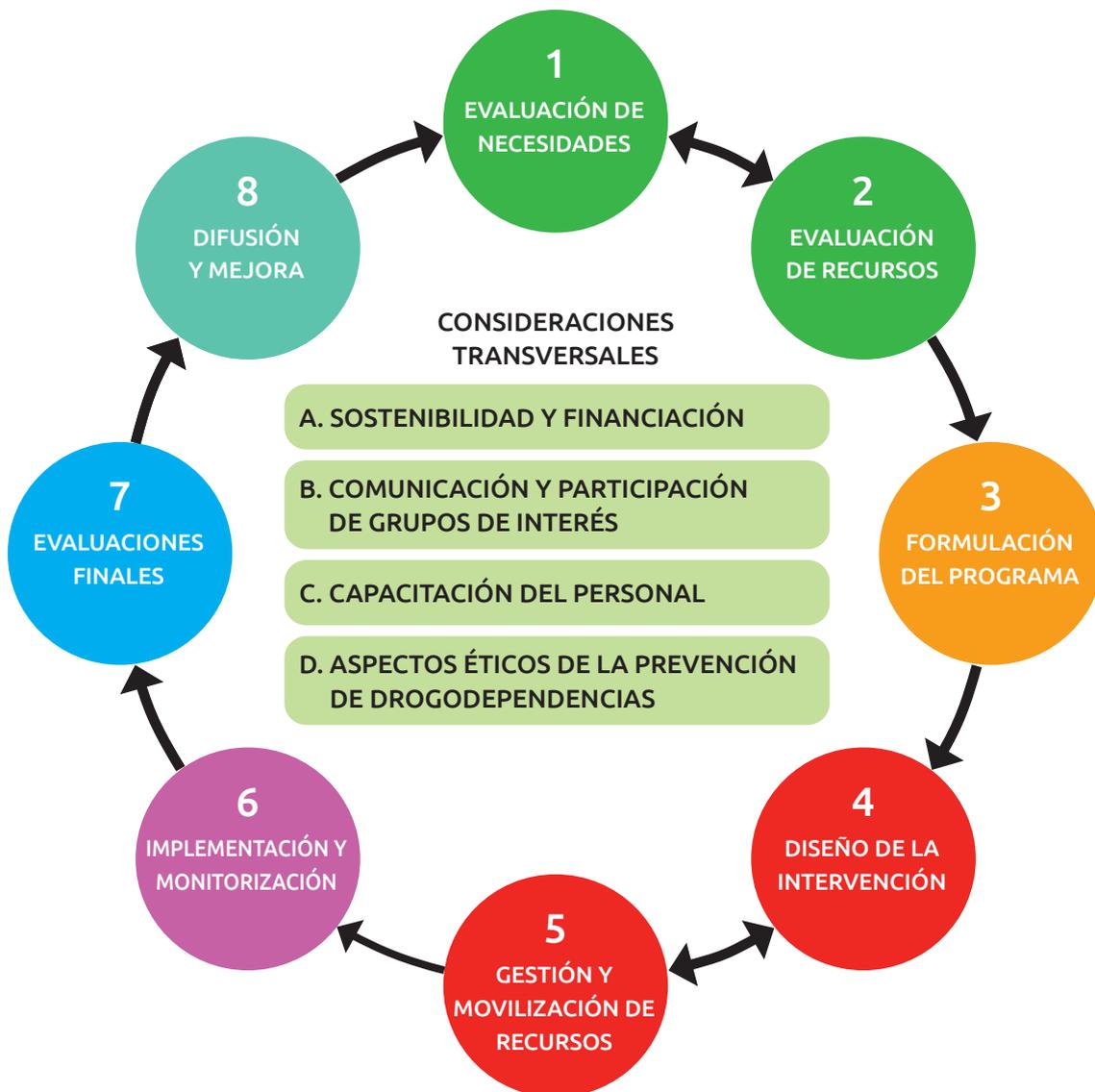


del personal, la seguridad de los participantes, etc.” (pág. 17). Los estándares se pueden utilizar en tres niveles: como estándares básicos, como estándares básicos adicionales, y como estándares avanzados. Los *estándares básicos* pueden ser aplicados en cualquier tipo de circunstancia, por profesionales, planificaciones, organizaciones y estrategias que no pueden llegar a alcanzar todos los estándares (ej., por falta de recursos). Los *estándares básicos adicionales* atañen a cuando no es posible utilizar ciertos criterios para lo que se está haciendo (ej., algunos estándares pueden considerarse básicos si se planifica una evaluación de proceso, pero no se aplicarían si no se planificó una evaluación de resultados). Finalmente, los *estándares avanzados* son los que representan el mayor nivel de calidad. Es cuando se utilizan todos o casi todos los criterios. Suelen ser utilizados por los que tienen más recursos, por organizaciones grandes, o por la administración cuando evalúa un programa preventivo a gran escala. En el manual de los estándares aparecen especificados los distintos criterios y como utilizarlos. En suma, como indican “el objetivo de los estándares es mejorar la práctica europea de la prevención de las drogodependencias, proporcionando un marco de referencia, que ha surgido de la experiencia real, para cerrar las brechas existentes entre la ciencia, la política y la práctica. (p. 33).

Consideran que hay que tener en cuenta cuatro aspectos transversales, los de sostenibilidad y financiación, comunicación y participación de los grupos de interés, desarrollo del personal y aspectos éticos. La *sostenibilidad y financiación* atañe a que los programas deben garantizar su viabilidad a largo plazo, tanto a nivel de financiación como de apoyo técnico. De ahí que tener una visión a largo plazo de cuando se implanta un programa preventivo es esencial. La *comunicación y participación de los grupos de interés* se refiere a que en cualquier programa preventivo hay personas, grupos y organizaciones que tienen interés en él, o que se relacionan con el mismo. Por ello, debe haber una interlocución con ellos e implicarles en el programa cuando sea necesario. A veces, hay que buscar aliados (ej., líderes de la comunidad, medios de comunicación) para que apoyen el programa y le den visibilidad. Es útil coordinarse con otras organizaciones que trabajan en prevención. El *desarrollo del personal* se refiere a que el personal del programa preventivo debe tener una adecuada formación, o adquirirla para la aplicación del programa con la máxima calidad posible. Las competencias del personal las agrupan en cuatro categorías: básicas (conocimientos generales y habilidades relacionadas con la prevención efectiva en drogodependencias), específicas (conocimientos específicos y habilidades relevantes para la intervención), generales (ej., manejo de métodos interactivos) y meta-competencias (competencias que permiten a los miembros del personal responder a las necesidades individuales de los participantes). Así, se asegura la actualización y el entrenamiento en nuevas habilidades. Finalmente, debe existir un adecuado apoyo profesional y emocional para los miembros del personal, sobre todo durante la implementación del programa (ver tabla 5.2). En relación con los *aspectos éticos* el programa debe cumplir aquellos principios éticos que respeten la autonomía de los participantes y sus derechos, la eficacia de la intervención aplicada y tener las autorizaciones necesarias cuando los participantes son menores de edad. La intervención preventiva no puede producir ningún perjuicio a los participantes.



Figura 5.1. El ciclo del proyecto de prevención de drogodependencias.



Dentro del ciclo, los estándares comprenden tres niveles de referencia:

- 1) Etapas del proyecto: 8 etapas.
- 2) Componentes de cada etapa: 31 componentes y 4 aspectos a considerar de forma transversal.
- 3) Atributos: descripción de los estándares que distingue entre básicos y avanzados.

Fuente: Brotherhood y Summall (2011, traducción española, 2019, pág. 27).



Tabla 5.1. Etapas del proyecto y componentes de los estándares europeos de calidad de prevención de drogodependencias.

- A) ASPECTOS TRANSVERSALES
 - A. Sostenibilidad y financiación.
 - B. Comunicación y participación de los grupos de interés.
 - C. Capacitación del personal.
 - D. Aspectos éticos de la prevención de drogodependencias.
- B) FASES DEL PROYECTO Y COMPONENTES
 - 1. *Evaluación de necesidades.*
 - 1.1. Conocimiento sobre las políticas y la legislación sobre drogas.
 - 1.2. Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad.
 - 1.3. Descripción de la necesidad. Justificación de la intervención.
 - 1.4. Conocimiento sobre la población diana.
 - 2. *Evaluación de recursos.*
 - 2.1. Evaluación de los recursos de la población diana y de la comunidad.
 - 2.2. Evaluación de las capacidades internas.
 - 3. *Formulación del programa.*
 - 3.1. Definición de la población diana.
 - 3.2. Utilización de un modelo teórico que sustente la intervención.
 - 3.3. Definición de fines, metas y objetivos.
 - 3.4. Definición del contexto de la intervención.
 - 3.5. Empleo de la evidencia de efectividad.
 - 3.6. Elaboración del cronograma.
 - 4. *Diseño de la intervención.*
 - 4.1. Diseñado para la calidad y la efectividad.
 - 4.2. Si se selecciona una intervención ya existente.
 - 4.3. Adaptación de la intervención a la población diana.
 - 4.4. Si se planifican evaluaciones finales.
 - 5. *Gestión y movilización de recursos.*
 - 5.1. Planificación del programa. Ilustración de la planificación del proyecto.
 - 5.2. Planificación de los requisitos de financiación.
 - 5.3. Configuración del equipo.
 - 5.4. Captación y retención de los participantes.
 - 5.5. Preparación de los materiales del programa.
 - 5.6. Aportación de una descripción del programa.
 - 6. *Implementación y monitorización.*
 - 6.1. Si se desarrolla una intervención piloto.
 - 6.2. Implementación del programa.
 - 6.3. Monitorización de la implementación.
 - 6.4. Ajuste de la implementación.
 - 7. *Evaluaciones finales.*
 - 7.1. Si se realiza una evaluación de resultados.
 - 7.2. Si se realiza una evaluación de proceso.
 - 8. *Difusión y mejora.*
 - 8.1. Se determina si el programa debe ser mantenido.
 - 8.2. Divulgación de la información sobre el programa.
 - 8.3. Si se elabora un informe final.

Fuente: Brotherhood y Summall (2011, traducción española, 2019, pág. 41).



Tabla 5.2. Competencias que se precisan que tenga el personal para el éxito del programa.

Competencias básicas para la intervención.

Es decir, conocimientos generales y habilidades relacionados con la prevención efectiva de las drogodependencias.

Ejemplos de competencias: Conocimientos teóricos y prácticos sobre el consumo de drogas y respuestas eficaces a su consumo (por ej., conocimientos sobre las drogas y sus efectos, antecedentes del consumo de drogas, factores de riesgo y de protección, problemas relacionados con el alcohol y otras drogas, educación sobre drogas basada en la evidencia de efectividad, evidencia de la investigación y evaluaciones previas sobre prevención, tratamiento, cuidado y apoyo, servicios locales en materia de drogas y su situación, estrategia nacional sobre drogas y su práctica, cómo reducir los impactos negativos de las intervenciones), actuar como modelo a seguir (por ej., los trabajadores de prevención de las drogodependencias no consumen drogas), la consideración de las propias experiencias y actitudes hacia el consumo de drogas, tener la mente abierta hacia las opiniones de los participantes.

Competencias específicas para la intervención.

Es decir, tener conocimientos específicos y habilidades relevantes para la intervención.

Ejemplos de competencias: Conocimiento de los fines, metas y objetivos del programa; se identifican con los objetivos, fundamentos y valores esenciales del programa; conocimiento del plan del proyecto, del tipo de intervención y del contenido, del modelo teórico, de los beneficios para los participantes, de los grupos de interés; de cuáles son los servicios para la derivación de los destinatarios, acerca de la población diana (por ej., cómo perciben y qué experiencias tienen sobre consumos de drogas las poblaciones destinatarias).

Competencias generales.

Ejemplos de competencias: Conocimiento centrado en el destinatario, manejo de métodos interactivos, tener enfoques "holísticos", interactuar con los participantes sin prejuicios hacia ellos; tener habilidades de liderazgo, sentirse cómodos compartiendo liderazgo; tener habilidades para el trabajo en red, para la comunicación, la toma de decisiones, resolución de problemas, resolución de conflictos, pensamiento creativo; poder gestionar proyectos (por ej., saber realizar tareas administrativas, planificación a corto y largo plazo); habilidades metodológicas (por ej., conocimientos sobre monitorización y evaluación, saber de la importancia de la fidelidad al programa, sentirse responsable por la calidad de la implementación), tener confianza, motivación, compromiso con el programa.

Meta-competencias.

Es decir, competencias que permiten a los miembros del personal responder a las necesidades individuales de los participantes.

Ejemplos de competencias: Sensibilidad cultural (por ej., el reconocimiento de las diferencias culturales), el respeto de las necesidades culturalmente definidas, ser conscientes de los diferentes tipos de "cultura" (por ej., la cultura de la pobreza, la exclusión, el consumo de drogas), el reconocimiento de múltiples identidades; ética, (por ej., los derechos de los participantes); satisfacción de sus necesidades; cómo lidiar con situaciones delicadas (por ej., tener empatía).

Fuente: Brotherhood y Summall (2011, traducción española, 2019, pág. 56).



La primera fase del ciclo del proyecto de prevención es la de *evaluación de necesidades*. Aquí hay que ver que la intervención sea necesaria, las causas del consumo de drogas y los factores que contribuyen a esas necesidades. Evaluar el consumo de drogas, enmarcarlos en los problemas que causa a esa comunidad, es otro aspecto de la evaluación de necesidades. Todo ello debe venir guiado por las políticas y la legislación sobre drogas existente. Consideran cuatro tipos de necesidades: 1) políticas, 2) de la comunidad (generales), 3) las definidas por lagunas en la oferta de prevención, y 4) las de la población diana (específicas). Todo lo anterior debe llevar a justificar la intervención. Pero tiene que estar bien documentada y justificada. Tener en cuenta la opinión de la comunidad nos indicará si el programa es o no relevante para ella. Igualmente, hay que conocer la población diana en la que vamos a intervenir (factores de riesgo y de protección, cultura), al inicio del diseño, como el papel del consumo de drogas en ella (ej., el consumo de alcohol; los ritos de iniciación de ciertas culturas juveniles).

Suele distinguirse entre el grupo destinatario final (ej., jóvenes en riesgo de consumir drogas) del grupo intermedio, que no es el grupo de riesgo (ej., padres, profesores), pero que tienen influencia en la población diana. Suele intervenir en ellos para que influyan indirectamente en el comportamiento de la población diana.

La segunda fase es la de *evaluación de recursos*. El programa debe especificar los recursos disponibles, tanto en relación con la población diana y la comunidad como de las capacidades internas. Así sabremos si los objetivos del programa se pueden o no alcanzar con los recursos disponibles. Evaluar la población objetivo y los recursos de la comunidad nos indica quienes están dispuestos a participar en el programa, a apoyarlo, y si podemos contar con otros recursos (ej., redes sociales). Deben detectarse los apoyos, como los que se oponen al programa, como los recursos de que se dispone (ej., tener buenas relaciones para promocionar el programa).

La evaluación de las capacidades internas se refiere al personal, financiación y otros recursos disponibles del programa. Debemos conocerlos cuando formulamos el programa para ver si éste es factible. A veces, la aplicación del programa exige cierto tipo de cualificación del personal, transporte, uso de tecnologías de la información y comunicación, materiales diversos, para los que se precisa recursos suficientes para que el programa asegure su viabilidad.

La tercera fase es la de *formulación del programa*. En ella, se describe su contenido y estructura. Incluye cómo planificarlo, basándose en los dos puntos anteriores, de tal modo que la planificación sea centrada, detallada, coherente y realista. Los componentes del programa deben estar claramente definidos.

Los pasos que consideran en la formulación del programa son: 1) definición de la población diana, 2) utilización de un marco teórico que sustente la intervención, 3) definición de fines, metas y objetivos, 4) definición del contexto de la intervención, 5) empleo de la evidencia de efectividad, y 6) elaboración del cronograma. Todos estos puntos son de una gran relevancia en el diseño de un programa preventivo. Definir la población diana es esencial para que la intervención se dirija a ella, pudiendo ser personas, grupos, familias, organizaciones, comunidades o instituciones. La utilización de un modelo teórico adecuado para sustentar la intervención facilita conocer mejor la realidad de lo que hacemos y lograr con mayor probabilidad que el programa cumpla sus objetivos con éxito. Definir fines, metas y objetivos es básico en cualquier formulación de un programa. El contexto de la intervención es el lugar físico y/o social en el que se desarrolla la misma (ej., en una escuela). Éste debe estar claramente definido. En toda la planificación debe tenerse en cuenta lo que funciona, lo que ha demostrado que es eficaz. Esta evidencia científica debe integrarse con la experiencia técnica de los profesionales. Finalmente, tenemos que disponer de un



cronograma. Éste debe ser realista, cara a la planificación y aplicación del programa, y debe ser actualizado durante la aplicación, para que se adecúe al desarrollo real del programa.

La cuarta fase es el *diseño de la intervención*. La intervención a aplicar debe estar basada en la calidad y la efectividad. Los participantes deben percibir las actividades planificadas como atractivas, interesantes y progresivas. No deben olvidarse los aspectos éticos. Si se selecciona una intervención ya existente debe adecuarse a las particularidades del programa. Disponemos de bases de datos sobre programas eficaces. La intervención debe adaptarse a la población diana de acuerdo con el resultado del análisis de necesidades. En esta etapa también debe planificarse el seguimiento y evaluación final del programa, tanto de proceso como de resultado. Todo programa debe ser evaluado. Debemos disponer de recursos para hacerlo.

La quinta fase es la de *gestión y movilización de recursos*. La buena gestión de un programa preventivo es básica, como disponer de recursos, o buscarlos cuando se precisan. En esta fase consideran seis aspectos. El primero es planificar el programa. Debemos tener un documento escrito en donde aparezca todo detallado. Sugieran la utilización del *Prevention and Evaluation Resources Kit* (PERK) del EMCDDA (2010), que comentaremos en otro punto. El segundo aspecto es planificar las necesidades de financiación. Debemos ver las necesidades (costes) y capacidades (presupuestos) para determinar los recursos necesarios y de los que podemos disponer. El tercero es establecer el equipo: componentes, funciones y responsabilidades, y tareas asignadas. El cuarto es el de involucrar y retener a los participantes: es la población diana. A ellos debe explicársele el programa, seguir los principios éticos, que participen, retenerlos en el mismo e identificar las barreras para lograrlo. El quinto es preparar los materiales del programa: manual, material audiovisual, páginas web, etc. El sexto es el de proporcionar una descripción del programa. Debe estar por escrito, ser claro y describir todo lo que se va a hacer (ej., tipo de intervención y actividades). Esta descripción hay que adecuarla a quien se dirige tal información (ej., no puede ser igual para la población diana que para quien financia el programa). La misma debe actualizarse conforme va avanzando el programa. Todos los aspectos de esta fase se hacen al mismo tiempo que la del diseño de la intervención.

La sexta fase es la de *implementación y monitorización*. Es cuando se ejecuta el programa y vemos cómo funciona. Si la intervención es piloto, o nueva, la habrá que aplicar y evaluar en un pequeño grupo de participantes. Cuando ya aplicamos una intervención efectiva, viable y ética, lo hacemos según lo planificado con la necesaria flexibilidad, detallando todo lo que ocurre, como aspectos inesperados, desviaciones del plan y posibles fallos. Durante la aplicación del programa hay que recoger datos, al inicio y al final, al menos, para el análisis del proceso y del resultado. Habrá que comprobar que el programa se aplica con fidelidad y es relevante para los participantes. Si es preciso, debe ajustarse la implementación. Ésta debe ser revisada con frecuencia para identificar posibles problemas que pueden surgir y solucionarlos. Se espera que la implementación sea de alta calidad (seguir lo previsto, relevante para los participantes, ética, efectiva y viable). Pero estos cambios deben ser mínimos, para mantener la fidelidad del programa, justificarlos cuando hay que hacerlos, y siempre orientados a la mejora del programa o a evitar su impacto negativo.

La séptima fase es la *evaluación final*. En ella se evalúa el proceso y/o resultados de la ejecución del programa. Se evalúa el cambio de conducta, sobre todo el consumo de drogas, para la evaluación de resultados. Y los resultados de las actividades (ej., número de sesiones realizadas, número de participantes) para la evaluación de proceso. Con ello sabemos si es eficaz la intervención, cómo se realizó, calidad y utilidad, aceptación, fidelidad, recursos utilizados, etc. Los datos de la evaluación de proceso contribuyen a explicar los datos de la evaluación de resultados y a conocer la fidelidad de la implementación del programa.



La octava y última fase es la de *difusión y mejora*. Hacerlo facilita la continuidad del programa. Esto es lo ideal, dependiendo en gran parte de la financiación. Si hay evidencia empírica de la eficacia del programa es más fácil que continúe. Si hay una evaluación de resultados es mucho mejor. Si es ineficaz no continuará o habrá que cambiarlo por otro. A veces, cuando solo hay evaluación del proceso, se puede justificar mantener el programa (ej., por los altos niveles de satisfacción).

La difusión del programa puede hacerse para los que lo aplican, para los que lo financian, miembros de la comunidad o grupos de especial interés. Esta difusión permite obtener feedback del programa y poder hacer cambios, si las sugerencias son adecuadas. Si no ha funcionado puede ser contraproducente su difusión, o cuando no va a continuar el mismo.

En el informe final del programa aplicado debe incluir sus actividades y la evaluación final. Sugieren se utilice para ello los pasos que hemos visto hasta aquí, sus ocho fases, aunque adaptando el mismo al destinatario (ej., público en general, entidad financiadora, página web del programa, etc.).

2.2. Kit de recursos para la prevención y la evaluación (PERK)

El kit de recursos para la prevención y la evaluación (*Prevention and Evaluation Resources Kit, PERK*) es un manual elaborado por el Observatorio Europeo de Drogas y las Adicciones de Lisboa (EMCDDA, 2010) con el objetivo de compilar los principios básicos de la prevención basada en la evidencia, reglas para la planificación y consejos para la evaluación. El documento ha sido compilado por Gregor Burkhardt. Se orienta tanto a profesionales como a planificadores de los programas preventivos. Es un conjunto de pasos, sencillos y fáciles de seguir, que le sirven al técnico de prevención para organizar su programa preventivo y su evaluación. Incluye ejemplos y esquemas que permiten seguirlo bien.

El PERK sigue un modelo lógico, como indicamos en la figura 5.2.

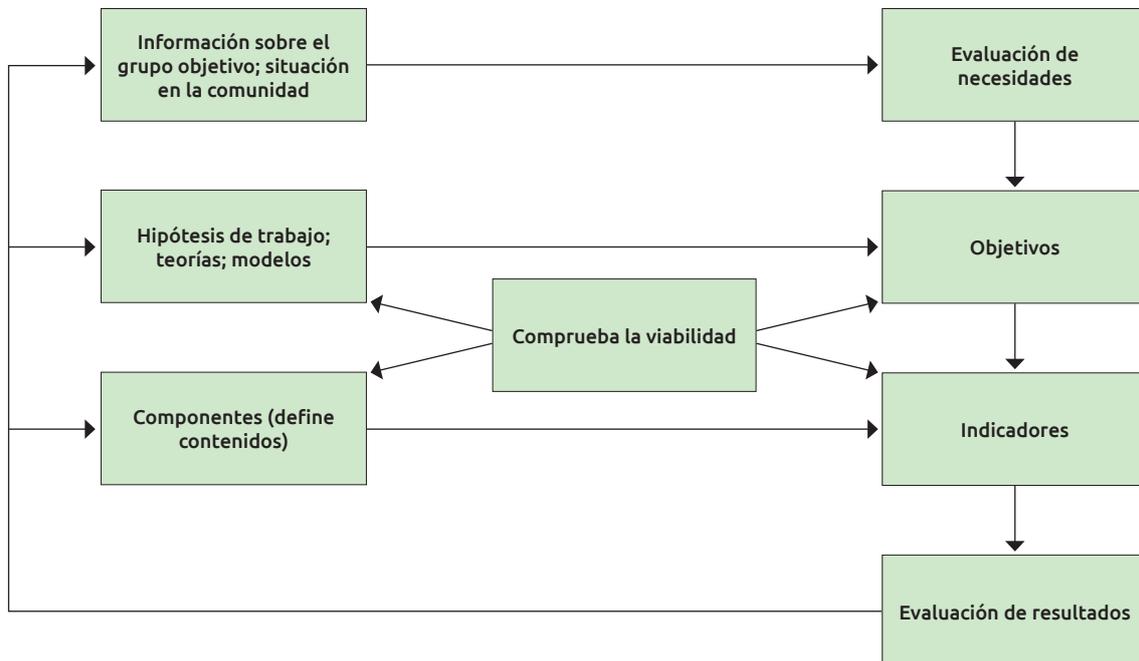
El PERK considera que la evaluación está muy unida a la planificación del proyecto y a su implementación. Los pasos que tendría el modelo lógico del PERK serían los siguientes:

1. Evaluación de necesidades.
2. Clarificar los objetivos, plantear la hipótesis de trabajo y definir los contenidos.
3. Seleccionar las estrategias y métodos.
4. Comprobar la viabilidad (ej., barreras a la implementación, recursos disponibles, coordinación).
5. Implementación del programa y evaluación del proceso.
6. Evaluación del resultado.
7. Finalización y conclusión.

A lo largo del manual desarrollan los contenidos de estos apartados, junto a ejemplos que hacen más fácil seguirlo y poder planificar la implementación. No nos detenemos en el PERK porque parte de este está incluido en los estándares europeos de calidad en la prevención, o en la guía de evaluación de la prevención de drogas que vemos a continuación.



Figura 5.2. Modelo lógico del PERK, Kit de recursos para la prevención y la evaluación.



Fuente: EMCDDA (2010, pág. 9).

2.3. Guía para la evaluación de la prevención de drogas

Kröger et al. (2012) han actualizado su previa guía sobre la evaluación de la prevención de drogas (Kröger et al., 1998), también publicada por el Observatorio de Drogas y otras Adicciones de Lisboa, que viene siguiéndose desde hace años. La guía inicial, como la actualizada, presenta de modo breve, pero muy bien estructurado, los pasos que hay que seguir para evaluar los programas preventivos de drogas y el resto de las actividades del campo preventivo.

Para ellos la prevención “es cualquier actividad que retrasa o reduce el consumo de sustancias” (Kröger et al., 2012, pág. 9). Su último manual de 2012 se orienta a la evaluación de los programas preventivos, siguiendo una serie de pasos, cuando ponemos en marcha una intervención preventiva, y sobre todo su evaluación, para saber si la misma funciona o no. Para ellos “evaluar una intervención preventiva significa recoger, analizar e interpretar sistemáticamente información sobre cómo trabaja la intervención, con qué efectos, y para quien, mediante la utilización rigurosa de los métodos de investigación científica, para juzgar el mérito y el valor de una intervención. El conocimiento que surge de una evaluación puede ser utilizado para decidir cómo mejorar una intervención, ampliarla o abandonarla y sacar lecciones para diseñar futuros programas o para mejorar los existentes” (pág. 17). La evaluación debe responder a las cuestiones que aparecen en la tabla 5.3. Así, sabremos si la intervención es exitosa o no. Ello ayuda a tomar decisiones sobre la financiación y mantenimiento del programa.



Tabla 5.3. Cuestiones que debe responder la evaluación de una intervención preventiva, según Kröeger et al. (2012, pág. 12-13).

- ¿El proyecto o programa está planificado y diseñado adecuadamente?
- ¿Las estrategias de las intervenciones se basan en recomendaciones y evidencias científicas?
- ¿Cómo se involucraron los diferentes interesados a nivel de la comunidad y de los organismos u organizaciones implicadas?
- ¿Cuál es la teoría del programa? ¿Es consistente?
- ¿Cómo se está implementando la intervención?
- ¿La intervención llega realmente al grupo destinatario?
- ¿Cuáles son los resultados? ¿Cómo cambian en relación con diferentes contextos y circunstancias?
- ¿Ocurren resultados no deseados positivos o negativos? ¿Tiene en cuenta el problema de la equidad y los riesgos de las desigualdades en salud?
- ¿Es el programa eficiente (relación calidad-precio) y relevante?
- ¿Es posible distinguir en los resultados fracasos debido a diseños deficientes, o asunciones teóricas inadecuadas, de los debidos al manejo e implementación inadecuados del programa?
- ¿Qué lecciones podemos extraer de los resultados de la evaluación? ¿Es posible generalizarlos y transferirlos a contextos más amplios?

Kröeger et al. (2012) consideran cinco fases en la planificación de la intervención preventiva. Cada una de ellas, a su vez, tiene varios componentes, con lo cual cubren todos los aspectos que tenemos que seguir en una intervención preventiva desde el inicio hasta el final. Proponen cómo debe hacerse la planificación, cómo seguirla adecuadamente y cómo afrontar los problemas que pueden surgir a lo largo de la misma.

La primera fase es la de *planificar la evaluación de la intervención*. Ello implica conocer el fenómeno del consumo de drogas, al que aplicaremos una intervención preventiva. Aquí debemos saber si la intervención se ha diseñado para ello, fuentes de información sobre ello, características sociodemográficas de los afectados, qué lleva a que el fenómeno ocurra o no, desde cuando está presente y si ha cambiado a lo largo del tiempo. Una vez definido el fenómeno se debe indicar cuál es la teoría que nos guía y qué estrategia concreta se va a utilizar para prevenirlo. Así, tenemos un modelo lógico o teoría que sustenta el programa. Ello nos permite responder a la pregunta de qué explica mejor el origen del fenómeno, factores que lo mantienen, tener descrita en detalle la intervención, si es adecuada la teoría para el programa, o hay que adaptarla. Todo lo anterior nos permitirá saber si se necesita una intervención preventiva. Si la respuesta es afirmativa, hay que delimitar el grupo objetivo en el que se intervendrá. Aquí suele diferenciarse entre el grupo objetivo (o población diana) del grupo intermedio (ej., padres). Esto nos lleva a los objetivos de la intervención, a los resultados y a las estrategias que se utilizarán para lograr los objetivos. Igualmente, hay que saber de qué recursos disponemos (económicos, de personal, de tiempo, u otros, y las barreras para la implementación o la evaluación). Queda la planificación del proceso de evaluación (tipo de evaluación, recursos disponibles, etc.).

La segunda fase es la de *diseñar y llevar a cabo una evaluación basada en la teoría*. Todo programa se basa en las asunciones de una o varias teorías. Se espera que los componentes del programa afecten a los resultados basados en ella. Las teorías permiten predecir el cambio. A veces los programas también utilizan una teoría de implementación, que es un modelo lógico que se utiliza para la evaluación.



En esta segunda fase también incluyen los objetivos y como utilizar la evaluación. Hay dos principales propósitos: responsabilidad y aprendizaje. Aquí deben plantearse las cuestiones que queremos responder con la evaluación. Ello nos conducirá a decidir el diseño de evaluación y el método a utilizar (ej., cuantitativo, cualitativo, o mixto). Finalmente, está cómo interpretar los resultados y cómo utilizarlos. El que lea los resultados puede tener expectativas y asunciones no realistas, haber interpretaciones alternativas a lo obtenido, por lo que debe considerarse el contexto de aplicación, el contexto de políticas sobre prevención, y si hay otros recursos o programas en marcha que puedan incidir en los resultados.

La tercera fase atañe a *la evaluación del proceso y el sistema de monitoreo*. En la evaluación se utilizará una metodología cuantitativa o cualitativa para conocer cómo funciona el programa, cómo es la implementación, reacciones de los participantes y de otras personas implicadas. Esta información es muy valiosa, tanto para conocer la implementación como para mejorarla en el futuro. Su monitoreo suele hacerse por parte del propio personal del staff. Las fases de todo el proceso son las de: 1) planificar el proceso de evaluación (ej., qué tipo de información cualitativa o cuantitativa queremos evaluar), 2) monitorizar la intervención preventiva, en la que nos interesa conocer la adherencia, la fidelidad, la reintervención, los cambios inesperados y los no intencionales, 3) el grupo objetivo, como participantes, características socio-demográficas, cómo se recoge la información, cómo se evalúa la exposición al programa, tareas, si se han hecho cambios en el plan inicial, 4) calidad de la intervención preventiva, reacciones y actitudes del grupo ante el programa, y 5) discusión de los resultados del proceso de evaluación (los resultados obtenidos deben ser analizados e interpretados) y comparados con otras evaluaciones y estudios.

La cuarta fase es la de *evaluación de resultados*. En ella analizaremos el efecto de la intervención, si logra o no los objetivos planteados. Se seguirán los pasos de: 1) planificación de la evaluación de resultados. Esta se planificará previamente, especificando los indicadores de resultado, cómo los obtendremos (cualitativos o cuantitativos) e instrumentos para recoger la información. Suele evaluarse el consumo de sustancias, variables relacionadas (mediadoras) directamente (ej., intención a consumir drogas) e indirectamente (ej., los factores de riesgo y de protección) relacionados con el consumo. También se pueden evaluar otras variables que nos puedan interesar (ej., rendimiento académico, conducta antisocial). Evaluaremos otras variables relacionadas en el grupo intermedio (ej., padres). 2) Cómo hacer la evaluación de resultados. Hay que diseñar y describir cómo hacerla (muestra, diseño, instrumentos a utilizar, recolección de datos, análisis estadístico a utilizar). 3) Muestra. Debe describirse lo más detalladamente posible la muestra (reclutamiento, características sociodemográficas, abandonos, etc.). 4) Resultados. Estos deben indicarse en tablas y figuras, lo más fáciles de interpretar, tanto en lo referido al grupo objetivo final como intermedio, considerando también las diferencias que hay entre subgrupos (ej., por sexo y edad). 5) Discusión de resultados. Aquí, los resultados obtenidos se analizan e interpretan. Se comparan con otras evaluaciones y estudios relevantes. Se hacen sugerencias para el futuro en función de los resultados obtenidos.

La quinta y última fase es la *de comunicación de los resultados*. Cuando ya se ha finalizado la evaluación queda comunicar lo que se ha obtenido, en un informe o en una publicación, con las conclusiones a las que se ha llegado. Es relevante hacerlo, sobre todo para la toma de decisiones futuras sobre el programa. El tipo de información debe adecuarse al grupo al que se dirige.

Una parte del manual detalla de modo amplio todo lo anterior, junto con ejemplos de los distintos pasos y apartados de la planificación de la evaluación de una intervención preventiva.



2.4. Criterios de calidad y evidencia en la reducción de la demanda de Copolad

El Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, conocido abreviadamente como COPOLAD, es un proyecto financiado por la Unión Europea, que se ha coordinado desde España. La idea central del mismo es intercambiar experiencias y facilitar la coordinación en materia de drogas, sobre todo a nivel gubernamental y de sus expertos en drogas, entre la Unión Europea y América Latina. En él han participado cuatro países europeos y un gran número de países de América Latina.

El programa COPOLAD ha elaborado materiales, coordinado grupos, realizado cursos de formación, reuniones sectoriales y otro amplio conjunto de actividades. Uno de los productos relevantes ha sido la publicación del manual "*Criterios de calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas*" (Salvador-Llivina y Babín, 2014). En la elaboración de dicho documento participaron 10 países, 15 instituciones y más de 170 expertos y profesionales del ámbito iberoamericano. Parten de la definición de estándares de calidad de la OEDT "principios o grupo de reglas generalmente aceptadas para la mejor o más apropiada forma de implementar una intervención". Para ello revisaron evidencias de eficacia y recomendaciones de distintos organismos internacionales. Encontraron 336 criterios. Varios grupos Delphi trabajaron sobre ello en tres aspectos: 1) Prevención. Reducción de riesgos asociados al consumo. 2) Tratamiento. Reducción de daños asociados al consumo. Y, 3) incorporación social. A partir de ahí crearon varios grupos focales de los que surgieron los criterios finales. Estos los consideraron en dos tipos: básicos y avanzados. En la tabla 5.4 indicamos su enumeración. En cada uno de ellos hay varios apartados específicos que los desarrollan. El objetivo final que pretenden es que cada país pueda tener unos criterios de acreditación para sus programas que cumplan con criterios mínimos de calidad y de acuerdo con la evidencia científica disponible.

Tabla 5.4. Criterios avanzados de calidad de Copolad para la prevención del consumo de drogas.

1) Criterios comunes a todos los programas de reducción de la demanda de drogas.

Criterios estructurales.

- Principios éticos y derechos de las personas beneficiarias de los programas.
- Aspectos normativos.
- Aspectos financieros.
- Recursos humanos.
- Infraestructuras e instalaciones.
- Mecanismos de colaboración y coordinación.

Criterios funcionales o de proceso.

- Aspectos organizativos.
- Sistemas de información y documentación.

Criterios de evaluación.

2) Criterios específicos para la acreditación de los programas de prevención.

Criterios funcionales o de proceso.

- Evaluación y análisis de necesidades.
- Identificación e implicación de las partes implicadas.
- Evaluación de recursos.
- Diseño/formulación del programa.
- Seguimiento del programa.

Criterios de evaluación.

- Indicadores, herramientas, momentos de las evaluaciones, evaluación de resultados, evaluación del proceso, informe final.

Fuente: Salvador-Llivina y Babín (2014).



3. Guía de buenas prácticas en el diseño, implementación y evaluación de un programa preventivo

A continuación, exponemos una guía de buenas prácticas para el diseño, implementación y evaluación de un programa preventivo. Es una síntesis de lo que conocemos, con pasos en un orden lógico y cronológico. Esto significa pasar por todas las etapas cuando hablamos de un programa preventivo que vamos a aplicar, desde ver la necesidad del mismo, conocer la realidad del consumo de drogas en esa población o grupo, tener un encargo para aplicar un programa preventivo, disponer de financiación y medios para implantarlo, seleccionar el mejor programa preventivo, tener experiencia en prevención y formar a los que lo van a aplicar, de ser el caso, conocer el grupo diana al que lo vamos a aplicar, junto a sus factores de riesgo y de protección, aplicar el programa preventivo (sea a nivel escolar, familiar, comunitario u otros), tener en cuenta los distintos problemas que se pueden presentar en la implementación, evaluar el programa para ver si funciona o no, y, cuando tenemos resultados del mismo, hacer su difusión y presentar el informe de lo realizado. Finalmente, queda el importante aspecto de mantenerlo en el tiempo. En las páginas que siguen, presentamos los pasos que hay que seguir desde el inicial hasta el final de todo este proceso (tabla 5.5).

Tabla 5.5. Guía de buenas prácticas en el diseño, implementación y evaluación de un programa preventivo.

1. La necesidad del programa preventivo.
2. Conocer los factores de riesgo y protección, así como el contexto social en donde vamos a aplicar el programa.
3. Tener un marco teórico de referencia.
4. La delimitación del grupo o grupos objetivo (población diana).
5. El diseño del plan de prevención: objetivos.
6. La selección del programa preventivo.
7. Métodos y técnicas de intervención.
8. Los responsables, profesionales y aplicadores del programa preventivo.
9. Recursos disponibles y adecuación del programa a los mismos.
10. La coordinación y colaboración vinculada al programa preventivo.
11. Cronograma.
12. Principios éticos.
13. La implementación del programa preventivo.
14. La evaluación del programa preventivo (evaluación del proceso, del resultado, del impacto y de su validez interna y externa).
15. La difusión de resultados del programa preventivo.
16. El necesario mantenimiento del programa preventivo en el tiempo.
17. La continua mejora del programa preventivo y de la práctica preventiva.

3.1. La necesidad del programa preventivo

Como hemos visto, el consumo de drogas es un problema de una enorme magnitud en nuestra sociedad. Pero esto que para nosotros es tan claro, no lo es para todas las personas, y menos en muchas ocasiones para los responsables de tomar decisiones. Pueden aducir que hay otros problemas más prioritarios, bien por ignorancia, por dejadez o por intereses ocultos. Por ello, si no se ve la necesidad de un programa preventivo, para atajar un problema, no será posible hacer nada. De ahí que el primer paso en la implementación de un programa preventivo es que se vea su necesidad.



En ocasiones a esto lo denominamos definición del problema y actuaciones que se pueden poner en marcha para solucionar el mismo (Brotherhood y Summall, 2013, Becoña, 2002; Becoña y Martín, 1994, Kröeger et al., 1998, 2012). Por suerte, este problema, el consumo de drogas y sus consecuencias, es hoy bien conocido, pero también se ha normalizado de modo importante el mismo.

La implantación de un programa preventivo puede surgir de un profesional o grupo de profesionales que plantea a un colegio, organización u organismo público su implantación, de una administración (autonómica o local), de una asociación, grupo o fundación que quiere hacer algo sobre la temática, o porque alguna de las anteriores tiene disponible un dinero para hacer algo en el tema. Hay una gran variedad de posibles demandas cuando hablamos de prevención de drogas. También es cierto que las administraciones públicas tienen la responsabilidad de aplicar programas preventivos, siguiendo las normativas internacionales y nacionales sobre ello. Éstas lo hacen con distinto nivel de intensidad, desde alto hasta casi inexistente.

Unido a lo anterior está la necesidad de llevar a cabo una intervención preventiva de calidad, lo que implica que el profesional que dirija el proceso sea el adecuado, que los aplicadores estén bien entrenados, que se disponga de recursos suficientes, que se seleccione el programa adecuado a aplicar, cómo evaluarlo, etc. Estos son pasos posteriores pero que ya hay que tener presente desde el principio.

Ayuda mucho a lo anterior tener claramente definido el problema, a nivel cuantitativo si es posible, como cuando conocemos la prevalencia del consumo en ese lugar, efectos que produce (ej., número de comas etílicos que ingresan en urgencias o personas que acuden a los servicios de emergencias), molestias vecinales (ej., por las quejas de los vecinos por el botellón).

En función de quien haga la demanda del programa preventivo así van a ser sus expectativas, cara a su solución, y a los recursos que está dispuesto a invertir. Así, muchas personas, ajenas al campo preventivo y de las adicciones, siguen creyendo y afirmando todavía hoy que el problema del consumo se soluciona fácilmente con conferencias a los padres y proporcionar información a los adolescentes. Otros, creen que la única solución es implantar medidas represivas. Y, hay incluso aquellos que, a pesar de que están de acuerdo en que se apliquen programas preventivos, están convencidos de que los mismos no lograrán nada. En suma, hay una gran ignorancia social sobre la prevención de las drogodependencias que vamos a sufrir cuando se quiere implantar un programa preventivo. Este es el primer paso que en muchas ocasiones hay que clarificar con el responsable de darle el visto bueno al programa o de financiarlo.

Si hemos superado la fase anterior, entonces tenemos que aclarar qué vamos a hacer para prevenir el consumo de drogas. Esto implica conocer el abanico de posibilidades que nos da el campo preventivo. El programa puede ser solo escolar, familiar, comunitario o de prevención ambiental, o una combinación de ambos. En función del problema, de lo que queramos hacer, y de los recursos disponibles, diseñaremos lo que vamos a hacer, a qué grupo/s lo aplicaremos, y en qué periodo temporal.

3.2. Conocer los factores de riesgo y protección, así como el contexto social en donde vamos a aplicar el programa

Hoy es central conocer los factores de riesgo y de protección asociados con el consumo de drogas. Lo que hacemos realmente en un programa preventivo es potenciar los factores de protección y procurar que disminuyan o desaparezcan los de riesgo. Conocerlos ha sido un paso muy



importante, que ha permitido un gran avance del campo preventivo. En un capítulo previo hemos analizamos extensamente los mismos.

Igualmente, es relevante que la persona que va a aplicar el programa preventivo conozca el contexto social en el que lo va a aplicar. Esto sirve, sobre todo, para conocer si hay una clara voluntad de que se aplique tal programa, personas que lo apoyan y personas que no están de acuerdo con el mismo, o que lo pueden boicotear. Tengamos en cuenta que, aunque hablamos genéricamente de drogas, luego en la práctica lo que vamos a prevenir es el consumo de alcohol, tabaco y a veces cannabis, en función de la edad. Y aquí podemos chocar con muchos intereses, como hemos conocido bien históricamente con la industria del tabaco, y seguimos viendo hoy con la industria del alcohol, sobre todo la de las bebidas de alta graduación.

3.3. Tener un marco teórico de referencia

Desde hace unas décadas ha cobrado una gran relevancia en el campo preventivo disponer de un marco teórico de referencia que nos guíe lo que vamos a hacer. Los marcos teóricos lo que hacen es organizar la información de que disponemos sobre las drogas, y los factores bio-psico-sociales que se relacionan con el consumo, que nos permiten explicar el fenómeno del consumo de drogas y, al tiempo, conocer los mecanismos que llevan al inicio en el consumo, su mantenimiento y los factores que permiten el abandono. De este modo sabemos lo que podemos hacer cuando ponemos en práctica un programa preventivo y hacia dónde orientar éste. Los modelos o teorías tienen que basarse en los datos empíricos disponibles, en los modelos y teorías que han mostrado explicar adecuadamente la conducta. En un capítulo previo indicamos varias de las teorías y modelos teóricos de referencia. También, como iremos viendo en los sucesivos capítulos, los programas preventivos se fundamentan en teorías concretas.

En Becoña (1999), en español, y West (2013), en inglés, pueden verse las principales teorías que se utilizan en el campo de las drogodependencias y de la prevención de drogas.

3.4. La delimitación del grupo o grupos objetivo (población diana)

Cuando vamos a aplicar un programa preventivo es imprescindible saber a quién nos vamos a dirigir o, dicho de otro modo, quién es nuestro grupo o grupos objetivo. Es lo que conocemos también como población diana.

Si oímos decir que se quiere aplicar una estrategia de prevención para toda la población muy probablemente se está tratando de expresar simplemente que se pretende dotar de información sobre drogas a la población. En el campo preventivo es necesario ser más concretos y precisos. Hay que delimitar claramente el grupo al que dirigimos la intervención preventiva, aparte de definir qué objetivos pretendemos lograr, qué tipo de prevención vamos a aplicar, cómo la vamos a implantar y cómo realizaremos su evaluación.

Dentro del grupo objetivo suele diferenciarse entre el grupo objetivo final y el grupo intermedio. El *grupo objetivo final* es el grupo de personas que se benefician en última instancia de la intervención (ej., jóvenes del segundo ciclo de la ESO). Esto permite delimitar a qué edades aplicaremos el programa, dónde, con qué tipo de programa y medios, recursos, etc. Normalmente, los programas preven-



tivos escolares, que son los más frecuentemente utilizados, se aplican a los grupos de mayor riesgo, normalmente entre 12 y 16 años. Pero hay otro tipo de programas que se pueden aplicar a edades más tempranas (ej., de 6 a 8 años) o más tardías (ej., en la Universidad o en el lugar de trabajo). A su vez, el *grupo objetivo intermedio* es aquel que sirve de “mediador” en la transmisión del contenido de la intervención dirigida al grupo objetivo final. Suelen ser profesores y padres de los alumnos escolarizados; profesionales del centro asistencial de drogodependencias y de los centros de salud; monitores del centro cultural, y miembros de las asociaciones de vecinos y de la asociación de familiares, etc.

Como luego veremos, los recursos van a marcar lo que podemos hacer a nivel de intensidad y número de personas o grupos a los que llegaremos. En esta fase hay que ser realistas e ir adecuando lo que vamos a hacer, o a las personas a las que queremos llegar, en función de la demanda que hemos recibido, objetivos de la intervención y de la viabilidad económica y temporal de hacer lo que vamos a planificar.

3.5. El diseño del plan de prevención: objetivos

Cuando empezamos a diseñar el plan de intervención lo primero que tenemos que hacer, en función de los pasos previos, es plantear los objetivos que queremos conseguir con el programa preventivo. Está claro que el objetivo general es prevenir el consumo de drogas, o reducir la edad de inicio al consumo, para lograr que las personas consuman menos que antes del programa. Pero esto sigue siendo un planteamiento general, de buenas intenciones, que hay que operativizar. Es decir, hay que especificarlo más, sobre todo porque nos van a exigir una evaluación, sea de proceso, resultados o impacto, y éstas tienen que hacerse sobre unos objetivos claros y operativos. En función de los objetivos seleccionaremos un tipo u otro de programa, estrategias, técnicas, etc.

En la tabla 5.6 ponemos como ejemplo los objetivos de un programa preventivo para universitarios.

Tabla 5.6. Objetivos del programa preventivo *Riesgos y Desafíos* para estudiantes universitarios.

1. Facilitar la adaptación y el éxito del estudiante en el contexto universitario.
2. Promover la construcción de una red social de apoyo entre los estudiantes.
3. Desarrollar competencias personales e interpersonales.
4. Promover comportamientos de protección y prevenir comportamientos de riesgo para la salud.
5. Promover la consolidación de la propia identidad.
6. Disminuir las tasas de abandono en el primer año de universidad.
7. Reducir la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes y retrasar la edad del primer consumo.
8. Evitar la transición de la experimentación con sustancias al abuso o dependencia.
9. Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
10. Aumentar el nivel de información/sensibilización sobre el alcohol y los riesgos asociados al consumo.
11. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en los que ya consumen drogas o tienen problemas de abuso o dependencia.
12. Educarles para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
13. Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo en relación con el consumo de drogas.
14. Promover la adopción de estilos de vida saludables.

Fuente: Rocha et al. (2018).



Los objetivos se pueden centrar en cambiar la conducta observable (ej., consumo de drogas), como en variables intermedias (ej., intenciones a consumir), o meramente incrementar la información sobre drogas. Ello se hace mediante el aprendizaje de distintas habilidades, cambios cognitivos y conductuales, mejorar las relaciones con sus amigos y familia, incrementar los factores de protección y disminuir los de riesgo, etc.

Cuando se plantea un objetivo éste debe relacionarse con un resultado que esperamos obtener con dicho programa preventivo. Para ello se precisa una descripción de objetivos que tenga en cuenta que: 1) los objetivos consisten en declaraciones específicas y medibles relativas al *resultado final* que quiere alcanzarse con el programa preventivo. Debe contemplar también el *período de tiempo* en el que deben alcanzarse esos resultados, así como las *condiciones* que exigen la realización de los objetivos que afectan a los medios utilizados para lograrlos. Y, 2) los objetivos deben referirse a todas y cada una de las fases, estrategias, medidas y destinatarios del programa. Por ello, deben presentarse siguiendo una *gradación* y una *secuencia* que va desde lo más general a lo más específico.

Es relevante diferenciar metas de objetivos:

- *Meta*: Se trata de un enunciado más amplio que el objetivo que otorga la dirección al plan del programa sin especificar aspectos concretos.
- *Objetivo general*: Es un enunciado que describe los resultados esperados antes que el procedimiento o los medios para alcanzar estos resultados.
- *Objetivo específico*: Son aquellos que matizan y concretan el objetivo general.

La formulación de objetivos es un “proceso de jerarquización descendente” que constituye esencialmente un proceso de gestión dirigido a iniciar la acción y a evaluar el efecto. Para lograr desarrollar esta tarea eficazmente es importante detenernos en el análisis de ese proceso, así como sus características y exigencias:

- *Proceso*: Los objetivos deben presentarse “en forma de árbol”: los más generales se desdoblarán en ramas más pequeñas que indicarán gradualmente su importancia y niveles de concreción. Así, la descomposición gradual de un objetivo en subobjetivos deberá ir acompañada de un aumento progresivo de la precisión. Las especificaciones se harán en: los comportamientos (utilizando verbos de acción cada vez más precisos), los contenidos (una descripción cada vez mayor de los mismos) y las circunstancias (una mejor descripción de las situaciones). Por lo tanto, el árbol de objetivos aparece como el resultado de un análisis ordenado y homogéneo de las actitudes, conocimientos y capacidades que se pretenden conseguir.

Tabla 5.7. Los objetivos de la prevención deberán adecuarse a las características del problema y a las necesidades existentes.

“Todo programa de prevención debe partir de un conocimiento del problema sobre el que se quiere intervenir y de un diagnóstico de necesidades que tenga en cuenta el contexto específico del área geográfica donde se va a aplicar, las características de la población destinataria, etc. Todo programa de prevención debe definir claramente cuál es esa información sobre cuál sea el problema y cuáles las necesidades”.

Fuente: Alvira (1999, pág. 17).



- *Características*: La primera y fundamental característica de los objetivos es que sean realizables, por lo tanto, alcanzables y realistas. A menudo se piensa que una virtud de un objetivo es su carácter maximalista, que aborde cuantos más aspectos mejor. Por el contrario, el planteamiento de objetivos de difícil logro contribuye a frustrar las posibilidades de la prevención y a desanimar a los que aplican el programa. No obstante, esto no conlleva renunciar a objetivos ambiciosos que se pueden considerar deseables e incluso abordables en el medio y largo plazo.

Otras características que deben reunir son: ser medibles, poseer plazos bien delimitados, incluir los recursos que serán necesarios y que sean acordes con la estrategia general que se persigue.

- *Exigencias*: Para evitar algunos de los errores más frecuentes en la formulación de objetivos, deben tenerse en cuenta las siguientes exigencias básicas: no confundir los objetivos generales con las metas, tal y como se expresaba anteriormente; no confundir los objetivos específicos con las actividades, aunque es bien cierto que en el proceso de operativización de los objetivos se llega a un punto en el que se alcanza una sutil línea divisoria entre ambos; no confundir los objetivos específicos con los recursos; no mantener la máxima coherencia entre los objetivos generales y los específicos.

Finalmente, conviene distinguir claramente también entre los “objetivos de resultados”, es decir, los objetivos relacionados con los objetivos esperados, y los “objetivos de proceso” que tienen que ver con los medios, procedimientos o métodos utilizados para lograr los resultados.

Todo lo anterior nos lleva a plantear las *metas globales del programa*, que suelen ser fundamentalmente, orientada a jóvenes, la de reducir las prevalencias de consumo entre la población objetivo final; retrasar la edad de inicio del grupo objetivo final; reducir los daños asociados al consumo; dotar a los adolescentes y jóvenes que componen el grupo objetivo de los conocimientos y competencias necesarios para enfrentarse a la presión de la oferta de alcohol y drogas; fomentar un ocio saludable entre los jóvenes incompatible con el consumo de alcohol y drogas; limitar la disponibilidad de bebidas alcohólicas para esta población adolescente y juvenil; y, sensibilizar e implicar al grupo objetivo intermedio y a la población general en la problemática y en las acciones que se lleven a cabo.

No nos olvidemos de los indicadores y de las fuentes de información que utilizaremos para los mismos en todo lo anterior (tabla 5.8).

Siguiendo esta secuencia que se señaló anteriormente, se procederá a la elaboración de los objetivos específicos. Estos se dirigirán al grupo objetivo final, como al intermedio. Como ejemplificamos en la tabla 5.9, para cada objetivo debemos tener unos indicadores y fuentes de información sobre ellos.



Tabla 5.8. Los indicadores en el campo preventivo.

“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 con otras variables. En numerosas ocasiones, aparecen establecidos como cocientes (porcentaje de población contactada sobre población potencial), índices, tasas o bajo alguna fórmula (la retención de los pacientes en el tratamiento).

Los indicadores son de una gran utilidad para controlar y conocer cuál es la evolución y los resultados en un programa. Se ofrecen como datos numéricos, aunque se refieren a una variable cualitativa, como por ejemplo la satisfacción.

Una vez seleccionados los indicadores de un programa, que suelen recoger informaciones tanto de 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”.

Fuente: Salvador et al. (2010, pág. 82-83).

Tabla 5.9. Ejemplo de indicadores y fuente de información para un objetivo preventivo.

- *Objetivo:* Durante el primer año de aplicación del programa, en jóvenes escolarizados de 12 a 16 años, se le proporcionará entrenamiento en habilidades personales y sociales para la vida capaces de ser aplicadas en situaciones directamente relacionadas con el consumo de drogas.
- *Indicador:* Número de escolares de 12 a 16 años que han recibido entrenamiento en habilidades para la vida.
- *Fuente de información:* Porcentaje de alumnos de esas edades que participan en el programa a lo largo del año escolar, los que lo completan, y los que acuden al menos a la mitad de las sesiones.

Fuente: Becoña y Martín (1994, pág. 175).

3.6. La selección del programa preventivo

La selección del programa preventivo es una parte central en todo lo que estamos viendo. Hoy sabemos lo que es y no es prevención, lo que funciona y no funciona en ella. Lo iremos viendo detalladamente en los distintos capítulos. La información no es prevención (tabla 5.10). La prevención es más compleja, requiere una buena formación profesional, habilidades personales diversas, capacidad de planificación y manejo de grupos, etc.

La selección del programa preventivo vendrá dada por la experiencia profesional que se tenga sobre prevención, por los datos científicos sobre programas preventivos, y la consulta de las distintas webs nacionales e internacionales de evidencia y eficacia de los programas preventivos. Hemos avanzado mucho en este aspecto en los últimos años. Disponer de ellas nos ha facilitado mucho el trabajo. En la tabla 5.11 indicamos las webs de referencia que podemos consultar si queremos seleccionar un programa preventivo eficaz. Hoy sabemos bien cómo seleccionarlo (Gottfredson et al., 2015).



Tabla 5.10. Información no es prevención.

“El punto de vista común sobre la prevención de las drogodependencias, particularmente para los profanos en la materia, es que ésta consiste en informar (generalmente en forma de advertencia) a los jóvenes acerca de los efectos (sobre todo de los peligros) del consumo de drogas. A menudo, la prevención se equipara a las campañas (de medios de comunicación). Sin embargo, actualmente no hay evidencia que sugiera que, solamente facilitando información sobre los efectos de las drogas, se tenga algún impacto en el comportamiento de consumir drogas, o que las campañas en los medios de comunicación sean rentables.”

Fuente: Brotherhood y Summall (2013, pág. 11).

La selección del programa preventivo tiene que ir modulada por las características culturales de nuestro medio, de si el programa seleccionado se ha adaptado o no aquí, de su coste y viabilidad. En los siguientes pasos iremos complementando éste y otros aspectos. En el caso del consumo de drogas, las variaciones en el consumo de unas u otras drogas por países, regiones o continentes son claras. Para aplicar una buena prevención de drogas es necesario partir de la diversidad cultural y de la droga social de esa cultura (ej., el alcohol en nuestro medio).

Relacionado con la diversidad cultural está el país o región en el que vivimos, o en el que queremos aplicar una acción preventiva. Por ejemplo, si en España, aparte del alcohol, hay un consumo muy alto de cocaína y cannabis (los mayores de Europa y de los primeros en el mundo), tenemos datos que nos indican que hay características socio-culturales que han llevado a esta situación. Pero tampoco podemos olvidar que hay razones geográficas que explican una parte de este fenómeno, como que España es la principal vía de entrada para toda Europa de la cocaína (desde centro América) y de cannabis (desde Marruecos y norte de África). Disponer de esas sustancias en una cantidad mayor que en otros países incrementa el riesgo, por la disponibilidad, accesibilidad y bajo coste, y lleva a que el consumo sea mayor. Lo mismo es conocido y aplicable a muchos países de América Latina que cultivan, producen, manufacturan o exportan, por ejemplo, cocaína.

En esas circunstancias no sólo es necesaria una reducción de la demanda (que podemos hacer con programas preventivos y medidas normativas), sino que es necesario también poner en práctica acciones de reducción de la oferta, o lo que es lo mismo, de represión del tráfico de drogas. De no combinar ambas estrategias pocos resultados conseguiremos.



Tabla 5.11. Webs más relevantes donde podemos ver distintos programas preventivos eficaces.

- Canadian Centre on Substance Use and Addiction, <http://www.ccsa.ca>.
- Cochrane Collaboration, <https://es.cochrane.org/es>.
- Prevención basada en la evidencia, España, <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net>.
- Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, registro de programas preventivos EDDRA, <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/eddra/home.htm>.
- Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, registro de programas preventivos Xchange, <https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>.
- Portal de buenas prácticas en prevención, <http://www.buenaspracticasadicciones.es>.
- Plan Nacional sobre Drogas (España), <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
- Prevención familiar, European Institute on Studies in Prevention, Irefrea, <http://www.prevencionfamiliar.net>.
- Portal de Buenas Prácticas en la Reducción de la Demanda de Drogas, <http://www.buenaspracticasadicciones.es>.
- Blueprints, <https://www.blueprintsprograms.org>.
- Copolad, <http://copolad.eu>.
- Mentor Foundation, <http://www.mentorfoundation.org>.
- United Nations Office on Drug and Crime, UNODC, <https://www.unodc.org>.
- SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, <https://www.samhsa.gov/find-help/prevention>.
- SAMHSA. Evidence-Based Practices Resource Center, <https://www.samhsa.gov/resource-search/ebp>.
- National Institute on Drug Abuse (Estados Unidos), www.drugabuse.gov.
- Society for Prevention Research, <http://www.preventionresearch.org>.

3.7. Métodos y técnicas de intervención

Para conseguir los objetivos que nos hemos propuesto tenemos que poner en práctica un programa preventivo. Éste, a nivel operativo, se compone de una serie de métodos y técnicas de intervención para lograrlos.

Para el contexto escolar los métodos y técnicas a utilizar deben seleccionarse en función del nivel de eficacia y eficiencia que tengan. En este momento, los programas psicosociales de entrenamiento en habilidades son los más adecuados. Esto significa que, dentro del programa escolar específico que les apliquemos a los adolescentes y jóvenes, utilizaremos técnicas como entrenamiento en habilidades sociales, proporcionar información objetiva sobre las drogas según la edad de las personas a las que va dirigida la intervención, conocimiento de la percepción distorsionada sobre el consumo, conocimiento e inmunización ante la influencia de la publicidad para el consumo de drogas y otras conductas no saludables, juego de roles para escenificar el ofrecimiento y rechazo de distintas sustancias, selección de líderes de grupos para que el trabajo en grupo sea más adecuado y se acerque lo más posible a la situación natural, etc.

Para implementar efectivamente el programa es necesario formar a los profesores, que son los que van a aplicarlo, en conocimientos básicos sobre las anteriores técnicas y familiarizarlos con el programa que van a llevar a cabo. También es importante que asuman los principios que subyacen a las mismas y que conozcan los métodos de intervención. Igualmente, que estén de acuerdo



con ellos por su eficacia y facilidad de utilización. Un buen consenso sobre lo que se va a hacer facilita el trabajo posterior de los profesores con los alumnos.

Como veremos en otro capítulo, lo ideal sería utilizar un programa comunitario, bajo el cual podamos aplicar distintos tipos de intervenciones preventivas, pero en muchos casos sólo se aplican programas escolares, familiares, ocio, etc.

Respecto al ámbito comunitario, medios de comunicación de masas y colectivos específicos, hay que utilizar otros métodos y técnicas basados en proporcionar información objetiva, concienciarlos de qué es una droga, qué es un individuo con problemas de drogas y a qué nos referimos cuando hablamos de las drogodependencias y al complejo fenómeno que las envuelve. Aparte de proporcionar información objetiva, fiable, sin sensacionalismos, adecuada lo más posible al receptor, también hay que analizar cómo la reciben, la procesan y finalmente la asumen. Esto exige reuniones con grupos concretos, bien sean de trabajo, seminarios, cursos, talleres, etc. En ellos se les puede entrenar en técnicas específicas como las anteriormente citadas, si fuese necesario, o mostrar la dinámica del consumo de drogas no sólo en los jóvenes sino en el resto de la sociedad, como se puede ejemplificar también en ellos mismos (ej., el consumo abusivo de alcohol en ciertas celebraciones con el riesgo de accidentes de tráfico, problemas físicos por fumar cigarrillos, su tolerancia ante el consumo de drogas ilegales, etc.). La utilización de folletos o material escrito es de gran ayuda para proporcionar información objetiva. Igualmente servirían videos, conferencias de expertos en drogodependencias (ej., del centro de drogodependencias, del centro de salud o del hospital), etc.

Entre los anteriores, consideramos de gran relevancia los medios de comunicación de masas, Se han utilizado poco por falta de recursos, resistencia de estos a colaborar activa, amplia y sostenidamente, o por carencia de interés por nuestra parte.

Actualmente, las redes sociales tienen una gran importancia para los jóvenes. Para ellos, es su modo principal de relacionarse y de estar en el mundo. De ahí que las mismas tienen un importante papel en la prevención. Deben ser utilizadas como un recurso más de tipo preventivo. En esta misma línea, en los últimos años ha habido un importante desarrollo de páginas web específicas para los programas preventivos, en donde las personas pueden acudir para consultar materiales o realizar tareas allí expuestas. Igualmente, se han desarrollado varias apps orientadas a la prevención de drogas, como videos y otros materiales de fácil acceso. Este tipo de tecnologías tendrán aún mayor relevancia en los próximos años. Con el desarrollo y generalización de la inteligencia artificial, en el futuro, será posible elaborar recursos fáciles de seguir y estar adaptados a las personas que sigan programas preventivos no presenciales, pudiendo ser también un complemento a los presenciales.

A veces se utilizan voluntarios en los programas preventivos (ej., los de ocio nocturno). En este caso, deben ser formados adecuadamente en los principios básicos de la prevención, en cómo hacer su trabajo, y que su perspectiva sea preventiva, no anti-preventiva, de reducción de daños o pro-consumo. Algunos programas han fracasado en el pasado por este tipo de motivos: los que querían hacer prevención, y colaborar en ella, eran los menos indicados para hacerlo, o incluso una parte de los que la hacían lo que facilitaban era el consumo de drogas (Calafat et al., 2004).



3.8. Los responsables, profesionales y aplicadores del programa preventivo

El campo preventivo tiene todavía por delante un largo recorrido. Un aspecto central es que los responsables, profesionales y aplicadores del programa preventivo tengan una buena formación y sepan hacer su trabajo con eficiencia.

Una ciencia, como la ciencia de la prevención, debe tener un conjunto de herramientas que la caracterizan, con un conjunto de conocimientos que la hacen tener un hueco en el campo del saber, lo que implica una adecuada aplicación de los programas (O'Connell et al., 2009). Esto no significa nada más que con su tecnología puede ayudar a las personas en un aspecto concreto de sus vidas. En este caso prevenir el consumo de drogas. Esto exige aprender y disponer de toda una serie de conocimientos teóricos y prácticos.

Pocos países han desarrollado programas de formación reglados en prevención en general, o en prevención de drogas en particular, bien de tipo universitario, o de postgrado. Cuando no los hay aparece el voluntarismo y no los técnicos. Esto ha ocurrido y sigue ocurriendo en muchos países. Tener una "idea" de algo, no significa que así se pueda ayudar a resolver ese problema. En el campo de la prevención de drogas todo profesional tiene que estar cualificado en las principales teorías que sustentan la prevención de drogas (basadas naturalmente en datos empíricos, no en lo que a uno se le ocurra), habilidades para poder poner en práctica dichos programas (tanto a nivel de conocimientos como de otras que son necesarias), conocer programas preventivos eficaces que se han implantado en ese contexto cultural, o adaptar programas de otro contexto cultural al nuestro, saber evaluar empíricamente dichos programas (con evaluación del proceso y del resultado), o que otras personas hagan dicha evaluación, saber utilizar técnicas de marketing para que el trabajo que se haga sea visible y le guste a la persona, grupo, institución, etc., que tiene que financiarlo; y que dicho programa, una vez que ha mostrado que funciona, que se pueda difundir y mantener en el tiempo.

En España no está clarificado qué profesional o profesionales son los idóneos para aplicar la prevención. No hay un reconocimiento legal para el preventólogo, técnico de prevención o experto en prevención. O, dicho de otro modo, no hay una titulación que cubra el trabajo en el campo preventivo. Es un campo abierto en el que pueden trabajar distintos profesionales. Por suerte, la formación en prevención de drogas, en forma de másteres universitarios, ha sido muy amplia en España en las últimas décadas.

Cuando una rama del saber es relevante, cuando el número de profesionales es importante, o cuando precisan clarificar, debatir o mejorar su formación, suelen formarse asociaciones profesionales sobre ese campo del saber. Esto también ha ocurrido en el campo de la prevención de drogas, pero de modo desigual en distintos países, siendo los anglosajones y europeos los que llevan la delantera.

En la tabla 5.12 indicamos las principales características de la sociedad científica norteamericana y de la europea dedicada a la prevención. Sus objetivos y fines son muy claros y representativos. Indican lo que se está haciendo ahora y lo que se hará en el futuro. Ambas asociaciones han surgido de propuestas de personas dedicadas principalmente a la prevención del consumo de drogas. Esto indica una vez más la relevancia de este campo. Como se puede apreciar, es necesario unirse para compartir conocimientos, habilidades, avances, etc., con muchas más personas que están haciendo lo mismo que nosotros. Y también para poder poner en común lo que se hace, lo que se puede mejorar, conocer los últimos avances, qué limitaciones tenemos en el campo preventivo, etc. Existe también alguna asociación nacional pero no tiene la relevancia de las anteriores.



Es necesario crear pequeñas asociaciones locales, regionales o nacionales que puedan permitir compartir lo más cercano, el trabajo cotidiano. Así, la persona no se siente sola en un campo en el que a veces es difícil trabajar o no siempre le comprenden como profesional de la prevención.

Tabla 5.12. Resumen de algunos de los principios en los que se basa la SPR, *Society for Science Prevention* (www.preventionresearch.org), cuya sede está en Estados Unidos, y la europea EUSPR, *European Society for Prevention Research*.

Principios de la Society for Prevention Research

La Sociedad para la Investigación en Prevención (*Society for Prevention Research, SPR*) es una organización dedicada al avance de la investigación científica sobre la etiología y la prevención de la salud social, física y mental, a los problemas académicos y a trasladar dicha información para promocionar la salud y el bienestar.

La multi-disciplinariedad de los miembros de la SPR es internacional e incluye científicos, profesionales, personas que hacen presión, administradores y responsables de políticas que valoran llevar a cabo y diseminar la ciencia de la prevención a lo largo de todo el mundo.

Principios de la European Society for Prevention Research

Misión. La Sociedad Europea para la Investigación en Prevención (*European Society for Prevention Research, EUSPR*) tiene como objetivo el avance de la ciencia de la prevención de base ambiental, universal, selectiva e indicada con el objetivo de mejorar la salud humana, el bienestar y reducir las desigualdades de salud.

Son elementos básicos la interdisciplinariedad entre científicos, desarrollar políticas públicas, desarrollo de metodologías, promoción de una mayor educación y desarrollo profesional en prevención y en la implementación de la investigación.

Miembros. Puede ser miembro de la sociedad cualquier trabajador cualificado en una disciplina relevante para la prevención, incluyendo investigadores de toda Europa e internacionales, profesionales, responsables de políticas públicas y estudiantes que compartan los objetivos de la Sociedad.

A pesar de que la sociedad es primariamente europea animamos a que se hagan miembros de la misma persona de otros países, especialmente aquellos profesionales que desean desarrollar uniones colaborativas con investigadores europeos.

¿Por qué se establece la EUSPR? En los países europeos hay un interés creciente por la prevención basada en la evidencia para los determinantes de la enfermedad y de la mala salud, que no va en paralelo con la inversión en recursos humanos y en la formación.

Por ello, este sector de la investigación no está en el punto principal de la agenda de muchas universidades e instituciones. Los científicos de la prevención trabajan de modo aislado y en un mundo unidisciplinar mientras que la investigación de calidad en este campo requiere la cooperación y el desarrollo metodológico más allá de los límites de las disciplinas académicas tradicionales, tales como la medicina, la psicología, la epidemiología, la bioestadística, los científicos sociales y la antropología.

No hay sociedades científicas en Europa que incluyan estos temas tan específicos. La EUSPR nace para cubrir este hueco.

Se precisan distintas habilidades para hacer prevención. Estas varían para el responsable/director del programa, para el personal técnico, como para los aplicadores del programa, en muchos casos los profesores en el ámbito escolar, o mediadores en el campo comunitario o de ocio y tiempo libre. Brotherhood y Summall (2013) han indicado los criterios que se deben seguir para la capa-



citación básica del personal en prevención (ver la tabla 5.2 del punto 2.1 de este capítulo). Es un buen ejemplo por dónde empezar. Una cualificación más amplia va en la línea de los contenidos del presente manual.

3.9. Recursos disponibles y adecuación del programa a los mismos

Con frecuencia, el fracaso de muchos programas preventivos, sean comunitarios, escolares, familiares o de otro tipo, se debe a no disponer de suficientes recursos para ponerlos en práctica. No hablamos de recursos ilimitados, sino de los recursos indispensables para la puesta en práctica de un programa. Por desgracia ello ha ocurrido, y sigue ocurriendo con más frecuencia de la necesaria, en muchos programas preventivos. Esto facilita el desprestigio de la prevención y de la labor de muchos de los profesionales que trabajan en ella.

Brotherhood y Summall (2011) consideran que hay que tener en cuenta los recursos humanos y las competencias del personal, la experiencia previa, los recursos organizativos, tecnológicos y económicos, así como las conexiones con la población diana y la red profesional. En la tabla 5.13 se resumen los mismos. Nosotros consideramos que para la puesta en marcha de un programa preventivo son necesarios, obligatoriamente, disponer de recursos humanos, económicos, materiales y técnicos. Los vemos a continuación.

Tabla 5.13. Recursos y capacidades internas de un programa preventivo.

Los recursos a considerar incluyen:	Se evalúan para el programa las posibilidades reales y probables de estos recursos
Recursos humanos y competencias del personal	Disponibilidad de tiempo, diferentes tipos de conocimientos y habilidades (ej., gestión de proyectos, liderazgo, creatividad, sensibilidad cultural).
Experiencia previa	Ejemplo de experiencia previa relevante: Haber realizado intervenciones similares en el pasado.
Recursos organizativos	Ejemplo de recursos organizativos: Instalaciones y equipos operativos y su idoneidad para la realización de una amplia variedad de actividades.
Recursos tecnológicos	Ejemplos de recursos tecnológicos: Ordenadores, internet, paquete de software para realizar evaluaciones; soporte técnico para la gestión de proyectos, como un sistema de información de seguimiento o gestión.
Recursos económicos	
Conexiones con la población diana	Las conexiones con la comunidad deben evaluarse, si ésta puede ser relevante para el programa.
Red profesional	Ejemplo de red profesional: recursos políticos.
Cualquier otro recurso pertinente para la ejecución del programa	Ejemplo de otros recursos: transporte.

Fuente: Brotherhood y Summall (2011, traducción española, 2019, pág. 87).



En relación con los *recursos humanos* cualquier programa preventivo exige un mínimo equipo que se encargará del impulso, coordinación y gestión del programa al cual se dedicará a tiempo completo. Este “equipo de gestión” estará compuesto por un director técnico y un equipo de profesionales. Sabemos que esto no siempre es así, y el equipo queda en solo el técnico de prevención que tiene que hacer todas las tareas.

De gran importancia en los recursos humanos son los profesores de los colegios, los técnicos de los servicios sanitarios y sociales, las asociaciones ciudadanas, los grupos de animación sociocultural, voluntarios y jóvenes que deseen participar en diversas partes del programa o en alguna de sus actividades, y cualquier otro grupo que nos ofrezca su participación, en función del tipo de programa preventivo que pongamos en marcha.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que unos buenos recursos ayudan, y mucho, pero sin ideas claras y bien organizadas puede desaprovecharse su uso. E incluso, con buenas ideas y recursos, si el equipo que coordina el programa no está bien cohesionado y no tiene las ideas bien claras, no es fácil conseguir los resultados previstos. De ahí la relevancia de una buena formación en prevención, que todos tengan claras las metas a conseguir con ella, y la capacidad de trabajar en equipo.

Los *recursos económicos* son imprescindibles para la puesta en marcha del programa, el buen funcionamiento y el mantenimiento de este. Estos recursos económicos tienen que cubrir tanto el pago al personal del programa, como los materiales que van a utilizar (ej., material fungible, material impreso, ordenadores, impresoras, móviles, otros apartados, pago a otros profesionales para tareas específicas, etc.). El presupuesto tiene que ser realista y adecuado a las condiciones sociales del medio en el que se va a aplicar el programa. Aunque nunca hay presupuesto suficiente, si partimos de un nivel ideal, debemos tener el presupuesto “necesario”, esto es, aquel que permita conseguir los objetivos que nos hemos planteado. Si no hay concordancia entre los objetivos planteados y el presupuesto para dichos objetivos difícil va a ser conseguir las metas. En suma, hacer un buen presupuesto y conseguirlo es la clave del éxito de muchos programas.

Los *recursos materiales* atañen desde el local, si lo tenemos, hasta el material, como mobiliario, ordenadores, teléfono, fotocopiadora, papelería, material impreso, libros, etc. La ventaja de un equipo consolidado es que no sólo parte de su experiencia práctica, sino que posee un amplio conjunto de recursos materiales que ha acumulado a lo largo de su historia.

Disponer de material facilita acceder a información (ej., libros de que disponen, ejemplares de programas preventivos) así como poder elaborar con mayor facilidad propuestas e informes. Todo ello facilita enormemente la labor de implantación del programa preventivo. Disponer de un local propio para la actividad, con una cantidad mínima de metros cuadrados y adecuadas condiciones de habitabilidad, y el material de que dispone en su interior, suele ser uno de los mejores indicadores externos para conocer los recursos materiales de que se dispone antes de poner en marcha un programa preventivo.

Los *recursos técnicos* son aquellos otros recursos a los que podemos acudir y que nos pueden ser de gran ayuda en la implantación del programa preventivo. No tienen que formar parte necesariamente del programa, pero podemos acudir a ellos cuando los precisemos, o podemos establecer una colaboración fluida, o una relación formal, para que puedan participar en partes del programa. Aquí se pueden considerar personas (ej., si trabajamos en un municipio poder acudir a sus técnicos municipales para asesorarnos o solventar aspectos concretos que precisamos para el programa; o los técnicos del Centro de Drogodependencias; técnicos de informática), u organiza-



ciones que nos puedan ayudar (ej., organizaciones juveniles de la ciudad, asociaciones de madres y padres, asociación de hostelería, etc.). También las labores de gestión y de administración, si es externa al equipo, pueden ser de gran relevancia como recursos técnicos para descargarnos de este tipo de trabajo.

3.10. La coordinación y colaboración vinculada al programa preventivo

La prevención se ha asentado poco a poco en nuestra sociedad, sobre todo en lo que atañe a la prevención escolar. Muchos buenos profesionales han permitido desarrollar, aplicar y evaluar múltiples programas preventivos. La administración se ha preocupado en las últimas décadas en formar a múltiples profesionales en el campo preventivo. Sin embargo, la crisis económica desde hace unos años ha impactado mucho en este campo, como en los programas aplicados.

Lo anterior se relaciona con la necesidad de tener un buen sistema de coordinación y dirección de los programas preventivos. De ahí que la figura del Director o Coordinador del programa es clave en cualquier programa preventivo. Esta persona tiene que ser un profesional adecuadamente preparado, con buenas capacidades técnicas, de gestión y de dirección de equipos. El tipo de profesional que dirige estos equipos es diverso, ya que no existe una titulación específica de “preventólogo” o “técnico en prevención”. Normalmente, la persona que dirige estos programas suele ser una persona del campo de la psicología, de las ciencias sociales y, en menor grado, de la medicina. Por tanto, las titulaciones de los que los dirigen son diversas. De igual modo, el equipo de personas que hacen prevención suele ser variado, incluyendo en muchas ocasiones distintas profesiones. Lo que sí es cierto, por todo lo visto hasta aquí, es que hay unas profesiones que encajan más en el campo preventivo que otras, tanto por conocimientos que ya tienen, como por el modo de abordar los problemas.

La función del Director o Coordinador del equipo de prevención no es sólo la de desarrollar e implantar el programa preventivo, y coordinar eficientemente al equipo que dirige. Tiene otras que son de una gran relevancia, como la de lograr la colaboración de otras personas relacionadas, directa o indirectamente, con el programa preventivo. Nos referimos a quien le financia (ej., asociación), a quien le supervisa por encima de él (ej., concejal), con quien tiene que negociar la aplicación del programa preventivo (ej., directores de centros escolares y resto del personal, como a los padres de alumnos), participar en las demandas públicas que le realicen (ej., medios de comunicación que quieren saber en qué va a consistir el programa), etc.

Crear un buen equipo, y un buen ambiente en el mismo, es algo que hay que cuidar. La fluidez en las tareas, actividades y todo el trabajo preventivo es central para que todo vaya bien. Le corresponde la planificación técnica del programa, la cual debe hacerse en colaboración con el equipo, para que éste lo asuma y lo haga suyo. De ahí, que el Director o Coordinador debe, por sus conocimientos, práctica y experiencia tener capacidad de liderazgo del equipo. Tener claras las funciones de cada persona del equipo facilita que todo vaya bien y que cada uno sepa lo que se espera de él.

Igualmente, le corresponde al Director o Coordinador hacer la planificación técnica del programa y su implantación, gestión técnica y presupuestaria. Cuando finaliza el programa debe presentar los informes de seguimiento y evaluación del programa.



3.11. Cronograma

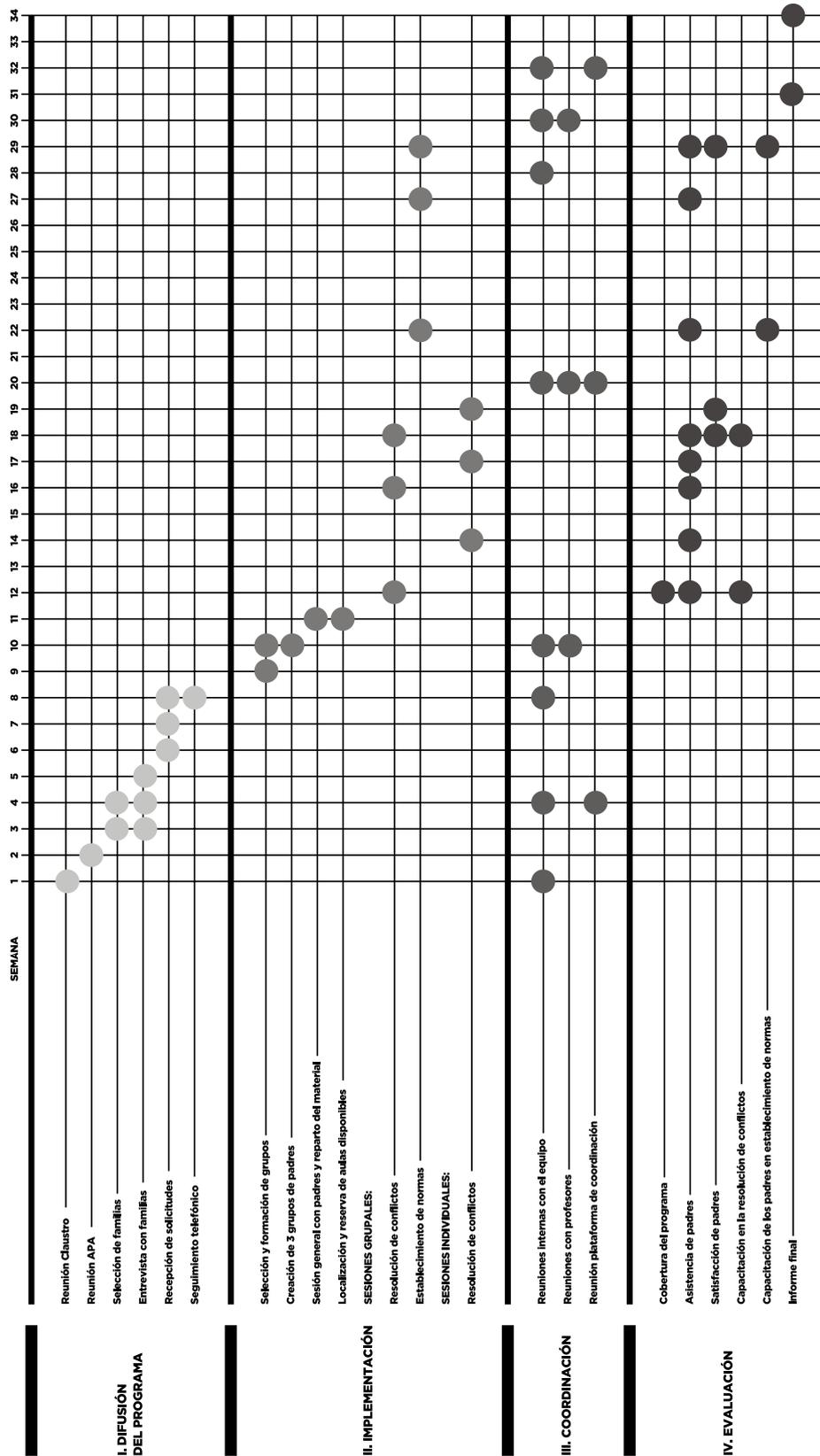
Sin un cronograma no va a ser posible organizar todo lo que venimos indicando. Además, tal necesidad se ha ido implantando poco a poco y muchas instituciones, administraciones, y los propios profesionales se han habituado a organizar cronogramas, de sus actividades, sobre todo cuando atañen al diseño completo de un programa, para un periodo en torno a un año, año que puede empezar en enero (inicio del año), o en septiembre (inicio del curso escolar), que son los más comunes, pero también pueden empezar en otro mes del año.

El cronograma nos permite tener una hoja de ruta a lo largo del tiempo. También ver si lo que pretendemos hacer es o no viable, en este caso por motivos temporales. Y, a veces, también de recursos, porque el cronograma nos marca el tiempo de que disponemos y lo que podemos y no hacer en ese tiempo concreto. Lo ideal sería hacer una planificación plurianual. Es lo idóneo, pero muy difícil o casi imposible en muchos de los programas que se aplican en nuestro medio. De ahí, que la realización del cronograma para lo que tenemos que hacer en los meses siguientes cobra más relevancia.

El cronograma no tiene por qué ser rígido. Si es necesario se pueden hacer cambios o ajustes en el mismo, conforme va avanzando el tiempo y el desarrollo del programa. En la figura 5.3. presentamos un ejemplo de cronograma para la aplicación de un programa preventivo familiar a lo largo de un periodo de 34 meses.



Figura 5.3. Ejemplo de cronograma de un programa preventivo familiar.



Fuente: Salvador et al. (2010, pág. 80-81).



3.12. Principios éticos

Los temas éticos han cobrado una gran relevancia en los últimos años, no sólo en el campo sanitario sino también en el campo económico y social. El campo preventivo no ha sido ajeno a ello. De ahí la insistencia, como ya hemos ido viendo en páginas previas, de que en los programas e intervenciones preventivas se sigan las normas éticas que están en vigor cuando aplicamos una intervención a personas. Así, obtener el consentimiento informado, y asegurar la participación voluntaria, es algo del todo necesario, como los permisos para aplicar el programa a los que tienen capacidad de autorizarlo. A veces, hay que pasar por un comité ético, bioético o de investigación para que nos autoricen la intervención preventiva.

Lo anterior es aplicable a la prevención universal. En el caso de la prevención selectiva e indicada, se aplica lo anterior, pero teniendo un cuidado adicional en ello, sobre todo para evitar la estigmatización de los participantes (EMCDDA, 2009). De ahí la relevancia de ofrecer siempre programas eficaces, coste-eficientes, y donde quede claro que los beneficios superan a los posibles daños, que no suelen tener este tipo de programas, tanto desde una perspectiva de salud como social. Por ello, seguir los pasos que estamos indicando permitirá que el programa sea aceptado, esté estructurado, y podamos comunicar en qué consiste a los que tengan que autorizarlo.

En la tabla 5.14 presentamos los principios éticos de la prevención de las drogodependencias a seguir según los estándares europeos de calidad en prevención (Brotherhood y Summall, 2011).

Tabla 5.14. Principios éticos de la prevención de las drogodependencias que debemos seguir según los estándares europeos de calidad en prevención.

- Cumplir con los requisitos legales.
- Respetar los derechos y la autonomía de los participantes (por ej., tal como se define en el marco de los derechos humanos y de los derechos del niño).
- Que proporcione beneficios reales para los participantes (es decir, asegurar que el programa es adecuado y útil para los participantes).
- No causar daño o inconvenientes sustanciales a los participantes (por ej., efectos iatrogénicos, lesión, exclusión, estigma).
- Proporcionar información transparente, veraz y completa.
- Obtener el consentimiento de los participantes antes de la participación.
- Asegurar que la participación sea voluntaria.
- Tratar confidencialmente los datos de los participantes.
- Adaptar la intervención a las necesidades de los participantes.
- Involucrar a los participantes en el desarrollo, la implementación y la evaluación del programa.
- Proteger la salud y la seguridad de los destinatarios y miembros del personal.

Fuente: Brotherhood y Summall (2011, traducción española, 2019, pág. 59).

3.13. La implementación del programa preventivo

Una vez tenemos el programa listo sólo falta ponerlo en práctica, implementarlo. Esto es lo que justifica todo lo que hemos hecho hasta aquí y lo que seguiremos haciendo a continuación. Partimos de que hemos seleccionado un programa preventivo eficaz, que el diseño de todo el proceso ha sido meticuloso, de que tenemos financiación para ponerlo en práctica, de que el equipo es suficiente para aplicarlo y que tiene el adecuado entrenamiento para hacerlo, que conocemos



bien los procedimientos y técnicas que tenemos que poner en marcha, que hemos hecho todos los contactos con las personas que nos lo tienen que autorizar, que conocemos cómo vamos a hacer su evaluación, sea de proceso y/o resultados, como el resto de aspectos que hemos visto anteriormente.

Igualmente, es importante conocer las probables dificultades que pueden ir surgiendo en la implementación del programa. Un buen diseño, una buena planificación, hace más probable que todo vaya bien, pero siempre pueden surgir imprevistos (ej., se pone de baja el profesor, el programa empieza tarde o la evaluación es difícil de hacer porque coincide con la evaluación final de los alumnos, un gran número de padres no autoriza la aplicación del programa, la financiación no llega hasta el final, hay una campaña en la prensa contra el programa, etc.).

No hay que olvidar que hay una disociación frecuente entre lo que los técnicos entendemos por prevención de drogas de lo que la población entiende por ella. Así, en una zona vinícola es más difícil de implantar, y que los padres acepten, un programa preventivo donde se insista en la prevención del consumo de vino y alcohol. En cambio, es más probable que acepten un programa de prevención del botellón, sobre todo si el mismo produce claros problemas sociales (ej., accidentes de tráfico). Igualmente, hay que monitorizar las asociaciones y grupos pro-consumo de drogas, cuando tal ocurre, dado que ellas tienen como objetivo minusvalorar, desacreditar o criticar el programa preventivo por ir en contra de sus intereses. Lo sabemos muy bien por las tretas y trucos de la industria del alcohol y del tabaco. Aquí hay que prestar atención a las redes sociales y a lo que se dice en ellas también sobre el programa.

Hay que cuidar la implementación del programa, como a las personas que lo tienen que apoyar, y técnicamente llevar a cabo la mejor intervención preventiva posible.

3.14. La evaluación del programa preventivo

La evaluación de una intervención, un proyecto o un programa supone la recogida, análisis e interpretación sistemática de la información relativa a su funcionamiento y a sus posibles efectos (Kröeger et al., 1998, 2012). Además, los datos recogidos suelen utilizarse para decidir cómo mejorar la intervención y si debe ampliarse o abandonarse. Lo que pretendemos con la evaluación es contestar a la pregunta de si con nuestra intervención conseguimos el resultado que nos proponíamos, resultó tal como estaba previsto y se pudo incidir en el grupo objetivo tal como habíamos planeado. En suma, la evaluación nos dirá si lo que hemos hecho es eficaz o no; o, dicho de otro modo, si funciona o no. Cuando diseñamos el programa es necesario delimitar si vamos a hacer la evaluación, lo cual consideramos imprescindible y, si la hacemos, qué tipo o tipos de evaluaciones vamos a realizar. Igualmente, hay que decidir quién la va a hacer, si el propio equipo o un equipo externo. También hay que incluir en el presupuesto su coste.

Son varias las razones por las que nos interesa llevar a cabo la evaluación de un programa preventivo (Muraskin, 1993): determinar la efectividad del programa en los participantes; comprobar que los objetivos del programa se han cumplido; proporcionar información sobre la prestación del servicio que será útil tanto para el staff del programa como para otras personas, y permitir al staff del programa hacer cambios que mejoren su efectividad en función de los resultados obtenidos.



Debemos tener claro para quién vamos a hacer la evaluación. En función de para qué o para quién la queramos así será su propósito y tipo de evaluación que realicemos. El tipo de información que interesa recoger variará según vaya dirigida, o sea solicitada, por la administración, sea una evaluación continua del personal externo al staff, si es evaluación de la eficiencia, si es para los responsables del proyecto o si es para el desarrollo y diseminación de programas. En la tabla 5.15 mostramos, en función de estos tipos de evaluación, qué información recogeremos.

Tabla 5.15. Tipo de evaluación en función de quién la solicita o de su propósito.

- *Administradores*. Básicamente están interesados en la cantidad de actividades realizadas y en la extensión de estas, o en las personas que han participado en ellas.
- *Evaluación continua para el staff*. Sirve para comprobar si se van cumpliendo los objetivos, así como que haya una conexión entre metas, objetivos y servicios.
- *Evaluación de la eficiencia*. Se hace con el objetivo de proporcionar un mejor servicio o mejorar la coordinación entre varios componentes del programa, reduciendo el coste del servicio.
- *Evaluación para los responsables*. Se hace desde fuera del proyecto por parte de grupos de padres, los organismos o asociaciones que lo financian, políticos, expertos, etc.
- *Evaluación para el desarrollo y diseminación de nuevos programas*. En este caso es imprescindible la evaluación a largo plazo de los nuevos programas antes de pasar a su diseminación.

Fuente: Adaptada de Muraskin (1993).

En la evaluación de un programa se considera la evaluación del proceso, la evaluación del resultado y la evaluación del impacto.

La evaluación del proceso debe ir en paralelo a la evaluación del resultado o debe hacerse antes del mismo para conocer más sobre el programa preventivo, cómo se ha implantado, los resultados que hemos obtenido con el mismo, dificultades que un análisis de resultados no van a apreciar y que puede incidir en los resultados, etc. Si la evaluación queda sólo en la evaluación del proceso (Alvira, 1999), teniendo la posibilidad de hacer una evaluación de resultados, la evaluación que hacemos es pobre. En las tablas 5.16 a 5.19 mostramos las preguntas esenciales que nos tenemos que hacer para la planificación de la evaluación del proceso y del resultado, tal como sugieren Kröger et al., (1998) y Alvira (1999).

A diferencia de la evaluación del proceso, en la evaluación de resultados lo que analizamos son los cambios que se han producido desde antes hasta después de aplicar la intervención preventiva, en las actitudes, valores, conductas, características psicológicas o cualquier otro proceso o variable que se ha seleccionado como elemento de cambio, que hipotetizamos se produce con dicha intervención preventiva, y que podemos evaluar cuantitativamente. Habitualmente esta evaluación continuará a más largo plazo, en los seguimientos, evaluando esas mismas variables. Así podemos comprobar si los resultados positivos obtenidos después de aplicar el programa se mantienen a lo largo del tiempo (ej., en un seguimiento de 6 meses).



Tabla 5.16. Preguntas esenciales que hay que hacerse en la evaluación del proceso.

- ¿Qué variables e indicadores proporcionarán información útil sobre el modo en que se ha llevado a cabo la intervención?, ¿qué tipo de información (cualitativa y cuantitativa) desea valorar al evaluar el proceso?
- ¿Qué métodos e instrumentos se utilizarán (entrevistas, cuestionarios, instrumentos de observación, etc.)?
- ¿Dónde, cuándo y con qué frecuencia se recogerán datos sobre el proceso? (diseño).
- ¿Quién suministrará la información necesaria para la evaluación del proceso?
- ¿Cómo se prevé analizar los datos?

Fuente: Kröger et al. (1998).

Tabla 5.17. Preguntas a plantearse en la evaluación del proceso.

- ¿Qué está pasando realmente en el programa?
- ¿Cuáles son las actividades, actuaciones, personal, arreglos administrativos... críticos o esenciales del programa (¿es decir, lo que constituye realmente el programa?)
- ¿Cuántos usuarios y personal está participando? ¿cuándo? ¿con qué frecuencia? ¿dónde?
- ¿El programa funciona como se esperaba?
- ¿Cuál es la rutina típica de los servicios y/o las actividades?
- ¿Cómo se distribuye o se asigna el tiempo, el dinero y el personal?
- ¿En qué actividades del programa participan los usuarios?
- ¿Qué variaciones presenta el programa de un lugar (contexto) a otro?

Fuente: Alvira (1999, pág. 53).

Tabla 5.18. Preguntas esenciales en la planificación de la evaluación del resultado.

1. ¿Qué indicadores se han elegido respecto a los resultados y cómo prevé medirlos?
2. ¿Se propone adoptar un planteamiento cuantitativo o cualitativo al recabar información sobre los resultados?, ¿qué indicadores e instrumentos pretende utilizar para recoger datos?
La clasificación siguiente puede resultar útil:
 - a) indicadores e instrumentos que midan la conducta de consumo de sustancias del grupo objetivo final,
 - b) indicadores e instrumentos que midan las variables mediadoras relacionadas con la conducta de consumo de sustancias en el grupo objetivo final,
 - c) indicadores e instrumentos que midan otras variables mediadoras del grupo objetivo final, indicadores e instrumentos que midan objetivos respecto al grupo objetivo intermedio.
3. ¿Qué sabe de la calidad de los instrumentos (objetividad, fiabilidad, validez)?, ¿tiene previsto comprobar la aplicabilidad de los instrumentos?
4. ¿De qué fuentes, cuándo y con qué frecuencia prevé recoger información sobre los resultados? (diseño).
5. ¿Cómo prevé analizar la información que ha recogido?, ¿qué métodos estadísticos son adecuados para comprobar la calidad de los datos y el diseño?

Fuente: Kröger et al. (1998).



Tabla 5.19. Preguntas a plantearse en la evaluación del resultado.

- ¿Cuáles han sido los efectos del programa?
- ¿Se están obteniendo los resultados esperados?
- ¿Se han producido efectos inesperados?
- ¿Se pueden deber los efectos a procesos ajenos al programa?
- ¿Se están consiguiendo los objetivos de resultados programados?, ¿se están consiguiendo en el grado previsto?
- ¿Existen efectos moduladores o interactivos?
- ¿Se mantienen los resultados conseguidos?, ¿cuánto tiempo se mantienen?

Fuente: Alvira (1999, pág. 57).

3.14.1. Evaluación del proceso

La *evaluación del proceso* lo que pretende es conocer las reacciones de los participantes ante la intervención que hemos realizado con ellos. Incluye cómo se hizo la intervención, dónde, a quién, calidad de esta y grado de beneficio subjetivo obtenido por los participantes. Para hacer esta evaluación hay que delimitar qué vamos a evaluar, cómo lo vamos a evaluar, quién va a ser evaluado y quién va a hacerla. Por ejemplo, para conocer el resultado de una campaña nocturna destinada a que no se consuma alcohol fuera de los locales, en la que han participado jóvenes voluntarios que han concienciado a grupos de jóvenes similares a ellos, se podría evaluar el proceso mediante una entrevista o un cuestionario breve, aplicado a los jóvenes que acuden un día de la semana, de 10 de la noche a 4 de la madrugada, a la calle de marcha de la ciudad, por parte de un encuestador, que va a aplicárselo a 100 jóvenes, para conocer si conocen la campaña, qué les ha parecido, si la información o los materiales proporcionados les han gustado, si recuerdan la última vez que se les dio información o se les proporcionó materiales, si conocen otras personas a las que les ha llegado esta información y si creen que la misma les ha servido para un comportamiento más cívico, un menor consumo de alcohol, conducir el coche sin beber alcohol en exceso, no consumir otras drogas, etc. Se centra, por tanto, en la evaluación de las actividades y de los materiales del programa.

La evaluación del proceso puede hacerse de un modo simple a uno amplio. Esto va a depender de los medios de que dispongamos, del interés en este tipo de evaluación, de la demanda de este tipo de evaluación, etc. Los resultados obtenidos en la evaluación del proceso deben analizarse para mejorar el programa, corregir déficits o elementos que se han pasado por alto, etc. Es conveniente comparar los resultados obtenidos con otros estudios equivalentes para conocer si la intervención ha resultado mejor, igual o peor que otras con las que las podemos comparar.

3.14.2. Evaluación del resultado

La *evaluación del resultado* analiza los logros y efectos conseguidos con el programa. Esto es, si conseguimos los objetivos que nos habíamos planteado. Este tipo de evaluación es más importante y relevante que la anterior, la del proceso, aunque para saber lo que estamos aplicando la evaluación del proceso también es imprescindible.

La evaluación del resultado, o de los resultados, ya que a veces hay varios, puede ser realizada por el equipo que aplica la intervención o por un equipo externo al programa. Va a depender de los medios económicos disponibles y de la cualificación técnica del equipo. Para hacer este tipo



de evaluación hay que planificarla desde el principio y tener un presupuesto específico para ella. En caso contrario va a ser difícil hacerla porque requiere planificación, tiempo, cualificación y dinero. La evaluación de resultados, como su palabra indica, debe ser de resultados del programa, utilizando para ello una metodología cuantitativa, aunque puede ser complementada con una metodología cualitativa.

Dado que la evaluación de resultados sigue cánones metodológicos más estrictos, para conocer el impacto de un programa, es necesario delimitar el grupo sobre el que queremos recoger la información, seleccionar una muestra (aleatoria a poder ser), aplicarle un método objetivo de recogida de información (entrevista, cuestionario), recogida adecuada de esa información por parte de personal entrenado para ello, análisis de resultados y comprobación de la adecuación de los objetivos de los que parte el programa al resultado obtenido. Nótese que habitualmente la evaluación de resultados suele hacerse en la pre- y post-intervención como en los seguimientos. Igualmente, puede hacerse una evaluación anual de los resultados del programa en el caso de que éste se realice a lo largo de varios años.

El resultado que queremos evaluar tiene que ser claro y bien especificado. Debe referirse a variables relevantes en relación con el consumo de drogas (ej., si desciende o no su consumo), o a variables relacionadas con ello (ej., conductas agresivas, delictivas, inasistencia a clase, etc.). Tienen que ser variables conductuales, claras, medibles y no variables mediadoras o cognitivas (ej., intención a consumir, actitud hacia las drogas), aunque la evaluación de estas últimas puede ser de gran relevancia para explicar el cambio de las variables conductuales que nos interesan (ej., consumo de drogas). Disponemos de instrumentos de evaluación para ello. En el Observatorio Europeo de Drogas y Adicción a Drogas hay un buen número de ellos, o en otras fuentes (ej., Lorenzo, 2010).

Un tipo especial de evaluación es cuando hacemos un estudio experimental o cuasi-experimental sobre un programa preventivo, con grupo experimental y control, seguimiento adecuado (de uno o más años) y con buenas medidas conductuales y mediadoras. Esto suele hacerse en la evaluación inicial de un programa preventivo, o cuando hacemos su replicación. La prevención basada en la evidencia se basa en este tipo de diseños. Describir los mismos no es el objetivo de este manual, pero pueden verse ejemplos de ellos en distintas publicaciones (ej., Becoña, 2002; Miller et al., 2010; Mitchel y Jolley, 2012).

Tanto en la evaluación del proceso como del resultado, pero quizás más aquí, la utilización de adecuadas herramientas estadísticas es muy útil para encontrar diferencias significativas. Esto complementa la mera descripción de los resultados que, mediante tablas y figuras, por ejemplo, nos puede mostrar ya visualmente qué es lo que ha ocurrido realmente con la aplicación del programa en las variables esenciales.

Con una evaluación adecuada podemos formarnos una idea clara de cómo se ha evaluado el resultado, cómo se ha llevado a cabo la evaluación, de qué fuentes se obtuvo la información sobre los resultados, los efectos que ha tenido la intervención en la conducta del grupo objetivo y si la intervención ha alcanzado realmente su objetivo. Si el programa es eficaz se va por buen camino. Si no, es necesario revisar el programa y comprobar si hay algún punto débil que no permite avanzar en el mismo. Las preguntas que tenemos que contestar para comprobar si hemos conseguido nuestra meta son: 1) ¿Cómo afectó la intervención a las conductas, actitudes, etc., del grupo objetivo? 2) ¿Se obtuvieron los resultados previstos? Indicar los más importantes y representativos. Y, 3) ¿Qué explicación puede darse a los resultados negativos?



3.14.3. Evaluación del impacto

La *evaluación del impacto* atañe a los resultados inmediatos y a largo plazo sobre política, educación o servicios, así como los efectos no deseados del programa (Muraskin, 1993). Mientras que la evaluación del proceso y del resultado se refiere a los efectos del programa, la evaluación del impacto atañe a los efectos acumulados o agregados a nivel comunitario. En este caso lo que nos interesa es ver qué cambios se han producido en la prevalencia e incidencia en el consumo de drogas, la morbi-mortalidad relacionada, el cambio en las políticas y programas institucionales, incremento del grado de implicación de la comunidad, los padres y otras instituciones en la prevención de las drogodependencias, el número de accidentes de tráfico, las tasas de alcoholemia, etc. Es el mejor sistema de evaluación de la eficacia de la prevención en su más amplio sentido. Es el tipo de evaluación que hacen los Planes Autonómicos de Drogas o el Plan Nacional sobre Drogas de un país, ya que utiliza datos epidemiológicos, estudios de incidencia y prevalencia, número de delitos relacionados con las drogas, personas encarceladas por tráfico de drogas, número de ingresos en urgencias por consumo de drogas, etc. En publicaciones del Observatorio Español sobre Drogas, como otras de organismos internacionales (ej., Observatorio Europeo de Drogas y Adicción a las Drogas de Lisboa), o distintas Comunidades Autónomas, presentan datos sobre ello.

3.14.4. La necesidad de evaluar los programas preventivos para que tengan buena validez interna y externa

Todo programa preventivo debe tener tanto validez interna como validez externa. La *validez interna* se refiere a aquellas amenazas que podrían explicar los resultados de la intervención. O, como podemos descartar de una situación experimental las explicaciones alternativas a las diferencias obtenidas. Las amenazas a la validez interna son todas aquellas variables, distintas a la variable independiente (la que se manipula, ej., cuando utilizamos un grupo experimental-programa preventivo que queremos evaluar- y uno de control – programa preventivo neutro, o grupo sin intervención-), que puedan provocar cambios en los resultados y, por tanto, confundir el proceso de inferencia (ej., historia de las personas, maduración por la edad, medición repetida de la misma variable, etc.). Esto permite conocer hasta qué punto un experimento demuestra claramente que la intervención (ej., el programa preventivo) explica el cambio (ej., menor consumo de alcohol). Denominamos variable dependiente la que se evalúa (ej., el consumo de una droga en el grupo experimental y control, asumiendo que si hay cambios en el consumo. en la dirección hipotetizada -menor consumo- se debe al programa preventivo utilizado).

Aunque lo más importante y prioritario en investigación es demostrar las relaciones entre la variable(s) independiente(s) y la(s) dependiente(s), no debemos minusvalorar la generalización de la(s) relación(es) a otras personas, situaciones, tiempos, etc. Esto hace referencia a la *validez externa*, la cual aborda la cuestión del alcance al que se pueden generalizar o extender los resultados obtenidos en un estudio. Por tanto, cuando se finaliza una investigación también debe preocuparnos a qué participantes, situaciones, tiempos, características de la situación experimental, etc., podemos generalizar los resultados del estudio (Fernández-Hermida et al., 2012).

También hay la *validez de constructo* (se refiere a los factores relacionados con la base conceptual que subyace al efecto de la intervención) y la *validez estadística* (es la que está directamente relacionada con los aspectos de la valoración cuantitativa que podrían afectar a la interpretación de los hallazgos, tales como una baja potencia estadística, variabilidad en los procedimientos, falta de fiabilidad en la medición y pruebas estadísticas inapropiadas).



Los estudios sobre evaluación de programas preventivos se han centrado fundamentalmente en la validez interna, menos en la externa. Pero ésta es muy importante porque se refiere a los aspectos de generalizabilidad, aplicabilidad y predictibilidad (Fernández-Hermida et al., 2012). La *generalizabilidad* se refiere a que la muestra que se usa para el estudio sea representativa de la población que estudiamos; la *aplicabilidad* a que una intervención preventiva que ha resultado serlo en un sitio también lo será en otro sitio distinto, o con una población distinta; y, la *predictibilidad* a que las medidas de resultado del estudio se relacionan con resultados de salud o sociales claramente identificables (ej., la edad de inicio de una sustancia).

Debe notarse que en ocasiones los programas preventivos pueden tener una buena validez interna, pero en cambio no siempre logran tener una buena validez externa (Fernández-Hermida et al., 2012). Por suerte, los programas escolares han conseguido tener, varios de ellos, tanto una buena validez interna como externa (Foxcroft y Tsertsvadze, 2012). En cambio, a nivel de programas comunitarios y otros, este aspecto ha sido más complejo de evaluar.

3.15. La difusión de resultados del programa preventivo

Hoy en día la mayoría de los programas tienen que hacer una memoria de sus actividades. Lo normal es que, junto a dicha descripción, se presente también un análisis del proceso y del resultado. Con ello podemos contribuir en un paso inicial a lo que se denomina el proceso de difusión de resultados. Con dicha difusión conseguimos que se conozca el programa, que se sepa que funciona, que los que lo financian vean su utilidad y todo el conjunto de la sociedad tenga claro que ha participado, o participa, en algo que tiene consecuencias positivas para el conjunto de los ciudadanos.

Un proceso de difusión de resultados debe tener claro a quién va dirigido. Puede ser para los medios de comunicación de masas, público en general mediante un folleto, organismo financiador, etc. Dependiendo de cada uno de ellos el lenguaje tiene que ser de un tipo u otro. Lenguaje e información van unidos. En un caso el lenguaje tiene que ser simple y en otro técnico (ej., el informe para presentar a un congreso científico sobre prevención).

Cada vez se impone más elaborar informes con la suficiente información sobre los programas aplicados. Suficiente no significa una gran cantidad de información, de modo engorroso y poco comprensible. Como se suele decir, “lo bueno, si breve, dos veces bueno”. Un informe de pocas páginas, legible, con alguna tabla y gráfica, puede ser más representativo e impactante que un volumen de 300 páginas que muy pocas personas van a leer.

La difusión de resultados está relacionada con la evaluación del impacto. Si hacemos la difusión de los resultados anualmente, entonces debemos especificar en él la evaluación del impacto y, especialmente, junto a los resultados a largo plazo, cómo es aceptado el programa, qué cambios ha producido en distintos colectivos, según el programa preventivo (ej., en los propietarios de los locales de copas, en los vecinos, entre el profesorado de las escuelas e institutos, entre el personal sanitario, etc.) y, especialmente, en las personas a las que va dirigido el programa (población diana).



3.16. El necesario mantenimiento del programa preventivo en el tiempo

Lo ideal es que el programa preventivo se mantenga en el tiempo. El enorme esfuerzo de diseño, desarrollo, implantación y evaluación del programa preventivo resulta frustrante si sólo va a estar en vigor unos meses o un año. De ahí que, ya desde el principio, cuando hacemos el diseño del programa preventivo, hay que tener en cuenta cómo vamos a hacer para que el programa se mantenga en el tiempo, a poder ser durante varios años.

Es claro que, si el programa funciona bien, tanto a nivel de eficacia, o de impacto en el colegio, con actividades diversas y bien recibidas, si es bien valorado, todo ello facilita que se mantenga en el tiempo. De ahí la relevancia de hacer adaptaciones culturales, mantener vivo el programa, o exponer los resultados que se obtienen conforme se va aplicando. La clave es que otras personas vean que el mismo es útil, que con él logramos los objetivos, que lo que hacemos es una buena alternativa al estado previo o actual del consumo de drogas.

Un elemento relacionado con lo anterior es la financiación. Si la financiación del programa es elevada se van a exigir buenos resultados; si la financiación no es muy alta la exigencia no será tan grande. De ahí que hay que hacer presupuestos adecuados para el programa que estamos poniendo en práctica, realistas, viables y que faciliten su mantenimiento. Este es un problema que se va a mantener en el tiempo, de ahí el que haya que tener una visión más a largo plazo que a corto plazo.

La difusión del programa es muy importante. A veces es una de las claves para su mantenimiento. No debemos minusvalorarla. Hay que dedicarle una parte del tiempo a ello a lo largo del desarrollo del programa, como cuando empieza el curso, un nuevo programa, una nueva actividad, etc.

Por desgracia, muchos programas han sido eliminados por falta de eficacia, financiación o interés administrativo, político o social. Tener lo anterior en cuenta nos facilitará un mayor éxito en mantenerlos activos a lo largo del tiempo.

3.17. La continua mejora del programa preventivo y de la práctica preventiva

El mundo actual, el de las últimas décadas, es muy cambiante. Pocas cosas son estables a lo largo de años o décadas. Conocemos como muchos aspectos de la vida, de la educación, de la cultura, van mudando en poco tiempo. Lo mismo ocurre en la prevención. De ahí la necesidad de la continua mejora de lo que hacemos, sean programas, procesos, servicios, tratamientos, etc. Esto exige detección, estar atento y tener capacidad de cambio. Mejorar, mejorar, mejorar. Este es uno de los nuevos elementos sociales.

Operativizado lo anterior en el campo preventivo exige estar continuamente evaluando y mejorando el programa preventivo, la práctica preventiva y los conocimientos en el campo de la prevención. Hemos mejorado mucho en conocimientos, en procedimientos técnicos, programas eficaces, y parte de ello se ha logrado con la mejora continua de nuestro trabajo cotidiano.

Con frecuencia, lo anterior se puede evaluar conociendo los puntos fuertes y débiles de nuestro programa o de nuestro trabajo preventivo. O a través de un análisis DAFO (debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades) u otros semejantes en relación con el programa aplicado y a todo su proceso. En todo caso, lo que nos va a interesar es tener claras nuestras fortalezas y nuestras



debilidades para potenciar las primeras y poder reducir o eliminar las segundas. Si así lo hacemos podemos mejorar más fácilmente nuestro trabajo.

En el campo preventivo, la evaluación marca mucho nuestro trabajo. Concretamente, si logramos nuestro objetivo es claro por donde debemos continuar. Si no, tenemos que hacer cambios. De ahí la creciente necesidad de utilizar programas preventivos eficaces, bien asentados, reconocidos, útiles. Si todo funciona bien, el camino es correcto. Si el programa no funciona entonces tenemos que revisar todo el proceso, todo lo que hemos visto hasta aquí, para ver dónde hay que cambiar y hacerlo (ej., modelo teórico, tipo de programa, de intervención operativa, formación, aplicadores, etc.). Conocer la complejidad del mundo de las drogas nos facilitará lo anterior y saber dónde abordar esos puntos fuertes o débiles con los que nos vamos a encontrar.

1ur-
262.



Referencias

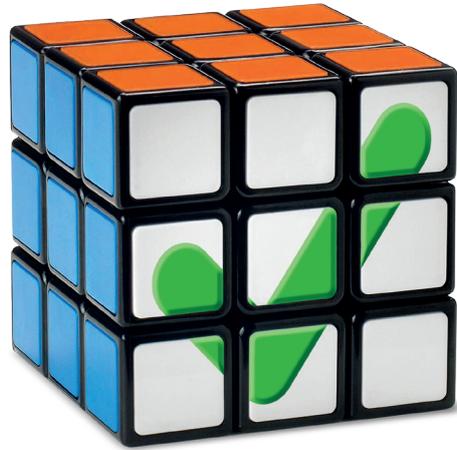
- Aguilar, M. J. y Ander-Erg, E. (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Alvira, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Alvira, F. (1997). *Metodología de la evaluación de programas: Un enfoque práctico*. Buenos Aires: Lumen.
- Alvira, F. (1999). *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Ballesteros, J., Torrén, M. y Valderrama, J. C. (Eds.) (2007). *Manual introductorio a la investigación en drogodependencias*. Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Brotherhood, A. y Summall, H. R. (2011). *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*. Lisboa, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (traducción castellana en: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/646/EMCDDA_%20Estandares-europeos-de-calidad-para-la-prevencion-de-las-drogo-dependencia.pdf).
- Brotherhood, A. y Summall, H. R. (2013). *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*. Lisboa, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (traducción castellana en file:///C:/Users/Usuario/Documents/1.%20Libro%20Murcia%202021/Evaluacion/EMCDDA-manuals1-es_154262.pdf.%20Kroger%20et%20al.%201998.pdf).
- Bryant, K. J., Windle, M. y West, S. G. (Eds.) (1997). *The science of prevention. Methodological advances from alcohol and substance abuse research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Antilla, A., Bellis, M.A., Bohrm, K., ... Zavatti, P. (2004). *Cultural mediators in a hegemonic nightlife. Opportunities and drug prevention*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- Carmona, M. G., Stewart, K., Gottfredson, D. C. y Gottfredson, G. A. (1988). *A guide for evaluating prevention effectiveness. Technical Report*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Cazares, A. y Beatty, L. A. (Eds.) (1994). *Scientific methods for prevention intervention research*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (1995). *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: Aspectos metodológicos*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (1997a). *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (1997b). *Progresos en el análisis de datos para la investigación de intervenciones preventivas*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (2000). *Meta-análisis de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- Collins, L. M. y Seitz, L. A. (Eds.) (1994). *Advances in data analysis for prevention intervention research. NIDA Research Monograph 142*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse.
- Criteria (2000). *Manual do sistema para a avaliação de programas de prevenção e incorporacion social*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.



- Center for Substance Abuse Prevention [CSAP] (2001). *Preventing works! A practitioner's guide to achieving outcomes*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services, Center for Substance Abuse Prevention.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2000). *Evaluation: A key tool for improving drug prevention*. Lisboa, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2010). *Prevention and evaluation resources kit (PERK)*. Lisboa, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: A review of the theory and evidence base of indicated*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fernández-Hermida, J. R. y Secades, 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.
- Fernández-Hermida, J. R., Calafat, A., Becoña, E., Tsertsvadze, A. y Foxcroft, D. R. (2012). Assessment of generalizability, applicability and predictability (GAP) for evaluating external validity in studies of universal family-based prevention of alcohol misuse in young people: Systematic methodological review of randomized controlled trials. *Addiction*, 107, 1570-1579.
- Font, S., Gras, M. E. y Planes, M. (2010). *Programas preventivos de las drogodependencias. Guía de evaluación*. Barcelona: Diputación de Barcelona.
- Foxcroft, D. R. y Tsertsvadze, A. (2012). Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspectives in Public Health*, 132, 128.
- Gottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E. M., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N. y Zafft, K. M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation. *Prevention Science*, 16, 893-926.
- Israelashvili, M. y Romano, J. L. (Eds.) (2017). *The Cambridge handbook of international prevention science*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Kröger, C., Winter, H. y Shaw, R. (1998). *Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for programme planners and evaluators*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (trad. Castellana en: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/144/EMCDDA-manuals1-es_154262.pdf).
- Kröger, C., Winter, H. y Shaw, R. (2012). *Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for programme planners and evaluation, 2nd ed.* Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Leukefeld, C. G. y Bukoski, W. J. (1991). *Drug abuse prevention intervention research. Methodological issues*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 107. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (trad. cast. en Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, 1995).
- Leukefeld, C. G. y Gullotta, T. P. (Eds.) (2018). *Adolescent substance abuse. Evidence-based approaches to prevention and treatment (2nd ed.)*. Nueva York, NY: Springer.
- Sánchez, L. (2010). *Instrumentos para la evaluación de los programas incluidos en la cartera de servicios en materia de prevención de drogodependencias*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade (en: https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/Saude-Publica/adicciones/Doc_Tco_INSTRUMENTOS_EVALUACION_PREV.pdf).
- Mitchell, M. L. y Jolley, J. M. (2012). *Research design explained, 9th ed.* Belmont, CA: Wadsworth.
- Miller, P. G., Strang, J. y Miller, P. M. (2010). *Addiction research methods*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Muraskin, L. D. (1993). *Understanding evaluation. The way of better prevention programs*. Washington, DC: U. S. Department of Education.



- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Criterios básicos de intervención en los programas de prevención en drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Rocha, C., Becoña, E. y Sousa, G. (2018). Risk & Challenges: Effectiveness assessment of a preventive program on addictive behaviors and dependencies amongst students in higher education. *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 1, 73-84.
- Salvador, T., de Silva, A., Puerta, C., Jiménez, J., Alcaraz, A., Villar, A. B. y Cascales, I. (2010). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*. Murcia: 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.
- Salvador-Llivina, T. y Babín, F. A. (2014). *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas*. Madrid: Copolad.
- Santacreu,, J. y Salvador, J. (1995). *Metodología de evaluación de los programas de prevención de consumo de drogas*. Cuenca: Universidad Menéndez Pelayo.
- Silva, A. (1994). *La evaluación de programas en drogodependencias. Volumen II: Manual de evaluación*. Madrid: Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.
- Sloboda, Z. y David, S. L. (1997). *Preventing drug use among children and Adolescents. A research-based guide*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- Sloboda, Z., Petras, H., Robertson, E. y Hingson, R. (Eds.) (2019). *Prevention of substance use*. Nueva York, NY: Springer.
- Scheier, L. M. (Ed.) (2010). *Handbook of drug use etiology. Theory, methods and empirical findings*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Scheier, L. M. (Ed.) (2015). *Handbook of adolescent drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Springer, A. y Uhl, A. (1998). *Evaluation research in regard to primary prevention of drug abuse*. Bruselas, Bélgica: European Commission.
- U. S. D. H. H. S. (2011). *Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide*. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation.
- West, R. (2013). *Models of addiction*. Lisboa, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction.



CAPÍTULO 6

La prevención comunitaria



1. Introducción

De entre los diversos campos preventivos no hay duda de que el trabajo en el comunitario es uno de los más difíciles (Kibel y Holder, 2003). No siempre coinciden los objetivos de los técnicos en prevención de drogas, o los profesionales sanitarios o de las ciencias sociales, con los políticos o grupos de presión (ej., lo que conocemos bien con el alcohol); hay miembros destacables de la comunidad que tienen creencias contrarias a la prevención (ej., los que creen que todo se soluciona con la educación); o los que diseñan y aplican los programas de modo excesivamente optimista (creen que todo cambio es posible y rápido).

La prevención que se hace está muy relacionada con la política de drogas que se está realizando en esa sociedad (Haaga y Reuter, 1995). Por ello, hace años se hablaba mucho de prevención comunitaria, lo que facilitaba diluir lo que había que hacer en prevención al asumir que “todos” debían hacer prevención, que la misma era un problema de toda la sociedad, de ahí lo de “comunitario”, y de que ciertas acciones eran efectivas, sobre todo las de tipo informativo. Éstas pronto demostraron ser del todo ineficaces para prevenir el consumo de drogas (Tobler, 1992). Además, este estado de cosas llevaba a no dedicar recursos adecuados para la prevención dado que todos tenían que hacer prevención en su ámbito. Por suerte, esto ha cambiado. Pero también, con ello, han decaído en picado los programas preventivos comunitarios.

Lo anterior también se vio muy afectado por la introducción de la evaluación de los distintos programas preventivos. O, lo que es lo mismo, cuando la ciencia entró dentro del campo de la prevención, se apartaron muchas ideologías y creencias arraigadas, que sólo eran eso. Y más aún, cuando la eficacia se vinculó a la financiación de dichos programas.

Hoy, una distinción relevante es la de *prevención comunitaria* (o basada en la comunidad) y la *prevención en la comunidad*. No es lo mismo. Para el IOM (2012), en el primer caso la comunidad participa en forma de miembros de esa comunidad afectada, en la planificación, desarrollo, implementación y evaluación del programa y de las estrategias utilizadas. En el segundo caso, se llevan a cabo actividades preventivas en la comunidad, pero sin que sus miembros hayan participado en el diseño e implementación del proyecto. En este caso, el programa se desarrolla y luego se pide la participación o el apoyo de esa comunidad, de sus miembros. La prevención comunitaria no pretende como objetivo básico cambiar a los individuos, sino a la comunidad, de tal modo que este cambio en la comunidad lleva luego a cambios en los individuos. De ahí la relevancia que se da a los cambios en los aspectos sociales y características físicas del ambiente, cara a reducir factores de riesgo y mejorar resultados de salud e indicadores de bienestar en la población. La acción intersectorial ha mostrado ser importante, dado que algunas acciones preventivas que hay que realizar están fuera del campo de la salud (ej., locales de diversión, impuestos, educación, transporte, normas y leyes). Por ello, para el éxito de este tipo de programas es básico la participación comunitaria. De ahí la necesidad de adaptar cualquier programa a las condiciones y contexto de cada comunidad. Aquí el empoderamiento comunitario se considera importante.

Las características de la comunidad en donde se va a aplicar el programa preventivo comunitario son importantes. Hay factores como la cultura, contexto social, político y características físicas de la población, que hay que tener en cuenta. No olvidemos la importancia de los determinantes sociales en la salud (ej., la pobreza, marginación, alto nivel de paro), como la relación entre estilos de vida y salud (ej., la mortalidad debida al consumo de tabaco y su distribución distinta por grupos sociales; USDHHS, 2020).



Un aspecto central de la prevención comunitaria es la denominada *movilización comunitaria* (Arthur et al., 2003). Con ella esperamos reducir los factores de riesgo e incrementar los de protección para el consumo de drogas. Habrá que hacerlo en distintos niveles, empezando por el comunitario, seguido por el familiar, escolar, en el de ocio y tiempo libre, y finalizando por el individual. Otro concepto relevante es el de *competencia cultural* y *contextos culturales*. Se espera lograr comunidades competentes para hacerle frente a los problemas que les surgen, siendo el consumo de drogas, legales e ilegales, uno de los problemas relevantes de las últimas décadas en ellas.

En relación con los programas preventivos comunitarios hay varios problemas que los caracterizan. El primero es conseguir medios y financiación para ponerlos en práctica. Luego, que haya un ambiente propicio para crear coaliciones sociales que permitan ponerlo en funcionamiento. Le sigue la cuestión de su implementación, en relación con aspectos como la fidelidad del programa, necesidad de adaptarlo a esa comunidad, competencia de los aplicadores, y respuesta de los participantes, que no siempre es la que deseamos. Y, finalmente, su evaluación.

Los programas preventivos comunitarios se han basado en la teoría de la influencia social, en los modelos de organización comunitaria, teorías de la difusión y teorías ecológicas, todas las cuales se centran en la relación persona-situación-ambiente (Pentz, 1995). Los programas preventivos se aplican dentro de la comunidad a nivel escolar, familiar, medios de comunicación, organizaciones comunitarias y gobiernos locales. Es en la organización comunitaria donde se inscriben estos programas comunitarios, pero no orientados a las drogas, sino a problemas de salud (ej., los programas de *North Karelia* o el *Stanford Five City Project*). Pero, en la práctica, hasta los años 90 casi todos los programas se centraban en el alcohol o el tabaco. Los programas de los gobiernos locales se centraban en la regulación, normas para reducir la disponibilidad o incremento de la edad para consumir (alcohol, básicamente). Había algunas excepciones, como el programa comunitario *Midwestern Prevention Project (MPP)*, el cual abarcaba el uso de los medios de comunicación (radio, televisión, folletos impresos), programas escolares, familiares y entrenamiento de los líderes de la comunidad. Los resultados de estos programas indicaban hace 25 años (Pentz, 1995) que, sobre todo, funcionaban los programas escolares, que ya de por sí son los más eficaces. Por ello, en aquel momento Pentz (1995), concluía que “los resultados de la intervención actual con la prevención comunitaria de drogas parece prometedora” (pág. 86). Y así seguimos.

Lo anterior queda más claro años después, cuando D’Amico et al. (2009) revisando los programas de prevención comunitaria en el consumo de drogas, consideran que existen dos tipos de intervenciones comunitarias: los programas de prevención de drogas que utilizan múltiples componentes, y las estrategias de prevención ambiental del alcohol. En ambos casos se combinan elementos individuales y ambientales con la idea de crear un cambio positivo y promover el bienestar en múltiples lugares en la comunidad. Por tanto, son programas multicomponentes. Para esta fundamentación se basan en el manual del NIDA (Robertson et al., 2004) y lo que allí dice sobre prevención comunitaria. En la tabla 5.1 indicamos lo que se debe evaluar para ver si la comunidad está preparada para ello.

Más actualmente, Gruenewald et al. (2016) reducen casi todas las aproximaciones comunitarias para los problemas causados por las drogas a estrategias de prevención ambiental. Consideran que las aproximaciones individuales enfatizan el papel de la elección individual de una conducta de salud en un contexto comunitario. Por su parte, una aproximación comunitaria enfatiza el papel del ambiente en la comunidad y como ésta afecta a la elección individual. Ambas aproximaciones deben ser complementarias,



Tabla 6.1. Qué se debe evaluar para saber si una comunidad está preparada para que se aplique en ella un programa preventivo comunitario.

Evaluación del estado de preparación		Acción comunitaria
Nivel de preparación	Respuesta comunitaria	Ideas
1. Sin idea del problema (sin conocimiento del problema)	Tolerancia relativa al abuso de drogas.	Crear motivación. Reunirse con los líderes involucrados en la prevención del abuso de drogas; usar los medios de comunicación para intensificar y hablar del problema; animar a la comunidad para que vea cómo se relaciona con los asuntos comunitarios; comenzar con la planificación previa.
2. Negación	Aquí no pasa nada, no hay nada que podamos hacer.	
3. Idea vaga del problema	Alguna idea del problema, pero ninguna motivación.	
4. Planificación previa	Los líderes son conscientes del problema, alguna motivación.	
5. Preparación	Liderazgo activo y enérgico con toma de decisiones.	Trabajar juntos. Desarrollar planes para la programación de la prevención a través de coaliciones y otros grupos comunitarios.
6. Iniciación	Se utilizan datos para apoyar las acciones preventivas.	Identificar e implementar programas con bases científicas.
7. Estabilización	En general, la comunidad apoya el programa existente.	Evaluar y mejorar los programas actuales.
8. Confirmación/expansión	Los responsables de tomar las decisiones apoyan que se mejoren o se expandan los programas.	Institucionalizar y expandir los programas para alcanzar a más poblaciones.
9. Profesionalización	Conocimiento del problema de drogas en la comunidad; expectativa de soluciones eficaces.	Poner en marcha programas con múltiples componentes para todos los públicos.

Fuente: Robertson et al. (2004, pág. 15).

Para resumir todo lo dicho hasta aquí, nos sirve de ejemplo el reciente manual de Sloboda et al. (2019) sobre prevención de drogas. En él no aparece ningún capítulo dedicado a la prevención comunitaria. La única excepción es la del dedicado a la prevención de drogas en diversas comuni-



dades (Pagano et al., 2019). Está dedicado a los grupos étnicos minoritarios en Estados Unidos. Lo mismo ocurre en otros manuales de referencia de los últimos años, en los que el capítulo de prevención comunitaria de hace años ha desaparecido o ya lo combinan con la prevención ambiental.

2. ¿En qué consiste la prevención comunitaria?

Inicialmente los programas comunitarios partieron del modelo de salud pública o de la psicología comunitaria. Poco a poco el trabajo en esta área llevó a comprobar que había factores claramente comunitarios (ej., la pobreza) pero también otros familiares, escolares, individuales o de tipo social, en relación con el consumo de drogas (Aguirre-Molina y Gorman, 1996). Hace décadas se creía firmemente que la prevención comunitaria era del “todo” necesaria para prevenir el consumo de drogas. Conforme pasó el tiempo también quedó claro que era difícil manejar ese “todo”. Otros factores económicos, sociales, de grupo, profesionales, etc., escapaban al campo preventivo y a los profesionales de la prevención. Esto ha llevado a que la prevención comunitaria que conocíamos hace años se haya transformado, en la mayoría de los casos, en lo que más recientemente conocemos como “prevención ambiental”, que es aquella que procura que los cambios en el consumo de drogas se hagan a través de la puesta en práctica de leyes y normas restrictivas hacia el consumo, en toda la población.

También hay parte de utopía en algunas intervenciones comunitarias. Así, la psicología comunitaria no pretende sólo cambiar la conducta de los individuos. Va un poco más allá: su objetivo es cambiar la sociedad, a toda la comunidad, en este caso para que consuman menos alcohol, tabaco y drogas ilegales. Y, con el objetivo de conseguirlo a través de la participación de distintos componentes, instituciones, grupos, etc., de esa comunidad. Lo mismo pretende el modelo de salud pública. Se espera que todos participen, que todos asuman el fin común. Pero la realidad ha mostrado, una y otra vez, que esto no siempre es así, sobre todo cuando aparecen “intereses”, tanto de las personas afectadas (“adictos”, “libertarios”, etc.), como de los que viven de esa producción, distribución y venta (ej., en el alcohol y el tabaco), o de su tráfico (en las drogas ilegales). La pretensión final de un programa preventivo comunitario es que se logre una completa integración de acciones de esa intervención preventiva y que la misma se mantenga en el tiempo, para así consolidar los efectos que se esperan lograr.

Conforme pasó el tiempo la mayoría de los programas preventivos comunitarios se basaron en el modelo de salud pública o de promoción de la salud. Erróneamente se ha creído que su mera implantación ya sería de por sí eficaz. La realidad nos ha mostrado que esto ha sido así pocas veces, sobre todo cuando hablamos de consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales (Pagano, 2019). La idea subyacente de lograr un cambio social en favor de la salud no siempre se ha cumplido; en ocasiones, lo que ha ocurrido ha sido todo lo contrario, al estar presentes otras fuerzas que logran anular ese tipo de intervenciones (ej., Mialon y McCambridge, 2018).

La prevención comunitaria considera que es central el *empoderamiento comunitario*, junto a la *acción comunitaria* y el *cambio social*. De ahí que los programas son comprensivos, amplios, se le da gran importancia a la política social, utilizan las herramientas de la práctica de la salud pública y la aplicación del mejor conocimiento basado en la investigación (Aguirre-Molina y Gorman, 1996).

Hasta el boom de internet era posible llegar a toda la población de modo fácil a través de varios medios de comunicación. Uno de ellos era a través de la TV, previamente de la radio, la prensa, etc. Hoy esto ya no es posible. Internet lo ha cambiado todo. De ahí que muchos de los programas



comunitarios a través de los medios de comunicación hoy ya no tienen sentido. Además, esas campañas tenían poco impacto en el cambio de conducta, tanto para el consumo de alcohol, como de tabaco y drogas ilegales (Flay y Sobell, 1983). Porque al final, muchos programas preventivos comunitarios solo se quedaban en proporcionar mensajes a través de los medios de comunicación. Era la errónea utilización de la información como elemento central y necesario para el cambio de conducta, cuando sabemos que ello no es eficaz (Tobler, 1992).

Mayor eficacia tienen los programas preventivos comunitarios que se centran en la escuela, como el *Midwestern Prevention Project* (MPP), los basados en organizaciones comunitarias (agencias gubernamentales, escuelas, servicios sociales, empresas, tiendas, medios de comunicación, etc.), como el *Communities Mobilizing for change on Alcohol*, CMCA (Wagenaar et al., 1999) o el *The prevention research center (PRC) Project* (Holder, 1993). Otros programas se realizaron en comunidades de alto riesgo, como aquellas con problemas socioeconómicos, pobreza, desorganización comunitaria, conflicto familiar, escuelas problemáticas, alto consumo de drogas, pero sin aportar estudios de eficacia (Aguirre-Molina y Gorman, 1996). De ahí que, muchos de estos programas, que pasan por comprensivos, luego acaban solo en programas escolares e informativos. Y la mayoría finalizan centrándose en prevenir el consumo de alcohol (Holder, 1993).

Pero sigue habiendo firmes defensores de la prevención comunitaria. Así lo hacen Wilson y Klander (2011) desde el modelo de promoción de la salud. En este sentido, los grupos que constituirían una coalición comunitaria serían muy amplios, como menores y familias, organizaciones religiosas, departamentos de salud pública, el sistema judicial, funcionarios de cooperación y de salud pública, escuelas, sistema sanitario, agencias de servicios sociales, departamento de parques y jardines, organizaciones comunitarias, empresas, bibliotecas, medios de comunicación, y cualquier otro relevante en ese medio.

3. ¿A quién va dirigida la prevención comunitaria?

Sería fácil decir que la prevención comunitaria va dirigida a toda una comunidad. Esto es cierto, pero es una verdad a medias. En la práctica va dirigida a las personas vulnerables de la misma, en los que aplicamos un programa preventivo, o acciones de tipo preventivas, para lograr que no hagan la conducta problema, en nuestro caso consumir drogas u otras conductas adictivas.

Por lo que hemos visto anteriormente, tenemos varios puntos en los que centrar las acciones preventivas cuando el programa es de verdad comunitario. Primeramente, en los que tienen mayor riesgo de consumir, jóvenes y adolescentes. Y en sus padres o tutores. Son personas para ellos relevantes y que en ocasiones tienen factores de riesgo en relación con el consumo. De ahí que con frecuencia se hayan puesto en marcha programas preventivos comunitarios en zonas o barrios marginales donde tenían un alto nivel de consumo de drogas, conductas delictivas, paro, marginación, etc. Igualmente, la escuela va a constituir un lugar idóneo para poner en práctica las acciones preventivas comunitarias. Con frecuencia cuesta diferenciar si lo que se está aplicando en la escuela es un programa preventivo escolar, o tiene el paraguas de un programa comunitario. Mejor es que lo tenga, pero la realidad indica que ello no siempre ocurre, por la escasa existencia de programas comunitarios completos.

Otro elemento del programa serán los iguales, sobre todo en el campo del ocio y de la diversión. Es éste el lugar donde más se consume en exceso alcohol y drogas. De ahí la necesidad de implicar a los colectivos y grupos relacionados con el ocio y tiempo libre, incluyendo a la hostelería, lo cual



no siempre es fácil de lograr. Y, junto a lo anterior, hay otros grupos relevantes que es importante que colaboren con el programa, como los medios de comunicación, el Ayuntamiento, las asociaciones de vecinos y otras ciudadanas o religiosas, o cualquier otra relevante socialmente.

Lo que un adecuado programa preventivo comunitario debe lograr es la prevención del consumo de drogas a lo largo del tiempo. Es aquí donde el foco tiene que ampliarse un poco más allá de los jóvenes, o adolescentes, incluyendo personas en riesgo de consumo, o grupos específicos con mayores niveles de consumo (ej., cierto tipo de trabajadores), o colectivos vulnerables (ej., personas con problemas de salud mental, personas que viven solas, jubilados, etc.)

Es muy fácil estar de acuerdo en que lo ideal sería poner en práctica un programa preventivo comunitario para resolver lo mejor posible la problemática del consumo de drogas. La realidad nos muestra lo difícil que es hacerlo, con las limitaciones, incomprensiones y falta de colaboración que se encuentra en muchos programas que se han puesto en marcha. La normalización del consumo está en parte en este fracaso, como no dar la suficiente relevancia a todo lo relacionado con la política de drogas. Y, sin duda, no tener suficientes medios para implantar estos programas explica muchos fracasos.

4. Ejemplos de programas preventivos comunitarios sobre drogas

4.1. Los primeros programas comunitarios para la prevención de drogas

Como ya hemos indicado, desde los años 90 se han puesto en marcha distintos programas de tipo comunitario para el tabaco y el alcohol. Vistos en perspectiva, los programas de prevención comunitaria de drogas, y en otros temas de salud, tienen una dilatada historia. Así, uno de los proyectos mejor diseñados, evaluados y con adecuados resultados fue el proyecto COMMIT (Commit Research Group, 1995), seguido luego del *Centre for Substance Abuse Prevention's Community Patership Demonstration Program* (Kaftarian y Hansen, 1994), el proyecto *Oregon Together*, y el *Washington State Community Youth Activity Program* (CYAP) para la reducción del consumo de alcohol y drogas. En esos años se desarrollaron muchos programas comunitarios.

En los últimos años su número ha descendido considerablemente, sobre todo en los países desarrollados, aunque siguen planteándose para muchos países en vías de desarrollo (UNODC, 2017). Aparte de los programas anteriores dirigidos al alcohol y tabaco, brilla con luz propia el programa *Comunidades que se cuidan* (*Community that Care, CTC*) (Hawkins y Catalano, 1992, 2002), a partir del modelo de desarrollo social de Catalano y Hawkins (Arthur et al., 2003), en que se basa el mismo, y que ha servido también de base para otros programas comunitarios (EMCDDA, 2017).

En los últimos años, de los diversos programas comunitarios que se han desarrollado, la mayoría se han orientado hacia el consumo de alcohol, tanto por su alta prevalencia de consumo, como porque se puede abordar de un modo más directo que el de las drogas ilegales. Algo semejante ha ocurrido con el tabaco. Estos esfuerzos han llevado, sobre todo en las drogas legales, al surgimiento de la prevención ambiental, como ya hemos visto.

El planteamiento inicial de los programas preventivos comunitarios ha cambiado mucho a lo largo del tiempo. Por su relevancia vamos a comentar brevemente uno de los programas de referencia, y bien conocido, como es el de *North Karelia*. Este proyecto comenzó en 1972 en la zona de North



Karelia, en Finlandia, con el objetivo de reducir la elevada morbilidad y mortalidad que tenían. Para ello se pusieron en práctica toda una serie de acciones a nivel comunitario, dirigidas sobre todo a los varones de mediana edad (Puska et al., 2009), cuya incidencia de enfermedades cardiovasculares era muy alta y, en consecuencia, tenían una alta mortalidad. Se incidió en el consumo de tabaco, junto a cambios en la dieta, ejercicio, chequeos de salud y conciencia de la necesidad de cuidarse durante toda la vida. Este programa utilizó un amplio abanico de estrategias para lograr el cambio conductual, empezando por las educativas, informativas, persuasión, apoyo social, mejora de la prevención, cambio ambiental y organización comunitaria. Ello se hacía a través de los medios de comunicación (prensa y radio), centros de salud y organizaciones comunitarias.

Los resultados del programa fueron muy buenos. Así, si en 1972, cuando comenzó el programa, fumaba el 52% de los varones de 25 a 59 años, descendió al 44% en 1977, al 38% en 1982, al 31% en 1997 y al 17% en 2014 (Heloma y Puska, 2016; Puska et al., 2009). Y, lo más importante, redujo el riesgo cardiovascular, que era muy alto, y con ello la mortalidad, descendiendo ésta en un 49% en ese grupo de varones entre 1970 y 1995. También descendieron el número de cánceres (ej., un descenso del 71% en cáncer de pulmón), presión arterial, colesterol, etc. De ahí que Finlandia se haya convertido en pionera en poner en práctica una legislación completa para el control del consumo de tabaco, como de otras medidas de salud para toda la población.

Lo anterior llevó a implantar distintos programas semejantes en la población de otros países para reducir el riesgo cardiovascular, como el *Stanford Three-County*, el *Stanford Five-County*, y otros muchos más.

4.2. El programa “Comunidades que se cuidan” (Community That Care)

Comunidades que se cuidan (“*Communities That Care*”, CTC) es el programa de tipo comunitario de prevención del consumo de drogas más conocido en la actualidad, uno de los más utilizados y el mejor evaluado en relación al consumo de drogas de tipo comunitario. Se basa en el modelo de desarrollo social de Hawkins, Catalano y colaboradores (Hawkins y Catalano, 1992, 2002). Parte de la base de que el consumo de drogas y la conducta delictiva se pueden reducir potenciando los factores de protección y disminuyendo los de riesgo que existen en esa comunidad. Se centran en ambas conductas al mismo tiempo. Ya hemos visto que los factores de riesgo y de protección pueden ser de tipo individual, familiar, escolar o comunitario (Hawkins et al., 1992). La reducción de estos se haría a través de la aplicación de distintos programas preventivos a nivel escolar, familiar y en toda la comunidad.

Comunidades que se cuidan se ha desarrollado basándose en los principios de la ciencia de la prevención, ya desde sus inicios en los años 90 (Hawkins y Catalano, 1992). El programa ha sido cuidadosamente diseñado, con estrategias para la comunidad cara a actuar ante el problema del consumo de drogas y de la conducta delictiva. Consta de cinco pasos (ver tabla 6.2) (Haggerty y Shapiro, 2013):

1. Evaluar la preparación de la comunidad para implementar el programa CTC.
2. Organizarse a nivel de la comunidad.
3. Conocer el perfil de las conductas problema de los jóvenes a los que vamos a aplicar el programa.
4. Desarrollar un plan basado en estrategias efectivas.
5. Implementar y evaluar el programa.



Sugieren que el mismo debe ponerse en práctica un mínimo de 9 a 12 meses. Es el tiempo con el que se espera poder iniciar el proceso de cambio de los factores de riesgo y de protección. Si se puede aplicar durante más tiempo, mejor. Luego habrá que comprobar los efectos del programa en un periodo de seguimiento de 2 a 5 años después de implantar el mismo (Fagan et al., 2008; Quinby et al., 2008).

Tabla 6.2. Las cinco fases del programa *Comunidades que se cuidan (Communities That Care).*

- 1) *Empezar.* Las comunidades se preparan para presentar el programa CTC.
 - Active un pequeño grupo de catalizadores.
 - Evalúe cómo está de preparada esa comunidad para comenzar el proceso.
 - Identificar los principales líderes comunitarios para liderar el proceso.
 - Invite a diversos colectivos interesados en participar en el mismo.
- 2) *Organizarse.* Las comunidades constituyen una junta o trabajan dentro de una coalición que ya existe. Después de reclutar a los miembros de dicha junta, ellos deben:
 - Aprender sobre la ciencia de la prevención.
 - Poner por escrito lo que se espera hacer.
 - Organizar grupos de trabajo.
 - Desarrollar un cronograma para aplicar el CTC.
- 3) *Desarrollar un perfil de la comunidad.* Las comunidades evalúan los riesgos y las fortalezas de la comunidad e identifican los recursos existentes. La junta comunitaria y los grupos de trabajo deben:
 - Revisar los datos de la encuesta sobre los jóvenes de la comunidad.
 - Identificar los factores de riesgo y de protección prioritarios que predicen los problemas de salud y comportamiento específicos.
 - Evaluar los recursos comunitarios que abordan estos factores.
 - Identificar las lagunas a cubrir con los recursos existentes.
- 4) *Cree un plan de acción comunitario.* La junta comunitaria crea un plan para el trabajo de prevención en su comunidad, para:
 - Reducir los riesgos generalizados y fortalecer los de protección.
 - Definir resultados claros y medibles utilizando datos de evaluación.
 - Seleccionar y expandir políticas y programas que han mostrado ser efectivos (sugieren que se basen en el *Blueprints for Healthy Youth Development* norteamericano).
- 5) *Implementar el programa y evaluarlo.* En esta fase final, las comunidades:
 - Implementan los programas y políticas seleccionadas.
 - Los monitorizan y los evalúan.
 - Se evalúan los resultados y se hace un seguimiento del progreso para garantizar que se logren las mejoras previstas.

Adaptado de la página web de los desarrolladores del programa (en: <https://www.communitiesthatcare.net>).

La clave de este programa es el primer paso, lograr la colaboración de la comunidad, o el que ésta pida que se lleve a cabo un programa comunitario para prevenir el consumo de drogas y reducir las conductas delictivas. Cuando se ha conseguido dar este primer paso, a continuación, es básico conseguir formar coaliciones dentro de esa comunidad entre los sectores implicados, o el mayor



número de ellos. El modelo de desarrollo social sirve de guía para lo anterior. En el manual inicial del programa (Hawkins y Catalano, 1992) vienen las distintas estrategias que podemos utilizar, así como en la página web que tiene el programa, dentro de la Universidad de Washington (<https://www.communitiesthatcare.net>). En su manual más reciente (Fagan et al., 2019) describen cómo implantarlo adecuadamente.

La revisión del Observatorio de Drogas de Lisboa sobre este programa (EMCDDA, 2017) indica que ha sido aplicado en distintos países, incluyendo varios europeos, pero sólo se han realizado dos estudios aleatorizados con el mismo, el del grupo que lo ha elaborado (Hawkins et al., 2008a, 2008b, 2008c) y otro en Australia (Shakeshaft et al., 2014). Los otros estudios que se han hecho con el mismo son o bien de pre- y post-, a veces con seguimiento, pero sin grupo de control, o estudios cuasiexperimentales.

El mejor estudio con este programa es el de Hawkins et al. (2008b). Partieron de 24 pares de comunidades, equivalentes entre sí en distintas variables, estatus o localización geográfica, asignadas unas al grupo experimental y las otras al de control. Lo aplicaron a chicos de 10-14 años, tanto con programas preventivos en la escuela como en la familia, junto con otras intervenciones comunitarias. En este estudio hicieron un seguimiento de hasta 8 años. Los resultados mostraron la eficacia del programa en la reducción de la conducta delictiva como en el consumo de drogas (Hawkins et al., 2009; 2012; 2014; Kim et al., 2014). De modo importante, el análisis del coste-beneficio del programa indica que por cada dólar invertido se ahorran 5.30 (Kuklinski et al., 2012), que en un estudio posterior llega a ser el ahorro de entre 4.23 y 8.22 dólares (Kuklinski et al., 2015).

Como un ejemplo de los resultados obtenidos, en el seguimiento de 8 años (Hawkins et al., 2014), la razón de riesgo ajustada (ARR) para la abstinencia mantenida en el tiempo indicó un 1.32 para el consumo de cualquier droga, 1.31 para el consumo de alcohol, 1.13 para el consumo de tabaco, 1.07 para el consumo de marihuana, 1.11 para el beber intensivo y un 1.18 para la delincuencia, al comparar el grupo experimental con el control, y siempre favorable los resultados al grupo experimental. Para las drogas ilegales se llega hasta una ARR de 1.52 para el consumo de cocaína en el mes pasado. Estos datos muestran no sólo que el programa es eficaz, sino que se mantiene esa eficacia a lo largo del tiempo.

De modo semejante al caso anterior, en el estudio australiano utilizaron 20 comunidades que fueron asignadas aleatoriamente al grupo experimental o al de control (Shakashaft et al., 2014). Después de la aplicación del programa hicieron un seguimiento de 9 años. A diferencia del estudio anterior, en este no fue eficaz el programa, sobre todo debido a la baja tasa de respuesta obtenida en los seguimientos, lo que no permite sacar conclusiones claras o consistentes.

Distintos estudios hechos en Europa, como revisa EMCDDA (2017), mayoritariamente en el Reino Unido, no permiten concluir si este programa es eficaz en nuestro continente. Así, concluyen que "el programa CTC ha demostrado ser una intervención preventiva útil en América del Norte, pero su eficacia todavía necesita ser evaluada en Europa. Esto requeriría la implementación de un sólido estudio aleatorizado y la adaptación del programa a la cultura europea (en su sentido estricto) ajustando la implementación, redacción, imágenes y ejemplos a los entornos, normas y valores locales." (pág. 9).

En Colombia, Pérez-Gómez et al. (2017) adaptaron el programa CTC en ocho comunidades. Lo aplicaron a lo largo de siete meses. Resulta de interés resaltar que las comunidades no siempre entienden el concepto de prevención, al estar habituados a charlas, como que es difícil acceder a las autoridades locales y oficiales gubernamentales, así como para participar en coaliciones y



comités dentro del programa preventivo. El entrenamiento y la asistencia regular es otro problema a nivel comunitario. Pero, con todo, el desarrollo de este tipo de programas tiene muchos aspectos positivos, y varias comunidades siguieron con el mismo una vez finalizada la fase de implementación.

4.3. Programas preventivos comunitarios específicos sobre drogas de otros países

Junto al programa de “Comunidades que se cuidan”, se han desarrollado otros programas preventivos en distintos países. Un ejemplo de programa preventivo comunitario específico para el consumo de drogas es el llevado a cabo por el Health Foundation of Greater Cincinnati [HFGC] (2010). En un manual explican su experiencia de la prevención comunitaria del abuso de drogas realizado a lo largo de 10 años. Este programa comunitario se realizó en la gran área de Cincinnati, en el estado de Ohio de Estados Unidos, área que tiene 2,3 millones de habitantes. Lo llevaron a cabo a través del Centro de Asistencia y Prevención de Abuso de Sustancias. Como centro de consultoría, apoyo y formación han realizado múltiples actividades en esos años en grupos, organizaciones, seminarios, entrenamiento, eventos, material impreso y ayudas económicas para desarrollar los programas.

La evaluación del programa indica resultados claros en un menor beber intensivo, menor consumo de alcohol, pero sin poder hacer comparaciones al no tener un grupo de control. La evaluación del proceso es buena, como suele ocurrir en estos casos, pero falla la de resultados.

En relación con las lecciones aprendidas con el programa, indican que el mismo es exitoso, aunque no lo fundamentan con datos, achacando su eficacia al staff, a una planificación temporal realista y a una fuente de fondos consistente y flexible. Como ocurre con otro tipo de programas, los resultados no han sido publicados en ninguna revista científica. Un problema de la evaluación de programas.

Otro programa muy semejante al de Comunidades que se cuidan es el PROSPER (*Promoting-school-community-university Partnerships to Enhance Resilience*) (Spoth et al., 2004). Considerado un programa, a veces como un menú de programas, lo que hace es seleccionar aquellos programas preventivos eficaces, de los que existen, entre los que incluye un acercamiento comunitario a la prevención de drogas. Es una aproximación basada en la comunidad, de tipo universal, con una aproximación de salud pública. En la evaluación del programa, que se ha hecho en 28 condados de Iowa y Pensilvania, han asignado las comunidades a un grupo experimental o control. Dentro de lo que es el programa, en cada comunidad hay un equipo de entre 8 y 14 personas que son las responsables de la selección de los programas preventivos eficaces, de la implementación, de mantenerlo en el tiempo y de coordinarse con el resto de la comunidad, junto a proporcionar entrenamiento y asistencia técnica a lo largo de todo el proceso. El programa se orienta a reducir el consumo de drogas, junto a incrementar los factores de protección y disminuir los de riesgo, a nivel familiar y escolar fundamentalmente. En el estudio han participado 11.000 estudiantes de 6º grado, de 28 distritos educativos (Spoth et al., 2007). Entre los programas que seleccionaron de tipo escolar estaban el All Star, Entrenamiento en habilidades para la vida y el programa ALERT; para la prevención familiar utilizaron el programa de fortalecimiento familiar (*Strengthening Families*).

Los resultados del programa PROSPER son positivos. Así, a los 6,5 años de seguimiento, hay una clara disminución en el consumo de drogas y en las conductas de riesgo en el grupo PROSPER en



relación con el grupo de control (Spoth, 2015). A los 7,5 años de seguimiento, cuando ya tenían 19 años, los resultados siguen siendo buenos (Spoth et al., 2017), indicando menores niveles de consumo de sustancias en el grupo experimental respecto al de control. Así, la tasa de reducción relativa (RRR) era de un 9.4% para la marihuana, un 30.3% para la cocaína, un 33.1% para el éxtasis, un 41% para la matanfetamina, un 35.1% para el LSD, en relación con el consumo a lo largo de la vida. Y para el consumo actual, de un 11.1% para los cigarrillos, un 2.4% para las borracheras, un 10.8% para la marihuana y un 20% para narcóticos.

Por tanto, el programa PROSPER, como el previamente visto de Comunidades que se cuidan, tienen un adecuado nivel de eficacia.

4.4. Los programas preventivos comunitarios en España

En España, a partir de los años 80 y 90 del s. XX tuvieron un gran auge los programas preventivos comunitarios de tipo municipal. Se fueron creando programas preventivos en distintos municipios con más de 50.000 habitantes, cogiendo una gran relevancia los programas de las grandes ciudades, como pueden ser buenos ejemplos Madrid y Barcelona. Con el paso del tiempo, estos programas comunitarios se convirtieron en programas municipales, en donde un staff dinamiza todas las acciones preventivas de drogas que se hacen en el municipio, sobre todo a nivel escolar, familiar y desarrollo normativo municipal. Pero también en esos años surgieron programas comunitarios específicos en áreas en donde había un alto nivel de consumo de drogas. Vamos a centrarnos brevemente en algunos ejemplos, entre otros muchos que hay: el programa comunitario de Caranza en Ferrol, el programa ciudades sin drogas de Andalucía, y el programa del Ayuntamiento de Portugalete.

El programa comunitario de Caranza (Ferrol)

El programa comunitario de Caranza en Ferrol (Servicio Gallego de Salud, 1991) fue uno de los programas más conocidos en las décadas de los años 80 y 90, manteniéndose a lo largo del tiempo. Este programa se puso en marcha en un barrio con un alto número de factores de riesgo en la ciudad de Ferrol, y con un alto nivel de consumo de heroína en los inicios del programa, lo que acarrea graves problemas sociales, así como a sus consumidores. No olvidemos la epidemia de heroína que asoló muchos pueblos y ciudades desde finales de los años 70. El programa lo puso en marcha la Asociación Asfedro y la Asociación de Vecinos de Caranza. Este era un barrio obrero, de gente joven, con miles de viviendas, y que sufrieron la dura reconversión naval de 1982. Pero, alto consumo de heroína, tráfico de drogas, desestructuración social, falta de recursos, etc., era el caldo de cultivo del que surgió. Con la puesta en marcha de este, con el apoyo de la administración autonómica y local, y luego otras ayudas a nivel nacional, llegaron a participar hasta 30 entidades sociales de distinto tipo. En 1985 se crea la Asociación Asfedro, que pronto se convirtió en el referente de los programas preventivos y terapéuticos para el consumo de drogas en la ciudad. En 1990 abrió una Comunidad Terapéutica.

El programa de Caranza nos sirve también de ejemplo de otros muchos que se pusieron en marcha a lo largo de todo el país, ya que uno de los asesores centrales del mismo fue Marco Marchioni, persona muy activa en toda la intervención comunitaria, cuyo libro publicado en 1999



(Marchioni, 1999) fue de referencia para este tipo de programas. Asesoró la puesta en práctica de muchos programas comunitarios sobre drogas.

El programa de Caranza tuvo claros efectos positivos, apreciables en la calle, en el barrio, en la ciudad. No se hizo una evaluación cuantitativa del mismo, pero cualitativamente se observaba la mejora con la intervención realizada. Y, otros índices que a veces no se utilizan tan abiertamente en el campo preventivo, como número de delitos, personas encarceladas, índice de paro, etc., mejoraron notablemente. Al tiempo, se incrementó el número de personas en tratamiento y el de adictos que lograron la abstinencia. Los buenos resultados de éste y otros programas llevaron a que en los años 90 se expandieran en varias ciudades de Galicia, asesorados por Marchioni a través del Plan Autonómico sobre Drogodependencias. Posteriormente, este tipo de programas se extendieron por otros lugares de España, como por Argentina, bajo el nombre allí de *ciudades preventivas*.

Este tipo de programas insisten mucho en la dinamización social, en un modelo social de cambio, donde la comunidad es el centro de la vida. Este tipo de paradigma, que estuvo tan vigente en los finales del s. XX pronto decayó con los cambios sociales y de consumo que se fueron produciendo. Y, en paralelo, decayeron muchos programas preventivos comunitarios, desapareciendo, o transformándose, la mayoría de ellos. Falta de financiación, cambio del consumo de la heroína inyectada por otras drogas como la cocaína y el cannabis, acudir más personas adictas a tratamiento, menor conflictividad social ocasionada por los adictos, nuevos valores sociales, cambio de intereses de los jóvenes, cambio de las prioridades políticas y administrativas, falta de evaluación cuantitativa, entre otros, llevaron a que estos programas desaparecieron poco a poco.

“Ciudades sin drogas” en Andalucía

En Andalucía, la Junta de Andalucía tiene un amplio programa denominado *“Ciudades sin drogas”* que se orienta a diversas acciones preventivas basadas en la comunidad. Por tanto, no es la prevención comunitaria clásica sino la prevención realizada en la comunidad. En la práctica, se centra en varias acciones, insistiendo mucho en la prevención del ocio alternativo (Junta de Andalucía, 2006). Mezclan ambos tipos de prevención, la clásica prevención comunitaria con la prevención en la comunidad, como se viene haciendo frecuentemente en los distintos programas en España en donde está por medio la comunidad.

En sus aspectos normativos, definen claramente lo que es la prevención comunitaria y lo que se debe hacer bajo su paraguas. Pero, en su nivel operativo, se queda en la prevención hecha en la comunidad. Por ello, aunque sugieren desarrollar un programa comunitario comprensivo, amplio y que incluya a todos los actores, luego falta el nivel de coordinación y dinamización de esa comunidad para que pueda llevar a cabo de modo coordinado, centralizado y flexible una única prevención comunitaria en esa concreta comunidad. Lo positivo del programa anterior es que permite tener un marco en el que los técnicos preventivos pueden realizar distintas acciones preventivas y, como suele ser habitual, cojea en el apartado de financiación y mantenimiento de este tipo de programas.

La evaluación de este programa en el portal de prevención basado en la evidencia (en: www.preencionbasadaenlaevidencia.net) concluye que “no se trata, en realidad, de un programa de prevención. Se trata más bien de un plan o una plataforma en donde se recogen, registran, apoyan y gestionan de un modo u otro toda una serie de iniciativas preventivas muy variadas que se llevan



a cabo en la Comunidad Autónoma de Andalucía. [...] Así, dentro de “Ciudades ante las drogas” se han registrado 1460 programas o actividades llevadas a cabo en todo el territorio de esa CA desde iniciativas comunitarias, escolares, familiares y laborales, que van desde talleres a charlas, campamentos de verano, actividades informativas, etc.”. El programa ha realizado una evaluación del proceso, pero no de resultados.

Aun así, los puntos fuertes que indican del programa son que es una plataforma que incluye un número amplio y variado de programas, recursos y actividades; apuesta por parte de esa administración de mantener y coordinar un conglomerado de actividades preventivas diversas; la forma conjunta de abordar las actividades preventivas aumenta la visibilidad del programa; y, existir un buen registro de las actividades realizadas. Y, como puntos débiles, la amplitud y diversidad de programas; las diferentes actividades van dirigidas a todo tipo de población: jóvenes, población en general, jóvenes consumidores ocasionales, colectivos en riesgo, familias, empresas, ... Esto es lógico y positivo para un programa comunitario, pero vendría bien desarrollar los aspectos que facilitan y potencian las sinergias; la amplitud del plan dificulta hacer estudios de evaluación del proceso y del resultado; y, no se ha hecho evaluación de resultados.

El programa del Ayuntamiento de Portugalete

Un programa de referencia dentro de la prevención comunitaria es el del Ayuntamiento de Portugalete. El último plan municipal, el cuarto, para el periodo 2017-2026, se ha basado en el trabajo de campo realizado por Juan Carlos Melero, de Edex, para el citado ayuntamiento, junto al equipo técnico de Drogodependencias de ese Ayuntamiento (Ayuntamiento de Portugalete, 2017).

La guía del plan es promover el bienestar, la salud y el empoderamiento del ciudadano. Se basa en la Ley de Drogodependencias del Gobierno Vasco que regula a nivel municipal la prevención que se debe hacer desde una perspectiva comunitaria, lo que ha favorecido la creación de equipos preventivos en distintos municipios vascos.

El plan continúa el anterior. Este parte de los planes de drogas actualmente aprobados a nivel europeo, nacional y autonómico. Se hizo con una amplia participación ciudadana, incluyendo profesionales, agentes sociales, jóvenes, profesores, etc. Los valores del plan son considerar a las personas en el centro; la libertad y responsabilidad en la toma de decisiones; aprender a disfrutar, evitando descuidarse; atención al género; sensibilidad intercultural; y, vocación innovadora. A su vez, las señas de identidad del programa son: evidencia científica; abordaje bio-psico-social; transversalidad; salud comunitaria; estilos de vida saludables y dichosos; y, empoderamiento. Todo ello, los lleva a proponer dos objetivos generales del Plan: 1) reducir el impacto negativo del abuso de drogas en el bienestar de las personas y la comunidad; y, 2) reducir el impacto negativo de otras conductas con potencial de abuso sobre el bienestar de las personas y la comunidad. Los objetivos específicos del programa son: 1) promover el desarrollo de actuaciones de prevención universal en los ámbitos en los que se despliega la vida de las personas: escuela, familia y comunidad; 2) promover el desarrollo de actuaciones de prevención selectiva en los ámbitos en los que se despliega la vida de las personas: escuela, familia y comunidad; 3) promover el desarrollo de actuaciones de prevención ambiental en el municipio; y, 4) promover el desarrollo de actuaciones de control de la oferta en el municipio. A nivel operativo, las líneas estratégicas para los objetivos generales son la reducción de la demanda y de la oferta; las áreas de intervención a cubrir son la prevención universal, la selectiva, la ambiental y el control de la oferta; y, como ámbitos de actuación están la escuela, la familia y la comunidad.



La puesta en práctica se hace a través de los siguientes ejes: activar la inteligencia colectiva, responsabilidad política, equipo técnico de prevención, comisión técnica y red comunitaria de prevención. Así, dentro de la red comunitaria de prevención se incluyen las organizaciones de acción social, asociaciones de vecinos, asociaciones de madres y padres de alumnos, asociaciones juveniles, asociaciones de tiempo libre y agentes y líderes sociales.

La evaluación del Plan tiene las limitaciones típicas de la mayoría de los programas de tipo comunitario. De ahí que propongan abiertamente un acercamiento cualitativo. Es un acercamiento realista tal como está la situación actual de este tipo de programas en España, pero con la clara limitación de que nunca se puede afirmar claramente su eficacia. Este es un tema pendiente que depende de que las administraciones públicas doten más recursos para la evaluación.

Destacamos del programa anterior una clara operativización de lo que se va a hacer, para cada una de las dos líneas estratégicas, se indica para cada objetivo específico las actuaciones que se van a realizar y los indicadores para evaluarlos. Otro valor del programa es que está publicado y disponible para la observación pública. Éste es un buen ejemplo del interés y de la apuesta que tiene este municipio por la prevención de las drogodependencias, lo que le hay que reconocer.

Es de interés comentar lo que dice en otro escrito Melero (2015), que ha estado detrás de este programa, cuando reconoce el descenso de este tipo de programas, aunque él cree que hay un nuevo surgimiento de ellos. Insiste en aprender a utilizar los nuevos recursos comunitarios, como son los que proporciona Internet, para integrarlos en las acciones preventivas. Y, siempre que se pueda, se debe integrar a la comunidad o a grupos representativos de ella, en dichos programas. El programa de Portugalete es un buen ejemplo.

Los programas comunitarios vs. los programas locales de drogas

En los últimos años asistimos a la desaparición paulatina de los programas preventivos comunitarios. Su sustituto en el campo preventivo han sido los programas locales de drogas.

Es a partir del año 2006, hasta la actualidad, cuando el Plan Nacional sobre Drogas financia directamente, a través de convocatorias, la concesión de ayudas económicas a corporaciones locales para el desarrollo de programas de prevención de las drogodependencias, con cargo al Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados. Casi todos los municipios de más de 50.000 habitantes tienen un Plan Local sobre drogas, y al menos la mitad de los de 20.000 habitantes. Se financian con algunos recursos municipales, pero sobre todo autonómicos y del Plan Nacional sobre Drogas a través de este tipo de convocatorias. Al ser programas anuales, y de duración real de menos de un año, la mayoría se orientan a acciones de sensibilización y ocio nocturno, pero pueden servir para algo más.

El funcionamiento de los planes locales de drogas es desigual. Destacan los de las grandes ciudades, con más presupuesto, y técnicos estables. Igualmente, otros de ciudades más pequeñas que tienen técnicos motivados o activos.

Un buen ejemplo de cómo elaborar un plan municipal sobre drogas lo encontramos en Alvira y Silva (2004), elaborado en este caso dentro de un proyecto conjunto entre Europa y América latina. Son programas que están a medio camino entre los clásicos comunitarios y los planes locales de drogas más actuales.



5. El modelo de prevención comunitaria del Institute of Medicine (2012)

El Institute of Medicine norteamericano, y concretamente el *Committee on valuing community-based non-clinical prevention policies and wellness strategies*, ha elaborado un manual acerca del marco conceptual integral para evaluar el valor de la prevención comunitaria, en las políticas de prevención no clínicas y estrategias de bienestar para la prevención de enfermedades crónicas (IOM, 2012). La propuesta es aplicable a cualquier tipo de prevención comunitaria, a cualquier problema de salud, no sólo a la del consumo de drogas. Los informes que realiza el *Institute of Medicine* son siempre relevantes, de ahí el que lo veamos aquí.

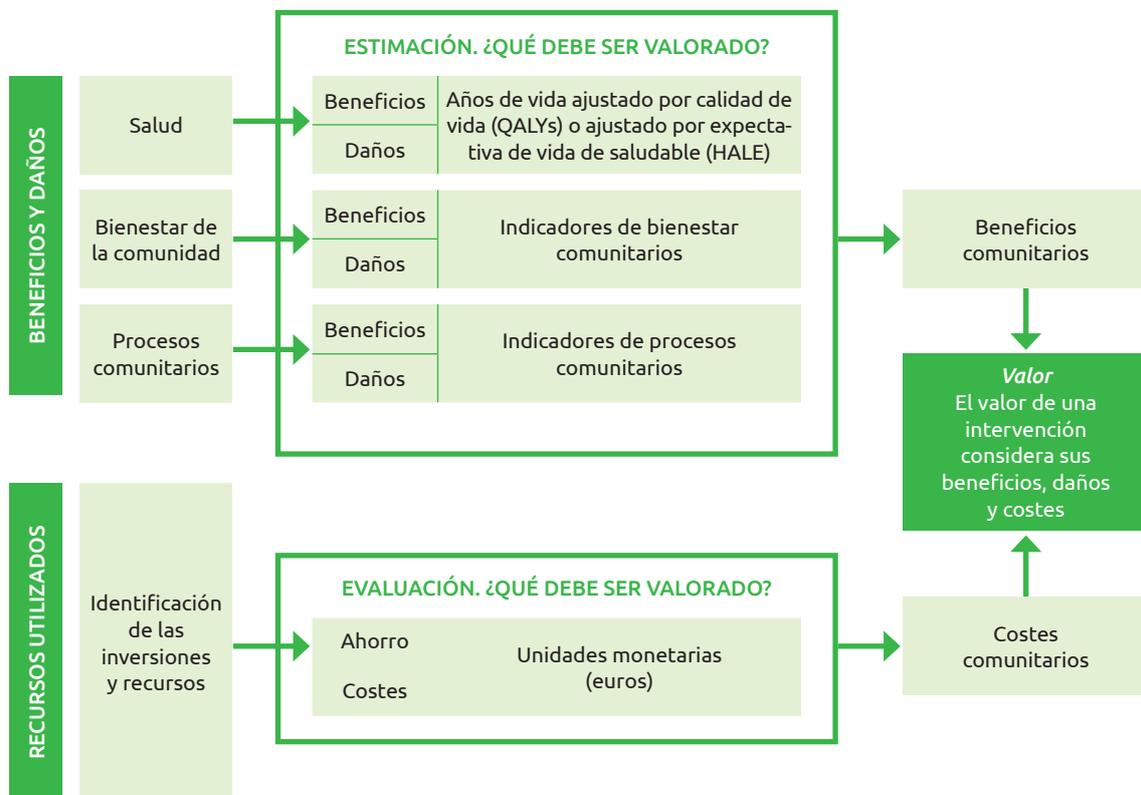
Para el IOM (2012) las intervenciones de prevención comunitaria tienen tres fortalezas. La primera, que se llevan a cabo en toda la población, siendo inclusivas y van más allá del acceso o no al sistema de salud. La segunda, que, al dirigirse sus estrategias a toda una población, la intervención alcanza a las personas en todos los niveles de riesgo. Y, finalmente, reconoce que el estilo de vida y los comportamientos de riesgo están determinados por condiciones que no siempre están bajo el control del individuo. Por todo lo anterior consideran importante que se lleven a cabo este tipo de programas, que se invierta en la prevención comunitaria, antes de que las personas enfermen (o consuman drogas) porque estos programas han mostrado ser coste-eficientes.

Entienden por intervenciones de prevención comunitaria aquellas cuyo objetivo es prevenir la aparición de la enfermedad, detener o retrasar su progreso, reduciendo o eliminando las consecuencias negativas de la misma, aumentando las conductas saludables que dan como resultado mejoras en la salud y el bienestar, o una disminución de las diferencias en la distribución desigual de la salud. Además, las intervenciones pueden ir un poco más allá, ya que abordan cambios en el entorno social y físico, con acciones intersectoriales, con la participación comunitaria y el empoderamiento, enfatizar el contexto o incluir un enfoque de sistemas.

Las intervenciones comunitarias se orientan a tres categorías, o dominios de valor: la salud, el bienestar comunitario y el proceso comunitario. El valor de los programas o políticas preventivas comunitarias deben cumplir al menos tres criterios: 1) tener en cuenta los beneficios y los daños en los tres dominios de salud, bienestar comunitario y proceso comunitario; 2) considerar los recursos utilizados y comparar los beneficios y daños logrados con esos recursos; y, 3) ser sensible a las diferencias entre comunidades y tenerlas en cuenta en la valoración de la prevención comunitaria. El marco conceptual que proponen puede verse en la figura 6.1. Se destaca la consideración integral de los beneficios y daños en el contexto de la salud, el bienestar de la comunidad, y el proceso comunitario, así como una consideración inclusiva y completa de los recursos utilizados.



Figura 6.1. Marco conceptual para la estimación de las intervenciones preventivas comunitarias



Un programa de prevención comunitario es para el IOM (2012) una actividad coordinada o conjunto de actividades, como una campaña educativa contra el tabaquismo, mejoras en el entorno para fomentar la actividad física, una campaña de educación y concienciación sobre enfermedades para mejorar su manejo individual, o una combinación de tales intervenciones, que tiene la intención de lograr un objetivo o resultado de salud. Hoy sabemos que los estilos de vida son los responsables de la mayoría de las enfermedades en las sociedades desarrolladas. El ejemplo más claro y evidente lo tenemos en la alta mortalidad y morbilidad que acarrea el consumo de tabaco y de alcohol, que explican ellos solos sobre el 20% del gasto sanitario y muchas decenas de miles de muertes prematuramente al año en España (unas 52.000 por tabaco y 15.500 por alcohol) (Donat et al., 2020). Ello exige tener en cuenta no sólo los factores individuales sino también los sociales y ambientales. La solución a esto está en la prevención. No hay otra vía. Sino aparecerá irremediamente más tarde la enfermedad y con ella el exceso de mortalidad. Lo malo de la prevención es que sus efectos no se ven a corto plazo sino a medio y a largo plazo (Carson et al., 2011). El efecto del tratamiento se ve de modo inmediato. Pero nuestra obligación es que la persona no llegue a enfermar. De ahí la enorme relevancia que tiene la prevención, o que debe tener, en nuestra sociedad.

El IOM (2012) distingue entre la prevención comunitaria (o basada en la comunidad) y la prevención en la comunidad. Una intervención de prevención comunitaria adecuada combinaría cuatro aspectos: una aproximación ecológica (analiza la relación entre la biología, la conducta y el ambiente); marketing social y educación en salud pública (cara a cambiar el conocimiento y actitudes de las personas sobre la salud, factores de riesgo y determinantes de la salud); promoción de la salud (estrategias para aumentar la capacidad de los individuos y de las comunidades para controlar su salud y sus determinantes); y, cambio en la política pública (a nivel local, regional o nacional). Cuando se pone en práctica lo anterior es más probable obtener cambios y que los mismos se mantengan en esa población.



Como no podía ser de otro modo, da una gran relevancia a la evaluación de los programas preventivos comunitarios. Se lleva varias décadas discutiendo si la prevención comunitaria se debe evaluar con métodos experimentales u observacionales (ej., Potvin y Richard, 2001; IOM, 2012). Lo que sí reconocen es que la evaluación de los programas comunitarios es difícil de hacer. Pero, como aspecto relevante, estos programas pueden llevar a cambios en la política; es decir, a cambios legales que permitan potenciar esos aspectos de salud. Es lo que conocemos hoy como prevención ambiental de drogas. La prevención comunitaria no es fácil de evaluar porque hay varios programas, se aplica a toda la comunidad, hay factores situacionales que pueden incrementar o disminuir el consumo de drogas y no siempre está claro cuáles son las variables relevantes que se deben evaluar. Ellos proponen utilizar la *Community guide* norteamericana, que evalúa todo tipo de programa (ver www.thecommunityguide.org). También, las revisiones de la *Cochrane Collaboration* u otras. Insisten adecuadamente en que “en la evaluación de una intervención comunitaria es clave ser capaz de unir la evaluación de proceso con la de resultado para conocer como los componentes exógenos de una intervención interactúan con las condiciones locales” (p. 49).

Otros aspectos técnicos relevantes por ellos indicados, y que son bien conocidos en el campo preventivo, son la fidelidad de su implementación (el grado de ajuste entre los elementos definidos por el desarrollador de un programa de prevención y su implementación real en una determinada organización o entorno comunitario), cómo puede generalizarse el programa a otras comunidades, cómo mantenerlo en el tiempo, cómo compartir la experiencia con otros programas semejantes, la adecuada presentación de los informes, la difusión de sus resultados, etc.

Dentro ya de la evaluación formal del programa hay que determinar de donde se parte (línea base, el consumo de drogas en el grupo objetivo). Así, podremos saber qué resultados obtenemos con el programa preventivo comunitario a lo largo de tiempo. Lo ideal y deseable es tener un grupo de comparación, es decir, una comunidad de comparación (grupo de control) para que podamos concluir que el programa aplicado funciona realmente (en el grupo experimental).

6. Recomendaciones para implantar un programa preventivo comunitario

Muchos programas preventivos comunitarios se han puesto en marcha porque se vio su necesidad en una comunidad concreta, o alguien lo puso en marcha (lo que se denomina “basados en la práctica”), pero sin estar fundamentados en la investigación ni en programas preventivos comunitarios previos eficaces (lo que sería con evidencia empírica) (Stith et al., 2006).

La revisión de Stith et al. (2006), después de analizar 40 estudios de programas preventivos de tipo comunitario en general, sin ser específicos de drogas, llegan a proponer cinco recomendaciones para su implementación:

- La comunidad debe estar preparada para que se aplique un programa preventivo basado en la comunidad.
- Deben desarrollar coaliciones comunitarias efectivas.
- La programación debe adaptarse a la comunidad.
- La fidelidad del programa debe mantenerse.
- Es necesario que el programa disponga de recursos adecuados, entrenamiento, asistencia y sea evaluado.



Estas aparecen resumidas en la tabla 6.3.

Tabla 6.3. Recomendaciones para implantar un programa comunitario.

Recomendaciones	Definición	Factores centrales
La comunidad debe estar preparada.	El nivel en que la comunidad está adecuadamente preparada para implementar un programa preventivo.	<ul style="list-style-type: none">– Evaluar y construir la suficiente capacidad comunitaria.– Trabajar hacia el reconocimiento por parte de la comunidad de que un problema existe y de que los programas existentes no son suficientes.– Identificar la clave para lograrlo.– Crear un clima apropiado para la implementación.
Desarrollar efectivas coaliciones comunitarias.	Asociaciones que colaboran entre los que ponen en marcha el programa para animar a coordinar las acciones de la comunidad en respuesta a varios problemas sociales.	<ul style="list-style-type: none">– Animar una participación activa en un amplio rango de personas o grupos interesados.– Esforzarse porque haya un buen funcionamiento interno, marcado por un clima inclusivo y una cultura de confianza mutua.– Promover un liderazgo de consejo efectivo.
Asegurar que se adapte a la comunidad.	Intervenciones diseñadas para conocer las necesidades identificadas en la comunidad y para dirigir las apropiadamente a los grupos de esa cultura.	<ul style="list-style-type: none">– Llevar a cabo la evaluación de las necesidades de la comunidad.– Identificar los factores de riesgo y de protección, así como los recursos disponibles.– Elegir el programa que se centre en priorizar los factores de riesgo y de protección identificados en la evaluación.
Aplicar el programa con fidelidad.	Aplicar el programa del mismo modo en que fue desarrollado, durante los estudios de eficacia y efectividad o, en ausencia de tales ensayos, aplicar el programa del mismo modo en que se diseñó para ser aplicado.	<ul style="list-style-type: none">– Identificar los componentes centrales del programa.– Proporcionar el adecuado entrenamiento al personal del programa.– Esforzarse por lograr el nivel máximo de adherencia.– Proporcionar una continua supervisión y retroalimentación respecto a los problemas de fidelidad del programa.– Identificar y afrontar las barreras que afectan a la fidelidad del programa.
Asegurar que se dispone de adecuados recursos, entrenamiento, asistencia técnica y evaluación.	Disponer de recursos adecuados a lo largo de la duración del programa, conforme avanza la planificación del mismo.	<ul style="list-style-type: none">– Considerar los gastos tales como alquileres y pago de empleados.– Mantener un equipo y organización estable.– Proporcionar un entrenamiento adecuado del equipo y administradores del programa.– Tener personas para ayudar entre los desarrolladores del programa y los distintos lugares donde se proporciona el programa.– Completar la evaluación del programa dentro de la comunidad.



1) La comunidad debe estar preparada para que se aplique un programa preventivo basado en la comunidad

Si la comunidad no está preparada para que en ella se aplique un programa comunitario va a ser difícil que el mismo tenga éxito. De ahí que sea necesario que exista cierta capacidad de tipo comunitario, que la comunidad reconozca que existe un problema sobre el que se va a intervenir, que se identifiquen los elementos que permitan afrontarlo, y que exista un clima adecuado para su implementación.

Por ejemplo, si no hay sentido de comunidad en ese lugar va a ser muy difícil aplicarlo. Por ello, antes sería necesario crear ese ambiente. Igualmente, si se niega que exista tal problema las acciones serán inaplicables. O si se cree que no se puede hacer nada para solucionarlo (ej., un barrio con un alto nivel de delincuencia o consumo de drogas). De ahí la insistencia en que para aplicar este tipo de programas se busque el apoyo, o la complicidad, de grupos y personas relevantes de la comunidad. Cuanto más carisma y respeto tengan en la comunidad los que están al frente del mismo mayor éxito podremos conseguir con el programa. Si superamos los anteriores pasos, o barreras, es posible crear un clima adecuado para poder poner en práctica un programa preventivo comunitario.

2) Deben desarrollarse coaliciones comunitarias efectivas

Los programas preventivos comunitarios, como su palabra indica, se basan en la comunidad. Y, en la comunidad, hay que buscar a los grupos que son relevantes en ella. Es lo que conocemos técnicamente como buscar y desarrollar coaliciones comunitarias efectivas. Así, logramos que el programa pase a formar parte de la comunidad, de sus metas y fines.

Si hay un liderazgo claro en esa comunidad es importante que ese líder, o las asociaciones líderes, asuman el programa preventivo, lo apoyen y participen activamente en la implantación de este.

3) La programación debe adaptarse a la comunidad

Cada comunidad es única, con sus peculiaridades y características. Esto lo hay que tener en cuenta cuando se implanta un programa preventivo comunitario. No se puede trasladar un programa de otro sitio a una comunidad concreta sin adaptarlo. A veces el fracaso ha sido por este error. Lo que funciona en un sitio no tiene por qué funcionar en otro, porque el nivel de aplicación y resultados no es el individuo, es la comunidad. Y, sobre todo, para que podamos implantarlo adecuadamente y con visos de éxito.

Por ello, la evaluación de necesidades de esa comunidad, identificar los factores de riesgo y de protección, recursos disponibles, y aplicar un programa que logre mejorar lo anterior, son elementos básicos para seleccionar e implantar dicho programa. También se sugiere que el programa se evalúe en función de lo que pretendemos lograr en esa comunidad, el programa específico para ella.



4) Aplicar el programa con fidelidad

Los programas deben aplicarse con fidelidad, tal como se han desarrollado y han sido evaluados. La fidelidad lleva a obtener mejores resultados, porque el programa se ha desarrollado de ese modo para que funcione. Pero esto no siempre es aplicable en los programas preventivos comunitarios; a veces hay que hacer adaptaciones a las personas a las que se les va a aplicar el programa, o por diferencias culturales en ese grupo concreto. Aunque siempre se sugiere que lo mejor es aplicar el programa con fidelidad, del modo en que originariamente ha sido elaborado (Stith et al., 2006), ello no siempre es posible.

Se han propuesto distintos modos de aumentar la fidelidad a un programa, como identificar sus componentes centrales, entrenar adecuadamente al personal que lo va a aplicar, esforzarse en lograr el nivel máximo de adherencia y dosis de lo que se implementa, cara a que luego se haga siempre así, proporcionar una continua supervisión y retroalimentación de los problemas que surgen en su implementación, e identificar y afrontar las barreras que afectan a su fidelidad (ej., duración, contenidos, quien lo aplica, características de los participantes, limitaciones del personal, etc.).

5) Es necesario que el programa disponga de recursos adecuados, entrenamiento, asistencia y sea evaluado

Uno de los fracasos más habituales de los programas preventivos ocurre cuando éstos no tienen recursos suficientes. Ello lleva a no aplicar la suficiente “dosis” preventiva, en la misma línea de que para que un medicamento funcione hay que aplicar la adecuada dosis terapéutica, no una menor. Un programa sin recursos, o sin suficientes recursos, es más probable que lleve al fracaso.

Tener recursos implica disponer de fondos suficientes para el equipo coordinador, aplicadores, alquileres, materiales, desplazamientos, evaluadores, etc. Esto no siempre es así, y menos en los programas preventivos comunitarios. Por ello, es importante disponer de los mismos al inicio del programa, saber para cuanto tiempo, y que duren lo suficiente para que se pueda implantar el programa adecuadamente. A veces, el programa se aplica bien pero luego no hay dinero para evaluarlo. Al no tener evaluación no sabemos si funciona o no, y corre más peligro su desaparición por no saber lo que estamos haciendo. Hoy nos piden datos cuantitativos, no cualitativos o de opinión. Como se afirma frecuentemente, a pesar de que muchos sostienen la bondad y eficacia de los programas preventivos comunitarios, luego la realidad nos indica que apenas disponemos de ensayos clínicos aleatorizados evaluando los mismos (Wandersman y Florin, 2003). Y las opiniones de los expertos, vacías de datos, son como no decir nada.

7. El problema de la evaluación de los programas preventivos comunitarios

Farrell et al. (2016) indican como diseñar y evaluar programas preventivos a nivel comunitario, aunque en su caso centrados en la evaluación de la conducta violenta en jóvenes. El proceso es el mismo que en cualquier estudio experimental, como seleccionar una conducta de alto riesgo, seleccionar una intervención preventiva para aplicar, usar un diseño que tenga una comunidad a la que aplicar el programa y otra de comparación, tener una medida fiable (en este caso los



indicadores que proponen son los relacionados con reducir la violencia), aplicación y evaluación del programa, efectos a medio y largo plazo de este, etc. Aun así, reconocen que la utilización de ensayos controlados aleatorizados no siempre es posible y éstos a veces no logran apresar los aspectos positivos del programa preventivo (Sanson-Fisher et al., 2014).

La evaluación de los programas se ha hecho en casi todos los casos con diseños cuasiexperimentales. En estos aparecen resultados positivos con la aplicación de estos (D'Amico et al., 2009). Y, como suele ser habitual con estos programas, es difícil poner en práctica este tipo de programas, con buenos estándares de calidad, careciendo de recursos suficientes muchos de ellos (D'Amico et al., 2009). Esto hace que se resienta la evaluación o que no se haga la misma.

El IOM (2012) revisa los distintos procedimientos que se han utilizado para evaluar los programas de prevención comunitario, como el análisis de coste-beneficio, coste-efectividad, el marco PRECEDE, o las guías del *Community Prevention Services Task Force* y otros. A partir de ellos, hacen una nueva propuesta de evaluación. Esta debe: 1) tener en cuenta los beneficios y los daños para la salud en los tres dominios de salud, bienestar comunitario y proceso comunitario. 2) Considerar los recursos utilizados y comparar beneficios y daños con esos recursos asociados a la intervención. 3) Tener en cuenta las diferencias que existen entre comunidades, considerando sus características específicas y el contexto de cada comunidad. 4) Promover la cuantificación del valor del programa a largo plazo y de los cambios reales que ha producido la intervención. Y, 5) fomentar la evidencia como un valor relevante del programa para que sea más fácil comprender los efectos positivos de la intervención.

Algunos aspectos que sugieren son el desarrollo de medidas simples para evaluar el bienestar de la comunidad, los procesos comunitarios e indicadores de bienestar comunitarios, de modo especial los costes y beneficios de la intervención. Igualmente, los cambios esperados o demostrados, tanto positivos como negativos, que resultan de la intervención. Esto exige seguir tres pasos: 1) identificación de los factores que son de valor para la comunidad, 2) hacer una proyección de los cambios que se esperan obtener (impacto) como resultado de la intervención que se va a poner en práctica y de los recursos a utilizar (el análisis de costes y beneficios es aquí relevante), y 3) estimar el valor de los cambios proyectados. Con esto es más fácil tomar decisiones. Y ello siempre en los tres dominios citados de salud, bienestar comunitario y proceso comunitario. De estos aspectos es quizás el análisis de coste-beneficio el que ofrece el enfoque más claro porque podemos transformar el programa en euros (lo que cuesta y lo que podemos ahorrar con él). Además, hay que ver cuál va a ser el impacto del programa a corto, medio y largo plazo. Esta información es importante para los administradores del programa, para los que lo financian y para el resto de la sociedad.

De todos modos, como afirmaba Botvin (1995) en 1995, hablando sobre los principios de la prevención: "las aproximaciones basadas en la comunidad, aunque difíciles de evaluar, pueden proporcionar un contexto de apoyo para otros esfuerzos preventivos. Es difícil sostener que las ganancias preventivas, que las recientes aproximaciones psicosociales han demostrado, no afecten a amplios ambientes sociales de la comunidad" (pág. 37). A lo anterior hay que añadir que cuando se han evaluado estos programas han mostrado ser claramente coste-eficientes. Así, en el programa *Comunidades que se cuidan* el coste-beneficio que por cada dólar invertido hay es de un beneficio de al menos 4 dólares. Y, como ya hemos visto, es posible evaluar este tipo de programas, aunque ello no sea fácil, en algunos de los programas más representativos que hoy conocemos sobre la prevención comunitaria.



8. Efectividad de los programas preventivos comunitarios

Como venimos indicando, no es fácil evaluar los programas preventivos comunitarios. Pero se han hecho varias revisiones y meta-análisis sobre ellos. Así, Halford-Letchfield et al. (2020) han revisado las intervenciones basadas en la comunidad para el consumo problemático de sustancias, en personas mayores, en su estudio en las que tienen 45 o más años. Incluyen 19 estudios en su revisión. Casi todos están centrados en el alcohol, unos pocos en alcohol y fármacos automedicados y sólo uno sobre alcohol y drogas ilegales. La mayoría de los estudios fueron realizados en centros sanitarios de atención primaria, en centros de mayores o en centros de tratamiento (de drogas o de salud mental, pero fuera del ámbito hospitalario). La intervención era fundamentalmente educativa, de tipo breve, más orientada al tratamiento y a la reducción de daños que a la prevención, sobre todo porque incluían personas que realizaban consumos problemáticos. Esto hace difícil llegar a conclusiones claras.

Por su parte, O'Mara et al. (2020) han revisado los programas de promoción de la salud comunitaria en relación con el consumo de alcohol y drogas en refugiados e inmigrantes que no hablaban inglés en Australia. Estos son grupos con mayor riesgo de consumo de alcohol y drogas, dado que están presentes en ellos varios factores de riesgo para el consumo (ej., trauma, estrés agudo, carencia de apoyo social, etc.). Utilizan tanto artículos publicados como literatura gris, dado que en este tema hay poca información disponible sobre la efectividad en estos programas. De los 662 estudios identificados publicados, ninguno cumplía los requisitos de inclusión; y, los de la literatura gris no publicada, sólo tres de ellos los cumplían. Encuentran que existe una exitosa implicación con la comunidad, alta tasa de participación, mejora del conocimiento y de las relaciones entre servicios, policía, miembros de la comunidad y otras agencias relevantes. También, una reducción en el aislamiento social y en el daño que produce el alcohol y las drogas. Con todo, su revisión indica que no es posible obtener evidencia de la eficacia de los programas anteriores. Esto ocurre con frecuencia, tanto por la dificultad de obtener datos cuantitativos como para evaluar este tipo de programas tan amplios. En la misma línea, Stith (2016) concluye, referido al consumo de drogas, que "no existe apenas investigación que compare, en estudios controlados, distintos procedimientos para diseñar e implementar programas preventivos comunitarios que permitan obtener conclusiones validadas empíricamente" (pág. 600).

Pero sí disponemos de algunos programas preventivos comunitarios que han sido efectivos. Nos referimos, entre otros, al de *Comunidades que se cuidan*, y a PROSPER. Aquí es clave una buena implementación, disponer de recursos y que haya un equipo bien motivado que se mantenga a lo largo del tiempo. Por ello, sí que podemos afirmar que disponemos de varios programas comunitarios eficaces para la prevención del consumo de drogas. O, si lo queremos decir de otro modo: 1) no se han evaluado la mayoría de los programas preventivos comunitarios de drogas, de ahí que no conocemos su eficacia, 2) los que se han evaluado no siempre han mostrado ser eficaces, 3) disponemos de varios programas preventivos comunitarios bien evaluados, pocos, pero que han mostrado funcionar adecuadamente, reduciendo el consumo de drogas a corto y a largo plazo (hasta 7 años después), y 4) es preciso que este tipo de programas tengan una adecuada financiación y mantenimiento en el tiempo para que podamos comprobar sus efectos.



9. Guía de buenas prácticas y de calidad para la prevención comunitaria

A continuación, exponemos las principales características que debe tener un programa preventivo de tipo comunitario para el consumo de drogas, el proceso de su desarrollo, puesta en práctica y evaluación. Lo que sigue se fundamenta en la propuesta anterior de Becoña y Martín (2004), en este caso actualizada con los últimos desarrollos y conocimientos que tenemos sobre la prevención comunitaria, así como la situación propia de nuestro medio. Constituye una guía de buenas prácticas para la prevención comunitaria de drogas.

Dada nuestra realidad administrativa, los programas preventivos comunitarios tienen su lugar en un barrio de una ciudad, o en toda una ciudad. Se podrían poner en práctica en una provincia, pero ello es más difícil, a menos que la misma sea pequeña, y la Diputación sea la que tenga las competencias en esta área.

Las fases de diseño, búsqueda y colaboración de los actores implicados, puesta en práctica del programa, evaluación y mantenimiento de este, los operativizamos en una serie de pasos, como indicamos en la tabla 6.4 y vemos a continuación.

Tabla 6.4. Pasos a seguir para realizar una buena práctica y de calidad en la prevención comunitaria.

1. Definición del problema y actuaciones que se pueden poner en marcha para solucionarlo.
2. La explicación del fenómeno: ¿Por qué se consumen drogas en este medio? ¿Qué factores de riesgo y protección la mantienen?
3. La necesidad de una intervención preventiva comunitaria y lograr su viabilidad y aprobación.
4. Delimitar el grupo o grupos objetivo.
5. Objetivos de la intervención preventiva.
6. Métodos y técnicas específicas de intervención; programas preventivos a utilizar.
7. Recursos disponibles.
8. Implementación del programa preventivo comunitario.
9. Evaluación del programa preventivo.
10. Difusión de los resultados obtenidos a lo largo del programa y al final del mismo.
11. Una vez finalizado el programa, análisis de todo el proceso, detección de puntos fuertes y débiles del programa y nuevas propuestas de actuación
12. El necesario mantenimiento del programa en el tiempo.

9.1. Definición del problema y actuaciones que se pueden poner en marcha para solucionarlo

Cuando hay una necesidad personal o social hay que satisfacerla, o solucionarla, si es un tema de salud. En nuestro caso es claro que hay un importante problema de consumo de drogas. Uno de los abordajes que podemos poner en práctica para ello es implantar un programa preventivo comunitario.

La demanda de un programa preventivo comunitario puede venir de distintas fuentes. La primera, de los profesionales que trabajan en prevención que consideran que lo que están haciendo no es suficiente, por su parcialidad, y que habría que dar un paso más allá, implantando un programa más amplio y comprensivo. Otras veces la demanda puede venir de los vecinos, que, ante el alto



nivel de consumo de drogas, y las graves consecuencias que están sufriendo sus hijos, o el barrio, demandan a las autoridades que hagan algo, y éstas decidan poner en práctica un programa preventivo comunitario. Y, finalmente, puede proceder la puesta en práctica de un programa de este tipo por parte de la propia administración, sea local, provincial o autonómica, porque en esa zona hay un alto nivel de consumo de drogas, diversas carencias sociales, y consideran que un programa preventivo comunitario sería lo más idóneo para reducir esa alta prevalencia del consumo y otros problemas asociados al mismo.

En la práctica, los programas preventivos comunitarios que se han puesto en práctica en distintos puntos de la geografía nacional han tenido como partida un alto nivel de consumo de drogas, o un alto nivel de problemas sociales, entre los que estaba también el consumo de drogas. Como ya vimos, tuvieron un alto nivel de implementación en décadas previas, siendo hoy escasos los que están en marcha.

El alto nivel de consumo de drogas es bien conocido en ciertas áreas sanitarias, ciudades o barrios porque tenemos buena información epidemiológica sobre el consumo de drogas, datos de tratamiento, de hospitalizaciones y asistencia a los servicios de urgencias, como otros indicadores sociales (ej., nivel de pobreza, paro, delincuencia, etc.), todo lo cual nos permite conocer bien esa realidad social sobre el consumo de drogas en nuestras ciudades y villas, incluso por barrios.

Por tanto, cuando hay un lugar con un alto nivel de consumo de drogas, y desea hacer algo para reducirlo, una alternativa es poner en práctica un programa comunitario para prevenirlo. Así, se asume la necesidad de reducir el consumo y mejorar otras características de ese ambiente para que el consumo descienda. Ello va a implicar cambios en ese ambiente social, como en todos los grupos que lo forman (ej., asociaciones, escuela, ocio y diversión, policía, ayuntamiento, etc.), aparte de poner en práctica acciones de prevención ambiental, escolar, familiar, ocio y tiempo libre y en los medios de comunicación de masas. La colaboración de todos ellos es fundamental para que el programa se pueda implantar y sea exitoso.

En la práctica, cuando estamos en este primer punto ya disponemos de mucha más información que la que indicamos, porque conocemos bien a esa comunidad, sabemos lo que es la prevención, y también las posibilidades de colaboración que podemos recibir de los responsables políticos o administrativos para poner el programa en marcha, como de distintos profesionales que se precisan para apoyar y colaborar con el programa. Es aquí relevante detectar aquellas personas o grupos que pueden boicotear las acciones que se van a poner en marcha, sobre todo aquellos que tienen intereses en que no descienda el consumo. Porque el objetivo central por el que se pone en marcha un programa de este tipo es para reducir el consumo de las distintas drogas, legales e ilegales, y las consecuencias negativas que producen.

9.2. La explicación del fenómeno: ¿Por qué se consumen drogas? ¿Qué factores de riesgo y de protección la mantienen?

Aunque cualquier técnico en prevención, o persona del campo sanitario, sabe por qué las personas consumen drogas, no todas las personas que van a participar o colaborar en el programa preventivo comunitario lo saben. De ahí, la necesidad de exponerles, de modo claro y didáctico, los principales factores que llevan al consumo de drogas en su comunidad. Lo que vimos en el capítulo 2 sirve de referencia para ello.



Igualmente, será muy útil explicar a las personas que van a participar en estas primeras fases en el diseño del programa, y en las discusiones de este, los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas, y cuáles de ellos son los más relevantes en ese medio. Esto puede hacerse por el conocimiento que se tenga de esa comunidad, o bien a través de un estudio observacional o de campo, grupos focales, o mediante un pequeño estudio cuantitativo en el grupo diana al que vamos a dirigir el programa.

Si hay focos importantes de consumo, tráfico o venta de drogas, puede ser relevante considerarlo cara al diseño del programa. Igualmente, si la vida nocturna se hace en el municipio o en otra zona limítrofe. En suma, conocer todas las características sociales alrededor del consumo de drogas en esa comunidad ayuda a diseñar adecuadamente el programa preventivo.

Otra variable relevante es el número de adictos que hay en esa comunidad, tanto en número como proporcionalmente (ej., x adictos por cada 1.000 personas), para conocer la relevancia del problema. Estos datos los tenemos por los que acuden a tratamiento por consumo de drogas a centros especializados, internamientos hospitalarios, servicios de urgencia, centro de salud, así como por delitos, prestaciones sociales, etc.

En esta fase hay que conocer la tolerancia social ante el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, percepción de riesgo y creencias sobre cada una de ellas en ese medio social. En ocasiones es una variable central, ya que, si no se tienen claros los objetivos, a veces el programa no pueda ponerse nunca en marcha. Un ejemplo representativo de fracaso “anunciado” puede ser intentar poner en marcha un programa de reducción del consumo de alcohol en una zona vinícola importante. Lo más probable es que dicho programa nunca vea la luz porque sus objetivos chocan con la economía de esa zona. De ahí la necesidad de plantear criterios objetivos de cambio, a corto plazo, y no maximalistas, en este tipo de programas. Pero sin perder nunca de vista nuestro objetivo final de prevenir y reducir el consumo de drogas.

9.3. La necesidad de una intervención preventiva comunitaria y lograr su viabilidad y aprobación

Aunque parece claro que una intervención preventiva es adecuada para cualquier sociedad, esto hay que mostrarlo, y convencer a los que tienen que ponerla en práctica, o autorizarla, o proporcionar medios económicos para la misma, sobre todo si vamos a poner en práctica un programa preventivo comunitario. Este es un aspecto central en este tipo de programas, debido a que exigen un nivel importante de coordinación, aceptación social y suficientes medios económicos para poder aplicarla.

Disponer de datos objetivos y cuantitativos del número de personas afectadas por el consumo de las distintas drogas, así como de los efectos más inmediatos que producen, es el primer paso para que los demás vean que hay un problema importante de consumo de drogas en esa sociedad y de que hay que tomar medidas para afrontarlo. Otros aspectos que son relevantes para esta necesidad son si el problema afecta a menores, a personas escolarizadas y a grupos marginales. Esto favorece una mayor sensibilización social.

Los problemas que vamos a encontrar en una sociedad con un alto consumo de alcohol y drogas suelen ser botellones, lo que acarrea intoxicaciones graves, incluyendo comas etílicos, accidentes de tráfico, riñas y peleas, alto nivel de abandono escolar, tráfico de drogas, mayor nivel de psico-



patología asociada, actos delictivos y detenciones, etc. También el consumo de cannabis y drogas ilegales (ej., cocaína, heroína, drogas de síntesis, etc.).

Dado el relevante papel de la familia en la sociedad, y su interés en el cuidado de sus hijos, implicarlos en el programa, y que sepan que un programa preventivo facilita un crecimiento sano de sus hijos, facilita que se hagan cómplices y colaboradores en el programa que queremos poner en práctica. Igualmente, que los responsables municipales y políticos vean que en su comunidad tienen un problema y que asuman afrontarlo y promocionar estilos de vida saludable, una vida sana y que consideran a los jóvenes como un valor importante para hoy y para el futuro. Con lo anterior será más fácil conseguir la colaboración de otros sectores sociales (ej., asociaciones de vecinos).

Como indican Becoña y Martín (2005), a nivel operativo, viene bien que si el programa se hace en un municipio se constituyan dos mecanismos de coordinación para facilitar la participación de las instituciones, organizaciones y grupos de la comunidad. El primero sería una "Comisión interáreas municipal", dado que la prevención se hace desde los municipios de cierto número de habitantes actualmente, y una "Mesa de prevención". La comisión interáreas municipal se encargaría de coordinar las distintas áreas municipales implicadas en dicho programa, como son las áreas municipales de Sanidad, Juventud, Deportes, Fiestas, Educación, Mujer, Policía Municipal, u otras relacionadas. Saber lo que se hace en el municipio es importante para los que están implicados de un modo u otro con la prevención. Por su parte la mesa de prevención tendría como objetivo reunir en ella a aquellos colectivos e instituciones sociales vinculados a lo que vamos a hacer, como son colegios, institutos, centros culturales, centros de salud, hospitales, centros de drogodependencias, si lo hay, asociaciones vecinales, asociaciones de madres y padres, otras asociaciones ciudadanas, asociaciones del ocio y tiempo libre, etc. Aquí es donde se discutirán lo que se va a hacer, y se consensuará lo que se va a implantar, como lo más adecuado para mejorar esa sociedad. No necesariamente tiene que haber un completo consenso, pero el clima de esta comisión nos indicará la viabilidad o no del programa. E, igualmente, si vamos a disponer de los suficientes recursos para ponerlo en práctica.

9.4. La delimitación del grupo o grupos objetivo

Un programa preventivo comunitario no podemos aplicarlo a toda esa sociedad. Aunque sería lo ideal, no es realista. Hay que acotar a quién lo vamos a aplicar. Es lo que conocemos como grupo diana, o grupos objetivo, que en nuestro caso suelen ser los jóvenes entre un rango de edad, normalmente entre 14 y 20 o 25 años.

Técnicamente, suele diferenciarse entre grupo objetivo final y grupo objetivo intermedio (Kröger et al., 1998). El primero se refiere al grupo de personas que se benefician en última instancia de la intervención (ej., los jóvenes de 12 a 25 años). El segundo, el grupo objetivo intermedio es el que actúa como "mediador" en la transmisión del contenido de la intervención dirigida al grupo objetivo final, como profesores y padres de los alumnos escolarizados; profesionales del centro asistencial de drogodependencias y de los centros de salud del municipio; monitores del centro cultural, y miembros de las asociaciones de vecinos y de la asociación de familiares, entre otros.

Otro aspecto relevante que tiene la delimitación del grupo o grupos objetivo es que cuantos más son, o más amplios, aumenta el coste del programa. De ahí la relevancia de disponer de datos del número de personas a las que vamos a tener que aplicar el programa. Esto es fácil de conocer por las personas escolarizadas, empadronados por edades, estudios previos en esa comunidad, etc.



9.5 Objetivos de la intervención

Para cualquier intervención, del tipo que sea, es esencial conocer los objetivos que nos proponemos con ello. En el campo preventivo sabemos cuáles son, como vimos en el primer capítulo. Estos van a marcar la acción preventiva. Pero se los tenemos que hacer saber a los participantes del programa comunitario, sobre todo en las primeras fases de este, cuando tenemos que hacer partícipes a todos de su necesidad y bondad del mismo. Otros manuales que hemos comentado a lo largo de este capítulo nos permiten poder operativizarlos.

El objetivo más sencillo, aplicado a los actores centrales de la acción preventiva, los adolescentes y jóvenes, es reducir la prevalencia del consumo, junto con potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo, mejorar hábitos saludables, incrementar distintas habilidades para su vida cotidiana, entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones, mejora del rendimiento escolar, mayor apego a la escuela y al sistema social, etc. Para la escuela, que los profesores, equipo directivo y resto del personal del centro, adquieran más información sobre las drogas, desempeñen un papel modélico y que todos contribuyan a un ambiente escolar libre de drogas. Igualmente, aplicar un programa preventivo en el centro a los alumnos y resto de acciones para que no se inicien en el consumo o retrasen su inicio.

A nivel familiar, partiendo del centro escolar, poner en práctica charlas para padres y programas familiares específicos de prevención del consumo de drogas en la familia. Para las asociaciones de vecinos, información, formación y concienciación de la problemática del consumo de drogas. Esto lo haremos con charlas, folletos, uso de nuestra página web, etc. Para los hosteleros, que vean la necesidad de tener un consumo seguro y responsable y que colaboren en ello. Para los profesionales sanitarios, del centro de salud u hospital, que colaboren con el programa (ej., detección, charla para padres, entrevistas en los medios de comunicación sobre drogas, etc.).

La colaboración con distintas asociaciones (ej., de vecinos) puede ser importante para el éxito de estos programas, así como disponer del apoyo de la policía local u otros grupos relevantes (ej., una asociación musical de referencia en esa ciudad). Igualmente, hay que implicar a los medios de comunicación relevantes en ese medio social para que ayuden a enviar mensajes adecuados, saludables y preventivos.

Como hemos visto en otro capítulo, sobre el diseño y evaluación de programas, con todo lo anterior tenemos que plantear los objetivos del programa, lo más específicos posibles, diferenciando metas, objetivos generales y objetivos específicos, y los pasos que hay que seguir para el análisis del proceso, para cada uno de los grupos en los que vamos a intervenir (ej., jóvenes de cierta edad, sus profesores, sus padres, población general, toda la comunidad, restauración, periodistas, políticos, etc.).

9.6. Métodos y técnicas específicas de intervención; programas preventivos a utilizar

Para lograr los objetivos anteriores se pondrá en práctica un programa preventivo comunitario. Al ser comunitario tendrá varios componentes, partes o lugares en donde lo pondremos en marcha, como la escuela, la familia, el ocio nocturno, los medios de comunicación, la comunidad en general, etc. También tendremos que disponer de una página web del programa y utilizar las redes sociales.



A nivel escolar, mejoraremos todo lo que lleve a una mejor prevención del consumo, tanto en el centro como a través de la puesta en práctica de un programa preventivo eficaz que se mantenga en el tiempo. Para los padres haremos una intervención general, desde el centro escolar, que habrá que hacer luego más específica bien para todos ellos (escuela de padres), o para padres con problemas con sus hijos (prevención selectiva). El ocio nocturno y la diversión va a ser otro componente importante. Hay que ir hacia un ocio sano, no hacia un ocio no saludable. En este sentido, habrá que estudiar cómo atajar la problemática del “botellón”, cómo crear entornos nocturnos saludables y reducir al máximo aquellas situaciones de riesgo asociadas con la diversión. A nivel más amplio, comunitario, utilizar los medios de comunicación sería importante, como las redes sociales. Es importante disponer de una página web del programa, con varios apartados, uno para jóvenes, otro para padres y otro para el resto de la sociedad. En ella se puede transmitir información fiable, útil y orientada a la prevención. Esto se hacía fácilmente cuando tenían gran relevancia las radios o TV municipales, o se hace cuando es fácil el acceso a la prensa local, o a aquella que se lee en el municipio, sean en papel o por Internet. Darles información sobre lo que se está haciendo facilita una buena colaboración entre todos los actores implicados. Aparte de lo anterior, hay que tener una colaboración fluida con las asociaciones de vecinos, de comerciantes, empresarios, restauración, ocio etc.

Para lo anterior hay que poner en práctica los métodos y técnicas de intervención que han mostrado ser efectivas, desde los distintos programas preventivos escolares, familiares, ocio, comunitarios, como medidas de prevención ambiental (tanto cumplir las leyes y normas existentes como elaborar y aprobar otras nuevas), formación y entrenamiento de los que van a participar en las distintas actividades y programas, técnicas de sensibilización ciudadana, etc.

9.7. Recursos disponibles

Es central disponer de suficientes recursos para poner en práctica un programa preventivo comunitario. De no tenerlos no es posible que pueda funcionar bien. O, si lo queremos llevar a cabo sin tenerlos, y somos muy optimistas en poder lograr los objetivos mínimos a lo largo de su desarrollo, podemos quedar a medio camino y, si no pueden hacerse algunas acciones básicas, puede que tengamos que abandonarlo en la mitad de su recorrido.

Los recursos disponibles deben tener un mínimo para poder realizar el programa. De no llegar a los mismos será inviable. Lo ideal es disponer de recursos suficientes, sobre todo porque en este tipo de programas siempre surgen imprevistos que llevan a que el coste se incremente. O, tener los suficientes recursos para que el programa se desarrolle según lo que se espera del mismo. En suma, disponer de recursos indispensables para poner el programa en marcha y ser éstos suficientes para que podamos llegar hasta el final de este.

En la ejecución de un programa preventivo comunitario se consideran necesarios cuatro tipos de recursos: los humanos, los económicos, los materiales y los técnicos.

Los recursos humanos son aquellos referidos a las personas que se van a encargar de desarrollarlo, desde el “equipo de gestión” (ej., director técnico, técnicos preventivos y personal administrativo). La función del director técnico es importante. Debe conocer el campo de las drogodependencias, y de las adicciones, y tener una buena capacidad de interlocución con otras personas y colectivos. Si hay una mesa de prevención le corresponderá ser el intermediario con la misma y con los profesionales que aplican el programa. También consideramos como recursos humanos



a los que van a estar implicados en la implantación del programa (ej., profesores de los colegios, técnicos de los servicios sanitarios y sociales, asociaciones ciudadanas, grupos de animación sociocultural, voluntarios y jóvenes que participan en las diversas partes del programa).

Los recursos económicos son imprescindibles para la puesta en marcha del programa, el buen funcionamiento y su mantenimiento en el tiempo. Con ellos hay que pagar al personal del programa, materiales (ej. material fungible y material impreso). El presupuesto tiene que ser realista y adecuado a las condiciones sociales del medio en el que se va a aplicar el programa. Debe estar bien especificado, ser claro, indicar la necesidad de cada gasto, y tener un buen sistema de justificación.

Los recursos materiales atañen al local de trabajo donde estamos (prestado, alquilado), material de que disponemos (ej., mobiliario, ordenadores, teléfono, fotocopidora, papelería, material impreso, libros, etc.). Finalmente, los recursos técnicos son aquellos otros a los que podemos acudir y que nos pueden ser de gran ayuda en la implantación del programa preventivo. Por ejemplo, técnicos municipales, profesionales del centro de salud o de drogodependencias, técnicos en informática municipal, organizaciones juveniles, asociaciones de padres, asociación de hostelería, etc.

9.8. Implementación del programa preventivo comunitario

La parte más técnica del programa es poner en práctica el mismo. Esto habrá que hacerlo en distintos lugares, como la escuela, con los padres, en los medios de comunicación, en la web del programa, etc. Es relevante que a lo largo de su aplicación vayamos viendo a través de indicadores cómo va resultando la misma, para transmitir a los diversos grupos y personas que apoyan el programa su desarrollo. Un pequeño informe mensual, o trimestral, aunque sea de dos páginas es una buena idea para que todos sepan cómo se va desarrollando el programa. O a través de un boletín trimestral.

Esta es la parte operativa del programa comunitario, teóricamente la más importante, pero no debemos olvidarnos de todos los pasos de este tipo de programas, ya que no depende la viabilidad y supervivencia del mismo sólo de lo que hagamos, sino también de cómo otros vean cómo se va desarrollando, que el mismo es útil y, sobre todo, que su aplicación sea eficaz.

Esta parte es la que va a llevar más tiempo, la que hay que poner en práctica en distintos lugares, personas y contextos.

9.9. Evaluación del programa preventivo

Todo programa preventivo debe ser evaluado. O, al menos, tendremos que presentar un informe sobre su desarrollo y un informe final. Para ello, debemos planificar desde el principio del programa qué vamos a evaluar y cómo lo vamos a evaluar. Esta evaluación puede hacerla el propio equipo o alguien externo al mismo. Se puede hacer una evaluación del proceso o del resultado. En el capítulo sobre evaluación puede verse esto más ampliamente. Lo cierto es que la evaluación de los programas comunitarios es más compleja que en otro tipo de programas preventivos.

Ya hemos comentado en un punto anterior el problema de la evaluación de este tipo de programas y la dificultad de evaluar su eficacia. Pero, al menos, tenemos que presentar datos de evalua-



ción del proceso (ej., a cuántas personas llegamos, cuántas reuniones hemos hecho, satisfacción con el programa, actividades realizadas, número de personas que ven la web del programa, etc.), como indicios mínimos de resultados (ej., comparar la evolución de los consumos a lo largo del tiempo en nuestro grupo objetivo con los datos nacionales que proporciona el Plan Nacional sobre Drogas en sus encuestas).

Si disponemos de suficientes recursos, entonces se puede plantear una evaluación de resultados a más largo plazo (ej., a 2 o 5 años), en ciertas variables que consideramos relevantes para cambiar en esa comunidad (ej., número de botellones y participantes en los mismos, consumo de drogas a lo largo del tiempo, número de accidentes de tráfico, ingresos en urgencias por consumo de drogas, etc.) y que dicho cambio indique que la aplicación del programa ha valido la pena y que ha mejorado la situación del consumo de drogas en ese medio social.

9.10. Difusión de los resultados obtenidos a lo largo del programa y al final del mismo

La difusión de resultados es de gran importancia en los programas preventivos comunitarios. Los que participan apoyando el programa, o como parte del mismo, precisan conocer cómo se desarrolla, así como otros grupos interesados, la sociedad en general, y los responsables de financiarlo y mantenerlo.

La difusión de resultados suele hacerse a lo largo del programa con notas de prensa o comunicaciones a la prensa de las diversas actividades que se están haciendo del programa. Y, cada año, o al final de este, hay que hacer una memoria de las actividades realizadas. Aquí se presentarán distintos resultados del programa, como participación, aceptación, valoración de este, resultados cuantitativos, etc. La difusión facilita que todos conozcan el programa, mantenerlo vivo y mostrar que lo que se está haciendo es útil y positivo.

A veces hay que hacer una difusión de resultados diversificada, dependiendo de a quién va dirigida la misma (ej., a los medios de comunicación de masas, público en general o al organismo financiador). El lenguaje utilizado debe ser claro, los informes cortos, con pocos datos, pero relevantes para el que lo lea.

La difusión de resultados está relacionada con la evaluación del impacto. Así, tanto nosotros como los que lean el informe, sabrán a cuántas personas ha llegado el programa, aceptación de este, visibilidad, y sobre todo cambios que se han producido en el consumo de alcohol y drogas, o cambios en procesos relacionados con tales consumos. Es importante conocer este aspecto para adecuar una parte del informe a este tipo de petición.

9.11. Una vez finalizado el programa, análisis de todo el proceso, detección de puntos fuertes y puntos débiles del programa y nuevas propuestas de actuación

Un programa preventivo comunitario no finaliza con el informe final, cuando acaba el año o al finalizar su aplicación. Éste nos tiene que servir para hacer un análisis de todo lo realizado, ver los puntos fuertes y débiles que ha tenido, cómo podemos mejorarlo y hacer nuevas propuestas



basadas en el trabajo realizado y experiencia acumulada. Todo lo dicho hasta aquí, y toda la información que tenemos hasta este momento, nos tiene que permitir mejorar el trabajo ya realizado y, sobre todo, si vamos a continuar con el mismo en el inmediato futuro. Esto es, el análisis de todo el proceso, la detección de los puntos fuertes, los puntos débiles y nuevas propuestas de actuación. Con ello, sabremos qué es lo que ha funcionado bien y qué es lo que no ha funcionado. Es un modo excelente de mejorar nuestro trabajo. Y también de transmitirlos a otros para que mejoren el trabajo en el campo preventivo.

9.12. El necesario mantenimiento del programa en el tiempo

Uno de los problemas más importantes en el campo preventivo en general, y específico en la prevención comunitaria de drogas, es lograr el mantenimiento de los programas en el tiempo. Los pasos anteriores lo facilitan, aunque realmente en muchas ocasiones depende el mantenimiento de los programas de elementos externos a nosotros. El más importante es disponer o no de financiación para los mismos, y si esta financiación es anual o se puede mantener en el tiempo a lo largo de varios años. Con todo, el trabajo bien hecho suele dar sus frutos, de ahí la necesidad de seguir los anteriores pasos para lograr que todo funcione del mejor modo posible y se pueda mantener el programa en el tiempo.



Referencias

- Aguirre-Molina, M. y Gorman, D. M. (1996). Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug use. *Annual Review of Public Health, 17*, 337-358.
- Alvira, F. y Silva, A. (2004). *Planes locales sobre drogas. Guía para su desarrollo*. Montevideo, Uruguay: Consell Comarcal de l'Àlt Empordà CCAE y Unión Europea (UE).
- Arthur, M. W., Ayers, C. D., Graham, K. A. y Hawkins, J. D. (2003). Mobilizing communities to reduce risk for drug abuse: A comparison of two strategies. En Z. Sloboda y W. J. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science, and practice* (pp. 129-144). Nueva York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ayuntamiento de Portugalete (2017). *IV Plan Municipal de Drogodependencias de Portugalete. Cartografía abierta para una estrategia local 2017-2026. Personas, drogas y conductas con potencial de abuso. 57 acciones para una década*. Portugalete: Ayuntamiento de Portugalete.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Botvin, G. J. (1995). Principles of prevention. En R. H. Coombs y D. Ziedonis (Eds.), *Handbook on drug abuse prevention. A comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol and other drugs* (pp. 19-44). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- COMMIT Research Group (1995). Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). I. Cohort results from a four-year community intervention. *American Journal of Public Health, 85*, 183-192.
- Carson, K. V., Brinn, M. P., Labiszewski, N. A., Esterman, A. J., Chang, A. B. y Smith, B. J. (2011). Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews 7*, CD001291.
- Donat, M., Sordo, L., Belza, J. y Barrio, G. (2020). *Mortalidad atribuible al alcohol en España 2001-2017. Metodología y resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- D'Amico, E. J., Chinman, M., Stern, S. A. y Wandersman, A. (2009). Community prevention handbook on adolescent substance abuse prevention and treatment: Evidence-based practice. En C. G. Leukefeld, T. P. Gullotta y M. Stanton-Tindall (Eds.), *Adolescent substance abuse. Evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 213-249). Nueva York, NY: Springer.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2017). *Communities That Care (CTC): A comprehensive prevention approaches for communities*. Luxemburgo: Publications for the European Union.
- Fagan, A.A., Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (2008). Using community epidemiologic data to improve social settings: The Communities That Care prevention system. En M. Shinn y H. Yoshikawa, H. (Eds), *Changing schools and community organizations to foster positive youth development*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Fagan, A. A., Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Farrington, D. P. (2019). *Communities that care. Building community engagement and capacity to prevent youth behavior problems*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Farrell, A. D., Henry, D., Bradshaw, C. y Reischl, T. (2016). Designs and evaluating the community-level impact of comprehensive prevention programs: Examples from the CDC Centers of Excellence in Youth Violence Prevention. *Journal of Primary Prevention, 37*, 165-188.
- Flay, R. B. y Sobel J. L. (1983). The role of mass media in preventing adolescent substance abuse. En T. J. Glynn, C. G. Leukefeld y J. P. Ludford (Eds.), *Preventing adolescent drug abuse: Intervention strategies* (pp. 5-35). Washington, DC: US General Publication Office.
- Gruenewald, P. J., Treno, A. J., Holder, H. D. y LaScala, E. A. (2016). Community-based approaches to the prevention of substance use-related problems. En K. J. Sher (Ed.), *The Oxford handbook of substance use and substance use disorders* (pp. 600-624). Nueva York, NY: Oxford University Press.



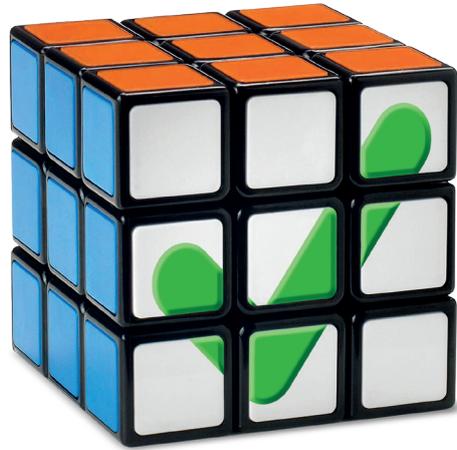
- Haaga, J. G. y Reuters, P. G. (1995). Prevention: The (lauded) orphan of drug policy. En R. H. Coombs y D. Ziedonis (Eds.), *Handbook on drug abuse prevention. A comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol and other drugs* (pp. 3-17). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Haggerty, K. P. y Shapiro, V. B. (2013). Science-based prevention through communities that care: A model of social work practice for public health. *Social Work in Public Health, 28*, 349–365.
- Halford-Letchfield, T., McQuarrie, T., Clancy, C., Thom, B. y Jain, B. (2020). Community based interventions for problematic substance use in later life: A systematic review of evaluated studies and their outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*, 7994.
- Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1992). *Communities that care. Action for drug abuse prevention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Hawkins, J. D. y Catalano, R.F. (2002). *Investing in your community's youth: An introduction to the Communities That Care system*. Channing Bete Company, South Deerfield, MA: Communities That Care.
- Hawkins, J. D., Kosterman, R., Catalano, R. F., Hill, K. G. y Abbott, R. D. (2008a), Effects of social development intervention in children fifteen years later. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine, 162*, 1133-1141.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Arthur, M. W., Egan, E., Brown, E. C., Abbott, R. D. y Murray, D. M. (2008b), Testing Communities That Care: The rationale, design and behavioral baseline equivalence of the community youth development study. *Prevention Science, 9*, 178-190.
- Hawkins, J. D., Brown, E. C., Oesterle, S., Arthur, M. W., Abbott, R.D. y Catalano, R. F. (2008c). Early effects of Communities That Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use. *Journal of Adolescent Health, 43*, 15-22.
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Arthur, M. W., Abbott, R. D., Fagan, A. A. y Catalano, R. F. (2009). Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of Communities That Care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 163*, 789-798.
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Monahan, K. C., Abbott, R. D. y Arthur, M. W. (2012). Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviors after installation of the Communities That Care prevention system in a randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 166*, 141-148.
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Abbott, R. D. and Catalano, R. F. (2014). Youth problem behaviors 8 years after implementing the Communities That Care prevention system: A community-randomized trial. *JAMA Pediatrics, 168*, 122-129.
- Health Foundation of Greater Cincinnati [HFGC] (2010). *Supporting community-based substance abuse prevention: Lessons learned from 10 years of the ASAP Center*. Cincinnati, OH: Health Foundation of Greater Cincinnati.
- Heloma, A. y Puska, P. (2016). Tobacco control. From North Karelia to the national level. *Global Heart, 11*, 185-189.
- Holder HD. 1993. Prevention of alcohol-related accidents in the community. *Addiction, 88*, 1003-1012.
- Institute of Medicine [IOM] (2012). *An integrated framework for assessing the value of community-based prevention*. Washington, DC: The National Academic Press.
- Junta de Andalucía (2006). *Manual para la prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Hansen, W. B. y Kaftarian, S. J. (1994). Strategies for comparing multiple-site evaluations under nonequivalent design conditions. *Journal of Community Psychology (Special Issue)*, 170–187.
- Kaftarian, S. J. y Hansen, W. B. (Eds.) (1994). *Community Partnership Program Center for Substance Abuse Prevention [Monograph Series: CSAP Special Issue in the Journal of Community Psychology]*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention.



- Kibel, B. M. y Holder, H. D. (2003). Mobilizing communities to reduce risk for drug abuse: A comparison of two strategies. En Z. Sloboda y W. J. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, Science, and practice* (pp. 145-156). Nueva York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kim, B. K., Gloppen, K. M., Rhew, I. C., Oesterle, S. y Hawkins, J. D. (2014). Effects of the Communities That Care prevention system on youth reports of protective factors. *Prevention Science, 16*, 652-662.
- Kröger, C., Winter, H. y Shaw, R. (1998). *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias. Manual para responsables de planificación y evaluación de programas*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías.
- Kuklinski, M. R., Briney, J. S., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (2012). Cost-benefit analysis of Communities That Care outcomes at eighth grade. *Prevention Science, 13*, 150-161.
- Kuklinski, M. R., Fagan, A. A., Hawkins, J. D., Briney, J. S. and Catalano, R. F. (2015). Benefit-cost analysis of a randomized evaluation of Communities That Care: Monetizing intervention effects on the initiation of delinquency and substance use through grade 12. *Journal of Experimental Criminology, 11*, 165-192.
- Marchioni, M. (1999). *Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria*. Madrid: Editorial Popular.
- Melero, J. C. (2015). Prevención comunitaria del abuso de drogas: Abriendo el código de las políticas sociales a la participación ciudadana. *Revista Española de Drogodependencias, 41*, 106-119.
- Mialon, M. y McCambridge, J. (2018). Alcohol industry corporate social responsibility initiatives and harmful drinking: A systematic review. *European Journal of Public Health, 28*, 664-673.
- O'Mara, B., Carey, G. y Weier, M. (2020). Community-based health promotion about alcohol and other drugs in a multicultural Australia -what Works? A review of evidence. *Health Education Research, 35*, 437-449
- Pagano, A., Caetano, R. y Lee, J. P. (2019). ATOD prevention in diverse communities: Research and receptivity. En Z. Sloboda, H. Petras, E. Robertson y R. Hingon (Eds.), *Prevention of substance use* (pp. 193-205). Nueva York, NY: Springer.
- Pentz, M. A. (1995). Local government and community organization. En R. H. Coombs y D. Ziedonis (Eds.), *Handbook on drug abuse prevention. A comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol and other drugs* (pp. 69-92). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Pérez-Gómez, A., Mejía-Trujillo, J., Brown, E. C. y Eisenberg, N. (2017). Adaptation and implementation of a science-based prevention system in Colombia: Challenges and achievements. *Community Psychology, 44*, 538-545.
- Potvin, L. y Richard, L. (2001). The evaluation of community health. En I. Rootman, M. Goodstadt, D. V. Hyndman, L. McQueen, L. Potvin, J. Springett y E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives* (pp. 213-240). Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Publications.
- Puska, P., Vartiainen, E., Laatikainen, T., Jousilahti, P. y Paavola, M. (Eds.) (2009). *The North Karelia project: From North Karelia to national action*. Helsinki, Finlandia: Helsinki University Printing House.
- Quinby, R. K., Hanson, K., Brooke-Weiss, B., Arthur, M. W., Hawkins, J. D. y Fagan, A. A. (2008). Installing the Communities That Care prevention system: Implementation progress and fidelity in a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology, 36*, 313-332.
- Robertson, E. B., David, S. L. y Rao, S. M. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad, 2ª ed.* Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, U. S. Department of Health and Human Services.
- Sanson-Fisher, R. W., D'Este, C. A., Carey, M. L., Noble, N. y Paul, C. L. (2014). Evaluation of systems-oriented public health interventions: Alternative research designs. *Annual Review of Public Health, 35*, 9-27.



- Servicio Gallego de Salud (1991). *Plan comunitario de prevención y reinserción, barrio de Caranza, Ferrol*. Santiago de Compostela: Servicio Gallego de Salud, Plan Autonómico sobre Drogodependencias.
- Shakeshaft, A., Doran, C., Petrie, D., Breen, C., Havard, A., Abudeen, A., Harwood, E. et al. (2014). The effectiveness of community action in reducing risky alcohol consumption and harm: A cluster randomised controlled trial. *PLoS Medicine*, 11, e1001617.
- Sloboda, Z., Petras, H., Robertson, E. y Hingon, R. (Eds.) (2019). *Prevention of substance use*. Nueva York, NY: Springer.
- Spoth, R. L., Greenberg, M., Biermann, K. y Redmond, C. (2004). PROSPER Community-University Partnership Model for Public Education System: Capacity-building for evidence-based, competence-building prevention. *Prevention Science*, 5, 31-39.
- Spoth, R. L., Gyll, M., Lillehoj, C. J., Redmond, C. y Greenberg, M. (2007). PROSPER study of evidence-based intervention implementation quality by community-university partnerships. *Journal of Community Psychology*, 35, 981-999.
- Spoth, R. L., Redmond, C., Shin, C., Greenberg, M., Feinberg, M. y Trudeau, L. (2017). PROSPER delivery of universal prevention interventions with young adolescents: Long-term effects on emerging adult substance misuse and associated risk behaviors. *Psychological Medicine*, 47, 2246-2259.
- Spoth, R. L., Trudeau, L. S., Redmond, C., Shin, C., Greenberg, M. T., Feinberg, M. E. y Hyun, G-H. (2015). PROSPER partnership delivery system: Effects on adolescent conduct problem behaviour outcomes through 6.5 years past baseline. *Journal of Adolescence*, 45, 44-55.
- Stith, S., Pruitt, I., Dees, J., Fronce, M., Green, N., Som, A. y Linkh, D. (2006). Implementing community-based prevention programming: A review of the literature. *Journal of Primary Prevention*, 27, 599-617.
- Tobler, N. S. (1992). *Meta-analysis of adolescent drug prevention program. Final report*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- UNODC (2017). *Prevention of drugs and treatment of drug use disorders in rural settings, Revised edition*. Nueva York, NY: United Nations.
- U.S.D.H.H.S. (2020). *Smoking cessation. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services.
- Wagenaar, A. C., Gehan, J. P., Jones-Webb, R., Toomey, T. L., Forster, J. L., Wolfson, M. y Murray, D. M. (1999). Communities mobilizing for change on alcohol: Lessons and results from a 15-community randomized trial. *Journal of Community Psychology*, 27, 315-326.
- Wandersman, A. y Florin, P. (2003). Community interventions and effective prevention. *American Psychologist*, 58, 441-448.
- Wilson, R. W. y Kolander, C. A. (2011). *Drug abuse prevention. A school and community partnership, 3rd ed.* Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers.



CAPÍTULO 7

La prevención escolar



1. Introducción

Es en el periodo escolar cuando las personas se inician en el consumo de drogas. Por ello, la intervención preventiva en la escuela e instituto es muy importante, tanto para el consumo de drogas como para otras conductas problema que pueden aparecer en esos años, en torno a la adolescencia. El consumo de una droga puede ser una mera prueba o experimentación, algo temporal, pero tiene el riesgo de que puede convertirse en habitual. Si es así, le acarrearán importantes problemas a corto y a medio plazo, incidiendo en el rendimiento académico, abandono de la escuela, conductas antisociales, psicopatología, problemas familiares, legales, entre otros. No adquirir hábitos adecuados en este momento de la vida, como no aprender habilidades para su futuro, pueden marcar negativamente a la persona para siempre.

El inicio en el consumo de drogas se da en la adolescencia, principalmente alcohol y tabaco; otros también consumen cannabis u otras drogas (ej., cocaína, heroína, LSD, etc.). Que no las consuman, que retrasen el inicio, y que adquieran habilidades para llevar una vida sin drogas, son algunos de los objetivos de los programas preventivos en la etapa escolar.

La experimentación con las drogas es cada vez más habitual en las sociedades desarrolladas, por su alta disponibilidad, tolerancia social al consumo, y bajo precio, entre otros motivos. Hay que procurar que esto no ocurra en los más jóvenes. Y, si ocurre, que este consumo inicial, o experimental, no pase a ser un consumo regular. Y, si ya es regular, que no pase a ser excesivo o crónico. De ahí que a veces hay un continuo entre la prevención y el tratamiento. Actuamos preventivamente cuando aún no existe el problema o está en sus primeras fases. Cuando el problema ya existe (ej., persona dependiente del cannabis), entonces es preciso un tratamiento para que abandone el consumo por sus consecuencias negativas, que habitualmente son claramente apreciables (ej., psicosis cannábica, tráfico de drogas, abandono de la escuela, actos delictivos, etc.).

Hemos avanzado mucho en el desarrollo de programas que funcionan eficazmente a nivel escolar para prevenir el consumo de drogas. El conocimiento de los factores de riesgo y de protección en esa comunidad facilitan el proceso. En el segundo capítulo, dedicado a los factores de riesgo y protección, hemos indicado otros aspectos que se relacionan con el consumo de droga, sobre los que no vamos a insistir aquí.

Un tema que sale a colación de modo continuo cuando hablamos de la prevención en jóvenes, y especialmente cuando se hace a nivel escolar, es la relación entre consumo de drogas y desarrollo cerebral. Este es uno de los campos de investigación más activos (tabla 7.1). Otro tema que consideramos relevante es el del *síndrome amotivacional*, que con tanta frecuencia se encuentra en los consumidores adolescentes de drogas, y sobre todo en los de cannabis. Es un estado de pasividad e indiferencia que ocurre como consecuencia del consumo de cannabis, o cuando se deja de consumir. Suele darse en personas que consumen altas dosis o durante períodos prolongados de tiempo. Este síndrome suele caracterizarse por una disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales. Cuando persiste en el tiempo, incluso sin consumir, la persona suele estar apática, indiferente, pasiva, con problemas de concentración, perezosa y sin ganas de hacer nada (Cataño et al., 2020).

Las consecuencias del consumo de drogas en adolescentes son muy negativas, tanto para ellos, como para sus familias y para toda la sociedad. Sus vidas se ven “truncadas” por unos años, o para siempre. De ahí la relevancia que tienen hoy los estudios de coste-eficacia para ver cuál es el retorno que obtenemos cuando aplicamos un programa preventivo en la escuela. O, lo que es lo mismo, cuánto ahorraremos a medio y a largo plazo en euros por cada euro invertido en preven-



ción. Los estudios demuestran, una y otra vez, que invertir en prevención es coste-eficiente: sale más barato invertir hoy en prevención para que en el futuro las personas no hagan conductas de riesgo, tengan psicopatología u otros problemas, y no tener que pagar luego el alto coste sanitario, legal, internamiento, etc., que acarreará y que será muy superior a lo que cuesta prevenirlas (Miller y Hendrie, 2008). Concienciar a la sociedad de esto también es relevante.

Una atención especial debe prestarse a aquellas escuelas con mayor riesgo de consumo, bien por estar en barrios, zonas o ciudades de alto nivel de consumo, como por otras circunstancias que favorecen un mayor consumo. Igualmente, a aquellas escuelas o institutos en cuyo entorno hay un importante tráfico de drogas, bien para el propio centro o para los adictos de la zona.

Tabla 7.1. La relación entre consumo de drogas y el desarrollo cerebral.

La corteza prefrontal, si no esencial, de los circuitos de recompensa cerebrales responsables de la conducta moral del individuo, de la inhibición de las conductas inapropiadas y de la toma de decisiones y configuración de planes para el futuro, no termina de madurar y reorganizarse hasta bien entrados los 25-27 años. No es antes de esa edad que termina la inervación de esa área del cerebro por ciertos neurotransmisores y la mielinización de sus neuronas, es decir, el aislamiento y cableado de conexiones. Es por ello por lo que la droga en estos periodos puede producir un desarrollo incompleto e incluso aberrante de esas conexiones y, como consecuencia, una conducta cognitiva y emocional alterada que puede acompañar al individuo durante toda su vida.

De lo dicho se deduce que las drogas consumidas a edades tempranas provocan cambios en el cerebro que pueden resultar dramáticos. Y con ello alterar también la percepción del mundo e incluso cambiar y hacer diferente, tal vez para siempre, la percepción de uno mismo.

Fuente: Mora (2006, pág. 85).

Son varios los objetivos que pretende conseguir la prevención de las drogodependencias, sea de drogas legales o ilegales, aunque la mayoría de los programas preventivos se centran predominantemente en el alcohol y en el tabaco, o en ambos, y en algunos también en el cannabis. De los que se han enumerado podemos listar los siguientes (Becoña 2002):

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

Es importante no confundir prevención con lo que no lo es, como indicamos en la tabla 7.2. En el pasado, y a veces en el presente, se sigue confundiendo la misma con aspectos o acciones que nada o poco tienen que ver con ella.



A continuación, veremos los aspectos más relevantes que hay que conocer y considerar para hacer la prevención en la escuela de modo adecuado.

Tabla 7.2. Qué es y qué no es prevención de drogas en la escuela.

Prevención es:

- Una acción clara con el objetivo de que con la misma no se produzca cierta conducta, o reduzcamos su frecuencia de aparición, en este caso el consumo de drogas en menores de edad o en jóvenes.
- Una metodología que permita la reproducción de lo que hacemos en cualquier otro lugar.
- Un programa preventivo estructurado (con sus objetivos, acciones, temporalización, estrategias y técnicas de entrenamiento y cambio de conducta, un cierto número de sesiones para lograr la adecuada dosis, un sistema de evaluación objetivo, sesiones de refuerzo a lo largo del tiempo, etc.).
- Un sistema de evaluación que nos permita comprobar que lo que hacemos sirve o no para el objetivo preventivo.
- Una adecuada cualificación o entrenamiento profesional de quien la lleva a cabo.

No es prevención:

- La información sobre drogas.
- La educación sobre drogas.
- La sensibilización sobre los efectos negativos de las drogas.
- Charlas aisladas para todos los alumnos sobre drogas o llevar adictos a que les hablen de ellas (contra-prevención).
- La apelación al miedo debido al consumo.
- La educación para la salud sobre drogas.
- Las campañas informativas sobre drogas y sus consecuencias (en TV, radio, prensa, folletos, carteles o vallas).
- La reducción de daños.
- El tratamiento de los ya adictos a drogas.

2. ¿Por qué hacer la prevención en la escuela o instituto?

Son varios los motivos que justifican por qué debemos prevenir el consumo de drogas en la escuela o instituto:

1) Porque la prevalencia del consumo de drogas es muy elevada

Existe un considerable número de estudios epidemiológicos sobre el consumo de las distintas sustancias psicoactivas en la mayoría de los países, por regiones, áreas o continentes. Como se ha visto en el primer capítulo, el consumo es elevado y las consecuencias que produce son claras tanto a nivel físico (enfermedades, accidentes, bajas laborales), como mental (trastornos mentales y del comportamiento), familiar, social, laboral, legal, económico, etc. Las consecuencias variarán según el nivel de consumo, siendo más problemáticos los consumos abusivos o cuando ya se ha desarrollado el trastorno o la dependencia. Estos últimos son los que tienen un mayor nivel de gravedad, los que tienen más problemas y los que usan mayor cantidad de recursos sanitarios y sociales.

La solución a lo anterior es prevenir dicho consumo.



2) Porque los afectados por el consumo suelen iniciarse en la adolescencia y, en esta etapa madurativa, a muchos les cuesta hacer frente al nuevo fenómeno de la disponibilidad y ofrecimiento de drogas

El consumo de drogas comienza mayoritariamente en la adolescencia. En los últimos años, además, se está produciendo una equiparación de los consumos por parte de las mujeres adolescentes, en el alcohol, incluyendo las borracheras y, en el tabaco, ya van por delante de los hombres (OEDA, 2021). Son muchos los factores que lo explican, como los cambios sociales, la disponibilidad de sustancias, el tener dinero para comprarlas, el consumismo, las expectativas positivas hacia algunas drogas, etc. Como ejemplo, las expectativas están derivadas de las creencias o, lo que es lo mismo, de nuestros conocimientos y esquemas sobre el mundo. Sabemos que el consumo de drogas no depende siempre de sus propiedades farmacológicas, sino de sus propiedades esperadas (expectativas).

Dado que es en la adolescencia donde se inicia el consumo de drogas, es en ella y antes de ella cuando hay que dedicar más esfuerzos a la prevención. Además, en los últimos años, con el incremento de la vida recreativa, los cambios en la forma de divertirse de los jóvenes y el fenómeno del botellón, en paralelo ha ido aumentando el consumo de drogas asociadas a esta nueva forma de divertirse (Becoña y Calafat, 2006). Muchos jóvenes carecen de suficientes habilidades, por estar todavía en un periodo madurativo, para hacerle frente a esta presión. Por ello, los programas basados en habilidades han sido los que han demostrado ser más eficaces en la prevención del consumo de drogas (Sloboda y Ringwalt, 2019).

También sabemos que después de la adolescencia, a partir de los 21 a 25 años, disminuye el consumo abusivo de cualquier sustancia (ej., de borracheras) al asumir el joven los roles adultos (Becoña, 2002; Wilson y Kolander, 2011) y ser incompatible el abuso o la dependencia con la vida cotidiana de esa persona (ej., con levantarse temprano todos los días para ir a trabajar). De ahí la relevancia de retrasar la edad de inicio, que los consumos, de darse, no pasen a una situación de abuso o dependencia, y que la transición de adolescente a adulto se produzca asumiendo los roles adultos y no retrase su ingreso en el mercado laboral o en las responsabilidades adultas.

Todo lo anterior se relaciona con la distinción de Moffitt (1993) entre conductas problema limitadas a la adolescencia y conductas problema persistentes a lo largo de la vida. Él encontró que en la conducta delincuente había dos tipos de personas: los que solo realizaron este tipo de conducta de modo puntual en la adolescencia y los que la hacían tanto en la adolescencia como también en la vida adulta. Para las drogas, sugiere que existe el mismo patrón.

3) Porque el consumo de drogas tiene claras y, a veces, muy negativas consecuencias en el individuo, a nivel de salud física, salud mental, problemas familiares, fracaso escolar, etc.

Hoy no hay ninguna duda de las graves consecuencias que produce el consumo de drogas, tanto en los primeros consumos en personas predispuestas, como en personas con abuso o dependencia. Esto se refleja en problemas personales, familiares, de salud física, de salud mental, junto con fracaso escolar, problemas con la justicia, problemas económicos, etc.

Por ejemplo, fumar cigarrillos en la adolescencia no solamente se relaciona con problemas de tipo físico, como afecciones otorrinolaringológicas (ej., rinitis, sinusitis, amigdalitis, otitis) y pa-



tología broncopulmonar y asmática, sino también con varios trastornos mentales, como los del estado de ánimo, de ansiedad o de conducta, entre otros (O'Connell et al., 2009).

En el caso del alcohol, en los últimos años destaca el número de jóvenes muertos en accidentes de tráfico debido al consumo excesivo de alcohol, el fracaso escolar, las relaciones sexuales sin protección, incremento de los actos vandálicos o violentos bajo los efectos del alcohol, etc. Además, el consumo a edades tempranas facilita que de adultos tengan más problemas con el alcohol y mayor riesgo de pasar a ser bebedores abusivos o dependientes.

Los efectos del cannabis son diversos. Incide en el rendimiento psicomotor y la conducción de vehículos, la conducta alimentaria, sueño, conducta reproductiva, etc. También en el sistema cardiovascular, incrementando la presión arterial, y en el sistema respiratorio. Uno de los efectos más conocidos es la disminución del rendimiento académico, como que influye en la memoria, la coordinación motora y la concentración. Su consumo incrementa el riesgo de padecer depresión y de producir la aparición de esquizofrenia (Becoña et al., 2020).

Con otras drogas, como las de síntesis, la cocaína, la heroína, los alucinógenos, los efectos negativos para la salud son claros. Un dato relevante es que existen casi los mismos factores de riesgo para distintas conductas problema, como son el consumo de drogas y las conductas agresivas, violentas y antisociales (O'Connell et al., 2009), y varios trastornos psicopatológicos (ej., el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH) se relacionan con un mayor riesgo de consumo de drogas tanto en la adolescencia como en la vida adulta.

4) Porque disponemos de programas preventivos eficaces que, cuando se aplican, permiten reducir la prevalencia del consumo

Mientras que los primeros programas preventivos se basaban en el modelo racional o informativo, años 60 y 70 del siglo XX, luego se pasó a los programas afectivos y programas inespecíficos, años 70 y 80, luego a los programas basados en el modelo de influencia social, años 80 y 90 y, actualmente, los programas recogen los aspectos que funcionan de los anteriores. Por ello, disponemos de programas bien evaluados, de programas basados en la evidencia científica (tabla 7.3), como veremos en las siguientes páginas.

Tabla 7.3. Aproximaciones y características de los distintos tipos de programas preventivos que se han elaborado a lo largo del tiempo.

Aproximación	Características	Principales métodos utilizados
Proporcionar información	Incrementar el conocimiento sobre las drogas y las consecuencias de su consumo. Promover actitudes anti-droga.	Información didáctica, discusión, presentación de videos, exposición de las sustancias y de sus efectos negativos. Utilizar posters, panfletos y programas de información para toda la escuela.
Educación afectiva	Incrementar la autoestima. Entrenarlos en la toma de decisiones responsables. Desarrollo interpersonal. No suele incluir información sobre drogas.	Instrucción didáctica, discusión, actividades experienciales, ejercicios de solución de problemas en grupo.



Aproximación	Características	Principales métodos utilizados
Disponer de alternativas	Incrementar la autoestima y la confianza en sí mismo. Proporcionar alternativas fiables al consumo de drogas. Reducir el aburrimiento y el sentido de alienación.	Actividades en centros de jóvenes. Organizar actividades recreativas. Participación en proyectos de servicio a la comunidad. Entrenamiento ocupacional.
Habilidades de resistencia social	Incrementar la conciencia de las influencias sociales que existen para fumar, beber alcohol o consumir drogas. Desarrollar habilidades para resistir las influencias para el consumo de drogas. Incrementar el conocimiento de las consecuencias inmediatas negativas del consumo de drogas. Establecer normas para no consumir drogas.	Discusiones en clase. Entrenamiento en habilidades de resistencia. Ensayo conductual. Práctica mediante tareas para casa de tipo conductual. Uso de líderes de la misma edad o un poco mayores que ellos.
Mejora de la competencia	Incrementar la toma de decisiones. Cambio de la conducta personal para ser más competente. Reducción de la ansiedad. Adquirir habilidades de comunicación, sociales y asertivas. Conocer cómo aplicar habilidades generales de resistencia ante la influencia social hacia el consumo de drogas.	Discusión en clase. Entrenamiento en habilidades cognitivo-conductuales (instrucción, demostración práctica, role-playing, feedback, reforzamiento).
Programas basados en la evidencia	Incrementar o proporcionar información sobre drogas adecuada a la edad de la persona. Entrenar en habilidades de resistencia hacia el consumo de drogas. Entrenar en distintas habilidades sociales, asertivas y de manejo de las emociones y de probables problemas personales. Utilizar cualquier otra estrategia que haya mostrado ser eficaz en previos programas preventivos.	Exposición y discusión en clase entre todos. Entrenamiento en habilidades de resistencia ante el ofrecimiento de drogas (asertivas, instrucciones, role-playing, reforzamiento, etc.). Entrenamiento en habilidades sociales, en habilidades de solución de problemas y en manejo de la ansiedad y del estado de ánimo.

Fuente: Adaptado de Becoña (2002, 2006), Botvin y Griffin (2003, 2015) y Sussman (2017).

Por ejemplo, los programas basados en el modelo de habilidades generales o de influencia social parten de que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino también en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo orientado solo a las drogas. Y, como continuación de estos, en los últimos años tenemos que hablar de los programas preventivos basados en la evidencia. En un punto posterior indicamos los componentes básicos que debe tener un programa preventivo eficaz para aplicar en la escuela.



5) Porque hay demanda de que se apliquen programas preventivos a las personas más vulnerables (niños y adolescentes), a personas que ya han comenzado a consumir, o porque dichos programas forman parte del currículo escolar

Ante la situación actual del alto consumo de drogas, es evidente que hay que actuar. Esta actuación se hacía clásicamente a través de la familia, luego en la escuela, como elementos básicos de la socialización del individuo, para todos los temas de la vida. Esto ha cambiado en los últimos años. Por una parte, los padres tienen menos tiempo para dedicarles a los hijos, por motivos laborales. Y, con ello, la escuela cobra más relevancia como fuente de socialización y aprendizaje al estar en ella el niño o adolescente muchas horas. De ahí que esa educación se hace más técnica, pasando a actuarse en problemas específicos que surgen dentro del aula, o en el recinto escolar, como es el del consumo de drogas. Esto hay que hacerlo para atajar las graves consecuencias que acarrea su consumo a una parte de ellos. Todo ello lleva a que las escuelas, los institutos y otros centros educativos, demanden programas preventivos para aplicar en sus centros. Y, a demandar que estos programas preventivos funcionen y solventen o amortigüen el problema por el que se hace la demanda.

6) Porque sabemos cuáles son los principios básicos que hay que seguir para hacer una buena prevención

Desde hace años sabemos cuales son los principios básicos que hay que seguir para hacer una buena prevención de drogas. Distintos organismos llevan años indicando cuales son los elementos básicos que debe seguir un programa preventivo para que sea eficaz. Destacan los principios del *National Institute on Drug Abuse* (Robertson et al., 2020), principios que llevan publicando desde hace años y actualizándolos conforme hay nueva evidencia de la investigación, como así vienen haciendo desde 1997 (Sloboda y David, 1997). Estos principios nos indican lo que sabemos y aquello que debemos hacer para una prevención de calidad según la investigación (tabla 7.4).

Disponemos de distintas fuentes para saber lo que funciona en prevención, como las del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías de Lisboa, de la base de programas preventivos norteamericanos *Blueprint*, o en España de la web www.prevencionbasadaenlaevidencia.net, o en la web del Portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas de la Región de Murcia (en: www.buenaspracticasadicciones.es). También los documentos de UNODC (2013, 2018) exponen las mejores prácticas en prevención.



Tabla 7.4. Principios para una buena prevención en drogodependencias, del *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*, basado en los estudios de investigación que han financiado, para factores de riesgo y de protección, programas escolares e implantación de programas.

Factores de riesgo y protección

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

Programas preventivos escolares

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

Implantación del programa preventivo

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

Fuente: Robertson et al. (2003).



7) Porque la prevención es coste-eficiente

Cada vez se va imponiendo más en la prestación de cualquier servicio demostrar no solo que es eficaz, que funciona para resolver el problema, sino que también es coste-eficiente. Esto es, que la inversión tiene un claro retorno, lográndose un mayor beneficio al realizar la intervención que no hacer nada o, en relación con otro tipo de intervención, cuando disponemos de varias. En el campo de la prevención debemos tener muy en cuenta las cuestiones de eficacia, efectividad y costes, sobre todo cuando no disponemos de mucho dinero para la intervención o cuando se quieren resultados inmediatos o a corto plazo.

Lo anterior se comenta de otro modo cuando se dice que los programas preventivos tienen que ser de calidad o, lo que es lo mismo, ser coste-eficientes. Tenemos múltiples ejemplos de lo anterior. Así, Tengs et al. (2001) en un análisis de coste-efectividad de programas preventivos de tabaco, utilizando el criterio de años de vida ajustado por la calidad (QALY), para un periodo de 25 y 50 años, indican que un programa preventivo en la adolescencia produciría una mayor supervivencia en los que lo reciben y una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Kim et al. (1985) concluyen que el coste-beneficio de los programas preventivos de drogas es de 15 a 1; o, lo que es lo mismo, que por cada dólar invertido se ahorran 15, como también encuentran estudios más recientes (Miller y Hendrie, 2008). En la misma línea, en el informe del *Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)* norteamericano sobre esta cuestión (Miller y Hendrie, 2008) indican que, si se aplican programas preventivos de drogas en la escuela, por cada dólar que se invierte se ahorran 18 dólares a lo largo de la vida. El análisis específico de 10 programas preventivos eficaces realizado por el CSAP indica que de cada dólar que se invierte se ahorran 15.

3. Tipos de programas preventivos escolares

La evolución de los programas preventivos ha sido considerable desde los años 60 y 70 del s. XX, que es cuando comienzan a aplicarse, hasta ahora. Lo cierto es que en estos 50 años hemos aprendido mucho. Hoy sabemos cómo hacer una prevención eficaz y de calidad.

La clasificación de Gorman (1996) (tabla 7.5) nos servirá para enmarcar en el tiempo los distintos tipos de programas preventivos. Los primeros se basaban en el modelo racional o informativo. Se utilizaron fundamentalmente en los años 60 y 70. Luego le siguieron los programas afectivos y los programas inespecíficos, en los años 70 y 80. En los años 80 y 90 se imponen los programas basados en el modelo de influencia social. A partir de finales del s. XX e inicios de éste lo que tenemos son los programas preventivos basados en la evidencia científica, con componentes que sabemos que son eficaces.



Tabla 7.5. Tipos de programas preventivos.

Años	Programas preventivos dominantes
1960-70 1970-80 1980-90 1990-actualidad	<ul style="list-style-type: none">– Programas basados en el conocimiento.– Programas basados en proporcionar información sobre el consumo de drogas y sus efectos.– Programas afectivos.– Programas inespecíficos (ej., de desarrollo personal).– Programas basados en el modelo de influencia social.<ul style="list-style-type: none">– Entrenamiento en habilidades de resistencia.– Entrenamiento en habilidades sociales.– Programas basados en la evidencia científica.

Adaptado y ampliado a partir de Gorman (1996).

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

Ya puesto en práctica, lo que se hacía en este tipo de programas era mostrar las consecuencias negativas a corto, medio y largo plazo que tenían las distintas sustancias, tanto las legales como las ilegales. Los programas iniciales apelaban al miedo y, en ocasiones, a contenidos de tipo moralista. Conforme fue transcurriendo el tiempo, y ante su poco éxito, los programas fueron centrándose en los déficits de personalidad. Aquí se dedicó mucho esfuerzo a la clarificación de valores o a la mejora de la autoestima. Muchos de estos esfuerzos se han mantenido hasta nuestros días. Pero la realidad ha mostrado, cuando se han hecho evaluaciones rigurosas de este tipo de acercamientos (ej., Rundell y Bruvold, 1988), su inutilidad. Por desgracia, este tipo de programas fue el predominante durante años tanto en otros países como en una parte importante del nuestro (Bellver y García, 1997). Partían de la idea de que lo esencial era cambiar el conocimiento (¿positivo?) hacia las drogas por un conocimiento adecuado (¿negativo?) hacia ellas. Se espera que si la persona tiene un conocimiento adecuado sobre las drogas no tendrá actitudes ni intenciones a consumirlas y, lo más importante, no consumirá. Sin embargo, este enfoque es simple, porque hay un gran número de factores que se relacionan con la conducta que van mucho más allá del conocimiento sobre una sustancia o sobre una conducta.

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



Este modelo se ha ido desechado paulatinamente por su poca efectividad, al tiempo que surgían otros de mejor funcionamiento y resultados preventivos. Nótese que en algunas ocasiones estos programas no sólo no conseguían sus efectos, la prevención, sino que eran contra-preventivos, en el sentido de que dicho programa lo que hacía era incrementar el consumo que se quería evitar al proporcionar información inadecuada para ciertas edades, aumentar la curiosidad, no percibir los destinatarios los mensajes del mismo modo que los entendían los que los transmitían, etc.

A partir de los años 70 y 80 aparecen los programas preventivos basados en el *modelo de influencias sociales o psicosociales*, basados en distintos estudios, tanto de la psicología social (Evans, 1976), como del aprendizaje social (Bandura, 1986) y de los antecedentes del consumo de drogas (Jessor y Jessor, 1977). Estos modelos consideran la existencia de tres factores de riesgo que hay que considerar para el desarrollo de programas preventivos: los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual.

El ambiente social es de gran importancia. La conducta, el consumo o no de drogas en este caso, se produce en un concreto ambiente social con unos parámetros que pueden o no facilitarlos. Por ejemplo, la observación de cómo otras personas llevan a cabo conductas relacionadas con las drogas facilitará el consumo o no, o incluso facilitará la socialización en dicho consumo. A veces el consumo/no consumo es un elemento de identificación o un elemento de apoyo social en ese ambiente.

Perry y Kelder (1992) indican siete componentes que caracterizan a esta orientación en los programas llevados a cabo en la escuela para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y marihuana. El primero es la identificación por parte del estudiante de las consecuencias sociales del uso de sustancias a corto plazo (ej., oler mal para el tabaco, tener un accidente de tráfico para el alcohol). En pequeños grupos de discusión se analizan las consecuencias que ellos consideran relevantes. El segundo es analizar las razones por las que los adolescentes consumen sustancias, como divertirse, hacer amigos, madurez, afrontar los problemas personales, etc. En el tercero se hacen ejercicios para que descubran, a diferencia de lo que piensan, que el consumo de drogas no es una conducta normativa en su grupo de edad. Se contraponen lo que piensan a los datos que obtienen sobre consumos y se discute la sobreestimación del consumo. En el cuarto aprenden la importancia que tiene en nuestra cultura los modelos que se relacionan con el consumo a través de los medios de comunicación y de los modelos adultos. Aquí es fácil presentarles los distintos procedimientos, junto con varios anuncios de alcohol y tabaco para lograr que la persona siga consumiendo o para conseguir nuevos consumidores. En el quinto aprenden y practican distintas habilidades para resistir las anteriores influencias. Con ello se espera que sean competentes en afrontar esas situaciones y no consuman. En el sexto aprenden que el consumo de drogas no sólo les afecta a ellos y a las personas más cercanas (amigos, padres, conocidos), sino a toda la comunidad. Se analizan varios modos para conseguir que sean socialmente responsables en ese ambiente y no consuman drogas. Finalmente, el séptimo, consiste en un compromiso público de no consumo. Con ello se espera que la persona asuma, después de todo el aprendizaje anterior, lo aprendido y lo especifique conductualmente con dicho compromiso público.

En los años 80 y 90 surge el *modelo de habilidades generales o de influencia social*. Este modelo parte de que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que se les debe entrenar en habilidades generales en relación con la vida cotidiana. De ahí que se denomine modelo de habili-



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

Este tipo de modelos representan también un cambio respecto a modelos y programas previos, en el sentido de que se orientan a todas las drogas, a diferencia de programas específicos para sólo tabaco, alcohol, o la combinación de ambos, o la inclusión también de marihuana (ej., Hansen, 1992). Aun así, en la práctica estos programas están dirigidos específicamente a prevenir el comienzo del consumo de drogas y se enfocan a las drogas de inicio; es decir, el tabaco, el alcohol y la marihuana. Se basan en la idea de una multicausalidad en el proceso de comenzar a consumir cualquier sustancia por parte de los adolescentes y, por lo tanto, cubren diversas áreas que pueden ser deficitarias en ellos, junto a facilitarles el que sean capaces de hacer frente a la tentación de consumir cualquier sustancia como forma de compensación de dichas deficiencias.

A partir de los últimos modelos se da gran relevancia a la evaluación y al análisis del coste-efectividad. Por ello, desde finales del s. XX e inicios de éste podemos hablar de que los programas preventivos se basan en el *modelo de la prevención basada en la evidencia*.

4. Ejemplos de programas preventivos escolares eficaces

4.1. Programas universales

Hoy disponemos de programas preventivos eficaces para aplicar en la escuela. Pero no todos los programas preventivos que existen y se aplican lo son. Hay varias fuentes, tanto los propios estudios de los programas preventivos, como revisiones y meta-análisis para saber cuáles funcionan. De modo fácil, operativo y cómodo, podemos acceder a páginas de organismos nacionales o internacionales que nos indican los programas que funcionan y su nivel de eficacia. En el contexto europeo destacan los listados del Observatorio de las Drogas y Toxicomanías de Lisboa, que tiene dos páginas para ello, la de *EDDRA*, o portal de buenas prácticas, y la *XChange*, que es un registro de programas preventivos con evaluación más estricta. En España disponemos de dos páginas para ver la calidad de los programas preventivos: el de prevención basada en la evidencia (www.prevencionbasadaenlaevidencia.net) y el portal de buenas prácticas (www.buenaspracticasadicciones.es), recientemente puesto en marcha desde la Región de Murcia.

En la tabla 7.6 indicamos aquellos programas que aparecen como más eficaces en las bases de *Prevención Basada en la Evidencia* y *XChange*. Varios aparecen en ambas, unos aplicados en España y otros países, como los que no se aplican aquí. A continuación, exponemos varios del portal español con el mayor nivel de eficacia junto a otros programas que están teniendo una gran relevancia en los últimos años, y se han evaluado, en Europa y España (el *Unplugged*), o que se utilizan ampliamente en otros países (el *Good Behavior Game*).



Tabla 7.6. Programas preventivos que aparecen como eficaces en la web de www.prevencionbasadaenlaevidencia.net (España) y en *XChange* del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías de Europa (www.emcdda.europa.eu).

Prevención basada en la evidencia (calidad alta, moderada o baja) (1)

Calidad alta

- Entrenamiento en habilidades para la vida
 - Construyendo Salud
 - Entre todos
- Tú Decides
- Programa PASE
- Sobre cañas y petas (Sobre Canyes i Petes)

Calidad moderada

- Déjame que te cuente algo sobre... los porros
- La aventura de la vida
- Programa Saluda
- Construyendo tu mundo
- DINO

Registro de prevención Xchange (2) (los de beneficioso a los de se recomiendan estudios adicionales)

Beneficioso

- Unplugged (varios países europeos, España)
- Be smokeFREE (Noruega)

Probablemente beneficioso

- El juego del buen comportamiento (*Good Behavior Game*) (EEUU y varios países europeos)
- Salud escolar y reducción de daños en alcohol (SHAHPR, Reino Unido)

Posiblemente beneficioso

- Los increíbles años (EEUU y varios países europeos)
- Proyecto Northland (Estados Unidos y Croacia)
- ESFA/PASE (España y otros países europeos)
- Be Smart (varios países europeos)
- Aktion Glasklar (Alemania)
- The Ringsted Experiment (Dinamarca)
- Preventure (Holanda, Reino Unido)
- Sobre Canyes i Petes (España)

Se recomiendan estudios adicionales

- Mi diario de salud (Italia)
- Hablando sobre el alcohol (Reino Unido)
- Entrenamiento en habilidades para la vida (LST) (Estados Unidos, varios países europeos, España)
- Empecemos (España)
- Promoviendo estrategias de pensamiento alternativo (EEUU y varios países europeos)
- Tú decides (España, Portugal)
- Programa de resiliencia de Penn (EEUU y varios países europeos)



(1) Los programas de *Prevención Basada en la Evidencia* se clasifican en:

- *Calidad alta*: Programas bien evaluados cuyo efecto ha sido demostrado a través de distintos estudios.
 - *Calidad moderada*: Programas que habiendo demostrado ser eficaces precisan de mayor investigación para demostrar que su efecto se mantiene.
 - *Calidad baja*: Programas cuya eficacia no queda suficientemente demostrada y se precisa investigar más sobre el mismo para conocer la utilidad del programa.
 - *Calidad muy baja y/o sin evidencia*: No hay evidencias, o bien son indirectas, insuficientes o contradictorias según los estudios realizados con el programa.
- Excluimos de la tabla los de calidad baja o muy baja.

(2) Los programas de *XChange* se clasifican en:

- *Beneficioso*: Intervenciones para las cuales los efectos son convincentes, consistentes y sostenidos para los resultados relevantes a favor de la intervención, como se encuentra en dos o más estudios de excelente calidad en Europa.
 - *Probablemente beneficioso*: Intervenciones para las cuales los efectos convincentes y consistentes para resultados relevantes a favor de la intervención, como se encuentra en al menos un estudio de evaluación de excelente calidad en Europa.
 - *Posiblemente beneficioso*: Intervenciones para las que algunos efectos para resultados relevantes están a favor de la intervención, como se encuentra en al menos un estudio de evaluación de calidad aceptable en Europa. Una intervención clasificada como “posiblemente beneficiosa” es adecuada para su aplicación en el contexto de evaluaciones más rigurosas.
 - *Se recomiendan estudios adicionales*: Intervenciones para las que hay dudas sobre la calidad de la evaluación o la coherencia de los resultados en Europa, lo que dificulta la evaluación de si son efectivas o no, incluso aunque los resultados parecen estar a favor de la intervención.
 - *Es poco probable que sean beneficiosas*: Intervenciones para las que al menos una evaluación de excelente calidad en Europa muestra pruebas convincentes que los efectos son nocivos o nulos para los resultados relevantes.
 - *Posiblemente dañina*: Intervenciones para las que algunos efectos de los resultados relevantes de la intervención se consideran perjudiciales, como se encontró en al menos un estudio de evaluación de calidad aceptable en Europa. Una intervención clasificada como de posiblemente dañina, no es apta para su aplicación, excepto dentro de otras prioridades y con evaluaciones rigurosas y estrictamente supervisadas.
- En la tabla solo incluimos las cuatro primeras categorías.

4.1.1. Entrenamiento en habilidades para la vida

El programa preventivo de referencia en el campo escolar es el programa de entrenamiento en habilidades para la vida (*Life Skills Training, LST*) de Gilbert J. Botvin. Ha sido desarrollado en la Universidad de Cornell, en Nueva York (www.lifeskillstraining.com). Su eficacia ha llevado a que muchos otros programas se basen en el mismo o utilicen varios de sus elementos centrales. Se viene utilizando desde 1985, se ha adaptado a 35 países y hay docenas de estudios de evaluación en distintos países y por distintos grupos de investigación a lo largo de sus casi 40 años de existencia (Botvin y Griffin, 2015).

Es un programa preventivo escolar de tipo universal, que tiene tres componentes principales: 1) un componente de competencia personal que enseña habilidades de automanejo, 2) un componente de competencia social que enseña varias habilidades sociales, y 3) un componente de resistencia al consumo de drogas que enseña contenidos relacionados con la salud, habilidades de resistencia y actitudes y normas pro-salud. Se basa en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) y en la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977), junto a la influencia de distintos factores intrapersonales en el inicio del consumo (ej., expectativas favorables al consumo), carecer de habilidades de automanejo (ej., carencia de habilidades para tomar decisiones y solucionar problemas, o afrontar la ansiedad o el estrés) y escasas habilidades sociales (ej., asertividad, comunicación, relaciones sociales). Igualmente, considera relevantes varias características de personalidad, como la baja autoestima, ansiedad, impulsividad o rebeldía.



Este programa se orienta a la prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Consta de 15 sesiones el primer año (11-12 años, 6º grado norteamericano), junto a 10 sesiones de recuerdo el segundo año y otras 5 el tercer año (hasta los 13-14 años) del programa. Hay manual del profesor, del alumno, videos, y un programa muy estructurado de formación de los profesores que se hace intensivamente en uno o dos días completos. En su aplicación se utilizan técnicas interactivas (ej., enseñanza didáctica, facilitación y discusión en grupo, demostraciones en clase y entrenamiento en habilidades cognitivo-conductuales) (tabla 7.7).

El programa también se ha utilizado como programa selectivo para jóvenes de alto riesgo. Igualmente, desarrollaron otro programa de 8 sesiones para el inicio de la escuela primaria y otro para la secundaria de 10 sesiones. Otro se ha adaptado al lugar de trabajo (*The Life Skills Training Wellness Program-LST-WP*), como para otras conductas de riesgo (ej., conducir, violencia, delincuencia, VIH).

La eficacia del programa LST ha sido demostrada en múltiples estudios. En varios norteamericanos bien diseñados consigue reducir un 50% el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en relación con el grupo control. Por ejemplo, en el estudio de Botvin et al. (1995), publicado en *JAMA*, en 56 escuelas de Nueva York, en el seguimiento de 5 años los buenos resultados iniciales se mantenían. En un seguimiento posterior de 12 años (Botvin y Griffin, 2012) el programa seguía siendo eficaz para el consumo de drogas ilegales, marihuana, consumo de tranquilizantes y uso no médico de otras sustancias psicoactivas. Otros estudios han analizado el efecto mediador de distintas variables del programa o características individuales de los participantes, apoyando el modelo en el que se fundamenta: a mayor número de habilidades menor consumo. Otro hallazgo importante es que la utilización del programa produce una mejora del rendimiento académico (Botvin y Griffin, 2015).

Se ha analizado el coste-efectividad de programa (Lee et al., 2012) encontrándose que por cada dólar invertido se logra un ahorro de 38 dólares.

Tabla 7.7. Componentes de un programa de influencia social y entrenamiento en habilidades para la vida.

Componente	Descripción
Habilidades de escucha y de comunicación	Las habilidades de escucha y de comunicación pueden mejorarse aprendiendo cómo plantear preguntas abiertas-cerradas, establecer contacto visual adecuadamente, y lenguaje no verbal. Se hace a través de demostración de la conducta adecuada, modelado, ensayo conductual y feedback de lo realizado.
Habilidades asertivas de rechazo	Las habilidades asertivas de rechazo se utilizan para rechazar ofrecimientos de drogas. Un rechazo asertivo es una respuesta simple, directa, sin ser pasiva ni agresiva. Una habilidad asertiva de rechazo permite conocer el intento de influirle, dar la propia opinión y ofrecer una alternativa.
Información sobre las consecuencias físicas del consumo a corto, medio y largo plazo	Se discuten las consecuencias físicas que producen las drogas y cómo afectan al desarrollo del individuo, sobre todo a edades tempranas. Se analizan y discuten distintos mitos que existen sobre las drogas y se corrigen.



Componente	Descripción
Haciendo frente a la presión de los iguales	Los jóvenes tienden a creer que sólo ellos, y no sus iguales y amigos, ven el consumo de drogas como malos o inaceptables. Al discutirse esto en grupo se dan cuenta de que la mayoría de sus compañeros piensan igual y que también desaprueban el consumo de drogas.
Corrección de la sobreestimación de la prevalencia del consumo	Los jóvenes suelen tener una distorsión en relación con la prevalencia del consumo de drogas, sobreestimando su consumo real. A través de preguntarles en clase los que consumen comprueban tal distorsión y su exagerada sobreestimación del consumo de drogas.
Conocimiento de las influencias de los adultos	Los adultos influyen a los más jóvenes a través del modelado. Muchos jóvenes tienen modelos adultos, o algo mayores que ellos, a los que imitan o quieren parecerse, para pasar por ser más mayores. Ello se discute a través del grupo para conocer tal proceso, su influencia, de modo especial en personas famosas.
La influencia de los medios de comunicación de masas	Se explica la influencia que tienen los medios de comunicación de masas, sobre todo a través de la publicidad, en llevarnos a elegir unas conductas y no otras, unos productos en vez de otros. Es la influencia social informativa. Se les entrena en detectar la influencia de los anuncios, los anuncios tergiversados y el peso de los medios de comunicación en influenciar a las personas.
Activismo	Los jóvenes pueden hacer distintas actividades hacia otros, como con los famosos, industria del tabaco y del alcohol, del juego, indicándoles lo que conocen de sus efectos negativos, y de que deben preservar su salud y no incitarlos a realizar conductas inadecuadas con las que pueden llegar a ser adictos.
Construyendo la confianza en uno mismo	La construcción de la confianza en uno mismo se hace a través de técnicas cognitivas, como afirmaciones positivas hacia uno mismo y hacia otros. Igualmente, llevar a cabo una serie de pasos que les permiten tomar decisiones por ellos mismos y así incrementar su auto-confianza.
Toma de decisiones	La toma de decisiones implica aprender a combinar racionalmente la información para tomar decisiones por uno mismo en diferentes áreas problema que se le presenten.
Hacer un compromiso público	El participante en el programa lleva a cabo actividades por escrito que presenta luego a todo el grupo sobre las drogas. En muchos casos, la toma de decisiones lleva a que adquiera un compromiso de que no las va a consumir, lo cual se discute en el grupo.
Uso de psicodrama o entrevistas	El uso de psicodrama o “entrevistas” ayuda a elicitar la responsabilidad por la información de la que disponen y asumir cambios en sus conductas de salud de tipo positivas. El cambio de roles en este tipo de juego les permite conocer mejor los puntos de vista propios y de otras personas y, con ello, poder tomar mejor una decisión personal.

Fuente: Adaptado a partir de Sussman (2017).



4.1.2 *Construyendo salud*

En España disponemos de varias adaptaciones del programa de entrenamiento en habilidades para la vida de Botvin. El mejor evaluado es el denominado *Construyendo salud. Promoción del desarrollo personal y social* (Luengo et al., 2002). Se orienta a prevenir el inicio en el consumo de drogas (preferentemente de alcohol y tabaco) y la implicación en otro tipo de conductas problemáticas al inicio de la adolescencia (conducta antisocial). Se aplica a estudiantes de 1º y 2º de la ESO. Se centra en los principales factores psicológicos y sociales que propician el inicio en el consumo de drogas y la implicación en conductas antisociales en la adolescencia.

La adaptación española adecúa los materiales a nuestro contexto socio-cultural, en redacción, contenidos y sustancias, incluyendo además la mejora de la autoimagen, nuevo componente sobre actividades de ocio, mayor implicación de la familia, anuncios publicitarios, posicionamiento público de los alumnos, y componentes para la prevención de la agresividad y violencia. Consta de dieciséis sesiones de 45-50 minutos. Tiene siete componentes: informativo, toma de decisiones, autoimagen y autosuperación, control emocional, entrenamiento en habilidades sociales (habilidades sociales de tipo general y estrategias para resistir la presión y decir no), tolerancia y cooperación, y actividades de ocio. El segundo año tiene nueve sesiones de recuerdo en las que se refuerzan los efectos del programa. Se dispone de manual del alumno, del profesor y para los padres.

Este programa añade un componente familiar, con cinco sesiones: una de presentación, otra sobre la adolescencia y los estilos educativos familiares, la tercera y cuarta sobre habilidades de comunicación y habilidades para superar conflictos y, la última, sobre el establecimiento de una posición familiar firme ante las drogas, haciendo énfasis en el tabaco y el alcohol. El programa finaliza con una sesión de seguimiento en la que se refuerza y motiva la puesta en práctica de las habilidades aprendidas.

La evaluación del programa es adecuada. En un estudio participaron 63 centros de distintas comunidades autónomas, encontrándose efectos preventivos positivos de reducción de casos que se iniciaban en el consumo de tabaco y alcohol (Luengo et al., 1999). Se redujo un 16,7% el inicio del consumo de tabaco. Para el alcohol la reducción fue aún mayor, de un 33.1%. Los efectos del programa sobre la conducta antisocial también fueron significativos en relación con pequeños hurtos y conducta contra las normas. Los efectos preventivos se mantienen con el paso del tiempo. El programa es inicialmente capaz de afectar a los niveles de consumo de tabaco y alcohol. Con el paso del tiempo esos efectos se atenúan, pero aparecen progresivamente otros sobre el consumo de sustancias, como el cannabis, los tranquilizantes o las anfetaminas, incluso a los 4 años de seguimiento (Gómez-Fraguela et al., 2002, 2003).

4.1.3 *Entre Todos y Juego de Llaves*

En 1984 la Asociación Proyecto Hombre (1984) desarrolló el programa *Entre Todos*. Es una adaptación del programa de Botvin de entrenamiento en habilidades para la vida a nuestro entorno cultural, partiendo ya de la adaptación que se estaba haciendo en ese momento del programa *Construyendo Salud*. En la adaptación del programa *Entre Todos* participaron varios expertos nacionales en prevención. Introdujeron como parte del programa un componente de prevención familiar. Se aplica desde 5º de primaria hasta 2º de la ESO (10 a 14 años), en las tutorías. La eficacia



del programa la basan en los estudios de Botvin, no en los realizados en España. No se ha hecho una evaluación de resultados específica del mismo.

Más recientemente, como mejora y desarrollo del programa anterior, elaboraron un nuevo programa denominado *Juego de Llaves* (Proyecto Hombre, 2018), también en este caso dirigido a la prevención escolar y familiar. Su campo de aplicación es para estudiantes de 1º a 4º de la ESO (12 a 16 años). No está evaluado, ya que parten de que es eficaz en función de los estudios de Botvin.

4.1.4. *Tú Decides*

El programa *Tú decides* es un programa que viene utilizándose en España en varias comunidades autónomas desde hace varias décadas y con un alto nivel de eficacia. Fue elaborado hace 40 años (Calafat et al., 1982), y revisado en 2008 y en 2023 (Calafat et al., 2023). Es un programa universal para población escolarizada de 12 a 16 años. Se orienta a la prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Se basa en la toma de decisiones, a través del trabajo grupal y del role-playing, papel activo de los compañeros, y búsqueda de alternativas al consumo. Se considera clave la actitud del profesor en su aplicación. Éste debe mantener una neutralidad activa (su posicionamiento frente al consumo no debe interferir en el proceso que va a seguir el alumno durante el curso).

El programa consta de 6 módulos. A cada uno de ellos se le dedica entre 2 y 4 horas. El alumno tiene un fascículo para cada módulo que se trabaja en clase en grupo con ayuda del profesor. También se trabaja con los padres, a través de encuentros con ellos a través de la convocatoria del profesor. A esto se dedican de dos a cuatro sesiones. A los padres se les indica que no hace falta que sean expertos en drogas, solo que identifiquen donde pueden actuar y como deben hacerlo. Se dispone de manual del profesor y del alumno.

La evaluación a corto plazo del programa indica buenos resultados. En la de Calafat et al. (1989), con cuatro meses de seguimiento, el consumo de alcohol y tabaco en los diversos parámetros evaluados aumentan en el grupo control, lo que no ocurre en el grupo experimental. En una evaluación hecha en Barcelona, con seguimiento de hasta dos años (Calafat et al., 1989), el programa tiene resultados positivos para el alcohol, borracheras y tabaco.

Es el programa con más años de utilización en España (Calafat et al., 1995; Kromblit et al., 1990; Rodríguez-Martos et al., 1996). También se ha adaptado en Portugal (Kromblit et al., 1990).

4.1.5. *PASE (Prevención de las adicciones a sustancias en la escuela)*

El programa PASE (*Prevençió de les Addiccions a Substancies a l'Escola, PASE.bcn*) es un programa escolar de tipo universal, elaborado por la Agencia de Salud Pública de Barcelona (Ariza et al., 2011). Se orienta a la prevención del consumo de tabaco y alcohol y se aplica en escolares del primer curso de la ESO (12-13 años). El programa se basa en el modelo de influencias sociales y de entrenamiento en habilidades. Consta de 7 sesiones, con sus correspondientes unidades didácticas, a realizar en un tiempo de 7 a 10 horas en tutorías. El programa integra tres ámbitos del aprendizaje: "yo conozco" (comprensión y conocimiento); "yo deseo" (actitudes, intención y



norma social) y “yo actúo” (habilidades de reconocimiento de la presión social, comunicación y acción). Hay manual del alumno, con fichas para trabajar, y manual del profesor.

Este programa ha logrado una cobertura de aplicación amplia en la ciudad de Barcelona. Tiene la ventaja de ser una intervención sencilla que se puede integrar fácilmente en el currículum escolar, en tutorías.

Varios estudios han demostrado la eficacia del programa: reduce el consumo de tabaco y alcohol, más a corto plazo que a largo plazo (Blanch, 2013; Villabí et al., 1992, 1993, 1997). Se ha hecho un estudio de coste-beneficio para el tabaco, con un coste-beneficio de 22,7 (Hormigo et al., 2009).

4.1.6. *Sobre cañas y petas (Sobre Canyes i Petes)*

El programa *Sobre cañas y petas (Sobre Canyes i Petes)* ha sido elaborado por la Agencia de Salud Pública de Barcelona, orientado específicamente a la prevención del consumo de alcohol y cannabis (Ariza et al., 2006a, 2006b, 2009) para escolares de 3º curso de la ESO (14-15 años). Se basó inicialmente en el programa “Tú decides”, pero más orientado a la prevención del consumo de cannabis. Conta de cinco sesiones, con sus unidades didácticas, ampliando la prevención al alcohol y al cannabis. El tiempo de aplicación oscila de 6 a 11 horas. Se lleva a cabo en horario de tutorías. Es un programa de entrenamiento en habilidades. La exposición de las influencias sociales se hace a través de dos DVDs, uno sobre el consumo de alcohol y el otro de cannabis. Dispone de manual del alumno, con sus unidades didácticas, y manual del profesor.

La evaluación inicial del programa (Sánchez-Martos et al., 2010) se hizo en un grupo de intervención (GI) con 39 escuelas en comparación con un grupo control (GC) de 47 escuelas no expuestas a la intervención. A los 15 meses de seguimiento, el 8,2% de los chicos y el 8,3% de las chicas en el GI se convirtieron en consumidores regulares de cannabis (en los últimos 30 días) frente al 11,8% de los chicos y el 11,6% de las chicas en el GC, con diferencias significativas entre ambos. A partir de estos resultados, y de otros análisis del proceso, se reelaboró el programa, dando más peso a las influencias sociales, y uso de la técnica de role-playing para entrenar habilidades de reconocer la presión social y para rechazar las ofertas de consumo de alcohol. De esta manera resultó el programa en su versión actual (Ariza et al., 2009, 2013).

4.1.7. *Unplugged*

Unplugged es un programa preventivo escolar de tipo universal que se ha desarrollado en Europa, en el que ha participado España a través de *Edex*. Se basa en la aproximación de influencia social enriquecida de Sussman et al. (2004) junto a elementos del entrenamiento en habilidades para la vida. Su objetivo fue desarrollar un programa preventivo eficaz que sirviese para toda Europa y que estuviese bien evaluado. En el primer estudio (2003-2005) mostró ser eficaz. Posteriormente, en otro amplio estudio (2003-2011), se comprobó de nuevo su eficacia.

El programa consta de 12 sesiones (ver tabla 7.8) de una hora de duración. Hay manual del profesor, del alumno y 34 fichas para utilizar en clase. El manual en español (Edex, 2021) puede verse en <https://unplugged.es>. Se entrena a los alumnos en dos competencias básicas: competencia social y ciudadana, y autonomía e iniciativa personal. Se aplica a alumnos de 12 a 14 años.



Promueve el desarrollo de habilidades como estrategia para afrontar las influencias sociales que favorecen el consumo de drogas. Sus contenidos se centran en las siguientes áreas: habilidades para la vida, información sobre drogas y cuestionamiento de la percepción normativa.

La evaluación del programa fue muy amplia. Utilizaron 345 aulas con 7.079 alumnos de distintos países europeos. Los resultados indicaron que, a los 15 meses de seguimiento, el grupo de intervención respecto al control redujo el consumo de tabaco en un 6%, las borracheras en un 20% en los últimos 30 días y el consumo de cannabis un 17% menos en los últimos 30 días (Faggiano et al., 2010) (tabla 7.9).

Tabla 7.8. Sesiones del programa *Unplugged*.

- 1) ¿Qué es Unplugged?
- 2) Dentro o fuera del grupo.
- 3) Alcohol: riesgos y protección.
- 4) ¿Será como tú crees?
- 5) ¿Qué esperar del tabaco?
- 6) Con voz propia.
- 7) Afirmarse frente a la presión.
- 8) ¡A escena!
- 9) Saber más, arriesgar menos.
- 10) Estrategias para afrontar dificultades.
- 11) Resolver problemas y tomar decisiones.
- 12) Establecer objetivos.

Tabla 7.9. Programa Unplugged. Odds ratio ajustadas (ORA) y reducción del riesgo absoluto (RRA) en el consumo de sustancias en los últimos 30 días, en el seguimiento de 15 meses, entre el grupo de intervención y el de control

Consumo	ORA	RRA
Cualquier consumo de tabaco	0.94	3.7%
Fumar frecuentemente	0.89	3.6%
Fumar a diario	0.92	2.4%
Cualquier borrachera	0.80	3.8%
Borrachera frecuente	0.62	2.5%
Cualquier consumo de cannabis	0.83	2.9%
Consumo frecuente de cannabis	0.74	2.2%

Fuente: Faggiano et al. (2010).

4.1.8. *El juego del buen comportamiento (Good Behavior Game)*

El programa *El juego del buen comportamiento (Good Behavior Game)* es un programa preventivo escolar universal orientado a reducir la conducta agresiva y desadaptativa en niños y adolescentes. Se fortalece la socialización a través del trabajo en equipo (Barrish et al., 1969). Dado que la conducta agresiva se relaciona con el consumo de drogas, este programa incide



también en la reducción de su consumo y en mejorar el rendimiento académico (Ruiz et al., 2006). El programa se estructura a través de: 1) definir las reglas (el profesor define con los alumnos las reglas de comportamiento), 2) establecimiento de los equipos (se divide el aula de 2 a 4 equipos igualados en términos de comportamiento), 3) jugar al juego (durante el juego el profesor cuenta las infracciones de las reglas), 4) se anuncia a los ganadores (todos pueden ganar el juego), y 5) se distribuyen los premios (se usa alabanza social y recompensas materiales). El juego empieza haciéndose tres veces a la semana durante diez minutos. Luego se le va dedicando más tiempo.

Los resultados de este juego indican que reduce el consumo de drogas (Furr-Holden et al., 2004; Storr et al., 2002) y mejora otras conductas (ej., acoso escolar, agresiones, aislamiento). Se han realizado un gran número de estudios con el programa. La guía norteamericana *Blueprint* lo considera prometedor; otras guías lo consideran efectivo, sobre todo dirigido a las conductas agresivas. Se puede aplicar desde los 5 años. A los profesores se les puede entrenar en su utilización en un curso de dos días completos. Se viene utilizando desde hace décadas en Estados Unidos y más recientemente en varios países europeos.

4.2. Programas preventivos escolares selectivos e indicados

La mayoría de los programas que se han desarrollado en el campo escolar han sido de tipo universal. En menor medida de tipo selectivo e indicado. Ello es evidente porque todavía falta por consolidar los programas universales en todo el contexto escolar. Además, los programas selectivos e indicados exigen un mayor esfuerzo, más dedicación, mayor nivel de preparación, y coordinar estos programas con los generales universales, y a veces con otros dispositivos, como de tratamiento u otros recursos sociales. Como dice Arbex (2013) “un sistema eficaz de prevención debería ofrecer una amplia gama de intervenciones y políticas basadas en la evidencia dirigidas a la población en general (prevención universal), pero también intervenciones que favorezcan el apoyo y el acompañamiento de las personas y/o comunidades que se encuentran particularmente en riesgo (prevención selectiva), así como llegar a las personas que ya han comenzado a usar drogas o abusar de ellas, pero no han progresado en la dependencia (prevención indicada)” (p. 103). Igualmente, presenta toda una serie de programas que existen, aunque la mayoría se han aplicado en otros países.

En la tabla 7.10 y 7.11 indicamos las ventajas y desventajas de los programas preventivos selectivos e indicados (Arbex, 2013).

De modo más concreto, en la publicación de Fegert et al. (2009), para el Observatorio de Drogas y Toxicomanías de Lisboa, incluyen varios de estos programas, aunque la mayoría llevados a cabo en otros países. Se aprecia que es un área que precisa más desarrollo.



Tabla 7.10. Ventajas y desventajas de la prevención selectiva.

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">– Los programas de prevención universal pueden requerir más recursos económicos que los de prevención selectiva o indicada, ya que se dirigen a un conjunto de población (por ejemplo, todos los alumnos de una escuela).– Sin embargo, en los programas de prevención selectiva e indicada, al estar el contenido más adaptado al riesgo específico o a factores de protección del grupo, se incrementa la eficiencia. Además, es más fácil medir las mejorías de un programa de prevención si los participantes tienen más serios factores de riesgos.– Generalmente, la efectividad de los programas universales de prevención es más pequeña que aquella de los programas selectivos para participantes de alto riesgo porque menos participantes han mostrado mejoras.– Evaluaciones llevadas a cabo en programas de prevención universal, han encontrado efectos más duraderos del programa en los jóvenes y familias de alto riesgo.	<ul style="list-style-type: none">– Identificar, reclutar y atraer jóvenes de alto riesgo puede ser más difícil que proporcionar programas universales para todos los estudiantes en escuelas, por ejemplo.– Los costes por persona participante son mayores y requieren personal con una formación más específica que los programas de prevención universal.– Los programas de prevención universal tienen la ventaja de evitar un posible estigma de los menores.– El criterio para designar el estatus de riesgo puede ser muy amplio y algunas veces no muy bien definido, por tanto, se aumenta el potencial riesgo de etiquetas y estereotipos negativos de los niños a una edad temprana como un “potencial delincuente” o “adultos antisociales” futuros.– Por ejemplo, una “minoría” de los jóvenes son retratados como un grupo homogéneo con riesgo para el uso/abuso de sustancias, cuando de hecho, la juventud es bastante heterogénea.– Aunque los programas de prevención universal pueden ser muy susceptibles, los programas de prevención selectiva podrían pasar por alto o fallar por voluntad propia al reclutar algunas familias y jóvenes en riesgo.

Fuente: Arbex (2013, pág. 109).

Tabla 7.11. Ventajas y desventajas de la prevención indicada.

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">– La identificación de las personas con un riesgo mayor que favorece una intervención más individualizada ajustada a sus necesidades y más intensa.	<ul style="list-style-type: none">– El hecho de informar a los adolescentes de que tienen un riesgo elevado de desarrollar un trastorno más tarde en su vida, puede en sí mismo aumentar el riesgo de que esto suceda (profecía autocumplida).– El problema de estigmatizar niños, niñas y adolescentes a través de un proceso de selección. Las intervenciones son construidas para identificar a las personas en alto riesgo, en un primer paso para ingresar, y en otro paso para tratarlas. Los que son elegidos para una intervención preventiva pueden estar en riesgo de ser socialmente excluidos de sus coetáneos, como resultado de ser identificados como pertenecientes a un grupo de riesgo.– Suelen ser intervenciones más extensas en el tiempo y, al mismo tiempo, intensivas. Lo cual hace que se precise una importante implicación y un mayor esfuerzo de las personas participantes.– Tener mayores costes por participante que los universales o los selectivos.

Fuente: Arbex (2013, pág. 113).



En nuestra consideración hay dos de estos programas selectivos e indicados que destacan en España, el programa *Empecemos* y el programa *Alfil*.

4.2.1. *Empecemos*

El programa *EmPeCemos. Emociones, Pensamientos y Conductas para un desarrollo saludable* es un programa preventivo de tipo selectivo o indicado, orientado a jóvenes con problemas de conducta, de 5 a 11 años. Se aplica al mismo tiempo a los chicos, profesores y padres. Se orienta a prevenir tanto los problemas de conducta tempranos como la aparición futura de problemas emocionales, conductuales y sociales. Se puede aplicar tanto en el contexto escolar o, de modo ideal, con niños con problemas de conducta, a veces en centros especializados (Romero et al., 2009).

El programa se centra en tales problemas dando peso al manejo de las emociones, los pensamientos y la conducta. Una de las últimas versiones, aplicado en el contexto escolar, consta de 19 sesiones, centrado en habilidades socioemocionales y orientado a los siguientes objetivos (Romero et al., 2019): a) desarrollar destrezas de identificación de emociones y regulación emocional; b) potenciar la adquisición de competencias de resolución de problemas (identificación, generación de alternativas, evaluación de consecuencias, toma de decisiones responsable) y de análisis de situaciones conflictivas desde diferentes puntos de vista; c) promover habilidades sociales, verbales y no verbales, para una adecuada interacción social; y d) con todo ello, reducir los problemas de conducta de los niños.

El programa dispone de manual para el alumno, el profesor y la familia. El del alumno incluye explicaciones, actividades de discusión, modelado de conductas y entrenamiento en habilidades. El programa ha sido evaluado, tanto a corto como a largo plazo. Los resultados obtenidos indican que permite reducir el consumo de drogas (Romero et al., 2009, 2016).

4.2.2. *Alfil*

El programa *Alfil* es un programa preventivo de tipo selectivo para niños y jóvenes de familias con problemas de alcohol (Díaz, 2004). Se orienta a este colectivo, específicamente para chicos y chicas de 12 a 16 años que tienen un progenitor alcohólico en tratamiento. Lo que pretende el programa es reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección tanto en ellos, que conocen bien las consecuencias negativas del consumo de alcohol en alguno de sus padres, como en el que el padre, madre o ambos, tienen problemas con el alcohol. Existe manual del programa para el aplicador, donde especifica lo que hay que hacer con los jóvenes y con los padres.

Se han realizado evaluaciones internas, no publicadas, de ahí el que no aparezca en casi ninguna guía a pesar de su utilidad y de que varias comunidades autónomas españolas lo utilicen.

5. Los aplicadores de los programas

Una cuestión relevante en los programas preventivos es quién debe aplicarlo, o quien debería aplicarlo. La aplicación de un programa preventivo puede ser llevada a cabo por el equipo técnico



que ha desarrollado el programa, por profesionales del campo preventivo que conocen como hacerlo (o también por personas externas al centro que han sido entrenadas para aplicar el programa en el aula) o, lo más frecuente, que sea aplicado por los propios profesores.

En la práctica, la mayoría de los programas preventivos son aplicados por los profesores del centro escolar en su aula correspondiente. Esto tiene varias ventajas. Los profesores conocen bien a sus alumnos, como la dinámica escolar del centro, aparte de que puede hacerse el entrenamiento en la aplicación del programa en poco tiempo. Todo ello ha llevado, con el correr de los años, y por los estudios realizados con la aplicación de múltiples programas en distintos países, a que lo más natural y lógico es que sean los profesores que están más tiempo con los alumnos los que lo apliquen.

Se ha analizado quien es el mejor aplicador cuando se lleva a cabo un programa preventivo en la escuela, sobre todo comparando si lo deben llevar a cabo profesionales bien entrenados en la aplicación del programa o los propios profesores. En la revisión de Gárquez et al. (2010) indican que no se puede sacar una conclusión general. En unos casos el programa es favorable a los expertos, en otros a los profesores, y en otros por igual. En parte creen que eso se debe a la fidelidad en la aplicación del programa. De ahí la relevancia de un buen entrenamiento en el programa que se va a aplicar por parte de los profesores.

En los últimos años, la mayoría de los programas preventivos eficaces, y que más se utilizan, han desarrollado programas detallados y bien estructurados de entrenamiento para los profesores, que no suelen durar más de dos días, unas 16-20 horas. También es relevante que el profesor tenga el apoyo del técnico preventivo o del equipo preventivo para solventar cualquier duda que surja en la aplicación del programa.

6. Elementos que debe tener un programa preventivo escolar eficaz

Cuando ponemos en marcha un programa preventivo lo primero que debemos tener claro son los objetivos de los que partimos. A partir de ellos pondremos en marcha toda una serie de procedimientos o técnicas para conseguir los resultados previstos. Con más frecuencia de lo que parece muchos programas se ponen en práctica sin tener en cuenta de qué objetivos se parte, qué es lo que se espera conseguir con la aplicación del programa preventivo (Becoña y Martín, 2004). También, dependiendo de a quién se aplique el programa, los objetivos tendrán que ser generales o específicos. Los objetivos generales los hay que hacer específicos para el grupo concreto al que se va a aplicar dicho programa preventivo. Y, en función de dichos objetivos se selecciona uno u otro programa preventivo.

Para esos objetivos disponemos de varias estrategias para poder cumplirlos. Estas constituyen los elementos de un programa preventivo eficaz, lo que permite que un programa funcione bien, basados en los estudios, revisiones, metaanálisis y experiencia con programas preventivos eficaces que disponemos para el consumo de drogas. Estos principios para un programa preventivo de drogas son semejantes, o iguales, a los que se utilizan en otras conductas (ej., violencia, seguridad vial, salud bucodental, etc.). En distintas publicaciones (ej., Becoña, 2002, 2006; Becoña et al., 1994; Centers for Disease Control and Prevention, 1994; Donaldson et al., 1996; Hansen, 1992; Orleans y Cummings, 1999; Sussman, 2002; Sussman, 2017; Sussman et al., 1995; Tobler et al., 2000; USDHHS, 1994, 2000) pueden verse los principios más importantes que debe seguir un programa preventivo para el consumo de drogas. La mayoría de estos programas combinan los componentes del entrenamiento en habilidades de resistencia, del entrenamiento en habilidades



sociales y otros elementos que han mostrado su utilidad (ej., información, manejo del estado de ánimo, perspectiva de género, etc.) (ver tabla 7.12). Los mostramos a continuación.

Tabla 7.12. Elementos de un programa preventivo eficaz en la escuela.

- Información sobre las drogas y sus consecuencias.
- Conocimiento de los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de las distintas drogas.
- Conocer y detectar los factores de riesgo y protección para todo el grupo y para ciertos individuos del grupo.
- Entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de las distintas drogas.
- Entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana.
- Toma de decisiones y compromiso de no consumo.
- Incidir en los amigos.
- Implicar en la medida de lo posible a la familia (las AMPAS y los padres).
- Promover estilos de vida saludables.
- Implicar a toda la escuela en el programa (profesores que no fumen, que no consuman otras sustancias, que promuevan estilos de vida saludables).
- Más allá de la escuela: tener una comunidad que apoye la prevención y disponer de un marco regulatorio claro para el consumo de drogas.

Fuente: Adaptado y ampliado de Becoña (2006).

Información sobre las drogas y sus consecuencias

Hoy sabemos que la información es necesaria pero no suficiente. Aquellos programas informativos y de apelación al miedo que se pusieron en práctica hace varias décadas no conseguían que con dicha información las personas dejaran de consumir drogas (Caulkins et al., 2002). Pero, aunque lo anterior es cierto, debemos proporcionar en cualquier programa preventivo cierta cantidad de información sobre las drogas, sus efectos y sus consecuencias. La información tiene que ser objetiva, con un lenguaje comprensible, y a ser posible, acompañada de una buena didáctica, ejercicios interesantes, etc.

El tipo de información que se proporciona en un programa preventivo va desde por qué las personas comienzan a fumar cigarrillos, beber alcohol, consumir cannabis, factores que llevan a continuar consumiendo, a hacerse dependientes, como a las dificultades que tienen cuando se hacen adictos, y las enfermedades y mortalidad que producen las distintas drogas, especialmente el tabaco y el alcohol. También los problemas que acarrea el consumo de cannabis. Analizar distintos mitos y creencias sobre las drogas (ej., el de la libertad, placer, cada uno hace lo que quiere con su cuerpo, etc.), el engaño de la información publicitaria, etc., son aspectos que debe conocer y que hay que trabajar en las sesiones iniciales.

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

Cualquier conducta precisa ser explicada a sus actores, o posibles actores, como es la conducta en sí (en este caso consumir una droga, tabaco y alcohol especialmente, dependiendo de la edad,



y luego cannabis, cocaína y otras drogas), como los factores que pueden llevar a realizarla. En el caso del tabaco y del alcohol hay que explicarles varios de los factores más importantes que se relacionan con la prueba, o primeras pruebas, y con el posterior mantenimiento y dependencia de la sustancia conforme continúa el consumo.

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

Los jóvenes tienen mucha información sobre cualquier droga, muchas veces tergiversada. En este sentido es muy importante corregir la distorsión perceptiva que tienen sobre el número de personas que creen que fuman, que se emborrachan o que fuman cannabis. Es la *sobreestimación de la prevalencia*. Habitualmente los jóvenes, a los 12, 14, 16 o 18 años, tienen una distorsión en el número de personas que piensan que consumen las distintas drogas, que hace que en muchos casos *crean* que las personas de su edad las consumen mucho más de lo que lo hacen realmente (Becoña et al., 1994). Conocer y corregir estas distorsiones perceptivas es de gran importancia. La utilización de encuestas con el número real de personas que han probado las distintas drogas en su clase, o de encuestas de su comunidad autónoma o país, ayuda a corregir esta distorsión cuando se les hace ver que el número de personas que piensan que consumen drogas es muy distinto al número real de personas que lo hacen.

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

En los últimos años, conocer cuáles son los más importantes factores de riesgo y de protección para el consumo de las distintas drogas ha permitido saber lo que facilita las distintas conductas adictivas, tanto las relacionadas con sustancias (ej., Babor et al., 2018; Stone, 2012) como con otros comportamientos adictivos (Sulkunen et al., 2019), y otras múltiples conductas, como la violencia, la agresividad, etc. Para el consumo de las distintas drogas y su prevención, detectar en el grupo al que aplicamos el programa preventivo, como en personas concretas del mismo, aquellos factores que favorecen el consumo y aquellos otros que no, es de gran ayuda para conseguir que las personas no consuman drogas a corto y a largo plazo.

Dado que los programas preventivos se aplican en colegios, poblaciones y comunidades concretas, éstas deben tener en cuenta esos factores de riesgo y protección específicos. Ello permite adaptar el programa a los mismos con el objetivo de reducir los de riesgo y potenciar los de protección. La detección tenemos que comenzar a hacerla al inicio del programa, en la evaluación, y a lo largo de su aplicación. A través de los componentes del programa podemos potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo. De ellos, hay que prestar una especial atención a los de tipo



personal (ej., ansiedad, depresión, introversión, impulsividad, etc.). Estos se relacionan en muchos casos directamente con el consumo de las distintas sustancias (especialmente alcohol y tabaco). A continuación, a los relacionados con los amigos y la escuela. Otros, no menos importantes, son los factores de riesgo y protección familiares, aunque no siempre es fácil incidir en la familia desde la escuela. Finalmente, tenemos los factores sociales, los sociodemográficos, las creencias y comportamientos de salud y otros como pueden ser las salidas con compañeros y amigos.

En ocasiones, la detección de importantes factores de riesgo exigirá que se haga un seguimiento a ese alumno, o remitirlo a otros profesionales cuando tiene problemas concretos (ej., personales, familiares, de higiene, de falta de cuidados, etc.) y es una buena ocasión para la solución del problema que pueda tener esa persona. De ahí que a veces lo que hay que hacer es aplicar un programa preventivo selectivo para un grupo concreto de personas con factores de riesgo específicos (ej., alumnos con TDAH; pobreza; hijos de padres alcohólicos, etc.).

Entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de las distintas drogas

Desde hace unos años sabemos de la importancia que tiene entrenar a las personas jóvenes en habilidades de resistencia (Botvin y Griffin, 2015). El objetivo de este entrenamiento es que sean capaces de rechazar el consumo de las distintas drogas. A partir del primer ciclo de la ESO (13 o más años) el ofrecimiento de drogas va a ser habitual. Estos años coinciden con un mayor nivel de libertad global, empezar a salir con los amigos y amigas, mayor libertad dentro del recinto escolar, menor control parental, comienzo de la etapa adolescente. Cuanto antes se entrene a las personas en este tipo de habilidades mucho mejor. De ahí que siempre se insista en que los programas preventivos comiencen a aplicarse antes de que surja el problema, antes de las edades de los comienzos de los consumos (Tolan et al., 2008).

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

Esta habilidad es especialmente importante para aquellos jóvenes que tienen amigos que han comenzado a probar cigarrillos o que ya fuman, para los que beben alcohol o para los que han probado cannabis. De todos modos, el entrenamiento en esta habilidad la hay que unir, para que sea efectiva, al conocimiento y análisis de la influencia de sus amigos e iguales, presiones de grupo y efecto de conformidad.

Entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana

Desde hace unos años la mayoría de los programas preventivos tienen un componente de entrenamiento en habilidades sociales. Más actualmente, sabemos que un buen programa preventivo debe tener tanto el entrenamiento en habilidades sociales como en otras habilidades para la vida.



Con el mismo se incrementa la eficacia de los programas preventivos (Faggiano et al., 2010, 2014; Tobler et al., 2000). Esto viene dado porque sabemos que tanto con el tabaco, el alcohol, como con otras drogas, su consumo cumple diversas funciones en algunos de sus consumidores, como reducir la ansiedad, mejorar el estado de ánimo, sentirse mejor consigo mismo, estar bien con las personas que le acompañan, etc. Basado conceptual y técnicamente en el entrenamiento en habilidades sociales y en el entrenamiento en aserción, el entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana incluye estos componentes y en ocasiones otros. De ahí que se le suele denominar entrenamiento en habilidades para la vida, para la vida cotidiana, o entrenamiento en habilidades generales (Botvin y Griffin, 2015).

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

El entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana es de una enorme utilidad para el individuo, no sólo para rechazar el ofrecimiento de distintas drogas, sino para otros muchos aspectos de su vida cotidiana. Una vez dominadas estas habilidades adquiridas con este tipo de entrenamiento, y aplicadas a las situaciones cotidianas, la persona se sentirá más segura de sí misma, se le incrementará su autoeficacia y autoestima, se sentirá más maduro y seguro de sí mismo en el mundo en el que vive.

En ocasiones a estos entrenamientos se le han añadido otras técnicas como entrenamiento en relajación, entrenamiento en el manejo del estado de ánimo, de la ansiedad o del estrés (ej., Botvin y Griffin, 2015), debido a la relación que existe entre ambos (O'Connell et al., 2009).

Toma de decisiones y compromiso de no consumo

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



Incidir en los amigos

Sabemos que los programas preventivos que mejor funcionan en la escuela son aquellos que se ven favorecidos al mismo tiempo por acciones en la familia, comunidad, trabajo, medios de comunicación, etc., dirigidas a que se deje de fumar o a que se restrinja el consumo de tabaco, se deje de beber alcohol, se controle su venta, se reduzcan los puntos de venta de cannabis y de otras drogas, etc. (Babor et al., 2018; Stockwell et al., 2005; USDHHS, 2015).

Los programas preventivos de influencia social se orientan precisamente a contrarrestar los efectos indeseables que otros pueden tener sobre el individuo. Y, a su vez, a que el individuo pueda incidir sobre otras personas para que mejoren sus conductas. El nivel más cercano son sus compañeros y amigos con los que convive en la escuela, sale con ellos, se relaciona con otros, etc. Varias de las estrategias y técnicas que hemos comentado anteriormente se orientan a contrarrestar los efectos de los compañeros y amigos. Pero no debe quedar aquí.

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

Implicar en la medida de lo posible a la familia (las AMPAS y los padres)

No es suficiente con que el centro escolar esté implicado en la puesta en práctica de un programa preventivo. Se precisa un apoyo adicional, tanto de los profesores del centro, como de los padres (habitualmente la madre) o tutores de los niños o adolescentes, especialmente a través de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (las AMPAS).

También hay que incidir en su medio familiar más cercano, como son sus padres y hermanos. Para hacerlo, debe decirles que deberían dejar de fumar, si fuman, reducir el consumo de alcohol, no consumir otras drogas si lo hacen, etc. Lo mismo es aplicable a sus hermanos mayores, otros familiares y adultos. A ello puede añadirse el que les puedan hacer llegar algún folleto o material con información sobre drogas para sus padres o familiares.

A través de las AMPAS se puede llegar más fácilmente a todos los padres y, a su vez, los chicos pueden llegar más fácilmente con sus sugerencias a sus padres, como una actividad escolar más. De este modo se trata de transferir y generalizar lo aprendido en la escuela a los contextos donde los chicos y chicas pasan el resto de su tiempo (amigos, barrio, padres, etc.). Si esta transferencia no se produce de poco va a servir el programa preventivo. Hoy sabemos que lo ideal para que funcione bien un programa preventivo es que haya actividades con el mismo en la escuela, en la familia y en la comunidad (con normas claras de no consumo sobre las distintas sustancias).

Promover estilos de vida saludables

Subyacente a todo programa preventivo, esté orientado a que las personas no consuman drogas, o a otras conductas, está la convicción, y los datos contundentes de la investigación epidemiológica y clínica, de que lo mejor que puede hacer una persona para preservar su salud a corto,



medio y largo plazo, es que opte por estilos de vida saludables (Botvin y Griffin, 2003; Tolan et al., 2008). Algunos de los más importantes van desde no fumar tabaco ni beber alcohol, o beber moderadamente cuando se es adulto, hasta dormir un número adecuado de horas (más importante aún en los niños y adolescentes), desayunar todos los días, tener una dieta equilibrada en la que se incluyan todos los nutrientes básicos y claramente adecuadas cantidades de frutas, verduras y pescado, que el nivel de estrés sea reducido o inexistente, que sepa cómo organizar adecuadamente el tiempo, hacer regularmente ejercicio físico, revisiones médicas periódicas, etc.

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

Implicar a toda la escuela en el programa (profesores que no fumen, que no consuman otras sustancias, que promuevan estilos de vida saludables)

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

Más allá de la escuela: tener una comunidad que apoye la prevención y disponer de un marco regulatorio claro sobre el consumo de drogas

A pesar de la gravedad del problema que representa el consumo de drogas, de sus consecuencias, y de la necesidad de actuar tempranamente, es poca la prevención de drogas que se hace en la escuela, y menos en la familia y en la comunidad. Por ello, es necesario ir pensando, y demandando, la necesidad de introducir la promoción de los hábitos saludables a los niños y adolescentes en su horario escolar, con varias horas anuales, en forma de asignatura o parte de una asignatura. Es un tema pendiente de la prevención en España y en otros países.

Lo anterior implica una clara apuesta de la sociedad por la prevención, por los jóvenes, por los estilos de vida saludables. Y ello exige disponer de un marco normativo claro, en donde se penalice el consumo de drogas, dado que no es una conducta deseable, y de que se aportan los suficientes recursos para hacer prevención y para tratar a los que ya son dependientes.



7. Eficacia de los programas preventivos escolares

En la actualidad disponemos de una gran cantidad de información, y de buena calidad, sobre la evaluación de los programas preventivos escolares. Inicialmente, destacaron los meta-análisis de Tobler (ej., Tobler et al., 1990), lo que permitió conocer de modo comprensivo lo que funcionaba y lo que no funcionaba en la prevención escolar del consumo de drogas. Esto se complementó con diversas revisiones, meta-análisis y capítulos de libro en las últimas décadas sobre su eficacia. En la línea de Tobler, en los siguientes años, hasta la actualidad, se han realizado varios meta-análisis que han ido actualizando la información disponible sobre los nuevos programas preventivos. De éstos, indicamos a continuación los más relevantes recogidos en la revisión Cochrane Collaboration. Finalizaremos, con varias revisiones actuales sobre el análisis de la eficacia de estos programas.

7.1. Los meta-análisis de Tobler y colaboradores

Nancy S. Tobler realizó tres meta-análisis sobre la eficacia de los programas preventivos de drogas. El primero, de 1986, seleccionó 96 programas preventivos para su meta-análisis (Tobler, 1986, 1992a, 1992b). El segundo en 1993, con 120 programas preventivos (Tobler, 1994, 1997; Tobler y Stratton, 1997). Y, el último, en el año 1998 (Tobler et al., 2000). En el primer meta-análisis incluyó programas de los años 1972 a 1984; en el segundo de los años 1978 a 1990; y, en el último, de los años 1978 a 1998. El objetivo que subyacía a estos meta-análisis era encontrar los ingredientes o elementos esenciales de los programas preventivos eficaces.

El primer meta-análisis que Tobler realizó en 1986 fue exploratorio. Los dos últimos están orientados a obtener conclusiones consistentes, sobre el contenido y el proceso de los programas.

En su meta-análisis de 1993 (Tobler, 1994, 1997; Tobler y Stratton, 1997) analizó un total de 120 programas preventivos, con los siguientes criterios de selección: a) programas de prevención del abuso de drogas de ámbito escolar disponibles para todos los estudiantes (podrían también estar incluidos, aunque no como objetivo específico los dirigidos a estudiantes de alto riesgo), b) informar sobre medidas de consumo de drogas, c) utilizar un grupo de control o un grupo de comparación (los grupos de comparación tenían que tener tanto medidas de pretest como de post-test), d) niveles escolares de sexto a doceavo curso norteamericano (el quinto curso se incorporó si se consideraba que era una escuela media y/o se realizaba un estudio de investigación longitudinal), e) tenían objetivos de prevención primaria, secundaria y/o intervención temprana (no tenían como objetivo los consumidores adictos en tratamiento o con comportamiento abusivo/compulsivo), f) participación de todos los grupos étnicos que estaban comprendidos en la población escolar, g) aplicados en Estados Unidos y/o Canadá, y h) que habían sido publicados o presentados después del año 1977. A su vez utilizó otros criterios adicionales para considerar a los estudios de alta calidad. Estos se referían a cuestiones como una buena calidad del pre-test y post-test, seguimiento, etc.

La variable independiente que utilizó fue el tipo de programa. Los agrupó en siete campos principales: conocimiento, afectividad, técnicas de rechazo de drogas, técnicas genéricas, habilidades de seguridad, actividades extracurriculares y otras. En la tabla 7.13 indicamos estas agrupaciones, aunque referidas al meta-análisis de 1998 (Tobler et al., 2000), donde lo que ha hecho es ampliar las anteriores categorías propuestas en 1993. Al tiempo utilizó la división de *interactivo* y *no interactivo* para indicar lo que se hacía en el aula con el programa preventivo, considerando



cuatro tipos de apoyo en función de lo anterior, desde la nula o escasa interacción al mayor nivel de interacción. Combinando tipo de programa y modo de desarrollar su contenido, para los cinco primeros tipos de programas, surgen los tipos de programa según contenido y proceso. La variable dependiente de estos programas suele ser la contestación confidencial a un cuestionario de papel y lápiz, junto a su confirmación mediante pruebas biológicas del consumo de drogas.

De los 595 estudios de programas de prevención dirigidos a la adolescencia, sólo 120 cumplían los requisitos para su inclusión en el metaanálisis. Noventa de ellos fueron considerados estudios de alta calidad. Los resultados indicaron que los 70 programas interactivos de ámbito escolar eran efectivos (*magnitud del efecto no ponderado*, MENP = 0,24), mientras que los 44 programas no interactivos fueron ineficaces (MENP = 0,06). En el subanálisis con los programas de mayor calidad la anterior diferencia aún apareció más clara entre los programas interactivos y los no interactivos, favorable a los programas interactivos (MENP = 0,31) respecto a los no interactivos (MENP = 0,02).

La magnitud del tamaño del efecto era mayor en aquellos estudios donde la muestra era menor; se mantenía igual en los seguimientos de 1, 2 y 3 años, aunque para los de más de 3 años era menor. Respecto a los seis grandes subgrupos de programas, el que obtuvo el mayor tamaño del efecto fue el de habilidades globales para la vida (MENP = 0,37), seguido por el de otros (MENP = 0,21) y el de programas de influencia social (MENP = 0,18). Estos tres tipos de programas son todos de tipo interactivo. De igual modo, cuando se compararon los programas por consumo de sustancias, los programas interactivos eran los más eficaces para cada una de ellas.

El último meta-análisis sobre programas preventivos de drogas (Tobler et al., 2000) incluyó 207 programas de tipo universal aplicados en la escuela. Todos ellos tenían un grupo control de comparación. Los criterios de selección de los estudios fueron: a) se evaluaron programas preventivos de drogas de tipo escolar disponibles para todos los estudiantes de la escuela, que puede haber incluido, aunque no estar especialmente dirigido, a jóvenes de alto riesgo, b) utiliza medidas cuantitativas de consumo de drogas, c) hay un grupo control de comparación, con evaluaciones pre-test y post-test, d) se aplica a los grados escolares del sexto al doceavo año norteamericano, más un pequeño número de programas para quinto, e) tiene objetivos de prevención primaria y/o secundaria y/o terciaria, no se dirige a consumidores de drogas abusivos o dependientes en tratamiento, f) incluye la participación de todos los grupos étnicos que están en la escuela, y g) se han publicado en el periodo de 1978 a 1998. Como en el meta-análisis anterior, incluyó un subgrupo de estudios experimentales de alta calidad seleccionados con los mismos criterios que en 1993 (medidas, pre-test y post-test, seguimientos largos, etc.).

Tabla 7.13. Tipo de contenidos de los programas preventivos, según las áreas generales de contenidos, que considera Tobler et al. (2000) en su meta-análisis.

Tipos principales de programas	Contenidos
Conocimiento	<ul style="list-style-type: none">– Conocimiento de los efectos fisiológicos de las drogas a largo plazo.– Conocimiento de los efectos sociales y conductuales de las drogas a largo plazo.– Conocimiento de las influencias sociales y de los medios de comunicación de masas.– Conocimiento sobre el consumo actual de drogas por los iguales (educación normativa).



Tipos principales de programas	Contenidos
Afectivo	<ul style="list-style-type: none">– Autoestima y sentimientos.– Insight personal y autoconciencia.– Actitudes, creencias y valores.
Habilidades de rechazo	<ul style="list-style-type: none">– Habilidades de rechazo relacionadas con las drogas.– Actividades de compromiso público.– Habilidades cognitivo-conductuales.– Grupo de trabajo/sistema de apoyo con adolescentes que no consumen drogas.
Habilidades genéricas	<ul style="list-style-type: none">– Habilidades de comunicación.– Habilidades asertivas.– Entrenamiento en solución de problemas/toma de decisiones.– Habilidades de afrontamiento.– Habilidades sociales/compromiso social.– Búsqueda de metas.– Identificar alternativas.
Habilidades	<ul style="list-style-type: none">– Habilidades para protegerse uno mismo en una situación de seguridad relacionada con las drogas.– Habilidades para proteger a otros iguales en una situación relacionada con las drogas.– Medidas de seguridad ante la bebida/conducir.
Actividades extracurriculares	<ul style="list-style-type: none">– Pagar actividades de trabajo o de formación.– Organizar actividades deportivas.– Organizar actividades culturales.– Tiempo de actividades de ocio sin drogas.– Trabajo voluntario en la comunidad.
Otros	<ul style="list-style-type: none">– Consejo/facilidades/ayuda de los iguales.– Tareas para casa.– Refuerzos, economía de fichas o reforzamiento.– Implicación de los padres.– Coordinación e implicación de toda la comunidad.– Enseñanza de los iguales.– Presión de los iguales.– Componente de padres, comunidad o medios de comunicación.

El contenido de los programas los clasificó en 34 tipos (ver tabla 7.13), los cuales a su vez agrupó en siete dominios principales: conocimiento, afectivos, habilidades de rechazo de drogas, habilidades genéricas, habilidades de seguridad, actividades extracurriculares y otras. Como en el meta-análisis anterior, los programas los clasificó en cuatro categorías: 1) sin interacción o con poca interacción (ej., presentación didáctica o presentar conocimientos a los estudiantes), 2) comunicación entre el estudiante y el profesor, pero raramente con sus compañeros, 3) programas que promueven discusiones de grupo estructuradas que animan la interacción entre ellos, y 4) los



programas más interactivos. Con ello puede diferenciar los programas preventivos en interactivos (los de las categorías anteriores 3 y 4) y en no interactivos (los 1 y 2).

De modo semejante a lo obtenido en el meta-análisis anterior, los programas interactivos tienen un MENP de 0.18, y los no interactivos un MENP = 0.00. Lo mismo aparece en los programas de alta calidad para los programas interactivos (MENP = 0.27) y no interactivos (MENP = 0.03). De igual modo, los programas incluidos dentro de los interactivos son los que obtienen los mejores resultados: programas de cambio del sistema de vida (en muchos casos programas de educación para la salud) (MENP = 0.27), habilidades comprensivas para la vida (MENP = 0.17) y programas de influencia social (MENP = 0.12).

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

El tamaño medio del efecto obtenido para los programas interactivos ha sido de 0.15; 0.18 en el metaanálisis previo de Tobler y Stratton (1997). Este es un tamaño del efecto bajo. Curiosamente, un análisis por décadas, indica que antes de 1990 los programas preventivos eran más eficaces que después del año 1990. Probablemente factores como la mayor publicidad de las drogas legales, tanto de modo directo como indirecto, y una cierta normalización de las drogas ilegales en las sociedades más desarrolladas, pueden estar en la base de esto, junto a no dedicar suficientes medios a la prevención o no utilizar las mejores estrategias disponibles en muchos de los programas preventivos en marcha, especialmente en Estados Unidos.

7.2. Los meta-análisis de la Cochrane Collaboration

Los meta-análisis que se realizan para la Cochrane Collaboration tienen un alto nivel de calidad y exigencia por los estrictos criterios metodológicos que tienen que seguir, para la selección de los estudios, análisis de resultados y obtención de conclusiones. De ahí que, cuando un resultado es positivo en un meta-análisis siguiendo los criterios de la Cochrane Collaboration, hay pocas dudas de que ello sea así.

En relación con los programas preventivos de drogas disponemos de varios meta-análisis realizados en los últimos años para la Cochrane Collaboration. De ellos destacan para la prevención escolar los de Foxcroft y Tsersvadze (2011a, 2011b) para el alcohol, Thomas et al. (2013) para el tabaco, Faggiano et al. (2014) para las distintas drogas, y el más reciente de MacArthur et al. (2019).

Foxcroft ha realizado dos meta-análisis sobre la eficacia de los programas preventivos escolares y otros dos sobre los programas preventivos familiares. En relación con los programas escolares



se ha centrado solo en el consumo de alcohol, revisando en uno los programas preventivos escolares universales (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011b), y en otro los programas preventivos escolares universales multicomponentes (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011a).

En el meta-análisis de los programas preventivos escolares universales (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011b), incluyó 53 estudios RCT (ensayos clínicos aleatorizados), todos referidos a programas de prevención del consumo de alcohol universal en la escuela. El resultado indicó que 6 de 11 intervenciones específicas para el alcohol son eficaces, que 14 de 39 intervenciones genéricas son eficaces y que 3 eran inconsistentes. Todo ello los lleva a concluir que ciertos programas de prevención genéricos psicosociales y del desarrollo pueden ser eficaces. Estos incluyen el *Programa de entrenamiento en habilidades para la vida*, el programa *Unplugged* y el *Good Behavior Change*. A su vez, dada la variabilidad en los efectos entre los estudios, entre los subgrupos dentro de los estudios, recomiendan que se preste especial atención al contenido del programa y al contexto de aplicación.

En el meta-análisis de Foxcroft y Tsertsvadze (2011a) estudiaron la eficacia de los programas de prevención del consumo de alcohol multicomponentes (en la escuela, familia o comunidad). Incluyeron 20 estudios RCT. De modo semejante a lo obtenido anteriormente, 12 programas indicaban evidencia de efectividad y 8 no eran eficaces. Esto los lleva a indicar que la evidencia sugiere que ciertos en los programas de prevención pueden ser efectivos. Sin embargo, dada la variabilidad en su efecto recomiendan se preste una especial atención al tamaño y a la persistencia de los efectos entre los estudios. No hay evidencia clara que sugiera que las intervenciones de múltiples componentes son más efectivas que las intervenciones de un solo componente.

Thomas et al. (2013) analizaron los programas preventivos escolares para el consumo de tabaco. Incluyeron 49 estudios RCT, no encontrando en promedio que dichos programas fuesen eficaces (OR = 0.94). Pero al separar por tipos de programas aparecen algunos de ellos como muy eficaces, como es el caso de la competencia social (OR = 0.52) y la combinación de competencia social e influencia social (OR = 0.50). En cambio, no resultaron ser eficaces los que se basaban sólo en dar información, influencia social, o programas multimodales. Esto significa un 12% menos de inicio en el consumo de tabaco en el grupo experimental respecto al control.

Destaca el meta-análisis de Faggiano et al. (2014) sobre la eficacia de los programas preventivos escolares universales en el consumo de drogas. Incluyeron 51 estudios RCT. La eficacia de los programas la presentan en función de varios criterios. Así, uno de ellos fue la clasificación de los programas en tipos: competencia social, influencia social y aproximaciones combinadas. En la tabla 7.14 indicamos sus principales resultados. Como afirman, los programas escolares basados en una combinación de competencia social e influencia social mostraron, en promedio, efectos protectores pequeños pero consistentes en la prevención del consumo de drogas. Algunos programas basados en el enfoque de competencia social también mostraron efectos protectores, en algunos casos con pequeños efectos.



Tabla 7.14. Eficacia de los programas preventivos escolares universales en el consumo de drogas ilegales, según su tipo, en el meta-análisis de Faggiano et al. (2014).

<p><i>Competencia social</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Marihuana.<ul style="list-style-type: none">– Menos de 12 meses, RR=0.90, 4 estudios.– Más de 12 meses, RR=0.86, 1 estudio.– Drogas duras, sin efecto.– Cualquier droga, más de 12 meses, RR=0.27, 2 estudios. <p><i>Influencia social.</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Marihuana.<ul style="list-style-type: none">– Menos de 12 meses, RR=0.88, 3 estudios.– Más de 12 meses, RR=0.95, ineficaz. <p><i>Aproximaciones combinadas.</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Marihuana.<ul style="list-style-type: none">– Menos de 12 meses, RR=0.79, 3 estudios.– Más de 12 meses, RR=0.83, 6 estudios.– Drogas duras, ineficaz.– Cualquier droga.<ul style="list-style-type: none">– Menos de 12 meses, RR=0.76, 1 estudio.– Más de 12 meses, ineficaz.
--

RR (Riesgo Relativo). Es una medida de efecto que establece en términos relativos, la relación que existe entre la probabilidad de que ocurra un evento en el grupo expuesto y la probabilidad de que el mismo evento ocurra en el grupo no expuesto.

En otro análisis los programas escolares los clasificaron en cuatro grupos: 1) currículos centrados en el conocimiento (cursos de estudio), que brindan información sobre las drogas, asumiendo que la información por sí sola conducirá a cambios en el comportamiento). 2) Currículo de competencia social, que se basan en la creencia de que los niños aprenden el consumo de drogas a través del modelado, por imitación y reforzamiento, influenciados por las cogniciones (percepciones) a favor de las drogas, las actitudes y las habilidades. Estos programas utilizan instrucción, demostración, ensayo, retroalimentación y refuerzo, etc. Enseñan habilidades personales y sociales de autocontrol, como el establecimiento de objetivos, la resolución de problemas y la toma de decisiones, así como habilidades cognitivas para resistir las influencias de los medios de comunicación, e interpersonales, para mejorar la autoestima, afrontar el estrés y la ansiedad, aumentar la asertividad e interactuar con los demás. 3) Aproximaciones de normas sociales, que utilizan métodos de educación normativa y entrenamiento en habilidades de resistencia ante las drogas como corregir las sobreestimaciones de los adolescentes de los porcentajes de consumo de drogas en adultos y adolescentes, reconocer situaciones de alto riesgo, aumentar la conciencia de los medios de comunicación, las influencias de compañeros y familiares, y enseñar y practicar destrezas de rechazo. Y, 4) los métodos combinados, que se basan en enfoques centrados en el conocimiento, la competencia y la influencia social.

Los resultados indicaron que los programas basados en la competencia social reducían el consumo de sustancias y la intención de consumo, y mejoraban el conocimiento sobre las drogas, en comparación con los planes de estudio habituales, pero los efectos rara vez fueron estadísticamente significativos. Los programas basados en la influencia social mostraron efectos débiles que rara vez fueron significativos. Los programas basados en una combinación de enfoques de



competencia e influencia social tenían mejores resultados que las otras categorías, en la prevención del consumo de marihuana en un seguimiento más prolongado y en la prevención de cualquier consumo de drogas. Las intervenciones basadas en el conocimiento no mostraron diferencias en los resultados.

Al utilizar la clasificación que proponen, en la que dividen los programas preventivos basados en el conocimiento, basados en la competencia social, aproximación de normas sociales, o modelos combinados, encuentran que los basados en la competencia social, que tienen como objetivo mejorar las habilidades personales e interpersonales, son mayoritarios (28 de 51 estudios). Los resultados mostraron una tendencia similar en reducir el consumo de sustancias y la intención de consumo, y mejorar el conocimiento sobre las drogas, en comparación con los planes de estudio habituales, pero los efectos rara vez fueron estadísticamente significativos. Los basados en la influencia social, que se centran en reducir la influencia de la sociedad en general, en el inicio del consumo de sustancias, mediante educación normativa, se evaluó en ocho estudios. En general, los resultados fueron débiles y rara vez significativos. Los programas basados en una combinación de competencias sociales y de influencia social se evaluaron en siete de los 51 estudios. Algunos tuvieron mejores resultados que las otras categorías, como en la prevención del consumo de marihuana en el seguimiento a más largo plazo y en la prevención de cualquier consumo de drogas. En relación con las intervenciones centradas en el conocimiento solo encontraron dos estudios y no mostraron diferencias entre la intervención y los controles, aparte de los conocimientos, que parecían haber mejorado en los participantes involucrados en el programa. Finalmente, en la categoría de combinación de diferentes programas y enfoques, las diferencias fueron tan grandes que no fue posible considerarlos como una clase homogénea.

Todo lo anterior indica que los programas que combinan competencia e influencia social tienen pequeños pero consistentes efectos protectores en la prevención del consumo de drogas, aunque algunos resultados no mostraron significación estadística. Algunos programas que se basan únicamente en el enfoque de la competencia social también muestran efectos protectores. Sin embargo, el enfoque no es el único determinante de la efectividad. Algunos programas basados en el enfoque que combina competencia social e influencia social no mostraron efectos positivos.

Junto a los meta-análisis anteriores, el más reciente de MacArthur et al. (2018) analiza las intervenciones individuales, escolares y familiares para conductas de riesgo múltiple en jóvenes. De su amplio meta-análisis sólo nos vamos a centrar en la prevención escolar y en el consumo de drogas. En su caso incluyeron a jóvenes hasta los 18 años, estudios con dos o más conductas de riesgo, y con un seguimiento y datos de efectividad de al menos 12 meses. Así, incluyeron 70 estudios con las siguientes conductas de riesgo: consumo de alcohol, tabaco, drogas, conducta antisocial, otras. En la tabla 7.15 se indican los principales resultados del estudio. Como allí puede verse, la mayoría de las intervenciones de drogas son eficaces. Por ello, concluyen que la evidencia disponible es más sólida para las intervenciones universales llevadas a cabo en la escuela que tienen como objetivo conductas de riesgo múltiple, lo que demuestra que puede ser eficaz para prevenir el consumo de drogas, el consumo de alcohol, el consumo de drogas ilícitas y el comportamiento antisocial, y para mejorar la actividad física entre los jóvenes, pero no en la prevención de otras conductas de riesgo.



Tabla 7.15. Evidencia de la eficacia de las intervenciones preventivas universales, de tipo escolar, para conductas de riesgo múltiple, en el meta-análisis de MacArthur et al. (2018).

Evidencia de eficacia para:

- Consumo de tabaco (OR=0.77, 9 estudios).
- Consumo de alcohol (OR=0.72, 8 estudios).
- Consumo de drogas ilegales (OR=0.74, 5 estudios).
- Conducta antisocial (OR=0.81, 13 estudios).

Evidencia con menor certeza para:

- Consumo de cannabis (OR=0.79, 5 estudios).
- Conductas sexuales de riesgo (OR=0.83, 6 estudios).
- Dieta no saludable (OR=0.82, 3 estudios).
- Actividad física (OR=1.32, 4 estudios).

OR = Odds Ratio = medida de relación entre casos y controles, donde el valor 1.00 indica falta de relación. Una menor OR indica un menor consumo en el grupo experimental que en el control.

Este meta-análisis mostró que, en promedio, las intervenciones universales basadas en la escuela tienen un efecto positivo en el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y la actividad física, y pueden tener un efecto beneficioso en el consumo de drogas ilícitas y el comportamiento antisocial hasta los 12 meses de seguimiento, en comparación con un grupo de control. Los datos disponibles no permitieron el análisis de componentes particulares asociados con la efectividad. Las intervenciones para las cuales los meta-análisis mostraron efectos beneficiosos, en relación con al menos un comportamiento, incluye componentes adicionales, como cambios en la política escolar, adopción en toda la escuela de los principios de intervención, o compromiso familiar.

Tabla 7.16. Conclusión sobre la eficacia de los programas preventivos escolares en el meta-análisis de MacArthur et al. (2018).

“Encontramos que los programas aplicados en la escuela para todos los alumnos, sin considerar el riesgo individual de cada uno de ellos, es probable que sean efectivos en prevenir el consumo de tabaco, alcohol, inactividad física (evidencia de calidad moderada) y también pueden ser beneficiosos para el consumo de drogas ilegales (evidencia de baja calidad). Tales intervenciones pueden también ser efectivas en la conducta antisocial, a pesar de que la evidencia es de muy baja calidad” (pág. 54-55).

7.3. Otras revisiones y meta-análisis

En estos últimos años disponemos de otras revisiones y meta-análisis relevantes que han analizado la eficacia de los programas preventivos escolares de drogas. Vamos a revisar sólo una pequeña parte de estos.

Schackleton et al. (2016) han hecho una revisión de revisiones sistemáticas sobre las intervenciones escolares de distintas intervenciones de salud en adolescentes. En relación con el consumo de drogas, concluyen que en el consumo de tabaco hay buena evidencia de efectividad. En cambio, en pocos casos se encuentra evidencia de la efectividad en el consumo de alcohol o drogas ilegales.



Flynn et al. (2015) en un artículo publicado en la prestigiosa revista *JAMA Pediatrics*, presentan una revisión sistemática de los ensayos RCT de programas preventivos escolares universales, aplicados en la escuela secundaria, y por equipos independientes de los desarrolladores del programa preventivo. En varios programas se encuentran adecuados niveles de eficacia, pero no en todos. De ahí que su conclusión es más pesimista que en otras revisiones: “nuestra revisión muestra la carencia de investigación independiente para averiguar la efectividad del currículum preventivo universal de drogas en la escuela secundaria, y el fracaso hasta ahora en evaluaciones independientes en esta área, mostrando resultados mixtos, pudiendo ser ahora el momento de repensar la prevención escolar de drogas en la escuela” (pág. 1050).

Hodder et al. (2017) publicaron en *Preventive Medicine* una revisión sistemática y un meta-análisis de los programas preventivos escolares universales para el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, basados en el incremento de la resiliencia para reducir los consumos, utilizando RCT, con al menos 6 meses de seguimiento, en personas de 5 a 18 años escolarizadas, y utilizando para la selección de los estudios y análisis los criterios de la Cochrane Collaboration. Incluyeron 41 artículos de 19 estudios, realizados en Estados Unidos, Australia, Hong Kong, Croacia y Suecia. En todos los casos había un grupo experimental y uno de control. Para el meta-análisis utilizaron 13 estudios; los 6 restantes también los comentan. Sus resultados indican, al contrario de estudios previos, que los programas preventivos no funcionan para el tabaco o el alcohol, pero sí para las drogas ilegales (ver tabla 7.17).

Tabla 7.17. Resultados del meta-análisis de Hodder et al. (2017) sobre los programas preventivos escolares.

Comparación	Tabaco		Alcohol		Drogas ilegales	
	Estudios	OR	Estudios	OR	Estudios	OR
Promedio	12	0.96	13	0.86	10	0.78
Tipo de intervención						
– Multidimensional	11	0.96	12	0.85	9	0.77
Tipo de prevención						
– Universal	11	0.95	12	0.86	9	0.76
Lugar						
– Sólo la escuela	3	0.97	3	0.87	3	0.76
– Escuela + familia	6	1.04	7	0.89	4	0.76
– Escuela + familia + comunidad	2	0.83	2	0.97	2	0.86

OR = Odds Ratio.

Espada et al. (2015) han realizado un meta-análisis sobre la efectividad de los programas preventivos escolares llevados a cabo en España. Incluyeron 21 estudios, de los cuales 18 estaban publicados en revistas y 3 eran tesis doctorales. Utilizando el tamaño del efecto (diferencia estandarizada entre la media del pre- y de la post-intervención), encuentran un tamaño del efecto promedio de 0.16, siendo significativo el resultado, aunque pequeño. Otros resultados varían ligeramente en función de la variable de eficacia evaluada o del tipo de sustancia (tabla 7.18). Al analizar específicamente los componentes del programa el modelo más efectivo es el que se basa en la educación para la salud ($d = 0.48$); en la comparación de materiales, el uso conjunto de materiales orales, escritos y audiovisuales ($d = 0.35$); y, en la administración del programa, el que lo lleven a cabo profesionales y profesores juntos ($d = 0.25$).



Tabla 7.18. Efectividad promedio de programas preventivos escolares en España (Espada et al., 2015).

Evaluación	Estudios	d	p
Global	36	0.16	< .01
Variable de eficacia			
– Conocimiento de drogas	18	0.34	< .01
– Actitud hacia las drogas	15	0.44	< .01
– Intención	14	0.23	< .01
– Consumo de drogas	20	0.18	< .01
Sustancia			
– Alcohol	20	0.38	< .01
– Tabaco	12	0.20	< .01
– Cannabis	11	0.19	< .01
– Otras drogas	23	0.19	< .01

d = tamaño del efecto (hasta 0.2, efecto pequeño; hasta 0.5, efecto medio; 0.8 o más, efecto alto).

Finalmente, aparte de manuales actuales sobre prevención de drogas que analizan esta cuestión, en la tabla 7.19 indicamos varias de las bases de datos que consideramos más importantes y útiles para poder conocer qué programas preventivos son eficaces.

Tabla 7.19. Principales bases de datos sobre eficacia de programas preventivos de drogas

- Cochrane Collaboration, Reino Unido, <https://es.cochrane.org/es>.
- Portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas, Región de Murcia: <http://www.buenaspracticasadicciones.es>.
- Prevención basada en la evidencia, España: www.prevencionbasadaenlaevidencia.net.
- EDDRA, Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/eddra/home.htm>.
- Xchange, Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías: <https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>.
- Blueprints, Estados Unidos: <https://www.blueprintsprograms.org>.
- Copolad, España: <http://copolad.eu>.

8. Criterios de buenas prácticas en los programas preventivos escolares

En las páginas anteriores ya vimos la mayoría de los elementos que facilitan poner en práctica un buen programa preventivo escolar, seleccionar el mejor programa preventivo y, con todo ello, realizar buenas prácticas y de calidad en prevención. A continuación, se expone de modo resumido y por pasos lo que se debe hacer para una buena práctica en la aplicación de un programa preventivo escolar.

8.1 Convencer al centro escolar de la necesidad de aplicar en el mismo un programa preventivo para el consumo de drogas

Hay centros escolares que están encantados de que se lleve a cabo en el mismo un programa preventivo escolar para el consumo de drogas, pero no ocurre esto en todos. De ahí la necesidad



de que el centro asuma y quiera que en el mismo se aplique uno de estos programas. Igualmente, hay que tener en cuenta que dicho programa lo hay que aplicar en el horario de tutoría, al no existir una asignatura específica para ello.

En otras ocasiones es el equipo técnico municipal de prevención en drogodependencias el que ofrece el programa al centro escolar, o hay un acuerdo en el municipio de que dichos programas se pongan en práctica en todos los colegios e institutos del municipio, como en centros de formación profesional u otros. En uno u otro caso, que el programa sea bien recibido es el primer paso para que pueda ser aplicado adecuadamente, que todos colaboren y que con todo ello logremos que sea eficaz.

Tabla 7.20. La tutoría y el proyecto educativo de centro en el sistema educativo español y su relación con la prevención del consumo de drogas.

El sistema educativo español tiene asignado tanto para la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) como para el Bachillerato varias horas de tutoría. Es en ellas donde habitualmente se ponen en marcha los programas preventivos reglados de drogas, al no existir una asignatura específica que permita aplicar el programa preventivo. Pero ello es voluntario para el centro ya que en las tutorías pueden hacer esta u otras actividades.

Normalmente hay dos horas de tutoría en la ESO para la atención a los alumnos semanalmente, que es de una hora en el bachillerato, que se complementa con otra para refuerzo y otras actividades.

En el documento “Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las administraciones educativas y sanitarias” (Salvador et al., 2008) y el la “Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia” (Salvador et al., 2010) vienen detallados los objetivos a lograr en temas de salud en relación con el consumo de drogas. En ocasiones estos pueden trabajarse en distintas asignaturas cuando no es posible implantar como tal un programa preventivo formal en ese centro escolar.

A pesar de que hay firmado un convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación en 1.989 sobre la inclusión de contenidos de “Promoción y Educación para la Salud en la Escuela”, en la práctica no ha merecido toda la atención que debiera. Se ha ido avanzando poco a poco en ello, pero no con la intensidad necesaria. Sigue siendo un tema pendiente incluir una asignatura de este tipo en el currículum escolar y mantenerla en el tiempo.

Es en el *Proyecto Educativo de Centro* donde se operativiza lo anterior. En él deben indicarse los valores que asume el centro educativo, junto a otros aspectos educativos. En ocasiones, uno de los valores que asumen es el de hábitos y estilos de vida saludable, o en priorizar la prevención en drogodependencias y otras conductas nocivas o problemáticas. De ahí la relevancia de que en dicho proyecto esté incluida la prevención de las drogodependencias. Igualmente, cuando hay servicios municipales de drogodependencias, que priorizan los programas preventivos, pueden ofrecer a los centros la aplicación de programas preventivos en la misma.



8.2. *Crear un clima favorable en el centro educativo para la aplicación del programa preventivo, desde los profesores al resto del personal del centro*

Una vez que los responsables del centro educativo están de acuerdo en que se aplique en el mismo un programa preventivo para el consumo de drogas, el siguiente paso es que en el centro se cree un clima favorable para ello. Esto implica asumir la relevancia del problema del consumo de drogas por parte de la población en general, y en los jóvenes de modo particular, que sepan que se puede prevenir su consumo, que todos pueden hacer mucho ante el problema, y de que los profesores y resto del personal del centro tienen que tomar un papel activo en ello. Esto implica tener conductas también saludables por parte de los profesores y resto del personal del centro, desde las personas de administración, conserjes, personal de limpieza, etc. De ahí que ello exige una labor mantenida en el tiempo para todo el centro escolar.

De ser necesario se puede informar de modo monográfico al claustro, a otro personal del centro, o mediante una charla para todos ellos, de la necesidad de dicho programa preventivo en ese centro educativo.

Tabla 7.21. El currículum de prevención escolar europeo y otros sistemas de formación en prevención de drogas.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías de Lisboa ha elaborado un manual para aquellas personas que toman decisiones sobre políticas de prevención del consumo de drogas basadas en la evidencia (Van der Kreft et al., 2019). El manual también va dirigido a los profesionales y puede servir como un modelo de formación básica para aquellas personas que van a trabajar en prevención de drogas o que tienen que aplicar un programa preventivo. La idea del mismo es que disponga de un manual básico que sirva para toda Europa. Los autores desarrollaron igualmente un programa de formación en prevención de drogas en varios países. Esa formación dura cinco días.

Quizás el aspecto más relevante que plantea el manual del currículum preventivo europeo es considerar a la prevención como una profesión. En este sentido es un paso importante para prestigiar y potenciar el campo preventivo.

De modo semejante, la UNODC (Oficina de Naciones Unidas para la Droga y el Delito) ha creado un sistema de formación semejante al anterior a partir de su manual *Estándares Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas* (UNODC, 2013, 2018) para responsables de política a nivel nacional.

Por suerte, en España, llevamos décadas de formación exhaustiva de calidad. En otros momentos, a través de másteres universitarios, formación reglada de las comunidades autónomas, financiación de cursos, etc. Más actualmente, al estar introducido como asignaturas en carreras universitarias de ciencias de la salud o ciencias sociales, o temas específicos dentro de ellas. En la web del Plan Nacional sobre Drogas puede encontrarse una amplia bibliografía, casi toda en formato pdf, que permite acceder a información y contenidos científicos sobre los distintos niveles de formación que se desee, incluida la prevención.



8.3. Seleccionar un programa preventivo eficaz

No todo vale en prevención, como ya hemos visto. De ahí la necesidad de seleccionar un programa preventivo eficaz. Si es eficaz es probable que funcione. Si no ha demostrado su eficacia siempre tendremos la duda de si funciona o no. Y, en tal caso, es más probable que no funcione.

Hoy, por suerte, conocemos bien lo que funciona y lo que no funciona en la prevención de drogas. Pero siguen estando presentes muchas creencias, buena voluntad e ideas preconcebidas sobre la prevención y lo que se puede y no hacer con la misma. Debemos mantener la prevención en el contexto técnico no en el creencial. O escapar del hacer por hacer. Cambiar creencias erróneas es también parte de todo el proceso de implementación de cualquier programa, tanto en los jóvenes, como en los profesores, padres u otros adultos. Por ello, es necesaria una buena interlocución entre los responsables del programa preventivo y todo el personal del centro, sobre todo en los que van a aplicar el programa (profesores) y equipo directivo del centro.

8.4. Entrenar adecuadamente a los aplicadores del programa

Normalmente quien aplica el programa preventivo son los profesores del centro. Ello exige formarles, entrenarles, y darles seguridad sobre cómo aplicarlo. Este es un aspecto importante y central para el éxito de cualquier programa preventivo. Primeramente, tienen que saber que lo que van a aplicar es un programa eficaz, bien fundamentado, y que si se aplica como está diseñado funciona, cumple su función preventiva: reduce el consumo de drogas en los alumnos. La realización de un curso específico sobre ello es esencial y la mayoría de los programas de calidad tienen un programa adicional de formación para los profesores de pocas horas (20 o 30 horas es lo habitual).

En caso de que no fuesen los profesores, sino aplicadores externos al centro, los que aplican el programa preventivo, éstos deben tener el visto bueno de la dirección del centro y lograr una buena integración con el profesorado. Esto exige los pasos previos indicados. Con ello se facilitan las cosas, la aplicación del programa, la colaboración mutua y poder resolver cualquier cuestión que vaya surgiendo. También tienen que ser entrenados estos aplicadores en el programa que van a poner en práctica. Igualmente, deben saber que van a estar en ese lugar un periodo corto de tiempo mientras que los profesores están ahí todo el año. Conocer los límites de ambos viene bien para funcionar adecuadamente en estos casos y hacer más fluido todo el proceso.

En puntos anteriores hemos descrito distintos programas preventivos escolares, así como los componentes que deben tener.

8.5. Tener en cuenta todas las cuestiones éticas que afectan al desarrollo y aplicación del programa

En los últimos años ha cobrado una gran relevancia los temas éticos en relación con distintos aspectos de la vida. En el tema de la prevención no ha sido menos. Hoy se insiste en que se tengan en cuenta todas las cuestiones éticas que afectan a la aplicación del programa, desde la selección de un programa preventivo eficaz, tener los permisos para poder aplicarlo, de las autoridades del centro u otras, junto a la de los padres. Y también la de los alumnos (Fisher y Jaber, 2019). Aunque



todo ello hace más complejo el proceso de aplicación del programa hay que reconocer que se logra una mayor seguridad para las personas a las que se les va a aplicar y que el mismo produce beneficios y no daños a esas personas.

8.6. La necesaria fidelidad en la aplicación del programa

Uno de los problemas que con frecuencia se encuentra en los programas preventivos es que éstos no se aplican exactamente como se diseñaron. Es lo que se denomina falta de fidelidad en la aplicación de programa (Ennett et al., 2011). Y, si esto ocurre, puede ser un problema importante. En ese caso el programa puede fracasar porque no se están aplicando los componentes tal como fueron diseñados, o si falta alguno, o se cambian contenidos, lo que se aplica es otra cosa distinta al programa.

Por suerte, en los últimos años se aprecia que ha mejorado mucho la fidelidad en la aplicación de los programas preventivos. La formación previa necesaria para aplicar muchos de ellos ha facilitado una mejor adecuación entre lo que hay que hacer y lo que se hace realmente. Por ello, en todo programa preventivo que se aplique es necesario antes de ponerlo en práctica entrenar bien a los aplicadores del mismo para que se adecúen al manual del programa, al entrenamiento que han recibido y a que puedan solucionar todas las dudas que les surjan a lo largo de su aplicación.

8.7. Tener en cuenta a los padres como elementos relevantes del programa preventivo

De igual modo que los profesores del centro cumplen un importante papel, tanto directo como indirecto, en relación con la aplicación del programa preventivo, y a lo que observan los alumnos sobre su comportamiento, los padres tienen también un papel central. Son las personas con las que sus hijos están muchas horas, con las que viven, con las que se socializan. Por ello, en un programa preventivo hay que implicar a los padres de algún modo, para que vayan en la misma dirección preventiva, no en una dirección contra-preventiva.

La mayoría de los padres quieren lo mejor para sus hijos. Pero sabemos que esto no siempre ocurre así, en muchos casos por problemas personales, económicos, de pareja, psicopatológicos o mismo de consumo de sustancias. De ahí la relevancia de detectar a los niños y niñas que tienen problemas en casa, o problemas de conducta, rendimiento académico u otros. Detectarlos es el primer paso. Ver si lo saben sus padres y hacer desde el centro todo lo posible para afrontarlos y solucionarlos es relevante tanto para la vida actual como futura de esas personas, hoy jóvenes, mañana adultos. La prevención tiene a veces la ventaja de que permite detectar problemas que otros no ven, o si los ven creen que no se puede hacer nada ante ellos.

Una comunicación fluida entre los padres y madres y el tutor, y entre éste y el aplicador del programa preventivo, es importante. Y buscarle solución a este tipo de problemas.



8.8. Mantener un feedback continuo entre los aplicadores del programa y los responsables de que se aplique

Cuando en la aplicación de un programa preventivo en la escuela el que lo aplica es externo a ella, lo cual ocurre con bastante frecuencia en los últimos años, se hace preciso que exista un feedback continuo entre el aplicador y el centro, sobre todo con el tutor de ese alumno o de esa clase. Esto facilita la asunción del programa, que se aprecie que el programa es útil, que permite avanzar en aprendizajes adecuados para los jóvenes y que el trabajo que realiza el aplicador es adecuado. Transmitir la idea de que prevenir el consumo de drogas tiene efectos colaterales positivos, como mejorar el rendimiento académico, u otras conductas disruptivas, es importante que lo sepan para lograr una mejor colaboración entre ambos.

Es necesario tener al principio del programa una reunión con el tutor, el jefe de estudios, el orientador escolar, el director del centro, así como ofrecerles dar información en forma de charla para el claustro sobre la relevancia y la necesidad de la prevención. Y luego mantener estos contactos a lo largo del tiempo mientras se aplica el programa.

8.9. La evaluación del programa

Venimos insistiendo que es de suma importancia aplicar un programa preventivo eficaz. Si es eficaz y se aplica como está diseñado (fidelidad) lo más probable es que los resultados con el mismo serán adecuados. Pero, aun así, es preciso que hagamos cierto tipo de evaluación de nuestro trabajo, como es la evaluación del proceso (si les gusta el programa, si cambian variables intermedias en su aplicación) y la evaluación del resultado (si desciende el consumo de drogas con el programa o es menor que el esperado de no aplicarlo). Por todo ello, hacer una evaluación mínima del programa que estamos aplicando es necesaria. No tiene que ser amplia ni de un experto metodólogo, pero si es preciso ese mínimo. Normalmente, en los programas preventivos eficaces ya viene un pequeño cuestionario sobre los aspectos básicos que tenemos que evaluar antes del mismo, a lo largo de su aplicación y al finalizar la misma.

Con el paso del tiempo, conforme los chicos y chicas aumentan en edad, aumenta en ellos el consumo de drogas, sobre todo a nivel de prueba. Por ello, viene bien comparar los datos de que disponemos del consumo en clase, con encuestas a nivel nacional (ej., la encuesta escolar), para así ver lo que aumenta el consumo año y año y qué ocurre en nuestro caso (lo habitual es que aumente, pero menos de lo esperado).

En la tabla 7.22 indicamos distintos indicadores sobre conocimientos, habilidades y actitudes/valores a adquirir en un programa de educación para la salud en la escuela.



Tabla 7. 22. Aspectos de la escuela que facilitan poder implantar en ella una intervención preventiva sobre drogas.

1) Cultura escolar y apego a la escuela.

- Apoyar un clima escolar ordenado y un funcionamiento normal.
- Mejorar las habilidades de los profesores en el manejo efectivo de sus clases.
- Socializar a los niños en sus roles como estudiantes.
- Apoyar un clima escolar positivo y un apego a la escuela y a la participación de los estudiantes.
- Reducir las conductas disruptivas y agresivas.

2) Política escolar en relación con el consumo de drogas.

- Reducir o eliminar el acceso y la disponibilidad de tabaco, alcohol y drogas ilegales.
- Cuando se producen infracciones de la política manejarlas con sanciones positivas, como dando consejo, tratamiento o remitir a los estudiantes a los servicios especializados, en vez de utilizar castigos como la expulsión.
- Las políticas sobre drogas no deben romper el nivel de funcionamiento escolar.
- Las políticas sobre drogas deben abarcar el amplio rango de las conductas de consumo de drogas, desde la iniciación a su continuación, abuso, dependencia y recaída.
- Las políticas de consumo de drogas deberán centrarse en un pequeño número de objetivos claros.
- Las políticas de consumo de drogas deberían especificar las sustancias que son objetivo central.
- Las políticas de consumo de drogas deberían reflejar y estar reflejadas en otros esfuerzos preventivos de la comunidad.
- Los estudiantes y profesores deberán estar implicados en el desarrollo de esas políticas.
- Las políticas de consumo de drogas deberían proporcionar reforzamiento positivo por su cumplimiento.
- Las políticas de consumo de drogas deberían proporcionar un entrenamiento sistemático para los administradores y profesores sobre su participación.

3) Currículum escolar.

- Disipar conceptos erróneos sobre la naturaleza normativa y las expectativas del consumo de drogas (ej., la prevalencia y efectos positivos y negativos del consumo).
- Incidir en las percepciones de riesgo asociados con el consumo de drogas por parte de los niños y adolescentes (ej., enfatizando los efectos que los estudiantes experimentarán ahora, no cuando sean adultos).
- Proporcionar y practicar entrenamiento en habilidades que incluyan tomar decisiones y habilidades de resistencia para rechazar el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales utilizando escenarios reales.
- Proporcionar intervenciones preventivas y sesiones de recuerdo a lo largo de varios años en la escuela media y superior en los periodos en que los estudiantes están en mayor riesgo.

Fuente: Adaptado de Sloboda (2018).



8.10. El mantenimiento del programa en el tiempo (las sesiones de refuerzo)

Al no estar incluido de pleno derecho la prevención de drogas en el contexto escolar con frecuencia los programas preventivos se aplican en el centro de modo esporádico, a veces puntualmente, y sin que se mantenga el mismo en el tiempo. En suma, no tienen continuidad. Por el contrario, sabemos que uno de los aspectos que permite mejorar mucho la eficacia de los programas preventivos es hacer sesiones de refuerzo, al menos en los dos siguientes años a la aplicación del programa (Botvin y Griffin, 2015). Los mejores programas preventivos de que disponemos suelen tener sesiones de refuerzo, de tal modo que el programa se mantiene activo dos o tres años, de modo más intenso en el primer año, y menos en el segundo y tercero. Por ello, es necesario, siempre que sea posible, hacer sesiones de refuerzo. Es una vía de éxito para la eficacia del programa preventivo a largo plazo.

8.11. Aprender de lo realizado para seguir mejorando en el futuro

Mejorar es necesario en muchos aspectos de la vida. En el campo preventivo no sólo es necesario, es una necesidad. Lo que se haga con la aplicación de un programa preventivo hoy nos sirve para la siguiente aplicación mañana. Sabemos que cambian los tipos de sustancias, las modas, las costumbres, la forma de vida. En los adultos y en los jóvenes. También así han cambiado los programas preventivos a lo largo de las últimas décadas. Y, con ello, se ha logrado pasar de programas ineficaces o con bajo nivel de eficacia a los actuales programas preventivos eficaces.

Aprender día a día, semana a semana, de lo que se va haciendo, permite mejorar nuestro trabajo. Tenemos que ser receptivos a un permanente aprendizaje en este campo. Es el mejor modo de mejorar, de lograr realizar una prevención basada en las buenas prácticas, en la evidencia, y lograr que las personas tengan una vida más sana y sin drogas.



Referencias

- Arbex, C. (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención selectiva e indicada*. Madrid: ADES.
- Ariza, C., Juárez, O., Ferrer, M. S. y Sánchez-Martínez, F. (2011). *PASE.bcn. Prevenció de les addiccions a l'escola. Guia didàctica per al professorat*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Ariza, C., Pérez, A., Nebot, M., Juárez, O. y Rodríguez-Martos, A. (2006a). *Programa de prevenció del consum de cannabis "xkpts.com" (protocolo, DVD y guía del educador)*. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona: Editorial Fundació Viure i Conviure de la Obra Social de Caixa Catalunya.
- Ariza, C., Rodríguez-Martos, A., Vecino, C. y Guitart, A. (2006b). *Cannabis: Hablemos en casa*. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona: Editorial Fundació Viure i Conviure de la Obra Social de Caixa Catalunya.
- Ariza, C., Pérez, A., Sánchez-Martínez, F., Diéguez, M. y Juárez, O. (2009). *Sobre Canyes i Petes!. Programa de prevenció del consum d'alcohol i cànnabis. Guia didàctica per al professorat*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Ariza, C., Pérez, A., Sánchez-Martínez, F., Diéguez, M., Espelt, A., Pasarín, M. I., Suelves, J. M., De la Torre, R. y Nebot, M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, 132, 257-264.
- Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Medina-Mora, M. E., Obot, I., Rehm, J., Reuter, P., Room, R., Rossow, I. y Strang, J. (2018). *Drug policy and the public good (2nd ed.)*. Oxford, RU: Oxford University Press.
- Bandura, A (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall (trad. cast., Barcelona: Martínez Roca, 1982).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. castellana: Barcelona, Martinez-Roca, 1987).
- Barrish, H. H., Saunder, M. y Wolf, M. M. (1969). Good behavior game: Effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behaviors in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 119-124.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevenció de les drogodependències*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevenció y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2005). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., López, A. y Martínez, J. M. (2020). *Cocaína, cannabis y heroína*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervenció social en drogodependències*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M.P. (1994). *Tabaco y salud. Guia de prevenció y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Bellver, M.C. y García, R. (1997). Objetivos y estrategias de los programas de prevenció escolar y comunitaria nacionales: Una revisió (1985-1994). En J. Escámez (Ed.), *Prevenció de la drogadicció* (pp. 115-134). Valencia: Nau Llibres.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M. y Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population, *JAMA*, 273, 1106-1112.
- Botvin, G.J. y Griffin, K. W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. En Z. Sloboda y W.J. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention* (pp. 45-74). Nueva York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Botvin, G.J. & Griffin, K.W. (2012). Long-term outcomes from Blueprints model programs: Life Skills Training. *Presented at 2012 Blueprints for Violence Prevention conference*. San Antonio, TX.
- Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2015). Life skills training: A competence enhancement approach to tobacco, alcohol, and drug abuse prevention. En L. M. Scheier (Ed.), *Handbook of adolescence*



- drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice* (pp. 177-196). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C. y Monserrat, M. (1982). *Tú decides. Programa de investigación y educación sobre el uso de drogas*. Palma de Mallorca: Comissió de Sanitat. Consell Insular de Mallorca.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G., Borrás, M. y Palmer, A. (1989). Evaluación del programa de prevención escolar 'Tú decides'. *Adicciones*, 1, 96-111.
- Calafat, A., Amengual, M., Guimeráns, C., Rodríguez-Martos, A. y Ruiz, R. (1995). Tu decides: 10 años de un programa de prevención escolar. *Adicciones*, 7, 509-526.
- Calafat, A., Becoña, E., Duch, M. y Juan, M. (2023). *Tú decides. 2.0*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A. (2006). *La vida sin drogas*. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Castaño, G., Becoña, E., Restrepo, S. M. y Scopetta, O. (2020). Toward the design and validation of a scale to assess amotivational syndrome in chronic marijuana users (ESATHC). *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 305-313.
- Caulkins, J. P., Pacula, R. L., Paddock, S. y Chiesa, J. (2002). *School-based drug prevention. What kind of drug use does it prevent?* Santa Monica, CA: Rand Corporation.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (1994). *Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. MMWR CDC Surveillance Summaries*, 43 (N1 RR-2), 1-17.
- Center for Substance Abuse Prevention (1997). *Selected findings in prevention. A decade of results from the Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Díaz, R. (2004). *Programa Alfil. Guía de actuación preventiva para niños y jóvenes de familias con problemas de alcohol*. Valencia: Martín.
- Donaldson, S. I., Sussman, S., MacKinnon, D. P., Severson, H. H., Glynn, T., Murray, D. M. y Stone, E. (1996). Drug abuse prevention programming: Do we know that content works? *American Behavior Scientist*, 39, 868-883.
- Edex (2021). *Unplugged. Educación sobre Drogas. Manual del profesorado*. Bilbao: Edex.
- Ennett, S. T., Haws, S., Ringwalt, C. L., Vincus, A. A., Hanley, S., Bowling, J. M. y Rohrbach, L. A. (2011). Evidence-based practice in school substance use prevention: Fidelity of implementation under real-world conditions. *Health Education Research*, 26, 361-371.
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Lloret, D. y Guillén-Riquelme, A. (2015). Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema*, 27, 5-12.
- Evans, R. (1976). Smoking in children: Developing a social psychology strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5, 122-126.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Vrsino, E., Zambon, A., Borraccino, A. y Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database System Review, Issue 2, CD003020.pub2*.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Vrsino, E., Zambon, A., Borraccino, A. y Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 46, 385-396.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. y Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use (Review). *Cochrane Database Systematic Review, 2014, Issue 12*. Art No. CD003020.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhardt, G., Bohrn, K., Cuormo, L., Gregori, D., ... the EU-Dap Study Group (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 56-64.
- Fegert, J. M., Schepker, R., Keller, F., Ludolph, A. G., Plener, P. L., Williamson, A. E., ..., Hart-Kerkhoffs, L. (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: A*



- review of the theory and evidence base of indicated prevention.* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities (disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- Fisher, C. B. y Jaber, R. (2019). Ethical issues in substance-use prevention research. En Z. Sloboda, H. Petras, E. Robertson y R. Hingson (Eds.), *Prevention of substance use* (pp. 281-299). Nueva York, NY: Springer.
- Flynn, A. B., Falco, M. y Hocini, S. (2015). Independent a of middle school- based drug prevention curricula: A systematic review. *JAMA Pediatrics*, 169, 1046-1052.
- Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J., Lowe, G. y Breen, R. (2004). Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database System Review, Issue 3, CD003024*.
- Foxcroft D. R. y Tsertsvadze, A. (2011a). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 9*. Art. No.: CD009307.
- Foxcroft, D. R. y Tsertsvadze, A. (2011b). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 5*. Art. No.: CD009113.
- Furr-Holden, C. D. M., Jalongo, N. S., Anthony, J. C., Petras, H. y Kellam, S. G. (2004). Developmentally inspired drug prevention: Middle school outcomes in a school-based randomized prevention trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 149-158.
- Gardner, S.E., Brounstein, P.J., Stone, D.B. y Winner, C. (2001). *Guide to science-based practices. 1. Science-based substance abuse prevention: A guide*. Rockville, MD: Substance and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Gázquez, M., García, J. y Espada (2010). Eficacia de los programas de prevención escolar en función del agente preventivo: Profesores vs. expertos. *Salud y Drogas*, 10, 111-131.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo, M. A. y Romero, E. (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela: Cuatro años de seguimiento de un programa. *Psicothema*, 14, 685-692.
- Gómez-Fraguela, J.A., Luengo, A., Romero, E. y Villar-Torres, P. (2003). El programa Construyendo Salud: Un programa de prevención del abuso de drogas empíricamente fundamentado. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 13, 165-202.
- Gorman, D.M. (1996). Etiological theories and the primary prevention of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 505-520.
- Hansen, W.B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7, 403-430.
- Hodder, R. K., Freund, M., Wolfenden, L., Bowman, J., Nepal, S., Dray, J., Kinsland, M., Yoong, S. L. y Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal school-based "resilience" interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. *Preventive Medicine*, 100, 248-268.
- Hormigo, J., García-Altés, A., López, M. J., Bartoll, X., Nebot, M. y Ariza, C. (2009). Análisis de coste-beneficio de un programa de prevención del tabaquismo en escolares. *Gaceta Sanitaria*, 23, 311-314.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. Nueva York, NY: Academic Press.
- Kormblit, A. L., Mendes, A. M. y Bilyk, A. (1990). Vos decidís: un programa de prevención de consumo de drogas en la escuela media. *Medicina y Sociedad*, 13 (5-6), 36-40.
- Lee, S., Aos, S., Drake, E., Pennucci, A., Miller, M., Anderson, L. y Burley, M. (2012). *Return on investment: Evidence-Based options to improve statewide outcomes. Technical appendix. Methods and user-manual*. Washington, DC: Washington State Institute for Public Policy (en www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1387).
- Luengo, M. A., Gómez-Fraguela, X. A., Garra, A. y Romero, E. (2002). *Construyendo Salud: Promoción del desarrollo personal y social. Guía del profesor*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.



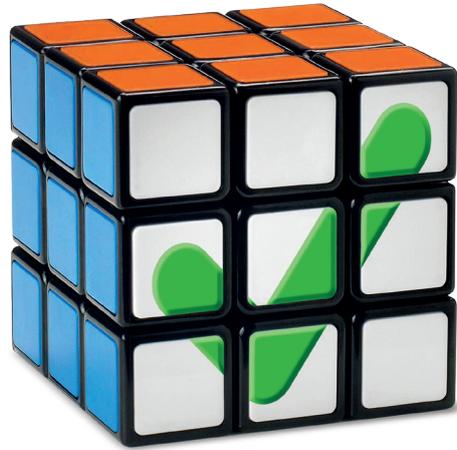
- Luengo, A., Gómez-Fraguela, J.A., Garra, A. Romero, E., y Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio del Interior.
- MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J., ..., Campbell, R. (2018). Individual-, family-, and school-level intervention targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database of Systematic Review, Issue 10*, Art. No. CD009927.
- Miller, T. R. y Hendrie, D. (2009). *Substance abuse prevention dollars and cents: A cost-benefit analysis*. Washington, D. C.: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A development taxonomy. *Psychological Review, 100*, 674-701.
- Mora, F. (2006). *Los laberintos del placer en el cerebro humano*. Madrid: Alianza.
- O'Connell, M. E., Boat, T. y Warner, K E. (Eds.) (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people. Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academic Press.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA] (2021). *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Orleans, C. T y Cummings, K. M. (1999). Population-based tobacco control: Progress and prospects. *American Journal of Health Promotion, 14*, 83-91.
- Perry, C. L. y Kelder, S. H. (1992). Models for effective prevention. *Journal of Adolescent Health, 13*, 355-363.
- Proyecto Hombre (1984). *Entre todos*. Madrid: Proyecto Hombre.
- Proyecto Hombre (2018). *Informe de evaluación del programa de prevención escolar y familiar Juego de Llaves*. Madrid: Proyecto Hombre.
- Robertson, E. B., David, S. L. y Rao, S. A. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders, 2nd ed.* Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Rodríguez-Martos, A., Torralba, LL. y Vecino, C. (1996). Decideix! Programa de prevención del abuso de drogas en enseñanza secundaria: la experiencia de Barcelona. *Adicciones, 8*, 127-148.
- Ruiz, R., Pino, M. J. y Herruzo, J. (2006). Revisión de la técnica "el juego del buen comportamiento". *Análisis y Modificación de Conducta, 32*, 553-574.
- Rundell, T. G. y Bruvold, W. H. (1988). A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs. *Health Education Quarterly, 15*, 317-334.
- Romero, E., Rodríguez, C., Villar, P. y Gómez-Fraguela, X. A. (2016). Intervención sobre problemas de conducta tempranos como prevención indicada del consumo de drogas: Siete años de seguimiento. *Adicciones, 29*, 150-162.
- Romero, E., Villar, P., Luengo, M. A. y Gómez-Fraguela, J. A. (2009). EmPeCemos: Un programa multicomponente para la prevención indicada de los problemas de conducta y el abuso de drogas. *Revista Española de Drogodependencias, 4*, 420-447.
- Romero, E., Gómez-Fraguela, X. A., Villar, P. y Rodríguez, C. (2019). Prevención indicada de los problemas de conducta: Entrenamiento de habilidades socioemocionales en el contexto escolar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 6 (3)*, 39-47.
- Salvador, T., Suelves, J. M. y Puigdollers, E. (2008). *Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las administraciones educativas y sanitarias*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Salvador, T., de Silva, A., Puerta, C., Jiménez, J., Alcaraz, A., Villar, A. B. y Cascales, I. (2010). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*. Murcia: 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.
- Sánchez-Martos, F., Ariza, C., Pérez, A., Diéguez, M., López, M. J. y Nebot, M. (2010). Evaluación de proceso del programa escolar de prevención del consumo de cannabis "xkpts.com" en adolescentes de Barcelona en 2006. *Adicciones*, 22, 217-226.
- Schackleton, N., Jamal, F., Viner, R. M., Dickson, K., Patton, G. y Bonell, C. (2016). School-based interventions going beyond health education to promote adolescent health: Systematic review of reviewers. *Journal of Adolescent Health*, 58, 382-396.
- Sloboda, Z. (2018). School-based prevention-evolution of evidence based strategies. En C. G. Leukefeld y T. P. Gullotta (Eds.), *Adolescent substance abuse. Evidence-based approaches to prevention and treatment* (2nd ed., pp. 309-331). Nueva York, NY: Springer.
- Sloboda, Z. y David, S. L. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- Sloboda, Z. y Ringwalt, C. L. (2019). The school: A setting for evidence-based prevention interventions and policies. En Z. Sloboda, H. Petras, E. Robertson y R. Hingson (Eds.), *Prevention of substance use* (pp. 147-163). Nueva York, NY: Springer.
- Stockwell, T., Gruenewald, P. J., Toumbourou, J. W. y Loxley, W. (Eds.) (2005). *Preventing harmful substance use. The evidence for policy and practice*. Nueva York, NY: Wiley.
- Stone, A. L. Becker, L. G., Huber, A. M. y Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37, 747-775.
- Storr, C. L., Jalongo, N. S., Kellam, S. G. y Anthony, J. C. (2002). A randomized controlled trial of two primary school intervention strategies to prevent early onset tobacco smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 61-60.
- Sulkinen, P., Babor, T. F., Sisneros, J., Egerer, M., Hellman, M., Livingstone, C., Marionneau, V., Nikkinen, J., Orford, J., Room, R. y Rossow, I. (2018). *Setting limits: Gambling, science and public policy*. Oxford, RU: Oxford University Press.
- Sussman, S. (2002). Effects of sixty-six adolescent tobacco use cessation trials and seventeenth prospective studies of self-initiated quitting. *Tobacco Induced Diseases*, 1, 35-81.
- Sussman, S., Dent, C.W., Burton, D., Stacy, A.W. y Flay, B.R. (1995). *Developing school-based tobacco use prevention and cessation programs*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., Cody, C., Biglan, T., Dent, C. W. y Newcomb, M. D. (2004). The motivation, skills, and decision-making model of "drug abuse" prevention. *Substance Use & Misuse*, 39, 1971-2016.
- Tolan, P., Szapocznik, J. y Sambrano, S. (Ed.) (2008). *Preventing youth substance abuse. Science-based programs for children and adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tengs, T. O., Osgood, N. D. y Chen, L. L. (2001). The cost-effectiveness of intensive national school-based anti-tobacco education: Results from the tobacco policy model. *Preventive Medicine*, 33, 558-570.
- Thomas, R. E., McLellan, J. y Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4*. Art. No.: CD001293.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention program: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.
- Tobler, N. S. (1992a). *Meta-analysis of adolescent drug prevention program. Final report*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Tobler, N. S. (1992b). Drug prevention programs can work: Research findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11, 1-28.



- Tobler, N. (1994). Meta-analysis issues for prevention intervention research. En L. Collins and L. Seitz (Eds.), *Advances in data analysis for prevention intervention research. NIDA Research monograph 142* (pp. 342-403). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Tobler, N. (1997). Meta-analysis of adolescent drug prevention programs: Results of the 1993 meta-analysis. En W. Bukoski (Ed.), *Meta-analysis of drug abuse prevention programs. NIDA Research Monograph 170* (pp. 5-68). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Tobler, N. S. (2000). Lessons learned. *Journal of Primary Prevention, 20*, 261-274.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. y Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention, 20*, 275-336.
- Tobler, N. S. y Stratton, H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention, 18*, 71-128.
- U.S.D.H.H.S. (1994). *Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S.D.H.H.S. (2000). *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Surgeon General (2016). *Facing addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of the Surgeon General.
- van der Kreeft, P., Coone, C. y Dewulf, F. (2019). *Curriculum de prevención europeo. Un manual para quienes toman decisiones, crean opinión y elaboran políticas sobre la prevención del uso de sustancias basada en la evidencia*. Luxemburgo: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (versión castellana en: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11733/EUCP-Spanish-2020_Curriculum_de_prevenccion_europeo.pdf).
- Villalbí, J. R., Aubá, J. y García-González, A. (1992). Evaluación de un proyecto de prevención primaria del tabaquismo: El proyecto piloto PASE de Barcelona. *Revista de Sanidad e Higiene Pública, 66*, 143-148.
- Villalbí, J. R., Aubá, J. y García-González, A. (1993). Resultados de un programa escolar de prevención del abuso de sustancias adictivas: Proyecto piloto PASE de Barcelona. *Gaceta Sanitaria, 7*, 70-77.
- Villalbí, J. R., Ballestín, M., Nebot, M., Brugal, T. y Diez, E. (1997). The prevention of substance abuse in schools: A process evaluation of the adoption of a standardised education module. *Promotion and Education, 4*, 15-19.



CAPÍTULO 8

La prevención en medio universitario



1. Introducción

En los últimos años ha surgido un nuevo periodo evolutivo: la adultez emergente. Es el periodo temporal que en las sociedades desarrolladas abarca de los 18 a los 25 o 30 años. Por ello, es relevante incrementar las acciones preventivas también al medio universitario al coincidir con este periodo. Esto viene dado por el gran número de jóvenes que hoy estudian en la universidad, FP, u otros estudios, en relación con décadas pasadas. Igualmente, es en la edad de 20 a 22 años cuando se encuentra el mayor pico de consumo de drogas en los jóvenes, empezando una parte de ellos a consumir en estas edades, al tener más libertad, costarles más hacer frente a la presión de grupo, y vivir habitualmente fuera de la casa de sus padres.

Sabemos que los factores de riesgo y de protección de la adultez emergente son semejantes a los de los años anteriores, pero a veces con algunos cambios, como mostró Stone et al. (2012) y vimos en un capítulo anterior. De modo especial, en estas edades se debe prevenir fundamentalmente el consumo de alcohol, por las fiestas en las que beben alcohol en exceso, o en nuestro medio en el botellón. También para prevenir el consumo de cannabis. Su consumo se asocia a una disminución del rendimiento académico, abandono escolar y otros problemas como dependencia, psicopatología, etc. (Becoña et al., 2020; Castaño et al., 2020).

Hay varios elementos característicos de estas edades, de los 18 a los 25-30 años, que facilitan consumir, bien por placer o por diversión, al salir de modo regular por la semana o los fines de semana. También hay personas que empiezan a emborracharse o a consumir drogas, sobre todo cannabis, como una estrategia de afrontamiento, de evasión o de relajación ante problemas que le van surgiendo en su vida cotidiana. Cuando éste es el caso, un programa preventivo, sobre todo si le permite adquirir ciertas habilidades de afrontamiento ante la vida cotidiana, será protector para no empezar a consumir o no intensificar un consumo inicial.

Ante lo anterior, ante una realidad cada vez más evidente, y ante los problemas que acarrea el consumo de drogas en el rendimiento académico, abandono escolar, o problemas en medio universitario por el consumo excesivo de alcohol o de drogas ilegales, hay un incremento continuado, sobre todo en los países más desarrollados, de programas preventivos ofertados por muchas universidades a sus alumnos, como de otros servicios para mejorar su salud, física y psicológica, su rendimiento académico y su calidad de vida. Esto es más evidente en las universidades privadas que en las públicas, pero se aprecia una clara tendencia a incrementar este tipo de servicios para los alumnos en los próximos años en todas las universidades.

2. ¿Por qué hacer la prevención de drogas en la Universidad?

Son varios los motivos que explican la necesidad de poner en práctica programas preventivos para el consumo de drogas en la Universidad. Estos los indicamos a continuación.

1) Por el alto nivel de consumo de drogas en las edades en que las personas cursan la Universidad y por el inicio al consumo que se produce en una parte de ellos.

Hoy el consumo de drogas está muy generalizado, al menos a nivel de prueba. Por ello, una parte de los jóvenes que ingresan en la universidad, en torno a los 18 años, vienen haciendo consumos



esporádicos o de riesgo, sobre todo de alcohol, tabaco y cannabis. Otros se van a iniciar al consumo de drogas en la propia universidad, al salir de marcha con otras personas, ver que hay un alto nivel de consumo de drogas a su alrededor, la participación habitual en botellones, junto con un ambiente social favorable al consumo de las distintas drogas (Zuzulich et al., 2010).

Y es, en torno a los 20 a 22 años, cuando los niveles de consumo de drogas llegan al máximo nivel. En un punto posterior veremos esto más detalladamente. De ahí la necesidad de intervenir en torno a estas edades y unos años antes.

2) Porque deben transmitirse mensajes de salud en la universidad y entrenarles en comportamientos saludables para que tengan una mejor calidad de vida en el futuro, de modo especial en las facultades sanitarias.

Las facultades de ciencias de la salud llevan años con programas, más reglados y académicos que preventivos, relacionados con la mejora de ciertos comportamientos de salud, sobre todo en relación con el consumo de tabaco, menos el alcohol, y escasamente al cannabis y otras drogas ilegales. También en otras facultades. Esto es lo que ha permitido ver la dificultad que tienen algunas personas en controlar sus consumos, en no querer dejarlos, o en verse incapaces de no consumir por tener ya problemas de dependencia. Entonces el paso lógico parece ser poner en marcha programas preventivos para los alumnos que ingresan, cara a que no se inicien en el consumo de drogas, lo controlen, o lo dejen si ya son consumidores. Por ello, los programas preventivos de drogas en estas edades, junto al efecto preventivo que tienen, permiten detectar los que ya tienen problemas de consumos importantes, de dependencia, con la posibilidad de derivarlos a un centro asistencial para su tratamiento (Bejarano, 2010).

3) Porque la mayoría de estos programas, cuando se ponen en práctica, suelen ser bien aceptados.

Cuando el alumno entra en la universidad está abierto a múltiples actividades, cosas nuevas e innovadoras, y a aprender. De ahí que cuando se ofrece un programa preventivo de este tipo suelen ser bien aceptados por la mayoría de ellos (Rocha y Becoña, 2017).

Ya tenemos una dilatada experiencia de la puesta en práctica de este tipo de programas, tanto en otros países como en el nuestro. Estos programas son bien recibidos. Mejorar la salud física y mental de los estudiantes universitarios es bien recibida por ellos. Pero también hay que ser conscientes de que la industria del alcohol procura bloquear este tipo de programas, con acciones encaminadas a que las personas beban menos alcohol, o a que tengan conductas de menor riesgo.

4) Porque disponemos de programas preventivos para el medio universitario.

Hoy disponemos de varios programas para poder ser aplicados en el medio universitario para prevenir el consumo de drogas. Los veremos a continuación. Van en la línea de los programas preventivos que se utilizan a nivel escolar, adaptados al medio universitario y a las personas a las que se les aplica. Igualmente, en ocasiones, hay que utilizar un sistema paralelo de detección y



derivación de las personas que ya tienen problemas importantes de consumo de alcohol o drogas a tratamiento.

5) Porque estos programas preventivos son coste-eficientes.

Todo programa, o cualquier tratamiento, que logra que una persona no consuma drogas o que deje de consumirlas es coste-eficiente. Lo que se ahorra a lo largo del tiempo con el no consumo en servicios de salud, sanitarios, legales, personales, etc., es importante. En el caso de los programas preventivos universitarios no disponemos de estudios sistemáticos de coste-eficiencia, pero por los resultados obtenidos con los programas preventivos, a nivel escolar, familiar y comunitario (ya hemos visto previamente los estudios de coste-eficiencia a nivel escolar), podemos afirmar que cuando aplicamos un programa preventivo eficaz en medio universitario, el coste-eficiencia de este es bueno.

La mayoría de estos programas se centran en la prevención del consumo de alcohol y tabaco, borracheras y cannabis.

3. Aspectos que hay que tener en cuenta para la prevención en medio universitario

3.1. El alto nivel de consumo en estas edades

A diferencia de lo que a veces se cree el mayor consumo de drogas no ocurre en la adolescencia, sino en torno a los 20 años. Vamos a indicar dos estudios amplios norteamericanos en donde esto queda claro. En el primero, Arria et al. (2017) evaluaron en una cohorte de estudiantes de *college* norteamericano que tenían de 17 a 19 años, a lo largo de 8 años, cuando ya tenían de 25 a 27 años, el consumo de drogas ilegales. El mayor nivel de consumo era el de marihuana, con su nivel más alto cuando tenían de 20 a 22 años, donde un 47% la habían probado al menos una vez en el último año. Curiosamente, descendía significativamente cuando luego tenían 25 años (un 29%). Lo mismo ocurría con los fármacos de prescripción, con la mayor prevalencia a los 20 años. En las otras drogas ilegales los consumos eran mucho menores.

Otro estudio relevante es el de Lipari y Jean-Francois (2016). Analizaron el consumo de drogas en estudiantes de *college* de Estados Unidos de 18 a 22 años, combinando los datos de dos de las encuestas americanas más relevantes a esas edades, de 2011 a 2014, la *National Surveys on Drug Use y la Health*. Destacan las borracheras y el consumo de cannabis, siendo estas edades donde se dan los mayores consumos. Es cuando algunos de ellos comienzan a consumir drogas, sobre todo alcohol (a veces en forma de borracheras) y cannabis.

Otros múltiples estudios llegan a resultados semejantes. De ahí la necesidad de reducir tan alto nivel de consumo. La prevención es una de las vías para ello.



3.2. La inacabada madurez cerebral

Un tema hoy relevante en las adicciones es el desarrollo del cerebro adolescente. Realmente, no atañe sólo al desarrollo del cerebro en la adolescencia, sino que también incluye el de las personas en la adultez temprana, dado que es en este periodo de la vida cuando se llega a dicha madurez cerebral. La relevancia de lo anterior viene dada porque ese desarrollo cerebral lleva a que las personas, al final de ese periodo, mejoran en su atención, memoria, solución de problemas, toma de decisiones, razonamiento abstracto, regulación emocional y habilidades sociales (White y Hingson, 2019). Lo anterior se ve facilitado por su adecuación al mundo circundante y a su cultura. Pero no es antes de los 25 años cuando el cerebro llega a su madurez completa. Esto se debe sobre todo a los cambios en los lóbulos frontales que regulan las funciones anteriores, aunque maduran todas las áreas cerebrales a un tiempo. El cerebro funciona como un todo y el desarrollo de unas áreas se relaciona con las demás.

Se ha indicado que la inmadurez de los lóbulos frontales a esas edades explica los problemas de regulación de los impulsos (Casey et al., 2008), así como que ellos buscan el riesgo (Ernst y Mueller, 2008). El contexto social y la presión de los iguales potencia todo lo anterior. El núcleo accumbens, como regulador del reforzamiento, tiene aquí gran relevancia. Igualmente, son mucho más reactivos al estrés. De ahí que los eventos vitales y la depresión les afecta mucho y lo afrontan peor que de niños o adultos. En este caso es la amígdala la que lo regula (White y Hingson, 2019).

El desarrollo cerebral varía en algunos aspectos en función del sexo. Así, el papel del cuerpo calloso hace que los varones tengan mejor orientación espacial y las mujeres mejor capacidad de integración y sincronización. Ello influye en la madurez, toma de decisiones y conocimiento de la realidad.

Es en la adolescencia y en la adultez temprana cuando comienza el consumo de drogas, o cuando tienen las personas el mayor consumo. El desarrollo cerebral tiene una clara relación en ello. Y, si consumen drogas, complica la adquisición del control, dado que en esa época de la vida son muy sensibles al reforzamiento, al tiempo que se adquieren hábitos. Al ser las drogas potentes reforzadores es más probable engancharse a ellas. Luego, es más difícil poder abandonarlas. Por ello, el consumo impide, retrasa o interfiere en el desarrollo de habilidades cognitivas (ej., en el aprendizaje y la memoria) y altera el desarrollo del sistema de reforzamiento.

Lo anterior está muy estudiado en el caso del alcohol (Crews et al., 2016; Squeglia et al., 2014). Cara a la prevención, en función de los datos que nos aporta el desarrollo cerebral en esta etapa de la vida, es necesario manejar adecuadamente el estado de ánimo, la ansiedad, el estrés, así como que adquiera adecuadas habilidades de afrontamiento. Otros aspectos que también hay que tener en cuenta ya los vimos en capítulos anteriores.

3.3. La adultez emergente

Fue Arnett (2000) quien propuso hace 20 años la existencia de un nuevo grupo que estaba entre la adolescencia y la adultez. Le llamó adultez emergente. Lo consideró un fenómeno de las sociedades desarrolladas, no de las tradicionales, dado que en éstas se pasa directamente de la adolescencia a la adultez. Hoy, en todos los países desarrollados la adultez emergente es una realidad. Y más realidad cuando de su propuesta inicial de incluir de los 20 a los 25 años, luego la amplió hasta los 29 años (Arnett, 2014a).



En la adultez emergente la persona no ha asumido los roles de la vida adulta, como trabajar, emparejarse, tener hijos, adquirir una visión del mundo realista y madura, etc. Todo ello facilita la formación de la identidad. En cambio, estas personas hoy suelen estar estudiando, esperando entrar en el mercado laboral, o en el paro. La mayoría vive con sus padres, no tienen independencia económica, tienen mucho tiempo libre, retrasan tener pareja o comprometerse, no tienen hijos, etc. Todo ello lleva a que realicen más conductas de riesgo, como sexo sin protección, consumo de drogas, conducir el coche peligrosamente a alta velocidad, o bebido, etc. Arnett (2000) achaca esto a la exploración de su identidad, en el sentido de tener el mayor número de experiencias antes de entrar en los roles y en las responsabilidades de adulto. Años después no podrá hacerlo (ej., los que se casan y tienen hijos; al entrar en el mercado laboral con sus exigencias y obligaciones; etc.). Hoy, permanecer en casa hasta los 30 años es un fenómeno que se da cada vez más. Encuentran en sus padres apoyo, están bien en casa, confortables, tienen una alta autonomía viviendo con ellos, etc. (Arnett, 2014b).

Los elementos que caracterizan la adultez emergente son (Arnett, 2014a, 2014b): 1) *La exploración de la identidad*. Esta empieza en la adolescencia para continuar a lo largo de toda la adultez. 2) *La inestabilidad*. Este es un periodo de una gran inestabilidad, la mayor de toda la vida, en el amor y vida afectiva, la educación, el trabajo, las creencias. 3) *Centrase en uno mismo*. La persona tiene pocas obligaciones en relación con otras personas. Sólo se centran en la familia, amigos, estudios y salidas. Por ello, tienen todo el tiempo para centrarse en ellos mismos. Les preocupa menos que a los adultos lo que pasa en su comunidad. 4) *Se sienten en medio*. Este periodo está entre la adolescencia y la adultez estable. Se ven cerca de ser adultos, pero sin serlo. Por ello, la mayor parte no se sienten adultos. 5) *Posibilidades/optimismo*. Esta etapa es un periodo de lucha lleno de ansiedades y estresante. Y, al tiempo, es un período lleno de optimismo, de que todo lo que quieren hacer en la vida es posible, que la vida será mejor que la de sus padres. Parte de ello se basa en que han recibido una mejor educación, pueden vivir más intensamente la vida, encontrar un buen trabajo, tener suficiente dinero. Estos resultados describen la adultez emergente sobre todo en muestras norteamericanas. En España lo hay que modular por el alto nivel de paro juvenil y otras características culturales.

Para Arnett (2004a), en función de los estudios que se han hecho en distintos países y continentes, la adultez emergente es un fenómeno mundial, aunque con diferencias por países y culturas. Concretamente, sobre Europa, indica que la crisis económica afecta mucho a este grupo de edad, que a su vez varía de modo significativo en función de vivir en el norte o el sur de Europa, como en el este o en el oeste de Europa. Esto ocurre sobre todo en los que tienen menos estudios. Además, el desempleo incrementa los problemas de salud mental (Arnett et al., 2014), sobre todo la depresión, lo que se relaciona con el mayor consumo de drogas.

En relación con las adicciones, Sussman y Arnett (2014) han analizado específicamente su relación con la adultez emergente. La inestabilidad de este periodo, junto a la invulnerabilidad que tienen hacia las consecuencias negativas y su conducta hedónica, facilita hacer más conductas de riesgo, entre la que está el consumo de drogas. De ahí que el máximo nivel de prevalencia de consumo se encuentre en las edades de 21 y 22 años. A partir de los 25 o 26 años este consumo empieza a disminuir. Indican que el riesgo de adicciones se debe a: 1) la alta accesibilidad a las drogas en este periodo temporal; 2) su mayor participación en conductas de riesgo, y que son bien toleradas entre ese grupo de edad; 3) la tolerancia social hacia el consumo; y 4) las expectativas que tienen sobre el consumo probablemente se cumplen. Todo ello los lleva a un mayor riesgo de consumo de drogas. Por el contrario, aquellos que trabajan, están casados, o viven con pareja, y ya se han graduado, tienen menor riesgo de consumo de drogas (Stone et al., 2012). Es la señal de que ha finalizado la adultez emergente y pasan a ser adultos.



Tabla 8.1. Adulthood emergente y generación Z.

En los últimos años ha cobrado una gran relevancia el estudio de las generaciones, o cohortes de personas por edades de nacimiento. En función de pertenecer a una o a otra así piensan y se comportan, sobre todo por lo que han vivido, cómo se han socializado y la idea que han adquirido del mundo. Así, todos conocemos la generación del *baby boom* en España (nacidos entre 1958 y 1975, gracias al desarrollo económico) o la de los *millennials* o generación Y (nacidos entre 1980 y 1993), que se encontraron con un nuevo mundo, caracterizados por un fuerte desarrollo tecnológico y uso de Internet. Pero es la generación Z (nacidos entre 1994 y 2010) los que nacieron en un mundo digital rodeado de tecnología. Más recientemente tenemos la generación alfa, que son aquellos que han nacido entre 2011 y ahora).

Los de la generación Z están todo el día conectados, bien al móvil, a la tableta o al ordenador. Pero fundamentalmente al móvil. Su vida se hace en torno a ese dispositivo (para relacionarse, comprar, informarse, estudiar, etc.). Por eso a veces se les denomina también nativos digitales. La mayoría de los miembros de la adultez emergente actual están dentro de la generación Z.

Conocer la adultez emergente, como las generaciones en que se enmarcan las personas en cada momento, con sus características, ayuda a conocer cómo se comportan, como piensan e, igualmente, los factores de riesgo y de protección que van a tener, así como los medios a través de los cuales debemos emitir los mensajes preventivos. Y la necesaria adaptación de los programas preventivos a sus características (ej., el mayor uso de redes sociales, apps, etc.). Ellos prefieren la inmediatez, respuesta rápida e interacción continuada a través de dispositivos móviles; también falta de atención o menor capacidad de dedicar tiempo a una tarea, cambiar de tarea constantemente, falta de tolerancia a la frustración, poco control de sus padres sobre el uso de tecnología, aprenden de forma didáctica, o preferencia por la información visual. Quizás uno de sus aspectos más característicos es la completa interconexión con múltiples personas, grupos o redes sociales. El consumo y compra de productos es otra de sus características, realizado virtualmente en su mayoría.

3.4. La baja percepción de riesgo del consumo de drogas, el control y el autocontrol

3.4.1. Riesgo y percepción de riesgo

El riesgo es un concepto importante en la adolescencia y en la adultez temprana. Jessor (1991) define el riesgo como "cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente" (p. 599). Las conductas de riesgo que considera que atañen directamente a los adolescentes son las conductas problema, las conductas relacionadas con la salud y la conducta escolar. Dentro de cada una de ellas indica aquellas que son más importantes dentro de cada tipo de conducta, como consumo de drogas, conducir embriagado, alimentación no saludable, falta de asistencia a la escuela, etc.

Hay que apuntar que en ocasiones es necesario realizar ciertas experiencias de riesgo. Si este riesgo es controlado, o está en niveles normales, la persona puede aprender nuevas conductas, perfeccionar las que tiene o adquirir nuevas habilidades (ej., el niño que aprende a andar en bicicleta y se cae varias veces antes de pedalear autónomamente). Conforme se aprende el nivel de riesgo asumible, la persona puede ir superando situaciones nuevas y, a veces, difíciles. El riesgo va unido a la supervivencia y a la selección natural.



Aronson (2006) ha especificado, dentro de los distintos factores de riesgo, el efecto que produce en las personas según el mayor o menor miedo que estos aprecien de cada uno de ellos (ver tabla 8.2). Este aspecto es relevante para tenerlo en cuenta en relación a como los jóvenes ven la percepción de riesgo en relación con las drogas.

Tabla 8.2. Factores que afectan a la percepción de riesgo

Factores	Mayor miedo *	Menor miedo *
Fuente de información.	Fuente de poca confianza.	Fuente confiable.
Relevancia de la información para la vida diaria y la toma de decisiones.	Relevante.	Irrelevante.
Relación con otros riesgos.	Asociado con otros riesgos.	No asociado con otros riesgos.
Experiencia.	No experimentado previamente.	Experimentado previamente.
Dificultad e importancia de las elecciones y las decisiones.	Decisiones importantes difíciles.	Decisiones importantes fáciles.
Visibilidad.	Un desastre importante (ej., un accidente de avión).	Un incidente menor (ej., un accidente de coche).
Inmediatez.	Eventos agudos.	Eventos crónicos.
Excepcionalidad.	Riesgos inusuales.	Riesgos habituales.
Distancia.	Riesgos cerca de casa.	Riesgos distantes.
Individualmente afectado.	Persona saludable.	Persona enferma.
Conocimiento.	Riesgos involuntarios.	Riesgos voluntarios.

* independiente del actual riesgo.

Fuente: Aronson (2006).

3.4.2. Percepción de riesgo y consumo de cannabis

Se llevan varias décadas estudiando la percepción de riesgo en relación con el consumo de cannabis. Lo que se encuentra una y otra vez en los estudios es que aquellas personas que tienen una mayor percepción de riesgo sobre el consumo de cannabis consumen menos que los que tienen una menor percepción de riesgo. Vemos a continuación algunos estudios recientes sobre ello.

Salloum et al. (2018) analizaron la relación entre consumo de cannabis y su percepción de riesgo en una amplia muestra de personas de 19 a 20 años que fueron seguidas hasta los 29 a 30 años. Aquellos que tienen una mayor creencia en que el consumo regular de cannabis produce daños son los que consumen menos a lo largo del tiempo, y viceversa. A su vez, consumir cannabis disminuye la percepción de riesgo sobre su consumo a largo plazo. De ahí que insistan que en ocasiones la baja percepción de riesgo de consumo se forma más por haber consumido que por la información recibida, y aquella información que indica los daños que produce su consumo es interpretada de modo distinto por estas personas. Estos resultados también se han encontrado para el tabaco y el alcohol (Grevenstein et al., 2016).

Parker y Anthony (2018a), con una muestra de 600.000 alumnos norteamericanos del grado 12 (17-18 años), recogida desde 1976 hasta 2013, encuentran que la percepción de riesgo sobre



el consumo de cannabis es un predictor importante de su consumo. Con otras muestras, de los grados 8 a 12 norteamericano, y para el periodo temporal de 1991 a 2014 vuelven a encontrar la misma relación: a menor percepción de riesgo sobre el cannabis mayor consumo, y viceversa. Ellos sugieren encarecidamente que los chicos de 16-17 años deben llevar a cabo programas preventivos precisamente para el cannabis porque es donde está el mayor riesgo de empezar y continuar su consumo.

De modo semejante, Terry-McElrath et al. (2017) analizaron año a año, desde 1991 hasta 2016, la relación entre consumo de marihuana y percepción de riesgo en estudiantes norteamericanos del grado 12 (17-18 años). Como en los estudios previos, concluyen que la alta percepción de riesgo sigue siendo un claro factor protector para no consumir cannabis en adolescentes. Y, por ello, que debe incluirse en los programas preventivos información creíble sobre los riesgos asociados a su consumo. Resultados semejantes a los anteriores, se encuentran en estudiantes de Universidad (Madero et al., 2019).

En España, cuando se analiza la anterior relación se encuentra igualmente que a mayor percepción de riesgo menor consumo, y viceversa. Los estudios de las encuestas epidemiológicas, como las realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas desde hace décadas, así lo indican una y otra vez.

Una cuestión relevante que se viene sugiriendo en los últimos años es que la depresión incide en el consumo de cannabis y los que consumen tienen una menor percepción de riesgo sobre las consecuencias de su consumo. De modo más concreto, como indica el estudio de Pack et al. (2020), aquellos con depresión en el último año, evaluado con el MDE (instrumento que permite el diagnóstico de depresión), en personas de 12 o más años, tienen el doble de consumo de cannabis que aquellos sin depresión (último año sin depresión, 8.7% de consumo de cannabis; con depresión, un 18.9% de consumo de cannabis). Esta relación es relativamente importante de 12 a 18 años. También la percepción de mayor riesgo con el consumo de cannabis se asocia con los que no tienen depresión. Y a menor percepción de riesgo de consumo de cannabis más depresión. Ello puede ser debido a que creen que fumando cannabis les alivia su depresión.

A lo anterior hay que añadir el incremento de las concentraciones de THC en el cannabis, y su incidencia en la salud, y en el desarrollo cerebral (Hurd, 2020).

La legalización que se está produciendo en distintos países del cannabis para fines recreativos, u otros, propicia una reducción del riesgo sobre su consumo. Incluso algunos creen, como ocurre en Canadá, donde se legalizó su consumo, que sirve para tratar trastornos mentales, curar el cáncer, la depresión o la ansiedad. Y que su consumo no tiene efectos negativos para la salud a largo plazo. Leos-Toro et al. (2020) indican que los consumidores aplican una forma de sesgo "optimista", de tal modo que no les preocupan los efectos en la salud por su consumo de cannabis.

3.4.3. *El autocontrol*

El concepto popular de voluntad o de fuerza de voluntad es lo que en el campo psicológico se conoce como autocontrol. Labrador (2000) lo define como "la capacidad de una persona para controlar las consecuencias de sus conductas, más en concreto, hace referencia a la disposición de *conductas específicas*, es decir, aquellas que permiten modificar el medio, de manera que ésta facilita la aparición de las conductas que se desean. Si para modificar una conducta una persona no dispone de ninguna conducta que le permita modificar el medio para que controle esa conducta de otra forma,



diremos que no tiene autocontrol. Cuantas más conductas eficaces tenga para modificar el medio en la dirección deseada, mayor será su autocontrol. En consecuencia, el desarrollo del autocontrol es algo progresivo: la persona puede aprender una conducta, luego otra y luego otras más, hasta que llegue a controlar completamente la conducta que quiere modificar” (pág. 87).

En el mundo actual hay un claro sentimiento de que tenemos un verdadero autocontrol de nuestra conducta. Pero no es cierto, porque nuestra conducta está muy influida por distintas influencias externas, como los medios de comunicación de masas y la publicidad.

En el autocontrol un concepto central es el de la gratificación. Se consideran dos tipos de gratificación o de refuerzo: la inmediata y la demorada. Precisamente la propia definición de autocontrol indica que cuando se demora el refuerzo se está ejerciendo autocontrol; cuando no se demora no. Lo opuesto al autocontrol es la impulsividad.

Las conductas de autocontrol son necesarias para el funcionamiento humano. La resistencia a la tentación y la demora en la gratificación son dos de los elementos más importantes del autocontrol y básicas para considerarnos como humanos (Wood, 2016). Son una especie de inteligencia social que nos hace ser más adaptativos al medio.

Hay tres características que afectan a ejercer o no autocontrol (Logue, 1998): capacidad de retrasar el resultado esperado, magnitud del resultado y contingencias del resultado (o la relación que percibimos entre respuestas y resultados). Pensar en términos de coste-beneficio facilita elegir más adecuadamente qué hacer. A su vez, el autocontrol se incrementa con la edad: en niños es menor que en adultos. Con el tiempo, vamos desarrollando habilidades o aprendemos estrategias que ayudan a disminuir o eliminar los efectos de desestimar o rebajar el valor de los resultados retrasados.

Un aspecto importante para los humanos es la percepción de control, o sentimiento que vemos como plausible y real de que tenemos un verdadero control sobre nuestra vida, sobre nuestros actos, sobre lo que hacemos. Eso nos hace creer que somos libres de tomar decisiones, de decidir por nosotros mismos, no por un control externo. Realmente, la percepción de control se estudia empíricamente bajo la denominación de expectativas. Estas son “las creencias sobre un estado futuro de acontecimientos. Como tales, las expectativas representan los mecanismos a través de los cuales las experiencias y el conocimiento pasado son utilizados para predecir el futuro. Cada acción deliberada que hacemos se basa en asunciones (expectativas) sobre cómo funciona/reacciona el mundo en respuesta a nuestra acción. A causa de que las expectativas constituyen los bloques fundamentales sobre los que se hacen las elecciones conductuales, la generación de expectativas es una función básica no sólo de los cerebros humanos sino también de los cerebros de muchos otros organismos” (Olson et al., 1996, pág. 211). Por tanto, las expectativas están derivadas de las creencias o, lo que es lo mismo, de nuestros conocimientos y esquemas sobre el mundo. Las creencias proceden de tres fuentes (Olson et al., 1996): de la experiencia directa con los objetos; mediante la comunicación por parte de otras personas (experiencia indirecta); y, de otras creencias. Las propiedades de las expectativas son las de certidumbre, accesibilidad, explícitas e importantes, estando todas interrelacionadas entre sí.

Bandura (1977) distingue las expectativas de eficacia o autoeficacia (la convicción de que uno puede efectuar, con éxito, la conducta necesaria para producir un resultado), de las expectativas de resultado (la estimación, por parte de una persona, de que una determinada conducta producirá unos ciertos resultados). Las expectativas anteceden a la conducta, adquiriéndose en función del ambiente y del aprendizaje.



3.4.4. *El necesario incremento de la percepción de riesgo para aumentar el autocontrol*

Un factor que se relaciona con la experimentación y el consumo excesivo de alcohol, tabaco y drogas es la carencia de adecuadas habilidades de afrontamiento (ante el aburrimiento, el control del peso corporal, la timidez, etc.). Precisamente, por ello, uno de los tratamientos psicológicos más efectivos en adicciones se basa en el aprendizaje de habilidades y en el aprendizaje del autocontrol (Monti et al., 2002). De ahí la relevancia de desarrollar un adecuado entrenamiento en autocontrol en las personas.

Todo lo anterior indica la necesidad de, por una parte, incrementar la percepción de riesgo sobre las drogas, la cual ha descendido de modo significativo en los últimos años, sobre todo en el consumo de cannabis; y, por otra, incrementar en las personas su autocontrol cuando se ven en situaciones en donde les ofrecen drogas, o donde quieren utilizarlas para cumplir múltiples objetivos (recreativos, relajantes, estimulantes, evasión, etc.). De ahí que, en los programas preventivos en medio universitario, al tener menos restricciones externas que cuando eran más jóvenes, se hace necesario un entrenamiento específico en autocontrol para que puedan afrontar la vida sin consumir drogas.

3.5. *La necesidad del manejo del estado emocional*

El estado emocional negativo se asocia con el consumo de sustancias. Como un ejemplo de ello, Chatlos (1996) ilustra algunas de las múltiples relaciones entre ambos, como con otros trastornos psicopatológicos: 1) los factores de riesgo de cada trastorno pueden interactuar y superponerse entre sí; 2) la psicopatología del eje I o II (ej., trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o personalidad antisocial) pueden servir como un factor de riesgo para los trastornos adictivos; 3) los trastornos adictivos pueden servir como un factor de riesgo para la psicopatología (ej., el uso de LSD y la aparición de psicosis); 4) los síntomas psiquiátricos se pueden desarrollar como resultado de una intoxicación aguda e iniciar la aparición de un trastorno psiquiátrico (ej., trastorno psicótico inducido por sustancias), el cual podría resolverse con la abstinencia; 5) el trastorno psiquiátrico puede llevar a iniciar el consumo de sustancias o a la intoxicación aguda como un intento de automedicación (ej., el trastorno de estrés agudo lleva al uso de alcohol, el uso de drogas para facilitar las interacciones en la fobia social, etc.); 6) algunos trastornos psiquiátricos pueden emerger como una consecuencia del uso progresivo y persisten dentro del período de remisión. Esto podría estar relacionado con el síndrome de abstinencia o los síntomas de uso crónicos (ej., trastorno de la percepción persistente por alucinógenos, trastorno persistente del estado de ánimo); 7) la psicopatología puede modificar el curso de un trastorno adictivo en términos de rapidez del curso, respuesta al tratamiento, cuadro sintomático y resultado a largo plazo (ej., trastorno de ansiedad concomitante y dependencia del alcohol); 8) aspectos de mantenimiento (personal y social) del trastorno psiquiátrico pueden llevar a una progresión continuada, consolidación o recaída del trastorno por uso de sustancias (ej., aspectos familiares y personales de la esquizofrenia crónica llevan a la recaída en la sustancia; aspectos de codependencia del trastorno de control de impulsos tales como juego patológico o trastorno explosivo intermitente contribuyen a una progresión alcohólica); 9) aspectos de mantenimiento del trastorno de adicción pueden llevar a una continua progresión, consolidación o recaída del trastorno psiquiátrico (ej., la relación entre depresión y consumo de distintas sustancias); 10) los miembros o aspectos de un sistema incapacitante pueden interactuar con otro (ej., un sistema familiar depresivo fomenta la desesperación continuada de un sistema familiar que abusa de sustancias; la violencia de un sistema familiar alcohólico consolida la manipulación continuada de un sistema de trastorno antisocial); y, 11) algunas condiciones psicopatológicas y trastornos adictivos son independientes y no específicamente relacionados (ej. tricotilomanía).



El estado emocional tiene hoy una gran relevancia en la explicación del consumo o no de las distintas sustancias, y más todavía una vez que se ha producido el consumo en su mantenimiento (Becoña, 2018). Los estudios encuentran sistemáticamente que el estado emocional, sobre todo la depresión, se relaciona con el consumo de drogas en los jóvenes (García-Moya et al., 2017).

3.6. Estrés y eventos vitales estresantes

El estrés y la exposición a eventos vitales estresantes son factores importantes relacionados con el consumo de drogas legales e ilegales o al incremento del consumo. Ello es de especial relevancia para explicar en algunas personas el abuso o dependencia del alcohol y drogas (Keyes et al., 2011). El maltrato infantil, físico o sexual, como una forma de estrés, predice los problemas psicopatológicos posteriores y la dependencia del alcohol y drogas. Cuanto mayor es el mismo, mayor probabilidad de ser un policonsumidor (Enoch et al., 2011). De todos modos, no debemos olvidarnos de que una parte de los niños y adolescentes logran ser resilientes ante esta situación y tener un desarrollo adulto normal (Becoña, 2006).

En la vida adulta, estresores como el terrorismo, guerras, desastres o eventos catastróficos incrementan el consumo de alcohol, tabaco y drogas, sobre todo en los meses posteriores a tal evento. La pobreza también incrementa el estrés, siendo otro factor relacionado con el consumo (Yoshikawa et al., 2002). Igualmente, el divorcio, perder el trabajo, tener problemas financieros o legales incrementan el consumo de alcohol, sobre todo en hombres, aunque hay una importante variabilidad entre los estudios (Lee et al., 2012). Esto puede deberse a que hay otras variables que modulan o enmascaran esta relación (Keyes et al., 2011). Por ello, cuando esto está presente es necesario evaluar esta problemática y aplicar técnicas para su control de tipo preventivo. En la práctica, el entrenamiento en relajación es ampliamente utilizado, junto a técnicas cognitivas, para cambiar las creencias erróneas sobre las causas de la ansiedad o de los estresores. En ocasiones, si la persona tiene el problema diagnosticado o cronificado tendrá que acudir o ser remitida a tratamiento (Barlow et al., 2011).

A lo anterior se une la inadecuada percepción del consumo de drogas, a creer que con ellas pueden solucionar sus problemas, y al desconocimiento de sus efectos y consecuencias (Alves et al., 2021). Por el contrario, sentirse bien, sobre todo cuando tienen el apoyo de su familia o pareja, la situación es inversa (Alves et al., 2020).

3.7. La personalidad: impulsividad y búsqueda de sensaciones

La personalidad es el modo característico y habitual en que cada persona se comporta, siente y piensa. Sabemos que ciertas características de personalidad existentes antes del inicio del consumo, como la desinhibición conductual y la emocionalidad negativa, facilitan el desarrollo del trastorno por consumo de alcohol y drogas (Hicks et al., 2011). Operativamente, se ha estudiado ampliamente la impulsividad y la búsqueda de sensaciones.

Todas las personas pueden ser más o menos impulsivas, La impulsividad excesiva está presente en distintos trastornos psiquiátricos. Los trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de personalidad límite, antisocial, parafilias, trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y los trastornos del control de los impulsos,



entre otros. La impulsividad se caracteriza por actuar sin pensar (componente motor), toma rápida de decisiones (componente cognitivo), no anticipación de las consecuencias futuras de la acción (falta de programación), y dificultades en la concentración (aspecto atencional). La impulsividad es una característica previa al inicio del consumo de sustancias, y está relacionada con una menor edad de inicio en el consumo.

La búsqueda de sensaciones es la necesidad del individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas. Este rasgo de la personalidad consta de cuatro dimensiones: excitación y búsqueda de aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento. La búsqueda de sensaciones se asocia con el consumo de drogas tanto en estudios transversales como longitudinales y en diferentes tipos de muestras (clínicas, comunitarias, etc.).

4. Ejemplos de programas preventivos en medio universitario

El desarrollo de los programas preventivos en medio universitario es menor que los programas escolares. Pero sí se aprecia un mayor interés por ellos en los últimos años, debido al incremento del consumo de drogas en todos los países. También hay que indicar que, de modo semejante a lo que ocurre con los programas preventivos escolares, con frecuencia se hace pasar por “prevención” intervenciones o acciones que “no lo son”. En la tabla 8.3 indicamos qué es y qué no es prevención en medio universitario. Y, si hay dudas sobre esto, la pregunta básica a realizar es: ¿se ha evaluado lo que se hace pasar por prevención de drogas? Si la respuesta es negativa entonces no estamos hablando de prevención sino de otra cosa distinta.

Tabla 8.3. Qué es y qué no es prevención de drogas en la universidad.

Prevención es:

- Una acción clara con el objetivo de que con la misma no se produzca cierta conducta problema o reduzcamos su frecuencia de aparición.
- Una metodología que permita la reproducción de lo que hacemos.
- Un programa preventivo estructurado (con sus objetivos, acciones, temporalización, estrategias, técnicas para lograrlo, evaluación, sesiones de refuerzo, etc.).
- Un sistema de evaluación que nos permita comprobar si lo que hacemos sirve o no para el objetivo preventivo.
- Una adecuada cualificación profesional de quien la hace.

No es prevención:

- La información sobre drogas.
- La educación sobre drogas.
- La sensibilización sobre los efectos negativos de las drogas.
- La apelación al miedo.
- La educación para la salud sobre drogas.
- Los folletos y pasquines en la vida recreativa.
- La reducción de daños.
- El tratamiento de los adictos.



Disponemos de varias revisiones en este campo. Así, Dennhardt y Murphy (2013) revisaron la literatura sobre la prevención y el tratamiento del consumo de drogas en estudiantes de *colleges*, que son aquellos que en Estados Unidos tienen normalmente 17 o 18 años. Es el prelude a la entrada a la universidad, dado que su sistema educativo es distinto al nuestro. Lo que entendemos nosotros por enseñanza universitaria se imparte allí en Universidades o *college*, entrando los alumnos en ella después de la secundaria, cuando tienen 17 o 18 años. La duración de los estudios varía y ofrecen varias titulaciones (certificados, licenciatura).

En su revisión describen varios de los programas utilizados, unos en estudiantes de *college*, otros en atletas de los *college*. Por ejemplo, en el de Marcello et al. (1989), incluye educación, entrenamiento en habilidades de prevención (ej., toma de decisiones, habilidades de afrontamiento, evitación de situaciones de alto riesgo) y habilidades para afrontar la presión de grupo.

Dennhardt y Murphy (2013) son pesimistas en sus conclusiones ya que pocos programas logran demostrar ser eficaces. No olvidemos que lo mismo pasaba para el alcohol en la prevención escolar (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011). Por ello, sugieren que habría que elaborar programas preventivos universales específicos para aquellas personas con mayor riesgo (ej., con impulsividad, problemas del estado de ánimo, consumos regulares de marihuana, abuso del alcohol). De todos modos, como veremos, hay algunos programas preventivos que funcionan (Cole et al., 2018; Kipri et al., 2014; Larimer et al., 2021).

Otro campo de gran interés es la prevención del consumo de drogas en atletas (Marcello et al., 1989). Ello tiene una gran relevancia para no ser desclasificados cuando les hacen pruebas de dopaje.

4.1. Programas en Latinoamérica

Sabemos que el inicio de la vida universitaria implica un incremento del consumo de alcohol, como así se ha encontrado en distintos países (Jiménez-Muro et al., 2009; Londoño et al., 2008; Redondo-Martín et al., 2021; Tirado et al., 2009), tanto en frecuencia como en intensidad. Ello lleva a mayor número de borracheras, pérdida de control y otras consecuencias negativas. A su vez, el alto consumo de alcohol se asocia al consumo de otras drogas, como el cannabis o la cocaína (Díaz-Castela et al., 2016).

Hay múltiples experiencias preventivas en Latinoamérica. Algunas han sido destacables, por ser intensivas y mantenidas en el tiempo, en Colombia, Chile, Cuba, México y otros países. Una parte se han publicado, otras no. Comentamos a continuación sólo algunas de ellas.

Sotolongo et al. (2020) explican su experiencia en la Universidad de Cienfuegos, en Cuba, en su caso en la Facultad de Educación. Lo hacen desde una perspectiva de promoción de la salud, operativizada a través de la educación para la salud. Realizan actividades educativas y preventivas sobre el consumo de drogas. El principal problema con el que se encuentran es el consumo de alcohol y tabaco en universitarios. No olvidemos que es una universidad cubana, y en Cuba está poco extendido el consumo de drogas ilegales. A partir de los factores de riesgo que detectan (comunitarios, familiares, individuales y escolares) se les entrena en distintas estrategias para promover la comunicación con los jóvenes, desarrollo afectivo entre padres e hijos, y alternativas de tiempo libre. Ello se hace en grupo y con técnicas participativas que estimulan la creatividad. Varios de los temas que se discuten son: peligros asociados al consumo de drogas; beneficios si



dejan de fumar; recomendaciones para dejar de fumar; efectos de los estilos de vida saludables; toma de decisiones frente a las drogas; los adolescentes y las drogas; autoestima y control emocional. Como suele ser bastante habitual en este tipo de programas no se ha evaluado el mismo.

Muñoz et al. (2012) nos indican los componentes que debe tener un programa preventivo para el consumo de alcohol en universitarios, a partir de su experiencia en 10 universidades de Bogotá (Colombia), con 2.910 estudiantes de diversas carreras. Destaca en el estudio que el consumo de alcohol está facilitado por las características socioculturales de la percepción del consumo (tanto los de la cultura colombiana como de la cultura universitaria); situaciones de consumo (distintos contextos, lugares, personas y horas), efectos (habitación, tolerancia, abuso o dependencia), el enfoque personal ante el alcohol (manejo del riesgo, fortalecimiento de habilidades para ser responsable); elementos para la implementación de acciones preventivas (tanto estrategias como barreras); y, alternativas al consumo (culturales, sociales, políticas, medios de comunicación, recreativas, educativas y de cambio de conducta). A partir de ahí diseñaron el programa preventivo, incidiendo en aspectos como la vida universitaria, manejo de las emociones, entrenamiento en habilidades para hacerle frente a patrones culturales arraigados, el necesario cumplimiento de la legislación, la corresponsabilidad, etc. También consideran relevante incidir en los bares y en la transformación cultural en relación con el alcohol.

En la Pontificia Universidad Católica de Chile implementaron su Programa de Autocuidado en Drogas para Estudiantes Universitarios (PADEU.UC) (Contreras et al., 2010). Lo basan en la conceptualización de Bronfenbrenner y Morris (2006), que sostiene que hay una acomodación mutua del ser humano a su entorno a lo largo del tiempo. Distinguen entre macrosistemas, exosistemas, mesosistemas y microsistemas. El programa preventivo se centra en tres aspectos centrales para los jóvenes: la necesidad de autonomía, la necesidad de validación de la experiencia personal, y la sensación de invulnerabilidad y presentismo. Dan gran relevancia a la gestión del riesgo y la salud, y a las conductas de riesgo (tanto consumo de drogas como otras). Para ello les entrenan, con una perspectiva relacional, en conductas de autocuidado.

La intervención la hacen en cuatro niveles: individual, grupal, comunitario e institucional. Así, en el nivel individual se utilizan debates, concursos, talleres, curso de manejo de la ansiedad y el estrés, charlas con expertos y uso de la página web del programa. Otras estrategias adicionales son la de pares en el campus, foro debate y un claro apoyo institucional a las actividades preventivas (Martínez et al., 2010).

Es un programa completo, muy amplio, lleno de actividades. Se orienta, sobre todo, al consumo de alcohol y drogas, pero se complementa con otras acciones en los distintos niveles que sugieren. Los contenidos del programa están muy desarrollados. Sobresale la clara implicación de toda la comunidad universitaria en el mismo. Además, los alumnos que tienen problemas con el consumo de alcohol o drogas son tratados o derivados a tratamiento. El único inconveniente de todo el programa es que se realizó evaluación de proceso, pero no de resultados. De ahí que desconocemos la eficacia real del mismo.

En Colombia y México hay muchas experiencias preventivas en universidades, pero no se han publicado las mismas. Están en documentos internos.



4.2. Programas en países anglosajones

Un programa muy utilizado, por su eficacia y brevedad, es el *proyecto THRIVE (Tertiary Health Research Intervention via Email)* (Kypri et al., 2014). Se ha aplicado en Australia, Nueva Zelanda y Estados Unidos. Es una intervención breve, multicomponente, para reducir el consumo de alcohol en universitarios. Incluye feedback personalizado sobre los patrones de consumo de alcohol; estrategias conductuales de protección; y lenguaje no crítico. El feedback incluye cuatro componentes: riesgo de dependencia del alcohol, coste estimado de lo que gasta en alcohol, concentración estimada de alcohol en sangre en los últimos 30 días, y dos gráficas comparando su beber autoinformado, por día y por semana, y el consumo normativo por sexo y grupo de edad (de 18-20 y 21-24 años). Las estrategias conductuales de protección se centran fundamentalmente en hechos sobre el alcohol e información sobre recursos locales para reducir su consumo. Es una intervención muy breve, de solo nueve minutos en total, y que ha demostrado ser eficaz (Taner-Smith y Lipsey, 2015).

Leeman et al. (2016) ha evaluado el programa THRIVE en Estados Unidos, con 693 estudiantes de 18 a 24 años de primer curso de universidad. Obtuvieron con el programa una RR = 1.28, en relación con el grupo de control, para el consumo de alcohol en los últimos 30 días. A los 6 meses de seguimiento los resultados se mantenían.

Por su parte, muchas universidades americanas tienen programas preventivos de drogas, sobre todo alcohol, para sus estudiantes. Por ejemplo, la Universidad del Estado de Kentucky tiene un Centro de Bienestar Emocional que hace prevención de drogas en esa universidad. Lo ponen en práctica cuando identifican que hay un problema, teniendo varios tipos de intervención (ver <https://www.kysu.edu/student-engagement-and-campus-life/health-services/substance-abuse-prevention.php>).

Igualmente, la Felician University, en Nueva Jersey, viene aplicando un programa preventivo sobre drogas desde hace varios años. En su último informe (Gray et al., 2020) abogan por un campus libre de abuso de alcohol y drogas con distintas acciones en todas las facultades. En el programa está implicada toda la universidad, desde el Rector hasta el último alumno, existiendo un compromiso y una normativa para que el campus sea libre de abuso de alcohol y drogas, como en el lugar de trabajo y estudio. El Centro de Consejo de la Universidad proporciona programas de educación y prevención sobre alcohol y drogas a los estudiantes. Si es preciso también le aplican tratamiento o le derivan. No se vende ni se puede consumir alcohol o drogas en el campus, incluyendo las residencias universitarias o los dispensadores de bebidas. Ninguna bebida contiene alcohol. La universidad sanciona económicamente la posesión y consumo de alcohol en el campus, desde 50 dólares en los casos simples hasta los 500 en los graves. La reincidencia mantenida en el tiempo puede llevar a la expulsión de la universidad. Todos los estudiantes de primer año pasan por un programa educativo sobre el alcohol.

Un tipo de programa sobre el que hay evidencia es el que utiliza el feedback personalizado (Dotson et al., 2015). Como un ejemplo, Larimer et al. (2021) han evaluado una intervención breve con el mismo, a través de la web, con estudiantes de *college*, tanto de Estados Unidos como de Suecia, para comprobar si funcionan igual en ambos países. La muestra la clasifican en tres tipos: 1) consumo bajo de alcohol o abstemios, 2) consumo moderado o alto de alcohol, y 3) consumo muy alto de alcohol. El programa de feedback personalizado fue eficaz en la muestra de Estados Unidos, incluso en aquellos de consumo muy alto. En cambio, en la muestra sueca, no hubo diferencias entre esta intervención y la de control. Por ello, sugieren que dicho programa debe adap-



tarse a la idiosincrasia cultural sueca. Allí los patrones de consumo de alcohol son muy distintos a los norteamericanos.

Otro aspecto resaltable es que estudiantes de *college* norteamericano que han sido obligados a acudir a tratamiento por sus problemas de alcohol, en vez de su expulsión, obtenían buenos resultados en el tratamiento (Terlecki et al., 2015, estudiantes de 18 a 24 años). Esto sugiere que puede ser una buena medida disciplinaria, mejor que la expulsión directa de la universidad.

4.3. Programas en España

En España se han hecho distintas acciones preventivas en medio universitario. Varias no las comentaremos porque se hacen pasar por prevención cuando erróneamente no lo son. Va en la línea de lo que se hacía hace años en las escuelas: mucha información, muchos folletos, pero ninguna o poca prevención. Pero sí tenemos alguna experiencia digna de interés.

Una de estas experiencias reseñables se desarrolló en la Comunidad de Madrid, junto con la Fundación Atenea. Elaboraron un programa preventivo específico para el medio universitario, denominado *PIUMAD: Un programa para la prevención de adicciones en Universidades de Madrid* (Oliver et al., 2012). Se puso en marcha en 2006 y se publicó en 2012 su manual. Se orienta tanto a prevenir el consumo de drogas como a promover hábitos de vida saludables en estudiantes universitarios. Da una gran relevancia al consumo de alcohol junto al resto de drogas. También incluye prevención sobre la conducción de vehículos y sexualidad.

Lo definen como un programa comunitario dado que no sólo se dirige a los estudiantes universitarios, sino que también incluye personal docente, personal de administración y servicios y autoridades sanitarias. Usa una metodología comunitaria al promover la participación de distintos agentes de la comunidad universitaria, trabajar en red con otros profesionales, formar mediadores juveniles, estrategias de educación de iguales, enfoque de gestión de riesgos (favorecer que la persona sea consciente de los daños a los que se expone al consumir una sustancia, lograr que esos daños sean lo más eventuales posibles si decide consumir, y fortalecer su capacidad para tomar decisiones de una manera autónoma y responsable), intervenciones in situ en las situaciones de consumo, intervenciones específicas de sensibilización sobre los comportamientos adictivos, detección de necesidades en la población destinataria, difusión del programa entre universitarios, puntos informativos para la sensibilización, y estrategias de prevención digital.

Como indica el manual, el objetivo general es “promover acciones preventivas y formativas frente a las adicciones y otras conductas de riesgo, dirigidas al alumnado y al profesorado de los contextos universitarios de la Ciudad de Madrid, con el fin de dotarles de conocimientos y herramientas necesarios para fomentar el desarrollo de hábitos saludables y disminuir los posibles daños derivados de consumos y conductas de riesgo relacionadas con las adicciones”. Y los específicos: 1) proporcionar una perspectiva integral del consumo de drogas, teniendo en cuenta la variedad y especificidad de cada sustancia, así como la forma y modos de consumo; 2) ampliar y mejorar el conocimiento del alumnado universitario sobre los efectos y consecuencias de las diferentes drogas; 3) identificar los procesos y mecanismos que rigen el discurso social de drogas en la actualidad y contribuir a formar un juicio personal crítico respecto del mismo; 4) clarificar el concepto de prevención y los factores de riesgo y de protección que influyen en el consumo de drogas; 5)



incrementar el desarrollo de actitudes positivas del alumnado universitario hacia la práctica de conductas saludables; 6) favorecer el conocimiento y la accesibilidad de los recursos inespecíficos y específicos de intervención en las adicciones, y en especial los asociados a la prevención promovidos desde el Instituto de Adicciones de Madrid Salud; y, 7) dotar a los agentes de prevención de habilidades y herramientas metodológicas que ayuden a conducir las sesiones formativas de una forma eficiente.

Los principales objetivos que pretende el programa son: 1) incrementar el desarrollo de actitudes positivas hacia la práctica de comportamientos saludables en la comunidad universitaria, 2) vincular a líderes juveniles y otras figuras significativas del entorno universitario como agentes de prevención comunitaria, 3) transmitir a la comunidad universitaria aquellos aspectos relacionados con la prevención que pueden dar respuesta a sus necesidades, 4) implicar a todos los agentes sociales involucrados en la vida universitaria (estudiantes, personal docente y otros profesionales relacionados con las universidades, personal de administración y servicios, autoridades académicas, colegios mayores, asociaciones, etc.) trabajando desde una perspectiva de intervención comunitaria, 5) promover la inclusión de contenidos relacionados con la prevención de las adicciones en asignaturas de las carreras universitarias, y 6) abarcar, además del fenómeno de las drogodependencias, otras adicciones presentes en la población universitaria (internet, sexo por internet, móviles, videojuegos, vigorexia, compras...).

El programa sigue varias estrategias metodológicas que llevan al desarrollo de las distintas actividades preventivas: 1) análisis previo del contexto de los campus y adaptación a sus características específicas; 2) intervención preventiva en contextos universitarios y desarrollo de estrategias informativas; 3) metodología comunitaria en el micro contexto universitario; 4) formación de mediadores como estrategia preventiva (mediadores e iguales de referencia para los jóvenes); 5) inclusión de la prevención en el currículum universitario; 6) uso de las nuevas tecnologías de la información (prevención digital); 7) intervenciones grupales (para la resolución de conflictos, comunicación asertiva, decir que no, empatía, etc.); y, 9) entrevistas individuales (para informarles y orientarles sobre la gestión del riesgo). Todo lo anterior se hace en las siguientes actividades: informativas y de difusión, asesoría individualizada; incorporación de contenidos al currículum universitario; actividades formativas para los mediadores; y actuaciones diseñadas y aplicadas por los mediadores.

El programa está bien fundamentado, bien diseñado, dando el mayor peso a la formación de mediadores, la educación de iguales, la responsabilidad, la participación, el desarrollo evolutivo, la capacidad analítica y crítica. El manual es claro y detallado el programa que se va a utilizar con los mediadores. Estos son alumnos que van a incidir en otros alumnos (la mayoría de Psicología, Educación Social, Trabajo Social y Ciencias de la Información). A los mediadores se les reconocía su labor con créditos de libre configuración por parte de su universidad.

Como en otros programas del campo preventivo, y de modo frecuente en España, el programa no ha sido evaluado. En el propio manual indican que hacen una "evaluación realista" del mismo, que se convierte en una evaluación cualitativa, no cuantitativa. Es un problema muy presente en el campo preventivo, porque realmente es difícil evaluar un programa de este tipo si no se tienen recursos adecuados, apoyo institucional para aplicar el programa y un equipo estable detrás del mismo. Por ello, al final no sabemos si el programa logra o no cumplir su objetivo.



5. El programa “Riesgos y desafíos”

Como un ejemplo de programa preventivo eficaz en medio universitario, adecuándose a nuestro contexto cultural, y que está evaluado, es el denominado *Riesgos y Desafíos* (Rocha et al., 2018). Se adecúa a casi todo lo que hemos comentado a lo largo de todo el capítulo. Se ha aplicado, y se sigue aplicando, en el norte de Portugal a estudiantes de primer año de varias universidades de Braga y Oporto. Sus objetivos se centran en facilitar la adaptación a la universidad, construir una red de apoyo social, desarrollar habilidades personales e interpersonales, promover comportamientos protectores y prevenir conductas de riesgo, consolidar la identidad, disminuir el abandono en el primer año, reducir el consumo de las distintas drogas, incrementar la sensibilización ante ellas, potenciar los factores de riesgo y disminuir los de protección y promover estilos de vida saludables (ver: www.sas.ipp.pt/bem-estar/riscos-desafios).

El programa consta de ocho sesiones. En ellas se les entrena en el desarrollo de habilidades para la vida, combinando el entrenamiento de las habilidades personales y sociales generales con el entrenamiento en habilidades de resistencia. Se orienta a la prevención del consumo de drogas incluyendo información, cambio de actitudes, creencias y conductas, reducción de los factores de riesgo y aumento de los de protección, incorporando estrategias de influencia (diseñadas para modificar el nivel de conocimiento y las actitudes respecto a las drogas) y desarrollo de habilidades. Entre los componentes que incluye están: información; toma de decisiones; consolidación de la identidad; desarrollo de la autonomía y de relaciones interpersonales positivas; promoción de valores saludables; entrenamiento de habilidades sociales y de resistencia; ajuste emocional y corrección de la percepción de las normas, entre otros. La susceptibilidad a las influencias negativas del contexto puede reducirse mediante la mejora de la red de apoyo interpersonal, la autoestima, el autocontrol, la autoconfianza y la autoconciencia del joven, con el fin de permitir el logro de una serie de objetivos y metas en la vida que promueven un estilo de vida saludable. Se asume que la adquisición y el desarrollo de habilidades personales y sociales tienen un papel central en el ajuste psicológico y en el crecimiento psicosocial del joven estudiante. El programa fue aplicado por psicólogos clínicos del servicio preventivo de drogas de la región norte de Portugal cuya sede está en Oporto. En la tabla 8.4 indicamos la estructura del programa por sesiones.



Tabla 8.4. Conceptos y contenidos del programa *Riesgos y Desafíos*.

Sesión 1. Introducción.

- Visión general y reglas.
- El proceso de adaptación a la Universidad (tiempo de transición, inestabilidad y adaptación; la influencia de los contextos de vida en el desarrollo psicosocial y el éxito académico; servicios de salud de la universidad; servicios de apoyo especializado).
- Desarrollo de habilidades (la salud, competencia intelectual, física e interpersonal; sentido de competencia).

Sesión 2. La competencia interpersonal.

- Asertividad.
- Capacidad de escuchar.
- Comunicación eficaz y negociación.

Sesión 3. Los estados emocionales.

- Diferenciación, expresión y auto regulación emocional.
- Consciencia e integración emocional.
- Atención a la depresión y a la ansiedad.
- Gestión del estrés y técnicas de relajación.

Sesión 4. Autonomía e interdependencia.

- La independencia emocional (creencias normativas sobre el consumo de drogas: presión de los iguales, aceptación y aprobación social, conformidad; desmitificar el consumo de drogas por los universitarios; actitudes y expectativas en relación con el consumo de alcohol; libertad y poder personal: cómo rechazar el ofrecimiento de drogas).
- La independencia instrumental (toma de decisiones y resolución de problemas; consecuencias de los consumos y comportamientos de riesgo: alcohol y conducción; alcohol y agresividad; alcohol y comportamientos sexuales).
- La interdependencia (igualdad y reciprocidad).

Sesión 5. Identidad y autoestima.

- Dimensiones de la identidad.
- Satisfacción con el cuerpo y la propia apariencia.
- Satisfacción con el género y orientación sexual.
- Sentido de sí mismo en el contexto familiar, social, histórico y cultural.
- Autoconcepto a través de roles y estilos de vida.
- Sentido de sí mismo en respuesta al feedback de otros significativos.
- Identidad y autoestima.
- Estabilidad e integración personales.

Sesión 6. Optimización del tiempo.

- Establecimiento de prioridades, de objetivos y de planes de acción (planes vocacionales y aspiraciones, intereses personales y compromisos familiares e interpersonales).
- Administración del tiempo.
- Ocio y tiempo libre.
- Desarrollar el sentido de la vida.

Sesión 7. Integridad y valores.

- Humanizar y personalizar los valores.
- Desarrollar la congruencia.
- Integración y equilibrio.
- Desarrollar relaciones interpersonales positivas.
- Cooperación (tolerancia; reconocimiento de las diferencias y la intimidad; ajustar los valores personales con el comportamiento social responsable; comprender la importancia del trabajo en equipo).

Sesión 8. Resumen

- Visión general del programa y reflexión evaluativa.
- Finalización del programa.
- Entrega de certificados de participación.

Fuente: Rocha et al. (2018).

Dicho programa ha sido aplicado en distintas universidades portuguesas, de las ciudades de Braga y Oporto, al principio del curso escolar, en el primer semestre. La metodología es de tipo activa



y participativa, con un manual para el aplicador y fichas para los ejercicios de los alumnos, tareas, entrenamiento en habilidades, etc. Se usan procedimientos como instrucciones, modelado, dramatización, juego de roles, fortalecimiento y otras estrategias de tipo cognitivo.

El estudio de evaluación del programa se hizo a través de un diseño experimental, con mediciones pre- y post- para el grupo experimental y de control. En uno de los estudios participaron 228 alumnos (media de 19,43 años). El programa fue voluntario y se aplicó en horas extracurriculares. La Universidad promocionó y facilitó la participación en el mismo. El consumo predominante, antes del programa (consumo en el último año), era de un 55,7% para el alcohol (bebidas de alta graduación), 26,3% para tabaco y 12,7% para el cannabis. Para las otras drogas el consumo iba del 1 al 2%.

Los resultados del programa mostraron efectos preventivos, sobre todo para el alcohol (Rocha y Becoña, 2017). Igualmente, mejoraron en distintas variables mediadoras (ej., depresión) que suelen relacionarse con el consumo (Rocha et al., 2018). La satisfacción con el programa fue muy alta. En las otras sustancias no se apreciaron cambios significativos con la aplicación del programa. Los mayores cambios se encontraron en las variables mediadoras (ej., depresión, autoestima).

Lo que queda claro de casi todos los programas que hemos revisado hasta aquí es que obtienen resultados preventivos para el alcohol, pero no para las otras drogas, excepto contadas excepciones (White et al., 2015).

6. Elementos que debe tener un programa preventivo en medio universitario

La experiencia acumulada durante años por Londoño y Vinaccia (2005) en Colombia, con el estudio y aplicación de programas preventivos en medio universitario, los ha llevado a sugerir los elementos que debe tener un programa preventivo para el consumo de alcohol para aplicar en la universidad. Los mismos sirven tanto para la prevención del consumo de alcohol, sobre todo borracheras, como del cannabis y de otras drogas ilegales. Como sabemos, estos elementos deben operativizarse en un programa preventivo. Los once principios que sugieren son:

1. La prevención debe ser específica teniendo en cuenta que la conducta es un fenómeno complejo que tiene que ser explicada por múltiples factores. En el caso del consumo de alcohol en jóvenes debe tenerse en cuenta la etapa del desarrollo, las características de la comunidad en la que viven, nivel de aceptación del consumo de alcohol, habilidades de resistencia que poseen y nivel de control de la ingesta de alcohol.
2. El programa preventivo debe incluir métodos de enseñanza centrados en orientar al individuo acerca de cómo debe ocurrir el cambio, en qué dirección y cuándo. Va a ser básico en todo ello el desarrollo de habilidades y utilizar métodos interactivos.
3. El programa preventivo debe basarse en una adecuada teoría explicativa del consumo, teoría que debe guiar la elección de la estrategia y cómo intervenir.
4. El programa debe incluir una variedad de métodos de intervención para asegurar su impacto en todos los niveles, dando un peso especial a la adquisición de habilidades para afrontar el consumo de alcohol.
5. El programa debe ser socioculturalmente relevante, teniendo en cuenta las normas de la comunidad, creencias culturales y papel del consumo de alcohol.
6. El programa debe proporcionar la oportunidad de construir relaciones más positivas entre los adultos (maestros, padres y profesionales de la salud) y los jóvenes.



7. La dosis del programa debe ser suficiente en términos de intensidad, duración, calidad, cantidad y tiempo respecto de las necesidades planteadas.
8. Las acciones preventivas deben llevarse a cabo en el momento apropiado, cara a conseguir con ello reducir el riesgo de consumo.
9. Es imprescindible hacer una evaluación de resultados del programa preventivo, para conocer su efectividad, o para saber qué componentes son más eficaces.
10. Los profesionales encargados de diseñar y aplicar el programa preventivo deben estar adecuadamente entrenados y conocer a los jóvenes, como los problemas que les preocupan, su salud, etc.
11. La prevención debe sustentarse en la corresponsabilidad. La formación integral y la salud de los jóvenes es un asunto de toda la sociedad, no sólo del sistema sanitario o de la escuela. Una política sobre los jóvenes clara favorece dicha prevención.

Igualmente, Reid y Carey (2015) han estudiado los mecanismos que son eficaces para cambiar la conducta de beber alcohol en estudiantes de *college*. Es lo que conocemos como mediadores entre la intervención y el resultado (en este caso, reducir el consumo de alcohol y sus consecuencias). Encontraron 22 posibles mediadores (ej., normas descriptivas, expectativas de resultado, auto-regulación, etc.). Los estudios indican que el uso de las normas restrictivas es el mejor mediador. Otros, con resultados mixtos, son las estrategias conductuales de protección, expectativas de resultado, autoeficacia y emoción, y salud mental. Son mediadores con apoyo limitado los motivos de afrontamiento, normas sobre consumo, y otros (ej., intenciones, comunicación entre padres y estudiantes sobre el alcohol, auto regulación). En la tabla 8.5 indicamos los mismos.

Tabla 8.5. Mecanismos eficaces para cambiar las conductas de beber en los programas preventivos de alcohol en estudiantes de *college*.

Constructo	Definición
<i>Mediadores que apoyan los estudios</i>	
Normas descriptivas	Percepción del nivel y frecuencia del consumo de alcohol de los iguales.
<i>Mediadores con resultados mixtos</i>	
Estrategias conductuales de protección	Conductas realizadas mientras bebe, o en vez de beber, como modo de reducir el consumo y/o las consecuencias negativas.
Expectativas de resultado	Resultados individuales que espera experimentar como resultado de beber (positivo, negativo, físico/social, asertividad, mejora sexual, agresión, relajación, expectativas de activación implícitas).
Autoeficacia	Seguridad en la propia habilidad de llevar a cabo una conducta (rechazo, moderación de la autoeficacia).
Emoción y salud mental	Frecuencia de experimentar emociones o síntomas de bajo funcionamiento de su salud mental (ira, autoestima, angustia, soledad, arrepentimiento, depresión).
<i>Mediadores con apoyo limitado</i>	
Motivos de afrontamiento	Consumir alcohol para afrontar las experiencias vitales negativas.
Normas sobre el consumo	Aprobación percibida entre otros (amigos, padres) de beber y las consecuencias negativas resultado del consumo excesivo de alcohol.
Constructos adicionales	Intenciones, comunicación entre padres y estudiantes sobre el alcohol, autorregulación.

Fuente: Adaptado de Reid y Carey (2015).



7. Eficacia de los programas preventivos en medio universitario

La evaluación de la eficacia de los programas preventivos en medio universitario no tiene el desarrollo que ha adquirido la prevención escolar (Mewton et al., 2018). Sin embargo, disponemos de varios programas evaluados, lo que nos permite conocer su aplicabilidad en este grupo poblacional. Igualmente, hay varias revisiones de la eficacia de la prevención en medio universitario (Larimer y Cronce, 2007; Larimer et al., 2015), así como otra en personas de la adultez emergente que no eran estudiantes (Davis et al., 2017). Y otros meta-análisis sobre este tipo de programas preventivos, aunque la mayoría centrados en el consumo de alcohol.

Las revisiones en medio universitario indican que los tipos de prevención son muy diversos y los resultados no siempre positivos. Larimer y Cronce (2007) clasifican los programas en tres tipos: 1) programas de educación/concienciación (programas de información/conocimiento; programas de clarificación de valores; programas de reeducación normativa); 2) programas cognitivo-conductuales basados en habilidades (habilidades específicas sobre el consumo; entrenamiento en habilidades sobre el alcohol multicomponentes; entrenamiento en habilidades para la vida generales/estilos de vida); y 3) aproximaciones basadas en la motivación/feedback (intervenciones motivacionales breves; feedback motivacional por email u ordenador). Como era previsible, los programas basados en la educación/concienciación no eran eficaces. Únicamente los programas de reeducación normativa modifican variables intermedias, sin resultados claros en el descenso en el consumo, aunque con mejor funcionamiento en mujeres que en varones. En cambio, tanto el segundo como el tercer tipo de programas tienen efectos positivos en reducir el consumo de alcohol en varios estudios. Destaca especialmente el entrenamiento en habilidades múltiples sobre el consumo de alcohol. El tercer tipo está más orientado a los que ya beben, a veces de modo abusivo. Las intervenciones evaluadas en este tipo de programas obtienen buenos resultados.

Lo que queda claro en la revisión anterior es que los procedimientos basados en la utilización de solo información o conocimiento son ineficaces. Por el contrario, los programas basados en el entrenamiento en habilidades resultan ser los más eficaces.

La revisión de Leeman et al. (2015) sobre intervenciones muy breves, utilizando webs en la prevención del alcohol en universitarios, indica que las mismas son eficaces en reducir el consumo, aunque con tamaños del efecto pequeños. La mayoría de estos programas utilizaban feedback normativo personalizado. Éste se orienta a activar los procesos autorregulatorios que tiene el individuo, sobre todo haciéndole ver las discrepancias entre su conducta actual y sus metas, valores o estado deseado de bienestar. Este componente se utiliza en las intervenciones breves por ser eficaz (Carey et al., 2012; Miller et al., 2013). El meta-análisis de Dotson et al. (2015) indica que el feedback personalizado es eficaz en reducir tanto el consumo de alcohol como los daños producidos por el mismo en estudiantes de *college*.

En el meta-análisis de Davis et al. (2017) analizan la eficacia de la prevención y el tratamiento en personas de la adultez emergente que no estudian. La prevención funciona, con un tamaño del efecto de 0.17, aunque éste es pequeño. Lo mismo ocurre con el tratamiento, con el mismo tamaño del efecto de 0.17.

Cole et al. (2018) han revisado las intervenciones para reducir el consumo de alcohol en estudiantes de *college* a través de ordenador. Los resultados de su meta-análisis son positivos, aunque con tamaños del efecto muy bajos (ej., $d = 0.06$). A su vez, Carey et al. (2012), comparando intervenciones para reducir el consumo de alcohol, cara a cara o a través del ordenador, también en estudiantes de *college*, las intervenciones cara a cara son más eficaces en reducir el consumo de alcohol, frecuen-



cia de consumo y problemas a corto y a largo plazo. Los tamaños del efecto son bajos (en torno a $d = 0.20$), pero significativos. Los componentes más eficaces son el feedback personalizado sobre su consumo, riesgos y problemas; comparaciones normativas; estrategias de moderación; cambio de expectativas positivas hacia el alcohol; y, proporcionar educación sobre su nivel de alcohol en sangre. Con todo, ambos tipos de intervención, cara a cara o por ordenador, reducen el consumo de alcohol a corto plazo, aunque en la comparación resulta más eficaz la intervención cara a cara.

No hay ninguna duda de que este tipo de programas, a pesar de no tener un alto nivel de eficacia, tienen un enorme impacto en muchas de las personas a las que se les aplica. Así, Carey et al. (2012) afirman que “pequeños cambios en los patrones de consumo logrados a través de intervenciones para reducir el riesgo de abuso de alcohol pueden tener un impacto importante en la salud pública al reducir significativamente los daños asociados al consumo de alcohol en los estudiantes de *college*” (pág. 700).

Estos programas son eficaces para el consumo de alcohol, pero no para el cannabis (Yurasek et al., 2017; White et al., 2015). Esto es un problema, a pesar de la insistencia de que deben prevenirse todas las drogas en medio universitario (Mader et al., 2019). Es una línea que hay que mejorar. Quizás los aspectos amotivacionales que produce el consumo de cannabis (Castaño et al., 2020) están en la base de estos bajos resultados, junto a la creciente normalización y promoción de su consumo.

Finalmente, es de interés comentar el proyecto INTEGRATIVE (Mun et al., 2015). Éste propone un nuevo acercamiento para hacer los meta-análisis en los estudios sobre la reducción del consumo de alcohol en estudiantes de *college*. Está a medio camino entre la prevención y el tratamiento, insistiendo tanto en la necesidad de tener muestras grandes como de hacer agrupaciones de variables. Es una línea futura de interés.

8. Criterios de buenas prácticas en los programas preventivos en medio universitario

A continuación, indicamos los criterios de buenas prácticas para poner en marcha un programa preventivo en medio universitario.

8.1. Convencer al equipo directivo de la Universidad de la necesidad de poner en marcha un programa preventivo para el consumo de alcohol, tabaco y drogas

Hay universidades que están poniendo en marcha acciones para mejorar la salud de sus alumnos, tanto a nivel físico como mental. En este caso, la prevención y el tratamiento de aquellos que tienen problemas con el alcohol, tabaco y drogas es uno de sus objetivos. Suele hacerse a través de distintos recursos de la propia universidad, vinculada a los alumnos, a la extensión universitaria o a servicios a la comunidad universitaria. Suelen centrarse más en temas de asesoramiento, orientación o tratamiento, menos en prevención. O, cuando hablan de que se hace prevención no suele ser cierto en todos los casos, ya que hacen más información y sensibilización que prevención. Como ya hemos visto, en otros países, se pone en marcha en alumnos de primer curso un programa preventivo específico para ello.

En la mayoría de los casos, en España, las universidades no tienen programas de este tipo. Para implantarlo es preciso convencer a las autoridades académicas de su necesidad, que se cree un equipo o lo



lleven a cabo profesionales suficientemente cualificados para ello, y que estén altamente motivados para poner este tipo de programas en marcha. Esto es lo primero para poder dar los pasos siguientes.

8.2. Seleccionar o elaborar un programa preventivo eficaz

A diferencia de lo que ocurre en el campo escolar o familiar, no disponemos de programas preventivos a nivel universitario de referencia, es decir, con una buena evaluación. O que estén adaptados a nuestro medio los que han demostrado funcionar en otros países. De ahí la necesidad de seleccionar un programa preventivo que ya tenga cierto nivel de eficacia, de evaluación o, si no, elaborar un programa preventivo, siguiendo los pasos y conocimientos que hemos expuesto en este capítulo y en los anteriores.

En ocasiones, el programa preventivo es parte de una intervención más amplia, en la que se incluye información, sensibilización, prevención y ayuda o tratamiento a los estudiantes que lo precisan. Coordinarse con otros profesionales, o servicios de la universidad, es aquí relevante.

Igualmente, suele ser frecuente que se amplíe la prevención a otras conductas problemáticas o de riesgo, lo que permite que los alumnos se enganchen más en el programa, como cuando se incluyen unidades o bloques dedicados dentro de dicho programa a problemas emocionales, vida sexual, relaciones interpersonales, alimentación, u otros aspectos de su etapa evolutiva (Castro et al., 2020).

“La evidencia sugiere que los campus que están interesados en implementar programas de prevención deben considerar utilizar la intervención motivacional breve o los programas basados en habilidades, preferiblemente incorporando feedback normativo personalizado, entrenamiento en conocer la concentración de alcohol en sangre, estrategias conductuales de protección para la reducción de riesgos, así como otros componentes de feedback personalizado. La implementación cara a cara de estas intervenciones puede no ser necesaria. Usar screening electrónico y proporcionar breves emails o feedback por ordenador puede ser un primer paso, seguido por la intervención en persona” (Larimer y Cronce, 2007, pág. 2463).

8.3. Disponer de la financiación suficiente

La financiación adecuada es básica para este tipo de programas, como para cualquier otro programa preventivo. Sin recursos suficientes va a ser difícil poner cualquier programa en práctica. Esta es una de las limitaciones que ha impedido poner en práctica más programas preventivos en las universidades. Queda una importante labor por realizar en este aspecto. La aparición de servicios universitarios para los estudiantes facilita implantar estos programas y buscar financiación para ellos.

Hay que lograr que la prevención de drogas en la universidad sea una prioridad.

8.4. Publicitar el programa preventivo

Es importante que todos los miembros de la Universidad, desde los alumnos, a los profesores, autoridades académicas y resto de personal de la Universidad, conozca que en esa Universidad hay un programa preventivo en marcha para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.



Ello le da visibilidad, prestigio y abre el camino a la colaboración. También puede llevar a alguna crítica, a veces claramente interesada. De ahí que haya que preparar muy bien esta publicitación, indicar que se están llevando a cabo programas de este tipo en múltiples países, que es un indicio de calidad y de preocupación para los alumnos, más allá de los estudios que están realizando, y que dicha intervención mejorará la vida cotidiana de muchos estudiantes.

Igualmente, hay que estar atentos, junto a las posibles críticas, a los posibles boicots por parte de la industria del alcohol, de industrias relacionadas o de grupos pro-consumo. O de la contra-prevenición que éstos pueden realizar, como ocurre en ocasiones cuando se ponen en práctica acciones preventivas de distintos tipos.

8.5. Ampliar el programa preventivo de alcohol y drogas, si se ve necesario, a otras conductas de riesgo

Ya hemos visto que el consumo de alcohol y drogas se asocia con otras conductas de riesgo. Como un ejemplo, Redondo-Martín et al. (2021) han estudiado la relación entre el consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en estudiantes de primer año de universidad, de varias universidades españolas. Las borracheras se asociaban con más conductas de riesgo (sexo sin protección, sufrir acoso sexual, aprovecharse sexualmente de alguien). Las mujeres con consumos de riesgo tenían más abusos sexuales (el 2.2% de ellas). El consumo intensivo de alcohol se daba aproximadamente en la mitad de los hombres y mujeres en el último mes (que subía al 65% en varones y 59% en mujeres en el último año). Otros muchos estudios encuentran resultados semejantes (Calafat et al., 2000). No hay duda de que se debe intervenir en estas conductas de riesgo. La aplicación de un programa preventivo sería aquí idónea.

Por ello, en muchos casos, un programa preventivo que incluya junto al alcohol y drogas otros problemas que son de interés para los jóvenes, como la sexualidad, la alimentación, la mejora del estado de ánimo, el manejo de la ansiedad y del estrés, la mejora del rendimiento académico, la diversión sana, el ejercicio y hábitos saludables, puede engancharlos más al mismo.

Y no hay que olvidarse de que la industria del alcohol tiene interés en los más jóvenes para que consuman. Como indicamos en la tabla 8.6 hay que tener un cuidado especial en este aspecto y desenmascarar sus tretas cuando las ponen en marcha. Ello es habitual en el medio universitario.

Tabla 8.6. Actuación 2.9 propuesta en el informe "Líneas de actuación en el ámbito de la prevención del consumo de alcohol" (aprobado por la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad el 13 de abril de 2021).

Consensuar el papel de la industria de las bebidas alcohólicas y sus entidades asociadas en las políticas de prevención y de reducción de los daños. Excluyendo su participación en materia de reglamentación, legislación y formulación de políticas o promoción de la salud, y limitándose a debatir la contribución que puede hacer la industria del alcohol a la reducción de los daños provocados por el alcohol sólo en el contexto de su papel como productores, distribuidores, promotores y vendedores de alcohol (informar verazmente sobre las características del producto que comercializan, reformulación de productos, etc.).



8.5. Tener en cuenta todas las cuestiones éticas que afectan al desarrollo y aplicación del programa

En los últimos años ha cobrado una gran relevancia los temas éticos en relación con los distintos aspectos de la vida. En la prevención no ha sido menos. Hoy se insiste en que se tengan en cuenta todas las cuestiones éticas que afectan a su aplicación, desde la selección de un programa preventivo eficaz, hasta tener los permisos para poder aplicarlo, de las autoridades del centro u otras, junto a la de los padres si son menores de edad. Y también la de los alumnos (Fisher y Jaber, 2019). En muchos casos todo ello debe venir avalado por un Comité Ético, el de la Universidad si lo tiene, u otros. Aunque todo ello hace más complejo el proceso de aplicación del programa se logra una mayor seguridad para las personas que lo reciben. Y que lo que se va a aplicar produce beneficios y no daños a esas personas.

8.6. Evaluar el programa

Venimos insistiendo en que es de suma importancia aplicar un programa preventivo eficaz. Si es eficaz, y se aplica como está diseñado (fidelidad), lo más probable es que los resultados que se obtengan con él serán los adecuados. Pero, aun así, es preciso que hagamos cierto tipo de evaluación de nuestro trabajo, como es la evaluación del proceso (si les gusta el programa, si cambian variables intermedias en su aplicación) y la evaluación del resultado (si desciende el consumo de drogas con el programa o es menor que el esperado de no aplicarlo). Por todo ello, hacer una evaluación mínima del programa que estamos aplicando es necesaria. No tiene que ser amplia ni de un experto metodólogo, pero si es preciso ese mínimo. Normalmente, en los programas preventivos eficaces, cuando están manualizados, ya viene un pequeño cuestionario sobre los aspectos básicos que tenemos que evaluar antes y a lo largo de su aplicación, como al finalizar. Hay que evaluar los distintos consumos, antes y después de aplicar el programa, y en el seguimiento posterior. Así conoceremos la eficacia y el impacto del programa.

Con el paso del tiempo, conforme los jóvenes aumentan en edad, igualmente aumentan el consumo de drogas, sobre todo a nivel de prueba, hasta los 22 años. Luego desciende el consumo. Por ello, viene bien comparar los datos de que disponemos del consumo en esa clase, y compararlo con encuestas a nivel nacional (ej., la encuesta escolar o la encuesta de población adulta), para así ver lo que aumenta el consumo año y año y qué ocurre en nuestro caso.

8.7. Difundir los resultados del programa a la comunidad universitaria y a la sociedad

Los resultados obtenidos con el programa preventivo deben ser conocidos por toda la comunidad universitaria y también por la sociedad. Si los resultados son positivos, ello facilitará mantener el programa en el tiempo. Dado que sabemos cómo seleccionar los componentes de un buen programa preventivo para estas personas, como poner en práctica programas preventivos que han demostrado que funcionan, lo más probable es que funcione y que con él se obtengan buenos resultados. Estos resultados no serán solo los de una reducción en el consumo de alcohol, de tabaco, de cannabis, y una mejora de comportamientos de salud, sino que también con ello mejorarán su rendimiento académico (Reid y Carey, 2015) o reducirán el abandono escolar (Rocha y Becoña, 2017). De ahí la relevancia de que se conozcan estos datos. Son importantes no solo para los individuos y la Universidad en la que estudian, sino también para toda la sociedad.



Referencias

- Alves, R., Precioso, J. y Becoña, E. (2021). Illicit drug use among college students: The importance of knowledge about drugs, live at home and peer influence. *Journal of Psychoactive Drugs*, 53, 329-338
- Alves, R. F., Precioso, J. A. y Becoña, E. (2020). Well-being and health perception of university students in Portugal: The influence of parental support and love relationship. *Health Psychology Report*, 8, 145-154.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Arnett, J. J. (2014a). Presidential address: The emergence of emerging adulthood: A personal history. *Emerging Adulthood*, 2, 155-162.
- Arnett, J. J. (2014b). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Arnett, J. J., Zukauskiené, R. y Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: Implications for mental health. *Lancet Psychiatry*, 1, 569-576.
- Aronson, J. K. (2006). Risk perception in drug therapy. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 62, 135-137.
- Arria, A. M., Caldeira, K. M., Allen, H. K., Bugbee, B.A., Vincent, K. B. y O'Grady, K. E. (2017). Prevalence and incidence of drug use among college students: An 8-year longitudinal analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43, 711-718.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Madrid, Espasa Calpe, 1982).
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L. Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Becoña, E. (2018). *Tratamiento de las adicciones a sustancias y comportamentales*. Madrid: Klinik.
- Becoña, E., López, A. y Martínez, J. M. (2020). *Cocaína, cannabis y heroína*. Madrid: Síntesis.
- Bejarano, A. (2010). Prevención e intervención en educación superior: De la simplicidad a la complejidad. En D. Martínez, M. S. Zuzulich, L. Contreras, V. Cantillano, K., Tysling, L. y Pedrals, N. (Eds.), *Hasta cuándo hablamos de drogas. Estrategias preventivas en contextos universitarios* (pp. 63-85). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Bronfenbrenner, U. y Morris, P. A. (2006). *The bioecological model of human development*. En R. M. Lerner y W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (p. 793-828). Nueva York, NY: John Wiley & Sons Inc.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M.A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A. J., Elliott, J. C., Garey, L. y Carey, M. P. (2012). Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: A meta-analytic review, 1998 to 2010. *Clinical Psychology Review*, 22, 690-703.
- Casey, B. J., Jones, R. M. y Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1124, 111-126.
- Castaño, G. A., Becoña, E., Restrepo, S. M. y Scoppetta, O. (2020). Toward the design and validation of a scale to assess amotivational syndrome in chronic marijuana users (ESATHC). *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 305-313.



- Castro, A., Patera, S. y Fernández, D. (2020). ¿Cómo aprenden las generaciones Z y Alpha desde la perspectiva docente? Implicaciones para desarrollar la competencia aprender a aprender. *Aula Abierta*, 49, 279-285.
- Chatlos, J.C. (1996). Recent trends and a development approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27
- Cole, H. A., Prassel, H. B. y Carlson, C. R. (2018). A meta-analysis of computer-delivered drinking interventions for college students: A comprehensive review of studies from 2010 to 2016. *Journal of Studies on Alcohol and Alcoholism*, 79, 686-696.
- Contreras, L., Zuzulich, M. S., Martínez, D. y Vío, L. (2010). Una mirada relacional a la prevención en población universitaria. En D. Martínez, M. S. Zuzulich, L. Contreras, V. Cantillano, K. Tysling y N. Pedrals (Eds.), *Hasta cuándo hablamos de drogas. Estrategias preventivas en contextos universitarios* (pp. 103-123). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Crew, F. T., Vetreno, R. P., Broadwater, M. A. y Robinson, D. L. (2016). Adolescent alcohol exposure persistently impacts adult neurobiology and behavior. *Pharmacological Reviews*, 68, 1074.
- Davis, J. P., Smith, D. C. y Briley, D. A. (2017). Substance use prevention and treatment outcomes for emerging adults in non-college settings: A meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31, 242-254.
- Dennhardt, A. A. y Murphy, J. G. (2013). Prevention and treatment of college student drug use: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 38, 2607-2618.
- Díaz-Castela, M. M., Anguiano-Garrido, B. y Muela-Martínez, J. A. (2016). El consumo de drogas en el alumnado de la Universidad de Jaén. *Acción Psicológica*, 13, 53-66.
- Dotson, K. B., Dunn, M. E. y Bowers, C. A. (2015). Stand-alone personalized normative feedback for college student drinkers: A meta-analytic review, 2004 to 2014. *PLoS One*, 10, e0139518.
- Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, 214, 17-31.
- Ernst, M. y Mueller, S. C. (2008). The adolescent brain insights from functional neuroimaging research. *Development Neurobiology*, 68, 729-743.
- Fisher, C. B. y Jaber, R. (2019). Ethical issues in substance-use prevention research. En Z. Sloboda, H. Petras, E. Robertson y R. Hingson (Eds.), *Prevention of substance use* (pp. 281-299). Nueva York, NY: Springer.
- Foxcroft, D. R. y Tsertsvadze, A. (2011). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No. CD009113.
- García-Moya, I., Ortiz, M. J. y Moreno, C. (2017). Emotional and psychosocial factors associated with drunkenness and the use of tobacco and cannabis in adolescence: Independent or interactive effects? *Substance Use & Misuse*, 52, 1039-1050.
- Gray, R., McNulty, S., Bock, M. T., Anderson, E., Pierotti, L., Dinallo, B., ... Lewis, C. (2020). *Biennial review of Felician University alcohol and other drug abuse prevention program for academic years 2017-18 & 2018-2019*. Lodi, NH: Felician University.
- Grevenstein, D., Nagy, E. y Kroeninger-Jungaberle, H. (2015). Development of risk perception and substance use of tobacco, alcohol and cannabis among adolescents and emerging adults: Evidence of directional influences. *Substance Use & Misuse*, 50, 376-386.
- Hicks, B. M., Durbin, C. E., Blonigen, D. M., Iacono, W. G. y McGue, M. (2011). Relationship between personality change and the honest and course of alcohol dependence in young adulthood. *Addiction*, 107, 540-548.
- Hurd, Y. L. (2020). Cannabis and the developing brain challenge risk perception. *Journal of Clinical Investigation*, 130, 3947-3949.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21, 131-142.



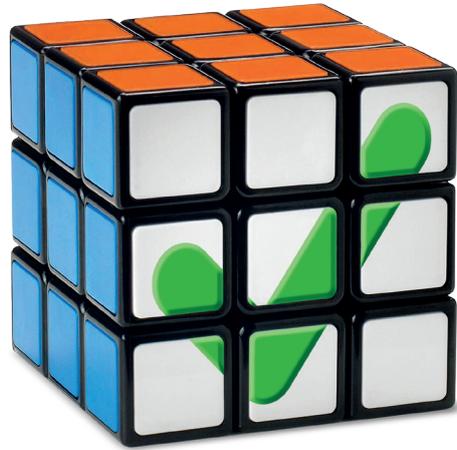
- Keyes, K., Hatzenbuehler, M. L. y Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: The epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology*, 218, 1-17.
- Kipri, K., Vater, T., Bowe, S. J., Saunders, J. B., Cunningham, J. A., Horton, N. J. y McCambridge, J. (2014). Web-based alcohol screening and brief intervention for university students: A randomized trial. *JAMA*, 311, 1218-1224.
- Labrador, F. J. (2000). *¿Voluntad o autocontrol? Como ser lo que quieres ser*. Madrid: Temas de Hoy.
- Larimer, M. E. y Cronce, J. M. (2007). Identification, prevention, and treatment revisited: Individual-focused college drinking prevention strategies 1999-2006. *Addictive Behaviors*, 32, 2439-2468.
- Larimer, M. E., Kilmer, J. R. y Lee, C. M. (2005). College student drug prevention: A review of individually-oriented prevention strategies. *Journal of Drug Issues*, 35, 431-456.
- Larimer, M. E., Witkiewitz, K., Schwebel, F. J., Lee, C. M., Lewis, M. A., Kilmer, J. R., ... Berglund. M. (2021) An international comparison of a web-based personalized feedback intervention for alcohol use during the transition out of high school in the United States and Sweden. *Prevention Science*, 22, 670-682.
- Lee, L. O., Young, K. C., Kendler, K. S. y Prescott, C. A. (2012). The effects of age at drinking onset and stressful life events on alcohol use in adulthood: A replication and extension using a population-based twin sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36, 696-704.
- Leeman, R. F., DeMartini, K. S., Gueorguieva, R., Noguera, C., Corbin, W. R., Neighbors, C. A. y O'Malley, S. S. (2016). Randomized controlled trial of a very brief, multi-component web-based alcohol intervention for undergraduates with a focus on protective behavioral strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 1008-1015.
- Leeman, R. F., Perez, E., Nogueira, C. y DeMartine, K. (2015). Very-brief, web-based interventions for reducing alcohol use and related problems among college students: A review. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 129.
- Leos-Toro C., Fong, G. T., Meyer, S. B. y Hammond, D. (2020). Cannabis health knowledge and risk perceptions among Canadian youth and young adults. *Harm Reduction Journal*, 17, 54.
- Lipari, R. N. y Jean-Francois, B. (2016). *A day in the life of college students aged 18 to 22: Substance use facts. The CBHSQ Report*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Logue, A. W. (1995). *Self-control. Waiting until tomorrow for what you want today*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Londoño, C., García, W., Valencia, S. C. y Vinaccia, S. (2003). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*, 21, 259-267.
- Londoño, C. y Valencia, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 11, 155-162.
- Londoño, C. y Vinaccia, S. (2005). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: Lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*, 15, 241-249.
- Mader, J., Smith, J. A., Afzal, A. R., Szeto, C. H. y Winters, K. C. (2019). Correlates of lifetime cannabis use and cannabis use severity in a Canadian university sample. *Addictive Behaviors*, 98, 106015.
- Marcello, R. J., Danish, S. J. y Stolberg, A. L. (1989). An evaluation of strategies developed to prevent substance abuse among student-athletes. *Sport Psychology*, 3, 186-211.
- Martínez, D., Contreras, V., Zuzulich, M. S., Cantillano, K. y Vío, D. (2010). Estrategias de intervención en el marco de un programa de prevención para población universitaria. En D. Martínez, M. S. Zuzulich, L. Contreras, V. Cantillano, K. Tysling y N. Pedrals (Eds.), *Hasta cuándo hablamos de drogas. Estrategias preventivas en contextos universitarios* (pp. 125-164). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Mewton, L., Visontay, R., Chapman, C., Newton, N., Slade, T. Kay-Lambkin, F. y Teesson, N. (2018). Universal prevention of alcohol and drug use: An overview of reviews in an Australian context. *Drug and Alcohol Review*, 37 (Supl. 1), 435-469.



- Miller, M. B., Leffingwell, T., Claborn, K., Meier, E., Walters, S. y Neighbors, C. (2013). Personalized feedback interventions for college alcohol misuse: An update of Walters & Neighbors (2005). *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 909-920.
- Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L. y Abrams, D. B. (2002). *Treating alcohol dependence. A coping skills training guide*. Nueva York, NY: Guildford Press.
- Mun, E-Y., de la Torre, J., Atkins, D. C., White, H. R., Ray, A. E., Kim, S-Y., ...The Project INTEGRATIVE Teams (2015). Project INTEGRATIVE: An integrative study of brief alcohol interventions for college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29, 34-48.
- Muñoz, L., Barbosa, C., Bríñez, A., Caycedo, C., Méndez, M. y Oyuela, R. (2012). Elementos para programas de prevención en consumo de alcohol en universitarios. *Universitas Psychologica*, 11, 131-145.
- Oliver, J., Fábregas, I., Lerín, M. C. y Nieves, Y. (2012). *PIUMAD: Un programa para la prevención de adicciones en Universidades de Madrid*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Olson, J. M., Roese, N. J. y Zanna, M. P. (1996). Expectancies. En E. T. Higgins y A. W. Kruglansky (Eds.) *Social psychology. Handbook of basic principles* (pp. 211-238). Nueva York, NY: Guildford.
- Pacek, L. R., Weinberger, A. H., Zhu, J. y Goodwin, R. D. (2020). Rapid increase in the prevalence of cannabis use among people with depression in the United States, 2005-17: The role of differentially changing risk perceptions. *Addiction*, 115, 935-943.
- Parker, M. A. y Anthony, J. C. (2018a). A prospective study of newly incident cannabis use and cannabis risk perceptions: Results from the United States Monitoring the Future study, 1976-2013. *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 351-357.
- Parker, M. A. y Anthony, J.C. (2018b). Population-level predictions from cannabis risk perceptions to active cannabis use prevalence in the United States, 1991-2014. *Addictive Behaviors*, 82, 101-104.
- Redondo-Martín, S., Amezcua-Prieto, C., Suárez-Varela, M. M., Ayán, C., Mateos- Campos, R., Martín, V., ... Fernández-Villa, T. (2021). Experiencias declaradas de conductas sexuales de riesgo en relación con el consumo de alcohol en el primer año de universidad. *Revista Española de Salud Pública*, 95, 1-16.
- Reid, A. E. y Carey, K. B. (2013). Interventions to reduce college student drinking: State of the evidence for mechanism of behavior change. *Clinical Psychology Review*, 40, 213-224.
- Rocha, C. y Becoña, E. (2017). Programa Riscos & Desafíos: Eficácia na prevenção do consumo de álcool em estudantes do ensino superior. *Adictologia*, 4, 16-31.
- Rocha, C., Becoña, E. y Sousa, G. (2018). Risk & Challenges: Effectiveness assessment of a preventive program on addictive behaviors and dependencies amongst students in higher education. *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 1, 73-84.
- Salloum, N. C., Keuss, M. J., Agrawal, A., Bierut, L. J. y Grucza, R. A. (2018). A reciprocal effects analysis of cannabis use and perception of risk. *Addiction*, 113, 1077-1085.
- Sotolongo, M. M., Fernández, V. B. y Batista, A. (2020). Evitar las drogas desde el contexto universitario. *Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos*, 12, 203-209.
- Stone, A. L. Becker, L. G., Huber, A. M. y Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37, 747-775.
- Squeglia, L. M., Jacobus, J. y Tapert, S. F. (2014). The effect of alcohol use on human adolescent brain structures and systems. *Handbook of Clinical Neurology*, 125, 501-510.
- Sussman, S. y Arnett, J. J. (2014). Emerging adulthood: Developmental period facilitative on the addictions. *Evaluation & the Health Professions*, 37, 147-155.
- Tanner-Smith, E. E. y Lipsey, M. W. (2015). Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 1-18.
- Terlecki, M. A., Buckner, J. D., Larimer, M. A. y Copeland, A. L. (2015). Randomized controlled trial or BASICS for heavy drinking mandated and volunteer undergraduates: 12-month outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29, 2-16.



- Terry-McElrath, Y. M., O'Malley, P. M., Patrick, M. E. y Miech, R.A. (2017). Risk is still relevant: Time-varying associations between perceived risk and marijuana use among US 12th grade students from 1991 to 2016. *Addictive Behaviors, 74*, 13-19.
- Tirado, R., Aguaded, J. A., Carrasco, A. M., Marín, I., Tello, J. y Boza, A. (2009). *Prevención del consumo de drogas en los estudiantes de la Universidad de Huelva*. Huelva: Universidad de Huelva.
- White, A. y Hingson, R. (2019). A primer on alcohol and adolescent brain development: Implications for prevention. En Z. Sloboda, H. Petras, E. Robertson y R. Hingson (Eds.), *Prevention of substance use* (pp. 3-18). Nueva York, NY: Springer.
- White, H. R., Jiao, Y., Ray, A., Huh, D., Atkins, D. C., Larimer, M. E., ... Mun, E-Y. (2015). Are there secondary effects on marijuana use from brief alcohol interventions for college students? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 76*, 367-377.
- Wood, W. (2016). The role of habits in self-control. En K. D. Vohs y R. F. Baumeister (Ed.), *Handbook of self-regulation* (3rd ed., pp. 95-108). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Yoshikawa, H., Aber, J. L. y Beardslee, W. R. (2012). The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention. *American Psychologist, 67*, 272-284.
- Yurasek, A. M., Merrill, J. E., Metrik, J., Miller, M. B., Fernandez, A.C. y Borsari, B. (2017). Marijuana use in the context of alcohol interventions for mandated college students. *Journal of Substance Abuse Treatment, 79*, 53-60.
- Zuzulich, M. S., Contreras, L., Martínez, D. y Pedrals, N. (2010). ¿Por qué prevenir en los jóvenes universitarios? En D. Martínez, M. S. Zuzulich, L. Contreras, V. Cantillano, K. Tysling y N. Pedrals (Eds.), *Hasta cuándo hablamos de drogas. Estrategias preventivas en contextos universitarios* (pp. 21-30). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.



CAPÍTULO 9

La prevención familiar



1. Introducción

Cuando se habla de prevención de drogas la prevención familiar es un clásico. Todos están de acuerdo en que la misma es muy relevante, de que se debe hacer lo mejor posible y que es un buen modo de afrontar este problema y resolverlo. Pero también, pronto, se escuchan quejas de lo difícil que es hacer prevención a nivel familiar, las dificultades que existen para que los padres acudan a las sesiones, la poca adherencia que se encuentra en los padres que más la precisan, el acudir la madre cuando es que acude, y la habitual ausencia del padre a las sesiones, la poca concreción de la prevención familiar en muchos “teóricos” programas preventivos familiares, el descenso de las previas “escuelas de padres”, que cubrían este vacío, y así un largo etcétera.

Realmente, la prevención familiar es muy importante. Y, si se hace bien, se puede lograr con ella resultados excelentes. Hoy podemos afirmar que es posible hacer una prevención familiar eficaz y de calidad. Pero debemos tener los medios para hacerla. Y, sin duda, es un imperativo hacer una prevención familiar basada en la evidencia y basada en las buenas prácticas.

La familia es una institución que se encuentra en todas las sociedades humanas (Benitez, 2017). Los cambios en la familia, en las últimas décadas, sobre todo en las sociedades desarrolladas, han sido muy profundos, más que en los previos siglos (Valdivia, 2008). Así, en España, como en otros países, ha habido un gran cambio que ha afectado a la vida social de las mujeres y de las familias. Del ideal de que la tarea principal de la mujer era estar en casa y al cuidado de los hijos, se ha pasado a nuevos códigos en que las mujeres han de formar parte de todos los ámbitos sociales. Esto ha tenido una enorme repercusión en el mundo laboral, así como en la vida y en el imaginario de las mujeres en las últimas décadas. Hoy en día la prioridad de muchas mujeres es lograr una posición laboral y profesional, dejando en segundo plano la posibilidad de tener y criar hijos y formar una familia. El avance médico ha contribuido a ese cambio de estatus en las mujeres. La aparición de los anticonceptivos orales (a mediados de los años 50; en España se legalizan en 1978), favorece algunos cambios sociales profundos, como el acceso a las relaciones sexuales sin las consecuencias del embarazo, reformulación en las condiciones de las parejas, la posibilidad de cambios de pareja a lo largo de la vida, una reformulación de la institución del matrimonio, la posibilidad de divorcio y de parejas de hecho o de otros formatos de estilos de familias. A ello hay que añadir el incremento del número de solteros o personas que viven solas, prioridad social del individualismo y del hedonismo, etc.

Este ha sido un fenómeno de enorme complejidad con efecto en muchos países desarrollados. Autores como Bauman (2018) sintetizan ese tránsito como el paso de una sociedad fundamentada en valores sólidos y jerarquías fijas a sociedades líquidas con nuevas fórmulas en las que analizar tanto las jerarquías como las desigualdades. Lo que es de enorme importancia en la prevención familiar es que hay que afrontarla desde nuevos parámetros, complejidades y desigualdades. Entre los cambios más relevantes destacamos que los tipos de familias, hoy en día en España, son muy diversos y legítimos; aunque los padres siguen siendo fundamentales en la crianza de los hijos, esta depende de un amplio espectro de instituciones, profesionales y espacios muy diversos comprometidos con la crianza (guarderías, centros educativos, actividades extraescolares, televisión, tecnologías digitales, centros sociales, etc).

Con relación al papel de la familia ante el consumo de drogas los estudios hace ya dos décadas mostraban que ciertas características y mecanismos familiares disuaden a los adolescentes de consumirlas; otros llevan a un mayor consumo (Martínez, 2001; Vielva, 2001). Así, en un estudio realizado en el País Vasco, las familias con hijos no consumidores se caracterizaban porque los padres y madres manifestaban seguridad y convicciones firmes a la hora de ejercer su función educadora y socializadora. En cambio, en las familias con hijos consumidores, la mayoría percibían



la educación de sus hijos y la etapa adolescente como demasiado difícil, sintiéndose a veces desbordados, confusos, incapaces de manejar a sus hijos (Martínez, 2001). De modo más específico (García de Nogal, 2001) los padres y madres de hijos no consumidores: están más satisfechos de la forma en que educan; tienen una percepción más optimista con relación a la inculcación de su escala de valores; confían más en la fuerza de su ejemplo; cultivan más el espíritu de sacrificio en sus hijos e hijas; y, comparten más tiempo libre con ellos. En cambio, los padres y madres de hijos consumidores: se confiesan más desorientados al abordar su educación; manifiestan más motivos de preocupación ante el presente y el futuro de éstos; se muestran más interesados por fomentar la obediencia en sus hijos e hijas; son más proclives, ellos y sus hijos, al consumismo; y, salen más, juntos como pareja y con sus amigos. Estas investigaciones y conocimientos permitieron un despegue del estudio de los estilos parentales y de crianza en la prevención del consumo de drogas que ha sido la base de muchos programas preventivos.

Además de las relaciones familiares hay muchos otros factores que intervienen en el complejo entramado del consumo de drogas o de las adicciones comportamentales. Hay factores genéticos, como ambientales, psicológicos y de la historia familiar (ej., violencia, crianza inconsistente, abandono, falta de afecto, etc.) que incrementan la probabilidad de que los hijos consuman drogas (Gruber y Taylor, 2006). Por ejemplo, Kandler et al. (2019) han mostrado como hay una transmisión o contagio ambiental de abuso de drogas dentro de la familia, en un estudio de familias suecas, un total de 65.000, de pares de padres e hijos. A pesar de existir un mayor riesgo de consumo entre familiares (padres, hijos, primos), también encontraron que el riesgo de transmisión se relacionaba con la proximidad geográfica, en varones más que en mujeres, en el caso de los opiáceos y el cannabis. El mayor nivel de transmisión era entre hermanos, lo que podría indicar una mayor disponibilidad de drogas en esa zona. Todo lo anterior lo atribuyen a dos posibles mecanismos: al aprendizaje social o a la transmisión ambiental. Este estudio corrobora que en el consumo de drogas hay tanto factores genéticos como ambientales, teniendo los factores familiares un importante peso en ello.

Debemos comentar, porque a veces se olvida o se da por hecho, el enorme peso que tienen actualmente las redes sociales en los jóvenes, y todo lo relacionado con ellas, desde obtener información, comunicarse, organizarse, etc. Las mismas han cambiado la forma de relacionarnos con el mundo, incluyendo la propia relación familiar, tal como la conocíamos hace pocos años (ej., el uso del teléfono móvil de los hijos). Es un elemento que hay que tener en cuenta tanto para comprender hoy las dinámicas familiares, los nuevos patrones de comunicación entre las personas, incluyendo la misma familia, como por su relevancia para la prevención familiar de drogas y adicciones.

Un adecuado ambiente familiar, que favorece un desarrollo exitoso y protector de sus hijos, como una buena comunicación entre los miembros de la familia, proporciona afecto y apoyo cuando el joven lo precisa, y le enseña a manejar el estrés en las situaciones difíciles o novedosas. Todo ello favorece no consumir drogas (Gruber y Taylor, 2006). En cambio, tener padres con problemas de alcohol o drogas suele llevar a un inadecuado aprendizaje de la crianza de sus futuros hijos. En muchos casos, no han aprendido cómo hacer una adecuada educación de sus hijos.

Es relevante considerar a las familias que abusan de sustancias. Estas se caracterizan por tener bajos niveles de cohesión, baja tolerancia a la frustración, expectativas irrealistas sobre sus hijos, roles invertidos, aislamiento y pobres habilidades de crianza (Gruber y Taylor, 2006). Ello se agrava si hay abuso por parte de los padres, violencia familiar, consumo de alcohol o drogas de uno o ambos padres, y problemas de salud mental en ellos. La parte más débil, la que más se resiente, son sus hijos. De ahí que los programas preventivos familiares deben ser aplicados desde la más tierna infancia. Algunos se orientan a la prevención de drogas de sus hijos y otros al tratamiento,



para que a través de este mejoren y, con ello, puedan llevar a cabo una mejor crianza y así reducir el consumo probable de drogas que tendrían de no dejar ellos de consumirlas.

En las últimas décadas un par de publicaciones han producido una inflexión en el campo de la prevención familiar en drogas. La primera fue el PEPS (Protocolo para la mejora de la prevención) del *Center for Substance Abuse Prevention*, dentro del SAMHSA norteamericano, dirigido por Grover (1998). En ella se sistematizan los elementos para desarrollar e implementar un programa preventivo familiar. En el mismo participaron doce expertos en prevención familiar norteamericanos. Consensuaron un documento para hacer la mejor prevención familiar posible. Y, la segunda, el artículo de Kumpfer y Alvarado (2003), de una gran influencia, y que fue un punto de inflexión en la prevención familiar. La afirmación de que “la crianza efectiva es el modo más poderoso para reducir las conductas problema en los adolescentes” (pág. 457), cambió muchas cosas, en relación con la prevención familiar, tanto para el consumo de drogas como para otros problemas de conducta.

Por tanto, fue a finales del s. XX y principios de éste cuando quedó claro el valor y utilidad, desde una perspectiva experimental y de evaluación de programas, de la prevención familiar y de que la misma funcionaba eficientemente. A pesar de llevar varias décadas utilizándose, y como con frecuencia ocurre en la prevención, no siempre la utilización de dichos programas va en paralelo con una adecuada evaluación de su eficacia.

Aunque en los últimos años hemos avanzado mucho en el conocimiento de la prevención familiar, en el desarrollo de programas eficaces, algunas buenas evaluaciones, y en el incremento del interés por la prevención familiar, aún hay mucho por avanzar. Y es importante y urgente hacerlo, porque los estudios de coste-efectividad nos permiten afirmar que estamos ante un modo de hacer prevención que muestra claramente que la inversión que se hace revierte en beneficios claros para los jóvenes y para sus familias. Y también para el resto de la sociedad.

Tenemos una muy buena base para la prevención familiar. Las investigaciones han permitido conocer mejor la estructura familiar, los factores de riesgo y de protección, los programas preventivos eficaces, pero hay que seguir investigando por ser un área muy cambiante. Y, que aquello que se aplique se base en la evidencia y en las buenas prácticas en prevención.

2 ¿Por qué hacer prevención familiar en drogodependencias?

Son muy variados los motivos por los que se debe hacer prevención familiar para lograr que el consumo de drogas, u otras adicciones, quede fuera de los estilos de vida de las personas más jóvenes. Aunque la lista sería muy larga, se mencionan aquellos que, aunque se consideran elementales, a menudo no se conocen o no se tienen suficientemente en cuenta por las propias familias o por profesionales cercanos a este colectivo. Estos son los siguientes:

1) Porque los padres precisan saber cómo ayudar a sus hijos a no tener problemas de consumo de drogas o, si consumen, como ayudarles.

El consumo de drogas se ha convertido en un grave problema para toda la sociedad y un motivo de clara preocupación para los padres que tienen niños y adolescentes. El consumo de drogas lleva a una vida truncada en muchos casos. Los padres y madres no quieren que eso ocurra con sus hijos.



A pesar de que hay mucha información sobre drogas, a la que los padres pueden acudir, se precisa un entrenamiento más específico de los padres, o al menos de una parte de ellos, para que conozcan qué es lo que lleva al consumo de drogas, cómo hacer una mejor crianza de sus hijos para que no las consuman, y cómo afrontar y cortar el consumo si lo detectan en sus inicios. A esto se dirige la prevención. A prevenir, antes de que aparezca el problema.

Es muy útil para cualquier sociedad que los padres tengan los conocimientos suficientes para llevar a cabo una mejor crianza de sus hijos. Esto antes lo hacía la cultura en donde se nacía; hoy no siempre es así. Y, dentro de este aprendizaje una parte relevante es conocer lo que son las drogas, los consumos que se producen en ciertos momentos, los factores que favorecen el inicio en el consumo, y cómo educar a los hijos del mejor modo posible para que no consuman drogas

2) Porque la prevención familiar complementa a la prevención escolar y a la comunitaria.

La prevención familiar suele ser un complemento de la prevención escolar. Así, varios programas preventivos escolares tienen un componente adicional de prevención familiar. A veces, tanto la prevención escolar como la familiar son parte de un programa más amplio de tipo comunitario. Y, también, cuando se ponen en práctica medidas de prevención ambiental la familia tiene un papel importante para que las distintas medidas se cumplan.

Igualmente, hay varios programas preventivos familiares, de tipo selectivos e indicados, que se aplican separadamente de la prevención escolar, dada la necesidad de llegar directamente a los padres, sobre todo si tienen problemas de consumo de drogas, o de otros trastornos mentales o del comportamiento, para que sus hijos tengan una crianza más adecuada y no desarrollen distintos problemas (O'Connell et al., 2009). Este es el tipo de prevención en el que mejor se ven sus resultados a corto, medio y largo plazo.

3) Porque es un modo eficaz de prevenir el consumo de drogas.

La prevención familiar no es fácil de realizar. Todo padre y madre cree que nace aprendido sobre lo que tiene que hacer con sus hijos. En los aspectos más básicos esto es cierto, pero en otros, como es el más actual del consumo de drogas, no. Los programas preventivos que se han puesto en marcha han demostrado que la prevención familiar funciona, que con la misma puede prevenirse el consumo de drogas. Y, si se combina con otros tipos de prevención, el efecto preventivo es multiplicativo.

El desarrollo de los programas preventivos familiares se ha ido manteniendo en el tiempo, con un repunte en los últimos años. Ello es debido a que se ha ido viendo, estudio tras estudio, que la misma es eficaz, y que se logra prevenir con varios de los programas existentes el consumo de drogas a medio y largo plazo, en muchos casos en personas que tenían una alta vulnerabilidad previa.

4) Porque los programas preventivos familiares son coste-eficientes.

Hoy sabemos que los programas preventivos no sólo son efectivos. También son coste-eficientes. Así, el manual de Miller y Hendrie (2008) para el *Center for Substance Abuse Prevention* sobre esta



cuestión, indicaba claramente que varios de tales programas eran coste-eficientes, con un claro ahorro a largo plazo e indicando que la inversión se descuenta con creces en el futuro.

Más recientemente, distintos estudios han indicado que este tipo de programas son claramente coste-eficientes. Por ejemplo, con el programa de fortalecimiento familiar de Kumpfer se encuentra un coste-efectividad de 10 a 11 dólares recuperados por cada dólar invertido (Kumpfer et al., 2016). En otros programas preventivos familiares se han encontrado resultados semejantes en coste-efectividad (Nystrand et al., 2019; Spoth et al., 2015; Stevens, 2014).

5) Porque la inversión en los jóvenes de hoy es una garantía de una mejor sociedad en el mañana.

Una cuestión que con frecuencia se olvida es que la mejor inversión social que hoy podemos hacer, pensando en el futuro, es en los jóvenes de hoy. Si mejoran en su educación, salud, expectativas, optimismo, etc., habrá una mejora social en los siguientes años no sólo para ellos sino para el resto de la sociedad. De ahí la necesidad de hacer copartícipes de esto a los jóvenes, a sus padres y al resto de la sociedad. Y un modo ideal de conseguirlo es reducir el consumo de drogas. Con ello se reducen los problemas de hoy y del mañana, para los hijos y futuros adultos del mañana, para sus padres, para el sistema sanitario y penal; en suma, se reducen problemas para toda la sociedad.

Al reducir los problemas de drogas mejoran en su salud, tanto física como mental. Con ello, podrán tener una vida mejor, más sana, con menos problemas, no sólo de consumo de drogas sino también de salud mental.

3. Aspectos que hay que tener en cuenta para avanzar hacia una prevención familiar de calidad

Son varios los aspectos que debemos considerar para lograr una prevención familiar de calidad. A continuación, exponemos los más relevantes.

3.1. Basar la prevención familiar en una teoría adecuada y en los conocimientos actuales que tenemos sobre la familia

Cualquier prevención familiar de drogas que se haga tiene que estar fundamentada en lo que sabemos sobre la familia, su papel en el contexto social en el que vivimos, y qué se puede hacer a nivel de prevención familiar basada en la evidencia.

Uno de los avances más importantes que se han dado en las últimas décadas en el campo preventivo ha venido de la elaboración de modelos y teorías sobre distintos aspectos del comportamiento humano, que llevan al consumo de drogas, entre los que se incluye la familia (Walcheski y Reinke, 2015). Tales modelos nos permiten conocer su funcionamiento y qué se puede y no cambiar en función de ello, para que las personas no consuman drogas. Luego, en parte, esto se ha operativizado en el campo preventivo a través de los factores de riesgo y de protección, en este caso sobre la familia con relación al consumo de drogas.



No vamos aquí a revisar las distintas teorías y modelos sobre la familia. En los puntos que siguen veremos algunos de los aspectos centrales de la misma que hay que tener en cuenta para hacer una buena prevención y de calidad. Y también para conocer los límites de lo que podemos o no hacer a través de la prevención familiar.

3.2. La familia(s) actual(es)

La familia es dinámica de igual modo que lo es la sociedad. Aunque existen algunos fundamentos básicos y universales, estos adoptan formas y contenidos que hay que tener en cuenta en los diseños preventivos. En todo sistema social se considera que la familia es el elemento más importante de la socialización del niño (Grusec, 2011; Maccoby, 1992). La misma tiene su mayor peso en la infancia, que es cuando el niño es más dependiente y su maleabilidad es mayor. En ocasiones, la influencia de la familia en esa etapa se mantiene a lo largo de toda la vida. En esos primeros años el niño va siendo modelado a través de pautas de crianza, siendo sus padres los modelos más importantes. Los padres dan a sus hijos unas condiciones que les van a situar en el mundo, no solo un nombre y unos apellidos, también una cultura propia del lugar donde viven, o donde llevan viviendo desde hace generaciones sus antepasados por haber nacido allí. Además, controlan el acceso de sus hijos a los bienes materiales, ejercen control físico sobre ellos y tienen más conocimientos que sus hijos. De ahí que las pautas de crianza sean de gran relevancia para el desarrollo durante la infancia, primero, y luego en la adolescencia, lo que va a marcar el modo en que va a ser la persona adulta.

Hoy tenemos que hablar de varios tipos de familia. Aunque la predominante es la nuclear (aquella compuesta de un hombre y una mujer, con o sin hijos) y la extensa (compuesta por un hombre y una mujer, con o sin hijos, junto a sus parientes consanguíneos como padres, madres, suegros, tíos, etc.), hay otras. En lo anterior se incluye la familia numerosa (tres o más hijos, actualmente), o la familia adoptiva (pareja que ha adoptado un hijo no biológico) o de acogida (pareja que acoge a un niño o niña no biológica durante un periodo temporal). Le sigue a continuación la familia monoparental (compuesta por un padre o una madre con uno o varios hijos), la familia reconstituida (miembros de una familia donde la pareja tiene uno o varios hijos de uniones anteriores, por divorciarse o enviudar) y la familia de padres separados (padres separados, con hijos, donde se encargan de ellos ambos, habitualmente en las visitas establecidas para los hijos con cada progenitor). Junto a las anteriores hay otras que son minoritarias, como la familia homoparental (parejas del mismo género con o sin hijos), familia multinuclear (compuesta por la familia nuclear y otras personas sin parentesco), familia unipersonal (constituida por una sola persona), familias sin hijos (porque no quieren tenerlos), familias que viven aparte (parejas que tienen una relación estable pero cada uno vive en su domicilio independiente). A lo anterior se pueden añadir muchos más tipos de familia. Pero la realidad indica que son los dos primeros tipos de familia los que abarcan la gran mayoría de las existentes.

Sabemos que la familia es un claro factor protector del consumo de drogas. Cuanto más unida está la familia, cuanta más comunicación hay en ella, mayor nivel de protección, tanto para el consumo de drogas como para otros problemas de salud mental (O'Connell et al., 2009). De ahí, que los nuevos tipos de familia, y los problemas que a veces tienen, incide tanto en ellos como en sus hijos, cuando los tienen (Coastworth y George, 2019).

Es importante diferenciar el dato "real" y "objetivo" de lo que es la familia actualmente, del dato "tergiversado" que podemos sacar si vemos los medios de comunicación. En la tabla 9.1 indica-



mos los datos del INE para los tipos de hogar en España. Comparados con los de hace unas décadas, una primera apreciación es que, en menos de la mitad de los hogares, en el 44,3%, hay padres con hijos; también se aprecia que cada vez los hogares son más pequeños (en 31,7% tiene 1-2 hijos, solo el 3,2% tiene tres hijos o más); han aumentado el número de parejas sin hijos (21.6%) así como el de personas que viven solas (23.9%).

Tabla 9.1. Tipos de hogares en España, año 2020

Tipo de hogar	Porcentaje
Hogar unipersonal	26,1%
Parejas sin hijos que conviven en el hogar	20,9%
Pareja con 1 hijo	15,4%
Pareja con 2 hijos	14,7%
Pareja con 3 o más hijos	3,0%
Hogar monoparental (un adulto con hijos)	10,4%
Hogar de un núcleo familiar con otras personas	4,3%
Hogar con más de un núcleo familiar	2,3%
Personas que no forman ningún núcleo familiar	3,0%

Fuente: INE (2021).

Por lo dicho, es claro que la prevención familiar, como cualquier otro tipo de prevención, ha de adaptar y adoptar estrategias para vincularse a contextos cambiantes, en el tiempo y en territorios específicos. En la prevención familiar ello tiene una relevancia aún mayor que en otros tipos de prevención. Tener esto en cuenta es una garantía de éxito del programa preventivo.

3.3. Los estilos de crianza

La estructura familiar y el modo de crianza contribuyen de modo importante al desarrollo del niño en aprender lo que es el mundo y en su propio desarrollo (Becoña et al., 2012a). Hoy sabemos que, en sociedades desarrolladas como la nuestra, las interacciones del padre y de la madre con los hijos son diferentes. Es bien sabido como los padres se ocupan menos de los hijos y los tratan de acuerdo con los estereotipos de género, mientras que las madres se centran más en el cuidado de los hijos y tratan a los hijos e hijas de un modo más similar. También sabemos que la influencia no es unidireccional de padres a hijos sino bidireccional: los hijos influyen también el comportamiento de sus padres, como sus padres el de los hijos.

Se ha encontrado que distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos (Becoña et al., 2012b). Dos variables son aquí esenciales: el control y el afecto de los padres. El control hace referencia a cómo los padres gestionan las normas y límites; el afecto tiene relación con el vínculo emocional entre padres e hijos, a la calidez, apego y aprobación que crean los padres con sus hijos (Baumrid, 1980).



El tipo de crianza en función del estilo paterno tiene una consecuencia directa en el tipo de personalidad que va a desarrollar el niño. Así, los *padres autoritarios*, quienes controlan sin dar afecto, tienden a influenciar para que sus hijos se desarrollen como apartados y temerosos, con poca o ninguna independencia y son variables, apocados e irritables. En la adolescencia los varones pueden ser rebeldes y agresivos y las chicas pasivas y dependientes. Los *padres permisivos*, aquellos que no ejercen ningún control, pero sí dan afecto, tienden a producir niños autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, aunque en otros pueden ser activos, sociables y creativos; en otros pueden ser rebeldes y agresivos. Los hijos de los padres *autorizativos*, quienes controlan a través de la gestión de las normas y los límites, crean vínculos afectivos y apego, son los mejor adaptados, dado que tienen confianza en sí mismos, tienen mayor control personal y son socialmente más competentes. Finalmente, los hijos de los *padres indiferentes o negligentes*, ni controlan ni generan vínculos afectivos, son los que están en peor situación y, si sus padres son negligentes, se sienten libres de dar rienda suelta a sus impulsos más destructivos (Becoña et al., 2012). Sin embargo, en España, cara al consumo de drogas tanto el estilo autorizativo como el permisivo llevan a un menor consumo de drogas, en contraposición al autoritario y al negligente (Calafat et al., 2014).

Relacionado con todo lo anterior está el apego (Becoña et al., 2014). Sabemos que el mismo tiene una gran relevancia en prevenir el consumo de drogas, en crear una personalidad más madura y en reducir tanto los problemas de salud mental como de consumo de drogas.

3.4. La influencia de la familia vs. de los iguales

Los niños y adolescentes viven, crecen y se desarrollan dentro de una familia. Ésta cumple su función de socialización, básica en los primeros años de vida. Y, al contrario de lo que algunos creen, se prolonga mucho más allá. Así, los datos de la investigación indican que: 1) la mayoría de los jóvenes se llevan bien con sus padres, 2) comparten con sus padres su escala de valores, 3) no se rebelan ni contra su familia ni contra la sociedad y, 4) las malas relaciones entre el adolescente y su familia, cuando se dan, se asocian a la presencia de trastornos psicológicos, no al patrón de desarrollo general, ése que entendemos por normal (Olivares, 2001).

También sabemos que los adolescentes, tanto varones como mujeres, están más cerca de sus madres que de sus padres y a ellas acuden cuando precisan resolver algún problema. También, y en parte probablemente por ello, lo habitual es que el varón adolescente tenga más conflictos con su madre que con su padre (Craig, 1997).

Dado que el concepto de familia no abarca sólo a la nuclear, sino a la extensa y otras, cuando participan en la vida familiar otros adultos, como un abuelo, una tía, un maestro, etc., suele ser positivo en la mayoría de los jóvenes. Y puede ser central cuando el joven tiene dudas sobre lo que hacer. Ellos le sirven de referencia y le influyen.

Los estilos de crianza son importantes a estas edades. Lleva a un mayor o menor control de sus hijos, y a los resultados de tal crianza. Igualmente, la adolescencia, o adultez temprana más actualmente, es fuente frecuente de conflictos, de diversos grados, entre padres e hijos (ej., horas de salida y llegada, embriaguez, consumo de sustancias, compañías, parejas, sexualidad, etc.). Lo anterior se hace más complejo cuando el joven vive en una familia que no es la original, o en una familia monoparental. Aparte, hoy las separaciones y divorcios son habituales, e influyen en los adultos debido a ese estado (ansiedad, estrés, bajo estado de ánimo, etc.) y también en sus hijos,



a veces de modo acusado si están en un periodo de tránsito vital, como en la pubertad, la preadolescencia o la adolescencia (Auersperg et al., 2019).

Al trabajar con frecuencia ambos padres fuera de casa, se resiente la supervisión parental si no hay un adulto que tenga ese rol. De ahí la relevancia que se le ha dado en los últimos años a tener un hermano mayor. Éstos afectan al desarrollo de la personalidad infantil de un modo importante. E, igualmente, al consumo de drogas, sobre todo si son los más mayores los que las consumen (Kendler et al., 2014).

En la adolescencia empieza a coger más relevancia los compañeros e iguales. Están más preservados si ellos son semejantes en actitudes, conductas y aspiraciones. Con todo, el incremento de las conductas de riesgo es habitual a estas edades (ej., la alta mortalidad en la carretera entre 16 y 25 años). Por tanto, el grupo de iguales constituye un grupo de referencia para los adolescentes. Con ellos adquieren una visión distinta del mundo a la que reciben de sus padres y de la escuela. Las redes sociales, como grupo más amplio, lo favorecen. En el grupo de iguales se sienten protegidos, entendidos y como parte importante de algo. Son importantes tanto para su desarrollo psicológico como social.

Las funciones que cumplen los iguales son múltiples, como proporcionar oportunidades para el aprendizaje de habilidades sociales, contribuir a establecer valores sociales, sirven de normas con los cuales los niños se juzgarán a sí mismos y dan o niegan apoyo emocional, refuerzan la conducta, sirven como modelo de comportamiento y se entablan amistades u otras relaciones sociales. La influencia de los iguales o amigos, tanto en la adolescencia como en la edad adulta, son un importante predictor para el consumo de alcohol y drogas (Pandina et al., 2010).

Por suerte, sabemos que la familia de hoy, cuando puede hacerlo, y tiene tiempo para ello, influye de modo significativo en los hijos, en sus amigos y en su comportamiento, tanto de modo indirecto (por el aprendizaje previo realizado en el seno de la familia), como directo (por las advertencias e indicaciones de lo que se espera de ellos). En contra, se opone la alta disponibilidad de drogas, la tolerancia social hacia las drogas y el alcohol (incluyendo la de sus padres) y la permisividad que van a encontrar en los lugares de ocio y diversión con las drogas, distribución y consumo.

Fue precisamente Kandel (1996), en un extenso e importante estudio, quien demostró que hay una interrelación mutua en los jóvenes entre el grupo de iguales, la familia y la escuela Y que el papel de la familia es mucho más importante de lo que se creía hasta ese momento. Los unos influyen en los otros (ej., la familia puede evitar activa y efectivamente que su hijo o hija se impliquen en un grupo de iguales consumidores). Por tanto, la familia tiene “per se” un papel educativo, de crianza y preventivo. Y este papel preventivo puede potenciarse con un entrenamiento adecuado de los padres para que sepan como intervenir en sus hijos para que no consuman drogas. Así se hará en los programas de prevención familiar.

3.5. Pobreza y marginación

La pobreza es una de las variables que se asocia al consumo de drogas, y sobre todo del alcohol. En unos casos es causal en producirlo, sobre todo cuando su nivel es muy intenso y, en otros, incrementa los daños que producen las drogas. La pobreza la hay que conceptualizar en cada contexto socio-cultural, de modo que no siempre se pueden hacer generalizaciones de una a otra cultura o de uno a otro país. Además, la disponibilidad de una u otra sustancia en ese medio social facilita consumir unas



u otras sustancias. Lo que sí está claro es que el mayor nivel de pobreza, marginación y carencia de acceso a un trabajo, o a otros recursos, se asocia con un mayor consumo de alcohol y drogas ilegales, habitualmente de bajo coste (ej., hachís, marihuana, basuco, etc.) (Barton et al., 2018).

Cuando se crea un círculo vicioso entre consumo excesivo, pobreza y consecuencias negativas debidas al consumo, romperlo es difícil. Ello acarrea mayor marginalidad, problemas de tipo físico y mental, problemas sociales, familiares, desempleo y estigmatización. Sobre todo, cuando nos referimos a borracheras, o a síntomas de consumo de drogas, al ser claro el estado en que se encuentra el individuo, con consecuencias negativas, y no aceptadas socialmente, aunque puede que sea normativo en su grupo de amigos o en su ambiente marginal (ej., salir a emborracharse con sus amigos; o estar viviendo en la calle con sus colegas consumidores de drogas).

Otra consecuencia de la pobreza es que el consumo de drogas produce más daños. Se asocia a mala alimentación, más problemas de salud, menos acceso a recursos sociales o no solicitarlos, peores condiciones de habitabilidad, más problemas familiares, con la justicia, no disponer de dinero, etc. Como ejemplo, Thompson et al. (2013) con la muestra NESARC norteamericana, de 30.000 personas, recogida en el año 2001-2002 y 2004-2005, lo que explicaba ser una persona sin hogar era el trastorno por consumo de alcohol (AOR=1.34), el trastorno por abuso de sustancias (AOR=2.51) y la pobreza (AOR=1.34). Estos consumían el triple de alcohol y drogas. Esta relación se mantenía en el tiempo.

Por ello, pobreza, estigma, marginación, desigualdad social y consumo de alcohol y drogas van unidos (Room, 2005). Aunque estas relaciones se han estudiado ampliamente en adultos, y menos en jóvenes, en estos también se encuentra de igual modo. Por ejemplo, Carrá et al. (2018), con datos de la *National Survey on Drug Use and Health*, en el grupo de edad de 12 a 17 años hay una OR=2.77 entre pobreza y consumo de cannabis. Y, en los barrios pobres de Latinoamérica, es fácil apreciar directamente el consumo de drogas para afrontar la vida cotidiana (Cabrera, 2011).

3.6. Desorganización y conflicto familiar

Son muchas las conductas inadecuadas que se incluyen dentro de lo que es la desorganización familiar. Normalmente, contraponemos lo que es un funcionamiento adecuado de la familia con lo que es inadecuado (Gimeno, 1999). Se ha incluido dentro de la desorganización familiar la baja constancia en la crianza, baja estabilidad en el lugar de residencia, ingresos bajos o insuficientes, dependencia de la asistencia pública, violencia familiar, padecer trastornos mentales, abuso de sustancias, o criminalidad de uno de los padres (Caton et al., 1994). Otros, añaden a lo anterior la violencia familiar y el número de separaciones maritales entre los miembros de la pareja (Zucker et al., 1997), o la falta de consenso entre normas, sentimientos de falta de comunicación y hostilidad entre sus miembros, riñas familiares continuas, parejas en permanente desacuerdo, disputas con agresión física o psicológica, familias con abandono de alguno de los padres, sentimientos de rechazo, cogniciones familiares disfuncionales y presencia frecuente de sentimientos de desesperanza, y pesimismo en ambos padres, acompañados de actitudes y conductas pasivas ante su propia vida y familia (Guilbert y Torres, 2001).

En la desorganización familiar la aparición del consumo de sustancias es habitual. Con frecuencia es el consumo de sustancias de los padres, o sus problemas de salud mental, los que están en la base de dicha desorganización familiar. También ésta puede surgir por causas externas, como debida al paro, no conseguir empleo, separación o divorcio, problemas legales, etc.



En la revisión de Becoña et al. (2012a) sobre desorganización familiar y consumo de drogas, esta relación aparece clara. Pero también indican que ha existido una notable sobrevaloración del papel de la estructura familiar en esta relación. Ello ha sido por el gran número de divorcios que se han producido en los últimos años, dados los cambios sociales tan rápidos que estamos viviendo en las últimas décadas, en relación con lo que es hoy la familia, el trabajo, los hijos y los nuevos valores sociales. Así, en relación con el divorcio, en unos casos incrementa los problemas familiares, como otros problemas en sus hijos, pero en otros casos no ocurre tal cosa. La ruptura de la pareja suele llevar a más conflictos entre sus miembros y con los hijos, sobre todo si hay problemas económicos, de salud mental o consumo previo de drogas en los padres.

3.7. Maltrato

El estrés y la exposición a eventos vitales estresantes son factores importantes relacionados con el consumo de drogas legales e ilegales o el incremento en el consumo (Keyes et al., 2011). El maltrato infantil, físico o sexual, como una forma de estrés, predice los problemas psicopatológicos posteriores y la dependencia del alcohol y drogas. Cuanto mayor es el mismo, hay mayor probabilidad de ser un policonsumidor (Enoch et al., 2011). De todos modos, no debemos olvidarnos de que una parte de los niños logran ser resilientes ante esta situación y tener un desarrollo adulto normal (Becoña, 2007) sin consumir drogas.

En la vida adulta, estresores como el terrorismo, desastres o eventos catastróficos incrementan el consumo de alcohol y drogas, sobre todo en los meses posteriores a tal evento. Este incremento es relevante en las personas que ya tenían consumos de riesgo, o en los abstinentes, que pueden recaer en tal situación (Keyes et al., 2011). La pobreza también incrementa el estrés, siendo otro factor relacionado con el consumo (Yoshikawa et al., 2012).

El divorcio, perder el trabajo, tener problemas financieros o legales se relacionan con el incremento del consumo de alcohol, sobre todo en hombres, aunque hay una importante variabilidad entre los estudios (Lee et al., 2012). Esto puede deberse a que hay otras variables que modulan o enmascaran esta relación (Keyes et al., 2011).

3.8. Consumo de drogas y/o problemas de salud mental de los padres

Un gran número de estudios encuentran que hay una relación consistente entre los trastornos mentales de los padres y el posterior riesgo de consumo de drogas de sus hijos (Kliewer, 2010). A ello contribuirían muchos de los factores que hemos visto anteriormente.

Aparte de los problemas de psicopatología de los padres, y del consumo de drogas ilegales, que suele relacionarse con un mayor consumo de alcohol, o abuso y dependencia del alcohol y drogas en los hijos (Stone et al., 2012), un gran número de estudios encuentran una relación consistente entre el consumo excesivo de alcohol o drogas por parte de los padres y el posterior problema con el alcohol y drogas de los hijos (Ohannessian et al., 2004). Además, cuando son adolescentes empiezan a tener otras conductas problema y trastornos psicopatológicos. En muestras de jóvenes, el peso de esta relación se debe más a factores ambientales que genéticos (Kerr et al., 2012) (ej., debido a la alta accesibilidad del alcohol en casa, padres más favorables hacia el consumo de alcohol en sus hijos, etc.).



3.9. Problemas internalizantes y externalizantes

La regulación conductual y emocional durante la infancia y la adolescencia podría explicarse en base a dos dimensiones: expresión versus inhibición de la conducta, y bajo versus alto autocontrol de las emociones. De la combinación de estas dimensiones aparecerían cuatro prototipos, entre los cuales estarían los problemas internalizantes y externalizantes. Ambos se caracterizan por un bajo autocontrol emocional, siendo extremos opuestos en la dimensión inhibición versus expresión conductual. La *internalización* es la tendencia a expresar malestar hacia adentro, e incluiría los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. La *externalización*, en cambio, se caracterizaría por expresar el malestar hacia fuera, e incluiría el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos del comportamiento perturbador y los trastornos por consumo de sustancias (Pitkanen et al., 2008). Además, la internalización podría estar relacionada con la emocionalidad negativa (ansiedad, enfado o alienación) y la externalización con una falta de restricción emocional (tendencia a implicarse en conductas de riesgo y a actuar impulsivamente).

El consumo de alcohol y drogas en jóvenes se ha relacionado con varios problemas de salud mental de tipo internalizante. Además, los adolescentes que abusan del alcohol tendrían un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de esta sustancia en la adultez temprana (Pitkänen et al., 2008).

Respecto a los problemas internalizantes, la mayoría de los estudios han evaluado los trastornos depresivos por su frecuente comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias. Varios estudios longitudinales han encontrado que los síntomas depresivos durante la niñez están asociados con un mayor riesgo de consumo de alcohol y drogas (ej., Niemelä et al., 2006). Al igual que sucedía con el TDAH, se ha apuntado que la relación entre la depresión y el consumo de alcohol y drogas estaría mediada por la existencia de problemas de conducta (Goodman, 2010)

Otro problema internalizante, los altos niveles de ansiedad/conductas de evitación, se relacionan con un menor riesgo de consumir alcohol y drogas (Pardini et al., 2007). Ello podría deberse a que los jóvenes con una elevada ansiedad suelen evitar situaciones que incrementan el riesgo de consumir alcohol (ej., actividades sociales con iguales donde se consume alcohol) o a que están más concienciados sobre las consecuencias negativas del abuso de alcohol y el consumo de otras drogas.

3.10. Rendimiento escolar y consumo de drogas

La escuela es un elemento central en la socialización de cualquier persona en nuestra sociedad. En ella se transmiten conocimientos, valores sociales, actitudes y se adquieren habilidades, destrezas y autocontrol. Tiene influencias directas e indirectas sobre el rendimiento académico, el comportamiento social, el comportamiento normativo, etc. El proceso de modelado es claro en el contexto escolar tanto por parte de los profesores y dirección del centro como de sus compañeros o iguales. Lograr los objetivos académicos, infundir valores positivos, aumentar la autoestima, fomentar habilidades de trabajo, son algunos de los objetivos que se pretenden conseguir. Y, con ello, formarlo como persona y que sepa que el consumo de cualquier droga es una conducta problema.

En los últimos años se ha encontrado una clara relación entre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales y un menor rendimiento académico (Bachman et al., 2008). Igualmente hay una interacción entre los distintos consumos de sustancias (drogas legales e ilegales) y el rendimiento académico.



Aparte del rendimiento académico, otros factores modulan el consumo de drogas, como el apego a los valores de los padres (Piko y Kovacs, 2010). Una mayor educación incide en mejores conductas de salud y en una mayor percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol y drogas (Cowell, 2006). Además, cuando la persona tiene varias conductas problema (ej., consumo de sustancias, TDAH, problemas de conducta, etc.) en una edad temprana, aumenta tanto la probabilidad de que tenga un bajo rendimiento académico como de que tenga bajas expectativas de éxito académico (Mun et al., 2008).

Lo relevante de estos estudios es que sabemos que potenciar el rendimiento académico, lograr un mejor resultado en la escuela, es un elemento protector del consumo de alcohol o drogas no solo para la adolescencia sino también para el resto de su vida.

3.11. El joven como objetivo de captación como consumidor

El joven es un objeto de deseo para ser captado como consumidor. El mercado de todo tipo de productos, tecnológicos, ropa, calzado, productos de belleza, comida, bebidas, viajes, etc., mira al colectivo de jóvenes (Lipovetwsky, 2007). Y también es un objeto de deseo para los traficantes de drogas, como para las legales, el alcohol y el tabaco. Hoy, las drogas son un producto más de consumo. En el caso de las legales hay promociones directas dirigidas a los jóvenes, las cuales son ilegales al dirigirse a personas menores de edad.

En muchos casos se hace a través de las redes sociales a través de influencers. El acceso es muy fácil (Duch et al 2020). Aunque la venta de alcohol, por ejemplo, está prohibida, cualquier menor que quiera beber va a tener facilidades para adquirir esa sustancia. Por otro lado, están las drogas ilegales, en las que se podría incluir el cannabis, cocaína y muchas otras. El ejemplo del cannabis es paradigmático porque goza de casi impunidad: no solo está tolerado sino incluso promocionado y defendido por muchos sectores con intereses en ese mercado.

3.12. La relevancia del ocio y tiempo libre en nuestra sociedad actual

Un elemento imprescindible para comprender el consumo de drogas en la actualidad se relaciona con el incremento del ocio y de la diversión en las sociedades desarrolladas, como ya hemos visto más ampliamente en capítulos previos. En relación con la prevención familiar, como igualmente ocurre con la prevención escolar o la comunitaria, hay que tener muy en cuenta cómo se organiza el ocio y tiempo libre en ese lugar concreto (aldea, pueblo, barrio, ciudad, etc.), cómo es la dinámica social para el mismo, y cuáles son las costumbres familiares que se siguen cuando los chicos y chicas quieren salir con sus amigos, a pasear, a hacer deporte, a divertirse, a bailar, de fiesta, de botellón, etc. Igualmente, los niveles de control y restricción que aplican los padres ante las situaciones conflictivas que van surgiendo con sus hijos, o modos de abordar situaciones problema, como cuando consumen sustancias psicoactivas

3.13. La coordinación con otros tipos de prevención

Es imprescindible que la prevención familiar se lleve a cabo junto a la prevención escolar, cuando dicho programa es de tipo universal. Estos programas no son los más habituales en la actualidad,



aunque sí lo eran hace años. Más actualmente, una parte importante de los programas preventivos familiares son selectivos, al dirigirse a personas de alto riesgo, sobre todo padres o familias de niños o adolescentes que tienen un riesgo mayor de ser consumidores. Así, muchos de estos programas se orientan a hijos de alcohólicos o consumidores de drogas, de padres con problemas de salud mental, problemas sociales (ej., paro, marginación, pobreza, malos tratos, etc.), hogares monoparentales, etc. Por el tipo de personas a las que se aplica este tipo de programas, en ocasiones exige coordinarse con otros servicios, como los sanitarios y sociales, bien para derivar a la persona si tiene problemas de salud física, de salud mental, u otros de tipo social.

4. ¿A quién se dirige la prevención familiar?

La prevención familiar va dirigida a los padres para que, a través de éstos influyan en el comportamiento de sus hijos para que no consuman drogas. Sin embargo, los distintos programas y acciones preventivas se pueden implantar de varios modos, que agruparemos en cuatro tipos.

El primer tipo es el de aquellos programas en el que sólo participan los padres. Como luego veremos, un ejemplo claro en nuestro medio es el programa de fortalecimiento familiar.

En el segundo tipo, los programas preventivos familiares incluyen a un tiempo a los padres y a los hijos, con distintos formatos, como pueden ser sesiones separadas para padres e hijos, y otras en conjunto, o todas las sesiones en conjunto para los padres y los hijos. A veces se complementan con sesiones en la propia casa. O, en los casos graves, se le remite a tratamiento, a terapia familiar (Kumpfer y Kuntsche, 2016).

El tercer tipo, es el de aquellos programas que ya se centran en el tratamiento, en el que acuden al mismo tanto padres como hijos (Honigan y Szapocznick, 2015).

El cuarto tipo, que se aplica en España, consistente en empoderar a las organizaciones de familias para que sea la propia organización quien desarrolle las estrategias preventivas que mejor se adaptan a sus necesidades. Se trata del programa FERYA. Este tipo integra todos los otros y además desarrolla intervenciones escolares y comunitarias que proponen las propias organizaciones de familias.

Los programas del tipo uno y dos son programas universales, selectivos o indicados. El tercer tipo ya son programas indicados, o programas de tratamiento más que preventivos. El cuarto es un programa universal y comunitario que explora nuevas vías de prevención con las familias.

Es conveniente que un programa preventivo familiar se complemente con un adecuado programa preventivo escolar, con una adecuada prevención comunitaria, y a poder ser también con prevención ambiental, o la existencia de normas o leyes adecuadas en esa comunidad para que no se facilite el consumo de alcohol y drogas (Becoña, 2021). Como sabemos, esto no siempre ocurre en la práctica, incluso en nuestro medio más cercano (ej., la problemática que tenemos con el botellón, consumo de cannabis, tolerancia social ante el consumo de drogas, borracheras en la calle, etc.).

En la tabla 9.2 indicamos los tipos de aproximación a la prevención familiar que se consideran que podemos hacer.



Tabla 9.2. Tipos de aproximaciones a la prevención familiar.

Tipo de aproximación	Descripción
Apoyo familiar domiciliario (<i>In-home family support</i>)	Son intervenciones preferentemente dirigidas a padres con alto nivel de riesgo (prevención selectiva o indicada) y con hijos menores de cinco años. Se hacen en el hogar. Se dirigen inicialmente a familias en crisis. Su objetivo primordial es satisfacer las necesidades básicas familiares y tratar las crisis. Entre sus cometidos puede encontrarse suministrar información sobre los servicios sanitarios y sociales que están disponibles.
Formación parental (<i>Parent training</i>)	Son intervenciones de carácter cognitivo conductual que están dirigidas a mejorar las habilidades educativas y comunicativas de los padres. Pueden utilizarse en prevención selectiva e indicada de familias con hijos de 6 a 11 años. La metodología de entrenamiento puede ser individual o grupal, pero siempre de carácter interactivo.
Formación en habilidades familiares (<i>Family skills training</i>)	Son intervenciones de carácter multicomponente que se dirigen no sólo a los padres, sino también a los hijos y la relación que mantienen entre ellos. Se utilizan en los tres tipos de prevención, universal, selectiva e indicada. Su población destinataria son familias con hijos entre 6 y 14 años. Sus objetivos son cambiar y mejorar el funcionamiento familiar, enseñando, por ejemplo, habilidades de comunicación y técnicas de solución de problemas a padres e hijos, habilidades educativas o de manejo familiar a los padres, o estrategias de afrontamiento de los problemas o conflictos familiares.
Terapia familiar (<i>Family therapy</i>)	Este tipo de intervención se realiza cuando se identifica un riesgo en un adolescente, que ya está siendo tratado por presentar algún problema (agresión, trastorno de conducta, problema académico), que suele ser un precursor o estar asociado al consumo de sustancias. Su aplicación es de carácter indicado, aunque su estructura, por sesiones terapéuticas, está más cerca del tratamiento que de una aplicación preventiva estricta. El CSAP encontró que cuatro modelos de terapia familiar pueden tener utilidad preventiva.

Fuente: Fernández-Hermida et al. (2010).

5. Superando las dificultades que se presentan en la implementación de los programas preventivos familiares

Hay varias dificultades en la implementación de los programas preventivos familiares bastante habituales. Son bien conocidas y con frecuencia están en la base de que los mismos fracasen, no se puedan poner en práctica, frustren al aplicador o se suspendan sin que lleguen a finalizar. De



ahí la relevancia de conocerlas, saber afrontarlas, tener estrategias para superarlas y que, con todo ello, el programa pueda implantarse o seguir adelante una vez puesto en marcha.

Estas dificultades, o problemas, se indican una y otra vez. Así, recientemente, Coastworth y George (2019) resumen en tres los principales problemas en la puesta en práctica de estos programas: 1) reclutar y retener a las familias, 2) la necesidad de tener que cambiar el programa cuando se pasa a la situación real, y 3) las necesarias adaptaciones culturales. Por su parte, Small y Huser (2016) indican que los principales problemas o barreras a la hora de implementar estos programas son: 1) tener recursos limitados (no olvidemos que muchos de estos programas los hay que comprar, o buscar un equipo que los elabore, formar a los aplicadores, alto nivel de entrenamiento de los que ponen en práctica el programa, etc.); 2) el dilema entre fidelidad y adaptación (todo programa debe aplicarse con un alto nivel de fidelidad, pero en una cuestión tan cambiante como es la familia, las drogas y el contexto social, ello exige frecuentemente tener que hacer adaptaciones culturales del programa; de ahí que cuando éste no funciona no sabemos si es por no aplicarlo fielmente o por otros motivos); 3) la continua necesidad de prestar atención a las nuevas y emergentes cuestiones que surgen a lo largo de la aplicación de este tipo de programas; 4) carencia de apoyo, o de suficiente apoyo, de los responsables de tomar decisiones sobre el programa y, sobre todo, no dotar de suficientes recursos económicos al mismo; y 5) falta de suficiente compromiso de los profesionales del campo preventivo, educativo o sanitario, sobre la eficacia y utilidad del programa.

En nuestro medio nos vamos a encontrar con seis dificultades o problemas cara a la aprobación e implantación de un programa preventivo familiar. Si no las superamos va a ser difícil implantar adecuadamente un programa de este tipo.

El primero es el de los recursos. Por desgracia es muy poco dinero el que se le dedica a la prevención. Un programa preventivo familiar efectivo exige recursos, tanto en forma de profesionales, materiales del programa, desplazamientos, y a veces disponer de un dinero adicional para convencer a las familias, que suelen tener distintos tipos de problemas, entre ellos el económico, para que acudan al programa en el lugar en donde lo aplicamos. O tener que ir a sus casas. En muchas ocasiones el fracaso del programa ha estado en este primer problema.

El segundo es la adherencia y retención en el programa preventivo familiar. Vivimos en el mundo de la rapidez y de la inmediatez. Queremos todo rápido, al momento, de modo inmediato, sin tener que esperar. Es el modelo de la "pastilla", en donde lo que queremos es que las cosas cambien sin esfuerzo, en poco tiempo, sin tener que aprender cosas nuevas. Un programa preventivo, sea familiar o de otro tipo, lleva tiempo, implica cambios, aprendizaje de habilidades, puesta en práctica de lo aprendido, ver si funciona lo que los padres han aprendido con los hijos. Y si no ven cambios rápidos, como ellos esperan, pueden dejar de acudir a dicho programa, dar excusas, o simplemente desaparecer.

Mejorar la adherencia y la retención en el programa ayuda a la asistencia, como incentivos económicos u otros, comida, recordatorios telefónicos. Junto a ello, para los aplicadores, formarlos y disponer de un manual detallado del programa a aplicar. La falta de adherencia incide negativamente en la eficacia del programa (Negreiros et al., 2020).

El tercero es el programa. Como sabemos, debemos aplicar un programa preventivo eficaz. Pero hay pocos adaptados o elaborados en nuestro medio. Además, los programas preventivos familiares no están adaptados culturalmente. Esto hay que hacerlo. Y, a veces, cuando programas preventivos que han mostrado previamente ser eficaces se adaptan resultan ineficaces (ej., Foxcroft



et al., 2016). Además, muchos programas deben comprarse, con lo que se hace más difícil poder poner en práctica un programa eficaz para la familia. Es un problema no resuelto, que se relaciona con los otros problemas que estamos comentando.

El cuarto se relaciona con el profesional que aplica el programa. Se precisan profesionales bien entrenados para poner en práctica este tipo de programas. No vale cualquiera. El profesional que lo aplique precisa tener conocimientos especializados de prevención, de la familia, de la socialización, de los factores de riesgo y de protección, de entrenamiento en habilidades, de comunicación, manejo de grupos, de derivación, etc. Esto no ocurre en la mayoría de los programas preventivos familiares que se han puesto en práctica, excepto algunas excepciones cuando el programa está muy bien estructurado (Kumpfer et al., 2018).

El quinto problema es el de la evaluación del programa preventivo familiar que hemos puesto en marcha. Se hace poca evaluación en prevención, y menos evaluación en la prevención familiar. La falta de recursos, otras veces de falta de voluntad de evaluar, o de tener los suficientes conocimientos técnicos para hacerlo, o de un equipo muy reducido, lleva a que muchos programas sólo hacen una pequeña evaluación de proceso, relacionado con si ha gustado o no el programa y si están o no satisfechos con el mismo. Falta la evaluación de resultados. Y esto ocurre aquí como en otros países.

El sexto sería el de otros, como la necesaria continuidad y mejora del programa, cuando no hay corresponsabilidad de las familias en la participación en el programa, la falta de vínculos entre el programa y el sistema social en el que lo aplicamos, etc. (Lloret et al., 2020).

Como nota final de optimismo, hay que insistir, como afirman Small y Huser (2016) que “los programas preventivos dirigidos a las familias de los adolescentes han mostrado un potencial significativo en contribuir a la prevención de los problemas de los jóvenes y en promover su desarrollo y bienestar” (p. 10).

6. Ejemplos de programas preventivos familiares

6.1. Sistema de programa de parentalidad positivo (*Positive Parenting Program system*)

El programa Triple P (*Positive Parenting Program System*; Programa de Parentalidad Positivo) es ampliamente utilizado en otros países. Fue elaborado por el grupo de Sanders (2012) y se viene aplicando desde hace varias décadas. Como dicen en la presentación del mismo: “es uno de los programas basados en la evidencia más efectivos en el mundo y cuenta con el respaldo de más de 35 años de investigación. Triple P proporciona a los padres y madres estrategias simples y prácticas para ayudarles a manejar, con confianza, la conducta de sus hijos e hijas, a prevenir problemas en su desarrollo y a construir relaciones fuertes y saludables. Actualmente, Triple P se utiliza en más de 25 países y ha demostrado que funciona en distintas culturas, diversos grupos socio-económicos y en todas las estructuras familiares”.

(en: <https://www.triplep.net/glo-es/home/>).

El programa parte de que si el niño tiene una buena crianza será más probable que no consuma sustancias o que, si las consume, lo hará en menor grado. Con ello, este programa logra prevenir el consumo de sustancias, mejorar otras áreas de la vida del niño y, con ello, tiene una mejor



adaptación a su ambiente. Los aspectos centrales que hay que evitar en la familia son el maltrato, el abandono, la falta de afecto y el abandono de los hijos por parte de sus padres. Precisamente, una buena crianza lo que logra es prevenir el maltrato del niño, problemas emocionales y conductuales, dificultades en la escuela y otros problemas como el consumo de sustancias, académicos, abandono escolar, embarazos no deseados y delincuencia (Printz, 2015).

El programa Triple P utiliza varias estrategias de crianza y de intervención familiar, a través de un sistema multinivel, y una amplia variedad de formatos y modalidades de aplicación. Se le considera un programa preventivo universal, pero que puede convertirse en selectivo e indicado en función de sus niveles de intervención, cinco, cada uno con distinta intensidad, desde el menor nivel de intervención (el 1) al máximo nivel (el 5). Son los siguientes:

- *Nivel 1*, a veces denominado *universal*. Incluye las estrategias de los medios de comunicación.
- *Nivel 2, consejo breve de crianza*. Consiste en uno o dos contactos breves en grupos grandes de padres, que sirven para aquellos padres que buscan ayuda para problemas menores de sus hijos.
- *Nivel 3*, una versión más amplia que el nivel 2, que se hace con cuatro contactos con los padres en forma de consejo breve, normalmente de modo individual con los padres, o en pequeñas sesiones en grupo, para el manejo de distintos problemas de sus hijos (ej., desobediencia, hora de las comidas). Se le denomina a este nivel *entrenamiento centrado en habilidades de crianza básico*.
- *Nivel 4*, orientado a los niños con problemas sociales, emocionales y conductuales, y a sus padres. Es un programa de 10 sesiones para las familias, en una clínica, o en un centro comunitario, o en la casa de los padres. Se le denomina *entrenamiento en habilidades de crianza amplio*. Hay otro formato en grupo de 8 sesiones, con 4-8 familias. También hay un formato auto aplicado.
- *Nivel 5, intervención familiar intensiva*. Es un programa para familias con varios factores de riesgo que necesitan ayuda. Incluye varios módulos de apoyo y comunicación de la pareja, manejo del estado de ánimo, habilidades de afrontamiento del estrés para los padres y sesiones prácticas de manejo de los hijos. Hay además programas específicos para padres en riesgo de abuso infantil, hijos con sobrepeso, y los padres separados o divorciados.

La evaluación de este programa indica que es eficaz en distintos estudios que con él se han realizado (Sanders et al., 2014).

6.2. Programa de fortalecimiento familiar (Strengthening Families Programme)

El Programa de fortalecimiento familiar (*Strengthening Families Program, SFP*) de Karol Kumpfer es uno de los programas más conocidos de prevención familiar en el mundo. Se ha adaptado a un gran número de países. Karol Kumpfer es una de las autoras de referencia en este campo (Kumpfer et al., 2013; 2016). Se ha traducido y adaptado en España, como *Familias que funcionan* (Errasti et al., 2009) o *Programa de competencia familiar* (Orte et al., 2018).

El programa surge del hecho de que de 6 a 12 años es cuando los niños precisan mayor apoyo y guía de sus padres, o de otros miembros de su familia, para lograr un desarrollo exitoso. El programa inicial fue desarrollado en 1982 por Kumpfer en Utah, Estados Unidos, para padres de jóvenes de 6 a 12 años, denominado SFP 6-11. El programa inicial iba dirigido a padres que estaban en tratamiento por consumo de sustancias. En las distintas versiones tenía una duración de 7 a



14 semanas (Spoth et al., 2015), una sesión por semana. Inicialmente era un programa selectivo. Posteriormente, se hizo una adaptación del programa inicial para las edades de 10 a 14 años, el SFP 10-14, seguido de otra para 12-16 años, el SFP 12-16 (Kumpfer et al., 2016), junto a otras para niños pequeños y un programa en DVD para todas las edades, éste más reciente. Los estudios han indicado que los programas anteriores se pueden aplicar como un programa universal o selectivo (Kumpfer et al., 2010).

El programa inicial, ampliamente estudiado, el SFP 6-11, se desarrolló como un programa preventivo selectivo para familias en riesgo, con hijos de esas edades escolarizados. Se seleccionaron padres y madres que tenían problemas de consumo de drogas, problemas sociales que sugerían una crianza inadecuada, problemas de marginalidad y violencia, etc. Es decir, padres cuyos factores de riesgo auguraban un mayor riesgo de consumo de drogas en sus hijos u otras conductas antisociales. Como vemos, el programa no se centra únicamente en el consumo de drogas de los hijos sino también en otras conductas que pueden o no relacionarse con el consumo de drogas.

Lo que se hace con el programa es, primeramente, mejorar las relaciones entre padres e hijos, entrenando a los padres en competencias de crianza, habilidades sociales y en el adecuado manejo de sus hijos con relación a su comportamiento, lo que siempre es una preocupación para los padres. Los objetivos concretos del programa son: mejorar las relaciones familiares; aumentar las habilidades parentales y de crianza; aumentar las competencias sociales de los hijos; mejorar el comportamiento de los hijos; y, prevenir y/o reducir el consumo de drogas y de alcohol de sus hijos y otras conductas problema. Lo que se pretende es disminuir los factores de riesgo que están presentes y, al tiempo, incrementar los de protección, cara a aumentar la resiliencia ante el consumo de drogas y otros problemas que se le vayan presentando.

El programa para jóvenes de 10 a 14 años, el SFP 10-14, también es ampliamente utilizado. Sigue una aproximación de entrenamiento en habilidades para prevenir el consumo de sustancias y otras conductas problema en adolescentes jóvenes. Las actividades del programa, en la actualidad, se realizan independientemente con los jóvenes y con los padres, así como con ambos. Se orienta a entrenar a los padres en habilidades de manejo de sus hijos, a sus hijos en habilidades de entrenamiento en habilidades de no consumo, y a toda la familia en cómo llevar una vida familiar normal y sin conflictos.

Los componentes del SFP 10-14 siguen la dinámica del SFP 6-11, con pequeños ajustes a la edad de sus hijos y lo que caracteriza cada edad. Puede ser aplicado como programa universal o selectivo, lo cual es una gran ventaja en este tipo de programa. Aunque Kumpfer sugiere utilizar 14 sesiones para padres, hijos y ambos juntos, se puede aplicar también en 7 sesiones para cada uno de ellos. Las sesiones se realizan una vez por semana. Posteriormente, se aplican 4 sesiones de recuerdo, una cada seis meses. Se sugiere que se aplique entre 8 y 13 familias.

Al haber un gran número de estudios y adaptaciones del programa varía el número de sesiones, así como las sesiones de recuerdo, de uno a otro estudio.

Los distintos programas de fortalecimiento familiar están detalladamente manualizados. Para cada uno de los programas existe un manual para el aplicador, como para los padres, y para las distintas habilidades que tienen que aprender. Lo mismo para los hijos. El manual de implementación del programa incluye su fundamentación, objetivos por sesiones, criterios de inclusión y exclusión de los participantes, contenido y estructura de las sesiones, componentes del programa, de aplicación, descripción de las técnicas empleadas, recursos del programa, actividades para el desarrollo de las sesiones, consideraciones éticas, instrumentos de evaluación del programa y



referencias. En los manuales para los padres e hijos vienen las distintas habilidades que se entrenan, como habilidades de manejo de los hijos, de comunicación, de resistencia, el papel del estrés, etc. Se hace a través de debates en grupo. Se acompañan de hojas de trabajo para los padres y para los hijos, tanto las que se realizan en la sesión de grupo como en casa. También hay material adicional en forma de CD (ej., técnicas de relajación) o DVD (aprendizaje de técnicas). Todo ello puede verse en la web del programa (<https://strengtheningfamiliesprogram.org/>).

Múltiples revisiones y meta-análisis indican la eficacia del programa (Kumpfer, 2014) y para todas las edades para las que se ha elaborado (Kumpfer et al., 2010). Funciona en casi todos los países, pero no en todos (ej., Foxcroft et al., 2016). En España se han hecho varias adaptaciones del mismo, como en Asturias (Errasti et al., 2009) o las Islas Baleares (ej., Orte et al., 2013, 2015, 2018). Los resultados son positivos, logrando reducir el consumo de drogas, mejorar las habilidades familiares y el funcionamiento dentro de la familia, en hijos de familias de riesgo de consumo de sustancias.

Este programa es coste-eficiente (Kumpfer et al., 2016). Se viene insistiendo mucho en que para que su eficacia se mantenga hay que hacer una adecuada adaptación cultural del mismo (Orte y Amer, 2014) y tener en cuenta lo que la investigación nos indica sobre cómo aplicar el mejor programa preventivo familiar (Kumpfer, 2014).

6.3. El programa FERYA

El programa *FERYA*, *Familias en Red y Activas. Programa de empoderamiento familiar para prevenir los riesgos que afectan a los menores* (Juan et al., 2014, 2018), es un programa preventivo familiar y ambiental, de tipo universal, elaborado en España, para las organizaciones de familias que se ha ido extendiendo por la geografía nacional. También se ha extendido a Portugal.

El programa se aplica para que las organizaciones de familias introduzcan la prevención de las adicciones como un objetivo propio, que aumenten sus acciones en prevención en su entorno educativo y socio-educativo. Ha sido desarrollado para prevenir, especialmente, el consumo de alcohol en menores de edad, pero se adapta a los objetivos que las familias consideren oportuno introducir, su metodología sirve a una red de riesgos a la que están expuestos los menores (ej., en sexualidad, violencia, ludopatía, abuso de internet, etc.).

Las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPAS) vinculadas a centros educativos son la principal población receptora del programa en las cinco Comunidades Autónomas donde se ha implementado en España. Durante el proceso de entrenamiento de las familias en empoderamiento y liderazgo de sus organizaciones, son los padres y madres quienes proponen objetivos, estrategias y acciones preventivas adaptadas a sus contextos y necesidades. Estas acciones, guiadas por los objetivos del programa, suelen contemplar movilización local, acciones de *advocacy* y en los medios de comunicación, para impactar el entorno de las familias para reducir las oportunidades de consumo de los menores y promocionar la salud para toda la comunidad. Los profesionales entrenados en el programa acompañan, evalúan, asesoran y apoyan con recursos de la ciencia de la prevención. Se favorece ir creando un entramado de corresponsabilidad para acciones preventivas efectivas entre administraciones locales, organizaciones de la sociedad civil, centros educativos, liderados por las organizaciones de familias.

El programa desarrolla etapas que se retroalimentan unas a otras (sensibilización, formación, seguimiento de las acciones, además de la evaluación continuada). El inicio es un acuerdo de



implementarlo entre los miembros que forman la coalición: responsables de las organizaciones de familias, administraciones locales y profesionales de la prevención formados en el programa. Las acciones de sensibilización pueden ser a un colectivo amplio (por ejemplo, charlas a la comunidad educativa) o reducido (reuniones técnicas). La formación se lleva a cabo en talleres (tanto presenciales como virtuales) para grupos formados por los representantes de las organizaciones de familias y demás miembros de la comunidad interesados (técnicos de las administraciones locales, miembros de la sociedad civil) que van a constituir el equipo local del programa. Los talleres contemplan 6 módulos sobre epidemiología actualizada de los riesgos que afectan a los jóvenes, factores de riesgo y protección, empoderamiento, liderazgo y planificación de acciones preventivas de impacto en el entorno. El seguimiento se hace en reuniones regulares entre los técnicos en prevención formados en el programa y el equipo local. La red se mantiene activa a partir de estas actividades de la etapa de seguimiento. Por otra parte, la evaluación continuada se hace en todas las etapas con diferentes instrumentos y metodologías.

FERYA es un programa con un desarrollo colaborativo para una actuación en red. Se ha ido construyendo desde el Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA), en colaboración con expertos nacionales e internacionales en prevención (varios de estos trabajos están en www.preencionfamiliar.net) junto con organizaciones de familias y apoyo de distintas administraciones. Es un programa que se desarrolla *con* las familias y para que éstas asuman el protagonismo de hacer cambios en sus ambientes. Por ese motivo, extrapola la prevención familiar tradicional para una prevención ambiental.

El programa persigue a corto plazo: 1) aumentar la conciencia de la prevención, 2) fomentar la cultura de la prevención, 3) que representantes de las organizaciones familiares comprendan los datos y evidencias epidemiológicas de los riesgos que afectan a los jóvenes de su comunidad, 4) que se sientan capaces y responsables por liderar cambios en su entorno de manera preventiva. A medio plazo que 5) desarrollen capacidad de movilización, 6) que las organizaciones de familias actúen en red sobre la prevención y, 7) se sientan fortalecidas. Que la red local 8) actuando de manera articulada, 9) proteja a los jóvenes de la comunidad y, 10) ofrezca alternativas saludables de ocio (ocio no relacionado con el consumo). Para así, a largo plazo 11) disminuir el consumo de alcohol por parte de los menores, y 12) incidir en las consecuencias relacionadas con el consumo de esa y otras sustancias (violencia, conductas sexuales de riesgo, aislamiento social, etc.).

Cada módulo tiene unos objetivos, unos contenidos, una dinámica de aprendizaje participativo, junto con una agenda oculta para el dinamizador. La duración total del programa es de 22 horas. Se viene aplicando desde 2012. Por el tipo de programa, su evaluación es compleja. Es viable hacer una evaluación de proceso, pero más difícil hacer una de resultados. La evaluación sobre el mismo puede verse en: <https://ferya.es/epops/>.

6.4. Programa de parentalidad positiva

Uno de los tipos de programas que se utilizan en la prevención familiar son los conocidos como “programas de parentalidad”. En España, el Ministerio de Sanidad ha ido elaborando distintos materiales sobre ello que sirven para aplicar a los padres. Se orientan de modo genérico a la parentalidad, esperando que el consumo de drogas se pueda prevenir, junto a otras diversas conductas problema. El último manual se denomina *Programa de parentalidad positiva* (Rodrigo et al., 2015). Se complementa con una plataforma en línea, promovida tanto por el Ministerio de Sanidad como por la Federación Española de Municipios y Provincias (Málquez et al., 2019).



El manual del programa define la parentalidad, de acuerdo con la recomendación del Consejo de Europa como “comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación, que incluye el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño” (pág. 11). En la guía utilizan el término parental para referirse al padre, madre u otra figura que ejerza funciones de cuidado y educación de los hijos e hijas, y “parentalidad” para referirse al rol que desarrollan para ejercer dichas funciones. A su vez, definen la parentalidad positiva como “aquella que promueve vínculos afectivos, sanos, protectores y estables; que proporciona un entorno educativo estructurado en rutinas y hábitos, a través de los cuales se transmiten de modo flexible normas y valores; que proporciona estimulación, apoyo y oportunidades de aprendizaje; que se basa en el reconocimiento de los logros y capacidades de los hijos e hijas y en su acompañamiento de la vida cotidiana, todo ello en un entorno libre de violencia física, verbal y emocional. Un enfoque de parentalidad positiva tiene en cuenta las necesidades que presentan las figuras parentales para poder realizar adecuadamente su tarea educadora: información, orientación y reflexión sobre el modelo educativo familiar; tiempo para sí mismos y para compartir en familia; confianza en las propias capacidades como figuras parentales y satisfacción con la tarea, y apoyo informal y formal para superar las dificultades y reducir el estrés parental y familiar” (pág. 12). En la tabla 9.3 indicamos cuáles son las áreas centrales de la parentalidad positiva.

Tabla 9.3. Áreas competenciales en la parentalidad positiva.

Competencias	Descripción
Educativa	<ul style="list-style-type: none">– Calidez y afecto en las relaciones.– Control y supervisión del comportamiento infantil.– Estimulación y apoyo al aprendizaje.– Adaptabilidad a las características del niño o niña.
Agencia parental	<ul style="list-style-type: none">– Autoeficacia parental.– Locus de control interno.– Acuerdo en la pareja.– Percepción ajustada del rol parental.
Autonomía personal, búsqueda de apoyo social	<ul style="list-style-type: none">– Implicación en la tarea educativa.– Responsabilidad ante el bienestar del niño o niña y de la familia.– Buscar ayuda de personas significativas.– Identificar y utilizar los recursos para cubrir las necesidades como madres y padres y como adultos.
Desarrollo personal	<ul style="list-style-type: none">– Control de los impulsos y afrontamiento del estrés.– Asertividad y autoestima.– Habilidades sociales.– Resolución de conflictos interpersonales.– Capacidad para responder a múltiples tareas.– Planificación y proyecto de vida.

Fuente: Rodrigo et al. (2008) y Rodrigo et al. (2015, pág. 13).

El programa anterior se basa en las buenas prácticas que se pueden hacer en la parentalidad positiva. Entienden por buena práctica “toda experiencia, guiada por principios, objetivos y procedimientos apropiados, que ha arrojado resultados positivos, demostrado su eficacia y utilidad en un contexto



concreto. En el ámbito profesional, el concepto de buena práctica puede referirse a un continuo de experiencias que van desde el sentido común o el uso tradicional de determinadas formas de hacer o actuar, hasta la práctica profesional basada en evidencias científicas” (p. 25). Parte del manual desarrolla todo esto de modo amplio, a lo largo de tres niveles de buenas prácticas: práctica profesional individual, práctica profesional consensuada y práctica profesional basada en la evidencia. Esto lleva, finalmente, a proponer un total de 25 buenas prácticas, con sus respectivas preguntas e indicadores. A partir de las mismas podemos poner en marcha cualquier acción de parentalidad positiva. Precisamente, la idea del manual es que distintos profesionales dispongan de un instrumento útil para trabajar con las familias en sus respectivos contextos de trabajo profesional.

6.5. El programa preventivo de Örebro

El programa preventivo de Örebro (*Örebro Prevention Program*), elaborado en Suecia y conocido abreviadamente como EFFEKT, es uno de los programas preventivos familiares que sistemáticamente aparece entre los más eficaces (Koutakis et al., 2018). El mismo se dirige a prevenir el consumo de alcohol a través del entrenamiento de los padres para mantener una actitud restrictiva y prohibitiva de sus hijos de 10 o más años, sobre todo cuando tienen 13-14 años; en algún caso el programa ha llegado hasta los 19 años. Es un programa universal, que lo llevan a cabo los padres, a partir de un breve entrenamiento, y el envío de materiales por correo a los mismos.

Se hace una presentación inicial a los padres en la escuela de 30 minutos seguida de varias sesiones estructuradas de 20 minutos, en las reuniones a las que acuden semestralmente los padres a la escuela de sus hijos. En ellas se les entrena en tener un nivel de tolerancia cero con el consumo de alcohol de sus hijos, insistiéndoles en las consecuencias negativas que tiene el consumo de alcohol en esas edades, como violencia, consumo de drogas y realización de sexo sin protección. El programa proporciona métodos y reglas concretas para que los padres puedan comunicar estas actitudes a sus hijos. Al tiempo, se promueven actividades prosociales que hagan más difícil el consumo de alcohol. Después de cada reunión les envían a los padres un resumen de lo que se ha hablado, se refuerza lo que se ha discutido junto con información sobre distintos eventos comunitarios y actividades a las que pueden acudir sus hijos. En la última versión del programa se aplica a lo largo de 5 sesiones, una presencial en cada semestre. Es decir, a lo largo de 2,5 años.

El programa se desarrolló inicialmente en Örebro, Suecia, pero se ha aplicado en distintos países como Suecia, Holanda y Estonia. En Suecia se ha encontrado que funciona. En Holanda ha sido menos eficaz y en Estonia no ha funcionado. Claramente, hay factores culturales que inciden en su resultado. Así, en la evaluación inicial del programa (Koutakis et al., 2008), como otras posteriores realizadas en Suecia (Bodin y Strandberg, 2011) fue eficaz. En el primer estudio las borracheras eran de 0.45 de media en el grupo experimental y 0.97 en el de control. En el segundo estudio, no se encontraron diferencias, pero en el reanálisis de los datos sí aparece eficaz el programa a largo plazo (Özdemir y Strattin, 2012).

La adaptación holandesa indica que el programa retrasa el consumo de alcohol y reduce el alto consumo de alcohol, pero a largo plazo. Reducía el consumo a los 10 meses de seguimiento, no a los 22 meses de seguimiento) (Koning et al., 2009), pero sí a los 50 meses de seguimiento cuando tenían 16 años (Koning et al., 2013).

Es destacable que las muestras utilizadas en la evaluación de este programa han sido muy amplias y de un gran número de escuelas.



6.6. El programa PROTEGO

El programa PROTEGO, o *Entrenamiento familiar en habilidades educativas para la prevención de las drogodependencias*, es un programa con una dilatada historia y bien conocido en España. Se viene aplicando en los últimos 20 años, como en otros países de Latinoamérica. Existe una versión actualizada del mismo, la versión 2, ahora con la denominación de *Entrenamiento en parentalidad positiva y habilidades educativas para madres y padres* (Larriba et al., 2018).

Es un programa de prevención familiar de tipo selectivo, orientado a la prevención del alcohol, tabaco y drogas ilegales. Se aplica a madres y padres de chicos de 9 a 13 años que tienen distintos factores de riesgo. La última versión del programa tiene como objetivos mejorar la cantidad y la calidad de la comunicación familiar; disminuir la frecuencia y la intensidad del conflicto familiar; fortalecer los vínculos entre padres e hijos y la vinculación de los hijos con la familia; mejorar el seguimiento y la supervisión de la conducta de los hijos; aumentar la utilización de métodos de disciplina positiva por parte de los padres; capacitar a los padres para establecer normas de conducta para los hijos claras y coherentes; mejorar la capacitación de los padres para definir normas familiares sobre diferentes conductas problemáticas de la adolescencia, como el consumo de sustancias; aumentar en los hijos la percepción de desaprobación familiar hacia las conductas problemáticas, tales como el consumo de drogas; y, aumentar el uso de estrategias de resolución de problemas en la educación de los hijos.

El programa consta de 8 sesiones de 2 horas de duración cada una. Se hace semanalmente, las siete primeras, y la última tres semanas después. Los contenidos de las sesiones, en la versión 2 del programa son: caminando hacia el cambio (definición de objetivos de cambio de conducta), hablando se entiende la gente (habilidades de comunicación), cuidando las relaciones (reducción de los conflictos y mejora de las relaciones familiares), esto sí, esto no (establecimiento de normas y límites), premios y sanciones (supervisión, sanciones y vinculación familiar), las drogas a debate (posición familiar sobre el tabaco, el alcohol y el resto de las drogas), nuevas respuestas a viejos problemas (resolución de problemas), haciendo balance (seguimiento), compartiendo progresos (seguimiento y refuerzo de los progresos), y despedida y cierre (seguimiento y clausura del programa). El programa se aplica a grupos de madres y/o padres, que tienen hijos de 9 a 13 años, que vienen derivados de la escuela, centros de servicios sociales u otros.

Existe manual del programa. Cuando ello es posible se da apoyo adicional a los padres para que puedan acudir a las sesiones (ej., servicio de canguro). Al ser un programa de tipo selectivo, y muy estructurado, se sugiere que lo aplique un profesional de la psicología, aunque lo puede aplicar otro profesional adecuadamente entrenado en el mismo, que tenga formación en drogas y prevención. Igualmente, desarrollaron un CD con los contenidos, cuestionarios de evaluación y distinto material para las sesiones.

De este programa se elaboraron otros, como el MONEO (prevención universal), el DÉDALO (adaptación del PROTEGO que hizo la Junta de Castilla y León, pero para trabajar tanto los padres como los hijos juntos) y el LÍMITES (para padres cuyos hijos han cometido infracciones que los llevaron a entrar en contacto con la justicia juvenil).

Como otros programas, han realizado evaluación del proceso, pero no de resultados. Estas evaluaciones se han hecho a nivel interno, no en publicaciones científicas. La evaluación del proceso es muy positiva, tanto por parte de los padres como de los aplicadores. La de resultados está pendiente. En la web del programa (<https://plataformaprotego.org/evaluacion/>) puede verse información de la evaluación que realizaron en 2015.



6.7. El programa MONEO

El programa *MONEO*. *Programa de prevención familiar del consumo de drogas* es un programa universal para la prevención familiar del consumo de drogas, elaborado a partir del PROTEGO, por el mismo equipo (Larriba et al., 2006). A diferencia del anterior, éste es un programa universal de prevención familiar dirigido a los padres y madres de jóvenes escolarizados de entre 9 y 13 años. En la última versión del programa su finalidad es: modificar los factores de riesgo y de protección del entorno familiar para prevenir el abuso de drogas en preadolescentes, mediante el incremento de la información sobre las drogas por parte de los padres, la mejora de sus habilidades educativas y la clarificación de la posición de la familia con relación al consumo de drogas. De ahí que los objetivos generales del programa son: aumentar la cantidad y la calidad de la información de los padres sobre las drogas; proporcionar a los padres estrategias educativas para prevenir el abuso de drogas en los hijos (habilidades de comunicación, establecimiento de normas y límites, supervisión, disciplina positiva y comunicación de expectativas de conducta acerca del uso de drogas); y, mejorar las habilidades de los padres para hacer frente a situaciones educativas conflictivas.

A diferencia del PROTEGO, la intervención con los padres en el programa MONEO es breve: cuatro sesiones, una por semana, de dos horas de duración. Los principales contenidos de las sesiones son: información sobre drogas; comunicación familiar, funciones educativas de la familia (equilibrar apoyo y control) y fomento de relaciones positivas entre padres e hijos; normas y límites, disciplina positiva, control de la ira; y, posición familiar ante las drogas (identificar las expectativas de los padres y aprender a comunicarlas a los hijos). Las tareas se enseñan, se discuten en grupo y se practican dentro de las sesiones mediante role-playing. Se puede utilizar en grupos de 20-25 padres y madres, en la escuela. Los padres tienen que inscribirse, se crea un clima de trabajo adecuado y sugieren poder disponer de un sistema de canguros para ellos, cara a mejorar la inscripción y la retención en el mismo.

Como en el programa anterior, hay manual del programa, DVD, tareas impresas y cómo evaluarlo. El manual está bien estructurado, sesión a sesión, para los aplicadores.

Este programa ha sido aplicado en distintos lugares de España y otros países en Latinoamérica. Se ha hecho evaluación de proceso, en los que se indican buenos resultados sobre ello. La retención en el programa es muy alta, cercana al 90%. Aun así, reconocen la dificultad de captar a los padres, como ocurre con este tipo de programas. No se ha hecho evaluación de resultados del programa.

6.8. Otros programas preventivos familiares

Existe otro buen número de programas preventivos familiares eficaces. No podemos verlos todos aquí. Aparte de los comentados, otros ya los hemos citado o los citaremos más adelante. Como un ejemplo UNODC (2017) compiló hasta 23 programas preventivos familiares que ellos consideran eficaces. En las más importantes páginas de vaciado de programas preventivos eficaces (ej., Blueprint, XChange, UNODC, NREPP, etc.) pueden verse los mismos.

También ya vimos en capítulos anteriores que distintos programas preventivos, de tipo escolar o comunitario, tienen un componente familiar como parte de ellos.



7. Elementos que debe tener un programa preventivo familiar eficaz

Como ya hemos indicado, el artículo de Kumpfer y Alvarado (2003) constituyó un punto de inflexión en la prevención familiar, como la publicación de Grover (1998) en el que indicaba los principales componentes que debe tener un programa preventivo familiar eficaz. Más actualmente, Small y Huser (2016) han agrupado los principios de los programas de prevención familiar efectivos en cuatro categorías: 1) diseño y contenido del programa, 2) relevancia del programa, 3) comunicación del programa e implementación, y 4) evaluación del programa y asegurar su calidad. Los mostramos en la tabla 9.4.

Tabla 9.4. Elementos que debe tener un programa preventivo familiar eficaz, según Small y Huser (2016).

1) *Diseño y contenido del programa*

- Los programas efectivos tienen metas y objetivos claros.
- Los programas efectivos están guiados por una teoría y basados en la investigación.
- Los programas efectivos tienen suficiente dosis de intensidad.
- Los programas efectivos son comprensivos (de ahí que muchos programas efectivos incluyan tanto componentes de la escuela como de la familia).
- Los programas preventivos efectivos utilizan técnicas de aprendizaje activo (ej., aprendizaje de nuevas habilidades, juego de roles, aprendizaje participativo).

2) *Relevancia del programa*

- Los programas efectivos son apropiados a la fase del desarrollo de las personas a las que se aplica.
- Los programas efectivos llegan a los participantes cuando ellos están preparados para cambiar.
- Los programas efectivos son socioculturalmente relevantes.

3) *Implementación del programa*

- Los programas efectivos adoptan buenas relaciones entre participantes, staff y voluntarios.
- Los programas efectivos son aplicados por profesionales bien entrenados, cualificados y comprometidos.

4) *Evaluación del programa y asegurar su calidad*

- Evaluar los programas efectivos cuando debe hacerse utilizando las herramientas adecuadas.
- Los programas efectivos están bien documentados y son implementados con fidelidad.

Por su parte, Kumpfer et al. (2018) consideran que cualquier programa de prevención familiar debe estar adaptado culturalmente. Por ello, cualquier programa de prevención familiar debe estar basado en la evidencia, al tiempo que debe estar adaptado culturalmente a ese grupo al que se va a aplicar y, también, para los distintos tipos de familia. Todo ello nos obliga a considerar las dificultades que existen para la adaptación cultural de muchos de sus participantes. Al tiempo, aunque el programa tiene que aplicarse con fidelidad, exige adaptaciones a ese medio social para que pueda funcionar realmente. Y, sin olvidarse de la dificultad que tienen las familias en acudir a este tipo de programas, siendo ésta una de las principales dificultades con las que nos vamos a encontrar.



8. Eficacia de los programas de prevención familiar

Hoy disponemos de una gran cantidad de información sobre los programas preventivos familiares. Se han desarrollado cientos de ellos en las últimas décadas, pero sólo unos pocos se han evaluado, o reúnen estándares mínimos de calidad (Gottfredson et al., 2015). Hoy en día disponemos de buenas evaluaciones sobre su evidencia, tanto a través de revisiones (ej., Hurley et al., 2019; Negreiros et al., 2021; van Ryzin et al., 2016; UNODC, 2009) como de meta-análisis (ej., Kamiski et al., 2008; Thomas et al., 2015; Van Ryzin et al., 2016). Por ello, podemos afirmar, como indican Coastworth y George (2019), que tenemos varios programas preventivos eficaces basados en la familia, y que son: 1) los que se basan en los modelos de riesgo y protección familiar y procesos de resiliencia; 2) aquellos en los que las familias proporcionan un ambiente de crianza básico para promover el bienestar humano; 3) los que se basan en una importante racionalidad técnica, sobre todo programas que pueden reducir los problemas de consumo de sustancias; y, 4) los que utilizan modelos de intervención práctica desde las ciencias clínicas y educativas.

En la revisión de Negreiros et al. (2021) apuntan que los meta-análisis indican que los programas preventivos familiares que han mostrado ser eficaces, con una buena retención y adherencia, son los siguientes: *Strengthening Families Programme 10-14 (SEP 10-14)*; *Parent who care family check-up (FCU)*; *Linking lives health*; *Prevention of alcohol in students (PAS)*, y *Örebro prevention program (ÖPP)*. En la misma línea, en la revisión sistemática de Ballester et al. (2020), en programas en los que intervienen los padres y los hijos, aparecen como eficaces los programas anteriores. Destaca que la mayoría de los estudios se hicieron con diseños experimentales RCT (el 89% de ellos), mostrando la gran mayoría resultados positivos en reducir el consumo de alcohol, tabaco y marihuana, en jóvenes de 10 a 16 años. Por ello, concluyen que “hay suficiente evidencia positiva para apoyar el uso de estrategias de prevención basadas en la familia de tipo universal para reducir el consumo de alcohol y de otras sustancias en contextos sociales y a través de aproximaciones multicomponentes” (pág. 18). También insisten en que una de las claves del éxito de estos programas es su adecuada adaptación cultural, como viene insistiendo especialmente Kumpfer et al. (2018).

Por su parte, Kuntsche y Kuntsche (2016) han revisado los programas preventivos de parentalidad para prevenir el consumo de sustancias en personas de 10 a 18 años, en donde la intervención se hace sólo con los padres, no con los hijos. Se espera que los padres aprendan, a través del entrenamiento en el manejo de sus hijos, a prevenir el consumo de drogas. Encontraron 39 estudios. La mayoría de ellos son de dos programas: el *Örebro Prevention Program* y el *Parent-Based Intervention Program*. También aparecen los programas de *Familias Unidas*, *Family Check-Up*, *Smoke Free Kids* e *In Control: No alcohol*. La mayoría de los programas tienen los mismos componentes. Los resultados indican que la mayoría mejoran el comportamiento de sus hijos. También reducen el consumo de drogas, aunque esto depende sobre todo de la edad que tienen sus hijos.

Vermeulen-Smit et al. (2015) ha hecho una revisión sistemática y meta-análisis de los programas preventivos familiares para el consumo de drogas ilegales. Utilizaron para ello ensayos RCT. Incluyeron 9 programas universales, 8 selectivos y 2 indicados. El meta-análisis indica que los programas universales son eficaces (OR=0.72), consiguiendo reducir el consumo de marihuana (OR=0.78) pero no el de otras drogas ilegales. La mayoría de los programas anteriores se aplican para edades de 10 a 14 años. En cambio, para los grupos de alto riesgo, a los que les aplicaron programas selectivos e indicados, no queda clara la eficacia de dichos programas preventivos. Así, sólo uno de los 6 ensayos RCT en que pueden hacer el meta-análisis de los programas selectivos logra ser eficaz. Estos programas suelen aplicarse a adolescentes de alto riesgo de consumo; los selectivos y los indicados para aquellos más problemáticos a nivel de consumo o que ya consumen, normalmente de 15 a 16 años. El programa selectivo que mejor funciona es el *Family Check-up*.



La revisión sistemática de Hurley et al. (2019) confirma lo anterior para la reducción del consumo de alcohol en los hijos de padres que realizaron programas familiares preventivos.

Hay que indicar que en los meta-análisis se introducen todos los estudios conjuntamente para obtener un resultado global. Puede ocurrir que haya un grupo de programas eficaces, pero al introducirlos con otros ineficaces, el resultado final puede ser de ineficacia, aunque hay varios de los programas que funcionan bien. Esto es relevante tenerlo en cuenta. En ello insiste especialmente la revisión sistemática de Bröning et al. (2012), donde encuentran que unos programas son claramente eficaces, pero otros no. En una línea semejante, Van Ryzin et al. (2016) han delimitado los componentes que son eficaces en estos programas, y que son los que habría que utilizar. O, el tipo de participantes, ya que sabemos que cuanto mayor es el riesgo psicosocial mayor es el beneficio que obtienen los que acuden a estos programas (Bröning et al., 2017).

En relación con Europa, Lloret et al. (2013) encontraron 85 programas preventivos de países europeos que estaban en la red EDDRA del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, entre los años 1998 y 2011. De ellos, el 89% eran inespecíficos o de promoción de la salud, centrándose sobre todo en proporcionar información, el 70% eran universales, el 20% selectivos y el 7% indicados. Observan una baja coherencia entre los objetivos del programa y los factores de riesgo que conocemos, muy poca evaluación de calidad (de resultados), etc. En pocos años, lo anterior ha cambiado radicalmente en muchos países, pasando a utilizarse programas con buena base empírica. En otros casos, los programas sencillamente han desaparecido, se han dejado de utilizar.

Usher et al. (2015) han hecho una revisión de las intervenciones basadas en la familia utilizando la *revisión realista*. Esta tiene en cuenta los factores contextuales y los mecanismos que llevan a los resultados del programa. Agruparon los programas en función de dos teorías: modelos de enfermedad familiar y modelos de prevención familiar. Las primeras priorizan el conocimiento, las segundas el aprendizaje de habilidades. El resultado más destacable de la revisión es que para lograr resultados positivos se debe: 1) crear oportunidades para interacciones positivas padre-hijo, 2) apoyar las relaciones de igual a igual, 3) enfatizar el conocimiento sobre la adicción y la educación sobre el impacto del abuso de sustancias en los niños y en las familias, y 4) implicarse a fondo en las familias marginales, que tienen necesidades socioeconómicas y de servicios diversos.

No todas las revisiones y meta-análisis han encontrado resultados positivos. Así, Gilligan et al. (2019) analizaron los programas preventivos familiares para el consumo de alcohol, basados en la familia o en los padres. Incluyeron programas universales (población general de padres e hijos), selectivos (padres de hijos en mayor riesgo de consumir alcohol) e indicados (padres de hijos que están consumiendo alcohol). Todos eran estudios RCT (con grupo experimental y control asignados al azar), con un buen nivel metodológico. De los 46 estudios que incluyeron, 27 eran de programas universales, 12 selectivos y 7 indicados. La mayoría de estos programas se centraban en la comunicación padres-hijos y en la construcción o mejora de las relaciones. Los elementos comunes que encuentran en la mayoría de los programas son: entrenamiento en habilidades de competencia social, implicación parental con sus hijos y autorregulación. Junto a éstos se han utilizado muchos otros componentes. Lo que subyace a todos ellos es la idea de que si los padres tienen adecuadas normas sociales podrán hacerle frente mejor a la presión externa de los iguales y de la sociedad.

Los resultados del meta-análisis fueron negativos. Esto es, dichos programas no eran eficaces, evaluando prevalencia e intensidad del consumo. En cambio, sobre el volumen de consumo de alcohol sí encontraron diferencias, aunque éstas eran muy pequeñas. Esto los lleva a concluir que “los resultados de esta revisión indican que no hay claros beneficios en los programas basados en



la familia para el consumo de alcohol en los jóvenes. Los patrones difieren poco a lo largo de los resultados, pero en promedio, la variación, heterogeneidad y número de análisis realizados impide cualquier conclusión sobre los efectos de la intervención. Se requieren estudios adicionales independientes para fortalecer la evidencia y clarificar el efecto marginal observado” (pág. 2).

Como conclusión, creemos que la afirmación de Fernández-Hermida et al. (2010) sobre esta cuestión, que indicamos en la tabla 9.5, es aquí adecuada, reflejando la realidad de la prevención familiar.

Tabla 9.5. La efectividad de los programas de prevención familiar y variables relacionadas con ello.

La efectividad de los programas de prevención familiar no sólo está condicionada por las características del programa, sino también por su capacidad de captación y retención. La captación y retención es uno de los principales problemas que se pueden encontrar en este ámbito, y no tienen una solución fácil. El uso de incentivos o el fomento de las relaciones cooperativas entre las familias participantes son dos estrategias que se postulan para mejorar los resultados. Sin embargo, no hay suficientes pruebas de que estas estrategias sean efectivas en todos los contextos, y no siempre están fácilmente disponibles. Se sugiere también que otro camino para reducir la resistencia de las familias a participar puede consistir en rebajar las exigencias de tiempo y recursos que se les pide a las familias para participar en los programas de prevención. Las intervenciones domiciliarias a distancia, mediante correo, envío de videos, etc., son en este caso la solución, aunque está por ver que tales soluciones sean útiles más allá de la mera sensibilización.

Fuente: Fernández Hermida et al. (2010, pág. 39).

9. Criterios de buenas prácticas en los programas de prevención familiar

9.1 Crear el ambiente adecuado para poder poner en práctica un programa preventivo familiar

La mayoría de la sociedad está de acuerdo, como los políticos, los profesionales del campo preventivo, y la mayoría de los padres, de que aplicar un programa preventivo familiar para que sus hijos no consuman drogas es una buena idea, algo que se debe apoyar con claros beneficios. Pero luego falla la implementación real de la misma. Y falla por los que tienen que apoyarlo, por los que tienen que financiarlo y también por parte de los propios padres que no acuden a los mismos. Piensan que son para “otros” padres, no para ellos que se consideran padres ejemplares.

Lo anterior, que es lo real, exige una mayor concienciación de la utilidad de este tipo de programas, bien para todos los padres, si pudiésemos aplicar una prevención universal, o bien para grupos de padres que tienen hijos con riesgo de desarrollar a corto y a medio plazo problemas por el consumo de drogas (prevención selectiva e indicada). A veces se aducen excusas basándose en elementos ideológicos, como tipos de familia, qué se entiende por familia, que todos nacen aprendidos para cuidar a sus hijos, etc. Pero esta no es la cuestión. O, esta cuestión no viene dada *per se*, sino que hay que aprender a criar a los hijos para que éstos no desarrollen problemas. Nosotros, como profesionales, nos centramos en ayudar a que las personas no tengan problemas, cualquier tipo de persona, respetando por encima de todo sus derechos (los de los padres y los de sus hijos, sea cual sea el tipo de familia), sus opiniones, sus creencias, y sus comportamientos, dentro de lo que una sociedad considera aceptable y legal.



Otro aspecto que complica implantar los programas preventivos atañe a su coste. No son programas baratos, pero son muy baratos con lo que vamos a ahorrar a corto y medio plazo (Kumpfer y Magalhaes, 2018). Aquí se aprecia frecuentemente el desconocimiento de lo que son los programas preventivos. No es dar una charla, una conferencia, o reunir en un salón de actos a los padres. Eso lo podemos hacer en una charla, en una conferencia, en un acto puntual. Les podemos proporcionar “información” sobre un tema, pero no estamos haciendo prevención. La prevención familiar del consumo de drogas es algo más complejo, más técnico, más laborioso, que lleva más tiempo, que hay que hacer bien.

Y, finalmente, lo que hace que a veces estos programas fracasen, o tengan poco éxito, es que los padres “creen” que ellos nacen “aprendidos” sobre cómo deben educar a sus hijos. La sociedad ha cambiado. También han surgido nuevos problemas. Uno de ellos es el consumo de drogas, inexistente como problema hace pocas décadas. Hoy tenemos una enorme disponibilidad, un consumo generalizado de drogas y, con ello, se facilitan las conductas de riesgo. Los padres tienen que saber, estar alfabetizados en prevención; ser entrenados para poder aplicar estrategias educativas y comportamentales hacia sus hijos, si no las tienen, para que no consuman drogas ni tengan otros problemas de conducta; también identificar riesgos que proceden de los contextos, físicos y virtuales, donde sus hijos aprenden. La prevención familiar para prevenir el consumo de drogas debería ser el camino que les proporcione esas herramientas y les de ventajas.

9.2. Seleccionar un adecuado programa preventivo, con buen nivel de eficacia

Un buen programa preventivo tiene un objetivo general claro (habitualmente reducir el consumo de drogas) y unos objetivos específicos asociados. La mayoría de los programas preventivos familiares se orientan a enseñar prácticas de crianza, mejorar las relaciones padres-hijos y promover un funcionamiento familiar efectivo, y entrenarlos en ciertas habilidades que permitan un desarrollo saludable y, con todo ello, prevenir problemas de conducta, como el consumo de drogas (Coastworth y George, 2019).

En los últimos años, la gran mayoría de estos programas parten de una de estas tres teorías: la teoría del sistema familiar, o teoría de sistemas, la teoría del apego, y el modelo de entrenamiento conductual de los padres (entrenamiento conductual parental).

Dado que se adaptan muchos programas preventivos familiares de otros países al nuestro, ello no asegura que la eficacia obtenida en otros países ocurra igualmente aquí. Por ello, es conveniente tener en cuenta los aspectos que se sugieren para la adaptación cultural de los mismos (Kumpfer et al., 2008): 1) evaluación de necesidades sobre los precursores etiológicos del problema de comportamiento de que se trate; 2) selección cuidadosa del programa de prevención basado en la evidencia que mejor se adapte y pueda utilizarse en el contexto y grupo diana de que se trate; 3) llevar el programa a la práctica con los materiales originales; 4) selección y formación del personal y supervisión del mismo para asegurar la calidad de la puesta en práctica del programa; 5) puesta en práctica del programa con fidelidad y calidad; y, 6) hacer adaptaciones culturales continuadas.

En la tabla 9.6 presentamos los criterios de la UNODC, consensuados a nivel internacional, para poner en marcha un adecuado programa de entrenamiento en habilidades familiares.



Tabla 9.6. Principios de UNODC (2009) para un buen programa de entrenamiento en habilidades familiares.

1. Debe estar basado en la teoría.
2. Debe basarse en la evaluación de necesidades.
3. Debe estar ajustado al nivel de riesgo de la población objetivo.
4. Debe estar ajustado a la edad y nivel de desarrollo del niño en la población objetivo.
5. La duración e intensidad del programa de entrenamiento en habilidades familiares debe ser adecuada.
6. Las sesiones deben utilizar actividades y técnicas interactivas con grupos de no más de 8 a 12 familias.
7. Deben proporcionar a los padres las habilidades y oportunidades para fortalecer las relaciones familiares positivas, la detección y supervisión familiar, así como indicarles cómo deben transmitir los valores y expectativas familiares.
8. Debe centrarse en reclutar y retener a las familias, incluyendo las estrategias necesarias para ello.
9. Debe ser seleccionado de acuerdo con el nivel de evidencia y efectividad que tiene.
10. Los programas aplicados en una comunidad diferente a donde ha sido elaborado exige adaptarlos a las necesidades culturales y socioeconómicas de la población objetivo.
11. Debe proporcionar un adecuado entrenamiento y apoyo para las personas que van a aplicar el programa, las cuales deben ser seleccionadas cuidadosamente.
12. Debe incluir una importante y sistemática monitorización y evaluación de sus componentes.

Fuente: UNODC (2009).

9.3. Implantar el programa preventivo con flexibilidad, comprensión y habilidad

Es importante que el programa preventivo familiar que se ponga en práctica se haga con flexibilidad, adaptándose a los participantes, como suele ser frecuente cuando los padres tienen problemas y necesidades que pueden interferir con la marcha del programa, y ser habilidosos en llevar a cabo los grupos de padres y/o hijos.

En la tabla 9.7 indicamos los principios de los programas preventivos familiares eficaces que sugieren Kumpfer y Alvarado (2003). Allí vienen muchas de las ideas que hay que poner en práctica en los mismos.

Es importante conocer los factores que facilitan participar o no en estos programas. Hay un patrón muy claro de participación en los mismos. Como un ejemplo, Al-Halabi et al. (2006), en España, encontró que aquellas familias en mayor riesgo de consumo de drogas y con más problemas son las que menos acuden a estos programas. De ahí que el número de padres, sobre todo madres, que acuden es bajo. Por el contrario, los padres que suelen acudir son de bajo riesgo de consumo y con una mayor conciencia sobre el consumo de drogas y los efectos negativos que el consumo puede tener en sus hijos. En otros países se encuentra este mismo cuadro. Si sabemos esto, entonces tendremos que preocuparnos para retener a los padres, estar motivados ante el desaliento, y adaptarnos a la situación real con la que nos vamos a encontrar.



Tabla 9.7. Los 13 principios para los programas preventivos eficaces en la familia.

1. Las intervenciones comprensivas multicomponentes son más efectivas en modificar un amplio rango de factores de riesgo y protección en los niños, que los programas con un componente simple.
2. Los programas centrados en la familia son generalmente más efectivos para las familias con problemas de relación que los que se centran en los hijos o en los padres, sobre todo si enfatizan las potencialidades, resiliencia y factores de protección familiar más que los déficits.
3. Los componentes de los programas efectivos para padres y familias incluyen estrategias para mejorar las relaciones familiares, la comunicación, y el control parental.
4. Los programas familiares son más duraderos en su efectividad si producen cambios cognitivos, afectivos y conductuales en el desarrollo de las dinámicas y ambiente familiar.
5. Incrementar la dosis o la intensidad de la intervención (25-50 horas) es necesario en familias de alto riesgo, con más de un factor de riesgo y pocos factores de protección, en que las familias de bajo riesgo, que necesitan de 5 a 24 horas de intervención.
6. Los programas familiares deben ser apropiados a la edad y al desarrollo del joven, con versiones tanto para los padres como para sus hijos según estos maduran.
7. Los programas deben dirigirse a los factores de riesgo y protección apropiados a la etapa del desarrollo, cuando tienen necesidades familiares, y cuando los participantes son receptivos al cambio.
8. Si los padres son disfuncionales, las intervenciones que comienzan tempranamente en el ciclo de la vida (ej., ya prenatalmente, o en la infancia temprana) son más efectivos.
9. Adaptar la intervención a las tradiciones culturales de las familias mejora el reclutamiento, la retención y a veces la efectividad del resultado.
10. Altas tasas de reclutamiento y retención familiar (en el rango del 80-85%) puede lograrse con el uso de incentivos, incluyendo comida, cuidado de los hijos, transporte, recompensas por completar las tareas o asistir a las sesiones, y una graduación final.
11. La efectividad del programa está altamente unida a la eficacia y seguridad del personal entrenado, características afectivas de autenticidad, cordialidad, humor, empatía y habilidad para estructurar las sesiones, y ser directivo.
12. Los métodos de entrenamiento en habilidades interactivas (ej., role playing, modelado activo, sesiones de práctica familiar, prácticas de tareas para casa, y proporcionarles video/CDs de habilidades efectivas e inefectivas de crianza,) versus clases didácticas, incrementa la efectividad del programa y la satisfacción de los padres, especialmente la de aquellos con nivel socioeconómico bajo.
13. El desarrollo de un proceso colaborativo, mediante el cual los padres son capaces de identificar sus propias soluciones, es importante para desarrollar una relación de apoyo y reducir la resistencia y los abandonos de los padres.

Fuente: Adaptado de Kumpfer y Alvarado (2003).

9.4. Utilizar los componentes que han mostrado ser eficaces para el cambio de conducta de los hijos a través de sus padres

Ya hemos visto en un apartado anterior los componentes que hay que utilizar en este tipo de programas. Small y Huser (2016) agruparon los principios de los programas de prevención familiar efectivos en cuatro categorías: 1) diseño y contenido del programa, 2) relevancia del programa, 3) comunicación del programa e implementación, y 4) evaluación del programa y asegurar su



calidad, como puede verse en la tabla 9.4. Esto indica que sabemos lo que tenemos que hacer (Kaminski et al., 2008).

Al mismo tiempo, sabemos lo que son buenas prácticas de los padres hacia sus hijos, tanto con hijos no consumidores como consumidores (García de Nogal, 2001). Así, los padres y madres de hijos no consumidores están más satisfechos de la forma en que educan; tienen una percepción más optimista con relación a la inculcación de su escala de valores; confían más en la fuerza de su ejemplo; cultivan más el espíritu de sacrificio en sus hijos e hijas; y comparten más tiempo libre con ellos. Por el contrario, los padres y madres de hijos consumidores están más desorientados al abordar la educación de sus hijos; manifiestan más motivos de preocupación ante el presente y el futuro de éstos; se muestran más interesados por fomentar la obediencia en ellos; son más proclives, ellos y sus hijos, al consumismo; y salen más, juntos como pareja y con sus amigos. Conocer lo anterior es relevante para saber dónde nos debemos concentrar en función del tipo de padres.

En suma, un adecuado ambiente familiar, que favorece un desarrollo exitoso y protector de sus hijos, una buena comunicación entre los miembros de la familia, proporcionan afecto y apoyo cuando lo precisan, y les enseñan a manejar el estrés en las situaciones difíciles o novedosas, favorece no consumir drogas (Grube y Taylor, 2006). En cambio, tener padres con problemas de alcohol o drogas lleva a una baja tolerancia a la frustración, expectativas irrealistas sobre sus hijos, roles invertidos, aislamiento y pobres habilidades de crianza (Grube y Taylor, 2006).

De ahí que los programas preventivos familiares deben ser aplicados desde la más tierna infancia. Algunos se orientan a la prevención de drogas de sus hijos y otros al tratamiento, para que a través de este mejoren y, con ello, puedan llevar a cabo una adecuada crianza y así reducir el consumo probable de drogas que tendrían de no dejar ellos de consumirlas. En la tabla 9.8 indicamos el decálogo de buenas prácticas para una crianza positiva, que todo padre debiera aplicar con sus hijos, y ser un elemento central en los programas preventivos familiares de drogas.

Los meta-análisis y estudios experimentales confirman lo anterior (Kaminski et al., 2008; LoBraico et al., 2019; Van Ryzin et al., 2016). Por ejemplo, LoBraico et al. (2019) indica que, a una mayor dosis del programa de control parental y estrategias de manejo parental, así como promover relaciones familiares positivas que reduzcan el riesgo de iniciarse en las borracheras y el consumo de marihuana, junto con la autorregulación y el manejo del estrés, producen potentes y robustos efectos en reducir el riesgo de iniciarse en el consumo de drogas.



Tabla 9.8. Decálogo de buenas prácticas para la crianza positiva.

1. Ver la crianza positiva como un factor de logro y satisfacción personal para los padres, y la protección y prevención de problemas en el desarrollo de niños y adolescentes.
2. Adoptar una visión ecológica de la crianza de los hijos para comprender las condiciones que facilitan u obstaculizan esta tarea y promueven la corresponsabilidad de la sociedad y el desarrollo de la comunidad.
3. Reconocer y respetar la diversidad familiar, socioeducativa, cultural y de género, teniendo siempre en cuenta los buenos intereses del niño, la satisfacción de sus necesidades y la protección y promoción de sus derechos.
4. Proporcionar servicios de acceso universal a las familias, siguiendo un principio no estigmatizante y no exclusivo, al mismo tiempo que se garantiza que ese apoyo llega a los más necesitados a través de un principio de universalismo progresivo.
5. Fomentar los servicios de apoyo a las familias a través de un enfoque preventivo que implique el reconocimiento y la promoción de sus fortalezas, para incentivar su funcionamiento autónomo y confianza en sus posibilidades.
6. Permitir la participación de las familias y sus hijos en los servicios de apoyo familiar para garantizar que sus puntos de vista y sus necesidades se tengan en cuenta.
7. Promover, en los servicios de apoyo para las familias, la inclusión de programas de intervención basados en la evidencia para padres, hijos y adolescentes, para ampliar los tipos de apoyo ofrecidos.
8. Crear espacios de reflexión entre profesionales para permitir la identificación, incorporación y difusión de buenas prácticas.
9. Identificar las competencias profesionales requeridas para el trabajo integrado con las familias, ubicándolas dentro del marco legal, así como políticas familiares y siguiendo los principios deontológicos profesionales.
10. Fomentar la calidad del servicio y la innovación en las políticas y acciones para apoyar a las familias, para que estén motivados y reconocer los esfuerzos que se están realizando en esta dirección. Es decir, buenas prácticas profesionales, como la forma en que se concibe y organiza el servicio, cómo se trabaja con los padres, y cómo funcionan los programas para llevar a cabo la prevención y la intervención.

Fuente: Málquez et al. (2019).

9.5. Solucionar, comprender y derivar cuando es necesario

Vivimos en el mundo de la búsqueda de soluciones. Muchos padres acuden a los programas preventivos, o cuando tienen que ir a tratamiento, debido al comportamiento inadecuado de sus hijos, para buscar soluciones a lo que está pasando. A ellos les preocupa más obtener soluciones a su problema que conocer en qué consiste el mismo, que otros muchos padres lo padecen, que no es tan anormal lo que está ocurriendo, etc. De ahí la relevancia de centrarnos en soluciones, a través de su entrenamiento en distintas habilidades que lleven a una mejor crianza de sus hijos, mejor apego, menos conflictos, etc.

Sabemos cuáles son los principales factores que en una familia ponen al niño y adolescente en riesgo del abuso de sustancias (UNODC, 2009), como son la carencia de apoyo y relaciones inseguras en los padres; carencia de relaciones significativas con el adulto a su cuidado; crianza inefectiva; ambiente en casa caótico; padres o hermanos que abusan de drogas, sufren de un trastorno mental o están implicados en conductas delictivas; y, aislamiento social.



La educación y la prevención debieran ser suficientes para corregir las carencias anteriores. Pero en la práctica, en la vida real, ocurre que en más de un caso la intervención preventiva es insuficiente, sobre todo cuando sus hijos ya consumen drogas, o tienen problemas de dependencia. En este caso hay que derivarlos a tratamiento. Y, sugerirles que deben ser los padres los que los lleven, aunque nosotros les facilitemos todo el proceso, y se impliquen en el mismo de modo activo, sobre todo cuando son menores. Precisamente la terapia familiar utiliza muchos componentes habituales de los programas preventivos de drogas, y viceversa.

A veces, también, el asesoramiento o el consejo a los padres, puede ser suficiente. En este caso, hay una serie de temas que los padres van a plantear sobre sus hijos, que tenemos que conocer, y saber darles una adecuada información e, igualmente, cómo tienen que hacer para mejorar la educación de sus hijos (ver tabla 9.9).

Tabla 9.9. Temas que se plantean entre padres e hijos y donde es relevante que los padres sepan proporcionar una adecuada información para lograr una buena educación de sus hijos sobre las drogas.

- Sobre cómo son sus hijos.
- Sobre cómo es la familia en donde vive (padre, madre, hermanos, otros miembros de la familia extensa).
- Sobre cómo son sus amigos.
- Sobre las salidas y sus límites.
- Sobre el dinero de que pueden disponer.
- Sobre los límites entre lo deseable y lo no deseable.
- Sobre los límites entre lo bueno y lo malo.
- Sobre la salud y como preservarla.
- Sobre cómo evitar tener problemas de salud.
- Sobre el papel que los padres tienen que cumplir hacia sus hijos.
- Sobre su responsabilidad en el cuidado de sus hijos.
- Sobre el ocio, como algo bueno, necesario y propio de los jóvenes en su sentido lúdico y positivo para el crecimiento personal de los jóvenes.
- Sobre los límites de una diversión problemática y llena de riesgos (ej., emborracharse).
- Sobre las presiones de grupo, sean de amigos, compañeros o desconocidos.
- Sobre los engaños y la influencia de la publicidad en hacerlos consumidores y dependientes de sus mensajes.
- Sobre el alcohol como sustancia que causa problemas cuando se abusa del mismo.
- Sobre el consumo de otras drogas y sus efectos negativos.
- Sobre el fin último que subyace a estas conductas: el negocio de muchos.
- Sobre los otros temas que les preocupan (estudios, sexualidad, futuro profesional o vital, etc.)

Fuente: Adaptado de Becoña y Calafat (2006, pág. 123).

9.6. El uso de nuevas tecnologías

El uso de nuevas tecnologías también ha llegado al campo de la prevención de drogas, incluyendo la prevención familiar. Kumpfer et al. (2019) indican que la utilización de la tecnología puede facilitar que los programas preventivos familiares lleguen a más familias. Aunque en el pasado esto se hacía a través del envío de distintos materiales a las casas (como CDs o DVDs), actualmente podemos utilizar todo lo que nos facilita internet, bien sea vía ordenador, página



web, teléfono móvil, tableta. Esto puede ser parte de un programa presencial al que acuden a pocas sesiones los padres, o bien acude el aplicador del programa a casa de los padres. Es un nuevo recurso que hay que tener en cuenta y que puede implicar el mayor o menor éxito de un programa preventivo familiar.

Uno de los desarrollos que hay que ir implantando de modo habitual, e ir desarrollando extensamente en los próximos años, son las Apps. Con ellas podemos hacer prevención. Hoy ya sabemos que se han mostrado muy útiles en varios temas de salud (Grist et al., 2017; Milne-Ives et al., 2020). Seguro que en los próximos años con las mismas podremos hacer un relevante avance en la prevención familiar.

Estamos seguros de que las nuevas tecnologías se van a convertir en un elemento central de los programas preventivos en los próximos años y, de modo especial, en lo que atañe a la prevención familiar. La epidemia del Covid-19 nos ha permitido ver las ventajas que tiene el uso de estas nuevas tecnologías en distintos aspectos de la vida (ej., el teletrabajo, las conferencias online, las videollamadas, etc.). Aplicadas a la prevención nos permitirán llegar a más personas, mejorar la adherencia (al poder ser utilizadas en distintos momentos), usar distintos y variados recursos (ej., presencialidad y recursos grabados), ser más inmediatos en la intervención, etc. Los primeros estudios en esta línea (ej., Busse et al. 2021) indican que es un abordaje viable y bien recibido.

9.7. *Evaluar el programa preventivo*

La evaluación es imprescindible. A veces la calidad se mide a través de dicha evaluación. En prevención, como en otras áreas de la vida, la evaluación es central para conocer si lo que hacemos es o no útil. Por ello, cuando ponemos en marcha un programa preventivo familiar debemos tener claro que el mismo funciona, que se ha evaluado previamente en nuestro contexto socio-cultural y que con él se obtienen buenos resultados. Si el programa se aplica con fidelidad es esperable obtener buenos resultados.

También puede ocurrir que tenemos un programa nuevo, que no se ha evaluado previamente. En este caso, tenemos que hacer una evaluación de su eficacia. La misma nos indicará la bondad del programa.

Dentro de lo que son buenas prácticas en la prevención familiar, con frecuencia nos vamos a encontrar con la dificultad de hacer una buena evaluación, por dificultades técnicas, por tener muestras pequeñas, por no asistir todos los padres a las sesiones, por la pérdida de padres y alumnos para la evaluación del programa a lo largo del tiempo, etc. De ahí, que seguir todos los pasos que estamos indicando nos permitirá estar más seguros de que lo que hacemos lo estamos haciendo bien, aunque puede ser el caso de que no lleguemos a hacer, o no sea posible hacer, una evaluación adecuada.

Y, lo que nunca debemos olvidar es que hay un problema real en el reclutamiento de los padres, madres habitualmente, que no siempre es fácil obtener información sobre los consumos, componentes de la intervención realmente utilizados, todo lo cual influye en la calidad de los resultados y en la dificultad posterior de analizar en conjunto la eficacia de los programas preventivos familiares (Fernández-Hermida et al., 2012).



9.8. Mantener el programa activo a lo largo del tiempo

Uno de los grandes problemas en el campo preventivo es que muchos programas aparecen y, poco tiempo después, desaparecen. O, dicho de otro modo, no se mantienen en el tiempo. Se ponen en marcha un tiempo, no siguen el siguiente año, o no se sabe si en los próximos puede seguir o no. Esto no permite obtener resultados consistentes ni mantenidos en el tiempo. Por ello, se debe planificar desde el principio como mantener un programa preventivo de tipo familiar, que está en marcha o se va a poner en marcha, no menos de dos años, y a poder ser con una planificación de cinco años. De este modo, es más probable que se mantenga en el tiempo. En cambio, si solo lo planificaron a corto plazo, para unos meses, o un año, lo más probable es que sea una aplicación puntual sin continuidad en el tiempo.

La prevención no puede ser un acto puntual. Tiene que ser algo mantenido en el tiempo. Y cuanto más tiempo se mantenga mejores resultados se obtendrán. Se aplicarán programas adecuados, se mejorará lo que se está haciendo, y se irá adaptando el programa a sus destinatarios. Claramente el beneficio obtenido siempre compensa los costes, como tenemos clara evidencia de ello.

9.9. Mejorar el programa que se ha aplicado en función de lo que se ha aprendido

La experiencia adquirida debe comunicarse a otras personas. Y, también, el trabajo que realizamos debe mejorarse conforme pasa el tiempo. Con la aplicación de un programa preventivo familiar adquirimos más experiencia, sabemos cómo solucionar los problemas que van surgiendo, introduciendo elementos nuevos por los cambios familiares o sociales que se van produciendo. No son iguales los programas preventivos familiares de hoy que los de hace 20 años, como tampoco es la misma sociedad una y otra.

De ahí que todo programa preventivo, en su parte final, debe tener un apartado de cómo ir mejorando el mismo. Ello es bueno para nosotros, para los padres, para los jóvenes, para los que financian el programa y para todo el conjunto de la sociedad. Es un modo de mejorar el trabajo que se hace día a día, programa a programa.

El avance en el campo preventivo ha sido enorme en las últimas décadas. Lo mismo ha ocurrido en la prevención familiar para el consumo de drogas. Este aprendizaje continuo ha permitido mejorar los programas que se vienen aplicando, incrementar su eficacia y conseguir prevenir más eficientemente el consumo de drogas.



Referencias

- Al-Halabi, S., Secades, R., Errasti, J. M., Fernández-Hermida J. R., García-Rodríguez, O. y Carballo, J. L. (2006). Family predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, 25, 327-331.
- Auersperg, F., Vlasak, T., Ponocny, I. y Barth, A. (2019). Long-term effects of parental divorce on mental health—A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 119, 107-115
- Bachman, J. G., O'Malley, P.M., Schulenberg, J.E., Johnston, L.D., Freedman-Doan, P. y Messersmith, E. E. (2008). *The education-drug use connection*. Nueva York, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ballester, L., Amer, J., Sánchez-Prieto, L. y Valero, M. (2021). Universal family drug prevention programs. A systematic review. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 18, 192-213.
- Barton, A. W., Yu, T., Brody, G. H. y Ehrlich, K. B. (2018). Childhood poverty, catecholamines, and substance use among African American young adults: The protective effect of supportive parenting. *Preventive Medicine*, 112, 1-5.
- Bauman, Z. (2018). *Generación líquida: transformación en la era 3.0*. Barcelona: Paidós.
- Baumrid, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35, 639-650.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19, 89- 101.
- Becoña, E. (2021). *La prevención ambiental en el consumo de drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?* Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., Fernández, E., Calafat, A. y Fernández-Hermida, J. R. (2014). Apego y consumo de sustancias en adolescentes: una revisión conceptual y aspectos metodológicos. *Adicciones*, 26, 77-86.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Duch, M. y Fernández-Hermida J. R. (2012a). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*, 24, 253-268.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J.R. y Secades, R. (2012b). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: education, prevention and policy*, 19, 1-10.
- Benítez, M. E. (2017). La familia: desde lo tradicional a lo discutible. *Novedades en Población*, 265, 58-68.
- Bodin, M. C. y Strandberg, A. K. (2011). The Örebro prevention programme revisited: A cluster-randomized effectiveness trial of programme effects on youth drinking. *Addiction*, 106, 2134-2143.
- Bröning, S., Baldus, C., Thomsen, M., Sach, P-M., Arnaud, N. y Thomasius, R. (2017). Children with elevated psychosocial risk load benefit most from a family-based preventive intervention: Exploratory differential analysis from the German "Strengthening Families Program 10-14" adaptation trial. *Prevention Science*, 18, 932-942.
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sachk, P-M., Schauning-Busch, I., Ruths, S., ... Thomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: A comprehensive systematic review. *Substance Abuse, Treatment, Prevention and Policy*, 7, 23.
- Busse, A., Kashino, W., Suhartono, S., Narotama, N., Pelupessy, D., Avicenna Fikri, A. y Essau, C. A. (2021). Acceptability and feasibility of using digital technology to train community practitioners to deliver a family-based intervention for adolescents with drug use disorders during the COVID-19 pandemic. *Addictive Behavior Reports*, 14, 100357.
- Cabrera, K. G. (2011). Niños y adolescentes "gomeros" de la calle. Un caso de Quito. *Universitas*, 17, 103-130.
- Calafat, A., García, F., Juan, M., Becoña, E. y Fernández-Hermida, J. R. (2014). Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 185-192.
- Carrá, G., Bartoli, F., Riboldi, I., Trotta, G. y Crocamo, C. (2018). Poverty matters: Cannabis use among people with serious mental illness: Findings from the United States survey on drug use and health, 2015. *International Journal of Social Psychiatry*, 64, 656-659.



- Caton, C. L. M., Shrout, P. E., Eagle, P. F., Opler, L. A., Felix, A. y Dominguez, B. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: A case-control study. *American Journal of Public Health, 84*, 265-270.
- Coastworth, J. D. y George, M. W. (2019). Family processes an evidence-based prevention. En Z. Sloboda, H. Petras, E. Robertson y R. Hingson (Eds.), *Prevention of substance use* (pp. 133-146). Nueva York, NY: Springer.
- Craig, G.J. (1996). *Desarrollo psicológico (7ª ed.)*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Cowell, A. J. (2006). The relationship between education and health behavior: Some empirical evidence. *Health Economy, 15*, 125-146.
- Duch, M., Gervilla, E., Juan, M., Guimarães, C., Kefauver, M., Elgán, T. H., Gripenberg, J. y Quigg, Z. (2020). Effectiveness of a community-based intervention to increase supermarket vendors' compliance with age restrictions for alcohol sales in Spain: A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*, 5991.
- Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology, 214*, 17-31.
- Errasti, J. M., Al-Halabí, S., Secades, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2009). Prevención familiar del consumo de drogas: el programa «Familias que funcionan». *Psicothema, 21*, 45-50.
- Fernández-Hermida, J. R., Calafat, A., Becoña, E., Tsertsvadze, A. y Foxcroft, D. R. (2012). Assessment of generalizability, applicability and predictability (GAP) for evaluating external validity in studies of universal family-based prevention of alcohol misuse in young people: Systematic methodological review of randomized controlled trials. *Addiction, 107*, 1570-1579
- Fernández-Hermida, J. R., Secades, R., Calafat, A., Becoña, E., Rosal, F., Duch, M. y Juan, M. (2010). *Una revisión de los programas de prevención familiar. Características y efectividad*. Palma de Mallorca: IREFREA (recuperado de: http://www.prevencionfamiliar.net/uploads/PDF/Informe2_RevProgramasPrevFamiliar.pdf).
- Foxcroft, D. R., Callen, H., Davies, E. L. y Okulicz-Kozaryn, K. (2016). Effectiveness of the strengthening families programme 10-14 in Poland. Cluster randomized controlled trial. *European Journal of Public Health, 27*, 494-500.
- García del Moral, N. (2001). Transmisión de valores y cambios sociales en la educación familiar. En I. Vielva, L. Pantoja y J. A. Abeijón (Eds.), *La familia y sus adolescentes ante las drogas* (pp. 151-190). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Gilligan, C., Wolfenden, L., Foxcroft, D. R., Williams, A. J., Kingsland, M., Hodder, R. K., ... Cochrane Drugs and Alcohol Group (2019). Family-based prevention programmes for alcohol use in young people. *Cochrane Database Systematic Review*, CD012287.
- Gimeno, A. (1999). *La familia: el desafío de la diversidad*. Madrid: Ariel.
- Goodman, A. (2010). Substance use and common child mental health problems: Examining longitudinal associations in a British sample. *Addiction, 105*, 1484-1496.
- Gottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E. M., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N y Zafft, K. M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation. *Prevention Science, 16*, 893-926.
- Grist, R., Porter, J. y Stallard, P. (2017), Mental health mobile apps for preadolescents and adolescents: A systematic review. *Journal of Medicinal Internet Research, 19*, e176.
- Grover, P. L. (Ed.) (1998). *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches. PEPS reference guide*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U. S. Department of Health and Human Services.
- Gruber, K. J. y Taylor, M. F. (2006). A family perspective for substance abuse: Implications from the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 6*, 1-29.
- Grusec, J. E. (2011). Socialization processes in the family: Social and emotional development. *Annual Review of Psychology, 62*, 243-269.



- Guilbert, W. y Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, 452-460.
- Horigian, V. E. y Szapocznik, K. J. (2015). Brief strategic-family therapy: Thirty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. En L. M. Scheier (Ed.), *Handbook of adolescent drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice* (pp. 249-265) Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Hurley, E., Dietrich, T. y Rundle-Thiele, R. (2019). A systematic review of parent based programs to prevent or reduce alcohol consumption in adolescents. *BMC Public Health*, 19, 1451.
- INE (2014). Las formas de convivencia. *Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística*, nº 7 (en: www.ine.es).
- Juan, M., Calafat, A., Duch, M. y Becoña, E. (2014). *Programa Ferya. Familias en red y activas. Programa de empoderamiento familiar para prevenir los riesgos que afectan a los menores*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- Juan, M., Calafat, A., Duch, M. y Guerrero, M. A. (2018). *Programa Ferya. Familias en red y activas. Programa de empoderamiento familiar para prevenir los riesgos que afectan a los menores*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H. y Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.
- Kandel, D. B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315
- Kendler, K. S., Maes, H. H., Sundquist, K., Ohlsson, H. y Sundquist, J. (2014). Genetic and family and community environmental effects on drug abuse in adolescence: A Swedish national twin and sibling study. *American Journal of Psychiatry*, 171, 209-217
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, J. y Sundquist, K. (2019). A contagion model for within-family transmission of drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 173, 239-248.
- Kerr, D. C., Capaldi, D. M., Pears, K. C. y Owen, L. D. (2012). Intergenerational influences on early alcohol use: Independence from the problem behavior pathway. *Development and Psychopathology*, 24, 889-906.
- Keyes, K., Hatzenbuehler, M. L. y Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: The epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology*, 218, 1-17.
- Kliewer, W. (2010). Family processes in drug use etiology. En L. M. Scheier (Ed.), *Handbook of drug use etiology. Theory, methods, and empirical findings* (pp. 365-381). Washington, DC: American Psychological Association
- Koning, I. M., van der Eijnden, R. J., Verdurmen, J. E., Engels, R. C. y Vollebergh, W. A. (2011). Long-term effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents: A cluster randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 40, 541-547.
- Koning, I. M., van der Eijnden, R. J., Verdurmen, J. E., Engels, R. C., y Vollebergh, W. A. (2013). A cluster randomized trial on the effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents four years after baseline; no evidence of catching-up behavior. *Addictive Behaviors*, 38, 2032-2039.
- Koning, I. M., Vollebergh, W. A. M., Verdurmen, J. E. E., Van Den Eijnden, R. J. J. M, Bogh, T. F. M. T., Stattin, H. y Engels, R. C. M. E., (2009). Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): Cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately ad simultaneously. *Addiction*, 104, 1669-1678.
- Koutakis, N., Stattin, H. y Kerr, M. (2008). Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: The Örebro prevention program. *Addiction*, 103, 1629-1637.
- Kumpfer, K. L. (2014). Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulse control disorders in girls. *ISRN Addiction*, 308789.



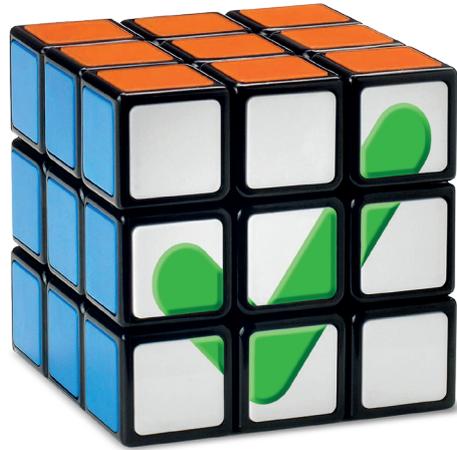
- Kumpfer, K. L. y Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58, 457-465.
- Kumpfer, K.L., Fenollar, J. y Jubani, C. (2013) Una intervención eficaz de mejora de las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de personas con adicción al alcohol y las drogas. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 21, 85-108
- Kumpfer, K. y Magalhaes, C. (2018). Strengthening Families Program: An evidence- based family intervention for parents of high-risk children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 27, 1-6.
- Kumpfer, K., Magalhaes, C. y Quin-Qung, H. (2018). La adaptación cultural del Stenghening Families Program. En C. Orte y L. Ballester (Eds.), *Intervenciones efectivas en prevención familiar de drogas* (pp 19-32). Barcelona: Octaedro.
- Kumpfer, K., Magalhaes, C., Whiteside, H. y Xie, J. (2016). Strenghtening families for middle/late childhood. En M. J. van Ryzin, K. L. Kumpfer, G. M. Fosco y M. T. Greenberg (Eds.), *Family-based prevention programs for children and adolescents. Theory, research, and large-scale dissemination* (pp. 68-85). Nueva York: Psychology Press.
- Kumpfer, K., Scheier, L. M. y Brown, J. (2018). Strategies to avoid replication failure with evidence-based prevention interventions: Case examples from the strengthening families program. *Evaluation & the Health Professions*, 43, 75-89.
- Kumpfer, K., Whiteside, H. O., Greene, J. A. y Allen, K. C. (2010). Effectiveness outcomes of four age versions of the Strengthening Families Program in statewide field sites. *Grouis Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14, 211-229.
- Kuntsche, S., y Kuntsche, E. (2016). Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use—A systematic literature review. *Clinical Psychology Review*, 45, 89-101.
- Larriba, J., Durán, A. M., y Suelves, J. M. (2006). *Moneo. Programa de prevención familiar del consumo de drogas*. Barcelona. PDS. Promoción y Desarrollo Social.
- Larriba, J., Durán, A. M. y Suelves, J. M. (2017). *Protego. Versión 2. Entrenamiento en parentalidad positiva y habilidades educativas para madres y padres*. Barcelona. PDS. Promoción y Desarrollo Social.
- Lee, L. O., Young, K. C., Kendler, K. S. y Prescott, C. A. (2012). The effects of age at drinking onset and stressful life events on alcohol use in adulthood: A replication and extension using a population-based twin sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36, 696-704.
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- LoBraico, E. J., Fosco, G. M., Crowley, D. M., Redmond, C., Spoth, R. L. y Feinberg, M E. (2019). Examining intervention component dosage effects on substance use initiation in the Strengthening Families Program: For parents and youth ages 10-14. *Prevention Science*, 20, 852-862.
- Lloret, D., Espada, J. J., Cabrera, V. y Burkhardt, G. (2013). Prevención familiar del consumo de drogas en Europa: Una revisión crítica de los programas contenidos en EDDRA. *Adicciones*, 25, 226-234.
- Lloret, D., Gervilla, E., Juan, M., Castaño, Y., Pischke, C. R., Samkange-Zeeb, F. y Mendes, F. (2020). Community intervention self-efficacy scale for parent leaders (CONNECTED): Parents' empowerment to prevent adolescent alcohol use. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 4812.
- Málquez, M. L., Rodrigo M. J., Hidalgo, V., Amorós, P., Martínez-González, R., Arranz, E. B., ... Ballells, M. A. (2019). Protocolo de buenas prácticas en parentalidad positiva. Su elaboración y estudio piloto. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (Monográfico 1), 425-436.
- Martínez, A. (2001). Familia y consumo de drogas desde el modelo circunplejo de evaluación familiar. En I. Vielva, L. Pantoja y J. A. Abeijón (Eds.), *La familia y sus adolescentes ante las drogas* (pp. 51-100). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Miller, T. y Hendrie, D. (2008). *Substance abuse prevention dollars and cents: A cost- benefit analysis*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.



- Milne-Ives, M., Lam, C., De Cock, C., Van Velthoven, M. H. y Meinert, E. (2020). Mobile apps for health behavior change in physical activity, diet, drug and alcohol use, and mental health: Systematic review. *JMIR Mhealth Uhealth*, 8, e17046.
- Mun, E. Y., Windle, M. y Schinker, L. M. (2008). A model-based cluster analysis approach to adolescent problem behaviors and young adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 29, 291-318
- Negreiros, J., Ballester, L., Valero, M. y Amer, J. (2021). Revisión sistemática de programas de prevención familiar universal: análisis en términos de eficacia, retención y adherencia. *Adicciones*, 33, 345-358.
- Niemelä, S., Sourander, A., Poikolainen, K., Helenius, H., Sillanmärk, L., Parkkola, K., ... Moilanen, I. (2006). Childhood predictors of drunkenness in late adolescence among males: a 10-year population-based follow-up study. *Addiction*, 101, 512-521.
- Nystrand, C., Feldman, I., Enebrink, P. y Sampaio, F. (2019). Cost-effectiveness analysis of parenting interventions for the prevention of behaviour problems in children. *Plos One*, 14, e0225503.
- O'Connell, M. E., Boat, T. y Warner, K. E. (Eds.) (2009). *Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people. Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Ohannessian, C.M., Hesselbrock, V. M., Kramen, J., Bugholz, K.K., Schuckit, M. A., Kuperman, S. y Nurnberger, J. I. (2004). Parental substance use consequences and adolescent psychopathology. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 725-730.
- Olivares, J. (2001). Los problemas del adolescente normal. En C. Saldaña (Ed.), *Detección y problemas en el aula de los problemas de los adolescentes* (p. 19-39). Madrid: Pirámide.
- Orte, C., Ballester, L., March, M. X. y Amer, J. (2013). The Spanish adaptation of the Strengthening Families Program. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 84, 269-273.
- Orte, C., Ballester, L., March, M. X., Amer, J., Vives, M., Pozo y Pozo, R. (2015). The Strengthening Families Programme in Spain: A long-term evaluation. *Journal of Children's Services*, 10, 101-119
- Orte, C. y Amer, J. (2014). Cultural adaptations of the Strengthening Families Program in Europe. An example of an evidence-based family education program/ Las adaptaciones culturales del Strengthening Families Program en Europa. Un ejemplo de programa de educación familiar basado en evidencia. *Ese-Estudios Sobre Educación*, 26, 175-195.
- Orte, C., March, M. X., Ballester, L., Oliver, J. L., Pascual, B., Vives, M., Amer, J. y Valero, M. (2018). Los factores de éxito del Programa de Competencia Familiar. Balance de 15 años de experiencia y resultados. En C. Orte y L. Ballester (Eds.), *Intervenciones educativas en prevención familiar de drogas* (pp. 85-98). Barcelona: Octaedro.
- Ozdemir, M. y Stattin, H. (2012). Does the Örebro prevention programme prevent youth drinking? *Addiction*, 107, 1705-1706.
- Pandina, R. J., Johnson, V. J. y White, H. R. (2010). Peer influences on substance use during adolescence and emerging adulthood. En L. M. Scheier (Ed.), *Handbook of drug use etiology. Theory, methods and empirical findings* (pp. 383-401). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Pardini, D., Raskin, H. y Stouthamer-Loeber, M. (2007). Early adolescent psychopathology as a predictor of alcohol use disorders by young adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 88 (Supl. 1), S38-S49.
- Pitkänen, T., Kokko, K., Lyyra, A. L. y Pulkkinen, L. (2008). A developmental approach to alcohol drinking behaviour in adulthood: A follow-up study from age 8 to age 42. *Addiction*, 103 (Suppl. 1), 48-68.
- Piko, B. y Kovacs, E. (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35, 53-56
- Printz, R. J. (2015). A population approach to parenting and family intervention. En L. M. Scheier (Ed.), *Handbook of adolescent drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice* (pp. 237-247) Washington, D. C.: American Psychological Association.



- Rodrigo, M. J., Amorós, P., Arranz, E., Hidalgo, M. V., Márquez, M. L., Martín, J. C., Martínez, R. y Ochaíta, E. (2015). *Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva. Un recurso para apoyar la práctica profesional con familias*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias.
- Rodrigo, M., Márquez, M. L., Martín, J. C. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar*. Madrid: Pirámide.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24, 143-155.
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation and multinational dissemination of triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 345-379.
- Sanders, M. R., Kirly, J. N., Tellegen, C. L. y Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34, 337-357.
- Small, S. A. y Huser, M. (2016). Family-based prevention programs. En R. J. R. Levesque (ed.), *Encyclopedia of adolescence* (pp. 1-11). Nueva York, NY: Springer Verlag.
- Spoth, R., Redmond, C., Mason, W. A., Chalker, L. y Borduin, L. (2015). Research on the Strengthening Families Program for parent and youth ages 10-14: Long-term effects, mechanism, translation to public health, PROSPER partnership scale up. En L. M. Scheier (Ed.), *Handbook of adolescent drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice* (pp. 267-292) Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Stevens, M. (2014). The cost-effectiveness of UK parenting programmes for preventing children's behaviour problems. A review of the evidence. *Child & Family Social Work*, 19, 109-118.
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M. y Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37, 747-775.
- Thomson, R. G., Wall, M. M., Greenstein, E., Grant, B. F. y Hasin, D. S. (2013). Substance-use disorders and poverty as prospective predictors of first-time homelessness in the United States. *American Journal of Public Health*, 103 (Supl. 2), 282-288.
- UNODC (2009). *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*. Nueva York, NY: United Nations.
- UNODC (2017). *Compilation of evidence-based family skills training programmes*. Nueva York, NY: United Nations.
- Usher, A. M., McShane, K. E. y Dwyer, C. (2015). A realist review of family-based interventions for children of substance abusing parents. *Systematic Reviews*, 4, 177.
- Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*, 1, 15-22.
- Van Ryzin, M. J., Kumpfer, K. L., Fosco, G. M. y Greenberg, M. T. (Eds.) (2016). *Family-based prevention programs for children and adolescents: Theory, research and large-scale dissemination*. Washington, DC: Psychology Press.
- Vermeulen-Smit, E., Verdurmen, J. E. E. y Engels, R. C. M. E. (2015). The effectiveness of family interventions in preventing adolescent illicit drug use: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 218-239
- Vielva, I. (2001). Introducción. En I. Vielva, L. Pantoja y J. A. Abeijón (Eds.), *La familia y sus adolescentes ante las drogas* (pp. 19-32). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Walcheski, M. J. y Reinke, J. S. (2015). *Family life education: The practice of family Science*. Saint Paul, MN: National Council of Family Relations.
- Yoshikawa, H., Aber, J. L. y Beardslee, W. R. (2012). The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention. *American Psychologist*, 67, 272-284.
- Zucker, R. A., Davies, W. H., Kincaid, S. B., Fitzgerald, H. E. y Reider, E. E. (1997). Conceptualizing and scaling the developmental structure of behavior disorder: The lifetime alcohol problems score as an example. *Development and Psychopathology*, 9, 453-471.



CAPÍTULO 10

La prevención en el ocio nocturno
y la vida recreativa



1. Introducción

La vida recreativa ha alcanzado una gran relevancia en las sociedades desarrolladas en las últimas décadas. Es un elemento más del consumismo propio de ellas. En España, este fenómeno se ve favorecido por la climatología, especialmente en primavera y verano, por el turismo y por nuestro sistema cultural de diversión, basado en estar al aire libre y consumir frecuentemente alcohol junto a otras personas.

España es conocida en otros países por ser el país de la “fiesta”. Con ello se refieren a que aquí se puede uno divertir, pasarlo bien, con un buen clima, comer bien, tener hoteles a precios asequibles. Igualmente, poder acceder al consumo de alcohol y drogas sin muchos problemas, con una buena tolerancia social y sin consecuencias legales o penales relevantes para los excesos. Esto lo vemos cuando miles de personas acuden a raves, fiestas de varios días, u otras, en las que se consumen drogas, no aceptan las normas del municipio, ocupan espacios naturales, etc., pero no se les desaloja, multa o detiene. Se les permite estar. Como máximo se les identifica. Así, confirman lo que antes pensaban: una gran tolerancia social ante la diversión y el consumo de drogas.

Uno de los modos característicos del ocio y la diversión es la vida recreativa nocturna. Dentro de ella hay varios tipos, desde el botellón, característico de los más jóvenes, como adolescentes y personas en la adultez temprana, hasta las otras formas de diversión nocturna, en pubs, discotecas, afters, etc. Y, todo ello va unido al consumo de alcohol y drogas, en muchos casos en cantidades elevadas, llevando a la borrachera, graves consecuencias en la salud, accidentes de tráfico, mantener relaciones sexuales sin protección o sin querer tenerlas, embarazos no deseados, agresiones, violencia, molestias a los vecinos, etc.

Prevenir las consecuencias negativas del ocio y diversión, habitualmente en las formas que hemos indicado de consumo excesivo de alcohol y drogas, borracheras, y sus efectos negativos, se ha convertido en un tema relevante. Es necesario prevenir estas conductas, pero no siempre se ha hecho del modo deseable y científico, sobre todo por los intereses que subyacen a la vida recreativa y todo lo que la rodea.

A continuación, veremos qué implica la vida recreativa, qué prevención se puede hacer, qué prevención se ha hecho, su nivel de eficacia y las buenas prácticas para el ocio nocturno y la diversión en relación con el consumo de alcohol y drogas.

2. El ocio nocturno y la vida recreativa

2.1. El nuevo fenómeno de la vida recreativa y la diversión en las sociedades desarrolladas

En las últimas décadas se ha producido en los jóvenes una importante transformación de la diversión y de los hábitos de consumo asociados con ella. La vida recreativa, el pasarlo bien, el salir de marcha, se ha convertido en un nuevo fenómeno, más que por nuevo, ya que la gente se ha divertido siempre, por sus nuevas características.

El fenómeno de la diversión, que nos puede parecer cotidiano y normal en estos tiempos, no siempre ha sido como hoy lo conocemos (Calafat et al., 2000). A mediados de los años 70 del s. XX, y en los años sucesivos, se produce en España el final de la dictadura, el comienzo de la democracia, la aper-



tura externa, recoger los frutos del desarrollo económico que se produce a partir de los años 60, de los ingresos que aportan los emigrantes, el boom demográfico y una clara idea de bienestar y progreso, la liberación de la mujer y su incorporación al mercado laboral con ingresos propios, dominio sobre su cuerpo y sobre la concepción, el incremento considerable de los estudiantes universitarios, el boom del turismo y la entrada de divisas, nuevas ideas del extranjero, la música moderna, el pop, etc. La diversión cambia radicalmente a partir de ese momento en España, como en otros países.

El salir de marcha se ha convertido en poco tiempo en una nueva forma de diversión que ha transformado la noche, los horarios, y a los mismos jóvenes. A ella dedican un buen número de horas. Una parte la asocian con el consumo abusivo de alcohol (ej., botellón) o el consumo de drogas, especialmente cannabis y cocaína, esta última para “aguantar” mejor la noche. En todo caso nunca hay que olvidar que, cuando hablamos de consumo de drogas, hay que conocer el dato epidemiológico real, que nos indica que en las personas jóvenes hay más personas que no consumen drogas ilegales que los que las consumen (OEDYT, 2021). Por suerte, el consumo se circunscribe habitualmente al fin de semana.

Otro fenómeno, reciente en el tiempo, es el de las personas que se inician en el consumo de drogas en su adultez, después de los 18 años, cuando entran en la Universidad (Rocha et al., 2018). Como un ejemplo, en las universidades españolas se encuentra que un tercio de los que fuman cigarrillos (desde el primer año hasta el último) han comenzado a hacerlo en la Universidad, no antes de ingresar en la misma, y una parte importante de ellos comienzan en ese periodo a abusar del alcohol y del cannabis.

El consumo de drogas no suele ir solo, sino acompañado de otras conductas desviadas, antisociales o problemáticas socialmente (Calafat et al., 2007). Detectar los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia tanto para ellos como para el resto de la sociedad. No debemos olvidar que la mejora en el bienestar social (ej., reducción de la tasa de paro, aumento de las oportunidades, buenas escuelas para todos, etc.), biológico (ej., facilidad de acceso a la sanidad, posibilidad de hacer chequeos periódicos, etc.) y psicológico (ej., crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; poder desarrollar sus capacidades y expresar sus opiniones, preservar la salud mental, etc.) de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención del consumo de drogas.

2.2. La vida recreativa en los jóvenes y adultos: los tipos de diversión

1) Salir con los amigos a divertirse

Los jóvenes están en una edad en la que el descubrimiento del mundo, estar con otras personas y conocer a otras nuevas, incluyendo las del otro sexo, pasarlo bien, constituyen una parte de su proceso de socialización. Esto empieza en la adolescencia y se va a mantener durante varios años. Se prioriza la diversión y salir. Años después esto se reduce, sobre todo cuando la persona adquiere roles adultos (ej., trabajar). Conforme pasa el tiempo, la mayoría de las personas reducen las salidas o el tiempo que salen, sobre todo si tienen pareja, hijos, empiezan a trabajar, preparan el acceso a un trabajo, o por el mero hecho de que con la edad tienen intereses y valores distintos a la adolescencia y adultez temprana.

Por ello, la mayoría de los jóvenes tienen entre sus objetivos principales salir con sus amigos, pasarlo bien y divertirse. En función de las costumbres sociales y de lo que les ofrece esa sociedad,



se divertirán de un modo o de otro. Lo normal es que salgan a divertirse, a pasarlo bien. No a quedarse en casa, aislados de sí mismos, de otros, y del mundo que les rodea. Pero hay niveles entre no salir nunca y salir continuamente.

El grupo de amigos va a constituir un elemento importante en este proceso de divertirse. Unos querrán más sensaciones que otros; unos querrán más riesgos que otros; unos querrán hacerle más caso a lo que han aprendido en su familia y escuela que otros. En suma, habrá claras diferencias en el tipo de diversión en función de los amigos y amigas que tenga o de los amigos que ha buscado. En la mayoría de los casos la diversión será adecuada, normativizada y sin riesgos.

2) Ir de botellón

Uno de los grandes cambios que se ha producido en España en las últimas décadas ha sido el surgimiento del fenómeno del botellón. Al contrario de lo que muchos piensan, el objetivo de los jóvenes no es salir a beber y a emborracharse. Su objetivo es salir para estar con otras personas, conocer gente nueva y pasarlo bien. Pero ha sido la industria del alcohol la que ha modulado este interés de los jóvenes hacia sus propios intereses, creando una dinámica en la que los jóvenes pueden acceder libremente al alcohol (en supermercados, otras tiendas, etc.), que ha llevado a donde hoy estamos (Calafat et al., 1995). Por ello, ha sido necesario tomar medidas en el pasado, como prohibir vender alcohol en tiendas de 24 horas (muchas de las cuales se abrieron sólo para vender alcohol para el botellón), en gasolineras, en supermercados a ciertas horas, y el control del acceso de los menores a la compra de alcohol, lo que no siempre es fácil de aplicar (Calafat et al., 2013). Aun así, el botellón se ha normalizado, a pesar del alto nivel de consumo de alcohol de los jóvenes en el mismo (Gervilla et al., 2020). Una parte de los que participan en el botellón son menores de edad.

La realidad actual es que el botellón se ha extendido como una mancha de aceite por toda la geografía, con la anuencia de los políticos, la tolerancia social de los padres y resto de la sociedad ante el mismo, poniendo un paño opaco delante de los ojos sobre las negativas consecuencias que produce actualmente y producirá en el futuro a miles de personas (WHO, 2019).

Una parte de los que participan en el botellón mezclan una bebida alcohólica de alta graduación y un refresco, lo que conocemos como cubata. Entre las bebidas alcohólicas que suelen consumirse se encuentra el ron, vodka, ginebra, whisky, tequila, etc. También los chupitos son una demanda frecuente. Son bebidas foráneas, no de nuestro entorno, como serían el vino o la cerveza. La pregunta es sencilla, ¿quién saca más beneficio económico de la venta de alcohol en el botellón, la industria cercana que elabora cerveza o vino, o las multinacionales que venden bebidas de alta graduación? (Calafat et al., 2005).

Al haberse convertido el botellón de muchas ciudades en el lugar en donde se reúnen los jóvenes, lleva a que casi todos busquen estar con otros jóvenes. Con ello, tienen que ir necesariamente al mismo, casi de modo obligado, para socializar. Y allí el consumo excesivo de alcohol, y el consumo de otras drogas, como el cannabis, cocaína o drogas de síntesis, va unido al mismo para una parte de los que allí se reúnen.

En algunas zonas, ante el incremento del control del botellón en lugares públicos, el mismo ha pasado a hacerse en pisos, con las consiguientes molestias para los vecinos.



3) Ir de vinos, cervezas y pubs

Un grupo normalizado es el de aquellos que sólo van de vinos y cervezas y luego a algún pub. O solo salen de vinos en las zonas de la ciudad habilitadas para ello. Este grupo, que es de los más normalizados, no suelen ser tan jóvenes, sino ya personas en la adultez temprana o incluso de más años. Se contrapondrían a los que van al botellón, que suelen ser personas más jóvenes, de menor edad o universitarios, mayoritariamente. El grupo que va de vinos y pubs no suele querer mezclarse con los que van al botellón, sobre todo por un tema de edad, y de considerar que están en un grupo de diversión distinto, más maduro y de mayor nivel.

Muchas de estas personas salen en pandilla o en parejas. También grupos de amigos. Su objetivo es socializar, hablar, charlar, pasarlo bien. No tienen como objetivo emborracharse. Suelen combinar el consumo de alcohol, en forma de vino o cerveza en los bares, con pinchos o comida ligera, y cuando van a los pubs con uno o varios cubatas.

A veces este grupo de personas complementan lo anterior con salir a cenar. Esto depende de la ciudad, de si tiene una zona de vinos importante, si se puede tapear o cenar de modo ligero. La variabilidad es alta, dependiendo sobre todo del número de locales de restauración y de lo que ofrecen en los mismos.

4) Ir a bailar

Un tipo clásico de diversión es el baile. Lo llevamos haciendo los humanos desde hace miles de años para expresar a través del mismo la fuerza, el dominio, la jerarquía, la atracción sexual, el cortejo, etc. Se pueden expresar muchos sentimientos y conductas a través de este. Es un acto social característico de casi todas las culturas, excepto las que lo tienen prohibido por temas religiosos u otros. En nuestra sociedad el baile se hace en discotecas, a veces en pubs, como en conciertos y en las fiestas patronales. También los que acuden a bailes de salón. Los jóvenes suelen hacerlo en discotecas.

Muchas personas disfrutan bailando. Les permite estar bien, pasar a otro estado de conciencia, hacer ejercicio, exponerse o ver a otros u otras expuestos, ligar, mirarse, etc. Es un acto social bien conocido. De ahí que algunos jóvenes tienen en el baile su lugar predilecto para divertirse.

Se puede salir sólo para ir a bailar, que no suele ser lo más habitual, pero sí que en muchos casos las personas van a bailar después de haber participado en el botellón o después de ir de vinos o de pubs. Por la hora de apertura de las discotecas, con horarios específicos por edades, no se puede ir pronto a las mismas, de ahí que hay que cubrir las horas previas a entrar en ellas. Excepto los horarios de tarde para los menores de edad, discotecas sin alcohol.

A veces, este grupo combina salir de botellón con ir posteriormente a bailar. O, el de aquellos que salen de marcha, van a cenar, o a pubs, y finalizan yendo a la discoteca para acabar en ella la noche. La edad modula bastante este comportamiento, porque los que van a bailar, cuando es en discotecas, suelen ser mayoritariamente personas de 18 o más años, en la madrugada, al no tener acceso legalmente los menores a las mismas. De ahí el que para los que se inician en el consumo de alcohol el botellón es su elemento identificador principal. Y, con frecuencia están en él hasta altas horas de la madrugada. En ocasiones especiales hasta que despunta el sol, hasta la mañana siguiente.



5) Ir a buscar sexo

Un elemento central en la adolescencia es buscar sexo. Es el periodo en la vida en el que se despierta la sexualidad, debido al desarrollo biológico y psicológico que se produce a partir de ese momento en la vida. Ese despertar se va poco a poco operativizando en la búsqueda de pareja, o parejas, y de sexo de ser posible con ellas, como una actividad con una alta implicación en tiempo y esfuerzo, tanto a nivel cognitivo como comportamental. Esa motivación va a durar varios años y ocupar mucho tiempo y esfuerzo. Es una parte habitual de la adolescencia. Y lo hacen interactuando con otras personas, habitualmente de su misma edad o de edades semejantes, conociendo personas nuevas con las que puedan interactuar, conocer, estar, bailar, beber, etc. En muchos casos, este tipo de relaciones, tan importantes para el desarrollo de cualquier persona, le permite tener sexo, u organizar con alguna de esas personas que ha conocido una relación afectivo-emocional a corto, medio o largo plazo.

También, este tipo de conductas puede ocasionar problemas no esperados, como son cada vez más frecuentes en las sociedades desarrolladas, las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados, sexo no consentido debido a estar bajo los efectos del alcohol o drogas, no recordar lo que se ha hecho al día siguiente si se está bajo los efectos del alcohol o drogas psicoactivas, etc. Y, en los casos más graves, violencia y agresiones, junto con violaciones. En todo lo anterior, el uso excesivo de alcohol y el consumo de drogas tiene una relevancia importante (Bellis et al., 2008).

6) Y los que no salen

Hay un grupo de jóvenes que no salen a divertirse o lo hacen muy esporádicamente. Es una toma de decisiones que pueden hacer, bien sea por presiones paternas, o porque así ellos lo han decidido, sean hombres o mujeres. Por ejemplo, hay personas que priorizan sus estudios, y una meta a medio o largo plazo (ej., tener una muy buena nota para hacer una carrera determinada) que le hace orientar todos sus esfuerzos a ello, haciendo que su vida se reduzca a los estudios y no salgan, o apenas salgan (Calafat et al., 2004).

También hay un grupo de jóvenes que no salen por tener otros problemas, de tipo físico o invalidante, o un trastorno mental o del comportamiento, como una fobia social. De todos modos, este grupo no es el predominante entre los jóvenes.

2.3. Consecuencias negativas de la vida recreativa

Son varios los aspectos negativos que acarrea la diversión, sobre todo cuando se hace en exceso, como indicamos a continuación.

1) Consumo abusivo de alcohol y drogas

El primer efecto negativo que se aprecia en la vida recreativa es el consumo excesivo y abusivo de alcohol y de otras drogas, y las consecuencias negativas que se derivan a partir de este consumo. Las personas embriagadas pueden desarrollar en el futuro problemas de dependencia del alcohol. Tienen consecuencias negativas en forma de accidentes, fracaso escolar, dependencia del alcohol, incremento de la probabilidad de consumir otras drogas, embarazos no deseados,



etc. Este fenómeno está muy extendido en España (Calafat, 2010). También es preocupante en otros países europeos (Anderson et al., 2012). En España, tenemos añadido el problema de legislar sobre esta materia por los enormes intereses que subyacen y por las fuertes presiones de la industria del alcohol para no hacerlo (Becoña, 2021).

Una de las consecuencias más relevantes de lo anterior, si esta conducta se mantiene en el tiempo, es que una parte de los jóvenes van a tener más problemas con el alcohol, con el consumo de drogas ilegales, de salud mental, menos posibilidades sociales, no finalizar los estudios, etc. De ahí la relevancia de prevenir este tipo de conductas a edades tempranas.

2) Incivismo (vandalismo, orines, peleas)

Con frecuencia se aprecia, aunque esto lo hace solamente una parte minoritaria de los jóvenes, actos incívicos relacionados con la vida nocturna y más específicamente con el botellón. Nos referimos a actos de vandalismo, en forma de ruidos, no respetar el sueño de los vecinos, creer que la calle es suya, orinar y mismo defecar en la calle y en algún portal, etc. En la misma línea, por las mañanas el olor a orina es evidente en algunas partes de la ciudad en donde se hace botellón, especialmente en algunos portales, en varias esquinas, o en lugares cercanos donde celebran el botellón. En ocasiones, aunque no es frecuente, se producen peleas, en muchos casos asociadas al consumo abusivo de alcohol (Calafat et al., 2000).

A nivel social, este tipo de conductas son las que más ve la población. Aunque son realizadas por un grupo reducido de jóvenes, del total de ellos, una parte importante de las personas piensan que esto lo hacen todos los jóvenes. Así, los estigmatizan, lo que es un elemento negativo para ellos.

3) Violencia

Salir de marcha está frecuentemente asociado no sólo con el consumo y abuso de sustancias legales, como el tabaco y el alcohol, e ilegales, como el cannabis, la cocaína, o el éxtasis, sino que también se relaciona con otros comportamientos conflictivos, como las conductas sexuales de riesgo, o los actos vandálicos y violentos.

Aunque habitualmente la violencia juvenil tiene lugar en las escuelas, el hogar, o en la calle en múltiples formas, como el acoso escolar, las agresiones sexuales o la violencia entre bandas, en la actualidad una proporción importante ocurre en ambientes recreativos nocturnos. En el Reino Unido, por ejemplo, una quinta parte de los actos violentos tienen lugar en las inmediaciones de un pub o un bar, y prácticamente la mitad de los incidentes violentos ocurren en las noches del fin de semana (Hughes et al., 2011). La violencia juvenil, ligada a los contextos recreativos nocturnos, constituye un fenómeno preocupante y en expansión. Varios estudios apuntan a la conexión entre salir de marcha y el consumo y abuso del alcohol y las drogas, actitudes agresivas y conductas violentas. Asimismo, la concentración de bares o locales en una zona se acompaña de una mayor violencia, así como de una mayor oferta de drogas ilegales y, por tanto, de un mayor consumo de las mismas (Hughes et al., 2019).

Los varones, como era esperable, participan significativamente más en peleas físicas cuando salen de marcha y tienen un mayor número de problemas con la policía.



4) Accidentes de tráfico y mortalidad

Una de las consecuencias más graves que produce el consumo abusivo de alcohol y drogas en los jóvenes son los accidentes de tráfico, si conducen vehículos a motor bajo sus efectos. Así, sufren consecuencias graves para la salud, en una parte de ellos y, en los casos más graves, incluso la muerte (Jones et al., 2019).

Los jóvenes son más impulsivos y tienen menor nivel de autocontrol. Se ven como inmunes ante consecuencias negativas que tiene la vida (Calafat et al., 2009). Ello los lleva a ser más atrevidos, a creer que nunca les pasará nada, que son invulnerables a las consecuencias negativas que les ocurren, etc. Ello es parte de no haber llegado al completo desarrollo cognitivo, no haber aprendido de ciertas experiencias, creencias erróneas sobre el alcohol y las drogas, etc. (Becoña, 2002).

Es necesario prevenir este tipo de conductas, que acarrea consecuencias tan graves a algunos individuos (incluso la muerte), sus familias y el conjunto de la sociedad. Por ello, se han ido desarrollando medidas de distinto tipo para reducir al máximo dichas consecuencias. Una parte de la prevención de drogas, a nivel de programas de prevención ambiental, ocio nocturno y otras medidas, se dirigen precisamente a reducir al máximo los accidentes de tráfico, sobre todo en los jóvenes (WHO, 2019).

5) Sexualidad de riesgo

En los últimos años, los valores acerca de la sexualidad han ido cambiando en nuestro contexto sociocultural. Actualmente, los jóvenes se han socializado a partir de valores más liberales que definen la sexualidad como una experiencia placentera y saludable. Durante la adolescencia la sexualidad adquiere una gran relevancia. Es el momento en el que una parte importante de ellos inician las prácticas sexuales. Es entre los 16 y los 20 años cuando la mayoría de los jóvenes españoles comienzan a tener relaciones sexuales. Ya a los 15-16 años el 21.6% de los varones y el 18.4% de las mujeres han mantenido relaciones coitales (Moreno et al., 2020).

Así, salir de marcha los fines de semana se relaciona en gran medida con el consumo de drogas legales e ilegales y con mantener relaciones sexuales, tanto en hombres como en mujeres (Calafat et al., 2009). De hecho, el contexto recreativo nocturno integra como parte de este el consumo y abuso del alcohol y otras drogas como el cannabis, la cocaína o el éxtasis, junto con la búsqueda y experimentación sexual. De esta forma, los jóvenes van descubriendo el valor del consumo de sustancias, la sexualidad y el salir de marcha. "Buscar sexo" se convierte en una motivación importante para salir a divertirse los fines de semana. Varios estudios muestran que, en el contexto específico de los ambientes recreativos, las expectativas de un posible encuentro sexual pueden derivar en un mayor consumo de drogas, ya que muchos jóvenes valoran dichas sustancias por sus efectos facilitadores de logros sexuales (Bellis et al., 2008).

El alcohol es la sustancia más empleada por los jóvenes para alterar el comportamiento sexual (Calafat et al., 2009), incrementándose así la probabilidad de mantener relaciones sexuales de riesgo (relaciones sexuales más precoces, varios compañeros sexuales, mayor probabilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados), ya que favorece la desinhibición y la pérdida de control. Esta cuestión resulta de gran relevancia en nuestro medio debido al fenómeno del botellón, en el que los jóvenes ingieren grandes cantidades de alcohol al tiempo que consumen otras drogas.



Otras sustancias, como la cocaína, el cannabis o el éxtasis, también son consumidas por sus efectos relacionados con la sexualidad. Las drogas recreativas afectan a la capacidad de tomar decisiones y, consecuentemente, su consumo aumenta la probabilidad de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, como no usar preservativo (Becoña et al., 2008).

6) *Consecuencias negativas para la salud*

Una parte de los jóvenes, aquellos que llevan a cabo conductas abusivas de consumo de alcohol y/ o drogas, tienen mayor riesgo de tener consecuencias negativas en su salud. El consumo de alcohol en grandes dosis, o de modo concentrado (beber muchas unidades de bebida en poco tiempo), como hacen una parte de los jóvenes actualmente, tiene efectos negativos para la salud física y mental tanto a corto como a medio plazo en una parte de sus consumidores (Carbia et al., 2016). Ello produce un incremento de los distintos riesgos asociados a dicho consumo de modo inmediato (menos reflejos, riesgo de accidentes, de implicarse en peleas, de padecer abuso o dependencia del alcohol, conductas sexuales de riesgo, necesidad de gastar más dinero en alcohol, incidencia en el rendimiento escolar, mayor riesgo de consumir otras drogas, etc.), y otros más demorados (ej., incidencia en la esfera física como en el estómago, hígado, enfermedades de transmisión sexual, mayor riesgo de depresión y suicidio, etc.). Dichos efectos pueden ser más duraderos y negativos a largo plazo. Por ello, todas las medidas que lleven a que los jóvenes no se embriaguen se dirigen a prevenir riesgos a corto, medio y largo plazo. No olvidemos que el consumo de alcohol explica actualmente en España un gran número de muertes. Donat et al. (2020) calculan que, para el periodo 2010-2017, ocurrieron 15.489 muertes al año atribuibles al consumo de alcohol en España.

En la tabla 10.1 indicamos algunos signos indirectos que pueden ayudarnos a detectar un problema por abuso del alcohol, que también pueden estar presentes en el abuso de otras drogas. Un indicador importante de lo que ocurre con el consumo abusivo de alcohol y/o drogas lo podemos obtener de los profesionales que trabajan en los Servicios de Urgencias. Sabemos que, en los últimos años, han aumentado en ellos las demandas, tanto por parte de personas intoxicadas por el alcohol como por los producidos por los problemas directos o indirectos del consumo de drogas ilegales, especialmente por la cocaína o por el poli consumo de drogas. Por suerte, son pocas las muertes que se producen por reacción aguda a drogas, o por sus complicaciones. Pero en ocasiones la gravedad del caso es evidente (problemas cardiovasculares, pérdida de conciencia, ataques de pánico, agresividad, etc.) y es un fenómeno al que están hoy habituados los profesionales de los Servicios de Urgencias. Además, las secuelas graves o la mortalidad por consumo excesivo de alcohol son más evidente en aquellos casos en que las personas han tenido un accidente de tráfico por intoxicación alcohólica, o muerte por consumo de drogas. Esto lo saben bien estos profesionales, especialmente cuando coinciden estas variables: fin de semana, joven y altas horas de la madrugada.



Tabla 10.1. Signos indirectos para detectar problemas de abuso de alcohol (también se pueden dar en otro tipo de abuso de drogas, o en otros trastornos).

- Descenso repentino o paulatino del rendimiento escolar o laboral. Absentismo escolar (novillos).
- Cambio de carácter reciente importante. Actitud negativista, mayor irritabilidad o rebeldía.
- Cambio de amigos, eligiendo la compañía de los más problemáticos.
- Salir mucho los fines de semana, no regresando a casa hasta muy tarde.
- Mayores necesidades económicas.
- Resistencia a la disciplina en la escuela y en casa.
- Empeoramiento de las relaciones con profesores, padres, amigos.
- Descenso del interés por el futuro profesional o por los estudios.
- Actos de vandalismo, peleas más frecuentes, accidentes, traumatismos.
- Algunos problemas con la ley (tráfico, peleas...).
- Los compañeros comentan sobre las frecuentes embriagueces o los horarios prolongados de salida.
- Aliento alcohólico al llegar a casa o signos de embriaguez.
- Los lunes son especialmente problemáticos para ir a clase o a trabajar.

Fuente: Becoña y Calafat (2006, pág. 91).

Tabla 10.2. El incremento de los problemas de alcohol y drogas en los servicios de urgencias de los hospitales.

Para darnos una idea de la magnitud del problema y del incremento de los efectos negativos del consumo del alcohol y drogas en España, decía en 2005, la entonces Ministra de Sanidad Doña. Elena Salgado, en su comparecencia en la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de las drogas:

“También han aumentado en los últimos años los ingresos hospitalarios por psicosis alcohólica, por síndrome de dependencia del alcohol y por psicosis causadas por drogas. La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria muestra un incremento, entre 1993 y 2002, de los ingresos hospitalarios por psicosis ocasionadas por consumo de drogas del 103%, dato preocupante, aunque las cifras absolutas no sean muy grandes. En el caso de drogas distintas del alcohol, el aumento de ingresos por psicosis alcanzó el 420%.”

7) Incidencia en el rendimiento escolar y en la vida laboral

Una de las consecuencias negativas más relevantes que se asocian con el consumo de alcohol y drogas en jóvenes es el incremento del fracaso escolar, no asistir a la escuela, abandono escolar, y distintos problemas en la escuela (Bachman et al., 2007). El fracaso y abandono escolar es un problema tanto para los jóvenes, como para sus familias y para toda la sociedad. Esto ocasiona, a medio y a largo plazo, peor nivel de empleabilidad y que una parte de ellos sigan consumiendo abusivamente en los años posteriores. Este es uno de los motivos que explica la necesidad de prevenir el consumo de alcohol y drogas en la escuela y en ambientes recreativos nocturnos.

Una de las conductas más claras que pueden observarse es la de aquellos alumnos que en vez de estar en clase están fuera del centro escolar, bien fumando, bebiendo o consumiendo drogas, sobre todo cannabis (porros). Esto conduce a que no aprueben las asignaturas, ni los cursos, y a



que abandonen prematuramente la Escuela o Instituto, a los 16 años, que es hasta cuando llega la enseñanza obligatoria.

8) Quejas de los vecinos en zonas de marcha y diversión

Una de las consecuencias más claras de la vida recreativa nocturna son las molestias que con frecuencia ocasiona a los vecinos. Muchas asociaciones de vecinos, en lugares en donde hay botellón, o es zona de diversión, se quejan continuamente de los efectos de la marcha, que suelen ser ruidos por las noches, suciedad, orines, altercados, insultos a los vecinos, etc. Son consecuencias de tal tipo de diversión, claramente incívicas, toleradas socialmente, y fuente de problemas sociales. Además, ello acarrea costes adicionales para el municipio, como es reponer el mobiliario urbano destrozado, mayor coste del servicio de limpieza, más recursos policiales, etc.

Aquí chocan los derechos de los vecinos a poder dormir y estar tranquilos en sus casas con comportamientos incívicos a la puerta de sus casas. El mantenimiento del botellón, incluso en estas circunstancias, sólo se puede entender bajo una gran tolerancia social, enormes intereses en torno al alcohol y la vida recreativa nocturna, y la falta de coraje en racionalizar la vida en las partes de la ciudad donde no es posible dormir por la noche.

La marcha saludable es buena. La marcha descontrolada es mala, y fuente de problemas, sobre todo a los que molestan con ese uso inadecuado de la noche. Hay ciudades en donde la diversión tiene una relevancia y fama especial. Rápidamente nos vendrían a la mente el nombre de varias de ellas, que aquí omitiremos. Esto da buena imagen a la diversión, para los que la buscan. Pero una mala imagen para otros, debido a los excesos de la marcha nocturna, con una diversión continua hasta el amanecer. Si hay turistas en ese sitio, aprecian por la mañana el estado en que quedan las calles y parques después de noches de excesos. Con frecuencia, en estos sitios el dilema está entre el negocio versus la salud.

9) Coste que tiene controlar los aspectos negativos de la movida nocturna

La movida y sus consecuencias negativas no salen gratis. Tienen su coste, tanto económico, como personal y social. Nos referimos primeramente al coste económico que acarrearán las horas adicionales de trabajo de la policía local, los costes de ruptura de mobiliario urbano, los costes sanitarios de los servicios de urgencias, etc. También están los costes para muchos vecinos en su salud física y psíquica (ej., problemas para dormir, insomnio, menor rendimiento laboral al día siguiente, mayor nivel de ansiedad y de estrés. En los casos más graves tener que cambiar de piso).

Un aspecto destacado de los costes relacionado con la movida nocturna es el que tiene la recogida de basuras. Al tener que ampliar la recogida de basuras (en cantidad de basura a recoger y lugares en donde está esparcida) esto tiene un coste adicional para el municipio, como así ya tienen calculado en el pliego de condiciones con las empresas de recogida de basuras de muchos municipios.

2.4. Los intereses económicos en torno a la vida recreativa

El ocio, la diversión y la hostelería constituyen importantes aspectos de los ingresos de muchas personas, de muchas familias, de muchas empresas y negocios. Es un elemento central de toda la industria turística. Los jóvenes salen mucho más que las personas adultas, lo que redundará en un



mayor gasto en actividades de ocio, tiempo libre y diversión (en bares, pubs, discotecas, restaurantes y supermercados y tiendas de 24 horas). Los que más salen son los menores de edad, entre 15 y 18 años, y los de la adultez temprana, entre 18 y 30 años.

De modo directo o indirecto la hostelería se beneficia de que las personas salgan y estén en la calle. Unos hacen más negocio que otros, dependiendo del horario de apertura y cierre de los locales y del número de personas que haya a esas horas (ej., no es lo mismo abrir hasta la 1 que hasta las 4 de la madrugada).

Se precisa llegar a un equilibrio entre diversión, economía, salidas nocturnas, intereses diversos y salud. Una sociedad debe tener claro lo que quiere priorizar, si la salud o el negocio, si los daños o el bienestar. Éste es un tema actualmente abierto, y que así seguirá durante tiempo, pero no olvidemos que preservar la salud, sobre todo la de los jóvenes y adolescentes, es un derecho fundamental que ellos tienen y todos los adultos tenemos la obligación de preservar.

2.5. ¿Qué buscan los jóvenes en la diversión? ¿Qué encuentran en ella? ¿Qué hacen?

La vida recreativa tiene tanto aspectos positivos como negativos. Es una parte más de la vida normal de un joven. Durante el fin de semana, a veces ya por la semana, van a dedicar varias horas durante uno o más días de la semana a divertirse. La diversión ordenada es buena. Esto no siempre ocurre en los lugares de diversión. Las características propias de la adolescencia y juventud, con la necesidad de búsqueda de identidad, autonomía y afirmación lleva a cometer excesos. El límite de los excesos es lo importante. Por ello, puede haber una diversión sana o una diversión con riesgos y, entre una y otra, distintos niveles intermedios.

Para conocer mejor los tipos de diversión es útil que podamos contestar a tres preguntas: ¿Qué buscan los jóvenes en la diversión? ¿Qué encuentran? ¿Qué hacen?

Distintos estudios nos permiten conocer qué es lo que buscan realmente los jóvenes cuando salen a divertirse. El estudio sobre "*Salir de marcha y consumo de drogas*", realizado en cinco ciudades españolas (Calafat et al., 2000) en jóvenes que estaban en lugares de diversión analiza esta cuestión. Indican que los tres principales motivos para salir de marcha son encontrarse con los amigos (96.1%), escapar de la rutina (81.2%) y escuchar música (77.4%). Le siguen a continuación bailar (55.5%), buscar sexo (39.1%), tomar drogas (29%) y buscar pareja (25%). Como se aprecia, los motivos más importantes para salir de marcha, o para salir a divertirse, son los de socialización (estar con los amigos), cambiar del ambiente cotidiano de la semana (escapar de la rutina) y pasarlo bien a través de los sentidos, como es la música (escuchar música). Los otros se pueden asociar a los anteriores (bailar) o ser nuevos, como buscar sexo o pareja y tomar drogas. Nótese que consumir drogas ocupa un lugar nada despreciable, pero no es el más importante. Esto significa que para una parte de las personas que salen a divertirse consumir drogas es un fin, pero que éstos son una pequeña parte del total. La mayoría sale para socializarse, hacer amistades, buscar pareja, etc., aunque esto no está reñido con los objetivos de algunos jóvenes como la búsqueda de placer y diversión.

¿Qué encuentran cuando salen a divertirse? Actualmente encuentran una importante oferta para divertirse. Ésta se orienta básicamente a que acudan a lugares cerrados (discotecas, bares o pubs) donde pueden escuchar música, bailar, ligar, buscar sexo y consumir drogas, lo cual exige disponer de cierta cantidad de dinero. Aunque las condiciones de vida han mejorado mucho respecto a épocas pasadas, una diversión completa y extensa es cara. Pero, además, la diversión les viene



dada, no la pueden construir ellos a su medida. De ahí que algunos opten por una diversión basada en el alcohol, alcohol a un bajo precio. Nos referimos al botellón.

El negocio del ocio, el tiempo libre y la diversión se enmarca en un mismo conjunto. Cada uno de esos elementos se interrelaciona con los otros. A ello hay que añadir el que seamos un país eminentemente turístico y haya una clara promoción en su más amplio sentido como es sol y playa, buena cocina y, como no, buena fiesta, diversión y pasarlo bien. A ello se añade el consumismo, que ha cobrado una enorme fuerza en los últimos años, aparte del incremento considerable del número de personas que más y más viajan cada año, que se van de vacaciones o que toman unos días de descanso cuando pueden (vacaciones estivales, de semana santa, navidades, y diversos puentes y fiestas a lo largo del año). El joven vive todo este contexto y ve en la diversión un modo idóneo de pasarlo bien, divertirse, hacerse mayor, autoafirmarse y ser él mismo con sus amigos (Becoña, 2009).

En la diversión el elemento mercantil es claro, ya que está unida a los amigos, a la comida y a la bebida. Esto realizado en lugares cerrados o acotados, desde terrazas de bares a los bares, pubs, restaurantes, discotecas, etc. También en los últimos años en plazas. Como la oferta es muy variada, pueden divertirse de distintas formas y a precios diversos.

Otro elemento asociado a la diversión es el consumo de alcohol. Aunque sabemos que el objetivo básico de salir no es consumir alcohol o drogas, sino estar con los amigos o con otras personas, escapar de la rutina o escuchar música, es evidente que el alcohol o las drogas, buscar sexo y buscar pareja están de por medio.

Pero *¿qué hacen realmente para divertirse?* Hoy los jóvenes salen a divertirse como lo han hecho los jóvenes de todos los tiempos, aunque de un modo algo distinto a lo que conocíamos hasta no hace mucho. El cambio más importante, y que ha producido otros en cascada a partir del mismo, es el horario de diversión. Clásicamente, hasta hace décadas, la diversión comenzaba por la tarde y finalizaba a la medianoche o poco después. Las culturas imponían normas, creencias y tabúes para que no se anduviese por la noche o a altas horas. Con la aparición de la luz eléctrica se produce una gran revolución en el mundo que afecta a todos los niveles de la vida, ampliándose el concepto ancestral de la noche, ganando tiempo al día.

En nuestros días, hemos llegado al extremo donde parece que lo importante es “ganar la noche al día”. En estos años se ha producido un cambio brusco en el modo de divertirse, en donde lo habitual es que los jóvenes comiencen la diversión después de la media noche y finalizarla al amanecer. Esto conlleva cambios no sólo de organización de la diversión, sino de la organización social (ej., recogida de basuras, orden público, etc.). Pero también produce cambios en los propios ritmos circadianos de los individuos, teniendo el organismo que adaptarse a esa nueva situación. El alcohol produce la sedación y bienestar que se puede desear, al que se le puede añadir cannabis; pero si hay que resistir mucho en la noche, las drogas de síntesis y la cocaína se pueden conseguir para aguantar toda una noche activo. De ahí que los horarios se convierten en un elemento favorecedor del consumo de sustancias.

Como la idea de todo joven es ser joven y saltarse aquello que le impide hacer lo que quiere hacer, la diversión se convierte en una parte de sí, siendo esa parte de la noche uno de sus lugares propios (Calafat et al., 2000). Este es otro de los nuevos aspectos de la diversión. En el pasado, los jóvenes se divertían junto a los adultos, o al menos controlados o supervisados por ellos. En las últimas décadas esto ha cambiado, como un elemento asociado a los cambios sociales que se han producido, al tiempo que la diversión se ha especializado. Hay lugares de diversión para niños, para adolescentes menores de edad, para jóvenes, adultos, mayores e, incluso, para grupos específicos como divorcia-



dos o separados que buscan pareja, personas mayores, etc. También, ante un mundo tan cambiante, se ha ido imponiendo la idea de que la diversión tiene que ser “aquí y ahora”.

3. Los informes sobre la vida recreativa del Observatorio Europeo de Drogas y Adicción a Drogas

El Observatorio Europeo de Drogas y Adicción a Drogas tiene una clara preocupación por el consumo y efectos de las drogas recreativas en Europa, sobre todo en los jóvenes. Así, lleva 20 años elaborando informes sobre ello (OEDT, 2006; Moore y Matias, 2018: Olszewski y Burkhardt, 2002; van Hasselt et al., 2012).

Ya hace 20 años, en un informe del OEDT (Olszewski y Burkhardt, 2002) insistía en que la mayoría de los jóvenes de los países que en Europa consumían drogas en ambientes recreativos nocturnos lo hacían para divertirse. En ese momento, indicaban que estos consumidores no formaban parte de grupos sociales marginales, sino que eran jóvenes y adultos normales. La difusión del consumo de drogas en ambientes nocturnos facilita este mayor consumo. En parte, lo achacaban al estilo consumista de los jóvenes, como a un estilo de vida basado en la diversión, en salir de noche, en pasarlo bien, en consumir alcohol y drogas. Ese informe apuntaba la necesidad de crear entornos de ocio nocturno más seguros. Las acciones que proponían eran:

- Tomar en consideración la importancia de estrategias de información y sensibilización interactivas y bien orientadas, dirigidas al público en general y a la población joven en particular.
- Suministrar información fácilmente accesible, por ejemplo, a través de Internet.
- Promover alternativas de ocio.
- Reducir los riesgos del uso recreativo de las drogas.
- Promover la participación de las familias y de la sociedad civil en la prevención del uso recreativo de drogas, especialmente a través de las organizaciones de jóvenes.
- Promover la elaboración de programas de prevención y estrategias de comunicación para tener en cuenta las especificidades de los distintos grupos objetivo.
- Proseguir los esfuerzos de limitación de la oferta y de la promoción de sustancias adictivas entre los jóvenes y así disminuir la demanda.

Y concluían, como recomendaciones a los países miembros de la UE:

1. Teniendo en cuenta el índice relativamente alto de consumo de drogas en lugares recreativos diseñar respuestas específicas dirigidas a grupos determinados. Para ello es necesario investigar las pautas de consumo, el contexto en el que se consumen dichas drogas, la percepción de los riesgos y las respuestas.
2. Realizar un control de las industrias del alcohol y del entretenimiento e implicarlas en la adopción de medidas para restringir la distribución y la promoción (y, por lo tanto, la demanda) de sustancias psicoactivas peligrosas, incluyendo el alcohol, entre los jóvenes.
3. Las consecuencias y los riesgos del uso recreativo de las drogas deben valorarse científicamente. Los sectores sociales y los de la sanidad deben ofrecer respuestas adecuadas. Necesitamos saber más sobre los riesgos que supone el consumo de estas drogas a largo plazo.
4. A fin de reducir los riesgos individuales y los asociados a la salud pública, las respuestas que se ofrezcan *in situ* en los locales nocturnos deben proporcionar información personalizada, basada en hechos y equilibrada, sobre todo en lo que se refiere a los riesgos para la salud a largo plazo. Los intentos por controlar la disponibilidad de las drogas no es la respuesta adecuada para reducir los riesgos de su consumo.



5. La seguridad en los locales recreativos debe ser regulada por ley y por los propios locales. En este sentido las directrices de seguridad para discotecas y locales nocturnos proporcionan las medidas más prometedoras y aplicables para reducir los riesgos más graves derivados del consumo de estas drogas.
6. La UE y cada uno de los Estados miembros deben continuar contando con un alto nivel de cooperación e intercambio de información con un claro compromiso del OEDT en este sentido, con objeto de arrojar luz sobre esta importante cuestión y llegar así a soluciones realistas y eficaces.

Luego, en el informe anual del OEDT de 2006, en el manual dedicado a cuestiones seleccionadas, uno de los capítulos está dedicado al uso de drogas en contextos recreativos (OEDT, 2016). En él indica el incremento de la música electrónica dance en varios países de Europa, unido al consumo de éxtasis y metanfetaminas. Aparte, en estos eventos se consume una gran variedad de drogas. Reconocen la heterogeneidad de estos eventos a lo largo de Europa; en unos países son muy prevalentes, en otros apenas existen.

Consideran que hay dos grandes tipos de lugares recreativos. Uno es el de los grandes espectáculos de música con miles de personas (ej., festivales de música en la que llegan a participar 200.000 personas). El otro es el de las raves, asistencia a música dance en clubs, discotecas, bares o áreas de diversión nocturna).

Allí presentan los resultados de los estudios de la UE en lugares de música dance. Estos indican que muchas personas se inician en el consumo de drogas en ellos. Es representativo el estudio de Bellis et al. (2003) sobre turistas jóvenes británicos que se inician en el consumo de drogas en Ibiza, o incrementan significativamente su consumo asociado a este tipo de eventos musicales. Este fenómeno hoy está muy extendido (Bellis et al., 2008; Havere et al., 2011).

Un aspecto novedoso que indican es el papel que empezaba a tomar Internet en ese momento, sobre todo para comunicar a través de la red los eventos, enterarse de ellos, y una difusión nacional e internacional de los mismos al viajar las personas más, incluyendo los jóvenes. Además, hay muchos foros de internet, chats y páginas web. Todo ello facilita su amplia difusión. Algunos de ellos promueven directamente el consumo de drogas, sobre todo el cannabis.

Una parte relevante de este informe se centra en las consecuencias del consumo de drogas, como problemas de salud y uso de los servicios de emergencia, sin muerte (ej., coma, síncope, agitación/ansiedad), mortalidad producida por el consumo de drogas, sobre todo éxtasis, anfetaminas y cocaína; asaltos sexuales facilitados por el consumo de drogas, etc.

La respuesta de los Estados a lo anterior ha sido de tipo legislativo y preventivo. Dentro de lo preventivo se han realizado acciones en el lugar recreativo (ej., en festivales de música masivos) basados sobre todo en información (mediante folletos o proporcionada por iguales); también reducción de riesgos. Otros han intervenido sobre los locales, sus dueños y camareros. Igualmente, se han hecho acciones de ocio saludable o alternativo para reducir el acceso a lugares donde hay drogas (los clásicos lugares de música y diversión). También, se han desarrollado páginas web para prevenir el consumo de drogas en la vida recreativa nocturna.

Como dice el informe:

“Ha habido un creciente reconocimiento de que los enfoques basados en la información por sí solos no son eficaces y que los mensajes sólo orientados a la abstinencia no son realistas en los lugares de



diversión. Al mismo tiempo, enfoques del tipo de reducción de daños empleados para abordar algunos de los problemas de la adicción crónica a la heroína no se considera deseable o apropiado para jóvenes consumidores de drogas recreativas. Por lo tanto, el estilo de vida, creencias y actitudes de los grupos jóvenes destinatarios de la intervención y los aspectos simbólicos de las drogas y su consumo están siendo más considerados que en el pasado.

Algunas estrategias incipientes de prevención ambiental en este campo están tratando de ir más allá de simplemente proporcionar condiciones ambientales más seguras para los jóvenes en entornos recreativos o en reducir la disponibilidad de drogas. Cada vez se reconoce más que las estrategias de prevención deben tener como objetivo influir en el enfoque de divertirse los jóvenes sin tener que consumir drogas” (pág. 56).

En el informe de 2012 sobre la misma temática (van Hasselt et al., 2012) se centra en cómo responden al problema del consumo de drogas, y problemas relacionados, en los contextos recreativos nocturnos los países miembros de la UE. Indican que problemas como daños y conducta agresiva, violencia, sexo sin protección o no deseado, conducir embriagado por el alcohol y drogas, junto a un alto consumo, son algunas de las consecuencias del consumo de drogas en la vida recreativa, sobre todo en jóvenes. A largo plazo, daños cerebrales y adicciones son otras consecuencias.

La diversión se globaliza cada vez más. La industria recreativa tiene cada vez más peso e influencia. Y los jóvenes se mueven cada vez más entre ciudades, regiones y países. Por ello, indican varias medidas preventivas, como información, reducción de daños, educación de iguales, uso de páginas web. El problema es que no hay evidencia de que funcionen. En cambio, las estrategias de prevención ambiental funcionan cuando se ponen en práctica (Hughes et al., 2011) (ej., crear espacios seguros dentro de los locales, no permitir el acceso a menores, reducir el volumen de la música). Igualmente, el entrenamiento del staff (ej., camareros) o la intervención con los dueños de los locales, facilita reducir el consumo y las consecuencias negativas de la vida recreativa (ej., violencia).

En el último informe hasta ahora publicado sobre esta temática, en 2018 (Moore y Matias, 2018), se centra en el monitoreo del uso de drogas en entornos recreativos de Europa. No es fácil obtener información en esta área. El informe indica cómo mejorarla, con diferentes métodos. Las nuevas drogas cobran relevancia en la vida recreativa nocturna. Hay pocos datos sobre lo que está pasando realmente en ella. Además, la misma varía de país a país, ya que puede hacerse en clubs, discotecas, festivales de música, raves o eventos musicales o de baile sin autorización, el botellón en España, fiestas privadas masivas, etc.

4. Medidas y programas para el control y la contención de las consecuencias negativas del ocio nocturno y de la vida recreativa nocturna

La vida recreativa nocturna tiene una gran relevancia en las sociedades desarrolladas. Como ya hemos indicado, va unida al ocio, la diversión, el turismo y a la creación de un gran número de puestos de trabajo. De ahí que escuchamos frecuentemente hablar muy bien de sus consecuencias positivas, y defenderla fervientemente, al tiempo que se obvian los problemas que causa un ocio inadecuado. Sabemos que la vida recreativa sana es buena, deseable y algo consustancial a los humanos. De ahí la necesidad de que ésta sea la que predomine, no la vida recreativa problemática.

En la revisión de Brunn et al. (2021) agruparon los estudios que se han realizado a nivel preventivo en la vida recreativa nocturna en: 1) antes de la fiesta, 2) en la fiesta, y 3) después de la fiesta.



Los de antes de la fiesta se centran en el individuo y, sobre todo, en el consumo de alcohol. Los de en la fiesta son heterogéneos, desde intervenciones centradas en el individuo a ambientales, casi todas ellas en el alcohol. Otros se centran en el consumo responsable de alcohol y drogas y en la intervención en crisis y cuidados médicos para los que lo precisan. Las intervenciones después de la fiesta incluyen tanto intervenciones individuales como ambientales, orientadas a reducir el consumo de alcohol como accidentes de tráfico, incluyendo la potenciación del uso de transporte público. Otras estrategias que se han utilizado son el diálogo con los propietarios, cara a tener una noche más segura, el feedback personalizado y aproximaciones con componentes múltiples.

Revisiones como las de Calafat (2010) y Calafat y Juan (2017) van en la misma línea de acciones a poner en práctica, como son la de intervenir en los locales (programas de formación del personal de los locales, incluyendo la gerencia; códigos de buenas prácticas y otros acuerdos; horas de apertura; capacidad de los locales; entorno físico y contextual; análisis de pastillas; intervenciones en la comunidad y multicomponentes; educativas (educación de clientes, en la escuela, entre iguales, etc., así como campañas); servicios de urgencias, servicios médicos y de primeros auxilios en los locales; control de licencias, aplicación de la ley y control de menores de edad; contexto, ambientes, vecindario (transporte, iluminación...); programas contra la conducción bajo los efectos del alcohol; implementación de políticas; colaboración con la industria; programas alternativos; enfoques culturales; y, medidas de prevención clásicas. Como apreciamos, se ha planteado un gran número de medidas, aunque pocas con buena eficacia o sin una adecuada evaluación.

En España, a pesar de que se han puesto varias medidas y programas en marcha para que la vida recreativa sea normal, sin problemas, la realidad nos indica que hay pocos programas sobre la vida recreativa nocturna, poco interés real en que se apliquen acciones y programas en ella efectivos, y muchas acciones que llevan décadas sin mostrar una adecuada eficacia. A continuación, analizamos las acciones, intervenciones y programas que se han puesto en marcha, agrupados en medidas de prevención ambiental; información, folletos, campañas puntuales; programas de ocio alternativo, nocturno o saludable; entrenamiento de los camareros y responsables de los locales; intervenciones en el botellón; programas preventivos comunitarios; programas de control del tráfico rodado; y, programas de reducción de daños.

4.1. Medidas de prevención ambiental

En la vida recreativa nocturna hoy es claro que el mejor modo de lograr resultados adecuados es poner en marcha medidas de prevención ambiental que sabemos son eficaces para reducir el consumo de alcohol, de drogas y las consecuencias negativas asociadas con dicho consumo.

La dificultad con la que nos encontramos para ponerlas en marcha, y sobre todo para el consumo abusivo de alcohol y drogas, son los intereses que subyacen a la misma. Si las medidas son eficaces, y se disminuye la disponibilidad de locales, alcohol, etc., entonces bajan las ventas, los beneficios, y ello va en contra de claros intereses, aunque por el otro lado hay una clara mejora en la salud de los ciudadanos, sobre todo de los más jóvenes. De ahí la permanente dificultad de poner estas medidas en práctica. Además, en España, al depender económicamente mucho del turismo, aplicar medidas restrictivas llevaría a un menor número de turistas, de ahí la enorme resistencia que se encuentra cuando se quieren poner en marcha las mismas.

Como un ejemplo, en la tabla 10.3 indicamos las medidas que se podrían poner en práctica para la erradicación del botellón o para la reducción de las consecuencias negativas que causa (Becoña,



2021). En los países en donde se han puesto en práctica se han mostrado claramente eficaces en disminuir el consumo y los efectos negativos del consumo de alcohol.

Tabla 10.3. Medidas de prevención ambiental para reducir las consecuencias negativas del botellón o para su erradicación.

1. Cambio de la legislación estatal, autonómica y local sobre el botellón.
2. Prohibir la publicidad directa e indirecta vinculada al botellón (ej., en pasquines, carteles, etc.).
3. Control de acceso de los menores a los locales donde venden alcohol (bares, supermercados, tiendas 24 horas, etc.).
4. Control de locales que venden alcohol fuera de horario para evitar su compra por parte de los menores (ej., gasolineras, locales 24 horas, etc.).
5. Control aleatorio del cumplimiento de la normativa en los puntos de venta de alcohol.
6. Vigilar los locales que abren específicamente para vender predominantemente alcohol a menores cerca de los lugares donde se hace botellón.
7. Control aleatorio en parques, jardines, etc., sobre si los menores están bebiendo alcohol, lo hayan comprado o lo hayan traído de casa.
8. Controlar la música ruidosa, el ruido, los orines, etc., en lugares en donde suele hacerse botellón, por no adecuarse tales comportamientos a las normativas en vigor.
9. Facilitar locales, lugares, recintos, etc., en donde ellos puedan tocar música, escuchar música o ver a grupos musicales, sin que haya consumo de alcohol.
10. Dar la palabra a los vecinos en torno a donde se hace botellón para que colaboren activa y racionalmente cara a su erradicación.
11. Multas por consumir alcohol en la calle, orinar en la calle, tirar desperdicios, rotura de mobiliario urbano, en torno a donde se hace botellón.
12. Prohibir el consumo de alcohol en lugares públicos a ciertas horas de la noche.
13. Permitir áreas de ocio y diversión nocturnas sin alcohol (áreas libres de alcohol).
14. Vallar recintos en donde se hace botellón, para que deje de hacerse, en caso de que las CCAA o el municipio tenga competencias sobre ellos o sean de su propiedad. En caso de recintos privados instaurar vigilancia a los mismos, controlando el acceso al alcohol a los menores, resultados de las embriagueces, conducción temeraria, accidentes, traumatismos, cortes, etc.
15. Controles sistemáticos de alcoholemia en los conductores de vehículos en torno a donde se hace botellón.
16. Facilitar transporte público cuando se hace botellón en lugares alejados, para prevenir otros problemas (ej., accidentes de tráfico, abusos sexuales, agresiones, comas etílicos, etc.).
17. Carteles informativos indicando la prohibición de beber alcohol por parte de menores en parques, jardines, plazas, etc., ni de hacer botellón.
18. Información a la población de que el botellón es un problema de salud pública, no de diversión.
19. Usar la mala imagen que da el botellón a la ciudad para lograr cambios en la forma de ver el mismo.
20. En los casos de reincidencia continua de los menores, a nivel de multas e incumplimiento, implantar programas educativos y sociales para ellos.
21. Concienciar a los padres de la labor educativa y de crianza que tienen hacia sus hijos menores de edad y su responsabilidad legal ante los actos que ellos realizan.
22. Derivar a los menores de edad o adultos jóvenes con problemas con el alcohol a centros de tratamiento.
23. Detección de los menores con consumos problemáticos de alcohol en los centros escolares, servicios de urgencias, pediatría, etc.
24. Hacer saber, de modo claro, a la industria del alcohol de su responsabilidad en la venta de alcohol para el botellón, cuando así es el caso, y su implicación directa o indirecta en el mismo.
25. Hacer estudios sobre las consecuencias negativas del botellón en la salud física, mental, rendimiento académico, consumo de otras drogas, etc.
26. Estar atentos a la contra-prevención en el tema del botellón.
27. Coordinar estas medidas con otras en relación con el consumo de alcohol en adultos, venta y consumo de cannabis, problemas personales, fracaso escolar, inasistencia a la escuela en menores y abandono escolar.
28. Contraponer los posibles beneficios del botellón en los jóvenes con las consecuencias negativas que les produce (ej., accidentes de tráfico, traumatismos y lesiones, abandono escolar, enfermedades de transmisión sexual, abusos sexuales, etc.).



4.2. Información, folletos, campañas puntuales

Uno de los procedimientos que más se ha utilizado en el campo preventivo ha sido proporcionar información sobre el alcohol y las drogas. Esto también se hace con frecuencia en la vida recreativa nocturna. Sabemos que es un procedimiento ineficaz (Becoña, 2002; Brunn et al., 2021; Calafat y Juan, 2017), que no cambia las conductas de los individuos, a pesar de que se sigue insistiendo en ello y se utiliza ampliamente. En la vida recreativa nocturna se ha utilizado y se sigue utilizando casi de modo exclusivo en muchos programas. Puede ser información directa proporcionada por personas del programa educativo/preventivo, o a través del uso de folletos que se pueden distribuir a los participantes en la vida nocturna, distribuidos mano a mano o colocados en lugares estratégicos (ej., baños). En ocasiones hay campañas puntuales, normalmente colocando una carpa informativa, con una o varias personas que proporcionan información, folletos y otros materiales para los que acuden a la misma.

La idea que subyace a este tipo de programas es que si la persona tiene más información llevará a cabo conductas más adecuadas. Con ello, se espera que tome decisiones más racionales relacionadas con la salud y el menor consumo de drogas. La realidad indica que ello no es así (Stockings et al., 2016), a pesar de su uso generalizado. Sí es cierto que este tipo de acciones, informativas, puede ser un complemento a otras acciones más eficaces, pero por sí sola es ineficaz.

También nos podemos encontrar con acciones puntuales orientadas a la vida recreativa, que reciben varios nombres, de tipo informativo, educativo e incluso preventivo. La confusión terminológica en esta área es importante. Y, si es la industria la que lleva a cabo este tipo de programas, como ocurre cuando ponen en práctica acciones informativas o de reducción de daños (ej., la tantas veces demostrada ineficacia del conductor alternativo) lleva a que se cree más confusión. En tales casos la industria insiste en que lo que hacen es eficaz, aunque no haya ninguna prueba de ello o tenga el efecto contrario al esperado.

Más recientemente se han expandido distintas acciones con las nuevas tecnologías de la información, vía webs, mensajes de texto en el móvil, uso de redes sociales, etc., que se han incrementado en este tipo de programas.

4.3. Programas de ocio alternativo, nocturno o saludable

España ocupa un lugar destacado a nivel mundial en todo lo relacionado con el ocio y el tiempo libre. Somos el segundo país en recibir turistas a nivel mundial: antes de la pandemia el 7% del turismo mundial y el 13% del europeo. Esto representa una enorme cantidad de ingresos. De modo concreto, los datos de antes de la pandemia, de 2019, proporcionado por el Instituto Nacional de Estadística, indican que el turismo facturó en España 154.487 millones de euros, un 12,4% del PIB, generando 2,72 millones de puestos de trabajo, el 12,9% del empleo total. Esto debemos tenerlo en cuenta para conocer las resistencias que hay sobre la regulación del consumo de alcohol, drogas y juego en España.

Ante las consecuencias negativas que se producen, sobre todo en los más jóvenes, en España se han puesto en marcha los denominados “programas de ocio alternativo”, muy populares en distintos municipios, que hace décadas se extendieron como setas por toda la geografía nacional. En la actualidad están más contenidos.



De los múltiples programas existentes el más conocido es el denominado *Abierto hasta el amanecer* de Gijón. Este programa surge en 1997 por parte de un grupo de jóvenes de Gijón, en un barrio con problemas de desempleo y consumo de drogas, que consiguen que les cedan un pabellón, el de Moreda, para realizar en él distintas actividades de ocio con otros jóvenes. Luego se transforman en una asociación juvenil y así han continuado hasta el presente. La misma gestiona las distintas actividades lúdicas. El objetivo del programa se orienta a: promover en los jóvenes alternativas de ocio y tiempo libre de tipo lúdico y participativo; incidir en la reducción de la demanda y el uso abusivo de drogas; fomentar la utilización de recursos y espacios públicos de los que dispone la ciudad; implicar al tejido social en la intervención para la mejora de las condiciones de vida de los jóvenes dentro de su comunidad; dotar a un grupo de mediadores juveniles de los instrumentos y herramientas necesarios para intervenir en su comunidad en materia de prevención de drogodependencias; y, generar empleo entre la población juvenil cara a su incorporación social y laboral (Arenas et al., 2008). A pesar de que en los objetivos no se da un peso central al consumo de drogas, se espera que la intervención realizada lleve a su reducción. Sin embargo, las distintas evaluaciones del programa no han indicado que lo consigan, o no lo han evaluado (ej., en la evaluación de 2008, de tipo cualitativo y sobre el impacto social del programa; Arenas et al., 2008). Este programa se orienta más a la acción social que a la prevención (*Abierto hasta el amanecer*, 2011). Hay que reconocerle este valor, así como la importante dinamización que han logrado en distintos barrios de la ciudad. Es un programa de éxito en asistencia, actividades y mantenimiento en el tiempo. Se orienta, fundamentalmente, a la parte social.

Podríamos hacer un largo listado de múltiples programas que han estado en funcionamiento, o que lo están ahora, a lo largo de toda la geografía nacional, bajo la denominación de programas de ocio alternativo, ocio nocturno u ocio saludable. Todos, o casi todos, hacen distintas actividades, y se orientan a que los jóvenes acudan a ellas esperando que no consuman alcohol en exceso o que no consuman drogas. El problema de todos ellos es la evaluación, inexistente, escasa, cualitativa o ineficaz.

Sabemos desde hace tiempo que los programas de ocio alternativo no previenen el consumo de drogas (Carmona y Stewart, 1996; Fernández y Secades, 2003), pero siguen siendo muy populares y utilizados, como ocurre con otros programas preventivos ineficaces. Están dentro de lo que podemos denominar “hacer por hacer” y no en lo que debiera ser de “hacer para prevenir”.

4.4. Entrenamiento de los camareros y responsables de los locales

En distintos países, incluyendo España, se han puesto en marcha distintas acciones educativas y preventivas dirigidas a los camareros que sirven las bebidas alcohólicas en los locales de diversión, así como para los dueños o responsables de esos locales. La idea que subyace es que las personas que acudan a ellos tengan una “diversión segura y de calidad”. Se espera que con esas acciones se eviten al máximo los aspectos negativos que pueden producir conductas inadecuadas de sus clientes, como borracheras, actos violentos, consumo de drogas en los locales (sobre todo en los baños) (Calafat y Juan, 2017), etc.

Tenemos un buen número de ejemplos de programas de este tipo en distintos países (Byrnes et al., 2019), incluyendo España. Así, dentro del proyecto europeo *Club Health*, Dutch et al. (2012) elaboraron un manual para mejorar las condiciones de salud y de seguridad de los locales de la vida nocturna, basado tanto en los estudios que se han hecho como en la experiencia acumulada en ellos. Estos estándares de calidad los organizan en tres categorías: condiciones del local,



factores de gestión y de personal, y regulación de las promociones y de la venta de alcohol (ver tabla 10.4). Como indican, los representantes de la industria conocen estos factores, y la mayoría se adecúan o tratan de adecuarse a los mismos. Los locales que priman la calidad se adecúan más a ellos. Encuentran que no quieren que les regulen, prefieren la autorregulación. Un elemento central en lo anterior es la formación del personal. La dispensación responsable de bebidas alcohólicas es el aspecto básico. Lo mismo es aplicable a otro personal del local, como el de seguridad, tanto dentro como en la puerta de acceso al local. El manual, como otros, especifica lo que hay que hacer en cada uno de los estándares de calidad para mejorar los locales de ocio nocturno.

Tabla 10.4. Estándares de calidad para la vida recreativa, del Proyecto Club Health.

<p>1) <i>Condiciones del local.</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Políticas de seguridad para el acceso y admisión.– Dentro del local: entorno físico.– Dentro del local: contexto social.– Política de dispersión. <p>2) <i>Factores de gestión y de personal.</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Enfoque de gestión.– Personal dispensando bebidas.– Personal de puerta y seguridad.– Personal de animación: DJ y otro personal de animación. <p>3) <i>Regulación de las promociones y de la venta de alcohol.</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Precio y disponibilidad.– Promociones especiales.
--

Fuente: Dutch et al. (2012).

Otro proyecto semejante al anterior es el STOP-SV. Éste se orienta a la prevención comunitaria de los daños que causa el alcohol (Möhle et al., 2020). Una parte de la intervención es formar al personal de los establecimientos que sirven bebidas alcohólicas (camareros, encargados, dueños de los locales). Esta formación se orienta tanto al cumplimiento de las leyes, como no vender alcohol a menores ni servir alcohol a clientes embriagados. Este programa se ha implementado en distintos países europeos. Sin embargo, no disponemos de resultados de evaluación que nos permitan conocer su eficacia.

Una experiencia reseñable en España es la Plataforma del Ocio de Calidad de las Islas Baleares (Irefrea, 2015), que lleva a la práctica lo anterior.

Un aspecto relevante de la prevención en ambientes recreativos nocturnos es la prevención de la violencia sexual. El proyecto STOP-SV tiene un manual específico para ello (Dutch et al., 2020). Se aplica al personal que trabaja en ambientes recreativos nocturnos, tanto en los locales como en otros lugares relacionados (ej., taxistas). De este programa se ha hecho una intervención piloto con 119 trabajadores de la vida nocturna, de tres países europeos: República Checa, Portugal y España (Quigg et al., 2021). El entrenamiento fue corto, de dos horas, con el objetivo de que pudiesen hacer una intervención mínima. Los resultados indicaron que la mitad de los propios participantes habían sufrido violencia sexual a lo largo de su vida en su trabajo nocturno (33% varones, 79% mujeres). El 25% indicaron que la habían sufrido en los últimos 3 meses. La intervención logró reducir el mito de la aceptación de la violencia sexual e incrementar la seguridad sobre cómo afrontarlo de ocurrir de nuevo. No sólo mejoraron la información sobre lo que es la



violencia sexual, sino que aprendieron cómo actuar en estos casos si ocurrían, sobre todo en las mujeres. No se dispone del impacto del programa sobre las posibles víctimas, pero claramente este tipo de intervenciones puede ser útil.

Otro aspecto que no debemos obviar es que el consumo de drogas no solo es alto entre los que participan en la vida recreativa nocturna, sino que en estudios en distintos países (ej., Suecia) también se encuentra en los que sirven las bebidas, en relación con lo que ocurría años atrás. Esto indica la necesidad de incidir también en este colectivo, como se viene haciendo cara a que los que sirven bebidas alcohólicas no las consuman, a que no consuman drogas en sus locales, cara a que sean más conscientes del problema, y a que logren que las personas que están en sus locales no se embriaguen (Kurtz et al., 2017). Si ellos beben de modo importante, si creen que es lo normal, o si están embriagados, o cerca de estarlo, entonces es menos probable que intervengan sobre las personas a las que les sirven bebidas alcohólicas.

4.5. Intervenciones en el botellón

Un aspecto específico de la diversión nocturna en España, a diferencia de otros países, es el botellón. Se ha convertido en un fenómeno habitual de los jóvenes, en muchos casos menores de edad, en las noches del fin de semana, o de los jueves y viernes en jóvenes de ciudades universitarias. El botellón no está permitido, pero tampoco está perseguido en muchos municipios. Y, hay la laguna legal de que beber no está prohibido en la calle. En ocasiones puntuales el mismo puede llegar a congregarse a cantidades enormes de personas (ej., el día patronal de una ciudad, la despedida del curso, después de la selectividad, la noche de San Juan, etc.), con varios miles de personas.

Ante las consecuencias que acarrea a los vecinos (ruidos, peleas, orines, etc.) algunos municipios han puesto en práctica varias acciones para su regulación y control. Algunas han ido en la línea de emitir bandos prohibiéndolo, encargando a la policía municipal que lo impida, con multas para los que incumplen el acceso a lugares vallados (ej., jardines), por ser menores de edad bebiendo alcohol, por orinar en la calle, por hacer ruido, etc. (Becoña, 2009). En otros casos se ha optado por medidas de tipo informativo, educativo o preventivo, en el propio lugar de celebración del mismo.

Una intervención novedosa es la de Duch et al. (2020). Analizaron el impacto de intervenir en supermercados para que éstos no vendiesen alcohol a menores de edad (vendedores, cajeros y propietarios de estos), tanto para que no pudiesen comprar alcohol como pedirles la documentación cuando se sospechaba que eran menores de edad. Lo hicieron en 21 supermercados de las Islas Baleares. Entrenaron a los vendedores y a sus responsables. Los resultados indicaron, comparando un grupo experimental con otro de control, que la intervención llevó a que se incrementase preguntar la edad, pedir la identificación y reducirse la venta de alcohol a los menores. Aun así, la venta de alcohol seguía siendo muy permisiva en los supermercados, cuando debería ser nula en menores de edad, ya que éstos legalmente no pueden comprar alcohol. Las intervenciones idóneas y efectivas en el botellón son las de prevención ambiental (Becoña, 2021).



4.6. Programas preventivos comunitarios

Dentro de los programas preventivos comunitarios, una parte suele orientarse a la prevención de las consecuencias negativas de la vida recreativa nocturna. Es un buen tipo de programa para prevenir las consecuencias del ocio nocturno. Combina acciones en el mismo, como en otros lugares relevantes para reducir el consumo (ej., escuela, familia, comunidad). En el capítulo correspondiente a prevención comunitaria vimos varios de estos programas.

4.7. Programas de control del tráfico rodado

El consumo de alcohol y drogas está casualmente relacionado con el incremento de accidentes de tráfico. Explica una parte importante de la mortalidad que se produce en la carretera. Así, los últimos datos del Instituto Nacional de Toxicología (2021) indican que, de los 597 conductores fallecidos en 2020, el 48.7% habían consumido alcohol, drogas o psicofármacos (el número total de muertos fue de 1.370 personas, incluyendo conductores, acompañantes y peatones). Y, al analizarlo específicamente por sustancias, el 31.2% tenía alcohol, el 20.1% drogas y el 13.4% psicofármacos. En los peatones muertos el resultado fue semejante: un 41.2% dieron positivo en el consumo de alcohol, drogas o psicofármacos. Por ello, reducir los accidentes de tráfico es una prioridad sanitaria, incluyendo la reducción del consumo de alcohol y drogas en la conducción (WHO, 2016).

Sabemos que el consumo de alcohol y drogas es frecuente en la vida recreativa nocturna. Las intoxicaciones de alcohol son más habituales, y una parte de los que salen consumen cannabis, como otras drogas ilegales. Si cogen el coche en esas condiciones el riesgo de tener accidentes se incrementa (Calafat et al., 2009). De ahí que éste sea un aspecto central en la prevención del ocio nocturno.

Son tres las estrategias que vamos a encontrar en la prevención del consumo de alcohol y drogas en relación con la conducción relacionada con la vida recreativa nocturna. La primera es la que han puesto en marcha, a lo largo del pasado y a veces en el presente, la industria del alcohol, como son el conductor designado, dar vales por no conducir, etc. Estas estrategias son ineficaces (Becoña, 2021), pero la industria del alcohol tiene un enorme interés en no perder a sus clientes o que estos no dejen de consumir alcohol. La segunda ha sido la puesta en marcha, a nivel de prevención ambiental, de controles de tráfico, en relación con el consumo de alcohol y drogas. En España la Dirección General de Tráfico lleva a cabo controles sistemáticos de consumo de alcohol y drogas, lo que ha facilitado un descenso de coger el coche para evitar multas importantes en caso de ir embriagado o habiendo consumido drogas. Es una medida eficaz (Costello et al., 2012). De ahí que muchos países se hayan decantado por ella. Y, tenemos un tercer tipo de abordaje para afrontar este problema, que es el de poner en práctica programas preventivos específicos en la vida recreativa nocturna orientados a reducir los efectos negativos del consumo de alcohol y drogas, donde uno de los aspectos en los que se va a incidir es en reducir el consumo de alcohol y drogas cuando se coge el coche (WHO, 2019).



4.8. Programas de reducción de daños

Un tipo de programas habituales en el tratamiento de las adicciones es el de la reducción de daños, habitualmente orientados a aquellos adictos que no logran abandonar el consumo y que tienen enfermedades físicas asociadas, o distintos trastornos mentales (Ritter y Cameron, 2006). Partiendo de esta premisa se ha intentado hacer lo mismo con personas que consumen en la vida recreativa. La reducción de daños nada tiene que ver con la prevención, si la persona no consume o está en el inicio del consumo. Puede ser útil si ya tiene un consumo regular o es un adicto a las drogas. Esto puede ocurrir en la vida recreativa nocturna, sobre todo cuando las personas van aumentando en edad. Por ello, algunos programas que se aplican en la vida recreativa nocturna de tipo educativo o preventivo están bajo el paraguas de la reducción de daños.

La intervención orientada a la reducción de daños en el consumo es viable. Como un ejemplo, Fernández-Calderón et al. (2019) han estudiado las estrategias de reducción de daños que utilizan las personas consumidoras de varias drogas que asisten a festivales. Los datos los obtuvieron a través de la web de *Energy Control*, una asociación dedicada a la reducción de daños en drogas, de tal modo que para contestar ya estaban previamente inscritos en ella como consumidores. La encuesta fue anónima. La edad media era de 27 años, siendo un tercio mujeres. Casi todos habían consumido alcohol (97.5%), cannabis (90.3%) y éxtasis (90.3%) en el último año, como cualquier estimulante (72%), psicodélicos (62%) y en menor grado antidepresivos (17.7%), poppers (20%) y otras en menor grado.

El estudio analizó la relación entre el efecto negativo que le producen las drogas consumidas y las estrategias de reducción de daños utilizadas. Estas fueron las de: limitar la cantidad de droga consumida; tomar dosis pequeñas en vez de altas; esperar a que la dosis consumida haga efecto antes de tomar otra; evitar mezclar la droga consumida con un antidepresivo; evitar mezclarla con un estimulante; y, utilizar cantidades pequeñas cuando se combinan varias drogas. Este grupo utiliza las estrategias de afrontamiento con una frecuencia alta. Esto indica que les preocupa su salud o los efectos negativos del consumo de drogas. Una de las cuestiones que consideran relevante es la pérdida de conciencia por el consumo de drogas, que puede acarrear problemas graves a cualquier consumidor, pero sobre todo a las mujeres, cuando están solas.

En España los programas de Energy Control se orientan específicamente a reducir los riesgos del consumo de drogas en distintos ambientes, sobre todo los de tipo recreativos (ver: www.energycontrol.org). Aunque obtener datos de eficacia de este tipo de programas no es nada fácil, cada vez tenemos más datos de los consumidores que acuden a ellos, lo que nos permite conocerlos mejor e implantar acciones para reducir la problemática causada por su consumo (del Valle et al., 2021).

El proyecto STAD se orienta a la reducción de daños producido por el alcohol en ambientes recreativos nocturnos (Möhle et al., 2020). Una parte de este se centra en la formación del personal de los establecimientos que sirven bebidas alcohólicas (camareros, encargados, dueños de los locales). La formación se orienta tanto al cumplimiento de las leyes como a no vender alcohol a menores ni a clientes ebrios. El programa se ha implementado en distintos países europeos, pero no se dispone de resultados de evaluación que permitan conocer su eficacia.

Otro proyecto semejante, aunque para el alcohol y las drogas, es el STOP-SV, que ya hemos comentado previamente. También destacamos el proyecto EURO-DEN (*European-Drug Emergency Network*) (Wood et al., 2015). Éste se orienta a entrenar a los trabajadores de los locales y a identificar a los clientes en situaciones de riesgo para llamar a los servicios de emergencia cuando



es necesario. Se hace cuando la persona está intoxicada o bajo los efectos agudos de las drogas psicoactivas. Es una estrategia de reducción de daños cara a disminuir la mortalidad de los que se encuentran en esa situación. Los signos en los que los entrenan los indicamos en la tabla 10.5.

Tabla 10.5. Signos y síntomas presentes para llamar a urgencias.

- Inconsciencia.
- Agitación significativa (ej., no deja de andar alrededor del local) o conducta agresiva (al menos 15 minutos).
- Ataque (ej., convulsión similar a un ataque epiléptico).
- Dificultad para respirar (falta de aire, no recupera en cinco minutos).
- Tasa cardíaca de 140 o más durante 5 minutos.
- Temperatura de 38.5 grados durante 5 o más minutos o está muy caliente, cuando no se dispone de termómetro.
- Alta presión sistólica (sobre 180) o diastólica (sobre 110) después de dos medidas repetidas.
- Si hay otros síntomas (ej., dolores severos de cabeza, dolor de pecho).

Fuente: Wood et al. (2015).

5. Evaluación de los programas de ocio nocturno y vida recreativa nocturna

Se llevan varias décadas evaluando programas sobre la vida recreativa nocturna, tanto en otros países (Carmona y Stewart, 1996; Cook et al., 1984) como en España (Fernández y Secades, 2003; Calafat y Juan, 2017). Los resultados indican, una y otra vez, que la mayoría de este tipo de programas son ineficaces. Otros, tienen cierto nivel de eficacia. De ahí que, como una alternativa para cambiar ese estado de cosas, se le está dando un gran peso en los últimos años a la prevención ambiental, que básicamente se centra en el desarrollo de leyes y normas que hagan imposible el consumo en esos lugares donde hay problemas (Becoña, 2021). El inconveniente es que aplicarla es difícil por las resistencias que se presentan por la industria y parte de los consumidores.

Disponemos de una gran variedad de programas preventivos, o que se hacen pasar por tales, para la vida recreativa nocturna. Esto hace difícil su evaluación y obtener resultados claros de lo que funciona y lo que no. Pero hay varias evidencias claras de lo que sería mejor hacer.

Uno de los tipos de intervenciones que más se han utilizado han sido las de la regulación de los puntos de venta de alcohol o de locales donde lo pueden vender. Los resultados, analizando la eficacia de este tipo de abordaje, no son claros, a veces con resultados positivos y otros con resultados negativos (Brunn et al. 2021; Hughes et al., 2011; Ker y Chinnock, 2008).

Otro gran número de intervenciones, que hemos ido describiendo en el punto anterior, se han puesto en práctica, con evaluaciones deficientes o con resultados a veces positivos y en otros casos negativos. Muchos de los estudios lo que hacen es evaluar procesos mediacionales, no la conducta. Los programas de reducción de daños no se han evaluado adecuadamente, y no son el modelo a seguir en la prevención, aunque podrían ser útiles en aquellas personas que ya tienen consumos de riesgo o son dependientes, y que son asiduos a la vida recreativa.



Los conocidos como programas de ocio alternativo no se han evaluado adecuadamente ni tenemos evidencia de su eficacia (Fernández y Secades, 2003). De todos modos, en los últimos años se han planteado programas innovadores en esta área, ante la necesidad de tener que intervenir en la noche (Calafat y Juan, 2017). Como un ejemplo, la evidencia indica que aquellas intervenciones preventivas centradas en intervenciones en crisis y en cuidados médicos reducen la admisión en urgencias, pero no el consumo de alcohol o drogas (Brunn et al., 2021). Al menos reducimos los problemas más graves de salud, aunque no se reduzca el consumo de sustancias.

A lo largo del texto hemos ido viendo los distintos tipos de intervenciones y los resultados que se han ido obteniendo con ellos.

Es claro que se precisan nuevos abordajes en este campo, crear una mayor conciencia social de la necesidad de intervenir preventivamente en la noche, y hacer ver a todos de que hay que reducir las negativas consecuencias que produce en muchos jóvenes el consumo de alcohol y drogas y la dependencia de estas.

6. Buenas prácticas en la prevención de la vida recreativa nocturna

Son varios los tipos de abordajes posibles para la prevención y el control de las conductas de riesgo, especialmente las relacionadas con el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, como para sus conductas relacionadas. Los abordajes que podemos considerar son: el legislativo y de cumplimiento de las normas existentes; el educativo; el comunitario; el preventivo, con los distintos tipos de prevención a nivel escolar, familiar, social, comunitario y de medios de comunicación de masas; el asistencial, para complementar los anteriores cuando es necesaria una intervención especializada; y, el social, para hacer llegar a toda la sociedad la necesidad de incrementar la conciencia ante este problema y, de ser necesario, hacer cambios para solucionarlo.

6.1. Tener un buen conocimiento de la vida recreativa y del lugar en el que vamos a poner en práctica la intervención preventiva

La vida recreativa tiene características generales en cualquier ciudad o pueblo español, pero también diferenciales de unas a otras zonas geográficas. Ciertas normas sociales nos indican cómo nos podemos divertir, o cuáles son los límites de la diversión a nivel de consumos, locales habilitados para ello, y horarios.

Hay ciudades en donde la diversión es muy relevante, y otras en las que nadie se divierte en ese lugar, acudiendo a otros pueblos o ciudades limítrofes. Incluso hay ciudades que son conocidas por la diversión, y por ser la misma una de sus características identificativas a nivel regional, nacional o internacional. Por ello, lo primero que tenemos que conocer cuando vamos a poner en práctica una acción preventiva en el campo del ocio nocturno y de la vida recreativa es conocer la zona donde lo vamos a aplicar, a qué personas se dirige, si se han realizado experiencias previas, y cuál es el probable nivel de éxito o que podemos conseguir.

No olvidemos que en España la vida recreativa tiene un gran peso, va unida al turismo en muchas ocasiones, al pasarlo bien, al consumo de alcohol y drogas, al sentido de libertad, a saltarse las normas en horas en que es más fácil hacerlo (la noche), etc. Es fácil conocer el funcionamiento



recreativo de un pueblo, ciudad o zona, utilizando la mera observación, o el registro de la dinámica de los que se divierten. Modelos como el KAREN (*Kit for assessment of recreational nightlife*) nos permiten de modo ordenado y comprensivo obtener todo este tipo de información sobre la vida nocturna y el consumo de drogas (Becoña, 2009; Calafat et al., 2003, 2004). Así, podemos conocer el nivel de consumo, problemas que acarrea, medidas que se pueden aplicar, u otras que va a ser difícil de poner en práctica.

A partir de ese conocimiento, es más fácil saber lo que tenemos que hacer.

6.2. Clarificar los objetivos, planificar un plan realista de intervención y basar la intervención a realizar en la evidencia

Un buen conocimiento de la diversión en el lugar en donde vamos a poner en práctica la acción preventiva, en jóvenes o adultos, es el paso previo que nos va a permitir seleccionar los objetivos de la intervención. En este punto es relevante clarificar los objetivos. Tienen que ser realistas, parsimoniosos y alcanzable. No pueden ser objetivos muy amplios, ambiguos, utópicos o inalcanzables. Con frecuencia, la demanda que se le hace al profesional exige medidas distintas a las que se le sugieren. A veces, le piden acciones que no se adecúan a lo que puede hacerse, o de lo que se puede conseguir. Como ejemplo, es frecuente que sea necesario desarrollar normas municipales específicas para el control de ciertas conductas inadecuadas vinculadas a la diversión o al consumo de alcohol. Una vez desarrolladas, suelen fallar al hacerlas cumplir por parte de los responsables de la ciudad o por las fuerzas de orden público (ej., policía local). No puede entonces exigirse a ese programa preventivo, aplicado en el lugar de diversión, que solucione todos los problemas que preocupan en esa ciudad.

Por ello, el plan que se proponga tiene que ser realista, por encima de todo. No es razonable esperar cambios en el comportamiento de las personas en poco tiempo, o que la diversión cambie radicalmente con una intervención preventiva en ese lugar. La mayoría de los que asisten a la diversión van a eso, no a que les apliquen una intervención preventiva. Y tienen una idea concreta de lo que es la diversión, y de los excesos que pueden hacer en la misma, que no coincide con el que no quiere que ocurran conductas inadecuadas. De ahí el que haya que insistir, sobre todo a los responsables de financiar el mismo o de ponerlo en práctica, de que en este tipo de programas el realismo debe estar presente en toda intervención que se planifique o se pongan en práctica, no ya desde el principio del programa, sino en la propia fase de planificación y aplicación de este.

En este punto, suele ser frecuente tener que clarificar con los responsables que financian el programa cuál es su meta y objetivos. Esto es, qué pretenden o esperan conseguir con el mismo. Aquí hay que concretar si esa pretensión es o no realista, si es o no viable. En suma, si se puede o no conseguir lo que se quiere lograr con la intervención preventiva. No todo está en manos del que aplica esa intervención, sobre todo cuando lo que se pretende cambiar no está en las competencias del que la hace (ej., horarios, aforos, embriagueces, suciedad, etc.).

Finalmente, en esta fase, todo lo que se proponga que se va a hacer tiene que basarse en la evidencia, en otros programas o acciones que hayan mostrado ser eficaces. En este campo, a diferencia de otros, es más difícil tener buenos programas. Pero sabemos lo que debemos hacer y cómo hacerlo es más probable que podamos conseguir los objetivos propuestos.



6.3. Prevención ambiental: nivel legislativo y de cumplimiento de normas

Las normas sirven para enmarcar acciones concretas y marcos de acción en los que nos tenemos que mover. En el caso del alcohol y del tabaco disponemos de varias normas y leyes referidas a la edad legal de consumo, venta de alcohol y tabaco a menores, responsabilidades por conductas incívicas, etc. Estas normas son tanto de tipo nacional como autonómico o local.

Aunque existe un amplio marco normativo para afrontar el problema del consumo de alcohol y tabaco, tanto en adultos como en jóvenes y menores de edad, su cumplimiento es laxo o no siempre se aplica todo el celo que es necesario para su estricto cumplimiento, especialmente por los responsables de su venta y dispensación. Esto viene dado porque son drogas legales y, además, en nuestro medio, tiene un importante componente cultural, social, familiar, de celebración, etc. Es decir, que hay una gran tolerancia social ante las mismas y su consumo.

Casi todos los Ayuntamientos tienen ordenanzas para el ruido, orinar en la calle, consumir alcohol, etc. El problema es que no siempre se cumplen ni se hacen cumplir.

En el caso específico de las drogas ilegales, la normativa es clara pero el cumplimiento, o hacer cumplir las leyes en la vida recreativa, está en una situación más laxa. No está permitido el consumo de drogas ilegales en la vía pública o en público (el autoconsumo privado de drogas es legal en España desde hace varias décadas; lo que está penado es el tráfico de drogas) (ver Becoña y Martín, 2004). Pero en la práctica la norma no siempre se cumple, como se aprecia especialmente para el cannabis y en menor grado para la cocaína y las drogas de síntesis. Con frecuencia su cumplimiento choca con los intereses económicos de la industria recreativa y de la diversión, recaudación de impuestos e imagen social de la diversión.

Si hubiese que hacer un listado de medidas que habría que aplicar, algunas serían las siguientes:

- Dado que a nivel local hay suficientes normativas relacionadas con la vida recreativa y nocturna, cierre de locales y diversión en general, ésta debe hacerse conocer a los ciudadanos y que sepan que la misma se aplica para mejorar la salud pública y el bienestar de todos los ciudadanos, de forma que no sea vista como algo represivo.
- Llevar a cabo inspecciones y otras acciones realizadas por los responsables locales; estas acciones deben mantenerse en el tiempo y estar coordinadas con otras acciones; es útil hacer público varias veces al año el resultado de dichas inspecciones.
- Hacer cumplir las ordenanzas municipales sobre horarios, edad para el consumo de alcohol y tabaco, espacios limitados para la venta de alcohol, sanciones para los que venden alcohol a menores, control de la publicidad orientada a menores, control del acceso a menores en locales para mayores de 18 años donde se dispensa alcohol, cumplimiento de la normativa por parte de los locales de 24 horas, controlar que no se tire basura en la calle ni se orine en ella, etc.

6.4. Nivel social, comunitario y de medios de comunicación de masas

La diversión, salir de marcha y las conductas problema asociadas, va más allá del nivel individual o del nivel familiar o escolar. Abarca todo el sistema social. De ahí que ante los problemas que acarrea la diversión haya que buscar soluciones sociales que, partiendo del nivel técnico, vayan



poco a poco siendo asumidas por el poder legislativo y las ponga en marcha. Hay que preparar su puesta en práctica con convicción, firmeza, mostrando y convenciendo de la necesidad de hacerlo. Tenemos ejemplos previos que pueden ilustrarnos, como el hecho hoy bien asumido de los miles de vidas que cada año salva el cinturón de seguridad, y la dificultad que tuvo convencer a muchos conductores de la bondad de esta medida cuando se puso en marcha hace años, aunque hoy todavía una pequeña minoría la incumplen.

Hay que tener en cuenta el nivel social, el comunitario y el de los medios de comunicación de masas. Y, sobre todo, buscar aliados entre ellos. Si hay un apoyo al programa es probable que se implante bien y vaya adelante. Si hay muchos grupos en contra entonces va a tener problemas, sobre todo para su mantenimiento en el tiempo. O, incluso si lo desprestigian puede llegar a clausurarse prematuramente.

Es indudable que el consumo de alcohol está muy arraigado en nuestra sociedad; en algunos casos su consumo va unido a creencias, hábitos o costumbres que se han transmitido de generación en generación. Pero también otras se han adaptado del nivel tradicional al mundo actual con un claro sentido mercantil por parte de la industria alcoholera o de la hostelería, como nos encontramos en celebraciones masivas (ej., bodas, bautizos, fiestas), donde el consumo de alcohol tiene unos patrones de consumo diferentes a los clásicos, que tienen poco que ver con el modo tradicional de beber. De ahí la necesidad de hacer cambios en la línea de potenciar acciones de salud pública.

El consumo de tabaco era hasta hace poco algo habitual y hasta bien visto. Con la abundante información sobre las graves consecuencias que causa en la salud la percepción de este ha ido cambiando y en los próximos años el cambio será aún mayor.

En el caso del cannabis todo un movimiento organizado, con claros intereses económicos e ideológicos, conocidos como cultura pro-cannabis (Calafat et al., 2000), están consiguiendo confundir a la población insistiendo en las hipotéticas bondades del cannabis, donde luego pasan a la confusión interesada con el denominado cannabis terapéutico y con el cannabis recreativo, y obviando las graves consecuencias que produce su consumo si éste se generaliza.

Algo semejante podemos decir de la cocaína y de las drogas de síntesis. Las falsas creencias sobre las mismas han estado en la base de su consumo, junto a los cambios en los horarios de diversión, que exigen aguantar muchas horas sin dormir, o de estar de marcha. Para ello, la cocaína y las drogas de síntesis ayudan a mantenerse despiertos y activos durante mucho tiempo. El problema surge cuando ese consumo lleva a un abuso o a una dependencia. Lo negativo en todo lo anterior es la normalización de los consumos.

6.5. La prevención a través de medidas de tráfico y conducción

Un aspecto central, por las negativas consecuencias que producía la diversión en España hasta hace pocas décadas, era la alta mortalidad que había en jóvenes en fin de semana, por accidentes de tráfico. Ello ha llevado a que implantasen un buen número de medidas para el control de la velocidad y el uso de alcohol y drogas en la conducción por parte de la Dirección General de Tráfico. Los resultados han sido excelentes en lo que atañe a la reducción de la mortalidad, accidentes y heridos.



Lo anterior indica que un buen programa preventivo orientado al ocio nocturno debe tener en cuenta estas medidas. Nos facilitarán lograr una parte de los objetivos. Coordinarse con los responsables de este otro tipo de medidas preventivas en la conducción, así como insistir en la necesidad del cumplimiento de las normas de tráfico, facilita reducir la morbi-mortalidad en las personas que tienen más riesgo de realizar este tipo de conductas.

6.6. Acciones informativas y educativas para los jóvenes, padres y población en general

Mejorar las acciones informativas, educativas y preventivas puede ser de una gran utilidad, dirigiéndolas tanto a los jóvenes, como a los padres y a la población en general. Aquí también debemos incluir a los profesores de los centros docentes de primaria y secundaria, al medio universitario, y a los profesionales implicados directa o indirectamente con las personas de estas edades. Esto puede hacerse mediante la comunicación directa a través de prensa, radio y televisión, o bien a través de la elaboración de folletos informativos, para jóvenes y padres, anuncios en prensa, envío de notas a los medios de comunicación. Se debe proporcionar información objetiva sobre ello y sensibilizar a los jóvenes de que todos vivimos en la misma ciudad, en el mismo planeta, y que el respeto mutuo es un elemento esencial de la convivencia.

También, es de gran relevancia formar adecuadamente a los mediadores sociales que se vinculan con los jóvenes, como educadores de calle, dueños de locales de copas, personal de la hostelería, etc. Y no olvidemos que podemos utilizar de modo muy eficaz Internet y páginas webs de tipo preventivo dirigidas a los jóvenes.

6.7. Potenciación del ocio y tiempo libre dirigido a los jóvenes donde el objetivo sea la mejora de la calidad de vida y una diversión sana, sin alcohol ni drogas, ni conductas incívicas

Sin duda alguna, las acciones anteriores quedarían cojas si no conocemos bien un elemento que está, en parte, en la base de este nuevo problema: los lugares donde los jóvenes van a divertirse, los lugares donde beben, en el botellón, en la calle, en los soportales, en los lugares que consideran como suyos. Así, algunas plazas, parques, calles, se han convertido para una parte de los jóvenes en su lugar de encuentro, donde se divierten en su tiempo libre, donde pasan las largas horas de las noches del fin de semana o de la semana (ej., los jueves). Unos lo hacen en el lugar del botellón, otros en bares y discotecas, otros en pisos de amigos, otros fuera de la ciudad, pero con patrones semejantes a los citados.

Hoy la noche cada vez más se está convirtiendo en el espacio social de los jóvenes; es decir, un espacio que les permite diferenciarse de los adultos. Por ello, se considera que un modo que facilita el control y la solución de este problema es potenciar actividades alternativas y/o proporcionarles lugares de encuentro. De ahí la conveniencia de facilitarles lugares de ocio, tiempo libre y diversión para los jóvenes o potenciar los ya existentes. Estas acciones deben orientarse a: a) proporcionarles o facilitarles el uso de locales o lugares de encuentro adecuados; y b) facilitarles un mayor acceso a actividades culturales: bibliotecas, lectura, internet, teatro; deportivas: pabellones, deportes; lúdicas: juegos, baile, música; y otras que puedan surgir.



Esto exige una política juvenil que facilite el acceso a locales por parte de los jóvenes en donde no existen, se habiliten otros ya existentes y se financien y potencien actividades culturales, deportivas y lúdicas orientadas a los jóvenes. Esto significa en muchos casos la creación de infraestructuras y lugares de encuentro donde los jóvenes sean los protagonistas. Los adultos precisamos conocer lo que quieren y lo que les gusta.

Por lo que sabemos, lo que buscan básicamente los jóvenes es relacionarse entre sí, con otros jóvenes, tener lugares donde reunirse y donde conocer gente. Por ello, prefieren las concentraciones multitudinarias, como ocurre cuando beben en grupo. Cuando hay un concierto la situación es la misma, aunque centrada básicamente, y para casi todos, en escuchar música, en el baile, la diversión y el pasarlo bien, no en el consumo de alcohol y de drogas (aunque una minoría lo siguen haciendo en estos actos porque probablemente ya tienen problemas de dependencia a una o más drogas). El consumo de alcohol, incluso en el botellón, es complementario para los jóvenes, aunque se incrementa el riesgo de consumo si el alcohol está presente, como realmente siempre lo está en el botellón.

Lo relevante sería que tuviesen lugares de encuentro adecuados, libres de alcohol y otras drogas, como así ya ocurre en asociaciones juveniles, locales de la juventud, etc. En esta línea es importante potenciar las asociaciones de jóvenes con objetivos saludables (ej., asociación dedicada a la escalada, al senderismo, a actividades culturales, musicales, teatro, deporte, etc.). También debe facilitárseles el acceso a lugares donde puedan verse como campos deportivos, polideportivos, bibliotecas, etc.

No queda tan clara la utilidad de facilitar y potenciar actividades de ocio y tiempo libre en la noche, lo que se ha denominado ocio alternativo. Sabemos que a nivel preventivo no ha sido eficaz (Acero et al., 2002; Fernández y Secades, 2004) para prevenir el consumo de alcohol o drogas. De ahí la importancia de regular el horario de cierre de locales y todo tipo de diversión. La idea central que se debe transmitir es que hay un horario tope en la noche y de que ésta es básicamente para dormir. Ante este planteamiento siempre habrá personas (y a veces también intereses) que estarán en el lado opuesto; prefieren que no haya control, o al menos poco control, como realmente ocurre en la noche.

6.8. Intervenciones específicas para las mujeres, en relación con la violencia sexual

La violencia sexual, sobre todo contra las mujeres, es un grave problema social. Se considera que visitar pubs, bares y locales nocturnos, a lo largo de la noche, que es cuando las personas salen a divertirse, es un factor de riesgo para la violencia sexual (Pino y Johson-Johns, 2009). De ahí la relevancia de conocer esta problemática y prevenir que ocurran estos hechos. Eso va a exigir una intervención en ambientes recreativos nocturnos, junto a otras intervenciones previas que es preciso implantar (ej., en la prevención escolar, familiar y comunitaria). Esta violencia sexual se ve facilitada por el consumo de alcohol y drogas, sobre todo cuando este consumo es elevado y la persona pierde parte de su control, o la conciencia. Se sabe que cuando se está bajo los efectos del alcohol o las drogas no siempre se percibe adecuadamente el interés sexual de otras personas, o la aceptación o no de propuestas y actos sexuales (Sánchez et al., 2019). De ahí, el que también haya individuos, denominados “predadores”, que utilizan los locales nocturnos para encontrar fácilmente víctimas, sobre todo aquellas que están bajo los efectos del alcohol o de las drogas. Esto facilita claramente este tipo de actos.



Cuando una mujer sufre un acto de violencia sexual tiene en ella un efecto devastador (daños, violencia, violación, adquirir enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, no recordar nada, etc.). De ahí el creciente interés en prevenir este tipo de hechos y poner acciones en marcha para conseguir que no ocurran (Powers y Leili, 2018).

La revisión de Quigg et al. (2020), como varios estudios realizados por este grupo, y otros, indica que la violencia sexual en la vida nocturna es un tema prioritario en muchos países. No hay evidencia de resultados adecuados a nivel preventivo, tanto porque es un campo nuevo, como por la dificultad de llevar los programas a la propia noche, donde es clave aumentar la seguridad de las mujeres (Graham et al., 2017). De ahí que en un buen programa preventivo en la vida recreativa nocturna debe incluir intervenciones específicas sobre la violencia sexual. Programas que hemos indicado previamente, como el STAD o el STOP-SV, van en esta línea y son un ejemplo de lo que habría que hacer.

6.9. Medidas de reducción de daños en la diversión y ocio nocturno: Cribaje de grupos y personas en alto riesgo para realizar con ellos acciones puntuales y específicas para sus conductas problema

Entre los jóvenes que salen de marcha y beben abusivamente, fuman, consumen cannabis, cocaína, llevan a cabo conductas incívicas, orinan en la calle, hacen mucho ruido, conducen a alta velocidad, etc., como entre los que ya han adquirido una dependencia a una o más drogas (especialmente al alcohol, nicotina, cannabis, éxtasis o cocaína), una intervención más especializada sería una buena alternativa para ellos. De ahí que sea de gran relevancia su pronta detección y facilitarles o convencerles de que acudan a un tratamiento. Aunque esto no es fácil, la utilización de mediadores, o entrenar a los jóvenes en detectar entre sus amigos este tipo de personas, puede ser relevante para evitar problemas de dependencia en su vida adulta.

Nótese que los jóvenes saben qué hacer cuando hay una emergencia. Llamen al servicio de emergencias para que éste solucione el problema. Todos deben saber cómo hacerlo.

También a nivel laboral, e incluso escolar, se podrían hacer cribajes para detectar a estas personas, tanto los que beben abusivamente el fin de semana, como los que ya están bebiendo de modo importante a diario, los que consumen esporádicamente o con frecuencia cannabis, los que tontean con la cocaína cada vez más frecuentemente, los que no van a la escuela o suspenden sin motivo aparente, los que están todo el día enganchados al móvil, los que tienen otros problemas que les llevan a consumir drogas, etc.

Su derivación a los distintos recursos sanitarios existentes, sean de atención primaria, centros de drogodependencias, unidades de alcoholismo o servicios sociales, facilitaría una intervención adecuada.

6.10. Conseguir la colaboración de la industria hostelera y del tiempo libre para la aplicación de medidas

Es indudable el peso y poder que actualmente tiene la industria hostelera y la del tiempo libre, incluyendo bares, restaurantes, discotecas, pubs, etc., en la vida nocturna y en la diversión. Esta



industria tiene que cumplir toda una serie de normas y al mismo tiempo procurar obtener el máximo beneficio en sus negocios. Por todo ello, sería relevante llevar a cabo acciones que optimicen al máximo un programa global para reducir el consumo de alcohol y drogas y que la diversión sea de calidad y, al tiempo, haya un equilibrio social entre la necesidad de divertirse y conseguir que dicha diversión no tenga consecuencias negativas o que éstas sean mínimas. Estas serían las siguientes:

- Educativas, para que la industria del ocio y de la restauración conozcan la realidad de los problemas que causa la diversión y cuáles son los límites sanitarios y sociales que pueden tolerarse. La formación de estos profesionales puede ser muy útil tanto para la atención a sus clientes, los límites del consumo y de las normas en vigor, así como para que puedan solicitar ayuda si alguno de ellos o sus empleados lo precisa (Calafat y Juan, 2017).
- Llegar a acuerdos de colaboración con la industria hostelera, de distribución de bebidas alcohólicas y propietarios de locales de copas de la ciudad, donde se vende alcohol para que colaboren en que sus clientes hagan un consumo de alcohol responsable y no vendan o sirvan alcohol a menores de edad. Esto puede hacerse a través de convenios, cursos de formación, folletos, etc., con los mismos (Irefrea, 2015).
- Llegar a acuerdos de colaboración para que erradiquen de sus locales, de existir, el tráfico de drogas, que tengan una normativa clara al respecto y un sistema eficaz de control. Un protocolo de actuación acordado con ellos es importante para que se cumpla la erradicación del consumo ilegal de drogas, cierre de locales, normas higiénicas en el mismo, etc.
- Tener cuidado en no caer en la “*pseudoprevención*” que ofrecen los grandes lobbies alcohólicos (ej., Fundación Alcohol y Sociedad), los cuales facilitan teóricos programas preventivos, gratis y financiados por ellos (ej., programas de conductor alternativo o abstemio, pseudoprogramas escolares de tipo educativo o preventivo, etc.,) con el objetivo final de incrementar el consumo de alcohol (esto es, llevar a cabo acciones contra-preventivas), como así se ha demostrado (Repetto et al., 2009). Lo mismo ha pretendido históricamente la industria del tabaco (ej., el pseudoprograma preventivo que ofrecía gratuitamente Philips Morris).

Las multinacionales del alcohol insisten en la responsabilidad individual en las personas que beben. Así, por una parte, incitan al consumo, sabiendo que una parte del mismo va a ser descontrolado y adictivo y, por otra, se lavan las manos sobre las consecuencias negativas de dicho consumo. Esta es una estrategia bien estudiada por las multinacionales del alcohol como muestran sus documentos confidenciales (ver Bond et al., 2009), igual que ha hecho hasta ahora la industria del tabaco. Cuando la industria reconoce que el alcohol puede producir problemas entonces afirma que ello sólo le afecta a una pequeña minoría. Se callan que esa minoría es de miles o de cientos de miles de personas, con consecuencias físicas, mentales, personales, sanitarias y familiares graves para ellas. Por ello, tenemos que conseguir una diversión sana, una diversión segura en la que primen los intereses de los individuos, de los ciudadanos y los de la salud por encima de los del negocio y de la industria.



Tabla 10.6. Medidas que proponen Calafat y Juan (2017) para reducir los daños de la vida recreativa aplicable dentro de los locales de diversión.

- Regular la temperatura y ventilación del local para prevenir atmósferas cargadas y el calor excesivo.
- Disponer de áreas de descanso con acceso gratuito al agua con música suave.
- Los locales deben proporcionar información sobre reducción de daños sobre el consumo de drogas o consejo de intervención en crisis. Los locales deben también proporcionar agua, condones, tapones para los oídos y otras ayudas.
- Políticas en relación con los cristales, tales como eliminar botellas y vasos vacíos, cuando se rompen, limpiar cuando se derrama la bebida y eliminar otros peligros, puede reducir riesgos.
- Reducción del volumen de la música, al menos en amplias áreas, para poder hablar tranquilamente.
- Eliminar obstáculos que puedan restringir y/o molestar a las personas que circulen entre el bar, pista de baile y otras áreas para sentarse.
- Reducir las colas en el área del bar.
- Tener una buena ratio de camareros para los clientes para evitar la competencia para que les sirvan.
- Hacer revisiones aleatorias de los aseos para comprobar si en ellos se realizan actividades ilegales o inadecuadas.
- Proporcionar superficies planas para beber para reducir derrames de bebidas y cristales rotos.
- Reducir las áreas oscuras dentro de las instalaciones y mejorar el alumbrado público exterior.

6.11. Tener un buen equipo de aplicadores para los programas de la vida recreativa

Un aspecto relevante en los programas recreativos nocturnos es disponer de un equipo humano de calidad, y bien entrenado, que haga la intervención. Para ello suelen utilizarse lo que se denominan, en sus distintas acepciones, aplicadores, mediadores, técnicos, expertos, etc. Esta es una figura relevante en la implementación de este tipo de programas. Lo ideal es que esta persona sea un profesional del campo de la salud, o de las ciencias sociales, con conocimientos mínimos, al menos básicos, sobre prevención, adolescencia y adultez, consumo de drogas, efectos y consecuencias, la diversión y la vida recreativa, disponer de habilidades sociales y de comunicación, tener una edad semejante al grupo al que se va a aplicar la intervención, y que no sea una persona pro-consumo de drogas, o consumidor de drogas.

En el pasado, y a veces en el presente, nos encontramos con personas que trabajan en este campo, o que hacen intervenciones teóricamente preventivas, y que consumen sustancias en igual grado o más que las personas a las que les va a aplicar la intervención preventiva (Calafat et al., 2007). Si esto ocurre, es más probable el fracaso del programa. Es, por ello, un aspecto que hay que cuidar mucho.

El equipo de aplicadores tiene que estar bien coordinado con el equipo que diseña el programa, con una comunicación fluida entre ambos, hacer un seguimiento preciso de lo que se está aplicando y, de ser necesario, hacer los cambios necesarios, conforme se va aplicando el programa. No olvidemos que el mismo se pone en práctica en un ambiente frecuentemente cambiante. La adaptación a estos cambios es central para poder aplicar la intervención a los que están en ambientes de diversión.



Dado que el tipo de programas que se aplican en la vida recreativa son muy variados, también de variados van a ser las intervenciones, las tareas a realizar y las habilidades que se procurará entrenar en las personas que están en esas situaciones de diversión.

6.12. Coordinación entre distintas medidas

En capítulos previos hemos visto los tipos de prevención que podemos poner en marcha, desde la ambiental, la comunitaria, la familiar o la escolar. La recreativa es una más. No vale decir que se va a implantar y que luego no se haga. Las medidas preventivas son necesarias. Y no olvidemos que información no es prevención. También viene bien coordinarse con el sistema sanitario, centros de atención primaria, hospitales, centro de drogodependencias, etc.

6.13. Evaluar los resultados de la intervención

Toda acción preventiva debe ser evaluada. En el caso de las intervenciones en la vida recreativa nocturna evaluar el efecto que tiene en el consumo de sustancias es difícil. No es una intervención directa, a excepción de medidas de prevención ambiental que podemos monitorizar, de ahí que en este aspecto tenemos pocos resultados de las variables finales (las dependientes, las de consumo), aunque mucha información sobre las variables mediadoras (ej., información, actitudes, intenciones, etc.). No es fácil solventar esta cuestión. De ahí que en ocasiones la evaluación va a quedarse en un nivel cualitativo, etnográfico o de campo (ej., García et al., 2020), sin ser posible obtener información cuantitativa de calidad. En estos casos debemos buscar indicadores de calidad que nos muestren si la intervención va o no cumpliendo sus objetivos (ej., reducción de accidentes de tráfico, peleas, denuncias, intervenciones policiales, utilización de servicios de urgencias, etc.).

6.14. Mantener la intervención preventiva en el tiempo mientras esté presente el problema

Como en cualquier otro programa preventivo, las acciones que se lleven a cabo en la vida recreativa nocturna deben mantenerse en el tiempo. O, dicho de otro modo, no deben ser puntuales. De ser éste el caso, es difícil obtener resultados o incluso conocer qué está ocurriendo con esa intervención puntual.

Cuando se llevan a cabo acciones preventivas en el ocio nocturno éstas deben ser evaluadas sistemáticamente. Y, hacer los ajustes necesarios en aquellos aspectos en que no funcionan y mantener los que tienen buen funcionamiento, aceptación y evidencia.

Como hemos indicado en distintas ocasiones a lo largo de este capítulo, éste es un campo al que se le ha prestado menos atención a nivel preventivo, es más difícil de intervenir en el mismo, la evaluación no es fácil, o es difícil de hacer en muchas ocasiones, pero aun así no debemos olvidar que estamos ante un área de trabajo central para prevenir las consecuencias negativas que tiene el consumo de drogas tanto en los jóvenes como en los no tan jóvenes.



Referencias

- Abierto hasta el amanecer (2011). *Manual del animador. Manual de la animadora*. Gijón: Abierto hasta el amanecer.
- Acero, A. (2002). *Guía práctica para una prevención eficaz*. Madrid: ADES.
- Anderson, P., Moller, L. y Galea, G. (Ed.) (2012). *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.
- Arenas, C., Legaza, A. I. y Muñoz, J. (2008). *Informe de evaluación del impacto social del programa abierto hasta el amanecer*. Gijón: Abierto hasta el amanecer
- Avila, C., Bajcarova, L., Bellis, M., Blay, N., Boyladjis, G., Calafat, A., ... Tripodi, S. (2010). *Violencia y otros problemas entre turistas jóvenes. ¿Qué podemos hacer para prevenirlo?* Palma de Mallorca: Irefrea.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2006). *Alcohol y jóvenes*. Madrid: Pirámide.
- Bachman, J. G., O'Malley, P. M., Schulenberg, J. E., Johnston, L. D., Freedman-Doan, P. y Messer-mith, E. E. (2007). *The education-drug use connection. How successes and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use, and delinquency*. Nueva York, NY: Psychology Press
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2009). *La vida recreativa en Santiago de Compostela: Análisis del estado de la situación y propuestas para prevenir los factores y las conductas de riesgo asociadas a la misma*. Santiago de Compostela: Concello de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (2021). *La prevención ambiental en el consumo de drogas. ¿Qué medida podemos aplicar?* Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad.
- Becoña, E., Juan, M., Calafat, A. y Ros, M. (2008). Razones para no aceptar una relación sexual en jóvenes que se divierten en contextos recreativos nocturnos en función del género y de la embriaguez. *Adicciones*, 20, 357-364.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención social en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E., López, A. y Martínez, J. M. (2020). *Cocaína, cannabis y heroína*. Madrid: Síntesis.
- Bellis, M., Hughes, K., Bennett, A. y Thomson, R. (2003). The role of an international nightlife resort in the proliferation of recreational drugs. *Addiction*, 98, 1713-1721.
- Bellis, M., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramon, A., Rodriguez, J. A., Mendes, M., Schnitzer, S. y Phillips-Howard, P. (2008). Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health* 8, 155.
- Bond, L., Daube, M. y Chikritzhs, T. (2009). Access to confidential alcohol industry documents: From 'Big Tobacco' to 'Big Booze'. *Australasian Medical Journal*, 1 (3), 1-26.
- Brunn, J., Brunner, S. y Mütsch, M. (2021). Preventive interventions for young adults in nightlife: Coproduction for a systematic literature assessment followed by a stakeholder dialogue process. *European Addiction Research*, 27, 311-325.
- Byrnes, H., Miller, B. A., Bourdeau, B., Johnson, M. B., Buller, D. B., Bertetetti, J. y Rogers, V. A. A. (2019). Prevention of alcohol and other drug overuse among nightclub patrons: A randomized trial of a group-based mobile intervention at nightclubs. *Journal of Studies and Alcohol and Drugs*, 80, 423-430.
- Calafat, A. (2010). *Lifestyles and drugs. Prevention interventions in recreational settings*. Estrasburgo, Francia: Council of Europe, Pompidou Group.
- Calafat, A., Fernández, C., Becoña, E., Gil, E., Juan, M. y Torres, M.A. (2000). Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones*, 12 (Supl. 2), 197-230.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E. y Llopis, J.J. (2000). Estrategias y organización de la cultura pro-cannabis. *Adicciones*, 12 (Supl. 2), 197-230.



- Calafat, A., Blay, N., Juan, M., Adrover, D., Bellis M. A., Hughes, K., ... Bohrn, K. (2009). Traffic risk behaviors at nightlife: Drinking, taking drugs, driving, and use of public transport by young people. *Traffic Injury Prevention, 10*, 162-169.
- Calafat, A., Fernandez, C., Juan, M., Anttila, A., Arias, A., y Bellis, M. (2003). *Enjoing the nightlife. European Perspective and the role of moderation*. Palma de Mallorca, IREFREA.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2005). Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas? *Adicciones, 17*, 337-347.
- Calafat, A., Fernández, J. R., Becoña, E., Duch, M. A., Fernández del Río, E. y Salvá, J. (2013). Alcoholemias en contextos recreativos nocturnos como sistema de prevención. *Actas Españolas de Psiquiatría, 41*, 10-16.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E (2004). *La diversión sin drogas: Utopía y realidad*. Palma: IREFREA, Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A., Fernández-Hermida, J. R., Becoña, E., Juan, M., Duch, M., Fernández del Rio, E., Salvá, J., Monzón, S. y Garcia-Toro, M. (2013). Blood alcohol level tests in nightlife recreational settings as a preventive tool. *Actas Españolas de Psiquiatría, 41*, 10-16.
- Calafat, A. y Juan, M. (2017). Prevention in recreational nightlife. En M. Israelashvili y J. L. Romano (Eds.), *The Cambridge handbook of international prevention science* (pp. 207–232). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Calafat, C., Juan, M., Becoña, E., Castillo, Fernández, C., Franco, M., Pereiro, C. y Ro, M. (1995). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones, 17*, 337-347.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E. y Fernández, C. (2007). *Mediadores recreativos y drogas. Nueva área para la prevención*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Castillo, A., Franco, M. et al. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones, 17*, 193-202.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A. y Ramón, A (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema, 21*, 227-233.
- Carbia, C., Corral, M., García-Moreno, L. M., Cadaveira, F. y Caamaño-Isorna, F. (2016). Early alcohol use and psychopathological symptoms in university students. *Psicothema, 28*, 247-252.
- Carmona, M. y Stewart, K. (1996). *A review of alternative activities and alternative programs in youth-oriented prevention*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, CSAP.
- Cook, R. F., Lawrence, H., Morse, C. y Roehl, J. (1984). An evaluation of the alternative approach to drug abuse prevention, *International Journal of Addiction, 19*, 767-787.
- Costello, H., Nelson, N. M., Henry, K. y Freedman, K. S. (2012) *WYSAC catalog of environmental prevention strategies*. WYSAC Report No. DER-128. Laramie, WY: Wyoming Survey & Analysis Center, University of Wyoming. Recuperado de: https://www.wishschools.org/resources/Catalog%20of%20Environmental%20Prevention%20Strategies_Final4%20Wyoming.pdf
- del Valle, B., Carmona-Marquez, J., Vidal-Giné, C. y Fernández-Calderón, F. (2021) Harm reduction strategies and drug-related negative consequences in the dance music scene: The moderating role of polysubstance use. *Substance Use & Misuse, 56*, 777-781.
- Donat, M., Sordo, L., Belza, M. J. y Barrio, G. (2020). *Mortalidad atribuible al alcohol en España 2001-2007. Metodología y resultados*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- Dutch, M., Calafat, A. y Juan, M. (2012). *Estándares para mejorar las condiciones de salud y seguridad en los locales de vida recreativa nocturna*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- Dutch, M., Juan, M., Kefauver, M., Gervilla, E., Calafat, A., Hughes, K., ...Kulhanek, A. (2020). *STOP-SV. Manual de formación para el personal de los contextos de ocio nocturno para identificar, prevenir y responder a la violencia sexual*. Valencia: Martin Graphic.



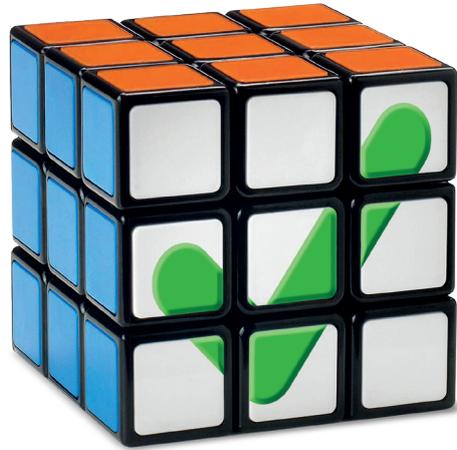
- Duch, M., Gervilla, E., Juan, M., Guimaraes, C., Kefauverm, N. M., Elgán, T. H., Gripenberg, J. y Quigg, Z. (2020). Effectiveness of a community-based intervention to increase supermarket vendors' compliance with age restrictions for alcohol sales in Spain: A pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 5991.
- Engels, R. C. M. E., Slettenhaar, G., ter Bogt, T. y Scholte, R. H. J. (2011). Effect of alcohol references in music on alcohol consumption in public drinking places. *American Journal of Addictions*, 20, 530-534.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2006). *Annual report 2006. Selected issues*. Luxemburgo: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2021). *Annual report 2021*. Luxemburgo: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Fell, J. C., Fisher, D. A., Yao, J. y McKnight, A. S. (2017). Evaluation of a responsible beverage service and enforcement program: Effects on bar patron intoxication and potential impaired driving by young adults. *Traffic Injury Prevention*, 18, 557-565.
- Fell, J. C., Tanenbaum, E. y Chelluri, D. (2018). Evaluation of a combination of community initiatives to reduce driving while intoxicated and other alcohol-related harms. *Traffic Injury Prevention*, 19 (supl. 1), 176-179.
- Fernández, J. R. y Secades, R. (2003). *Guía de referencia para la evaluación de programas de ocio alternativo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Fernández-Calderón, F., Díaz-Batanero, C., Barratt, M. J. y Palamar, J. J. (2019). Harm reduction strategies related to dosing and their relation to harms among festival attendees who use multiple drugs. *Drug and Alcohol Review*, 38, 57-67.
- García, M. A., Tarriño, L., y Diego-Cordero, R. (2020). Consumption of substances in nightlife settings: A qualitative approach in young andalusians (Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 5646.
- Gervilla, E., Quigg, Z., Duch, M., Juan, M. y Guimaraes, C. (2020). Adolescents' alcohol use in bottellon and attitudes towards alcohol use and prevention policies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3885.
- Graham, K., Bernards, S., Abbey, A., Dumas, T. M. y Wells, S. (2017). When women do not want it: Young female bargoers' experiences with and responses to sexual harassment in social drinking contexts. *Violence Against Women*, 23, 1419-1441.
- Havere, T. V., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J. y Bellis, M. (2011). Drug use and the nightlife: More than just dance. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6, 18.
- Hughes, K., Quigg, Z., Eckley, L., Bellis, M., Jones, L., Calafat, A., Kosir, M. y van Hasselt, N. (2011). Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: The evidence base for European intervention. *Addiction*, 106 (Supl. 1), 37-46.
- Hughes, K., Quigg, Z., Ford, K. y Bellis, M. A. (2019). Ideal, expected and perceived descriptive norm drunkenness in UK nightlife environments: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19, 442.
- Instituto Nacional de Toxicología (2021). *Hallazgos toxicológicos en víctimas mortales de accidentes de tráfico. Memoria 2020*. Madrid: Ministerio de Justicia, Instituto Nacional de Toxicología.
- Irefrea (2015). *Avaluació de la Plataforma per un oci de qualitat a Les Illes Balears 2011- 2014*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- Jones, A. W., Morland, J. G. y Liu, R. H. (2019). Driving under the influence of psychoactive substances. A historical review. *Forensic Science Review*, 31, 103-140.
- Ker, K. y Chinnock, P. (2008) Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database System Reviews*, Art. Nº. CD005244
- Kurtz, S. P., Buttram, M. E., Pagana, M. E. y Surratt, H. L. (2017). A randomized trial of brief assessment interventions for young adults who use drugs in the club scene. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 78, 64-73.



- Mialon, M. y McCambridge, J. (2018). Alcohol industry corporate social responsibility initiatives and harmful drinking: A systematic review. *European Journal of Public Health, 28*, 664-673.
- Möhle, M., Nijkamp, L., de Greeff, J. de y Miulder, J. (2020). *STAD in Europe. Manual para la prevención comunitaria de daños relacionados con el alcohol*. Luxemburgo: STAD (en: http://stadineurope.eu/wp/wp-content/uploads/2019/07/SiEmanual_spanish.pdf).
- Moore, K. y Matias, J. (2018). *Monitoreo del uso de drogas en entornos recreativos en Europa: Desafíos conceptuales e innovaciones metodológicas*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Sánchez-Queija, I., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I, ... Leal-López, E. (2020). *Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre conducta sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018*. Madrid: Ministerio de Sanidad
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDLYA] (2021). *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Olszewski, D. y Burkhardt, G. (2002). *Las drogas en el punto de mira. Uso recreativo de las drogas: Un reto a nivel de la UE*. Lisboa, Portugal: EMCDDA.
- Pino, N. W. y Johnson-Johns, A. M. (2009). College women and the occurrence of unwanted sexual advances in public drinking settings. *Social Science Journal, 46*, 252- 267.
- Powers, R. A. y Leili, J. (2018). Bar training for active bystanders: evaluation of a community-based bystander intervention program. *Violence Against Women, 24*, 1614-1634
- Quigg, Z., Hughes, K., Butler, N., Ford, K., Canning, I. y Bellis, M. A. (2018). Drink less enjoy more: Effects of a multi-component intervention on improving adherence to, and knowledge of, alcohol legislation in a UK nightlife setting. *Addiction, 113*, 1420-1429.
- Quigg, Z., Bellis, M. A., Hughes, K., Kulhanek, A., Brito, I., Ross-Houle, K., y the STOP- SV group (2021). STOP-sexual violence: Evaluation of a community-based nightlife worker awareness raising bystander training programme. *European Journal of Public Health, 31*, 659–664.
- Quigg, Z., Bigland, C., Hughes, K., Duch, M., & Juan, M. (2020). Sexual violence and nightlife: A systematic literature review. *Aggression and Violent Behavior, 51*, 101363.
- Repetto, C., Aresi, G., Fornari, L. y Scolari, M. (2009). Evaluación de una intervención con conductores designados para prevenir los accidentes de tráfico provocados por el alcohol en las discotecas de Milán, Italia. *Adicciones, 21*, 279-288.
- Ritter, A. y Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review, 25*, 611-624.
- Rocha, C., Becoña, E. y Sousa, G. (2018). Risk & Challenges: Effectiveness assessment of a preventive program on addictive behaviors and dependencies amongst students in higher education. *The Psychologist: Practice & Research Journal, 1*, 73-84.
- Sanchez, Z. M., Santos, M. G. R, Sanudo, A., Carlini, C. M. y Martins, S. S. (2019). Sexual aggression in Brazilian nightclubs: Associations with patron's characteristics, drug use, and environmental factors. *Archives of Sexual Behavior, 48*, 609-618.
- Shope, J. T. (2007). Graduated driver licensing: Review of evaluation results since 2002. *Journal of Safety Research, 38*, 165-175.
- Stevely, A. K., Holmes, J., McNamara, S. y Meier, P. S. (2020). Drinking contexts and their association with acute alcohol-related harm: A systematic review of event-level studies on adults' drinking occasions. *Drug and Alcohol Review, 39*, 309-320.
- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J., Patton, G. y Degenhardt, L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry, 3*, 280-296.
- Strandberg, A. K., Elgan, T. H., Fltmann, K., Lindström, N. J. y Gripenberg, J. (2020). Illicit drugs in the nightlife setting: Changes in employee perceptions and drug user over a fifteen-year period. *Substance Use & Misuse, 55*, 2116-2128.



- Trangenstein, P., Wall, P. y Jernigan, D. (2019). Collateral damage from college drinking: A conceptual framework for alcohol's harms to others among US college students. *Substance Use & Misuse*, 54, 1297-1308.
- Van Hasselt, N., Hughes, K., Burkhart, G. y Gyamarthy, V. A. (2012). *Responding to drug use and related problems in recreational settings*. Lisboa, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- WHO (2016). *Drug use and road safety*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.
- WHO (2019). *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- Wood, D.M., Dines, A. M., Heyerdahl, F., Yates, C., Giraudon, I., Paasma, R., Hovda, K. E. y Dargan, P. I. (2016). Review of European-Drug Emergencies Network (Euro-DEN) training package for non-specialist workers to assess acute recreational drug and new psychoactive substance toxicity in night-time economy environments. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23, 73-77.



CAPÍTULO 11

La prevención en el ámbito laboral



1. El consumo de drogas en el lugar de trabajo

El consumo de drogas en el ámbito laboral, y su prevención y tratamiento, suele estar habitualmente aparte del campo de la prevención hasta aquí expuesta. Lo que hemos visto suele dirigirse a niños y adolescentes. Aquí, a adultos. Se hace desde los Servicios de Vigilancia de la Salud, Medicina de Empresa o de Riesgos Laborales. Como un ejemplo, en el último plan de acción de la Unión Europea sobre Drogas para 2021-2025, de las 83 acciones que consideran ninguna va orientada al campo laboral. Igualmente, en los manuales más recientes de prevención de drogas no aparece un apartado o capítulo dedicado a la prevención de drogas en el medio laboral; si aparecían en los manuales de los años 80 y 90. Esto no significa que no sea un campo relevante y que no haya un claro interés por la prevención del consumo de alcohol y drogas en la empresa, pero se hace por otros profesionales y se encargan de que se haga prevención en el campo laboral organismos de la administración distintos de los de la prevención de drogas en el campo escolar, familiar, comunitario u otros. En unos casos puede depender del Ministerio de Trabajo o de Seguridad Social; en otros de Sanidad, Educación o Servicios Sociales. Pasa lo mismo con la prevención en otros ámbitos, como el militar, que depende de otro órgano administrativo, del Ministerio de Defensa en este caso.

En la misma línea, en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 del Plan Nacional sobre Drogas, se habla tímidamente del ambiente laboral. Aparece cuando se comenta la integración laboral, dentro de la incorporación social, incluyendo algún objetivo estratégico para ello (ej., 10.4.5 de coordinación institucional y 10.4.8 sobre el fomento de las entidades privadas en programas de inserción social y laboral). Es probable que estemos asistiendo a un cambio sobre la prevención en el medio laboral, como indica la reciente encuesta realizada en el mismo por parte del Plan Nacional sobre Drogas (OEDA, 2021).

La preocupación en este tema viene dada porque el consumo de drogas en el ambiente laboral es alto, en la misma línea que el consumo en la población general. De ahí la necesidad de aplicar también la prevención para el alcohol, tabaco y drogas en el mismo e incluso ampliarla a otras adicciones comportamentales y a otras conductas de riesgo para el individuo, sea en la esfera de su salud física o mental.

Las consecuencias más habituales del consumo de drogas en el trabajo son: absentismo, descenso de la productividad, aumento de la siniestralidad (en el espacio laboral), menoscabo de las relaciones laborales o deterioro de la imagen de la empresa, además de situar el consumo en el origen de entre el 20-40 % de los expedientes disciplinarios (Menéndez y Santos, 2014).

Son los servicios de medicina de empresa o de riesgos laborales los que tienen un papel central en este tema, al tiempo que distintas leyes, de modo especial el Estatuto de los Trabajadores y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, han regulado muchos aspectos de lo que es la protección a los trabajadores, o de lo que no pueden hacer en cierto tipo de trabajos para preservar la seguridad de otros trabajadores o de la población.

Muchos programas preventivos en medio laboral se centran en proporcionar información, sensibilización y orientación. O, cuando tienen un consumo problemático, o dependencia de una droga, remitirlos a tratamiento. Esto es relevante, pero se pueden poner acciones en marcha más sistemáticas, mantenidas en el tiempo, más amplias y orientadas a los diversos aspectos que nos interesan en este colectivo: información, sensibilización, prevención y remitirlo a tratamiento, cuando es el caso.



Lo que sí es cierto es que en las últimas dos décadas el interés por este tema se ha incrementado de modo notable (Bennett et al., 2003; Bray et al., 2011; Feinberg, 2020; Mayorga et al., 2011; Pompidou Group, 2014; Salvador et al., 2003). Lo mismo ha ocurrido en España, tanto por parte de las organizaciones empresariales (CEOE, 2018; Fernández et al., 2015; FDT, 2014) como sindicales (Molina et al., 2018; Rodríguez et al., 2015; UGT, 2017).

2. ¿Por qué se debe prevenir el consumo de drogas a nivel laboral?

2.1. Alto nivel de prevalencia de consumo de drogas

El consumo de drogas que se encuentra en las encuestas de la población general va a tener un reflejo paralelo en las personas que trabajan, tanto en el tipo de drogas consumidas como en la cantidad consumida. Disponemos de una encuesta reciente sobre el consumo de drogas en el medio laboral (OEDA, 2021) que nos permite tener una idea clara de cuál es la problemática.

La citada encuesta tuvo un grupo de trabajo en el que participaron los sindicatos CCOO, UGT, y los empresarios, la CEOE. Esta es la tercera encuesta monográfica realizada en el ámbito laboral. Las previas se hicieron en 2007 y 2013. Es una encuesta domiciliaria, para personas de 16 a 64 años, dirigida a personas empleadas (trabajando actual o temporalmente ausente) o parada (con trabajo previo). La muestra es muy amplia, de 11.743 personas en la encuesta de 2020. De éstos el 82.5% estaban empleados y el 17.5% en paro. Los resultados de consumo son semejantes a los que se obtienen en la población general. Es lo esperable porque los que trabajan son la mayoría del total de las personas de la población general. Las prevalencias de consumo que encontramos las indicamos en la tabla 11.1. Allí se aprecia un alto nivel de consumo, sobre todo de las drogas legales y del cannabis, un importante consumo de hipnosedantes, con o sin receta médica, un mayor consumo en los varones en relación con las mujeres y mayor consumo en edades más temprana (al comparar el consumo en los que tienen 16-34 años en relación a los que tiene de 35 a 64 años).

Otros datos relevantes son que las personas en paro consumen un poco más en las distintas sustancias. Así, al considerar el consumo en los últimos 30 días, los que trabajan consumen alcohol un 9.4% que sube a un 10.9% en los que están en paro. El porcentaje mayor de consumo, estén trabajando o en paro, está en los trabajadores manuales cualificados, que sube al 17%. Y, por sectores de actividad, los mayores consumos están en la construcción (un 20%) seguido por la agricultura, pesca, ganadería y extracción (un 18.8%). La mayoría de los otros sectores están en torno al 8-11%, y con menores niveles los de la administración pública, educación, sanidad y servicios sociales (6.7%), actividades artísticas, recreativas y deportivas (5.3%) y actividades domésticas y servicios personales (un 4.1%). En el consumo de tabaco ocurre algo semejante a lo anterior. Esto cambia en relación con el consumo de cannabis. Aquí el mayor porcentaje de consumo está en los de actividades artísticas, recreativas y deportivas (un 17.2% de consumo en los últimos 30 días), hostelería (12.6%), construcción (11.8%), transporte, almacenamiento y comunicaciones (10.3%), estando el nivel más bajo en actividades domésticas y servicios personales (4.6%) y administración pública, educación, sanidad y servicios sociales (4%).



Tabla 11.1. Prevalencia de consumo de drogas a nivel laboral.

Sustancia	Consumo en los últimos 12 meses					Consumo, %, últimos 30 días
	Consumo, %	Hombres	Mujeres	16-34 años	35-64 años	
Alcohol	81,00	85,6	75,6	81,9	80,7	67,5
Tabaco	42,3	46,5	37,3	48,1	40,2	40,0
Cigarrillos electrónicos	4,1	4,9	3,2	7,7	2,9	1,9
Hipnosedantes, con y sin receta medica	11,2	8,4	14,6	8,4	12,2	7,3
Analgésicos opioides sin receta	0,8	0,7	0,9	0,6	0,9	0,6
Cannabis	10,9	14,7	6,3	19,7	7,7	8,5
Cocaína	3,1	4,6	1,3	4,1	2,7	1,4
Éxtasis	1,00	1,5	0,5	1,9	0,7	0,4
Anfetaminas/speed	0,8	1,1	0,4	1,4	0,6	0,3
Alucinógenos	0,7	1,1	0,2	1,4	0,4	0,2
Heroína	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1

Fuente: OEDA (2021).

Otro dato relevante es el de que la mayoría reconoce haber recibido información sobre drogas en su empresa, sobre todo en relación con el alcohol y el tabaco, la mitad en el cannabis, y en cifras bajas (sobre el 30-40%) en las otras drogas ilegales.

Es valorable positivamente la afirmación en el informe de que “los resultados y conclusiones derivados de esta encuesta suponen un apoyo para el diseño y evaluación de políticas de prevención e información sobre el consumo de drogas en el ámbito laboral, encaminado a la mejora de la salud de la población trabajadora” (pág. 7).

2.2. Para reducir la accidentabilidad

El consumo de alcohol, tabaco y drogas produce un incremento de la accidentabilidad, tanto del propio trabajador, como otros accidentes laborales debido al consumo. Los datos indican que la accidentabilidad ha disminuido en España. Los últimos datos disponible indican 634 muertes en 2020 (Fonte, 2021), que representó un incremento de la mortalidad respecto a años anteriores, en época de Covid-19, ya que hasta ese año no dejaba de descender. Si en 2009 murieron 632 personas, bajó a 515 en 2015 y a 487 en 2019. Una parte de este descenso se debe a la introducción paulatina de nuevas medidas de seguridad en el trabajo, entre la que está el mayor control del consumo de alcohol y drogas. Igualmente, hay un mayor control social de sancionar conducir con niveles altos de alcohol en sangre o la detección de otras drogas.



El consumo de drogas en el ámbito laboral, y en particular el alcohol, constituye una de las causas directamente relacionadas con la siniestralidad y el rendimiento. Se estima que uno de cada tres accidentes laborales graves está vinculado al consumo de alcohol y otras drogas (Menéndez y Santos, 2014). La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que entre un 15% y un 30% de las víctimas registradas por accidentes laborales se relacionan con el consumo de drogas y alcohol, y entre el 20% y el 30% de los accidentes de trabajo afectan a personas intoxicadas que se lesionan a sí mismas o causan daños a terceros, registrando las personas consumidoras de drogas entre el doble y el triple de absentismo laboral que el resto de las personas trabajadoras.

A la vista de sus tasas de consumo, el sector de la construcción, junto con el de la hostelería, se consideran prioritarios para la implementación de intervenciones preventivas en materia de consumo de drogas legales e ilegales por parte del Ministerio de Sanidad (Menéndez y Santos, 2014).

Lo anterior ha llevado a que en ciertos sectores se hayan impuesto controles de drogas, o tener la persona que demostrar que no tiene problema de consumo de alcohol o drogas para evitar accidentes. El caso más claro lo tenemos en el nivel de alcohol en sangre máximo que puede tener un conductor de taxi, autobús, tren o avión, según las distintas normativas en vigor, que es menor al permitido para el resto de la población. Igualmente, en ciertas industrias está totalmente prohibido fumar en el lugar de trabajo cuando hay peligro de incendio (ej., en una refinería petrolífera o en una serrería). En la construcción se han hecho múltiples campañas y controles, para evitar accidentes laborales, como así ocurría cuando la persona estaba bajo la influencia del alcohol u otras drogas. Campañas sistemáticas mantenidas en el tiempo han permitido reducir drásticamente la mortalidad a nivel laboral.

2.3. Para reducir las bajas laborales e incrementar el rendimiento

Es evidente que, si las personas en el lugar de trabajo reducen el consumo de las distintas sustancias psicoactivas, o dejan de consumirlas, ello tendrá dos efectos claros. Uno será reducir el número de bajas laborales, al mejorar su salud; y, el otro, consecuencia del anterior, mejorar el rendimiento y, con ello, los beneficios de la empresa y de él mismo.

Hay pocos estudios científicos de calidad en esta área. Aun así, Anderson (2013) indica que el consumo de alcohol produce, en relación con el empleo, varios efectos como:

- *Perjudica la productividad.* Un consumo elevado produce más enfermedades, bajas laborales y menos rendimiento en el trabajo.
- *Desempleo.* El consumo excesivo de alcohol lleva a mayores despidos o a que les sea más difícil obtener un trabajo. El desempleo se asocia con distintos problemas de salud mental, problemas familiares y sociales.
- *Absentismo.* El consumo de alcohol incrementa el absentismo laboral.
- *Presentismo* (cuando el empleado viene a trabajar enfermo y rinde mal). El consumo de alcohol en el trabajo lleva a un menor rendimiento, errores en las tareas, descenso de la producción.
- *Efectos del consumo en otras personas.* Sobre todo, se ha visto que cuando baja la productividad de la persona puede incidir, directa o indirectamente, en reducir también la de otras. Además, su baja productividad lleva a tener que pagar horas extras a otras personas. En suma, se resiente la productividad.
- *Ambiente de trabajo adverso.* Si en el trabajo es fácil acceder al alcohol, si se bebe alcohol en el mismo frecuentemente, o se aprueba el consumo de alcohol en el trabajo, acaban creando un clima negativo. Eso puede llevar al incremento del estrés en el trabajo y a problemas entre compañeros de trabajo.



Tabla 11.2. Beneficios para la empresa y los trabajadores de poner en marcha programas de prevención del consumo de alcohol y drogas en la empresa.

A la empresa

- Prevenir accidentes y enfermedades profesionales.
- Facilitar la detección y la actuación precoz.
- Reducir los efectos derivados del consumo problemático (el absentismo, el presentismo y las intenciones de abandono del personal, entre otros).
- Aumentar la productividad, la satisfacción y el compromiso laboral.
- Mejorar el clima laboral.

A los trabajadores

- Información y formación en el marco de la educación para la salud.
- Aumentar la motivación y la satisfacción personal.
- Mejorar las relaciones laborales y personales.
- Mejorar la salud.

Fuente: Grup ATRA (2018, pág. 9).

Tabla 11.3. Consecuencias del absentismo, presentismo y estrés.

Absentismo

- Días y salarios perdidos.
- Sobrecarga de los compañeros de trabajo.
- Sustituciones de trabajadores ausentes.
- Coste en salarios extra de los sustitutos.
- Disminución de la productividad.

Presentismo

- Disminución de la productividad, la innovación y la creatividad.
- Errores.
- Reducción del nivel de calidad de los trabajos.
- Pérdida de la habilidad para satisfacer a los clientes.

Estrés

- Rotación no deseada.
- Falta de compromiso e implicación.
- Pérdida de empatía y control emocional.
- Conflictos, malas relaciones y deterioro del clima laboral.
- Falta de cooperación e individualismo.
- Falta de calidad y eficiencia.

Fuente: CEOE (2018, pág. 8).

2.4. Para reducir la morbi-mortalidad

Sabemos que el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales lleva a que muchos de sus consumidores desarrollen dependencia de ellas. Y, con el tiempo, aparecen problemas físicos, en



forma de enfermedades, muchas de ellas crónicas, y distintos trastornos mentales. Todo ello los lleva a un incremento de la morbilidad y de la mortalidad con el paso de los años. Dado que en el medio laboral hay un gran número de personas de la población trabajando día tras día, es un lugar idóneo para intervenir en reducir un factor de riesgo para la salud tan importante como es el consumo de sustancias psicoactivas.

Hay ciertos sectores en donde la prevención es imprescindible. Así, la mortalidad laboral por incendios ha sido en ocasiones devastadora (Campbell y Levenstein, 2015), sobre todo en la industria química, de gas, petróleo, de la madera, o textil, entre otras. Sirva de ejemplo incendios en fábricas textiles en las que han muerto cientos de personas. Ejemplos recientes son la muerte de 43 personas en una fábrica textil ilegal de la India, en Nueva Delhi, aparte de los 64 heridos (año 2019); o los 52 muertos y 25 heridos en una fábrica de alimentos y bebidas cerca de Dacca, la capital de Bangladesh (año 2021).

Tabla 11.4. El lugar de trabajo y su idoneidad para la prevención.

El lugar de trabajo ofrece varias oportunidades para implementar estrategias de prevención para reducir el daño causado por el alcohol, ya que la mayoría de los adultos están empleados y echan una parte importante de su tiempo en el trabajo. El lugar de trabajo también puede ser un factor de riesgo para el consumo nocivo de alcohol. Muchos estudios han encontrado asociaciones significativas entre el estrés en el lugar de trabajo y elevados niveles de consumo de alcohol, un mayor riesgo de problemas con la bebida y dependencia del alcohol.

La evidencia ha encontrado que el alcohol, y en particular el consumo excesivo de alcohol, aumenta el riesgo de desempleo y, para los que trabajan, de absentismo. El consumo de alcohol, especialmente el consumo excesivo episódico, se ha encontrado que aumenta el riesgo de llegar tarde al trabajo y salir antes del mismo o suspensión disciplinaria, lo que lleva a pérdida de productividad; una mayor rotación por muerte prematura; problemas disciplinarios o baja productividad; comportamiento inapropiado (que lleva a procedimientos disciplinarios); robo y otros delitos; pobres relaciones con los compañeros de trabajo y baja moral de la empresa. Los estudios sugieren que el consumo de alcohol puede tener más efectos sobre la productividad en el trabajo que sobre el número de días perdidos. De promedio, los costos de pérdida de productividad es el elemento dominante en los estudios de los costos sociales más que los daños que causa el alcohol, que representa aproximadamente la mitad del coste social total del alcohol en la UE.

Fuente: Anderson (2013, pág. 1).

2.5. Para estar en un ambiente saludable y seguro

Las sociedades desarrolladas actuales exigen, y ello se ve como una obligación, que el lugar de trabajo sea un lugar saludable y seguro. Las normativas laborales internacionales y nacionales han ido regulando estos aspectos a lo largo de las décadas previas. La reducción de los riesgos laborales ha sido lo que ha enmarcado este movimiento, que en el fondo se dirige a que las personas no enfermen, no tengan accidentes laborales, puedan desarrollar el trabajo sin riesgos, etc. Así, hoy a nadie le extraña la existencia de extintores en una oficina, o en el pasillo de acceso a la misma, para apagar un posible incendio, a pesar de no haber un riesgo evidente; de existir alarmas acústicas que saltan cuando hay un riesgo de incendios; de tener un responsable de planta ante una posible evacuación de un edificio, etc. Y, una parte de este ambiente saludable y seguro está el que el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales no causen daños al individuo o a sus compañeros de trabajo. Una



persona embriagada, una persona que fuma en lugares peligrosos, una persona que acude a trabajar intoxicada por una droga tiene mayor riesgo de tener accidentes en su trabajo, de causar daños a otros por negligencia, u ocasionar un accidente más grave (Fonte, 2021; Menéndez y Santos, 2014).

De ahí que las normativas laborales se han orientado a regular estos aspectos, con un equilibrio entre la seguridad, el comportamiento de los trabajadores, y la detección y ayuda en los que lo precisan. En este sentido, las normativas laborales son claras y regulan todo lo que puede ocurrir en estos casos, cómo hay que actuar, y los derechos y obligaciones que tienen tanto los trabajadores, como la empresa, los servicios de inspección y los servicios sanitarios de detección y de derivación.

Tabla 11.5. Ventajas de las actuaciones preventivas en el medio laboral.

- Se accede a una población homogénea y sana, poco frecuentadora de los servicios sanitarios.
- El medio laboral es un entorno seguro y saludable, en donde se pueden hacer intervenciones destinadas a mejorar el estado de salud y evitar accidentes.
- Se accede a una población joven, que tiene más posibilidades de consumir y es más vulnerable.
- El medio laboral es un espacio regulador de la convivencia en el que se pueden adquirir hábitos saludables.
- Se entiende la vigilancia de la salud como un entorno delimitado y facilitador en el que se puede:
 - Detectar los problemas de salud y hacer un seguimiento individual y colectivo.
 - Diseñar acciones, seguirlas en el tiempo y evaluar su impacto.
- El lugar de trabajo tiene un doble papel:
 - Es un factor coadyuvante en la motivación.
 - Rehabilitador.

Fuente: Segura e Ibáñez (2018, pág. 13).

2.6. La normativa aplicable en el campo laboral

Hay una amplia normativa en el campo laboral, tanto a nivel internacional, como de la Unión Europea o nacional. En Fernández (2015), Molina et al. (2018) y Rodríguez et al. (2015), entre otros, puede verse la misma y ejemplos concretos en relación con el consumo de alcohol y drogas en la empresa, y como se regula. Sintetizando, la legislación más importante en relación a la prevención del consumo de tabaco y alcohol en España la encontramos en:

Estatuto de los Trabajadores, Real Decreto 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



Las leyes anteriores se centran tanto en el régimen sancionador (especialmente el artículo 54, 2, f del Estatuto de los Trabajadores, y en el artículo 25, 1 de la Ley de Riesgos Laborales) (ver tabla 11.6) como en otros aspectos de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. La casuística es muy diversa y frecuente campo de litigio en caso de despido. La prevención se orienta precisamente a que eso no ocurra. Derechos y obligaciones se entremezclan en esta cuestión. A su vez, hay normativas específicas, muy restrictivas por cuestiones de seguridad, en ciertos sectores laborales en donde la persona no puede consumir alcohol o drogas dado que tiene que estar en condiciones física y psíquicas adecuadas (ej., en el transporte) (Westreich, 2016).

Tabla 11.6. Artículos relevantes que afectan a los trabajadores en relación al consumo de alcohol y drogas del Estatuto de los Trabajadores y de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Estatuto de los trabajadores, artículo 54, 2 f.

Artículo 54. Despido disciplinario.

1. El contrato de trabajo podrá extinguirse por decisión del empresario, mediante despido basado en un incumplimiento grave y culpable del trabajador.
2. Se considerarán incumplimientos contractuales:
 - a) Las faltas repetidas e injustificadas de asistencia o puntualidad al trabajo.
 - b) La indisciplina o desobediencia en el trabajo.
 - c) Las ofensas verbales o físicas al empresario o a las personas que trabajan en la empresa o a los familiares que convivan con ellos.
 - d) La transgresión de la buena fe contractual, así como el abuso de confianza en el desempeño del trabajo.
 - e) La disminución continuada y voluntaria en el rendimiento de trabajo normal o pactado.
 - f) *La embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo.*
 - g) El acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual y el acoso sexual o por razón de sexo al empresario o a las personas que trabajan en la empresa.

Ley de Riesgos Laborales, artículo 25, 1.

Artículo 25. Protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos.

1. *El empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. A tal fin, deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, en función de éstas, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias. Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.*
2. Igualmente, el empresario deberá tener en cuenta en las evaluaciones los factores de riesgo que puedan incidir en la función de procreación de los trabajadores y trabajadoras, en particular por la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos que puedan ejercer efectos mutagénicos o de toxicidad para la procreación, tanto en los aspectos de la fertilidad, como del desarrollo de la descendencia, con objeto de adoptar las medidas preventivas necesarias.

Nota: En cursiva se resaltan los puntos relevantes de los artículos en relación con el consumo de alcohol y drogas.



2.7. El Servicio de Vigilancia de la Salud

En la prevención en la empresa, como en la detección de problemas de salud y en su tratamiento, tiene un papel central el Servicio de Vigilancia de la Salud, en aquellas empresas que lo tienen. Es una parte que hay que cumplir a partir de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Así, el Real Decreto 843/2011 indica que se debe elaborar y mantener actualizada una guía básica y general de orientación de las actividades de vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales. La última actualización de dicha guía se ha hecho en 2019 (García et al., 2019). Esto implica criterios de práctica profesional de calidad de la actividad sanitaria en la prevención de riesgos laborales, así como guías y protocolos de vigilancia específicas de la salud de los trabajadores. La guía se enmarca y se fundamentan en la Medicina del Trabajo.

El término vigilancia de la salud de los trabajadores engloba distintas actividades, tanto centradas en el individuo particular como en todo el grupo, a veces debido a los riesgos particulares que hay en esa empresa. La idea central es identificar problemas de salud y evaluar las intervenciones preventivas que se pongan en marcha.

Lo anterior se operativiza en los exámenes de salud de los trabajadores. El artículo 22 de la Ley 31/1995, de prevención de Riesgos Laborales, indica lo que las empresas tienen que hacer para la vigilancia de la salud. De ahí el que se hagan a los trabajadores exámenes de salud. Estos son voluntarios y con su consentimiento, tal como indica la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. A veces, el reconocimiento es obligatorio. Aun así, el trabajador tiene que dar su consentimiento. Las cuatro principales causas por las que dicho reconocimiento es obligatorio son: 1) los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores; 2) para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo; 3) para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa; y, 4) cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

Todo ello se relaciona con los conceptos de salud en el trabajo y vigilancia de la salud, como indicamos en la tabla 11.7.

Hay que resaltar que la Ley de prevención de riesgos laborales establece que la prevención de riesgos laborales deberá integrarse en el sistema general de gestión de la empresa, a través de la implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales. Esto se debe hacer, como indica dicha ley, a través de la gestión y aplicación del plan de prevención de riesgos, la evaluación de riesgos laborales y la planificación de la actividad preventiva



Tabla 11.7. Salud en el trabajo y vigilancia de la salud, según la Organización Mundial del Trabajo.

Salud en el trabajo

La salud en el trabajo tiene como finalidad promover y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la existencia de agentes nocivos a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo acorde con sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y, en resumen, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su tarea. Las actividades en materia de salud en el trabajo abarcan tres objetivos diferentes: 1) el mantenimiento y la promoción de la salud de los trabajadores y su capacidad de trabajo; 2) el mejoramiento del medio ambiente de trabajo y del trabajo a fin de garantizar la seguridad y la salud en el trabajo; 3) la elaboración de sistemas de organización del trabajo y de culturas laborales con miras a fomentar la seguridad y la salud en el trabajo y de promover así un clima social positivo e incrementar la productividad de las empresas. El concepto de cultura laboral se entiende en este contexto como un reflejo de los sistemas de valores esenciales adoptados por las empresas interesadas. En la práctica, dicha cultura se refleja en los sistemas de administración, en la gestión del personal, en los principios de participación, en las políticas de capacitación y en la calidad de la gestión de la empresa.

Vigilancia de la salud

La vigilancia de la salud de los trabajadores es un término genérico que abarca procedimientos e investigaciones para evaluar la salud de los trabajadores con vistas a detectar e identificar toda anomalía. Los resultados de esta vigilancia deberían utilizarse para la protección y promoción individual y colectiva de la salud en el lugar de trabajo, así como la salud de la población trabajadora expuesta a riesgos. Los procedimientos de evaluación de la salud pueden incluir, aunque no limitarse a exámenes médicos, controles biológicos, evaluaciones radiológicas, cuestionarios, o un análisis de los registros de salud.

La vigilancia de la salud en el trabajo comprende la recopilación, el análisis, la interpretación y la difusión continuada y sistemática de datos a efectos de la prevención. La vigilancia es indispensable para la planificación, ejecución y evaluación de los programas de seguridad y salud en el trabajo, el control de los trastornos y lesiones relacionados con el trabajo, así como para la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Dicha vigilancia comprende tanto la vigilancia de la salud de los trabajadores como la del medio ambiente de trabajo.

Fuente: OIT (1998, pág. 126-127).

3. Tipos de prevención a nivel laboral

3.1. Prevención ambiental

En el medio laboral, la prevención ambiental es aquella que utiliza las normas y leyes para que con las mismas se reduzcan el consumo de alcohol, tabaco y drogas en el medio laboral, bien por temas de seguridad o para prevenir enfermedades en los trabajadores. Es uno de los procedimientos más utilizados, o el más utilizado en la práctica, dado que hay una regulación importante de los temas de salud y seguridad en el trabajo. En el campo preventivo le denominamos a esto *prevención ambiental*, como vimos ampliamente en un capítulo previo.



A nivel laboral suele hablarse, más que de prevención ambiental, de leyes, decretos y normas, como ya hemos ido viendo en el punto anterior. Tanto la Organización Mundial del Trabajo, como cada Estado, y asociaciones sindicales y de empresarios, han ido elaborando, consensuando y haciendo obligatorias, para todos, ciertas prácticas orientadas a la seguridad en el trabajo, a la reducción de la accidentabilidad, al bienestar personal y laboral. En suma, a conseguir un ambiente de trabajo seguro.

En Becoña (2021) pueden verse distintas medidas que se pueden aplicar para el consumo de drogas y adicciones de prevención ambiental en el medio laboral, u otros lugares en los que habría que aumentar las restricciones.

3.2. Programas informativos

Un tipo de programa ampliamente extendido en el campo preventivo a nivel laboral es el de tipo informativo. En éste se le proporciona a los trabajadores información de salud, bien de modo breve en una charla, o mediante otros medios, como folletos, carteles, o cursos online.

Como un ejemplo, Lucas et al. (2017) evaluaron proporcionar información sobre drogas de prescripción a trabajadores de una empresa. Los resultados indicaron que la información mejoró en el grupo experimental respecto al de control. La ventaja de este tipo de intervención es que se puede hacer en poco tiempo, una o dos horas, y más actualmente se puede hacer a través de una página web o de otros medios electrónicos.

A veces, las intervenciones breves se incluyen aquí, sobre todo en lo que se refiere a las intervenciones breves para el alcohol, en muchos casos para personas que ya tienen problemas de alcohol (García et al., 2019).

3.3. Programas de promoción de la salud

Desde hace décadas, en el campo de la salud laboral la prevención va unida al tratamiento (Galego et al., 1988; Cabrero y Posé, 2002; Carpintero et al., 2014). O, dicho de otro modo, la prevención nos va a servir para que las personas no tengan hábitos no saludables y, si se detectan, entonces se remitirán a tratamiento para que los abandonen, en este caso en relación con el consumo de alcohol y drogas.

Como dice Cabrero y Posé (2002) un papel clave lo tienen los exámenes de salud en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la empresa, o bien cuando lo hace un servicio de prevención ajeno o una Mutua. En este caso, el papel del médico es claramente el de poner en práctica la promoción de la salud. Muchas intervenciones se orientan en exclusiva al consumo de alcohol. Aquí tiene una gran relevancia la intervención breve, sobre todo en el alcohol, pero también se puede hacer en el tabaco y en el consumo de drogas ilegales.

En García et al. (2019) puede verse una amplia guía elaborada específicamente para lo anterior, como los distintos documentos que han elaborado sobre la prevención del consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo tanto las organizaciones empresariales como las organizaciones sindicales.



La buena noticia, como indican en su revisión Carpintero et al. (2014), es que los programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo mejoran los indicadores de salud. Al tiempo, llevan a un ahorro de los costes médicos. De ahí la difusión de este tipo de intervenciones.

3.4. Programas preventivos específicos

Disponemos de programas preventivos específicos dirigidos sólo a la prevención del consumo de alcohol y drogas en el medio laboral. Estos los vemos específicamente en el punto 4 dedicado a programa preventivos específicos a nivel laboral.

3.5. Programas amplios de información, prevención y tratamiento

El programa ideal es aquel que combina al mismo tiempo los aspectos de información, prevención y tratamiento y que se mantiene en el tiempo.

Disponemos de varios de estos programas, habitualmente dirigidos a grupos de trabajadores cuyo trabajo exige una alta precisión, concentración, destreza y seguridad. Podemos poner como ejemplos paradigmáticos la conducción de trenes, de cualquier país del mundo, de aviones, de manejo de sustancias químicas, radiactivas o peligrosas,

A lo largo de estas páginas hemos visto, o veremos, algunos de estos programas. Lo vamos a ejemplificar con dos programas, uno estadounidense, el *Workplace Managed Care*, y el programa de Renfe/Adif, programa bien conocido por las personas que trabajan en este campo, y que lleva varias décadas de funcionamiento.

El programa *Cuidados en el lugar de trabajo para la prevención del abuso de sustancias (Workplace Managed Care for substance abuse prevention)* se puso en marcha en Estados Unidos, a partir de 1997, auspiciado por el CSAP (*Center for Substance Abuse Prevention* de la administración norteamericana). Es un programa amplio, bajo el cual se incluyen programas libres de drogas en el trabajo, programas de asistencia al empleado, programas de promoción de la salud y bienestar, programas de salud ocupacional y de seguridad, manejo de la enfermedad, y programas de beneficios o de compensación (Galvin, 2000). Lo cierto es que la financiación facilitó la puesta en práctica de múltiples programas preventivos en la empresa (Bray et al., 2011). Algunos de los ya conocidos son los de Bennett, con el *Team Resilience* (Bennett y Lehman, 2011) o el *PREVENT* de Spicer y Miller (2016), pero también otros como el de entrenamiento en habilidades para la vida, aplicado por ejemplo a trabajadores de supermercados (Williams et al., 2011).

El programa de *Renfe/Adif* es bien conocido dentro de la prevención del consumo de drogas a nivel laboral porque lleva en funcionamiento varias décadas. Formalmente comienza en 1990, cuando la plantilla era de unos 80.000 trabajadores. Luego fue decreciendo la misma. En 2005, al separarse en Adif y Renfe, se siguieron aplicando programas en ambas empresas. Inicialmente el plan se denominaba "Plan de acción contra las drogodependencias y el alcoholismo"; más actualmente recibe el nombre de "Plan de drogodependencias y alcoholismo". El programa consta de acciones informativas, acciones formativas para mandos y representantes del personal, acciones participativas (marchas, senderismo, excursiones culturales, concursos, etc.), de un programa asistencial (uno de detección de problemas de alcohol y drogas y otro de tratamiento de des-



intoxicación y deshabituación) y un programa de reinserción al puesto de trabajo o adaptación al puesto de trabajo. Ha sido seguido por muchos miles de trabajadores a lo largo de los años (Redondo, 2009).

El programa está descrito en la web de Adif, se ha presentado en distintos congresos de salud laboral, y aparece referenciado en la mayoría de los manuales sobre la prevención laboral elaborados por los sindicatos y la patronal. En el actual *Manual de Bienvenida* de Adif (2020), en el punto 4.3.3 dedicado a la “Seguridad y Salud Laboral” indican que cuenta con un Comité General de Seguridad y Salud. Este es el encargado de planificar y desarrollar actividades preventivas y/o correctoras de riesgos laborales. Para ello poseen distintos Gabinetes Sanitarios atendidos por profesionales del área de la salud laboral, tanto del Servicio Médico como de Psicología, junto con campañas preventivas. En los *Manual del Empleado* de años previos sí aparecía específicamente el “Plan de acción contra las drogodependencias y el alcoholismo” (ADIF, 2018).

La valoración de los profesionales que lo llevan en las distintas delegaciones, como evaluaciones internas del mismo, indican un alto nivel de satisfacción con el mismo y una buena prevención, detección e intervención en los problemas de alcohol y drogas.

4. Programas preventivos específicos a nivel laboral

Ames y Bennett (2011), en su revisión sobre las intervenciones preventivas para los problemas de alcohol en el lugar de trabajo, indican que éste es un lugar idóneo para hacerlo. Las personas echan muchas horas de su tiempo en el trabajo, pueden recibir mensajes preventivos en su horario laboral, acceder a programas allí mismo, y al ser una parte muy grande del total de la población, los programas llegan a todos ellos. Igualmente, es más probable que acudan a estos programas si se enmarcan en una política de la empresa y si ven que les pueden ayudar tanto en este problema como en otros. Además, muchas empresas, por su tamaño, tienen un departamento de seguridad laboral, lo que facilita poner en práctica estos programas.

Encuentran pocos programas de prevención de alcohol en la empresa, aunque creemos que ello se debe a que muchos no se publican. De los que encuentra, las estrategias que han utilizado han sido las siguientes:

- *Promoción de la salud.* Son aquellas campañas realizadas en la empresa para reducir el estrés, mejorar hábitos de alimentación, ejercicio y reducción de conductas de riesgo, entre las que están beber alcohol y consumir otras drogas. Estos programas suelen mejorar las anteriores conductas.
- *Promoción de la salud social.* Es cuando se realiza la promoción de la salud en grupo para mejorar el apoyo social y la colaboración entre iguales. El objetivo es fortalecer al grupo y reducir riesgos en el mismo. En suma, mejorar el clima laboral.
- *Intervenciones breves.* Se han popularizado en los últimos años, por su eficacia, las intervenciones breves en alcohol. En el medio laboral se hace mediante la evaluación de la tasa de consumo de alcohol, feedback de los riesgos de salud y consejo de reducción o abandono del consumo. El papel de la entrevista motivacional es aquí relevante para implementar esta estrategia.



Igualmente se han implantado terapias breves cuando se aprecian riesgos de abuso de alcohol en los empleados. Es relevante que los trabajadores puedan acudir a tratamiento para que las lleven a cabo, en la empresa, con su médico de cabecera o con otro profesional de la salud mental.

Lo relevante de lo anterior es que la mayoría de las intervenciones en el lugar de trabajo son efectivas. Además, hay tanto programas dirigidos a cambiar el individuo como a cambiar el ambiente de trabajo.

Disponemos de varios ejemplos de programas preventivos en el medio laboral para el consumo de alcohol y drogas, tanto de otros países como del nuestro. A continuación, indicaremos dos de los representativos y que están recogidos en publicaciones científicas, o divulgativas, con su evaluación. Existen muchos otros, pero en muchos casos no publicados o sin evaluación.

Uno de los programas de referencia en Estados Unidos, y otros países, es el denominado programa PREVENT (*Personal Responsibility and Values: Education and Training*) para prevenir el consumo de tabaco y alcohol en la empresa norteamericana de trenes Amtrak, en personas de 18 a 29 años (Spicer y Miller, 2016). Ello se hace a través de un workshop de tres días. Los módulos en los que entrenan a las personas son los de responsabilidad y valores interpersonales; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; finanzas personales; prevención del suicidio; y, manejo del estrés. Se hace en grupos de 8-15 personas. La discusión en grupo es un aspecto central de la intervención. Utilizaron un grupo experimental y uno de control, 112 trabajadores en el primero y 206 en el segundo. Los resultados los presentan entre el pre- y el post. Hicieron un seguimiento entre 6 meses y 3 años, pero contestaron pocos participantes del estudio. La intervención redujo del pre- al post- el consumo de alcohol diario ($R=0.88$) y mensual ($R=0.44$) de modo significativo. Eso significa un 56% menos de consumo de bebidas mensualmente y un 32% menos de consumo de alcohol diario. No hubo cambio en el consumo de las drogas ilegales. Los resultados son relevantes en un grupo profesional como el estudiado.

El segundo programa de referencia, y bien evaluado, es el desarrollado por Bennett y colaboradores, unos para el consumo de alcohol y drogas, y otro más general denominado *Team Resilience*. Bennett ha hecho un importante desarrollo conceptual sobre cómo intervenir a nivel preventivo a nivel laboral. Así, en Bennett et al. (2000) expone el desarrollo conceptual de su programa preventivo para el medio laboral. Parte de que varios factores psicosociales del lugar de trabajo influyen en el consumo de alcohol y drogas. Estos son los del ambiente laboral, procesos de grupos, percepciones y tolerancia de los otros trabajadores al consumo de alcohol o drogas, y las actitudes hacia las normas.

En el primer factor, el ambiente de trabajo, considera dos factores de riesgo en el mismo. El primero es el de las ocupaciones relacionadas con la seguridad. Aquellas personas que beben antes o después del trabajo, tienen mayor riesgo de accidentes en trabajos de riesgo (ej., uso de maquinaria, tóxicos, etc.), o de movilidad (ej., conducir maquinaria o vehículos). La baja supervisión en algunos de estos trabajos lo facilitan, o ser un trabajo autónomo o aislado. El segundo es el que engloba el clima de beber. Así, características del trabajo, como nivel bajo de exigencia, baja autonomía en el trabajo, y trabajo repetitivo y estresante, se asocian con problemas de bebida. También cuando se considera normal beber entre los trabajadores. Considera dos factores de protección. El primero es el de protección social, o tener apoyo social en el trabajo, estar implicado y no estar alienado en el mismo. Todo esto lleva a un mayor bienestar subjetivo, o a una mejor integración y a tener que acudir al alcohol o a las drogas. El segundo factor de protección es el bienestar organizacional, en donde se cuida la salud de los trabajadores, y hay una cultura



en la empresa que apoya los estilos de vida saludables. Esto lleva a menos conflictos, a una mayor satisfacción y a un menor consumo de alcohol y drogas.

En relación a los procesos de grupo considera que hay un factor de riesgo y otro de protección. El de riesgo es la incapacidad de otros trabajadores o del supervisor de ofrecer ayuda al trabajador que consume alcohol o drogas. O, lo que también se ha denominado la falta de neutralización de la desviación. El de protección es el del trabajo en equipo. El mismo lleva a un mayor nivel de cohesión entre los trabajadores, habiéndose comprobado que ello facilita reducir los problemas de alcohol y drogas.

En las percepciones y actitudes tolerantes hacia el consumo de sustancias por parte de los trabajadores, considera dos factores de riesgo y uno de protección. El primero de riesgo es la exposición a otros trabajadores que consumen. A veces las condiciones de trabajo lo facilitan (ej., el estrés). La aprobación social y la disponibilidad de alcohol facilitan un mayor consumo del que ya bebe y del que observa que otros beben. El segundo factor de riesgo es la tolerancia de otros trabajadores al consumo de sustancias. Los que más consumen son más tolerantes al consumo de otros. Los más tolerantes buscan menos ayuda cuando tienen problemas de consumo. El factor de protección que considera es la política de la empresa sobre el consumo de alcohol y drogas, así como las normas que hay que cumplir y las sanciones que se pueden imponer de no hacerlo.

Recientemente, Bennett (2018a) nos ha presentado un modelo, que amplía el anterior, para la prevención aplicable en la empresa, para todos los problemas que pueden tener los trabajadores, basado en los múltiples estudios que ha realizado

Partiendo del primer modelo (Bennett et al., 2000) desarrolló su programa, de 8 horas de duración, en cuatro sesiones de 2 horas. Tiene cinco componentes:

1. *Relevancia*. Utilizando lecturas cortas, discusión y ejercicios, los empleados exploran como el entrenamiento que se hace con ellos les va a ser útil. Igualmente, se revisan y discuten los principios de la prevención (ej., manejo del estrés).
2. *Política de grupo*. A través de un breve texto se le exponen tres aspectos: reconocer un problema, buscar ayuda y aceptar la ayuda.
3. *Conocer el estrés*. Evalúan sus estrategias de afrontamiento y cómo manejar el estrés. Igualmente, que diferencien el afrontamiento saludable del no saludable.
4. *Conocer la tolerancia*. Se evalúa su nivel de tolerancia ante distintos escenarios (ej., el trabajador que llega siempre tarde). A partir de ahí se introduce qué es lo que piensan cuando una persona consume alcohol o drogas.
5. *Apoyo y búsqueda de ayuda*. Se les proporciona lecturas breves y se hacen varias actividades sobre la comunicación (ej., los rumores), donde buscan ayuda cuando tienen un problema, perder el miedo a hacerlo, conocer la normativa legal cuando tienen un problema de alcohol o drogas, y ejercicios de role-playing para practicar la búsqueda de ayuda.

Este programa ha sido ampliamente utilizado, con varias evaluaciones, en distintos formatos. En Bennett et al. (2000) indica como fue seguido por 300 empleados de dos empresas. Los resultados provisionales fueron positivos.

Otro estudio lo hicieron con 380 empleados iniciales, distribuidos en tres grupos: 1) el programa de entrenamiento anterior (n=153), 2) un programa informativo (n=109) y, 3) un grupo de control (n=118) (Bennett y Lehman, 2011). En el seguimiento a 6 meses se redujo la muestra a 260



personas. Mientras que el primer grupo duraba 8 horas a lo largo de cuatro sesiones de 2 horas, el segundo duraba 2 horas, proporcionándoles información sobre el abuso de sustancias a los empleados, y sobre el conocimiento de la política de la empresa sobre el consumo de alcohol y drogas. Los resultados indican una mejora en el clima del grupo y las actitudes de ayuda a los empleados. Los resultados fueron positivos en los dos grupos experimentales, y mejores ambos que en el grupo de control.

En otro estudio, con trabajadores jóvenes de restaurantes, implementaron un programa preventivo, denominado *Team Resilience* (Broome y Bennett, 2011). Los 235 trabajadores fueron asignados al grupo experimental o control. El programa constaba de 6 horas, a lo largo de tres sesiones de 2 horas de duración, en días consecutivos. Se utilizaba discusión de grupo, role-playing, actividades prácticas y un juego de aprendizaje. Los resultados indicaron reducciones significativas en el consumo de alcohol y problemas asociados en el grupo experimental respecto al de control.

Más recientemente, Bennett et al. (2018b) han evaluado una versión del anterior programa utilizando un entrenamiento a través de la web, centrado en incrementar la resiliencia de los trabajadores. Un tipo de programa preventivo en la empresa, de tipo general, se ha basado en el incremento de la resiliencia, mostrándose que la mejoran (Leppin et al., 2015; Vanhove et al., 2015). En este programa se les entrena en cinco componentes de la resiliencia: centrado (habilidades de afrontamiento positivo), seguridad (autoeficacia y pensamiento positivo), comprometerse (dureza mental, perseverancia y conducta basada en los valores), comunidad (apoyo social, conexión y cohesión) y compasión (empatía, pensamiento en perspectiva y cuidado). Se realiza entre cuatro y seis semanas. Incluye videos, audios, ejercicios interactivos y evaluaciones. Los resultados, comparando un grupo experimental y otro de control, indican que se incrementa la resiliencia.

El programa anterior, en otra versión, también ha mostrado ser eficaz en la reducción del estrés en trabajadores (Petree et al., 2012).

5 Eficacia de los programas preventivos

No disponemos de muchos programas preventivos publicados y evaluados. Pero esto no nos debe llevar a pensar que no se hacen tales programas o de que no se evalúan. Lo que más bien ocurre es que en muchos casos esos programas no se hacen públicos por la idea, a veces errónea, y a veces cierta, de que publicitar que se hace un programa preventivo de alcohol o drogas en una empresa, implica que hay un problema de consumo en la misma.

Aun así, disponemos de evidencia que nos indica que estamos en un área muy activa, en la que se obtienen buenos resultados con tales programas preventivos, o con las distintas acciones que se ponen en marcha en muchas empresas, sean de un tamaño grande, mediano o pequeño. Lo hemos visto en los ejemplos del punto previo.

Si seguimos uno de los manuales de referencia, el *Facing Addiction in America* (U.S.D.H.H.S., 2016), éste nos indica que hoy se pueden considerar eficaces dos programas aplicables en el lugar de trabajo para prevenir el consumo de alcohol y drogas, los ya citados de *Team Awareness* y el *Team Resilience* (Broome y Bennett, 2011; Longabauth et al., 2001; Snow et al., 2003). Por tanto, podemos afirmar que disponemos de programas eficaces en esta área preventiva.



6. Guía de buenas prácticas para la prevención en el ámbito laboral

El trabajo y la intervención en el medio laboral suele caracterizarse por el pragmatismo. Cuando surge un problema hay que buscar una solución adecuada para el mismo, en el menor tiempo y con un coste bajo, o en todo caso que se pueda asumir. En este sentido, el medio laboral tiene características para la prevención distintas a la de otros ámbitos que hemos visto en capítulos previos. Una de ellas es que se realiza con personas adultas, siendo la forma de hacerla distinta a la que se hace en los otros ámbitos. Aquí prima más la información, el convencimiento, la presión de grupo o la aplicación de normativas que hay que cumplir, incluyendo la sanción cuando ocurre un hecho grave. También el que se ayude a la persona que tiene un problema de consumo o dependencia de sustancias.

En la tabla 11.8 indicamos los puntos que desarrollamos a continuación de lo que deben ser las buenas prácticas preventivas en el medio laboral.

Tabla 11.8. Guía de buenas prácticas para la prevención en el ámbito laboral.

1. Establecer una política de prevención de drogas en el lugar de trabajo.
2. Conocer los factores de riesgo y de protección de la empresa y de los distintos puestos de trabajo.
3. Seleccionar el tipo de programa preventivo y ponerlo en práctica en la empresa, por el equipo de la empresa o por un equipo externo.
4. El programa debe tener objetivos claros, realistas y bien temporalizados.
5. Las cuestiones éticas.
6. Difundir el programa preventivo entre los directivos y trabajadores.
7. Buscar alianzas en la empresa, con los trabajadores, sindicatos y puestos intermedios. También con otros externos a la empresa (ej., centros de drogodependencias, asociaciones, administración, etc.).
8. Utilizar información, carteles, folletos y otros medios para sensibilizar.
9. Implementar el programa preventivo en la empresa.
10. Facilitar la detección de problemas de consumo en el personal de la empresa y tener un sistema de derivación.
11. Mantener el programa en el tiempo.
12. Hacer una memoria anual del programa, con una especial mención al coste-eficiencia del mismo.
13. Coordinar el programa con otras medidas.

6.1. Establecer una política de prevención de drogas en el lugar de trabajo

Hemos visto anteriormente las dificultades que con frecuencia se presentan para poner en práctica un programa preventivo en el lugar de trabajo. Las resistencias pueden venir tanto de la propia empresa como de sus trabajadores. Además, en un país como el nuestro en donde está tan normalizado el consumo de alcohol, tabaco y cada vez más el cannabis, poner medidas de detección, información, control o prevención no siempre es viable o posible. También depende del tipo de empresa, o del trabajo desempeñado, lo que va a exigir poner o no medidas en marcha de tipo informativo, preventivo, de detección o de tratamiento. Así, todo lo relacionado con el transporte, sea aéreo, ferrocarril o autobús, es más fácil hacerlo, cara a la seguridad de los pasajeros y a evitar



accidentes, o mismo en las grandes empresas de la construcción, u otras en donde puede haber accidentes, de no seguir unas medidas estrictas de seguridad, entre las que se incluyen no beber o no fumar (ej., una industria química o de la madera).

Por ello, varias empresas vienen llevando a cabo programas preventivos desde hace décadas, sean o no públicos, mientras que en otras empresas cuesta ponerlas en práctica, sea por resistencia, o por ser pequeña y no ser viable hacerlo (ver tabla 11.9).

Tabla 11.9. Algunos ejemplos de empresas españolas que tienen programas preventivos para el consumo de alcohol y/o drogas.

- Renfe/Adif (Cabrero y Posé, 2002; Rodríguez et al., 2015).
- Opel España (Molina et al., 2018).
- Acosol (Molina et al., 2018).
- General Motors Ibérica (Fernández, 2015).
- Kiabi (Fernández, 2015).
- Ayuntamiento de Burgos (Rodríguez et al., 2015).
- Fomento de Construcciones y Contratas (FTN, 2014).
- Transportes Metropolitanos de Barcelona (FTN, 2014).
- Ayuntamiento de Madrid y sus organismos autónomos.
- Etc.

En todo caso, cuando una empresa tiene un número relevante de trabajadores es necesario poner en marcha un programa de prevención de drogas en ella. Con él se benefician todos, la empresa, la producción, el absentismo y los propios trabajadores. Múltiples experiencias así lo avalan.

Otros dos elementos que hay que tener en cuenta son la legislación y la necesidad de crear una comisión en la empresa para ello. En relación a la legislación, es preciso conocer la aplicable al campo laboral en relación al alcohol y drogas (ver Fernández, 2015; Molina et al., 2018). Hay consenso de que hay que cubrir los tres aspectos de prevención, asistencia y rehabilitación (UGT, 2017), cara a prevenir el consumo en los que no lo hacen o lo hacen en dosis bajas; asistir a los que tienen problemas de alcohol o drogas; y, rehabilitar a aquellos que se incorporan al medio laboral después de una baja.

El segundo aspecto atañe a que en ocasiones es necesario crear una comisión técnica de prevención de drogodependencias y adicciones en la empresa (UGT, 2017). La misma facilita aceptar mejor el programa, que todos estén de acuerdo, que vayan todos en el mismo sentido, y que con ello sea más probable el éxito del programa.

Junto a las drogas clásicas, legales e ilegales, en los últimos años ha crecido el interés por el incremento del consumo de cannabis y sus consecuencias a nivel laboral, tanto en otros países (Phillips et al., 2015) como en el nuestro (UGT Catilla y León, 2017).



Tabla 11.10. Que aportaría a la empresa y a los trabajadores la aplicación de un programa preventivo de alcohol y drogas.

A la empresa

- Prevenir accidentes y enfermedades profesionales.
- Facilitar la detección y la actuación precoz.
- Reducir los efectos derivados del consumo problemático (el absentismo, el presentismo y las intenciones de abandono del personal, entre otros).
- Aumentar la productividad, la satisfacción y el compromiso laboral.
- Mejorar el clima laboral.

A los trabajadores

- Información y formación en el marco de la educación para la salud.
- Aumentar la motivación y la satisfacción personal.
- Mejorar las relaciones laborales y personales.
- Mejorar la salud.

Fuente: Grup ATRA (2018, pág. 9).

6.2. Conocer los factores de riesgo y de protección de la empresa y de los distintos puestos de trabajo

Conocer los factores de riesgo y de protección en una determinada empresa en relación con el consumo de drogas es relevante y, frecuentemente, central para implantar un programa. Habrá que trabajar sobre ellos. Varían de una a otra empresa. A veces, son factores preventivos, distintos a los que conocemos sobre drogas. Un ejemplo, es la necesidad de manejar el estrés. Al ser personas adultas, en situaciones de alto estrés pueden acudir a estrategias inadecuadas como es el consumo de alcohol, tabaco o drogas. Por ello, casi todos los programas preventivos en la empresa tienen un programa de reducción del estrés. También, los horarios inadecuados pueden influir en el consumo, como otros factores: presión laboral, nivel de exigencia muy alto, conflictividad laboral, mala organización, etc.

Muchos de los factores de riesgo y de protección, por tipos de trabajo o actividad, los conocemos por estudios previos. En otras ocasiones, es necesario hacer un pequeño estudio para detectarlos, sobre todo cuando no están claros o hay dudas de cuál o cuáles son los más relevantes. En las tablas 11.11 y 11.12 indicamos los más comunes que suelen indicarse.

Tabla 11.11. Factores de riesgo comunes en muchos sectores laborales.

- Inseguridad.
- Sobrecarga horaria.
- Trabajo a destajo.
- Falta de expectativas.
- Salarios en función de resultados.
- Monotonía/repetición.
- Desarraigo/Turnos/Nocturnidad.

Fuente: Rodríguez et al. (2017).



Tabla 11.12. Factores de riesgo que propician o facilitan el consumo de alcohol o drogas por parte de los trabajadores.

Relacionados con la organización del proceso productivo

1. Jornadas de trabajo demasiado prolongadas.
2. Rotación horaria.
3. Ritmos de trabajo demasiado intensos (estrés laboral).
4. Sobrecarga de trabajo.
5. Escasas posibilidades para la promoción profesional.

Relacionados con el puesto de trabajo y la tarea

1. Trabajos repetitivos y escasamente motivadores.
2. Condiciones climatológicas adversas.
3. Contaminación y toxicidad ambiental.
4. Trabajos aislados sin contacto con compañeros o superiores.
5. Traslados frecuentes de puesto de trabajo.
6. Puestos de trabajo asociados a una mayor proximidad o disponibilidad de sustancias.
7. Cultura del puesto de trabajo y/o profesión.

Relacionados con el ambiente laboral

1. Conflictividad laboral.
2. Inestabilidad laboral.
3. Ambiente de gran competitividad.
4. Presencia de consumidores en el centro de trabajo.
5. Presión de los compañeros de trabajo.
6. Tolerancia en el centro de trabajo hacia los consumos de ciertas drogas.
7. Accesibilidad a determinadas sustancias.

Fuente: Otero (2011, pág. 161).

En función de los factores de riesgo detectados, o los que están presentes en la empresa, así se va a desarrollar el programa, incidiendo sobre ellos. A veces habrá que tomar medidas estrictas, por cuestiones de seguridad, en otras informativas o de sensibilización, en otras poner en práctica un programa específico preventivo. Y, en los casos más extremos, remitir a las personas dependientes a tratamiento. No dejemos también de considerar los factores de protección (ej., identificación con la empresa, buenas relaciones entre compañeros, solvencia de la empresa, sueldos adecuados, etc.), los cuales hacen más difícil el consumo de alcohol y drogas.

6.3. Seleccionar el tipo de programa preventivo y ponerlo en práctica en la empresa, por el equipo de la empresa o por un equipo externo

Una cuestión relevante es saber qué tipo de programa preventivo se puede poner en práctica en la empresa, si uno de baja intensidad, como proporcionar información, u otro más amplio, con varias sesiones a lo largo de varios días o semanas. En parte ello va a depender del tipo de puesto de trabajo, del tiempo disponible y de la concienciación u obligación legal de entrenar a los trabajadores en reducir el riesgo inherente a su puesto de trabajo.



Cuando se sabe que se va a poner en práctica una política preventiva en la empresa, ello va a implicar distintas acciones, como hemos visto en puntos anteriores.

Si nos centramos específicamente en un programa preventivo, en su sentido más clásico, para prevenir el consumo de drogas en la empresa, tanto legales como ilegales, podemos implantarlo de varios modos, desde el más simple (ej., una charla informativa) al más complejo (un programa preventivo de varias sesiones y de varios días o semanas de duración, aunque sin que ocupe más de 6-8 horas en total).

En ocasiones, el programa preventivo es obligatorio ponerlo en práctica por el tipo de empresa, o hay ya una cultura en la empresa de ello (ej., en plataformas petrolíferas, refinerías, industria de la madera, industria química, aviación y transporte, etc.). En este caso es más fácil aceptarlo (Westreich, 2016). Y cuando se viene aplicando a lo largo de los años se convierte en una parte más del trabajo que hay que hacer en esa empresa.

En España se han elaborado programas preventivos específicos para la empresa. Un ejemplo es el de Salvador et al. (2003) titulado "Mano a mano. Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Manual del programa". Se dirige a ser un recurso de apoyo para el medio laboral. Puede ser aplicado por personal de la empresa o personal externo. El mismo se centra, de modo sintético en: proporcionar información básica, cómo plantear actuaciones preventivas; información sobre tipos de recursos asistenciales; cómo acceder a los recursos asistenciales; criterios de derivación; y herramientas para el desarrollo de los aspectos anteriores. En el manual aparece ampliamente descrito cada uno de ellos.

Tabla 11.13. Razones para intervenir en la empresa a nivel preventivo sobre el consumo de alcohol y drogas.

- La empresa está obligada por Ley a velar por la salud de los trabajadores.
- La empresa dispone de una población relativamente homogénea.
- La continuidad de las intervenciones puede estar más asegurada en el tiempo, factor esencial para poder evaluar los logros de cualquier programa preventivo.
- Se dispone de recursos humanos altamente cualificados (servicios médicos, psicológicos y sociales), y de estructuras organizativas (Comités, Servicios de prevención, delegados de prevención).
- El centro de trabajo constituye un espacio idóneo para la detección precoz de los problemas provocados por el uso y abuso de estas sustancias.
- Los programas son rentables, tanto económica como socialmente.
- Permite un importante grado de "control terapéutico" sobre consumidores.
- Actúa como coadyuvante en la motivación para el abandono de los consumos abusivos ante la posibilidad de pérdida del trabajo.
- Facilita un entorno propicio para la rehabilitación y reinserción social (ambiente normalizado, apoyo de compañeros, etc.).
- La empresa potencia su responsabilidad social corporativa.

Fuente: Mayorga et al. (2011, pág. 33).



6.4. El programa debe tener objetivos claros, realistas y bien temporalizados

Si estamos en una empresa grande y con personal estable es posible organizar un programa preventivo que se puede mantener en el tiempo. En este caso hay que implementar un programa y lograr que se vaya asumiendo por todos, se siga, se vea útil y se pueda evaluar. Para ello el programa debe tener objetivos claros, realistas y bien temporalizados (Salvador et al., 2010). Cuando ocurre esto, suele consolidarse el programa y pasa a verse como una actividad más que hay que realizar, de igual modo que otras, como la revisión anual de salud, los cursos de seguridad, etc. Un ejemplo sencillo de fases de un programa preventivo la indica Mayorga et al. (2011) (tabla 11.14).

Lo anterior cambia cuando hay una gran rotación del personal en la empresa. En este caso hay que aplicar el programa regular y sistemáticamente, varias veces al año, sobre todo en aquellas empresas en donde hay que hacerlo por cuestiones de seguridad o por normativa legal. Por experiencias que existen puede hacerse, y en algunos casos hay que hacerlo obligatoriamente (Broome y Bennett, 2011)

Tabla 11.14. Fases del plan de prevención de las adicciones en la empresa, según Mayorga et al. (2011).

- 1) Fase de análisis de la problemática en la empresa.
- 2) Fase de diseño del plan.
- 3) Fase de ejecución y control del plan.
- 4) Fase de evaluación y mejora del plan.

6.5. Las cuestiones éticas

Cada vez se da más relevancia a los temas de tipo ético, en la prevención en general (García et al., 2019), como cuando hablamos de prevención de drogas en la empresa (Ames y Bennett, 2011).

La legislación actualmente en vigor consagra los derechos de confidencialidad en los actos médicos, incluyendo los realizados a nivel laboral, en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (ver tabla 11.15), como en la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Siempre tiene que dar el trabajador su consentimiento, incluso cuando el reconocimiento es obligatorio. Los datos recogidos tienen que mantenerse confidenciales. Otras leyes le preservan del despido en caso de padecer un trastorno o enfermedad, aunque en este caso tendría que acudir a tratamiento o pasar a situación de baja laboral para ser tratado. Igualmente, la Organización Mundial del Trabajo (OIT, 1998) ha elaborado una guía de principios éticos que hay que seguir en estos casos, como un código ético específico para los profesionales de la salud laboral (ICOH, 2014).



Tabla 11.15. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, artículo 22.

Artículo 22. Vigilancia de la salud.

1. El empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo.

Esta vigilancia sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento. De este carácter voluntario sólo se exceptuarán, previo informe de los representantes de los trabajadores, los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

En todo caso se deberá optar por la realización de aquellos reconocimientos o pruebas que causen las menores molestias al trabajador y que sean proporcionales al riesgo.

2. Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud.

3. Los resultados de la vigilancia a que se refiere el apartado anterior serán comunicados a los trabajadores afectados.

4. Los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador.

El acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador.

No obstante, lo anterior, el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva.

5. En los supuestos en que la naturaleza de los riesgos inherentes al trabajo lo haga necesario, el derecho de los trabajadores a la vigilancia periódica de su estado de salud deberá ser prolongado más allá de la finalización de la relación laboral, en los términos que reglamentariamente se determinen.

6. Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada.

6.6. Difundir el programa preventivo entre los directivos y trabajadores

Un programa preventivo se elabora para ponerlo en práctica. Para que pueda hacerse sin dificultades debe haber un acuerdo en todos los niveles de la empresa para que pueda llegar a buen puerto. Nos referimos a los directivos y a los trabajadores. Es un aspecto relevante para eliminar las resistencias, o posibles resistencias, que puede haber para su implementación.

Dentro de los directivos hay que considerar a todo el staff, desde el propietario, accionistas, director general, o responsable de la empresa, hasta los cuadros intermedios (ej., jefes, encargados, etc.) y todo el personal de la empresa (trabajadores y mandos intermedios). Igualmente,



tiene que haber un diálogo fluido con los sindicatos. Son éstos los que en muchos casos exigen que haya un plan adecuado de prevención en la misma. La salud y la seguridad es un tema que nos importa y nos compete a todos. En este sentido se ha avanzado mucho, y tenemos claros ejemplos de la preocupación por este tema, tanto de las organizaciones empresariales (ej., CEOE, 2018), como sindicales (ej., Molina et al., 2018).

6.7. *Buscar alianzas en la empresa, con los trabajadores, sindicatos y puestos intermedios. También con otros externos a la empresa (ej., centros de drogodependencias, asociaciones, administración, etc.)*

Hace ya 20 años, en la revisión de Cook y Schlenger (2002), sobre la prevención del consumo de drogas en el lugar de trabajo, indicaban como el estigma es un obstáculo importante para poner en práctica este tipo de programas. Las empresas no quieren, por cuestiones de imagen, y muchos trabajadores tampoco, por si quedan señalados, este tipo de programas. Por ello, afirmaban que “El campo de la prevención del consumo de drogas en el lugar de trabajo está en una etapa de buenas promesas y de obstáculos frustrantes. Las fuerzas que apoyan prestar más atención y hacer prevención del consumo de drogas en el lugar de trabajo son numerosas y potentes; pero al mismo tiempo, los obstáculos que impiden tal actividad no son irrelevantes. Además, las fuerzas que trabajan contra la implementación de los programas preventivos en el lugar de trabajo siguen siendo muy fuertes” (pág. 134-135).

Por ello, es básico buscar alianzas cuando se pone en marcha un programa preventivo de este tipo en la empresa, de modo especial al principio. Si luego se consolida ya va solo. Para buscar alianzas se precisa la colaboración de todos los que nos la puedan proporcionar. Siempre puede haber alguien que no está de acuerdo con el programa, con la imagen que puede dar la empresa, si se conoce la existencia de un programa de este tipo, o de una parte de los trabajadores que no quiere participar. Conocer la empresa, los trabajadores, los puntos fuertes y débiles es importantes para hacer esta tarea.

6.8. *Utilizar información, carteles, folletos y otros medios para sensibilizar*

A diferencia de otros campos preventivos (ej., el escolar o el familiar), la información y la sensibilización tienen una gran relevancia como componentes de intervenciones o programas preventivos en la empresa. La mayoría de las personas que están en la empresa son mayores de edad, o entrados en años. Son adultos, no adolescentes. De ahí que son más receptivos a ciertos mensajes, sobre todo cuando atañen a su salud y seguridad. Por ello, es frecuente en muchas empresas la existencia de una señalización clara, presente y obligatoria sobre lo que no se puede hacer dentro de la empresa, o en partes concretas de la misma. Así, la información proporcionada sistemáticamente, como carteles indicadores, o señales concretas que todos conocemos (ej., la de peligro de incendio o prohibir fumar), o folletos que se les dan en varios momentos del año, facilitan ser conscientes de que deben cumplir unas normas concretas. Y, en muchos casos estas normas atañen al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.

Como un ejemplo, Lucas et al. (2017) evaluaron proporcionar información sobre drogas de prescripción a trabajadores de una empresa. Los resultados indicaron que la información mejoró en el grupo experimental respecto al de control. La ventaja de este tipo de intervención es que se



puede hacer en poco tiempo, una o dos horas, y más actualmente también a través de una página web o de otros medios electrónicos, como mensajería o redes sociales.

Ejemplos como el anterior hay muchos, aunque la mayoría no se han publicado. Forma parte del trabajo cotidiano de muchas intervenciones que se hacen en las empresas.

Tabla 11.16. ¿Qué debe caracterizar a una intervención preventiva en la empresa?

- Ofrecer información y promover la educación sanitaria dirigida a un consumo de menos riesgo.
- En los mensajes, acciones e informaciones, se debe cubrir todo el espectro laboral, dirigiendo selectivamente los mensajes a “todos” (de forma universal), a las personas con alto riesgo de problemas relacionados con estas sustancias (de forma selectiva), y a las personas que presentan problemas de dependencia a estas sustancias (de forma indicada).
- Aumentar la información sobre los beneficios del consumo responsable, de los hábitos abstemios, reforzando normas sociales contrarias al consumo problemático o abusivo.
- Disminuir la accesibilidad y disponibilidad.
- Potenciar el desarrollo de habilidades y competencias personales y sociales que incrementen la resistencia como factor de protección.
- Capacitar a personas de la organización para que puedan servir de intermediarios para la aplicación de medidas de ayuda entre la persona, la empresa y los servicios externos.

Fuente: Mayorgas et al. (2011, pág. 64).

6.9. Implementar el programa preventivo en la empresa

Todo lo anterior se orienta a que, finalmente, se ponga en marcha el programa preventivo en la empresa. Éste puede ser de varios tipos, como ya hemos comentado, desde simple, con sólo información, a otro más complejo, como varias sesiones, a lo largo de varios días o semanas, habitualmente de unas 6-8 horas de duración.

La persona encargada de implantarlo puede ser el Médico de Trabajo de la empresa, o el del Servicio de Vigilancia de la Salud, o un técnico de Recursos Humanos especializado en implantar este tipo de programas, personal externo a la empresa contratado para ello, o personal de una Mutua especializado en este tipo de programas. Lo importante es que sea un profesional cualificado, con conocimiento en este tipo de programas, que haya seleccionado el programa adecuado, y que tenga experiencia tanto en el manejo de grupos como en la aplicación de estos programas.

6.10. Facilitar la detección de problemas de consumo en el personal de la empresa y tener un sistema de derivación

A diferencia de otros campos preventivos, la prevención laboral va muy unida a la detección de problemas, trastornos y enfermedades, y a su tratamiento cuando la persona lo precisa. De ahí que cualquier programa preventivo tiene como uno de sus elementos la detección de problemas de consumo de alcohol y drogas y, de ser el caso, su derivación a tratamiento. En muchos casos esta derivación va a exigir una baja laboral.



En este sentido, como dicen Rodríguez et al. (2015) en su manual de orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias, los servicios de vigilancia de la salud sirven básicamente para cumplir tres funciones: detectar que un trabajador está enfermando y poder actuar cuanto antes; estudiar si las enfermedades de un colectivo de trabajadores tienen relación con el trabajo; y, comprobar si las medidas preventivas evitan realmente el daño a la salud de los trabajadores. De ahí que en nuestro medio la detección de trastornos y enfermedades laborales es un aspecto central y relevante, sobre todo cuando hablamos de consumo de alcohol y drogas.

Cuando hay problemas de consumo problemático de alcohol o drogas lo más habitual es remitirlos al médico de atención primaria, a un especialista, o proporcionarles apoyo directo. Ocurre tanto en otros países (Spell y Blum, 2005) como aquí (García et al., 2019). Esto no siempre ha sido así. Se ha ido superando la estigmatización y creado conciencia social y profesional de la problemática que causan los consumos de sustancias psicoactivas. Hoy la persona, el trabajador, puede pedir ayuda cuando tiene un problema de abuso o dependencia del alcohol o de las drogas. Aunque también hay que reconocer que ello es más frecuente que ocurra en grandes que en las pequeñas y medianas empresas (CEOE, 2018).

Puede haber otros tipos de derivación, cuando así está establecido en la empresa, o en el Servicio de Vigilancia de la Salud, no sólo al médico de atención primaria, sino que también puede ser tratado en el propio servicio de la empresa, remisión a un especialista, a los profesionales de una Mutua con la que trabaja la empresa, o a tratamiento a un servicio externo especializado.

6.11. Mantener el programa en el tiempo

En cualquier programa preventivo o de tratamiento es importante mantener la continuidad del mismo. Así se consigue que su efecto se mantenga no sólo a corto plazo, sino a medio y a largo plazo. Por desgracia, en el campo preventivo esto no siempre ocurre. Algo semejante pasa en muchos programas implantados en el medio laboral. De ahí la relevancia de dedicar un tiempo, a veces no mucho, una vez al año, para volver a incidir en los aspectos más importantes de lo que se ha ido aprendido a lo largo de ese año, o de intervenciones previas ya realizadas.

6.12. Hacer una memoria anual del programa, con una especial mención al coste-eficiencia del mismo

Todo programa debe plasmarse por escrito en una memoria, una vez al año, habitualmente breve, de pocas páginas, indicando la racionalidad de lo que se ha hecho, cómo se ha implantado, el nivel de satisfacción de la tarea, cuántos trabajadores han participado, qué beneficios aprecian con el mismo, comentarios de quien ha implantado el programa, cambios relevantes que se han observado, y cómo se puede continuar mejorando dicho programa.

Lo anterior implica una evaluación mínima del programa. Una evaluación rigurosa no es fácil de hacer en el medio laboral (Hersch et al., 2000), aunque disponemos de múltiples indicadores objetivos que nos pueden mostrar que la aplicación del programa mejora múltiples aspectos, tanto de salud, como de absentismo, bajas, accidentabilidad, calidad de vida, etc.



Y, más importante, sabemos que estos programas son coste-eficientes. Como dice la CEOE (2018), en su manual sobre pymes saludables, hay un retorno de 2.5 euros por cada euro invertido en este tipo de programas. Incluso puede llegar este retorno a los 5 euros en relación con el absentismo y a los 6 euros en relación a tener menos enfermedades, por cada euro invertido. Otros estudios incluso llegan a niveles mucho mayores, como de 26:1 (Miller et al., 2007). Esto claramente justifica poner en práctica estos programas, aparte de la mejoría que se produce en el trabajador y en el ambiente laboral. Son programas no sólo necesarios, sino claramente coste-eficientes. Ello explica que las grandes empresas han ido implantando sistemáticamente este tipo de programas, aunque no siempre hacen pública su existencia.

6.13. Coordinar el programa con otras medidas o acciones

Vivimos en un mundo interconectado. Esto ocurre en la vida cotidiana, en el mundo social y en la empresa. De ahí que en ocasiones el programa puede incardinarse en otras medidas, programas o acciones que se están poniendo en marcha. Esto ha ocurrido, por ejemplo, cuando se pusieron en marcha en España las leyes de control del consumo de tabaco. Uno de estos aspectos afectaba dejar de fumar en el medio laboral. Fue una excelente ocasión para que los trabajadores, muchos de ellos, dejaran de fumar, redujesen el consumo, facilitando incluso que con ello se pudiese incidir en otros aspectos de su salud. En ocasiones ocurre lo mismo en relación con el alcohol, con las drogas ilegales, o con el consumo de psicofármacos. Igualmente, cuando se aplican programas de reducción del estrés, programas que sirven también para, indirecta o directamente, reducir el consumo de alcohol o drogas, sobre todo cuando este consumo ocurre en situaciones de alto estrés o de una fuerte presión personal o laboral.

En esta línea, existe en España una red de empresas saludables (tabla 11.17), que a su vez forma parte de una red europea de empresas saludables. Es un buen motivo para apuntarse a la salud.

Tabla 11.17. La red española de empresas saludables.

En España, dentro del Instituto Nacional de Seguridad Social y Salud en el Trabajo está la *Red Española de Promoción de la Salud en el Trabajo*. Se fundamenta en lo que es una empresa saludable, que entiende por tal aquella que gestiona la salud de los trabajadores de modo integral e integrado, considera a la salud en todas las políticas de la empresa y, además, cuando la empresa cumple toda una serie de requisitos en relación con la prevención de riesgos laborales. Los que cumplen todo esto pueden pasar a formar parte de esta red, que a su vez está dentro de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo.

La red europea se creó en 1996. La española en 2013, momento en que pusieron en marcha el proyecto de “*empresas saludables*”. En el momento actual destaca el reconocimiento a las buenas prácticas empresariales en promoción de la salud. Es un modo de reconocer el trabajo de aquellas empresas con buenas prácticas, orientada a las que cumplen con la legislación vigente en prevención de riesgos laborales y, que tienen en marcha intervenciones de promoción de la salud y el bienestar.

La página web de la red es: <https://www.insst.es/red-espanola-de-empresas-saludables>.



Referencias

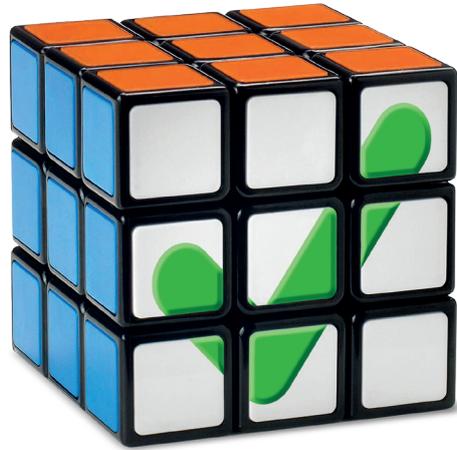
- ADIF (2018). *Manual de bienvenida. Dirección General de Gestión de Personas*. Madrid: Adif (En: <https://cfv.adif.es/inicia/bienvenida/26/>).
- ADIF (2020). *Manual de bienvenida. Dirección General de Gestión de Personas*. Madrid: Adif (En: <https://cfv.adif.es/inicia/bienvenida/>).
- Ames, G. M. y Bennett, J. B. (2011). Prevention interventions of alcohol problems in the workplace. A review and guiding framework. *Alcohol Research & Health*, 34, 175-187.
- Anderson, P. (2013). *Alcohol in the workplace*. Ginebra, Suiza: World Health Organization (en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/191367/8-Alcohol-and-the-workplace.pdf).
- Becoña, E. (2021). *La prevención ambiental en el consumo de drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?* Madrid: Ministerio de Sanidad, Secretaría de Estado de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Bennett, J. B. (2018). Integral organization wellness: An evidence based model of socially inspired well-being. *Journal of Applied Behavioral Research*, 23, e12136.
- Bennett, J. B. y Lehman, W. E. K. (2003). *Preventing workplace substance abuse: Beyond drug testing to wellness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bennett, J. B. y Lehman, W. E. K. (2011). Workplace substance abuse prevention and help seeking: Comparing team-oriented and informational training. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 243-254.
- Bennett, J. B., Lehman, W. E. K. y Reynolds, G. S. (2000). Team awareness for workplace substance abuse prevention: The empirical and conceptual development of a training program. *Preventive Science*, 1, 157-172.
- Bennett, J. B., Neeper, M., Linde, B. D., Lucas, G. M. Simone, L. (2018). Team resilience training in the workplace: E-learning adaptation, measurement model, and two pilot studies. *JMIR Mental Health*, 5, e35.
- Bray, J. W., Galvin, D. M. y Cluff, L. A. (2011). *Young adults in the workplace: A multisite initiative of substance use prevention programs*. Research Triangle Park, NC: RTI Press.
- Broome, K. M. y Bennett, J. B. (2011). Reducing heavy alcohol consumption in young restaurant workers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72, 117-124.
- Cabrero, E. y Posé, E. (2002). El consejo de breve intensidad como método preventivo contra los hábitos tóxicos en el examen de salud del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. *Salud y Drogas*, 2, 63-79.
- Campbell, R. y Levenstein (2015). Fire and worker health and safety: An introduction to the special issue. *New Solutions*, 24, 457-468.
- Carpintero, P., Lago, S., Neyra, A. y Terol, I. (2014). ¿Es coste-efectivo el desarrollo de programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo? *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60, 566-586.
- CEOE (2018). *Manual práctico para pymes saludables. Promoción de actividades saludables en el entorno laboral. Seguridad, hábitos saludables y bienestar*. Madrid; Confederación Española de Organizaciones Empresariales.
- Cook, R. y Schlenger, W. (2002). Prevention of substance abuse in the workplace: Review of research on the delivery of services. *Journal of Primary Prevention*, 23, 115-142.
- Feinberg, M. E. (2020). *Designing evidence-based public health and prevention programs. Expert program developers explain science and art*. Nueva York, NY: Routledge.
- Fernández, J. J. (2015). *Informe ejecutivo sobre consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral*. Madrid: Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales, Confederación Española de Organizaciones Empresariales.
- Fonte, M. M. (2021). *Informe anual de accidentes de trabajo en España 2020*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.



- Galego, P., Becoña, E., Gómez, B. J. y Lorenzo, M.C. (1988). Diseño y planificación de una campaña antialcohol y antitabaco en la empresa. *Salud y Trabajo*, 70, 16-19.
- Galvin, D. M. (2000). Workplace managed care: Collaboration for substance abuse prevention. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27, 125-130.
- García, M., Esteban, V., Gallo, M., Artieda, L. y Guzmán, A. (2019). *Vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales. Guía básica y general de orientación*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Grup ATRA (2018). *El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral*. Madrid: ASEPEYO.
- Hersch, R. K., Cook, R. F., Deitz, D. K. y Trudeau, J. V. (2000). Methodological issues in workplace substance abuse prevention research. *Journal of Behavioral Science & Research*, 27, 144-151.
- ICOH (2014). *Código ético internacional para profesionales de la salud laboral, 3ª edición*. Roma, Italia: ICOH, International Commission on Occupational Health. (En <https://www.msrebs.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/guiavigisalud.pdf>).
- Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfrido, M. R., Zeballos-Palacios, C. y Dulohery, M. M. (2014). The efficacy of resilience training programs: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Plos One*, 9, 2111420.
- Longabaugh, R., Woolard, R. E., Nirenberg, T. D., Minugh, A. P., Becker, B., Clifford, P. R. y Gogineni, A. (2001). Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 806-816.
- Lucas, G., Neeper, M., Linde, B. y Bennett, J. (2017). Preventing prescription drug misuse in work settings: Efficacy of a brief intervention in health consciousness. *Journal of Medical Internet Research*, 19, e242.
- Mayorga, R., Moreno, A. y González, I. (2011). *El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Una realidad que afrontar*. Pamplona: Mutua Navarra.
- Menéndez, J. C. y Santos, J. R. (2014). *Prevención del consumo de drogas en el sector de la construcción: datos y propuestas*. Narcea: Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
- Miller, R. R., Zaloshnja, E. y Spicer, R.S. (2007). Effectiveness and benefit-cost of peer-based workplace substance abuse prevention coupled with random testing. *Accident Analysis and Prevention*, 39, 565-573.
- Molina, C., Miñarro, M., García, M. y Gil, R. (2018). *La prevención del riesgo de adicciones en el medio laboral: Obligaciones, recomendaciones y buenas prácticas. Claves para una nota técnica preventiva -NTP- del Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo -INSSBT-*. Madrid: Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDYA] (2021). *Encuesta 2019/2020 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad.
- OIT (1998). *Principios directivos técnicos y éticos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores*. Ginebra, Suiza: Oficina Internacional del Trabajo (Serie Seguridad y Salud en el Trabajo, núm. 72). (En: <https://www.msrebs.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/guiavigisalud.pdf>).
- Petree, R. D., Broome, K. M. y Bennett, J. B. (2012). Exploring and reducing stress in young restaurant workers: Results of a randomized field trial. *American Journal of Health Promotion*, 26, 217-224.
- Phillips, J. A., Holland, M. G., Baldwin, D. D., Gifford-Neuleveld, L., Mueller, K. L., Pekinson, B., Upfal, M. y Dreger, M. (2015). Marijuana in the workplace: Guidance for occupational health professional and employers. *Workplace Health & Safety*, 63, 139-164.
- Pompidou Group (2014). *Prevention of alcohol and drug use in the workplace. From a declaration of intent to the implementation of a policy: Users's guide to the Reference Framework, research findings*. Estrasburgo, Francia: Council of Europe. (En: <https://rm.coe.int/prevention-of-alcohol-and-drug-use-in-the-workplace-from-a-declaration/168075f887>).
- Redondo, F. (2009). El plan de acción contra las drogodependencias y el alcoholismo celebra su 20 aniversario. *Líneas. La revista de Adif*, 7, 1-2.



- Rodríguez, J. L., Luna, L., González, J. y Barrio, L. (2017). *Formación sindical en drogodependencias. Cuaderno del monitor, Edición revisada 2017*. Madrid: Secretaría Confederal de Salud Laboral de CCOO.
- Rodríguez, J. L., Torvisco, M., Pardo, F. J., González, J., Cortés, A. y Vega, I. (2015). *Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias*. Madrid: Secretaría Confederal de Salud Laboral de CCOO.
- Salvador, T., de Silva, A., Puerta, C., Jiménez, J., Alcaraz, A., Villar, A. B. y Cascales, I. (2010). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*. Murcia: 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.
- Salvador, T., Suelves, J. M. y del Pozo, J. (2003). *Mano a mano. Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral*. Logroño, La Rioja: Consejería de Salud y Bienestar Social, Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.
- Segura, L. e Ibáñez, N. (2018). *Guia per a la prevenció del consum d'alcohol i altres drogues i dels problemes relacionats en l'àmbit laboral*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Sub-direcció General de Drogodependencies.
- Snow, D. L., Swan, S. C. y Wilton, L. (2003) A workplace coping-skills intervention to prevent alcohol abuse. En J. B. Bennett y W. E. K. Lehman (Eds.), *Preventing workplace substance abuse: Beyond drug testing to wellness* (pp. 57-96). Washington, DC: American Psychological Association.
- Spell, C. S. y Blum, T. C. (2005). Adoption of workplace substance abuse prevention programs: Strategic choice and institutional perspective. *Academy of Management Journal*, 48, 1125-1142.
- Spicer, R. y Miller, T. R. (2016). The evaluation of a workplace program to prevent substance abuse: Challenges and findings. *Journal of Primary Prevention*, 37, 329-343.
- UGT (2017). *Protocolo de intervención y prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral*. Madrid: Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC.
- UGT Castilla y León (2017). *Cannabis en el trabajo*. León: UGT Castilla y León.
- U.S. Department of Health and Human Services (U.S.D.H.H.S.) (2016). *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services.
- Vanhove, A. J., Herian M., Perez, A L., Harms, P. D. y Lester, P. (2015). Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89, 278-307.
- Westreich, L. (2016). Addiction in the workplace. En A. H. Mack, K. T. Brady, S. I. Miller y R. J. Frances (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (4th ed., pp. 376-388). Nueva York, NY: Guildford Press.
- Williams, C., Samuolis, J., Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2011). Life skills training wellness program: An application for young adults in supermarkets. En J. W. Bray, D. M. Galvin y L. A. Cluff, L. A. (Eds.), *Young adults in the workplace: A multisite initiative of substance use prevention programs* (pp. 117-132). Research Triangle Park, NC: RTI Press.



CAPÍTULO 12

La prevención de las adicciones
comportamentales o conductas realizadas
en exceso



1. Las adicciones comportamentales o conductas realizadas en exceso

Llevamos varias décadas debatiendo y discutiendo sobre las adicciones comportamentales (Echeburúa, 1999; Gossop, 1989; Petry, 2016a, 2016c; Sussman, 2017). Se ha hablado de que conductas como jugar a juegos de azar, videojuegos, uso de Internet, compras, tomar el sol en exceso, conducta sexual, comer, ir al gimnasio, estar en una secta, etc., son o pueden ser adictivas cuando se hacen en exceso o están fuera de control, de modo repetitivo o problemático. Una parte de esta discusión viene dada porque la mayoría de las conductas anteriores son normales, y muchas personas las realizan sin que ello les acarree ningún problema. Pero puede ocurrir que algunos las hagan en exceso o incluso que puedan llegar a ser adictivas.

En el pasado, se han propuesto aún más adicciones, como la adicción a la música ruidosa, danza rítmica, meditación, ejercicio, búsqueda de sensaciones, todos los cuales sirven como rutas de escape de la ordinariedad de la realidad (Gossop, 1989). Marlatt y Gordon (1985) incluían como adicciones ciertos problemas sexuales como el exhibicionismo; otros la masturbación compulsiva (Hodgson y Miller, 1984), los teléfonos eróticos (Echeburúa, 1999), etc. Lo cierto es que con criterios laxos cualquier actividad humana tiene el potencial de convertirse en una conducta adictiva. De ahí que se haya llegado a hablar de adicciones negativas, juzgadas como perjudiciales para el individuo y para la sociedad, y otras positivas, o al menos positivas para un grupo determinado de personas o en un periodo temporal (ej. el jugador de fútbol y su vida de aislamiento social; el trabajador excesivo; etc.) (Killinger, 1992). También se ha propuesto que trastornos como la piromanía, cleptomanía y trastorno de juego serían adicciones, como así se ha considerado a esta última (Sadoff et al., 2015).

En la última versión del DSM-5 (APA, 2013) sólo se ha incluido al juego patológico dentro de las adicciones, y al juego en Internet (videojuegos, juegos en línea, etc.) en su apéndice para su estudio. El resto no se han incluido. De modo semejante el nuevo CIE-11 incluye el juego patológico y la adicción a los videojuegos. Se consideraron varias en la elaboración del DSM-5, como la adicción a Internet, sexo, compras, ejercicio físico, comer y bronceado (Petry, 2016b), pero no se incluyeron por carecer de suficiente evidencia científica en su diagnóstico, curso clínico y tratamiento. Los medios de comunicación de masas, como algunos profesionales de la salud mental, afirman de su existencia, o incluso hay aquellos que creen que hay adicciones para cualquier tipo de conducta (comer, amar, pasear, etc.).

Para entender mejor lo anterior hay que ir al concepto de adicción. Una adicción consiste en una pérdida de control de la persona ante cierto tipo de conductas que tienen como características producir dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia, vivir para y en función de esa conducta, etc. Hay acuerdo de que los elementos esenciales de una adicción son (Gossop, 1989): 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) capacidad deteriorada para controlar la conducta (notablemente en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o el nivel en el que la conducta ocurre); 3) malestar y angustia emocional cuando la conducta es impedida o se deja de hacer; y, 4) persistir con la conducta a pesar de la clara evidencia de que produce graves problemas al individuo.

Otros consideran que lo que define a una adicción es que la misma produce placer, proporciona escape del malestar físico o emocional, impotencia (ej., incapacidad de controlar la conducta) y es difícil de manejar (ej., consecuencias negativas significativas resultantes de su conducta) (Rosenberg y Feder, 2014). Y hay los que consideran que la adicción se relaciona con la impulsividad



y con la compulsividad (Cuzen y Stein, 2014). La *impulsividad* se refiere a una predisposición desadaptativa hacia reacciones rápidas, reducción motora o inhibición de la respuesta, respuesta automática a las urgencias o impulsos, aversión retrasada, insensibilidad a los refuerzos retrasados y carencia de reflexión. Todo ello lleva a realizar conductas de riesgo, poco planificadas o rápidas. Cuando el individuo tiene una alta impulsividad su conducta suele causarle problemas. La *compulsividad* atañe a la conducta persistente o perseverante que es inapropiada para esa situación y que no tiene relación con un resultado esperado. Estas conductas son a menudo repetidamente displacenteras pero realizadas de un modo habitual o estereotipado. La compulsividad forma parte de varios trastornos (ej., trastorno obsesivo-compulsivo, dependencia de sustancias, trastornos de la alimentación, etc.) (Cuzen y Stein, 2014). La impulsividad y la compulsividad pueden ser vistas como polos opuestos de un continuo. Para Cuzen y Stein (2014) las adicciones conductuales estarían entre impulsividad y compulsividad.

Griffiths et al. (2014) han propuesto seis criterios para las adicciones comportamentales: 1) prominencia, 2) modificación del estado de ánimo, 3) tolerancia, 4) síndrome de abstinencia, 5) conflicto (con las personas de su alrededor, con otras actividades o consigo mismo u otros), y 6) recaída (Griffiths et al., 2014).

Finalmente, no nos olvidemos de las implicaciones que tiene reconocer o no una conducta como adictiva, o con capacidad aditiva, incluyendo las legales (Willick, 2014). Por ello, en este tema hay que ser cautos, pero considerando también los problemas que ciertas conductas realizadas en exceso, que aun no siendo adictivas, pueden causar en ciertos individuos.

1.1. Juego patológico o trastorno de juego

Hay varias características generales que tienen los jugadores patológicos, como la negación del problema, conducta supersticiosa sobre el juego, confianza excesiva en ganar, sentido de poder y control ante el juego, etc. (Becoña, 1996b). Otro elemento central en el juego patológico es que el dinero es la causa y, al mismo tiempo, la solución subjetiva a todos los problemas que tiene (Lesieur, 1984). Son habituales las deudas debido a su conducta de juego.

Hay varios tipos de jugadores patológicos. En la clasificación de Blaszczynsky y Nower (2002) propuso tres tipos, el *jugador condicionado conductualmente* (sería un jugador menos severo; pueden abusar del alcohol y tener niveles elevados de depresión y ansiedad como respuesta a sus problemas financieros; y tienen escasa psicopatología premórbida, abuso de sustancias, impulsividad o conductas antisociales); el *jugador emocionalmente vulnerable* (desea regular con el juego los estados de ánimo disfóricos y/o para satisfacer necesidades psicológicas específicas; y tienen elevados niveles de psicopatología, especialmente depresión, ansiedad y dependencia del alcohol); y, el *jugador patológico antisocial e impulsivo* (sería el subtipo más psicopatológico; con un claro trastorno psicológico debido al juego; con signos de potenciales disfunciones neurológicas o neuroquímicas; y se caracteriza por impulsividad, trastorno de personalidad antisocial y trastorno de déficit de atención con hiperactividad). En función de uno u otro tipo el tratamiento variará, sobre todo la intensidad de este, y la probabilidad de obtener mejores o peores resultados dependerán del tipo de jugador que estemos tratando.

En ocasiones se han hecho descripciones de que los jugadores pueden ser individuos competitivos, enérgicos, inquietos y se aburren fácilmente; o que cuando no juegan pueden ser adictos al trabajo, o trabajar a "atracones"; o que tienen predisposición a padecer enfermedades relacio-



nadas con el estrés (ej., gastrointestinales, hipertensión, migraña); o que los que acuden a tratamiento tienen tasas elevadas de ideación suicida; o que el TDAH en la infancia es un factor de riesgo para padecerlo, etc. Todo ello indica la variabilidad de los jugadores patológicos.

Se han analizado muchos errores cognitivos en el procesamiento de la información que tienen los jugadores patológicos (Becoña, 1995). Cuatro de los principales son:

- *Ilusión de control*. Creencia en que las habilidades o destrezas propias pueden controlar o vencer el azar, sobrevalorando la posibilidad de control sobre los resultados del juego.
- *Confianza en la suerte*. Creencia que se deriva de la sobrevaloración de las posibilidades de ganar, independientemente de cualquier acción realizada por el jugador.
- *Heurístico de representatividad*. Se caracteriza por establecer una dependencia entre eventos sucesivos que en principio son independientes en el juego.
- *Atribución flexible*. A pesar de las frecuentes pérdidas, los jugadores mantienen la confianza en sus habilidades debido a que tienden a evaluar los resultados de manera sesgada (los éxitos se atribuyen a factores internos, como la habilidad o el esfuerzo; los fracasos a factores externos, como obstáculos o mala suerte).

A todo lo anterior hay que añadir que la vulnerabilidad al juego es enorme en nuestra sociedad. Se han apuntado entre las causas que predisponen a las personas al juego la gran disponibilidad de juegos de azar, y el fácil acceso a los mismos; el bajo coste del juego; la promoción y publicidad de los juegos de azar; la interacción de otras sustancias adictivas con el juego y el lugar donde se juega (bares y locales de ocio); los factores de vulnerabilidad psicológica al juego (ej., búsqueda de sensaciones) y el gran poder adictivo del juego, especialmente de las máquinas tragaperras (a través de funcionar mediante un programa de reforzamiento de razón variable) (Becoña, 1996, 2009). Esto explica que, actualmente, el 0.3% en el último año, y un 0.9% a lo largo de la vida, tengan problemas de juego patológico (Gómez y Lalandá, 2020). En adolescentes la prevalencia es mayor, en algunos casos hasta el doble o el triple que, en los adultos, aunque sabemos que con el tiempo una parte de ellos lo dejan (Becoña, 2010).

En España la gran mayoría de los jugadores patológicos lo son de máquinas tragaperras, un 75% de ellos. En un porcentaje menor de bingo y pocos de juegos de cartas u otros. Sí que en los últimos años se ha incrementado la demanda de jóvenes por juegos en Internet (póker, casinos, juegos en red, y por su acceso a salas de apuestas). De ahí que prevenir este problema es básico.

En la tabla 12.1 indicamos los criterios diagnósticos del juego patológico del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).



Tabla 12.1. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el juego patológico.

A) Una conducta de juego problemático, persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, indicado por la presencia de cuatro o más de los siguientes criterios a lo largo de un periodo de 12 meses:

1. Necesidad de apostar cantidades cada vez mayores de dinero cada vez que juega para conseguir el grado de excitación deseado.
2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o parar de jugar.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
4. Está a menudo preocupado con el juego (por ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en la forma de conseguir dinero para apostar).
5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (por ej., desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, suele volver otro día para intentar recuperarlo (tratando de “cazar” las propias pérdidas).
7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo, o una carrera académica o profesional a causa del juego.
9. Cuenta con otras personas para que le den dinero para aliviar una situación financiera desesperada provocada por el juego.

B) Además, esa conducta de juego se explica mejor que por tener un episodio maníaco.

1.2. Adicción a los videojuegos, o trastorno de juego por Internet

El trastorno de juego por Internet aparece en el DSM-5 en su apéndice para su estudio. Se refiere al uso excesivo de videojuegos, así como juegos en línea u otros. Este tipo de conducta es hoy frecuente en los jóvenes. Hay personas que pueden estar horas y horas jugando a los mismos delante de la pantalla del ordenador, tableta o teléfono móvil. Pueden jugar solos, con otras personas, o en las plataformas multijugadores. También en ocasiones pueden jugar apostando dinero. La falsa creencia de que pueden ganar dinero también puede llevarlos a un mayor nivel de adicción. A la gran mayoría no les causa problemas, aunque le dediquen muchas horas. Pero hay algunas personas que tienen problemas por su excesivo uso. El problema surge cuando usan los juegos para olvidarse de los problemas de la vida real o para manejar sus emociones negativas (Rehbein et al., 2016). Ello le lleva a incrementar cada vez más su conducta de juego. Como consecuencia, se produce una afectación importante en su vida social, escolar, laboral o funcionamiento cotidiano (ej., sueño, comidas, estudio, trabajo, pareja, etc.). Junto a lo anterior, aparece la falta de control ante la conducta de juego y su preocupación por el mismo.

El desarrollo tecnológico, como la aparición de los ordenadores e Internet, han facilitado el uso de los videojuegos en niños, adolescentes y adultos. Es algo que está en nuestro medio y así seguirá durante años. Además, los videojuegos se han convertido en un entretenimiento muy popular entre los adolescentes. A veces, esto continua en la adultez temprana. Una parte de ellos se harán adictos. De ahí la necesidad de prevenir que esto ocurra, que las personas sepan cómo utilizarlos, con una labor relevante en este aspecto por parte de padres y educadores.



La impulsividad se ha indicado como un factor asociado a esta problemática. También cada vez aparecen más estudios neurobiológicos buscando correlatos biológicos de estos jugadores (ej., Weng et al., 2013).

La prevalencia de este trastorno varía mucho de unos a otros estudios. Lo que sí aparece en casi todos es un alto nivel de malestar psicológico en los que lo padecen, una clara asociación con depresión, soledad, baja satisfacción con la vida y frecuentes pensamientos suicidas (Rehbein et al., 2016). Como en otras adicciones, hay más hombres que mujeres con este trastorno. Y es más frecuente en la adolescencia y adultez temprana.

Saunders et al. (2017) elaboraron un informe, en el que participaron un gran número de clínicos e investigadores de todo el mundo, que presentaron a la OMS, cara a la inclusión del trastorno de videojuegos en el CIE-11. En él aparecen datos relevantes sobre este trastorno. Es también una contestación al artículo de Aarset et al. (2017), criticándolo, porque estos autores no eran de Asia, continente en el que este tipo de problemas es mucho más prevalente. Así, en China, se calcula una prevalencia del 10-15% para la adicción a videojuegos y, en Corea del Sur, del 13%. Ello ha llevado incluso a abrir centros específicos para la prevención y el tratamiento de personas adictas a los videojuegos en muchas ciudades de esos países asiáticos (ej., en China, Japón, Hong Kong, Corea del Sur, Tailandia e India). Las principales demandas en estos centros son por videojuegos (63%) seguido por pornografía online y actividades ciber-sexuales. Una parte importantes de los afectados son adolescentes. Para los países occidentales la prevalencia es del 1-10%, claramente menor.

Se han estudiado muchos antecedentes y factores de riesgo en la adicción a los videojuegos. También factores de protección, como son el alto nivel de competencia social y la autoestima; encontrarse bien en la escuela; y conducta de control percibido (Saunders et al., 2017). Este trastorno se asocia con tener otros, especialmente el trastorno por consumo de sustancias.

En la tabla 12.2 presentamos los criterios diagnósticos del trastorno de juego por Internet, esto es, videojuegos, según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).



Tabla 12.2. Criterios diagnósticos para el trastorno de juego por internet, según el DMS-5.

- A) Uso persistente y recurrente de internet para participar en juegos, a menudo con otros jugadores, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo tal y como indican 5 (o más) de los siguientes en un periodo de 12 meses:
- Preocupación por los juegos de internet (el individuo piensa en actividades de juego previas o anticipa jugar el próximo juego; internet se convierte en la actividad dominante de la vida diaria).
 - (Nota: Este trastorno es diferente de las apuestas por internet, que se incluyen dentro del juego patológico)
 - Aparecen síntomas de abstinencia al quitarle los juegos por internet (estos síntomas se describen típicamente como irritabilidad, ansiedad o tristeza, pero no hay signos físicos de abstinencia farmacológica).
 - Tolerancia (la necesidad de dedicar cada vez más tiempo a participar en juegos por internet).
 - Intentos infructuosos de controlar la participación en juegos por internet.
 - Pérdida de interés por aficiones y entretenimientos previos como resultado de, y con la excepción de, los juegos por internet.
 - Se continúa con el uso excesivo de los juegos por internet a pesar de saber los problemas psicosociales asociados.
 - Ha engañado a miembros de su familia, terapeutas u otras personas en relación con la cantidad de tiempo que juega por internet.
 - Uso de los juegos por internet para evadirse o aliviar un afecto negativo (p. ej., sentimientos de indefensión, culpa, ansiedad).
 - Ha puesto en peligro o perdido una relación significativa, trabajo u oportunidad educativa o laboral debido a su participación en juegos por internet.

Nota: sólo se incluyen en este trastorno los juegos por internet que no son de apuestas. No se incluye el uso de internet para realizar actividades requeridas en un negocio o profesión; tampoco se pretende que el trastorno incluya otros usos recreativos o sociales de internet. De manera similar, se excluyen las páginas sexuales de internet.

Especificar la gravedad actual: Leve, moderado o severo.

1.3. *Uso problemático de Internet*

Internet es un nuevo fenómeno en el transcurrir histórico. En pocos años el uso de la red ha transformado a toda la sociedad. Hoy muchos cientos de millones de personas lo usan en su trabajo, en transacciones económicas, en la educación, en las redes sociales, en el acceso a información, etc. Ante un uso tan masivo no es extraño que a algunas personas les cause problemas, bien por su uso excesivo o por su poco uso, cuando es preciso que lo utilicen si así se lo requiere su trabajo.

Internet permite acceder a mucha información en tiempo real, contactar más fácilmente con personas en cualquier lugar del mundo, acceder a una cantidad casi ilimitada de información, etc. Sobre todo, en los más jóvenes, es consustancial a su vida cotidiana, facilitándose el proceso últimamente con la telefonía móvil, donde podemos ver cualquier contenido de Internet en la misma. A estos nativos digitales se les conoce como generación Z (Espiritusanto, 2016). Hoy el uso de internet o móvil, y las redes sociales a las que acceden con ellos, es uno de sus elementos identitarios (Simón, 2021). De ahí el amplio uso que hacen de ello.



Aunque la adicción a Internet (AI) no está incluida en el DSM-5, hay mucho interés por los problemas que puede causar, incluyendo su poder adictivo (Rumpf et al., 2016). Fue Iván Goldberg quien propuso la existencia formal del trastorno de adicción a Internet. Poco después Kimberly Young (1998) elaboró una escala para evaluarlo (específicamente denominada “uso problemático de Internet”), adaptando los criterios del DSM-IV de dependencia de sustancias a Internet (tabla 12.3). En los últimos años se ha discutido mucho sobre la inclusión o no de la AI en el DSM-5. Finalmente, no se ha incluido. Pero en países, como Corea del Sur, Taiwán o China, el uso de Internet causa graves problemas a una parte de sus ciudadanos. Por ello, la mayoría de los estudios proceden de estos países.

Tabla 12.3. Criterios propuestos por Young (1998) para el evaluar el uso problemático de Internet.

1. ¿Te preocupas por Internet? (¿piensas sobre la última actividad que realizaste sobre Internet o anticipas la siguiente sesión de Internet?)
2. ¿Sientes la necesidad de utilizar Internet durante períodos cada vez más amplios de tiempo con el fin de sentirte satisfecho?
3. ¿Has realizado de forma repetida esfuerzos fracasados para controlar, limitar o determinar el uso de Internet?
4. ¿Te sientes intranquilo, malhumorado, deprimido o irritable cuando intentas limitar o detener el uso de Internet?
5. ¿Sigues en Internet más tiempo del que originalmente habías pensado?
6. ¿Has arriesgado o puesto en peligro relaciones interpersonales, oportunidades laborales, educativas o profesionales, a causa de Internet?
7. ¿Has mentido a los miembros de tu familia, a tu terapeuta o a otras personas para ocultar el grado de tu implicación con Internet?
8. ¿Utilizas Internet como una forma de escapar a los problemas o para aliviar el estado de ánimo de malestar (por ej., sentimientos de desamparo, culpa, ansiedad, depresión?)

Notas. 1) Solo se evaluaría cuando el uso de Internet no es esencial para el trabajo o los estudios. 2) Según Young (1988) tendría problemas con el uso de Internet cuando la persona cumple 5 o más criterios y durante al menos 6 meses.

En nuestra consideración, actualmente, creemos que la mejor denominación de las personas que tienen problemas con Internet sería la de *uso problemático de Internet* (UPI) (Becoña, 2016a).

Fue también Young (1998) quien mejor nos indicó las principales consecuencias que puede producir Internet, que para él eran las siguientes:

1. *La adicción ciber-sexual.* Es lo que puede ocurrir en aquellos individuos que ven, descargan e intercambian o comercian con pornografía online o que se implican en chats de pornografía online en directo. Las páginas más vistas en Internet son las pornográficas, de ahí el problema adictivo que puede producirse en personas vulnerables a su uso excesivo.
2. *Las relaciones (virtuales) en Internet a través de chats y sistemas de mensajería instantánea (ciber-relaciones) y redes sociales.* Una de las posibilidades que ofrece Internet es la conexión en tiempo real con otras personas a través del chat, las redes sociales, como Facebook, Twitter, Instagram, los nuevos sistemas de conexión directa (ej., Skype), etc. Este tipo de comunicación se ha incrementado mucho en los últimos años en los móviles a través del WhatsApp. De ellos destacan los orientados a los contactos con gente y los que tienen como objetivo buscar relaciones de todo tipo con otras personas. Precisamente, en niños y adolescentes, hacer relaciones o amistades de este modo puede ser una fuente de problemas. De ahí la posibilidad de abusos hacia los niños y adolescentes por parte de los adultos (ej., el *grooming* o acoso



de adultos a menores en la red; *cyberbullying*; robo de información para acceder a sus claves; *phishing* o suplantación de identidad para poder cometer delitos, como robo, estafa, etc.; introducirle virus, troyanos o gusanos que le infectan el ordenador, o a través de estos robarle información; etc.). Con frecuencia, varias de estas personas abusadoras tienen distintos trastornos psicopatológicos; otros que los usan en exceso tienen problemas como soledad, falta de habilidades sociales o no saben comunicarse adecuadamente con los demás.

3. *Compulsiones en la red (especialmente el juego en Internet, las compras por Internet o invertir en bolsa)*. En este grupo el problema actualmente el más importante es el juego con apuestas, en donde algunos son "jugadores patológicos". Nótese que el juego online aparece como "trastorno de juego por Internet" en el apéndice del DSM-5 para su estudio (American Psychiatric Association, 2014) referido a juegos que no son de apuestas. Dentro de los juegos en Internet se ha diferenciado el juego interactivo (juegos de casinos, juegos multiusuarios, subastas) del no interactivo (juegos tradicionales como solitario, busca minas, etc.). Hay que considerar cuando éste es el caso si Internet es la causa o es el medio por el que la persona juega.
4. *Sobrecarga de información (navegación excesiva por la red y la inacabada búsqueda de nueva información)*. Estos individuos dedican una cantidad de tiempo desproporcionado a buscar, recoger y organizar la información. Nunca tienen información suficiente, buscan más y más. No saben dónde está el límite. Pueden ser perfeccionistas, obsesivos, maníacos, con trastornos de personalidad u otros trastornos psicopatológicos. Hay otro grupo de personas que no quieren saber nada de la tecnología, e incluso desarrollan problemas físicos o psicológicos relacionados con ella. Es lo que se conoce como tecnoestrés (Becoña, 2006).

Es difícil hablar de datos fiables de prevalencia cuando hablamos del UPI, o de AI. Tenemos muchos y variados instrumentos para evaluarlos, y no tenemos un criterio claro de a qué nos referimos.

El problema está claro cuando la persona hace un uso anómalo de la red, que se aprecia en un tiempo de conexión anormalmente alto, de forma permanente, que va más allá de lo que es normal en la mayoría de los usuarios. La persona con UPI suele dedicarle de 40 a 80 horas semanales al uso de Internet (LaPlante y Braverman, 2010), tiempo que dedica a navegar por la red sin tener que hacerlo por motivos de trabajo. La fascinación inicial por Internet puede llevar a tiempos de conexión altos al principio, por la novedad, pero luego tienen que regularse a un tiempo prudente y normal.

1.4. Uso problemático del teléfono móvil

El teléfono fue inventado por Alexander Graham Bell en 1.876; poco después, la radio. Ello hizo posible que casi 100 años después de estos dos descubrimientos apareciese el teléfono móvil. Éste utiliza los principios del teléfono y de la radio, la cual puede oírse a través de las ondas que recibe el aparato emitidas desde una antena. Fue en 1.973 cuando Martin Cooper presentó el primer teléfono móvil. Era un teléfono grande, pesado, de casi un kilo de peso, y muy caro. Faltaban otros diez años hasta que en 1.983 se concedió la primera licencia comercial para su utilización entre las ciudades norteamericanas de Washington y Baltimore. La necesidad de utilizar antenas para la transmisión hacía complejo y caro su uso. Pero en pocos años se miniaturizaron los teléfonos móviles, se pasó a la tecnología digital, se colocaron antenas para los mismos por medio planeta y así hemos llegado a la gran difusión del teléfono móvil actual. Ésta no solo permite hablar por teléfono, sino que con él podemos enviar correos electrónicos, fotografías, ver películas, videos, hacer videollamadas, transferencias bancarias, etc., y todo de modo inmediato.



La generalización del uso del teléfono móvil ha llevado a que, a diferencia de lo que ha ocurrido con otros objetos tecnológicos, lo utilicen no solo los adultos, sino también los niños y adolescentes. Hoy la mayoría de ellos tienen teléfono móvil. Se usa no solo por su valor funcional de comunicación entre padres e hijos, sino entre compañeros, así como por sus funciones de ocio y muchas otras. El móvil, como cualquier otro instrumento tecnológico, puede ser útil y hacernos la vida más fácil. Pero nunca debemos depender de ningún instrumento tecnológico o causarnos problemas.

Uno de los problemas en jóvenes o niños es el intercambio de números de teléfonos a personas que no conocen, para hablar o intercambiar mensajes, o simplemente hacer nuevas amistades. Otros obtienen una falsa idea de la realidad porque la mayoría de los amigos lo conocen en ámbitos virtuales.

Cada vez se está generalizando más no solo poder bajar música del móvil, sino otros múltiples productos a través de la pantalla del teléfono móvil. Así se pueden ver directamente videos musicales, chicas y chicos como se desnudan delante de la pantalla del móvil, animaciones, películas, juegos de todo tipo, etc. Es un modo de llegar a los jóvenes para poder engancharlos al móvil, a su uso, a su consumo y a que se incremente la facturación de estos con su móvil. Aunque legalmente hay que ser mayor de edad para hacer varias de las cosas anteriores, en la práctica son los menores uno de los principales consumidores de este tipo de productos. La disponibilidad de cámaras en los móviles incrementa aún más este tipo de usos.

Hay casos de uso problemático de dispositivos móviles (ej., móviles, tabletas) (Muñoz y Shih, 2016; Sánchez-Carbonell et al., 2008), sobre todo debido a su uso generalizado. Cuando se habla de que una persona tiene problemas, algunos de los principales criterios que se han aducido para saber si la persona tiene este problema son (Muñoz y Shih, 2016):

- a) Incremento sustancial de la necesidad de tener que utilizar el dispositivo para un mayor número de actividades con el fin de obtener un estado de tranquilidad y bienestar (tolerancia).
- b) La presencia de un conjunto de síntomas de ansiedad intensos (casi cercanos al pánico) en aquellas ocasiones (reales o imaginarias) en las que el dispositivo pueda no estar plenamente disponible para el usuario en caso de sentir el deseo y el ansia de conexión.
- c) Pérdida de control o control deficitario sobre el uso del móvil.
- d) Consecuencias negativas para la vida del individuo.

En la misma línea, en los últimos años se viene hablando de nomofobia, que se refiere a cuando se produce la abstinencia por no poder usar el móvil o cuando no se tiene acceso al mismo (King et al., 2010; Muñoz y Shih, 2016).

No hay que olvidarse que, cada vez más, las personas ejecutan sus adicciones a través del teléfono móvil o de dispositivos móviles (ej., los jugadores patológicos que juega a través de móvil, internet o tableta). De ahí la relevancia de no confundir la adicción con el uso tecnológico para realizar la misma.

1.5. Trastornos clínicos que se confunden con adicciones

Hoy se habla de otras múltiples posibles adicciones. En relación con la prevención, la mayoría de las sugeridas se dan en adultos, no en niños, y escasamente en adolescentes. Nos referimos cuan-



do se habla de adicción al sexo, al amor, a la compra compulsiva, al ejercicio físico, al bronceado, a la comida, al trabajo, entre las más conocidas, aunque podemos hacer la lista mucho más larga. El motivo de que afecten sobre todo a los adultos es que para ponerlas en práctica exigen, casi siempre, tener dinero, disponer de tiempo, estar fuera de la casa de los padres, tener un estilo de vida independiente, etc.

Como un ejemplo, los que hablan de la adicción al sexo suelen olvidarse de que hay el trastorno de hipersexualidad, y no es infrecuente en la clínica verlo (Campbell y Stein, 2016).

2. Aspectos que hay que tener en cuenta cara a la prevención de las adicciones comportamentales y de otras conductas de uso problemático

2.1. Su novedad y existencia reciente

Las adicciones comportamentales, u otras conductas que pueden causar problemas, en la línea de las que hemos visto anteriormente, son novedosas en el tiempo. Algunas de ellas ni siquiera existían hace pocas décadas (ej., Internet o el teléfono móvil). Cuando algo nuevo aparece las opiniones sobre eso nuevo suelen dividirse en la población en dos grupos: los defensores y los detractores. Esto ha ocurrido cuando surgió la máquina de vapor, el tren, el automóvil, la televisión, el avión, la energía nuclear, los rascacielos, los buques de pasajeros muy grandes, el trabajo en cadena, etc., etc. Podríamos poner muchos más ejemplos.

En las últimas décadas destaca el surgimiento de nuevos elementos tecnológicos, algunos de los cuales han transformado el mundo en muy poco tiempo. De modo concreto, la atención ha estado dirigida a Internet, y sus implicaciones en la cultura, la economía, la banca, los negocios, las compras, y toda la vida en general. Y junto a Internet nuevos elementos tecnológicos asociados o en paralelo al uso de la red, como el ordenador, la tableta, el teléfono móvil, y a nuevos usos o conductas realizadas a través de la misma, como son los videojuegos, las redes sociales para comunicarnos con otras personas, las ciber-relaciones, la compra por Internet, o más actualmente el trabajo a través de Internet, el teletrabajo, el uso de las transacciones bancarias, etc.

Esta novedad se ha favorecido por un uso importante, con un gran incremento en muy poco tiempo en millones y millones de personas, y en la aceptación mayoritaria de su uso. Así, en Internet, se aprecian más ventajas que desventajas, pero sí que es cierto que en algunas personas les puede acarrear problemas, como igualmente causan problemas los elementos tecnológicos desarrollados a lo largo de la historia del hombre. Sirvan dos ejemplos: el pasar de la edad del bronce a la de hierro, con la posibilidad de hacer utensilios más útiles para el trabajo y vida cotidiana, pero también más mortales para la guerra; o la aparición del coche y, como consecuencia, los miles de personas que mueren cada año por accidentes de tráfico. Pero, aun así, estos avances fueron revolucionarios para el hombre, y le han permitido tener un mayor dominio de su medio circundante.

2.2. La alarma social que producen (fundada o infundada)

Por motivos diversos, y no siempre fundados, cuando surge una nueva tecnología ésta va a coger mala fama en algunos sectores. O va a ser utilizada por los medios de comunicación para sacar



noticias sobre ella, de tipo negativo. Lo vimos recientemente con las vacunas del Covid-19, y la amplificación exagerada que han hecho, al inicio de su aparición, por parte de los medios de comunicación, de sus efectos secundarios, cuando gracias a las mismas se han salvado millones de vidas en el mundo en poco tiempo.

Es por ello frecuente ver en los medios de comunicación noticias exageradas, tergiversadas, descontextualizadas, a veces falsas, sobre los muchos males que causan las nuevas tecnologías. No negamos que en algunos casos pueden causar problemas. Pero no son el problema de la sociedad actualmente. La sociedad tiene unos problemas claramente identificados a nivel científico; otra cuestión es como llegan al resto de la sociedad, o como se los hacen llegar los medios de comunicación o los responsables públicos (hagamos el ejercicio de hacer una contraposición objetiva del botellón, tan frecuente en nuestros jóvenes, o el consumo de cannabis, con las negativas y a veces demoledoras consecuencias para ellos, en relación a qué consecuencias negativas produce el uso de Internet en esos mismos jóvenes).

Ciertamente, cualquier responsable público, educativo, como los padres, tienen que llevar a cabo una educación integral y adaptativa de todo joven, o de sus hijos en el caso de los padres. Lo que es malo se debe evitar, o entrenar a la persona para que no haga esa conducta inadecuada, o a veces incluso prohibirla. Pero tiene que ser realmente mala. Igualmente, conocemos que, por el desarrollo evolutivo, sea físico, psicológico o emocional, ciertas conductas no deben hacerse hasta ciertas edades (aplicable por ejemplo a cuando una persona debe o no tener un teléfono móvil propio).

2.3. La globalización de las conductas, de los consumos, de la vida cotidiana

La globalización, también conocida como mundialización, es un fenómeno del que oímos hablar frecuentemente. Unos hablan bien de ella; otros mal; y hay personas que no conocen exactamente en qué consiste. Aunque la palabra tiene varios significados, la idea común es la de generalización a todo el planeta de una serie de pautas de comportamiento que tenderían a establecer una serie de prácticas culturales universales provocando la alteración o, en un caso extremo, la eliminación de las conductas particulares propias de cada país (Vázquez y Becoña, 2008). Esto es claro en el mundo económico.

La globalización es un fenómeno muy complejo que afecta todos los ámbitos del comportamiento humano, desde el económico hasta el religioso y también al equilibrio ecológico en todo el planeta. El fenómeno ha progresado de modo rápido en todo el mundo. Las consecuencias de la globalización abarcan casi todos los aspectos de la vida, como las películas o series que vemos en TV, la ropa que compramos, algunos productos alimenticios que comemos, la moda en el vestir y en el peinado de cada año. También en el medio ambiente, en la calidad del trabajo y en la protección a los trabajadores, en los tipos de trabajos disponibles. Tiene una importante base tecnológica, económica y de transformación de muchas sociedades. Estamos ante una de las revoluciones más importantes de la historia por su rapidez, y su avance imparable cada año que pasa.

Son principalmente tres los factores que determinan la globalización. El primero es el desarrollo tecnológico, en forma de mejora del transporte y de las telecomunicaciones. El avión se utiliza hoy para cubrir grandes distancias y disponemos a un precio accesible de billetes para ir de uno a otro lugar del mundo. Pero aún más importante ha sido el transporte, tanto marítimo, como ferroviario, terrestre y aéreo.



El segundo factor son las telecomunicaciones, primero en forma de teléfono, hace décadas, luego con el teléfono móvil o teléfono vía satélite, junto al revolucionario invento de internet, y la posibilidad de poder hacer a través de su red todo tipo de transacciones comerciales, monetarias y de intercomunicación entre personas y empresas, en cualquier parte del mundo y en tiempo real. Esto ha llevado a poder vivir, compartir y hacer negocios en tiempo real entre personas y empresas alejadas entre sí miles de kilómetros ubicadas en distintos países y continentes.

El tercer factor, es el de la liberalización de los intercambios de bienes, servicios y capitales, y la circulación de personas a lo largo de todo el mundo. Ello ha sido revolucionario en la perspectiva histórica como humanos, para el mundo de los negocios y para el intercambio continuo, permanente, y casi en tiempo real, de una enorme cantidad de bienes, servicios, de una a otra parte del mundo. Entramos en la era del consumismo.

Globalización, Internet y tecnología van unidos. Sólo se precisa un ordenador, una fuente de alimentación eléctrica para el mismo, y una conexión telefónica (terrestre, inalámbrica o vía satélite).

2.4. La frecuente confusión entre información, educación, prevención y tratamiento

En las adicciones comportamentales, como en otras conductas que pueden producir problemas a los individuos, al ser nuevas, y para muchos desconocidas, surgen los “sabios” que tienen una solución fácil para todo. Son los que creen, y siguen creyendo, que con proporcionar información está todo resuelto. Es la clásica confusión que conocemos bien en el campo preventivo entre información, educación, prevención y tratamiento. En la tabla 12.4 indicamos estas diferencias.

Tabla 12.4. La diferencia entre información, creencia, educación, prevención y tratamiento.

Información. Es el proceso a través del cual se transmite un mensaje a una persona con el objetivo de cambiar su estado de conocimiento, sea a esa persona o a un grupo de personas. Es necesario recibirlo, entenderlo y procesarlo para que la recepción sea adecuada. Se espera que con dicha información la persona pueda tomar decisiones de acuerdo con la misma.

Creencia. Es una idea o pensamiento que se asume como verdadera.

Educación. En su sentido más amplio, es el proceso a través del cual los individuos adquieren conocimientos, habilidades, creencias, valores o hábitos de una sociedad, por parte de quienes se los transmiten, mediante distintos métodos educativos.

Prevención. Proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas.

Tratamiento. Proceso por el que el profesional sanitario busca una solución a una persona ante un problema por el que demanda ayuda, sea en la esfera biológica o la de su salud mental, ayuda y solución que en muchos casos no puede posponerse, sobre todo si es grave o afecta a su supervivencia.



2.5. La escasez de programas preventivos

Estamos ante un tema nuevo, de pocos años de recorrido. Esto se ve reflejado en que cuando ocurre algo así precisamos varias décadas para tener claro el problema. Por ello, en el caso del juego patológico, que surge ya en los años 80 del s. XX, conocemos sus factores de riesgo y protección, factores etiológicos, cómo hacer prevención y aplicar tratamientos eficaces para los que lo padecen.

En cambio, ya es más complejo en los videojuegos tener claramente especificado qué debemos hacer. No es lo mismo que el juego patológico. Es un fenómeno nuevo en el tiempo. Pero hemos avanzado en pocos años en su conocimiento y abordaje terapéutico.

En el caso de Internet, a la mayoría de las personas no les causa problemas, ningún problema. Y no está admitido que produzca adicción. El uso de la red no lo produce. Sí puede producir problemas de distinto tipo, incluyendo trastornos clínicos en el caso del juego y videojuegos, sobre todo por ciertos contenidos a los que acceden las personas, o por conductas que pueden realizar utilizando la red. No olvidemos que a veces la persona tiene un trastorno clínico concreto (ej., fobia social, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, hipersexualidad) y utiliza para afrontar o para realizarlo la red. En este caso tiene un trastorno, siendo la red su medio, no su problema en sí. Pero también tenemos que reconocer que el uso excesivo de internet puede causar problemas a las personas.

3. Programas preventivos para las adicciones comportamentales

3.1. Juego patológico

Dado que el juego patológico se incluyó desde 1980 en el DSM (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la Sociedad Americana de Psiquiatría), como un trastorno clínico, disponemos de un buen número de intervenciones para su tratamiento, pero menos programas a nivel preventivo, sobre todo porque muchos de ellos no han obtenido resultados positivos. Disponemos de varias revisiones sistemáticas sobre los programas preventivos que se han puesto en marcha, la mayoría en otros países. A continuación, hacemos un breve repaso de ellas.

Se han realizado distintos programas preventivos y revisiones sobre el juego patológico. Entre éstas destacan las de Forström et al. (2021), Grande-Gosende et al. (2020), Keen et al. (2017), Ladouceur et al. (2013), Marchica y Deverensky (2016), McMahon et al. (2019), Motka et al. (2018), Oh et al. (2017) y Williams et al. (2012).

Una revisión sistemática reciente, la de Forström et al. (2021), indica que en este tema se ha utilizado reducción de la demanda, reducción de daños y reducción de la oferta. La reducción de la demanda se orienta a aquellas intervenciones que reducen la demanda de la disponibilidad de actividades de juego a través de cambiar el conocimiento del individuo en relación con el juego, daños causados por el juego, motivación personal a jugar o el contexto social en el que se lleva a cabo el juego. Un ejemplo son los programas preventivos universales de juego. La reducción de daños se refiere a medidas de protección como el juego responsable, a través de políticas y medidas para reducir los potenciales daños que puede producir el juego. Normalmente estas medidas las pone en práctica la industria del juego, o la administración (ej., tiempo máximo permitido de juego; autoexclusión). Finalmente, la reducción de la demanda pretende hacer menos disponibles los juegos de azar a las personas.



Forström et al. (2021) han realizado una meticulosa y bien cuidada revisión y meta-análisis con un alto nivel de calidad metodológico. Encontraron un total de 37 estudios, de los que 28 eran de calidad moderada o baja. Los programas educativos seleccionados los dividen en cortos (una sola sesión) y largos (varias sesiones, normalmente entre 4 y 6 sesiones), con al menos un seguimiento de 6 meses.

Encuentran 11 programas educativos, quedando 8 por tener 3 un alto riesgo de sesgo. El meta-análisis indica un descenso en la frecuencia de la conducta de juego, aunque con un nivel de evidencia bajo.

Para el juego responsable encuentran 26 estudios, de los que 14 son ensayos clínicos aleatorizados. El meta-análisis indica que el feedback personalizado reduce la frecuencia de juego a los tres meses, pero el nivel de evidencia es bajo y el efecto a largo plazo es desconocido. Esto los lleva a afirmar que hay escasa certidumbre de que los programas preventivos en juego funcionen adecuadamente, tanto en los programas preventivos llevados a cabo en la escuela como los de feedback personalizado y los de juego responsable. Concluyen que los estudios existentes no permiten obtener conclusiones seguras sobre la eficacia de los programas preventivos en juego. Esto no significa que no haya programas preventivos eficaces, sino que la mayoría de los estudios realizados hasta ahora no lo han encontrado.

En cambio, en la revisión de Marchica y Deverensky (2016) indican que el feedback personalizado es efectivo en la prevención del juego patológico.

En la revisión sistemática de Keen et al. (2017), sobre programas educativos de juego aplicados en la escuela, encontraron 19, la mayoría estudios controlados aleatorizados, en personas de 10 a 18 años. Pocos tenían medidas de resultados conductuales, muchos carecen de seguimiento y otros carecen de datos relevantes. Esto hace difícil obtener conclusiones de los resultados agrupados de los estudios. De modo específico, pocos indican resultados en la conducta de juego, centrándose varios de ellos en medidas cognitivas, concepciones erróneas, conocimientos o actitudes. Se aprecia una gran variabilidad en la dosis del programa, entre 20 y 500 minutos, entre 1 y 10 sesiones. Los componentes del programa y el modo de implementación son muy variados. Por ello, no les es posible obtener conclusiones claras. Las carencias metodológicas anteriores impiden saber qué es lo que funciona; más bien, concluyen que no hay evidencia de eficacia en lo realizado hasta ahora.

Igualmente, Oh et al. (2017) han evaluado los programas que ellos denominan “programas preventivos del juego basados en la educación” en adolescentes. Así, hay programas que se han centrado solo en cambiar las creencias erróneas sobre el juego, en la educación matemática para corregirlas, videos para cambiar la ilusión de control, sobre el concepto de azar y la independencia de los eventos de los resultados del juego, o simplemente información sobre el juego. Estas estrategias permiten incrementar el conocimiento sobre el juego, incluso corregir las percepciones erróneas sobre el mismo, pero sin saber cómo influyen sobre el juego real. Muchas de las acciones anteriores son puntuales, a veces de solo una hora de duración.

En una línea semejante a la anterior, Keen et al. (2019) han estudiado el papel de las concepciones erróneas sobre el juego y la necesidad de cambiarlas, en los programas educativos sobre el juego. En éstos se incide en los daños que puede causar, sobre todo el juego excesivo, informando de que el resultado del juego se basa en el azar, de ahí que es difícil poder ganar dinero jugando, y cambiar las creencias erróneas sobre el juego. Estos programas suelen aplicarse en la escuela, para personas que nunca han jugado o que tienen una incipiente experiencia sobre el juego.



A pesar de que hay autores (ej., Keen et al., 2019) que consideran la educación del juego como una estrategia preventiva, al orientarse a que los individuos hagan decisiones informadas, este planteamiento es incorrecto. Se basan en que, si se mejora el conocimiento, actitudes y se reducen las concepciones erróneas sobre el juego, las personas tomarán decisiones más racionales y, con ello, jugarán menos. El error de lo anterior está en que esto no es así, los humanos no funcionamos así. Por ello, con ese cambio, de darse, no se produce automáticamente un correlativo cambio conductual. De ahí que cuando se evalúan los programas de este tipo resultan ineficaces (ej., Oh et al., 2017). Esto se debe a que no producen cambios conductuales (Productivity Commission, 2010). Así, Keen et al. (2019) insisten en este abordaje educativo, en su caso indicando como mejorar el cambio de concepciones erróneas sobre el juego. Pero no lo han comprobado, queda en lo que deberíamos hacer. Y, lo que proponen, es de una gran complejidad para poder ponerlo en práctica en unas pocas horas.

Nótese que en lo anterior insisten en programas educativos más que en programas preventivos. Por ello, no extraña, cuando St-Pierre y Deveresnsky (2016) clasifican los programas preventivos de juego en la escuela en dos tipos: 1) programas preventivos psicoeducativos, y 2) programas preventivos comprensivos psicoeducativos y de entrenamiento en habilidades.

Los estudios sobre reducción de daños, con una perspectiva preventiva en el juego también se han dirigido a jóvenes. En algunos de ellos se produce una reducción en la conducta de juego, pero la mayoría de los resultados son negativos (McMahon et al., 2019). De ahí que se considere una estrategia inadecuada, aunque claramente del gusto de la industria del juego.

También se han llevado a cabo distintas intervenciones para adultos jóvenes, normalmente personas de 18 y pocos años más. Esto se debe a que la edad legal para jugar es 18 años, de ahí que es un grupo relevante para prevenir en ellos las conductas problemáticas de juego.

Grande-Gosende et al. (2020) han realizado una revisión sistemática sobre los programas preventivos para la reducción de las conductas de juego problema en adultos jóvenes, concretamente en los que tenían de 18 a 35 años. Encontraron 9 estudios, la mayoría ensayos controlados aleatorizados, con grupo experimental y control. Muchas intervenciones de esos estudios utilizaban el feedback personalizado (en el punto 5.5 de este capítulo lo describimos ampliamente). Aun así, se aprecia una gran variabilidad en los tipos de intervenciones. En relación con los efectos de los programas, siete de los que utilizan feedback personalizado, muestran resultados positivos. También encuentran resultados positivos en los programas que utilizan estrategias y técnicas cognitivo-conductuales. Varios programas preventivos selectivos e indicados se orientan a la reducción de daños. A corto plazo, estos programas reducen la ilusión de control, incrementan el conocimiento y descienden la conducta de juego, como su severidad.

Hay otras medidas que se han puesto en práctica en adultos que han funcionado muy bien, como la autoexclusión. Es una alternativa para tener en cuenta para los adultos jóvenes (ej., los que tienen de 18 a 25 años). Sabemos que es un procedimiento que funciona bien y previene la conducta de juego (Motka et al., 2018). En los juegos on-line cobra aún más relevancia,

Ya dentro de programas preventivos específicos para evitar problemas con los juegos de azar indicaremos varios ejemplos a continuación.

Un programa destacable es el de Calado et al. (2020). Lo llevaron a cabo en jóvenes de Portugal que estaban finalizando la enseñanza secundaria (media de 17.6 años). Consta de 5 unidades didácticas, una por sesión. Se centran en información sobre el juego, distorsiones cognitivas sobre



el juego, actitudes sobre el juego y el dinero, búsqueda de sensaciones, y problemas de juego. Los resultados eran eficaces en el grupo de intervención respecto al de control, en los distintos componentes que componen el programa. Pero si los analizamos detenidamente, se refieren a variables intermedias, la mayoría, con la excepción del número de horas dedicadas al juego. Así, en el número de horas dedicadas al juego por semana, baja de 0.16 a 0.08 en el grupo experimental, manteniéndose en 0.12 en el grupo de control tanto en el pre como en el post. Los resultados se mantenían en el seguimiento de 6 semanas. Como vemos, un seguimiento muy corto. En suma, resultados prometedores, pero con escaso tamaño de la muestra, seguimiento muy corto, y bajo tamaño del efecto (ej., de 0.32 en horas dedicadas a jugar).

Vamos a indicar ejemplos de programas en nuestro medio. Campos et al. (2016) evaluaron lo que denominan un programa preventivo del juego patológico en jóvenes, con una sola sesión de hora y media. La duda es si a esto lo podemos denominar un programa preventivo, y no una charla. Solo indican un alto nivel de satisfacción con el programa en su evaluación, nada más. Además, el programa se dirigía al juego responsable.

Por su parte, Lloret y Cabrera (2019) evaluaron la prevención del juego de apuestas en adolescentes con el programa “¿Qué te juegas?” Consta de tres sesiones de 50 minutos. Fue aplicado a jóvenes de 15 a 17 años. Se centra en la anormalidad del juego de apuestas, las probabilidades en el juego de apuestas, y en desmontar la publicidad sobre ellas. En el grupo experimental cambiaron muchas variables mediadoras (ej., autoeficacia para no apostar) de la pre- a la post-intervención, respecto al grupo de control. No hubo seguimiento.

Chóliz et al. (2021) han evaluado el programa *Ludens* para prevenir el juego en adolescentes, con edades de 14 a 19 años, en una muestra amplia. Consta de sólo dos sesiones. Se orienta a informar sobre el juego como trastorno; sensibilizar sobre los intereses que hay en promover la conducta de juego, tanto por parte de la industria del juego como de la administración; cambiar las actitudes hacia el juego; y evitar conductas de riesgo sobre el juego, una vez que éstas han sido identificadas. La intervención logra entre el pre- y la post-intervención (evaluada un mes después) una reducción en la frecuencia de juego, riesgo en el juego y probable trastorno de juego. Sin embargo, no se hizo seguimiento. Por ello, no conocemos si estos resultados se mantienen en el tiempo. Por tanto, aunque los resultados son prometedores, precisan confirmación.

Se han puesto en marcha otros programas preventivos, por parte de comunidades autónomas, ayuntamientos, fundaciones, asociaciones, etc., pero no se han evaluado ni publicado sus resultados.

Hay varias críticas que hay que hacer a muchos de los programas preventivos que se han elaborado en el campo del juego. La primera es que muchos de los profesionales o investigadores que han elaborado estos programas no proceden del campo preventivo, sino del tratamiento, o de la mera experimentación (ej., sobre distorsiones cognitivas). La segunda, es que lo anterior, lleva a seleccionar unos componentes que se espera que sean eficaces, y a veces no lo son, y se olvidan de otros que han demostrado ser eficaces. La tercera, que el número de sesiones de muchos de estos programas es insuficiente, por lo que sabemos de cualquier otro programa preventivo en drogas u otras conductas. La cuarta, que en casi ninguno de ellos aparecen las sesiones de recuerdo, elemento central para mantener los cambios a corto y a largo plazo. Y, la quinta, que tanto el diseño como los seguimientos realizados son inadecuados, insuficientes o inexistentes.

Precisamos mejorar la calidad de los programas preventivos en el juego para evitar el juego patológico o problemas causados por el juego.



3.2. Adicción a videojuegos

Como ya hemos indicado, la adicción a videojuegos está incluida en el DSM-5, como trastorno para su estudio, cuando se juega a ellos por Internet. El CIE-11 ya lo incluye como un trastorno clínico. Esto implica que sabemos que a un número de personas les causa problemas. Ello exige la educación sobre su uso, en la escuela, la restricción del uso en ciertos lugares, un papel relevante por parte de los padres para el control del uso, programas preventivos para que los más vulnerables no se hagan adictos, y programas de tratamiento para los que ya tienen el trastorno.

En lo que atañe a las medidas preventivas a poner en práctica, Kiraly et al. (2018) han revisado las políticas que se han implantado para reducir los problemas que pueden causar los videojuegos a nivel adictivo, sobre todo en niños y adolescentes. Los agrupan en tres categorías:

1. Limitar la disponibilidad de videojuegos. Se ha limitado administrativamente el tiempo que puede estar un jugador en un videojuego; limitado el acceso de los menores a ellos, o limitarle el tiempo de uso; utilizar un sistema de fatiga (ej., en China, después de un periodo largo de uso, tres horas, le descuentan puntos, o se le bajan a 0 si lleva jugando cinco horas, control parental del acceso de sus hijos a los videojuegos en línea en casa; limitar el tiempo de uso de los videojuegos en lugares públicos con acceso a internet).
2. Reducir riesgos y daños, a través de mensajes de advertencia sobre el riesgo del juego excesivo; hacer los juegos menos adictivos.
3. Proporcionar servicios de ayuda a los jugadores. Esto implica detectarlos y derivarlos a tratamiento. E, igualmente, poner en marcha programas de tratamiento.

El problema es como implementar muchas de las medidas anteriores. Además, hay claras diferencias entre la cultura occidental y la asiática, en este tema, como en otros, y algunas medidas que se han puesto en marcha en China no es posible, o deseable, implantarlas en otros países, sobre todo porque muchas invaden la libertad individual y la de las familias.

Una zona del mundo en donde hay más problemas con los videojuegos es en los países asiáticos. Así, en China se ha llegado a un consenso para la prevención y el tratamiento del trastorno de videojuegos, elaborado por un comité de expertos nacional en el tema (Xiang et al., 2020). En ella indican que los factores psicológicos que se asocian con el trastorno son la alta impulsividad, alto neuroticismo, o la personalidad introvertida. Algunos muestran conducta agresiva y violenta, pobre regulación emocional, soledad, baja autoestima, baja autoeficacia, pobre satisfacción con la vida, vulnerabilidad a la sobrecarga sensorial, depresión y ansiedad. Igualmente, el insuficiente apoyo social o interacción interpersonal y relaciones pobres profesores-alumno o con la clase. A nivel biológico, estas personas se parecen mucho en los estudios de imagen cerebral a los que abusan de sustancias o tienen problemas de juego, con anomalías funcionales en múltiples áreas del lóbulo frontal, estriado ventral y estriado dorsal. Igualmente, tienen algunas funciones ejecutivas reducidas como las de control.

Hasta el presente, indican que no hay evidencia de intervenciones preventivas efectivas para el trastorno de videojuegos. Consideran que los elementos clave para su prevención son la regulación emocional, control cognitivo y comunicación interpersonal. Igualmente, en el ambiente familiar, escolar y social, educación en salud pública de habilidades de afrontamiento, mejorar las relaciones familiares y las habilidades de comunicación padres-hijos, así como atender a sus necesidades.



En cambio, se dispone de tratamientos psicológicos prometedores (Sudhir, 2018). En España, Torres-Rodríguez et al. (2019) presentan el tratamiento de varios casos de personas de 13 a 18 años con problemas de videojuegos en Internet. Les aplicaron un tratamiento, a lo largo de 6 meses, centrado en: módulo psicoeducativo, módulo sobre el tratamiento de juego en internet (ej., control de estímulos, aprendizaje de habilidades de afrontamiento, reestructuración cognitiva, solución de problemas), módulo intrapersonal (ej., autocontrol, asertividad, ansiedad), módulo interpersonal (habilidades de comunicación), módulo familiar (ej., comunicación familiar, límites) y módulo de desarrollo de un nuevo estilo de vida. Los resultados fueron satisfactorios.

Destaca la revisión de King et al. (2019), sobre las estrategias preventivas que se han utilizado para el uso excesivo de internet y la adicción a los videojuegos, teniendo en cuenta tanto los países occidentales como los asiáticos. Utilizaron estudios publicados como otros de literatura "gris" (ej., material oficial, libros, capítulos de libro, guías sanitarias, etc.). Encontraron 13 estudios, la mayoría de prevención selectiva (personas en grave riesgo de desarrollar problemas con los videojuegos o con el uso excesivo de internet), utilizando psicoeducación. Concretamente: conocer el concepto de uso problemático de actividades en los medios electrónicos; enseñarles técnicas de manejo del estrés y de autocontrol; desarrollar relaciones sociales; limitar el tiempo de uso de internet y habilidades de manejo del tiempo; e, identificar actividades alternativas a realizar, incluyendo actividades físicas. Las sesiones en los estudios analizados iban de 3 a 10, con una media de 6.5. Los resultados indicaron que en 4 de 6 estudios había un descenso del uso problemático de internet. Menos claro era el descenso en el uso de los videojuegos, dado que sólo encontraron que disminuía en un estudio.

Cuando analizaron los datos por tipo de prevención, como estrategias de prevención universal, se han utilizado recursos educativos (información); acciones legislativas (restricción del uso); medidas tecnológicas (ej., bloqueo parental); concienciación pública (ej., día nacional para animar a no utilizar internet); y medidas conductuales (ej., sacar los dispositivos electrónicos de la habitación durante la noche para que el joven o adolescente no los pueda utilizar). Dentro de la prevención selectiva se ha utilizado screening regular para identificar casos; chequeos en consultas médicas sobre si tiene problemas con esos usos tecnológicos; programas educativos en la escuela; políticas sobre el uso de internet en el lugar de trabajo. Y, como prevención indicada, grupos de apoyo; servicios médicos y de salud mental externos; rehabilitación psicosocial; y, psicoeducación.

Destacan los programas implementados a nivel nacional en Corea del Sur, China y Japón (King et al., 2018), sobre todo en la restricción y la censura, utilizando para ello sofisticados métodos tecnológicos. En otros países occidentales esto es más anecdótico. E inviable.

Hay también intervenciones dirigidas a los padres. Así Krossbakken et al. (2018) analizaron una intervención con los padres para reducir los problemas causados por los videojuegos en niños de 8 a 12 años. Utilizaron una breve guía parental titulada "Cómo regular la conducta de los videojuegos en niños". Los padres recibían la guía junto a una carta en la que se les explicaba su objetivo, junto a un cuestionario. A los 4 meses les volvieron a enviar un cuestionario de seguimiento. La muestra fue grande, de 831 padres en la intervención experimental y 826 en la de control (583 padres, 1.022 madres y 32 de otros). Los resultados indicaron que no había diferencias en las variables analizadas de juego entre ambos grupos. En el análisis secundario, los que leyeron y siguieron la guía indicaron más problemas de juego, uso más restrictivo y estrategias de mediación activa con sus hijos. Este tipo de intervenciones es relevante. Hay expertos (ej., Chung et al., 2018) que consideran que la supervisión parental es el aspecto central para la intervención para el control de esta problemática. Queda mucho por hacer en este campo.



No es infrecuente oír a los expertos que la prevención en este tema está en su infancia (King et al., 2018). La realidad lo confirma.

3.3. Uso problemático de Internet

Se han desarrollado varios programas preventivos para el uso problemático de Internet, o para lo que algunos autores han llamado adicción a Internet. Dos revisiones nos indican qué ocurre con este tipo de programas.

Vondrackova y Grbrhelik (2016) revisaron los estudios publicados entre 1995 y 2016 sobre la prevención de la adicción a Internet. De los 100 artículos que encontraron, sólo ocho eran estudios específicos sobre prevención, y sólo 6 evaluaban programas específicos. Éstos se dirigían a cuatro grupos distintos: niños y adolescentes, estudiantes de instituto, padres de los anteriores, y empleados del juego y empleados con acceso regular a Internet. Como vemos, una gran variabilidad de grupos y muy pocos estudios realizados.

Su revisión indica que los programas preventivos universales deben ser utilizados en el contexto escolar, cuando antes mejor, desde la escuela primaria. Y los selectivos e indicados para aquellas personas que tienen factores de riesgo psicopatológico (ej., TDAH), características de personalidad (como impulsividad) o patrones de uso de internet problemáticos (ej., muchas horas de conexión), características sociodemográficas (ej., sexo) y actual situación (ej., soledad, estrés).

De su amplia revisión indican que los programas deben centrarse en el desarrollo de habilidades específicas para los que tengan riesgo de desarrollar adicción a internet (jóvenes) como para sus padres. Estos deben cubrir cuatro áreas:

1. Habilidades asociadas al uso de Internet, como la reducción de las expectativas de resultado positivas por el uso de Internet, autocontrol, autoeficacia, o abstinencia de usar aplicaciones online educativas junto con identificar pensamientos desadaptados unidos a la conducta adictiva.
2. Habilidades asociadas con el afrontamiento del estrés y de las emociones, sobre todo desarrollar estrategias de afrontamiento individual, regular mejor las emociones, disminuir la hostilidad, mejorar rasgos de personalidad positivos y mejorar la autoestima.
3. Habilidades asociadas con situaciones interpersonales, disminuyendo la sensibilidad interpersonal, reforzando la inteligencia emocional, mejorar la competencia social, y conocerse mejor cara a cara.
4. Habilidades asociadas con el día a día y el uso del tiempo.

En relación a otras personas significativas, son relevantes los estilos de crianza, ya que algunos potencian el uso de Internet, sobre todo porque muchos programas se orientan a padres de hijos en riesgo. Los programas se han centrado en dos habilidades básicas: 1) Habilidades para mejorar las relaciones, mejorando la comunicación padre-hijo, el tiempo dedicado al hijo, conocer las necesidades del niño, y mejorar la salud mental parental. Y, 2) habilidades conectadas con la observación del uso de Internet de sus hijos (ej., conocer su uso, establecer reglas de uso, criticarles su excesivo uso, pero sin prohibírselo, discutiéndolo con ellos). Lo mismo se puede hacer con los profesores y empleados de compañías en riesgo.



Los programas preventivos que se han desarrollado son de tres tipos:

1. Proporcionar información versus intervenciones interactivas, invitando a expertos a hablar del tema, indicando cómo debe controlarse el uso de Internet. Este tipo de abordaje no logra obtener resultados. No desciende con ellos la problemática.
2. Intervenciones simples versus complejas. Las simples se centran en un solo factor de riesgo, la adicción a Internet. Las complejas, en varios factores de riesgo, dentro de los cuales está Internet. Se sabe que la reducción de una conducta de riesgo lleva al descenso de otras.
3. Estudios empíricos sobre la prevención de la adicción a Internet. Aquí identificaron sólo 5 estudios, la mayoría en chicos de 11-16 años, casi todos con un alto nivel de riesgo. No queda clara la eficacia de este tipo de programas.

También se han realizado distintas intervenciones ambientales. Lo han hecho algunos países (ej., China), alejando los cafés con conexión a Internet de las escuelas, a 200 metros mínimo, o a través de limitaciones horarias para su acceso.

En una línea semejante a la anterior, Throuvala et al. (2019) revisaron los programas preventivos escolares universales aplicados a la adicción a Internet. Encontraron 9 programas específicos para el uso problemático de Internet y 6 para varias conductas entre las que estaba ese uso problemático. Los programas eran muy variados, con claras diferencias en cómo se evaluaba ese uso problemático, tamaños de la muestra, etc. Incluían aproximaciones de iguales a iguales; estrategias de entrenamiento en habilidades o mejora de la competencia; reducción de síntomas comórbidos y consecuencias psicosociales negativas (ej., ansiedad, depresión, malos resultados académicos); proporcionar información sobre las consecuencias negativas y riesgos de la AI; y, enfatizar la psicología positiva.

Sólo hay resultados para siete estudios, con tamaños del efecto pequeño o medio para lo que evalúan. Hay una gran heterogeneidad entre los estudios. Como un ejemplo, la mayoría analizan la reducción del uso, no el abandono, sin tener un criterio claro o único entre estudios para esa reducción. La escasez y variabilidad de ellos no le permitió hacer un meta-análisis. De ahí que no pueden llegar a conclusiones claras.

Ortega-Barón et al. (2021) aplicaron, en España, un programa preventivo para los distintos riesgos de Internet, el *Safety.Net*, como son el uso problemático de Internet, grooming, cyberbullying, o quedar con persona a través de la red. Consta de 16 sesiones de una hora de duración, dividido en cuatro módulos: habilidades digitales, riesgos relacionales, riesgos disfuncionales y cambio de actitudes y cogniciones. Las personas del grupo experimental mejoraron en varios aspectos, aunque la mayoría son de información, lo cual también es relevante para las conductas estudiadas. El estudio es de solo pre- y post-intervención, de tipo exploratorio. El cuarto módulo no pudieron implantarlo por el covid-19.

Un ejemplo característico de lo que está ocurriendo con muchos programas preventivos en esta área lo indicamos a continuación. Se elabora un programa adecuado, pero el tiempo de aplicación no es el de un programa preventivo, sino de una charla o un taller, y la metodología no es adecuada. Lo ejemplificamos en el estudio de Bonnaire et al. (2019), en este caso llevado a cabo en Francia, dirigido a prevenir el uso problemático de Internet y videojuegos. El programa se elaboró basado en el desarrollo de habilidades psicosociales. Incluía tres componentes: 1) habilidades sociales (ej., comunicación, resistencia y negociación, empatía, colaboración de grupo e implicación activa), 2) habilidades cognitivas (ej., toma de decisiones y solución de problemas, pensamiento



crítico y autoevaluación, e influencia de los medios de comunicación y de los iguales) y, 3) habilidades emocionales (ej., regulación de las emociones, manejo del estrés, y manejo del tiempo). El estudio fue de pre-, post-intervención y seguimiento de 4 meses. El problema es que la intervención fue de solo una sesión y de 90 minutos. Encontraron cambios en el grupo experimental respecto al control, al final de la intervención, los cuales bajan en el seguimiento. Ellos consideran que la intervención tuvo impacto sobre las creencias de los adolescentes y un incremento de la percepción de riesgo con el uso excesivo de videojuegos. Pero en horas jugadas u otras variables conductuales no hubo ningún cambio con la intervención.

3.4. Uso problemático del teléfono móvil

Hay discusión en la literatura científica acerca de si el uso del teléfono móvil puede o no llevar a desarrollar una adicción al mismo (Panova y Carbonel, 2018). La mayoría de los clínicos e investigadores se decantan por hablar de un uso problemático del móvil más que de un uso adictivo.

Hoy el teléfono móvil va unido al uso o la conexión a Internet en el mismo. Con él podemos acceder a los contenidos de la red, lo que antes se hacía con un ordenador. Ocurre lo mismo si en vez del móvil se usa una tableta. Por ello, casi todo lo que hemos comentado sobre el uso problemático de Internet es aplicable al teléfono móvil, sobre todo cuando la persona hace un uso problemático o abusivo del mismo.

Además, las nuevas generaciones se han socializado, ya desde su nacimiento, con el móvil, a diferencia de generaciones anteriores (Kuss et al., 2018). Para ellos, es un instrumento más de su vida cotidiana como lo es para los adultos la radio, la televisión o el coche. De ahí que esos jóvenes hagan una utilización del móvil mucho mayor que los adultos y lo usan para buscar en él todo tipo de información. Incluso se habla de nomofobia, como situación de alta ansiedad, cuando se quedan sin poder usar el móvil, le restringen su uso, o se quedan sin cobertura (Kaviani et al., 2020). En éstos sería más probable que tuviesen un uso más intenso del móvil, a veces desadaptativo.

Lo que sí está claro es que aquellos que lo usan en exceso tienen más problemas (Fishcer-Grote et al., 2019), escolares, familiares o de relación, incluyendo también los de salud mental (Rho et al., 2019). Igualmente, otros como interferencia con el sueño, mayor consumo de sustancias, problemas psicopatológicos, especialmente ansiedad, depresión, y estrés, y problemas de visión, sobre todo por el uso del móvil para los videojuegos (de Sola et al., 2016; Millones et al., 2020). También se asocia con el uso excesivo de videojuegos, y con un tiempo de uso excesivo de redes sociales. En estudios españoles (ej., el de Villa y Suárez, 2016) ese uso excesivo puede estar relacionado con la carencia de habilidades sociales, de comunicación o de no saber manejar el estrés. El uso del móvil, de modo excesivo o casi exclusivo, le permitiría a esa persona afrontar sus problemas.

Sabemos que el uso de los teléfonos móviles puede ser problemático para algunas personas, sobre todo si acceden con ellos a todo tipo de contenidos (de Sola et al., 2016). Lo que no es cierto es que la adicción al móvil se vaya a convertir en la gran adicción de este siglo, como muchos vienen insistiendo, ya que no tenemos ninguna evidencia. Y ni siquiera está reconocida tal adicción.

Cara a la prevención del mal uso de los teléfonos móviles y evitar las consecuencias negativas, apenas tenemos experiencias y datos consistentes sobre ello. No se ha estudiado ni aplicado programas para el buen uso del móvil, y menos programas preventivos. Y, los que lo han hecho, no se han publicado. Como indican Yu y Sussman (2020), no hay un modelo etiológico claro de lo que



lleva a tener problemas con el uso del móvil, los estudios que se han hecho son exploratorios, la conducta de uso del móvil es una conducta normativa, el uso problemático o adictivo no está bien definido, no hay buenos instrumentos para evaluar dicha problemática al no tener un criterio de referencia claro sobre lo que qué estamos hablando, con frecuencia se equiparan los problemas que causa Internet a los del móvil. Aun así, están de acuerdo en que el uso excesivo produce problemas a una parte de esas personas.

Por tanto, podemos afirmar que no disponemos de programas específicos evaluados para un buen uso del teléfono móvil. Sí hay intervenciones educativas y otras. Así, se insiste mucho en el papel que tienen los padres para evitar problemas (Kwak et al., 2018; Lee y Ogbolu, 2018). Un alto nivel de control parental parece ser un claro elemento protector de tener problemas con el uso del teléfono móvil. También se han puesto en marcha programas para mejorar las relaciones con los iguales, esperando que la mayor implicación con ellos mejore el uso del móvil (Yo y Bang, 2021).

Igualmente, como ocurría con Internet y videojuegos, la mayoría de los estudios están realizados en Asia.

En cambio, sí que se utilizan los móviles, sobre todo a través de apps, tanto para incitar al consumo de sustancias en jóvenes, como para hacer prevención en ellos. Hay muchos datos de cómo la industria utiliza apps para incitar a los jóvenes al consumo de alcohol, tabaco y drogas (Ghassenlou et al., 2020). E, igualmente, se han desarrollado varias apps orientadas a prevenir el consumo de drogas (Marsch et al., 2016). En los próximos años es esperable que este tipo de apps aumenten.

4. Eficacia de los programas preventivos

En el punto anterior hemos ido viendo qué programas preventivos existen para la adicción a los juegos de azar, a los videojuegos, y al uso problemático de Internet y al teléfono móvil. La conclusión general que se obtiene es que a día de hoy no tenemos programas preventivos de referencia para esas conductas. Muchos de los que se han puesto en práctica no han mostrado ser eficaces. La mayoría se han centrado en el juego de azar, predominantemente, y en menor grado en videojuegos e Internet. En el caso de los dirigidos al uso del móvil son anecdóticos o inexistentes.

El motivo de la falta de eficacia se debe a varios motivos, como confundir con frecuencia información/charla con prevención. Hay programas que son de una sola sesión, lo que hace dudar que su objetivo sea preventivo. Se conocen los componentes eficaces de los programas preventivos para las drogas psicoactivas, pero no necesariamente funcionan igual en estas conductas. Es necesario adecuarlos a ellas y, en ocasiones, incluir componentes específicos para las mismas. Tampoco se les presta la suficiente atención a estas conductas en lo que atañe al estudio, implementación y evaluación de programas preventivos concretos para ellas. Una cuestión es el interés social por la temática. Otra bien distinta que se proporcionen recursos y se contrate a profesionales bien cualificados en prevención. Con frecuencia, aplican programas preventivos personas ajenas a la prevención. La metodología y la evaluación de estos programas es con frecuencia deficiente.

En suma, precisamos mejorar este tipo de programas, detectar los componentes que funcionan bien en ellos, evaluar los programas preventivos adecuadamente, cara a que podamos disponer de programas preventivos eficaces para estas conductas.



5. Elementos que debe tener un programa preventivo de adicciones comportamentales

Como hemos visto, la prevención en las adicciones comportamentales se ha desarrollado menos que en otras adicciones, sobre todo debido a su reciente aparición. Hay un enorme interés en las mismas, que no se ha visto reflejado en su prevención ni en el desarrollo de programas para ellas. Aun así, de lo que hemos aprendido hasta ahora sabemos que un buen programa preventivo en las adicciones comportamentales debe tener una serie de componentes, que son los que indicamos a continuación.

5.1. *Componente informativo sobre las adicciones comportamentales*

Sabemos que la información es necesaria pero no es suficiente para conseguir cambiar el comportamiento. Información no es prevención. Pero todo programa preventivo tiene que proporcionar información. En las adicciones comportamentales ello es imprescindible. Las personas que participan en un programa preventivo deben conocer aquella información relevante sobre las conductas que tiene posibilidad de hacerse adictivas (ej., juego, videojuegos), o de que puede hacerse un uso excesivo o problemático de ellas (ej., teléfono móvil, demasiado tiempo conectado a la red, etc.).

Los distintos programas preventivos que se han desarrollado (ej., Chóliz et al., 2009, guías para profesores (ej., del Pozo et al., 2011; Echeburúa y Requeséns, 2012), para padres (ej., Labrador et al., 2012), o para ambos (ej., Echeburúa, 2016; Echeburúa et al., 2009; Labrador y Requeséns, 2012), van dirigidos en unos casos a jóvenes o adolescentes, y en otros también para los padres y profesores.

La información atañe tanto a datos cuantitativos (ej., prevalencia de uso o del problema), como tipo de instrumento tecnológico o tipo de conducta que se hace, factores de riesgo o de protección, o cualquier otra información que facilite tomar más conciencia de que esa conducta puede ser problemática si no se tiene un comportamiento adecuado con ella.

En la tabla 12.5 indicamos un ejemplo de los datos que tenemos sobre las adicciones comportamentales según los últimos estudios de prevalencia disponibles.



Tabla 12.5. Datos de prevalencia de las adicciones comportamentales en jóvenes, en la encuesta del Plan Nacional sobre Drogas de 2022.

El informe del Observatorio de Drogas y Otras Adicciones (OEDA, 2022), sobre adicciones comportamentales, presenta la prevalencia del juego de azar con dinero, uso de videojuegos y el uso de Internet, así como su uso problemático, tanto en población adulta (15-64 años) como en población escolarizada (14-18 años), a partir de las encuestas EDADES de 2022 y ESTUDES de 2021 (son las dos encuestas representativas de adultos y jóvenes escolarizados, respectivamente).

Los resultados indican que, en población general:

- Un 58,1% ha jugado dinero online y/o presencial al menos una vez en el último año (online el 5,3% y presencial el 57,4%). El juego online creció en la población adulta de un 2,7% en el año 2015 a un 6,7% en el año 2019, descendiendo a un 6,1% en 2020.
- En adultos, un 1,7% de la población adulta es probable jugador problema o tiene un trastorno de juego (2,4% varones; 0,9% mujeres), para el periodo de los últimos 12 meses. Con probable trastorno de juego habría un 0,7%
- Un 96,9% de los adultos ha utilizado alguna vez Internet con fines lúdicos.
- Un 3,5% tiene un uso compulsivo de internet (3,4% varones; 3,6% mujeres).

En jóvenes escolarizados de 14 a 18 años:

- Un 20,1% ha jugado dinero en juegos de azar de manera online o presencial, con claras diferencias por sexo (un 27,6% varones y un 12,6% mujeres) al menos una vez en el último año. La mayoría de los juegos son loterías y quinielas, seguido de bingos, casinos y casas de apuestas; en menor grado máquinas tragaperras.
- Un 6,4% ha jugado a juegos online en el último año (10% varones y 2,8% mujeres). El predominante fue de apuestas deportivas. La mayoría gasta poco en ellas.
- Un 3,4% es un probable jugador problema (5,0% varones; 1,9% mujeres).
- Un 23,5% tiene un uso compulsivo de Internet (18,4% varones; 28,8% mujeres).
- Un 85,1% indican que han jugado a videojuegos en el último año, un 48,6% a eSports y un 37,7% eran espectadores mientras otros jugaban (para videojuegos, 85,1% varones; 73% mujeres).
- Un 67,1% tiene un posible trastorno por uso de videojuegos (11,3% varones; 2,7% mujeres).

Fuente: OEDA (2022).

5.2. Conocer los límites de lo que es una conducta normal de lo que es una conducta excesiva o patológica en el juego, videojuegos, uso de internet, o móvil

Un elemento imprescindible en cualquier programa preventivo orientado a las adicciones comportamentales es clarificar lo que es una conducta normal, de las que son excesivas o anormales. Muchas de las conductas que pueden dar problemas, o que tienen potencial adictivo, son realizadas por muchas personas sin que por ello tengan problemas. Como ejemplo, hay cientos de miles de persona que juegan semanalmente a juegos de azar sin que les causa problemas. O, los cientos de millones de personas que utilizan diariamente el teléfono móvil, internet, y otros instrumen-



tos tecnológicos, y su uso no les produce problemas. Debemos conocer dónde están los límites entre lo normal y lo anormal o patológico.

Para empezar, el que lleve a cabo el programa preventivo debe tener claro dónde están los límites entre la conducta normal y la patológica o problemática. En las tablas 12.1 y 12.2 indicamos los criterios diagnósticos del DSM-5 para el juego patológico y para la adicción a los videojuegos. O en la tabla 12.3 para el uso excesivo de Internet. Esto es útil para que el aplicador del programa conozca dichos límites.

De modo más sencillo, cara a los jóvenes, con ellos hay que utilizar varios ejemplos para que tengan clara la diferencia entre lo normal y lo excesivo o problemático. El primero es la cantidad de uso. No es lo mismo un uso esporádico que un uso excesivo, permanente, obsesivo, etc., de esa tecnología o de esa conducta. Aquí puede estar la fuente del problema. Otro es que ese uso no le interfiera en su vida cotidiana, como son los estudios, las relaciones con otros compañeros, tener discusiones en casa, etc. Suele ser un elemento diferenciador para saber si la persona es o no adicta, porque cuando éste es el caso su comportamiento le está causando problemas reales. El tercero atañe a que no considere que esa conducta es la central en su vida, de tal modo que abandone todas las demás, porque ha quedado prendado de ella (ej., juego, videojuegos). La cuarta, que vaya teniendo problemas físicos (ej., problemas de sueño por dedicarle muchas horas a esa conducta; no comer para poder tener más tiempo para hacer esa conducta) o mentales (ej., estado de ánimo triste cuando no puede llevarla a cabo, ansiedad, estrés, obsesión, etc.). Un quinto elemento va a ser su rendimiento escolar y las relaciones en casa y con sus amigos. Aquí ellos mismos pueden observar que algo les está pasando, y que lo que les pasa se debe a algo concreto, que puede ser el uso excesivo de esas conductas. Comprobarlo viene bien. A partir de aquí, en caso de que haya problemas con esas conductas, nos encontraremos con los criterios diagnósticos que hemos indicado, aunque no suele ser lo más habitual.

A lo anterior hay que añadir los intereses que hay en las adicciones comportamentales, en que muchas de esas conductas pueden ser adictivas, en que la publicidad incide en captar nuevos clientes, sobre todo en aquellos vulnerables, o que pueden cumplir ciertas expectativas cuando las realizan, en muchas ocasiones engañados (ej., las distorsiones cognitivas en el juego sobre ganar mucho dinero con él).

Tabla 12.6. La necesidad de diferenciar uso de uso excesivo y de abuso, en este caso de Internet.

Se considera que una persona que esté conectada más de cinco horas al día, por el mero hecho de estarlo, no porque lo necesite para su trabajo, para sus estudios, o para una búsqueda de algo que necesita realmente, probablemente tiene problemas con el uso de Internet. Si a esto añadimos una utilización solitaria, sin contacto con personas de su alrededor y que al tiempo intenta buscar la interacción social en la red, es casi seguro que tiene problemas. La utilización de chats durante muchas horas, sin ver a la(s) persona(s) realmente, ni saber cómo es o como piensa de verdad, suele indicar que la persona puede tener problemas personales, de relación, de aislamiento, o de que tiene que buscar ayuda lo antes posible. Notemos que Internet es una fuente cada vez más importante de problemas de pareja, cuando estos existen, por los contenidos utilizados en Internet, aislamiento, cambio en las prioridades vitales, etc.



5.3. Cambio de creencias erróneas sobre las nuevas tecnologías

Una creencia es una idea o pensamiento que se asume como verdadera. O la actitud de aceptación sobre la validez de una doctrina que puede o no ser correcta.

Todos sabemos lo que es una creencia. Nuestra vida se organiza en función de un sistema de creencias, nuestro sistema de creencias. Pero definirla, operativizarla y evaluarla no es tan sencillo. A pesar de esas dificultades, nuestra vida está guiada por creencias. Y estas se forman en la sociedad en la que vivimos. De ahí que seamos tan distintas las personas de unas a otras culturas, no en nuestros rasgos físicos exteriores, sino en nuestra forma de pensar, de creer, de sentir y de comportarnos.

Nosotros habitualmente no nos relacionamos con la realidad sino con la representación (mental) que hacemos de ella. Creer implica la tendencia a actuar como si aquello en lo que se cree fuera verdadero, como si existiera realmente (Díez, 2017). Pero son otros procesos (ej., atencionales, socialización) o que nos llevan a percibir, interpretar y elaborar mapas cognitivos de una realidad y no de otra.

Hay creencias individuales y colectivas. Las individuales son nuestras creencias, las que tenemos (ej., imagen corporal, idea de uno mismo). Las creencias colectivas son las creencias culturales (ej., sobre el orden social, la moralidad, la crianza, la política, la religión, el fin de la vida). Estas son básicas para la socialización del individuo.

Las creencias son importantes en momentos de incertidumbre. Nos guían sobre lo que debemos y no debemos hacer. Nos dan seguridad. Creemos que lo que hacemos se basa en lo que hay que hacer. Pero también, a veces, la realidad nos lleva a cambiarlas, cuando la misma contradice a las creencias. O cuando hay nueva información que es incompatible con la creencia que tenemos.

Primero se crean las creencias y luego se busca evidencia para su apoyo. El cerebro y toda nuestra organización cognitiva está preparada para ello. Refuerza lo que la apoya, anula o no considera lo que la refuta. Es lo que se ha denominado “realismo dependiente de la creencia” (Shermer, 2011). Al final, vemos la realidad en función de nuestras creencias. Por ello, hay creencias que se pueden mantener en contra de la evidencia que hay en su contra. Porque ver o no esa evidencia está modulada precisamente por lo que vemos a través de nuestras creencias. Así, las ideas delirantes son el caso más extremo, y patológico, de una creencia, de una falsa creencia.

En resumen, las creencias son las que nos proporcionan la base para interactuar con el mundo y están muy implicadas en coordinar otros procesos cognitivos. También son centrales en muchos procesos sociales y proporcionan la base para la identidad, la cohesión social y el conflicto social (Connors y Halligan, 2016).

King y Delfabbro (2014) analizaron los aspectos cognitivos de los que tienen trastorno de juego por Internet. Esto los llevó a encontrar cuatro categorías en ellos: creencias sobre los refuerzos del juego, reglas desadaptativas e inflexibles sobre el juego, autoestima basada en el juego, y juego como un modo de ganar aceptación social. Conocer esto nos es útil para el diseño de programas preventivos, tanto para evitar estas creencias como para cambiarlas si ya están presentes.

Cualquier programa debe dedicar un apartado relevante a conocer las creencias que existen sobre las adicciones comportamentales. Conociéndolas será posible cambiarlas.



5.4. Cambio de distorsiones o sesgos cognitivos sobre las adicciones comportamentales

En la misma línea que el cambio de creencias erróneas sobre ciertas conductas, es necesario cambiar las distorsiones o sesgos cognitivos sobre ellas. Estas han sido extensamente estudiadas en el juego patológico. Luego se han extendido a otras adicciones comportamentales.

Una distorsión cognitiva es un tipo de error en el procesamiento de la información, en donde se ven afectados la atención, el procesamiento, las creencias y la propia personalidad. Los humanos no siempre razonamos adecuadamente, ni usamos las reglas de la lógica o de la probabilidad.

Labrador (2010) ha analizado distintos sesgos cognitivos en el jugador patológico. Los que utilizan son los de ilusión de control, predicción de resultados, azar como proceso autocorrectivo, suerte como responsable de los resultados, sesgo de las explicaciones post hoc, atribución flexible, perder por poco, correlación ilusoria y supersticiones, fijación en las frecuencias absolutas, heurístico de disponibilidad, y personificación de la máquina. Estos no se dan en todas las personas, sino en aquellos que ya tienen problemas de juego. Por ello, tener este tipo de sesgos facilita tener más conductas de juego.

De modo semejante, Chia y Zhang (2020) han analizado los sesgos cognitivos en la adicción a Internet y en los videojuegos. Encuentran que en ellos hay tanto sesgos atencionales como sesgos cognitivos. Por ello, este tipo de forma de pensar o de procesar la información la hay que tener en cuenta y trabajar dentro de lo que es un programa preventivo para las adicciones comportamentales.

5.5. Utilización del feedback personalizado

Un procedimiento que se viene utilizando en distintos programas preventivos, o de intervención breve, es el del feedback personalizado. Consiste en proporcionar feedback adaptado a esa persona para disminuir la sobreestimación de las percepciones normativas descriptivas, para con ello crear una discrepancia interna (entre la propia conducta y la conducta normativa del grupo de iguales) con el objetivo de disminuir o reducir una conducta indeseable (Marchica y Derevensky, 2016). O, dicho de otro modo, alterar el comportamiento al proporcionar al individuo una clara discrepancia entre las normas percibidas y las reales. La posibilidad de su uso automatizado, y a través de una web, ha hecho ganar en popularidad el uso del feedback personalizado.

El feedback personalizado se basa en la teoría de las normas sociales, en donde las percepciones sobre cómo piensan los iguales pueden influenciar y actuar en la conducta de la persona (Cialdini y Goldstein, 2004). De ahí se sostiene que las comparaciones normativas se pueden cambiar si la persona cambia las concepciones erróneas, creándole discrepancias. Por ejemplo, en el caso del alcohol se analiza el actual consumo de alcohol (ej., frecuencia de consumo, atracones de alcohol, tiempo invertido y dinero gastado en alcohol, daños que causa) comparándolo con la conducta de beber alcohol de grupos normativos. La asunción es que cuando los individuos perciben sus actitudes o comportamientos, distintos de las creencias de su grupo social normativo, entonces experimentan disonancia cognitiva e incomodidad, y por ello tratan de resolver la discrepancia modificando sus propias creencias y comportamientos. Se asume que, si se corrigen las tergiversaciones a través de datos reales, presentándoselos a la persona, cambiará la percepción sobre ellas, y hará una conducta más saludable y normativa socialmente.



Cuando el individuo sobreestima las normas de su grupo de iguales, sobre lo que hacen en relación con una conducta problema, tiene más riesgo de que la realice; y viceversa. A esto se le ha denominado “ignorancia pluralista” (Miller et al., 2000). Ésta se desarrolla cuando se ve facilitada por una percepción errónea general. Eso lleva a una racionalización de las conductas problemáticas y a la reducción de las conductas saludables. Proporcionar feedback facilita la motivación y el aprendizaje. Cuenca y Anderman (2019) indican cuatro principios en el feedback personalizado:

1. Especificidad. El feedback que se proporcione debe ser específico para cada persona. Esta debe verlo así. La contestación a las preguntas, respuestas o comentarios que se le hagan tienen que ser específicos para esa persona concreta.
2. El feedback debe estar centrado en la tarea, ser auto-referenciado y debe identificar o especificar los siguientes pasos que hay que dar. Todo ello optimiza la motivación y la ejecución. Con ello mejoramos la autoeficacia de la persona o la seguridad en su capacidad de llevar a cabo lo que dice.
3. Evitar el feedback normativo. Se refiere a que no es suficiente dar la información comparando a la persona con otras, o indicar que muchas personas hacen esa conducta. Lo que hay que hacer es enfatizar la mejora de esa persona y ver sus necesidades.
4. Evitar hacer el feedback personalizado sobre la persona. El feedback que se proporcione no debe utilizar características personales. De hacerlo puede que la persona las perciba como estables, permanentes e incambiables. Precisamente lo que pretendemos es lo contrario.

También se habla de intervenciones de feedback personalizado normativo (PNF), que se pueden considerar como un subconjunto de las intervenciones de feedback personalizado (PFI) (Saxton et al., 2021). Las intervenciones de feedback personalizado (PFI) tienen como objetivo aumentar la relevancia de los estándares normativos y personales a fin de promover una consideración seria del propio comportamiento. Las intervenciones de feedback personalizado normativo (PNF) hacen uso de información normativa descriptiva y/o elicitada para provocar el cambio de comportamiento.

El uso del feedback personalizado ha mostrado ser eficaz en el caso del tratamiento de personas con problemas con el alcohol (ej., en la tabla 12.7). En el tratamiento del juego problema también. Así, en el meta-análisis de Peter et al. (2019) sobre el feedback personalizado breve en las intervenciones con jugadores problema encuentran un tamaño del efecto pequeño ($d=0.20$) pero significativo. Nótese que lo que revisaron era una intervención breve de una sola sesión, aunque en personas que ya tenían cierto nivel de problemas de juego o importantes problemas de juego. Consideran que esta es una estrategia que se puede usar en el juego como reducción de daños. Otras revisiones, como las de Marchica y Derevensky (2016), indican que los resultados son prometedores, mientras que Saxton et al. (2021) dicen que no son positivos.

Tabla 12.7. Ejemplo de feedback personalizado en un grupo de universitarios con alto consumo de alcohol.

“El informe de retroalimentación (feedback) consistió en proporcionar información personalizada sobre el consumo de alcohol, consecuencias y nivel de riesgo asociado con éste, razones específicas para beber, la máxima concentración de alcohol alcanzada en sangre, síntomas de dependencia y una comparación con la prevalencia actual y percibida de consumo de alcohol entre universitarios del mismo género.”

Nota: A los dos meses de seguimiento se produjeron descensos en todas las anteriores variables relacionadas con el consumo de alcohol.

Fuente: Juárez (2010, pág. 207).



Hoy hay acuerdo de que el feedback personalizado es una intervención necesaria para cambiar las normas percibidas, sobre todo en el caso del juego (Marchica y Deverensky, 2016), aunque hay que reconocer que la investigación sobre su eficacia sigue siendo escasa. A nivel preventivo se la ve especialmente útil para corregir las normas del grupo de iguales, que suelen exagerar los consumos de sustancias y ciertas conductas problema. El feedback personalizado se orienta precisamente a corregirlas. El estudio de Auer y Griffiths (2016) con jugadores online indica que tanto el feedback personalizado como el feedback normativo lograba disminuir la conducta de juego, en personas cuyo objetivo era reducirla.

A nivel preventivo esta estrategia se viene utilizando sobre todo en las adicciones comportamentales. Así, en España, el programa para las TIC de Díaz y Gómez (2019) lo incluyen como uno de sus componentes en el programa que utilizan en escolares de 12 a 19 años de ESO y Bachillerato, en un programa preventivo utilizando la web. En la tabla 12.8 indicamos los contenidos que ésta les proporciona automáticamente, entre ellos el feedback personalizado.

Tabla 12.8. Ejemplo del uso del feedback personalizado, en el caso de un programa preventivo.

En el programa para prevenir el uso problemático de Internet, *programa piensaTIC*, los participantes reciben de modo automático del programa informático, una vez que han cumplimentado los cuestionarios, la siguiente información:

- Autoevaluación de las actitudes y comportamientos de riesgo asociados a su uso de internet en las siguientes áreas: uso de redes sociales, uso de videojuegos, exposición a contenidos violentos y/o pornográficos, y juegos de azar y apuestas.
- Informe preventivo personalizado según su nivel de riesgo en el cuestionario CIUS: bajo riesgo, riesgo, alto riesgo y muy alto riesgo.
- Feedback sobre su percepción normativa del propio uso de internet en contraste con los datos sobre la incidencia y características de este uso en su grupo de referencia.
- Información individualizada sobre los efectos y riesgos del uso problemático de internet y estrategias de reducción de sus riesgos personales en función de sus respuestas y su motivación para el cambio.
- Oferta de asesoría on-line e información de recursos de ayuda para los casos que lo precisaran.

Fuente: Díaz y Gómez (2019, pág. 61-62).

5.6. Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en comunicación y asertividad

Resistir la presión a cambiar o a conformarse es un proceso de gran relevancia. Actualmente, la influencia de muchos grupos y de los medios de comunicación de masas es clara. En muchas ocasiones es necesario que la persona sepa resistir las presiones y la persuasión, como ocurre con la publicidad, que lo que hace frecuentemente es potenciar conductas no saludables (ej., el consumo excesivo de alcohol o de azúcar). Entrenar a las personas en estrategias de refutación, habilidades o role-playing permite afrontar este tipo de presiones. Un procedimiento efectivo es contraatacar las influencias de los iguales de tipo negativo con las influencias de los iguales de tipo positivo. De ahí la gran relevancia que tienen los iguales o amigos, como ocurre en las conductas de salud positivas.



El entrenamiento en habilidades sociales es una técnica que se utiliza con frecuencia en el campo psicológico, específicamente en las adicciones, tanto en lo que atañe al tratamiento como a la prevención. Dicho entrenamiento se orienta a mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales de las personas. Utiliza distintas técnicas como las instrucciones, el modelado, el juego de roles y las tareas para casa. Parte de la base de que las personas que tienen la habilidad de poder expresar sus sentimientos positivos y negativos, sin perder reforzamiento social, les será reforzante ese tipo de comportamiento y se sentirán mejor. En las habilidades sociales es importante tanto la percepción del individuo de la situación social como la interpretación de las situaciones sociales y las propias habilidades sociales que se poseen.

Las habilidades sociales se adquieren a lo largo del tiempo, mediante aprendizaje. Se hace en la familia, en la escuela y con el grupo de iguales. Cuando se carece de ellas, el consumo de drogas, o hacer conductas adictivas en exceso, se facilitan (ej., bebiendo alcohol), o pueden presionarlo a que haga ciertas conductas (ej., si tiene baja asertividad). Por eso, sabemos de la relevancia del entrenamiento en habilidades sociales para mejorar su competencia social.

Aspectos relevantes de las habilidades sociales son la mejora de la comunicación con otras personas, sobre todo para lograr una comunicación apropiada y efectiva. Esto permite una mejor estabilidad psicológica, poder expresarse como quiere y mejorar con ello distintos aspectos de su vida. También, con frecuencia, este entrenamiento se utiliza para controlar el estrés que tiene el individuo, conceptualizarlo de otro modo, o entrenarle en asertividad porque carece de la misma.

El entrenamiento en habilidades sociales da gran peso a que el mismo se haga en el ambiente social de la persona, en situaciones sociales, como es con los amigos, en la familia, en la escuela y en las distintas situaciones sociales. Los programas preventivos eficaces tienen este componente como uno de los principales. Con su aprendizaje se pretende que la persona mejore la comunicación y las habilidades interpersonales y, con ello, reduzca la ansiedad en situaciones sociales.

Una de las habilidades sociales relevantes a entrenar es la de la asertividad, que brevemente podemos decir que consiste en decir sí cuando se quiere decir sí, y decir no cuando se quiere decir no. Es decir, poder expresar abiertamente lo que uno piensa.

5.7. El papel de los iguales y amigos

En las adicciones comportamentales el papel de los iguales y amigos es muy importante. Suele coincidir el inicio de su uso, o abuso, en la adolescencia, y a veces incluso antes. Por ello, es necesario contar con los iguales en los programas preventivos de modo claro, haciéndoles partícipes y actores centrales de los contenidos como protagonistas, a través de las estrategias que se utilizan en los programas preventivos (ej., entrenamiento en distintas habilidades).

De igual modo, el papel de los iguales y amigos, fuera del aula, o de la escuela, es relevante para el inicio o mantenimiento de estas conductas, sobre todo cuando ocurren en exceso. De ahí que una parte del programa debe orientarse a entrenarlos para hacer frente a la presión que pueden sufrir de estas personas.



5.8. El papel de los padres y profesores

En algunas adicciones comportamentales el papel de los padres y profesores es central, tanto por su ejemplo, como porque pueden aplicar estrategias de control sobre esas conductas (ej., el uso del móvil, videojuegos, consola, dinero disponible para salir, etc.). Unas normas claras en casa son necesarias para que la persona adquiera un conocimiento adecuado y autocontrol sobre estas conductas. Una política clara del centro escolar sobre esto facilita también el aprendizaje correcto de los límites del uso de distintos instrumentos tecnológicos en la misma.

Lo ideal es que los padres participen en este tipo de programas. Siempre que sea posible debemos incluirlos, bien enviándoles información a casa, charlas para los padres, o programas específicos cuando sus hijos tienen problemas con alguna de las conductas que producen adicción u otros problemas.

5.9. Manejo del estado de ánimo, de la ansiedad y del estrés

Como se aprecia en distintos estudios y programas preventivos, cada vez tiene más relevancia el estado de ánimo, la ansiedad y el estrés en relación con las distintas adicciones, especialmente en las comportamentales. Por ello, en casi todos los programas preventivos que se han puesto en marcha para las mismas un componente de ellos se va a centrar en el manejo del estado de ánimo, en la reducción de la ansiedad ante distintas situaciones, y del estrés en momentos puntuales.

Este tipo de abordajes permiten alterar percepciones erróneas sobre los demás, el mundo y la propia persona. También disminuir el grado de amenaza que se le atribuye al estresor. Cambios de creencias, expectativas o concepciones erróneas son necesarias, cuando éstas son inadecuadas, sobre todo en las adicciones comportamentales, como sobre la propia visión que tiene la persona del mundo. Igualmente, se les entrena en técnicas sencillas de manejo de la ansiedad y del estrés, como puede ser el entrenamiento en respiración, o con técnicas de relajación o de mindfulness.

No olvidemos que los jóvenes y adolescentes están en una fase de descubrimiento del mundo, de pasar de niños a adultos, a lo largo de la adolescencia. Este tránsito debe ser lo mejor posible para cualquier persona. En muchos casos va a ser necesario introducir elementos de realismo y de conocimiento de cómo funciona el medio circundante, sin que ello cause una frustración mantenida en el tiempo. Unir utopía y realidad es aquí lo mejor.

5.10. El uso de estrategias didácticas, programas interactivos y otros recursos que centren la atención del receptor

Sabemos que en prevención unas estrategias funcionan mejor que otras cuando ponemos en práctica un programa preventivo. De ahí que en los programas dirigidos a las adicciones comportamentales tenemos que utilizarlos igualmente. La presentación didáctica del programa se da por hecho. Tiene que ser un programa interactivo, sea presencial o vía Internet o web, dado que muchos de éstos se han desarrollado de este modo, tener materiales vistosos, claros y que capten la atención de los que los van a recibir.



En los últimos años, varios programas preventivos se han puesto en marcha a través de la web (ej., Díaz y Gómez, 2019). De este modo llegan a más personas. Es un nuevo modo de hacer llegar la prevención a todos. Sin embargo, lo ideal sería tener en marcha un programa preventivo presencial y poder complementarlo con un programa a través de la web o de las redes sociales. No olvidemos que cuando sólo disponemos de un programa vía online, y no presencial, suele ser por un problema de costes, o de falta de interés en financiarlo para poder ser implementado presencialmente.

5.11. Número de sesiones del programa

Se aprecia en distintos programas que se hacen pasar por preventivos que no son tales. Y ello descubre claramente cuando la intervención se queda sólo en una sesión. En este caso estamos hablando de información, no de prevención.

Se han desarrollado distintos programas preventivos para adicciones comportamentales, como hemos visto previamente. Hay consenso profesional e investigador que cuantas más sesiones se puedan aplicar mucho mejor. Lo ideal sería un programa de 10-12 sesiones. Muchos de los programas tienen este número de sesiones. Hay otras que duran menos, como 4 o 5.

Una alternativa adecuada sería integrar los programas preventivos de drogas con los de adicciones comportamentales. De este modo podríamos usar muchas de las estrategias, tareas y aprendizajes que deben aprender en un programa preventivo de drogas y adicciones, donde varios de ellos son los mismos. Es de esperar que en los próximos años esto se haga más habitual.

5.12. Uso de redes sociales o webs de modo complementario al programa

Acabamos de comentar que puede ser útil complementar un programa preventivo presencial para las adicciones comportamentales con el uso de redes sociales, páginas web, u otros recursos (ej., grupo de WhatsApp). Los jóvenes están habituados a ellos y pueden consultarlos en cualquier momento. También podemos tener un contador que nos permita conocer cuándo acceden y a qué tipo de contenidos acceden de los que tiene el programa preventivo.

El uso de redes sociales o páginas web implica tener un programa preventivo en adicciones comportamentales bien organizado, estructurado y, también, financiado. Desarrollar páginas webs tiene su coste, subir sus contenidos exige un técnico cualificado en prevención, y a veces el apoyo de un informático. El uso de redes sociales es más fácil, pero hay que circunscribirlo al programa preventivo y cumplir todos los requisitos de confidencialidad y ética que exige una intervención de este tipo en menores de edad.

Lo mismo podrían hacer utilizando apps. En los próximos años es previsible un incremento de su uso en el campo preventivo.



5.13. Detección y derivación de los casos con problemas o adicción

Cada vez más los programas preventivos incluyen como uno de sus elementos derivar a las personas a tratamiento cuando se detecta en ellos que tienen problemas adictivos relevantes (ej., Díaz y Gómez, 2019). También, en ocasiones, los programas preventivos no son de tipo universal, sino de tipo selectivo o indicado (Auer y Griffiths, 2016) dirigiéndose en este caso a reducir los problemas que causa el juego, los videojuegos u otros usos problemáticos de instrumentos tecnológicos (ej., uso excesivo). Igualmente, podemos encontrarnos con estrategias de reducción de daños en las distintas adicciones comportamentales, incluso para persona menores de edad o de pocos años (Kuss, 2018).

De ahí que, en algunos casos, habrá que unir la prevención con el tratamiento, al tener que derivar al mismo a aquellas personas que tienen problemas relevantes por su comportamiento inadecuado, incluso aunque sean menores de edad.

6. Criterios de buenas prácticas en los programas preventivos sobre adicciones comportamentales o conductas realizadas en exceso

Estamos ante un tema nuevo en el tiempo sobre el que no hay la experiencia acumulada que tenemos en otras sustancias psicoactivas. De ahí que tenemos elementos que son necesarios para cualquier programa preventivo. Otros están en estudio, o no está clara su utilidad en el momento actual. Lo hemos ido viendo en las páginas anteriores. A continuación, se exponen los pasos que debemos seguir a nivel de buenas prácticas para este tipo de prevención en función de la evidencia de que disponemos y de la puesta en práctica de distintos programas preventivos sobre ello. Lo que sigue se irá matizando y cambiando en el futuro conforme tengamos nueva evidencia de programas preventivos evaluados en adicciones comportamentales.

6.1. Hacer ver la necesidad de poner en práctica este tipo de programas

A diferencia de adicciones bien consolidadas, no todos están de acuerdo en prevenir las consecuencias negativas que ocasiona el juego de azar, los videojuegos, el uso problemático de Internet, teléfono móvil u otras conductas que las personas hacen en exceso y que sabemos que les causan problemas, sobre todo a los más jóvenes. De ahí que la primera labor del técnico preventivo es convencer a los que tienen capacidad de decisión, o recursos, para poner en marcha este tipo de programas, de que hacerlo es invertir en salud, en los jóvenes y en evitar daños a medio y largo plazo.

Aportar datos de los que se dispone, como los que proporciona actualmente el Plan Nacional sobre Drogas en sus distintas encuestas, sobre las adicciones comportamentales, serán de una gran ayuda para hacer ver a quien no tiene claro que estamos ante un problema que hay que abordar, como igualmente hay que abordar otros, como es el consumo de drogas, tanto legales como ilegales.

La ventaja que tenemos en esta cuestión es que podemos aplicar el programa preventivo para las adicciones comportamentales dentro del programa preventivo que tengamos en marcha para las sustancias psicoactivas. Así, optimizamos recursos, reducimos resistencias y seremos más eficientes.



6.2. Crear un clima favorable en el centro educativo para la aplicación del programa preventivo, adecuar sus expectativas a la realidad y pedir la colaboración de todo el centro escolar

Este tipo de programas se llevan a cabo en la escuela, habitualmente. De ahí que debe hacerse una comunicación fluida con sus responsables, con el profesorado y el resto del personal del centro.

En el caso de las adicciones comportamentales hay un par de cuestiones relevantes para asegurar el éxito del programa. El primero, que vean la necesidad del programa. El segundo, que las expectativas que se espera del mismo, una vez aplicado, sean realistas.

Respecto a la primera cuestión, tanto los profesores como los responsables del centro suelen tener información de primera mano, y experiencia directa, de que tanto el juego patológico, como los videojuegos, Internet, el teléfono móvil, es fuente de problemas en la sociedad, y también en sus alumnos. De ahí que suela ser habitual que en los centros escolares tengan unas normas específicas sobre el uso del teléfono móvil, como estar apagado en clase, no utilizarlo en ciertas partes del recinto escolar, etc.

La segunda cuestión, adecuar las expectativas de lo que esperan con la aplicación del programa, atañe a que no es lo mismo poner en marcha un programa sólo para prevenir el juego patológico, que otro para prevenir el juego patológico, los videojuegos o el uso abusivo del móvil o internet. Si el programa se refiere al juego patológico y videojuegos, no suele haber problemas en encontrar un programa para ello. Si también se incluye el uso abusivo de Internet o de otras conductas en exceso, entonces hay que clarificar con los profesores y con el centro lo que es el uso, el abuso o conducta problemática, y la conducta patológica o adictiva. Realmente es un continuo. La mayoría de las personas no tienen problemas con esas conductas, aunque las realicen, pero en jóvenes hacerlas es más problemático, sobre todo aquellas que tienen mayor poder adictivo. Sobre esto último hay pocos programas preventivos, y de los que pasan por tales, la mayoría sólo proporcionan información.

Como un ejemplo, Internet tiene muchas ventajas, y así hay que indicarlo, Pero si se hace un mal uso del mismo puede causar problemas (ej., como acceder a páginas inadecuadas, perniciosas o mismo peligrosas para la persona joven). De ahí, el papel educativo que debe tener la escuela en general sobre esto, y el papel preventivo que hay que poner en práctica en personas jóvenes que pueden tener problemas con su uso inadecuado. Una reunión con el profesorado y con los responsables del centro escolar pueden fácilmente clarificar esto. O bien, a través de un pequeño documento escrito concretar los anteriores conceptos para que sepan lo que se va a poner en marcha en el centro escolar.

En la tabla 12.9 y 12.10 indicamos varios contenidos que se han propuesto para utilizar en la escuela sobre las TIC.



Tabla 12.9. Propuestas de Carbonell et al. (2009) sobre actividades a realizar desde la tutoría sobre el buen uso de las TIC en estudiantes de secundaria.

1. ¿Cómo utilizamos Internet, el móvil y los videojuegos?
2. ¿Los estudiantes de secundaria usan o abusan de las TIC?
3. Juego de rol (sobre situaciones cotidianas en relación con el abuso de las TIC).
4. El lenguaje (analizar el tipo de lenguaje que se usa en las mismas).
5. Actividades de ocio y diversión (cómo se utilizan las TIC en el contexto del tiempo libre).
6. Clasificar los videojuegos.
7. Análisis de un caso.
8. Consumo responsable.
9. El uso de Internet como fuente de información y formación.
10. ¿Qué ventajas e inconvenientes tiene el juego on-line?

Fuente: Carbonell et al. (2009).

Tabla 12.10. Taller para adolescentes *RedeSocs*. Índice de contenidos.

1. Mundo digital vs. mundo analógico.
2. Relación con familiares adultos y maestros en torno al mundo tecnológico.
3. Tipos de redes sociales. Buenos usos de las redes sociales.
4. Riesgos de la red: distorsión de la realidad, ciberacoso, privacidad, grooming.
5. Riesgos de la red: anonimidad. Tutorial de privacidad de Facebook. Consejos para utilizar la tecnología de forma segura.
6. Ronda de preguntas y debate abierto. Cierre del taller y despedida.

Fuente: Rodríguez et al. (2018).

6.3. Seleccionar un programa preventivo con componentes eficaces

En este momento no tenemos un programa de elección claro en esta área de la prevención. Hemos avanzado rápido en los últimos años, evaluándose distintos programas preventivos. A pesar de ello, no podemos hoy afirmar cuál es el programa ideal a seleccionar para ponerlo en marcha con los jóvenes. Pero conocemos distintas experiencias que se han puesto en práctica, tanto en nuestro medio como en otros países, y las evaluaciones de distintos programas preventivos. Ello nos permite conocer qué es lo mejor que podemos hacer cuando seleccionamos o elaboramos un programa preventivo para las adicciones comportamentales.

En el punto 5 anterior de este capítulo hemos indicado aquellos componentes que se han ido proponiendo como los más adecuados y que podrían funcionar en un programa preventivo de adicciones comportamentales. Es una buena guía de lo que podemos hacer en esta área. El programa para aplicar debe ir en esa línea.



6.4. Entrenar adecuadamente a los aplicadores del programa.

Por la novedad del tema, por la poca experiencia que tenemos en la aplicación de programas preventivos en esta área, es central que la persona que aplique el programa sea un profesional adecuadamente entrenado para su aplicación y, a poder ser, con experiencia previa en la aplicación de programas preventivos (ej., en drogas). De este modo se optimizará la aplicación del programa.

Por el tipo de programa, y los componentes que tienen la mayoría de ellos, la persona que aplique el programa debe tener conocimientos sobre prevención, de drogas habitualmente, sobre el juego y otras adicciones comportamentales, conductas que se hacen en exceso, habilidades de comunicación, habilidades sociales y de manejo de grupos, buena capacidad para interactuar y llegar a los alumnos, conocimientos de la etapa adolescente, y saber manejar otras situaciones que se puedan presentar.

El aplicador de un programa de este tipo puede ser una persona ajena al centro escolar, habitualmente entrenada específicamente en los componentes anteriormente indicados del programa, pero también puede ser un profesor del centro escolar. Si éste es el caso será necesario que tenga un entrenamiento adecuado en los componentes y habilidades del programa que hemos citado. En este caso, será necesario planificar un curso de formación, entre 10 y 30 horas, en las que se traten los temas anteriores y adquiera las habilidades indicadas del programa preventivo. A mayor número de horas de formación mejor, aunque ello no siempre es posible.

6.5. Implicar a los padres en el programa preventivo

Implicar a los padres siempre es adecuado en cualquier programa preventivo, aunque sabemos que en muchos casos les cuesta hacerlo, como conocemos bien por los programas preventivos escolares, familiares y otros. En el caso de un programa preventivo orientado a las adicciones comportamentales la participación de estos es relevante y, a veces, esencial. Van a ser ellos los que les dejan salir de casa, los que les dan dinero para actividades o compras diversas, los que les dejan o no utilizar distintos instrumentos tecnológicos, los que ponen los horarios, los que van a dejar utilizarles o no dentro de casa el móvil, internet, o acceder o no a ciertos contenidos.

El modo de acceder a los padres puede ser diverso, dentro de un programa preventivo. Puede hacerse mediante una o más charlas dirigidas a ellos para que conozcan los riesgos que tienen ciertos comportamientos que pueden ser aditivos (ej., de una hora de duración al principio del curso), hacer un pequeño taller para ellos (ej., de 2 horas de duración), enviarles material escrito a casa a través de sus hijos, o proporcionarles el acceso a páginas webs en donde puedan encontrar información relevante y útil para ellos sobre esta problemática. Hay que asegurarse de que la información que se envía a los padres la reciban.

En caso de que los padres detecten en su hijo o hija que tiene problemas con algunas conductas que causan adicción u otros problemas, como es el juego, videojuegos, Internet, u otras, hay que darles estrategias para afrontarlas y manejarlas. Y, en caso de que no lo consigan, acudir al técnico preventivo, a otros recursos, o a un psicólogo para que pueda ayudarle. No olvidemos que ya antes de los 18 años hay personas con adicción al juego patológico o videojuegos, y otros tienen comportamientos problemáticos con el uso de Internet (sobre todo el acceso a páginas inadecuadas, dedicarle mucho tiempo, etc.) o del teléfono móvil.



6.6. Tener en cuenta las cuestiones éticas que afectan al desarrollo y aplicación del programa.

Como en cualquier otro programa preventivo, es necesario seguir en todo momento las normas éticas cara a la intervención con las personas escolarizadas, como con los padres, y tener todos los permisos que la normativa legal nos exige para llevar a cabo la intervención preventiva. Este aspecto ya lo vimos ampliamente en capítulos previos.

6.7. Mantener un feedback continuo entre los aplicadores del programa, los alumnos, los padres y el centro escolar

Los programas preventivos orientados a las adicciones comportamentales deben estar continuamente monitorizados para que no haya problemas en su aplicación, ni malentendidos y que la intervención obtenga resultados adecuados. Esto exige tener un feedback continuo entre todos los actores del programa (equipo técnico, aplicadores, alumnos, profesores y padres).

Si no se conoce bien esta problemática podemos encontrarnos con posturas opuestas, desde las que minusvaloran los problemas que pueden producir estas conductas, hasta las que las sobrevaloran y consideran que debieran prohibirse. Hay que buscar el punto medio, en donde las personas no se hagan adictas, o no tengan problemas con ellas, sobre todo en aquellas que están legalizadas, normalizadas y son realizadas diariamente por millones de personas (ej., juego). Esto es, son muchas las personas que juegan a juegos de azar, usan videojuegos, utilizan Internet y teléfono móvil, y no les causa problemas. Puede ser un hobby, una diversión, una necesidad, un medio de comunicación, etc. Pero también puede ser una fuente de problemas para algunas personas. A éstas es a quien nos dirigimos, pero también a aquellas que no tienen hoy problemas y que queremos que nunca los tengan. De ahí la necesidad de este equilibrio y de presentar a las partes interesadas los pros y contras de estas conductas.

Hay casos llamativos que salen en los medios de comunicación de masas. Conocemos casos concretos de personas afectadas por estos problemas de adicción. A veces se hacen cambios normativos sobre esas conductas. Todo esto debe comentarse y ver si van en la línea preventiva o en la de un mayor uso. Sabemos lo que aumenta el riesgo de tener estas conductas inadecuadas. Y también las que la disminuyen.

Las reuniones periódicas pueden ser útiles, como una reunión anual con los padres sobre ello. Con los responsables del centro escolar hay que mantener reuniones continuas conforme se va aplicando el programa preventivo.

6.8. La evaluación del programa

Como ya hemos visto anteriormente, la evaluación de los programas preventivos de juego y videojuegos está en una fase inicial. Se han hecho varias evaluaciones, pocas, y los resultados no siempre han sido todo lo buenos que sería de esperar. En parte es porque estamos ante conductas complejas, normalizadas. Con frecuencia, hay un viento a favor a que se hagan, pero sin ir más allá.



Cara a la intervención que pongamos en práctica es claro que hay que evaluarla, y evaluarla del mejor modo posible. Se precisa no sólo demostrar que el programa funciona, sino que es coste-eficiente. En suma, eficaz. En este sentido debemos incluir como variables para la evaluación no sólo las de proceso (ej., cambio de creencias, actitudes, etc.) sino también de resultado, como es si la persona juega menos, a menos tipos de juegos de azar o videojuegos; hace un uso racional del acceso a Internet o al teléfono móvil; así como otras variables que se relacionan con una vida normalizada (ej., mejora del rendimiento escolar; menos discusiones en casa; llegar a la hora pactada cuando sale; etc.).

6.9. El mantenimiento del programa en el tiempo (las sesiones de refuerzo)

Al contrario que en otro tipo de programas, como los clásicos escolares para el consumo de sustancias, en los programas orientados a las adicciones comportamentales, hay muy pocos en los que se incluyan sesiones de refuerzo. Como vimos, a veces tales programas no lo son, porque duran una sola sesión, y eso no es un programa, es meramente proporcionar información.

Lo ideal en este tipo de programas preventivos es planificar sesiones de refuerzo conforme pasa el tiempo. Se pueden hacer en el curso escolar siguiente, a poder ser con 4 sesiones como mínimo. Y, mejor aún si esto se puede repetir otro curso adicional más, en la línea de lo que hacen los buenos programas preventivos escolares (Botvin y Griffin, 2015).

6.10. Continua mejora del programa

Dado que no tenemos en este momento un programa de referencia para las distintas adicciones comportamentales, o para otras conductas que pueden causar problemas, es necesario que el programa que utilicemos, una vez evaluado, podamos mejorarlo. Esto lo haremos con la experiencia acumulada en su implementación, con los resultados obtenidos con el mismo, con los nuevos avances que se van produciendo en este campo y con los componentes que se valoran mejor y peor por parte de los jóvenes que lo reciben.

Ello va a exigir rehacer el programa preventivo en marcha cada año o cada dos años. En la práctica, más que un cambio radical implicará retocar algunos aspectos del programa, introducir algún elemento nuevo o eliminar otros. Así, aseguraremos que el programa vaya mejorando año tras año.



Referencias

- Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder Carras, M., Coulson, M., Das, D., ..., Van Rooij, A. J. (2017). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD 11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions*, 6, 267-270.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Auer, M. M. y Griffiths, M. D. (2016). Personalized behavioral feedback for online gamblers: A real world empirical study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1875.
- Becoña, E. (1995). Juego patológico. En V. Caballo, G. Buela y J. A. Carrobbles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. 1. Fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos* (pp. 351-382). Madrid: Siglo XXI.
- Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Becoña, E. (2006). *Adicción a las nuevas tecnologías*. Vigo: Nova Galicia Ediciones.
- Becoña, E. (2009). Spain. En G. Meyer, T. Hayer y M. Griffiths (Eds.), *Problem gambling in Europe. Challenges, prevention, and interventions* (pp. 281-298). Nueva York, NY: Springer.
- Becoña, E. (2009). Factores de riesgo y de protección en la adicción a las nuevas tecnologías. En E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña (Eds.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 77-97). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2016a). Factores de riesgo y de protección en el uso problemático de Internet. En E. Echeburúa (Coord.), *Abuso de Internet. ¿Antesala para la adicción al juego de azar online?* (pp. 51-81). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2016b). *Trastornos adictivos*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. y Becoña, L. (2018). Gambling regulation in Spain. En M. Egerer, V. Marioneau y J. Nikkinen (Eds.), *Gambling policies in European welfare states. Current challenges and future prospects* (pp. 83-97). Cham, Suiza: Palgrave Macmillan.
- Blaszczynski, A. y Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-499.
- Bonnaire, C., Serehen, Z. y Phan, O. (2019). Effects of a prevention intervention concerning screens, and video games in middle-school students: Influences of beliefs and use. *Journal of Behavioral Addictions*, 8, 537-553.
- Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2015). Life skills training: A competence enhancement approach to tobacco, alcohol, and drug abuse prevention. En L. M. Scheier (Ed.), *Handbook of adolescence drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice* (pp. 177-196). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Calado, F., Alexandre, J., Rosenfeld, L., Pereira, R. y Griffiths, M. D. (2020). The efficacy of gambling prevention program among high-school students. *Journal of Gambling Studies*, 36, 573-595.
- Campos, D., Roig, A. E. y Quero, S. (2016). Descripción de un programa de prevención del juego patológico dirigido a población joven: hacia un juego responsable. *Agora de Salut*, 3, 47-55.
- Carbonell, X. (2014). *Adicciones tecnológicas. Qué son y cómo tratarlas*. Madrid: Síntesis.
- Carbonell, X., Graner, C., Beranuy, M. y Chamarro, A. (2009). Fomento del uso saludable de las tecnologías de la información y la comunicación en familia y escuela. En E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña (Eds.), *Adicción a nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp.205-220). Madrid: Pirámide.
- Cialdini, R. B. y Goldstein, N. J. (2004). Social influence: Compliance and conformity. *Annual Review of Psychology*, 55, 591-621
- Chia, D. X. Y. y Zhang, M. W. B. (2020). A scoping review of cognitive bias in internet addiction and internet gaming disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 373.
- Chóliz, M., Marcos, M. y Bueno, F. (2021). Ludens: A gambling addiction prevention program based on the principles of ethical gambling,. *Journal of Gambling Studies*, online.



- Chóliz, M., Tomás, S., Zarza, M. J., Aguilar, J., Samper, T. y Hernández, M. C. (2009). *Movilízate. Prevención del uso de móviles en niños y adolescentes*. Valencia: FEPAD.
- Chung, T., Sum, S. y Chan, M. (2018). Time to call for a global public health approaches in prevention of the onset and progression of problematic gambling. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 548-552.
- Connors, M. H. y Halligan, P. W. (2016). A cognitive account of belief: A tentative road map. *Frontiers in Psychology*, 5, 1588.
- Cuzen, N. L. y Stein, D. J. (2014). Behavioral addiction: The nexus of impulsivity and compulsivity. En K. P. Rosenberg y L. C. Feder (Eds.), *Behavioral addictions. Criteria, evidence, and treatment* (pp. 19-34). Londres, Reino Unido: Academic Press.
- De la Villa, M. y Suárez, C. (2016). Factores de riesgo en el uso problemático de Internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7, 69-78.
- De Sola, J., Rodríguez, F. y Rubio, G. (2016). Cell-phone addiction: A review. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 175.
- Del Pozo, J., González, A. y Fundación Gaudium (2011). *Habla con ellos de las nuevas tecnologías. Internet, móviles, videojuegos*. Logroño: Gobierno de la Rioja, Consejería de Salud, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Servicio de Drogodependencias.
- Díaz, J. y Gómez, M. I. (2019). Cribado e intervención breve digital en el uso problemático de Internet: Programa piensaTIC. *Escritos de Psicología*, 12, 57-68.
- Díez, A. (2017). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37, 127-143
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E. (Ed.) (2016). *Abuso de Internet. ¿Antesala para la adicción al juego de azar online?* Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Labrador, F. J. y Becoña, E. (Eds.) (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Requeséns, A. (2012). *Adicción a redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educadores*. Madrid: Pirámide.
- Espiritusanto, O. (2016). Los auténticos nativos digitales. ¿Estamos preparados para la Generación Z? *Revista de Estudios de Juventud*, 114.
- Fischer-Grote, L., Kothgassner, O. D. y Felnhofner, A. (2019). Risk factors for problematic smartphone use in children and adolescent: A review of exiting literature. *Neuropsychiatry*, 33, 179-190.
- Forström, D., Spangberg, J., Petterson, A., Brolund, A. y Odeberg, J. (2021). A systematic review of educational programs of consumer protection measures for gambling: An extension of previous reviews. *Addiction Research & Theory*, 29, 398-412.
- Ghasselou, S., Marini, C., Chami, C., Ranjit, Y. y Tofighi, B. (2020). Harmful smartphone applications promoting alcohol and illicit substance use: A review and content analysis in the United States. *TBM*, 10, 1233-1242.
- Gómez, J. A. y Lalanda, C. (2021). *Anuario del juego en España 2021. Cifras y datos socio-económicos*. Madrid: Instituto de Política y Gobernanza de la Universidad Carlos III y CEJUEGO
- Gossop, M. (Ed.) (1989). *Relapse and addictive behaviour*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Grande-Gosende, A., López-Nuñez, C., García-Fernández, G., Derevensky, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2020). Systematic review of preventive programs for reducing problem gambling behaviors among young adults. *Journal of Gambling Studies*, 36, 1-22.
- Griffiths, M. K., Kuss, D. J. y Demetrovics, Z. (2014). Social networking addiction: An overview of preliminary findings. En K. P. Rosenberg y L. C. Feder (Eds.), *Behavioral addictions. Criteria, evidence, and treatment* (pp. 119-141). Londres, Reino Unido: Academic Press.
- Hodgson, R. y Miller, R. (1984). *La mente drogada*. Madrid: Debate.



- Juárez, P. (2010). Una investigación aleatoria sobre la entrevista motivacional y la retroalimentación para estudiantes universitarios con alto consumo de alcohol. En D. Martínez, M. S. Zuculich, L. Contreras, V. Cantillano, K. Gysling y N. Pedrals (Eds.) *Hasta cuándo hablamos de drogas. Estrategias preventivas en contextos universitarios* (pp. 203-214). Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Kaviani, F., Robards, B., Young, K. L. y Koppel, S. (2021). Nomophobia: Is the fear of being without a smartphone associated with problematic use? *Internacional Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 6024.
- Keen, B., Anjoul, F. y Blaszczynski, A. (2019). How learning misconceptions can improve outcomes and youth engagement with gambling education programs. *Journal of Behavioral Addictions*, 8, 372-383.
- Keen, B., Blaszczynski, A. y Anjoul, F. (2017). Systematic review of empirically evaluated school-based gambling education programs. *Journal of Gambling Studies*, 33, 301-325.
- Killinger, B. (1992). *Workaholics. The respectable addicts*. Londres, Reino Unido: Simon & Schuster.
- King, A. L. S., Valenca, A. M. y Nardi, A. E. (2010). Nomophobia: The mobile phone in panic disorder with agoraphobia: Reducing phobias or worsening of dependence. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 23, 52-54.
- King, D. L. y Delfabbro, P. H. (2014). The cognitive psychology of Internet gaming disorder. *Clinical Psychology Review*, 34, 298-308.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Doh, Y. Y., Wu, A. M.S., Kuss, D. J., Pallesen, S., ... Sakuma, H. (2018). Policy and prevention approaches for disordered and hazardous gaming and internet use: An international perspective. *Prevention Science*, 19, 233-249.
- Kiraly, O., Griffiths, M. D., King, D., Lee, H., Lee, S., Banyai, F., ... Demetrovic, Z. (2018). Policy responses to problematic game use: A systematic review of current measures and future possibilities. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 503-517.
- Koenka, A. C. y Anderman, E.M. (2019). Personalized feedback as a strategy for improving motivation and performance among middle school students. *Middle School Journal*, 50, 15-22.
- Krossbakken, E., Torsheim, T., Mentzoni, R. A., King, D. L., Bjorvatn, B., Lorvik, I. M. y Pallesen, S. (2018). The effectiveness of a parental guide for prevention of problematic video gaming in children: A public health randomized controlled intervention study. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 52-61.
- Kuss, D. J. (2018). Policy, prevention, and regulation for internet gambling disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 553-555.
- Kwak, J. Y., Kim, J. Y. y Yoon, Y. W. (2018). Effect of parental neglect on smartphone addiction in adolescents in South Korea. *Child Abuse & Neglect*, 77, 75-84.
- Labrador, F. J. (2010). Sesgos cognitivos de los jugadores patológicos. Implicaciones terapéuticas. En E. Echeburúa, E. Becoña y F. J. Labrador (Eds.), *El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento* (pp. 165-192). Madrid: Pirámide.
- Labrador, M., Labrador, F. J., Crespo, M., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2020). Cognitive distortions in gamblers and non-gamblers of a representative Spanish sample. *Journal of Gambling Studies*, 36, 207-222.
- Labrador, F. J., Requeséns, A. y Helguera, M. (2012). *Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, móviles y videojuegos*. Madrid: Defensor del Menor, Comunidad de Madrid.
- Ladouceur, R., Goulet, A. y Vitaro, F. (2013). Prevention programmes for youth gambling: A review of the empirical evidence. *International Gambling Studies*, 1, 141-159.
- LaPlante, D. A. y Braverman, J. (2010). El juego en Internet: situación actual y propuestas para la prevención y la intervención. En: E. Echeburúa, E. Becoña y F. J. Labrador (Eds.). *El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento* (pp. 323-358). Madrid: Pirámide.
- Lee, E. J. y Ogbolu, Y. (2018). Does parental control work with smartphone addiction? A cross-sectional study of children in South Korea. *Journal of Addiction Nursing*, 29, 128-138.



- Lesieur, H. R. (1984). *The chase. Career of the compulsive gambler*. Cambridge, MA: Schenkman Books.
- Lloret, D. y Cabrera, V. (2019). Prevención del juego de apuestas en adolescentes: ensayo piloto de la eficacia de un programa escolar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6, 55-61.
- Marchica, L. y Derevensky, J. L. (2016). Examining personalized feedback interventions for gambling disorders: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 5, 1-10.
- Marsch, L. A. y Borodovsky, J. T. (2016). Technology-based interventions for preventing and treating substance use among youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25, 755-768.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in addictive behavior change*. Nueva York: Guildford Press.
- McMahon, N., Thomson, K., Kaner, E. y Bamba, C. (2019). Effects of prevention and harm reduction interventions on gambling behaviours and gambling related harm: An umbrella review. *Addictive Behaviors*, 90, 380-388.
- Miller, D. T., Monin, B. y Prentice, D. A. (2000). Pluralistic ignorance and inconsistency between private attitude and public behavior. En D. J. Terry y M. A. Hogg (Eds.), *Attitudes, behavior and social context* (pp. 95-113). Londres, Reino Unido: Lawrence Erlbaum.
- Motka, F., Grüne, B., Slecza, P., Braun, B., Örnberg, J. C. y Kraus, L. (2018). Who uses self-exclusion to regulate problem gambling? A systematic literature review. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 903-916.
- Mylona, I., Deres, E. S., Dere, G. D. S., Tsinopoulos, I. y Glysnatsis, M. (2020). The impact of internet and videogaming addiction on adolescent vision: A review of the literature. *Frontiers in Public Health*, 8, 63.
- Muñoz, M. y Shih, P-C. (2016). Abuso de dispositivos móviles. En E. Echeburúa (Ed.), *Abuso de Internet. ¿Antesala para la adicción al juego de azar online?* (pp. 131-149). Madrid: Pirámide.
- Observatorio Español de la Drogas y las Adicciones [OEDA] (2022). *Informe sobre adicciones comportamentales 2022. Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de Internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ochoa, E., Labrador, F.J., Echeburúa, E., Becoña, E y Vallejo, M.A. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Oh, B. C., Ong, Y. J. y Loo, J. M. Y. (2017). A review of educational-based gambling prevention program for adolescents. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 7, 4.
- Ortega-Barón, J., González-Cabrera, J., Machimbarrena, J. M. y Montiel, I. (2021). Safety.Net: A pilot study on a multi-risk internet prevention program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 4249
- Panova, T. y Carbonell, X. (2018). Is smarthphone addiction really an addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 252-259.
- Peter, S. C., Brett, E. I., Suda, M. T., Leavens, E. L. S., Miller, M B., Laffingwell, T. R., Whelan, J. P. y Meyers, A. W. (2019). A meta-analysis of brief personalized feedback interventions for problematic gambling. *Journal of Gambling Studies*, 35, 447-464.
- Petry, N. M. (2016a). Conclusions and future directions to advance the science and clinical care of behavioral addictions. En N. M. Petry (Ed.), *Behavioral addictions. DSM-5 and beyond* (pp. 221-230). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Petry, N. M. (2016b). Gambling disorder. The first officially recognized behavioral addiction. En N. M. Petry (Ed.), *Behavioral addictions. DSM-5 and beyond* (pp. 7-41). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Petry, N. M. (2016c). Introduction to behavioral addictions. En N. M. Petry (Ed.), *Behavioral addictions. DSM-5 and beyond* (pp. 1-5). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Powers, J. M., Zvolensky, M. J. y Ditte, J. W. (2019). An integrative review of personalized feedback interventions for pain and alcohol. *Current Opinion in Psychology*, 30, 48-53



- Productivity Commission. (2010). *Gambling*. Canberra, Australia: Productivity Commission.
- Rehbein, F., Kühn, S., Rumpf, H-J. y Petry, N. M. (2016). Internet gaming disorder. A new behavioral addiction. En N. M. Petry (Ed.), *Behavioral addictions. DSM-5 and beyond* (pp. 43-69). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Rho, M. J., Park, J., Na, E., Jeong, J. E., Kim, J. K., Kim, D. J. y Choi, Y. (2019). Types of problematic smartphone use based on psychiatric symptoms. *Psychiatry Research*, 275, 46-52.
- Rodríguez, A., Prats, M. A., Oberst, U. y Carbonell, X. (2018). Diseño y aplicación de talleres educativos para el uso saludable de Internet y redes sociales en la adolescencia: Descripción de un estudio piloto. *Píxel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 52, 111-124.
- Rosenberg, K. P. y Feder, L. C. (2014). An introduction to behavioral addictions. En K. P. Rosenberg y L. C. Feder (Eds.), *Behavioral addictions. Criteria, evidence, and treatment* (pp. 1-17). Londres, Reino Unido: Academic Press.
- Rumpf, H-J., Tao, R., Rehbein, F. y Petry, N. M. (2016). Internet addiction. A future addictive disorder? En N. M. Petry (Ed.), *Behavioral addictions. DSM-5 and beyond* (pp. 71-100). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Sadoff, R. L., Drogin, E. Y. y Gurmu, S. (2015). Forensic implications of behavioral addictions. En S. Ascher y P. Levounis (Eds.), *The behavioral addictions* (pp. 9-26). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. y Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones* 20, 149-160.
- Saunders, J. B., Hao, W., Long, J., King, D. L. Mann, K., Faruth-Bühler, M., ... Poznyak, V. (2017). Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. *Journal of Behavioral Addictions*, 6, 271-279.
- Saxton, J., Rodda, S. N., Booth, N., Merkouris, S. S. y Dowling, N. A. (2021). The efficacy of personalized normative feedback interventions across addictions: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 16, e0248262.
- Shermer, M. (2011). *The believing brain*. Nueva York, NY: Times Books
- Simón, P. (2021). Ocio y pautas de vida en la juventud. En Perez, M. T. (Dir.), *Informe juventud en España 2020* (pp. 155-178). Madrid: Instituto de la Juventud.
- Sudhir, P. M. (2018). Cognitive behavioural interventions in addictive disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 60, 479-484.
- Sussman, S. (2017). *Substance and behavioral addictions: Concepts, causes, and cures*. Nueva York, NY: Cambridge University Press.
- Throuvala, M. A., Griffiths, M. D., Rennoldson, M. y Kuss, D. J. (2019). School-based prevention for adolescent internet addiction: Prevention is the key. A systematic literature review. *Current Neuropsychopharmacology*, 17, 507-525.
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D., Carbonell X., Farriols-Hernando, N. y Torres- Jiménez, E. (2019). Internet gaming disorder treatment: A case study evaluation of four different types of adolescent problematic gamers. *International Journal of Mental Health and Addictions*, 17, 1-12.
- Vázquez, J. M. y Becoña, E. (2008). *La globalización*. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Vondrackova, P. y Gabrhelik, R. (2016). Prevention of internet addiction: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 5, 568-579.
- Weng, C. B., Quian, R. B., Fu, X. M., Lin, B., Han, X. P., Niu, C. S. y Wang, Y-H. (2013). Gray matter and white matter abnormalities in online game addiction. *European Journal of Radiology*, 82, 1308-1312.
- Williams, R. J., West, B. L., y Simpson, R. I. (2012). *Prevention of problem gambling: A comprehensive review of the evidence and identified best practices*. Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care.
- Xiang, Y-T., Jin, Y., Zhang, L., Li, L., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Zhao, M. y Hao, W. (2020). An overview of the expert consensus on the prevention and treatment of gaming disorder in China (2019 edition). *Neuroscience Bulletin*, 36, 825-828.

- Yo, J. y Bang, K. S. (2022). The effects of peer relationship enhancement programs on the prevention of smarthphone addiction among late school-age children in South Korea. *Journal of Pediatric Nursing, 63*, 127-135.
- Yo, S. y Sussman, S. (2020). Does smarthphone addiction fall on a continuum of addictive behaviors? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*, 422.
- Young, K. (1998) Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology Behavior, 3*, 237-244.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS