

Investigación sobre técnicas psicológicas aplicadas en programas de prevención

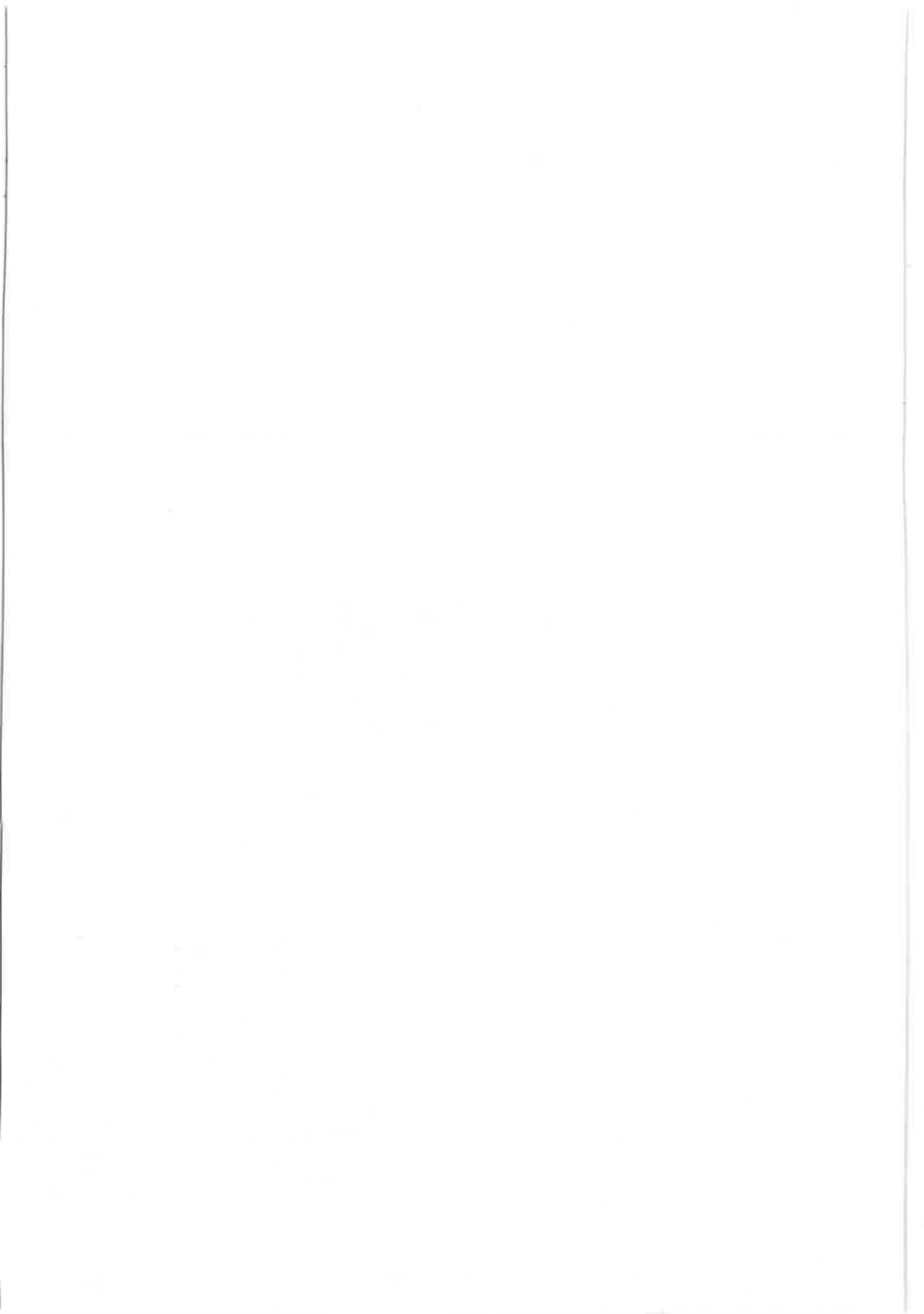


**Colegio
Oficial**  **de
Psicólogos**

Financiado por:



Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas



**INVESTIGACION SOBRE
TECNICAS
PSICOLOGICAS APLICADAS
EN PROGRAMAS
DE PREVENCIÓN DE
DROGODEPENDENCIAS**

MANUELA MATELLANES
ELENA SASTRE

Autoras:

Manuela Matellanes Matellanes
Elena Sastre Mojón

Colaboradores:

Grupo expertos compuesto por Carmen Cuñarro, Itziar Irvarrizaga, Isabel Martínez, Manuela Matellanes, Ana Palmerín, Angel Polo, Dolores Portillo y Elena Sastre .

Edita y Distribuye:

Colegio Oficial de Psicólogos
C/. Claudio Coello, 46, 2.º Dcha.
28008 Madrid
Tel. 91 435 52 12
Fax: 91 577 91 72

*Esta investigación ha sido financiada por la Delegación del
Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.*

I.S.B.N.: 84-87556-35-3 • Dep. Legal: M-36209-1999

Fotocomposición e impresión:

Nitral Gráficas, S. L.
Arroyo Bueno, 2B, 2.º C - 28021 Madrid

INDICE

Presentación	5
CAPITULO I. Introducción	7
CAPITULO II. Revisiones de aspectos metodológicos	43
CAPITULO III. Análisis de las respuestas al cuestionario	49
CAPITULO IV. Análisis del Grupo de Discusión	61
CAPITULO V. Conclusiones.	71
ANEXO 1. Metodología del Proyecto	77
ANEXO 2. Listado de Informantes Clave	79
ANEXO 3. Listado Grupo de Discusion.	80
ANEXO 4. Cuestionario	81

PRESENTACION

El presente trabajo es el resultado del estudio realizado entre expertos tanto en prevención como en otros ámbitos de la Psicología, sobre el buen uso de las técnicas procedentes de nuestra disciplina, aplicadas a los programas de prevención del consumo de sustancias.

Dado el enorme número de profesionales de la psicología que trabajan en drogodependencias, entendemos llegado el momento de profundizar, tanto en aspectos metodológicos como en la evaluación de los resultados obtenidos por las mismas.

Esta publicación financiada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, expresa la intensa colaboración de ambas instituciones y esperamos pueda servir como referencia y reflexión para muchos profesionales que de una forma u otra participen en la prevención de las drogodependencias.

Agradezco la labor de todos aquellos que han hecho posible la realización de esta publicación y especialmente al grupo de expertos, que espero continuen este estudio con la misma ilusión, para profundizar en el tema de la prevención, tanto en sus aspectos metodológicos, como en la evaluación de los resultados obtenidos.

Francisco Santolaya Ochando
Decano Colegio Oficial de Psicólogos

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

El problema de las drogas en nuestro país aparece como un fenómeno novedoso en la década de los 70 irrumpiendo en el orden social como un fenómeno de eclosión, pasando a ser la primera preocupación de los españoles, que anteponen incluso el paro a esta cuestión

Dada la forma en que aparece esta preocupación, la respuesta institucional carece de recursos específicamente preparados y de una política coordinada. Por citar referencias históricas en 1974 se elaboró la «Memoria del Grupo de Trabajo para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas», y en 1978 se creó la Comisión Interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas, con el fin de coordinar las acciones de los diferentes Ministerios. Ya en 1984 se constituye en el Senado una Comisión dedicada a la «elaboración de un Plan de Prevención contra la droga en el que se contempla la reinserción social de los drogadictos» , que sería el germen del futuro Plan Nacional sobre Drogas aprobado por el Gobierno en 1985.

La característica más destacable es la implicación en el mismo de diversos ministerios. Instaurando las bases para una coordinación de las actuaciones tanto horizontal, como verticalmente hacia las administraciones autonómicas así como de las diferentes instituciones que intervienen en el ámbito de las drogas.

Ahora bien, respecto a la prevención, si bien se contempla como preferente, lo cierto es que la máxima prioridad sería la de la puesta en marcha de una red asistencial que ofrezca una cobertura adecuada de tratamientos rehabilitadores y de reinserción a los drogodependientes.

En relación a los criterios generales sobre prevención, la drogodependencia es entendida como de etiología multicausal, y por otra parte que este problema no es pasajero. Ahora bien, si comparamos el grado de consolidación y especialización alcanzado en el ámbito asistencial la situación en prevención es bien distinta, tal y como afirmaba

Calafat (1992) «El discurso social y político sitúa a la prevención, por lo menos aparentemente, como una de las estrategias más importantes en la lucha contra las drogas. Sin embargo la experiencia diaria nos demuestra en nuestro país, que dichas declaraciones de intervenciones están lejos de convertirse en realidades». La situación de la prevención cuando menos es desigual, dado que bajo el mismo rótulo nos encontramos una charla informativa, o un programa comunitario evaluado y con continuidad en el tiempo.

Con la finalidad de entender la situación actual, así como presentar los resultados de la investigación planteada, realizaremos un breve repaso sobre definiciones, tipologías y conceptos básicos referentes a prevención en nuestro entorno, y que han coexistido durante años, creando importantes debates entre los profesionales

En primer lugar una primera cuestión son los *enfoques o modelos* de prevención.

Si tomamos como referencia a Helen Nowlis (1982) debemos hacer referencia a los cuatro enfoques clásicos de prevención.

1. Enfoque médico-sanitarista

Este enfoque se centra fundamentalmente en la sustancia y sus efectos en relación a la salud del individuo, por tanto no va a diferenciar entre drogas legales e ilegales. Se fundamenta en el modelo tradicional de Salud Pública en el que la enfermedad es contagiosa y la droga es considerada como agresor, y el sujeto como huésped.

Las medidas serán las de mantener al consumidor alejado de los no consumidores por temor a un posible contagio, así como educar a los no consumidores sobre los peligros de las sustancias.

Los estereotipos imperantes en este enfoque serán los de «drogodependiente-enfermo», «prevención-vacuna», «prevención-información», «droga-muerte». Se considera por tanto al individuo como agente pasivo que padece una enfermedad externa al mismo, que no puede controlar.

2. Enfoque psico-social

En el mismo se concede una enorme importancia a los factores psicológicos y al modelo social así como al individuo en la génesis de esta problemática. El uso de drogas viene dado por ciertas características personales del individuo como problemas de adaptación, maduración personal, o conductuales, así como un contexto sociocultural proclive al consumo.

En este contexto las estrategias de prevención son más inespecíficas, de educación para la salud, así como de desarrollo y maduración del individuo. Y por otra parte incide especialmente en estilos de vida saludable o nocivos comparativamente.

3. Enfoque ético-jurídico

Se centra fundamentalmente en las drogas ilegales considerándolas peligrosas y por tanto las causantes de las drogodependencias, el individuo será la víctima y por tanto deberá ser protegido de su uso mediante medidas fundamentalmente legislativas que penalicen tanto el cultivo, manipulación, venta o posesión de las mismas, disminuyendo así su disponibilidad para el individuo.

Los aspectos de prevención en este caso serían jueces, policías, etc., y los estereotipos sociales relacionados con este enfoque son «Droga-delincuencia», «droga-droga ilegal». (Cuyo referente social sería la heroína) pero en ningún caso las legales: alcohol, tabaco....etc. Las medidas preventivas además de las legislativas y policiales deberían ser las de asociar prevención e información sobre sustancias.

A modo de conclusión nos parece interesante la referencia que Oñate (1993) realiza sobre este enfoque como una fase de la prevención situada entre el «infierno», por su carga ética y «la cárcel» por su carácter criminalizador.

4. Enfoque socio-cultural

Este enfoque concede su máxima prioridad al contexto sociocultural en el que el individuo se mueve haciendo especial hincapié en los déficits económicos y ambientales. Por tanto será la carencia de oportunidades, la pobreza, las discriminaciones sociales y la falta de recursos en definitiva, el motivo prioritario para el consumo. Por otra parte la «cultura de las drogas» ampliamente presente en Medios de Comunicación así como la cultura del hedonismo, serán las que promoverán el consumo.

Las estrategias de actuación por tanto deben centrarse en el cambio de las condiciones ambientales en el orden económico, político y social en general, así como todas aquellas medidas que reduzcan la aceptabilidad de las drogas.

En relación a los estereotipos sociales serían «droga-paro» «droga-problemas económicos».

5. Prevención: específica e inespecífica

Otro aspecto además de los enfoques, o modelos de prevención son las modalidades de actuación.

Las modalidades de actuación inespecífica, o prevención inespecífica surgen de los enfoques socio-culturales y psicosociales, dado que estos postulan que las drogodependencias gozan de aspectos específicos y de otros inespecíficos que comparten con otras problemáticas psicosociales que afectan al ser humano.

Siguiendo a Calafat (1989) en su esquema clasificatorio plantea:

—*Prevención inespecífica o promoción en general:*

Se trata de intervenciones generales sobre juventud, salud, servicios sociales, educación, etc., entendidos estos como positivos para la promoción de la persona.

—*Prevención del uso de drogas:*

La diferencia clave es que el objetivo prioritario es el incidir sobre factores de riesgo y protección para el uso de drogas. Al coincidir muchos de estos aspectos con las de otras problemáticas, de forma indirecta estaremos incidiendo en un aumento del nivel de salud social general.

Muchas de las actuaciones enmarcadas en la prevención inespecífica consisten en las actuaciones relacionadas con educación socio-afectiva: educación de valores, creencias, desarrollo de recursos personales y habilidades interpersonales. O por otra parte acciones alternativas al consumo de sustancias: actividades lúdicas, laborales, de mejora del medio-ambiente, etc.

No obstante entendemos que hay argumentos también favorables al hecho de incluir actuaciones específicas en los programas prevención tal y como recoge Calafat (1989),

—*De tipo táctico:* «Las drogas tienen poder de convocatoria» entre determinados colectivos (padres, madres, profesores, mediadores sociales)

—*De tipo metodológico:* El momento de la oferta de drogas a los jóvenes es relevante, (quién la realiza, cómo, etc...) por lo que conviene trabajarlo específicamente con técnicas como asertividad, toma de decisiones, etc. que tienen en cuenta lo concreto de la oferta de la sustancia.

—*De tipo etiológico:* Debe existir prevención del consumo de drogas legales tanto para adultos como para adolescentes dado que suponemos además influirán en el posible consumo futuro de drogas ilegales.

6. Niveles de Prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria.

Esta clasificación procedente del ámbito de la Salud Pública y de las primeras experiencias en intervención comunitaria, es aplicado al fenó-

meno de las drogodependencias, en los primeros años de desarrollo de los programas:

—*Prevención Primaria:*

Sería la prevención realizada antes de la aparición del uso de la sustancia y su objetivo prioritario debería ser el de la eliminación del uso o del retraso del inicio. Por tanto se trata de una modalidad en el que se requiere una intervención inespecífica y este caso los agentes preventivos deberían ser las personas más cercanas: familia, profesorado y mediadores sociales.

—*Prevención Secundaria:*

Sería aquella intervención realizada una vez que se ha hecho uso o consumo de las sustancias y su objetivo prioritario sería el de evitar la consolidación de los consumos. Por esta razón va a requerir contar con actuaciones específicas sobre el uso de drogas.

—*Prevención Terciaria:*

Serían aquellas intervenciones realizadas una vez instaurado el consumo problemático de drogas para impedir que se agrave la situación y al mismo tiempo disminuir las secuelas asociadas al consumo. Esta prevención, está directamente ligada a los tratamientos y por tanto sus agentes serán los especialistas en el ámbito asistencial.

Respecto a la definición que desde casi su inicio realiza el Plan Nacional sobre Drogas, respecto a los criterios básicos son:

—Adecuación a la realidad sobre la que se pretende incidir.

—Integración en un plan concreto.

—Coherencia en su desarrollo.

Por tanto existe de partida un reconocimiento de patrones diferentes de uso de las sustancias, y necesidad por tanto de respuestas diversas adecuadas a las mismas. Se promueve así mismo, que la acción

preventiva se desarrolle en el marco de una política integral de educación para la salud, sin olvidar por otro lado, la necesidad de incidir en los factores de riesgo para el consumo. Por otra parte, se desarrollan dos grandes bloques de actuaciones: por un lado, aquellas dirigidas a reducir la oferta de sustancias y por tanto su disponibilidad, así como los dirigidos a reducir la demanda o el consumo.

En relación a la reducción del consumo, los criterios generales enunciados por el Plan, son los siguientes:

- La acción se dirigirá preferentemente a los grupos en riesgo de convertirse en toxicómanos y a la población afectada. También se establecen matices respecto a sustancias socialmente aceptadas, sustancias de tráfico ilegal o fármacos.
- Se indica que la mayor parte de las medidas preventivas sobre el consumo de drogas no son específicas, sino generales, en el sentido de mejorar las condiciones de vida y prevenir la marginalidad.
- Las actividades prioritarias se centrarán en la promoción del bienestar en la población juvenil y participación de agentes sociales dentro de la coordinación entre servicios, escolares, juveniles, sociales y de salud.
- Mención especial merece la educación sobre drogas en centros escolares, que se enmarcará en la educación para la salud y la educación integral.
- Las políticas preventivas requieren de una amplia corresponsabilidad de la sociedad en su conjunto.
- Es necesario que los mensajes sobre drogas sean coherentes entre sí, teniendo especial cautela en el desarrollo de campañas, dada la complejidad del problema y lo heterogéneo de la población destinataria.

Otra cuestión que nos parece interesante revisar es la evolución que han sufrido las actuaciones preventivas dependiendo de los ámbitos sectoriales de aplicación de los mismos.

7. Ambito Escolar

En la década de los ochenta, las actuaciones preventivas han estado caracterizadas por iniciativas puntuales y sin continuidad, no integradas en la curricula escolar y guiadas fundamentalmente por experiencias de prevención primaria. Se trataba de medidas sobre todo informativas de todo tipo de drogas especialmente ilegales y esfuerzos por la formación y sensibilización de padres y madres, y profesorado, pero con una ausencia importante de proyectos de planificación y programación de las acciones.

Por otra parte la mayor parte de las acciones formativas son desarrolladas por asociaciones o entidades subvencionadas externas al MEC.

También son escasas las estructuras de coordinación entre instituciones y el ámbito comunitario lo que convierte las acciones en intervenciones aisladas.

Abundan por otro lado, las iniciativas de prevención inespecífica en forma de actividades de tiempo libre, deportivas, destinadas a promover el asociacionismo juvenil, etc.

En la mayoría de los programas no se realiza una evaluación que pueda calificarse de sistemática.

Si avanzamos a la década de los noventa los cambios cualitativos y cuantitativos son relevantes.

- Comienza a apostarse cada vez más por programas enmarcados en el concepto de educación para la salud, pretendiendo mejorar la competencia social, articulando las actividades en programas con una cierta amplitud.
- Las iniciativas tienden a mantener continuidad en el tiempo y el objetivo prioritario la elaboración de proyectos de prevención ajustados a la realidad de los centros educativos donde se desarrollan.

- La LOGSE supone asimismo un cambio en la actividad preventiva escolar; la prevención se integra en el curriculum a través del área transversal «educación para la Salud».
- Se fomenta la formación trabajando con los educadores conceptos tales como: actitud frente a la salud, autonomía, autoestima, responsabilidad, habilidades de relación y comunicación, etc. En última instancia se pretende vincular la prevención de drogodependencias con el desarrollo personal e integral del alumnado.
- Los programas comienzan a centrarse en el uso y abuso de drogas legales respondiendo a la alarma social creada por el patrón de consumo de alcohol entre los jóvenes.
- Se incrementa la implicación del MEC dedicando recursos materiales, humanos y presupuestarios para este tema, e invirtiendo también la colaboración con otras instituciones públicas (Comunidades Autónomas, Diputaciones, Ayuntamientos, etc.)
- Respecto a la evaluación es difícil hacer una valoración al respecto, ya que si bien los programas declaran la intención de autoevaluarse, son pocos los que presentan resultados, y estos en general suelen referirse a evaluación del proceso, más que de impacto o resultados.
- Por último destacar la enorme variedad de materiales creados al efecto para los programas de prevención.

8. Ámbito Comunitario

Si bien está por definir el sector comunitario, tampoco hay pleno acuerdo sobre la metodología de trabajo, ahora bien hay varias pruebas de actividad vinculadas al mismo:

- Planes municipales
- Campañas de información y sensibilización sobre drogas, tanto procedentes de las administraciones, como de diferentes ONGs.

4. En cuanto a sectores con problemas específicos es destacable el trabajo realizado en el ámbito militar y penitenciario.
5. Se han realizado numerosas campañas encaminadas a conseguir la reducción de la demanda.
6. Se han integrado un gran número de voluntarios y profesionales en las tareas de prevención.
7. Paulatinamente se ha ido creando un cuerpo de conocimientos teóricos-prácticos sobre prevención como experiencia acumuladora de los últimos años.
8. Como consecuencia de lo anterior también contamos con una buena base de materiales preventivos.
9. En el diseño y puesta en marcha se constata la evolución hacia planteamientos más eficaces y funcionales. Como cuestiones relevantes recogidas por el estudio cabe destacar:
 - La información por si sola no supone prevención
 - Las instituciones comienzan a ser conscientes de que las intervenciones mal planteadas no sólo pueden ser ineficaces, sino también pueden generar efectos indeseables.
 - Se reconoce la importancia y amplitud del problema de las drogas legales.
 - El concepto de salud de partida es integral (físico, psíquico y social), utilizando el concepto de estilos de vida saludables para trabajar en prevención.
 - Se busca la continuidad en el tiempo de las actuaciones, renunciando cada vez más a actuaciones parciales o descontextualizadas.
 - Se integran el concepto de prevención en un ámbito general de la población y no sólo de los profesionales.

- Se asume la existencia de una sociedad con drogas, y por tanto debemos preparar a los individuos para vivir esta realidad y ser capaces de rechazarlas.

10. Tendencias positivas en los indicadores de consumo de drogas y actitudes hacia el problema.

Existe una conciencia general sobre los riesgos asociados al tabaco, traduciéndose en un índice elevado de enfermedades, también se reduce la incidencia de nuevos fumadores.

Por otra parte, comienza a modificarse la permisividad social frente al alcohol, tan arraigado en nuestra cultura. Entre los jóvenes se ha incrementado el número de abstemios. Pero también ha cambiado la forma de consumo en los niveles de ingesta en los consumidores.

Por otra parte y respecto a la imagen social de los consumidores, parece que estamos asistiendo a un proceso de normalización, percibiendo el fenómeno de las drogas como un problema que afecta a todos los grupos sociales.

PUNTOS DEBILES

1. *Insuficiencia global de recursos y medios.*

A pesar de la voluntad de las Administraciones el esfuerzo presupuestario sigue estando centrado en el ámbito asistencial.

2. *Inestabilidad del personal clave.*

Las dificultades presupuestarias provocan la inestabilidad laboral de los técnicos, buscando finalmente espacios profesionales más estables.

En el ámbito escolar, el traslado continuo de profesores, tras haberse implicado en programas, deja un vacío importante en la continuidad de los programas.

3. *Discontinuidad en las iniciativas*

En ocasiones los programas quedan interrumpidos durante un tiempo para iniciarse con posterioridad.

4. *Iniciativas basadas en el voluntarismo o en la capacidad de empuje de una persona.*

Muchos programas que son asumidos por instituciones finalmente dependen de una persona como fuerza e iniciativa.

5. *Definiciones metodológicas en las intervenciones que afectan a la planificación y evaluación final.*

Muchos programas carecen de evaluación inicial o diagnóstico que oriente la intervención provocando enfoques tales como orientar programas a una sola sustancia, o desarrollar actuaciones de prevención primaria cuando los destinatarios de las mismas ya son consumidores habituales.

En otros casos son los objetivos los ausentes o bien son meras transcripciones de otros programas.

En cuanto a las evaluaciones finales se refieren básicamente a aspectos de proceso, haciendo referencia a las actividades realizadas o a la satisfacción de los participantes. La evaluación de la eficacia o del impacto son casi inesistentes.

Es importante destacar que si bien se dan un número importante de programas de formación dirigido a quienes tienen que implementarlos, no parece que se haga especial incidencia en la formación sobre cuestiones metodológicas, o que esta no está bien planteada.

6. *Dificultades de coordinación.*

Se demanda por parte de los expertos una mayor coordinación entre las administraciones y entre estas y las ONGs que desarrollan programas.

7. Se constatan dificultades para desarrollar la LOGSE en materia de prevención.

Por un lado aún no ha terminado de implantarse y por otro el enfoque transversal plantea dificultades quizás por su inespecificidad.

8. Inexistencia de mecanismos de registro de las actuaciones preventivas.

Esta ausencia no afecta a todos por igual. Pero si es cierto que hay información valiosa para la mejora de otros programas e iniciativas similares que no se recoge con regularidad.

9. Persistencia de actividades preventivas de dudosa eficacia.

10. Dificultades de atribución de los resultados en prevención a las intervenciones.

Existe una importante carencia en la evaluación, junto con actuaciones a veces simultaneas de programas de diversa naturaleza. Los cambios en las tendencias del consumo son difíciles de atribuir a unas u otras actuaciones.

12. Perspectivas de futuro

Respecto a las líneas de futuro trazadas desde el Plan Nacional sobre Drogas, se trata de promover un consenso general sobre los mensajes científicos y profesionales difundidos, centrándose en las siguientes perspectivas (G. Robles, 1997):

Perspectiva Institucional: El papel a desarrollar por la Delegación es el de impulsor de la expansión de los programas, aunque las competencias de implantación correspondan a las diferentes administraciones, el papel será por tanto el del liderazgo y la coordinación de las actuaciones programáticas y financieras aportando criterios de actuación y modelos evaluados y eficaces.

A las Comunidades Autónomas les corresponderá la planificación y ejecución de políticas regionales y locales, así como el apoyo técnico y financiero.

Sobre los ritmos básicos de los programas de prevención, aprobados por la comisión Interautonómica se insiste en:

- Coordinación Institucional desde marcos competenciales vigentes.
- Implicación de los distintos departamentos de las Administraciones (Sanidad, Educación, Juventud...).
- Importancia de la territorialidad, en el sentido de que las políticas preventivas han de estar próximas a los ciudadanos.
- Necesidad de contar con una amplia participación social en la aplicación de los programas destacándose el papel de las ONGs.

Por otra parte en la reorientación presupuestaria, sin olvidar los programas de rehabilitación debe primarse cada vez más las políticas preventivas.

La cooperación internacional con otras organizaciones, tanto bilateralmente como multilateralmente, siendo las prioridades del Plan Nacional sobre Drogas las siguientes:

- En la Unión Europea, lograr una presencia activa en los debates generados en torno al tema, apostando por iniciativas que mejoren los instrumentos de prevención, entre ellas la actuación de la Semana Europea de Prevención de modo periódico.
- En relación a Naciones Unidas se apuntan por mayorías los sistemas de fiscalización internacional de sustancias psicotrópicas, presentando una propuesta de reforma de la Convención Internacional de 1971 con objeto de prevenir el incremento de la producción y el tráfico de unas sustancias sintéticas. Durante 1998 se ha celebrado una sesión Especial de la Asamblea General de

Naciones Unidas en materia de drogas para definir la política mundial de drogas para el futuro.

- Por otra parte, Iberoamérica cada vez tiene una mayor importancia en las relaciones del Plan Nacional sobre drogas. En cuanto a prevención una política interesante es la creación de la Red Iberoamericana de Organizaciones no Gubernamentales especializadas en drogodependencias, bajo los auspicios de la Delegación del Gobierno.

13. Perspectiva científica y técnica

Los programas de prevención deben adaptar sus objetivos y estrategias a la valoración previa de necesidades manteniendo la coherencia entre el planteamiento inicial y la pertinencia de las actuaciones. La evaluación ha de ser un requisito imprescindible, que justifique la idoneidad de las intervenciones y la eficacia y eficiencia de los procedimientos empleados.

Un aspecto relevante del momento presente es el hecho de insistir en la capacitación de los profesionales y mediadores sociales que intervienen en programas preventivos, así como el incremento de la investigación en nuevos diseños preventivos partiendo de conocimientos científicos alcanzados.

También es importante destacar la mejora de los sistemas de información que permitan disponer de una visión global y actualizada del fenómeno de las drogas, que facilite una en las políticas preventivas. En esta tarea adquiere una especial importancia el Observatorio Español sobre Drogas (OED), configurándose como un órgano que permite la recogida y análisis de información de diferentes fuentes, entre las que destacan los observatorios que se van poniendo en marcha en las Comunidades Autónomas, cuyo objetivo final es el de proporcionar a la Unión Europea una visión global de sus países miembros.

14. Perspectiva de concienciación y participación social

El punto central de esta concienciación serán los denominados *mediadores sociales*, es decir, aquellos que por especialidad profesional o ascendencia social poseen una mayor capacidad de influencia sobre amplios sectores de opinión. Por otra parte la sociedad civil en general (ONGs, asociaciones, fundaciones, empresas... etc.). van a constituir la garantía de que las actuaciones desarrolladas por las Administraciones lleguen a los ciudadanos.

En nuestro país existe un fuerte movimiento asociativo en torno a las drogodependencias y que de forma destacada cuenta con el apoyo técnico y financiero de las instituciones públicas, y cuyo objetivo es el impulsar las acciones preventivas implicando al conjunto de la sociedad en las mismas.

15. Instituciones y agentes sociales

Una de las cuestiones claves señaladas por la Delegación (E. Martín, 1997), es la de diferenciar los roles que han de jugar cada una de las instituciones y los agentes sociales en la intervención preventiva.

Siguiendo sus criterios al Plan Nacional sobre drogas le corresponderá la definición de una política estratégica global, que sienten las bases de actuación general.

Como medidas recientes desarrolladas por el Plan Nacional, destacar las siguientes:

- Generalización de IDEA-PREVENCIÓN como sistema de información especializado en prevención, creado y gestionado por CEPS.
- Emitir desde la Comisión Interautonómica los criterios básicos de intervención que permitan la homologación de los programas

preventivos creando un documento de consenso que orientara las actuaciones en prevención, y que planteara unas exigencias mínimas

- Destaca asimismo la Delegación como hito importante el acuerdo de colaboración alcanzado entre el Ministerio de Educación y Cultura y el Ministerio de Sanidad y Consumo para el impulso de la educación para la salud en la Escuela.
- Otro aspecto es la formación y capacitación de mediadores en diferentes ámbitos: familia, escuela, comunidad con tres publicaciones diferentes en la colección «Actuar es posible».
- Campañas dirigidas a población general, intentando sensibilizar hacia la prevención.
- Seminarios Internacionales sobre prevención en general y sobre prevención familiar que contaron con expertos extranjeros para debatir e intercambiar criterios, avances.

16. Acerca de las propuestas de consenso (PNsD, 1997)

Nos parece interesante destacar las propuestas realizadas por el plan Nacional Sobre Drogas. (*E. Martín, 1997*), ofreciendo a continuación un extracto de las mismas, ya que profundiza sobre las cuestiones básicas que deben ser considerados en el ámbito preventivo.

Primera propuesta: revisar el significado y alcance de las campañas dirigidas a la población general.

Se trata de situar las mismas en un campo de sensibilización de la conciencia general sobre el problema, de mantener informada a la población general sobre acciones y avances de los programas, sobre recursos, actitudes... etc. y diseñadas como un soporte a modo de «paraguas» de otras actuaciones más amplias, y no como acciones puntuales con virtualidades preventivas en sí mismas.

Otra cuestión de consenso es el establecer de modo unificado el tipo de mensaje y las informaciones específicas a transmitir. Por tanto sería interesante no centrarse en exclusiva en la población general, sino también dirigirse a destinatarios diferentes con necesidades específicas.

Segunda propuesta: Procurar el desarrollo planificado y programado de las acciones preventivas.

Este planteamiento permite diferenciar las actuaciones esporádicas y aquellos planteamientos predeterminados, ordenados y sometidos a procesos de evaluación.

La carencia de planificación y sistematización supone el principal déficit actual en prevención.

Planificar supone prever recursos y servicios necesarios, al servicio de unos objetivos ordenados según su prioridad.

Tercera propuesta: Promover la aplicación de estrategias globales.

Aceptar la globalidad de las estrategias preventivas, dado que partimos de un concepto multicausal de la dependencia. Por esta razón el Plan Nacional señala lo relevante de poner en marcha programas multicomponentes, relacionados con las familias, los individuos, la escuela, los medios de comunicación, las organizaciones comunitarias,... Del mismo modo programas integrados por estrategias múltiples dirigidas a los factores de riesgo descritos por la literatura científica.

Asimismo se destaca la importancia de incidir en el refuerzo de los factores de protección, que impidan los consumos de drogas.

Cuarta propuesta: Buscar una mayor exigencia metodológica.

En esta línea se sitúa la ponencia técnica sobre la que intenta profundizar la presente investigación.

Sin duda se trata de un instrumento de orientación que garantiza unos mínimos de calidad en las intervenciones preventivas. Por tanto entendemos, debería ser un punto de partida obligado para cualquier acción preventiva.

Quinta Propuesta: Anticipar las edades de los destinatarios de los Programas de Prevención y promover la participación de la familia.

Esta propuesta se sitúa en la línea de anticipar la prevención a la aparición de los primeros contactos con el consumo.

Muchos programas se dirigen a jóvenes o adolescentes que en muchos casos ya han tomado contacto con algunas sustancias, y por supuesto tiene una opinión y actitud formada frente a las sustancias y al consumo.

De ahí la importancia concedida al ámbito familiar y al escolar en nuestro trabajo, diferenciando así las estrategias para jóvenes y adolescentes que puedan encontrarse ya en una etapa de experimentación.

Sexta Propuesta: Simultanear la prevención secundaria y la reducción de daños.

Debe organizar la implantación de programas de prevención primaria acompañada de otros de detección precoz o prevención secundaria como elementos complementarios y como respuesta inmediata a la aparición de problemas consecuentes o asociados al consumo de sustancias.

Séptima Propuesta: Priorizar poblaciones de alto riesgo.

Partiendo de las propuestas más recientes:

- No toda la población requiere por igual el cambio de actitudes.
- Las estrategias han de estar en consonancia con la población objetivo.
- La hipótesis sobre qué estrategias son las más efectivas debe medirse desde la fase de detección de necesidades hasta la fase de evaluación de los programas.

Octava Propuesta: Propiciar la intervención Comunitaria.

La cuestión clave en el ámbito comunitario debería ser el cambio de criterio en cuanto a no trabajar «para» la comunidad, sino «con» la comunidad, lo que conlleva diferentes niveles de implicación y responsabilización de técnicos y representantes comunitarios.

Otro concepto relevante en este ámbito es el de «mediador social». Se acostumbra a identificar como mediador a todo ciudadano que reúna condiciones para participar en un programa comunitario. Por esta razón debería definirse la figura del mediador social como «representación formal de la comunidad». Entre sus funciones están la de favorecer la legitimidad y credibilidad de los proyectos, y la actuación como agente de transmisión entre la comunidad y los técnicos.

Novena Propuesta: Incrementar la transferencia de metodología y difundir las mejores prácticas.

Al igual que otros avances científicos se hace necesaria la universalización de los conocimientos y el compartir experiencias validadas. Como es conocido Idea-Prevención permite identificar, revisar y seleccionar las informaciones técnicas y científicas más relevantes en prevención.

Otra línea de trabajo impulsada por la Delegación es el desarrollo de un programa piloto de prevención escolar, siendo este una adaptación del prestigioso « Programa de Entrenamiento en habilidades para la vida, de Botvin y col. Se aplica en 65 centros escolares y se realizará una evaluación pre y post. Tanto experimental como del grupo control.

Décima Propuesta: Investigación Preventiva.

El reto planteado en este ámbito sería evolucionar desde el discurso teórico a la acción evaluada, tendente a incrementar validez, fiabilidad y eficacia de los enormes esfuerzos desplegados en este ámbito.

17. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas

Partiendo del análisis de la situación actual se hace evidente la dificultad de muchos programas de determinar los objetivos operativos que persiguen. Otra cuestión reseñada por el Plan Nacional sobre drogas, es la ausencia de marco teórico, la ausencia de factores que subyacen al consumo de sustancias.

Uno de los puntos de partida en el diseño de programas preventivos es el estudio de factores de riesgo y protección. Ello determinará los objetivos a conseguir y también las poblaciones prioritarias que se encuentran en situación de riesgo en relación al consumo de drogas y que requieren de intervención específica.

El concepto de factor de riesgo proviene de la epidemiología clásica y hace referencia a la prevención y distribución en la población de ciertos agentes causales relacionados con la aparición de una determinada patología orgánica.

Las dificultades encontradas en las investigaciones, tal y como señala S. Moncada (1997), con mayor frecuencia son:

1. Con frecuencia se considera un tipo de factores concretos que dejan de lado otros que podríamos tener en cuenta y que modificarían las conclusiones de estos estudios.
2. Las investigaciones sólo han podido demostrar asociaciones entre determinadas situaciones y el consumo de drogas, pero no determinar la potencial causalidad de las mismas.
3. A estas dificultades hay que añadir el hecho de la falta de unificación de criterios tanto en lo que se refiere a conceptos como a instrumentos de evaluaciones.

Respecto a las conclusiones del PNsD., en relación a la investigación sobre los factores de riesgo y protección:

1. Se afirma que existen factores asociados al uso de drogas y otros también asociados a la abstinencia de las mismas drogas.

2. Los factores se han clasificado como factores del individuo y sus relaciones con el entorno y factores ambientales o de contexto.
3. A mayor concentración de factores, mayor será el riesgo o la protección.
4. Existen factores de riesgo para las diferentes drogas. Como ejemplo cabe citar la relación entre el consumo de heroína y alcohol, y el alto nivel de depresión.
5. Los factores de inicio del consumo parecen ser diferentes a medida que el sujeto pasa a fases más intensas o problemáticas del consumo.
6. Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades.
7. No todos los factores tienen la misma validez externa.
8. Los diferentes factores muestran mayor o menor correlación a veces dependiendo del instrumento de medida.
9. Algunos factores son más remotos, pero no por ello menos importante, es decir su efecto está mediado por otros factores más cercanos.
10. Se han encontrado factores de riesgo y protección comunes a gran cantidad de conductas problemáticas o desadaptadas, tales como fracaso escolar, violencia, delincuencia... y algunas además predicen el consumo de sustancias. (tomado de S. Moncada, Factores de Riesgo y Protección en el consumo de drogas, 1997)

En cuanto a los factores de riesgo y protección podemos tomar con referencia los ambientes cercanos al individuo y que conformarán la personalidad y vivencias del mismo (escuela, familia), para pasar a contextos más amplios como factores ambientales o aquellos más personales, relacionados con la esencia misma del sujeto.

LA ESCUELA

Como primera consideración relevante queremos destacar que el **clima escolar** puede actuar potencialmente tanto como factores de protección o como factores de riesgo. A continuación queremos señalar algunas características de un ambiente o clima escolar desfavorable:

- Fomento de la competitividad y el individualismo
- Fomento de la pasividad y la dependencia
- Se fomenta la falta de iniciativa, la sumisión (disciplina autoritaria)
- Se pone el acento en las relaciones verticales profesor y alumno.
- Se ignoran las peculiaridades de los alumnos
- Aislamiento respecto a otros sistemas sociales

Otro de los aspectos que vienen siendo considerado relevante como predictor es el **tipo de relación** que establecen los alumnos con la escuela. No hemos de olvidar que los alumnos pasan gran parte de su tiempo en la escuela y en ella va a producirse una parte muy importante de su socialización, el modo en que esta se produzca va a determinar el desarrollo de sus capacidades como adultos.

En este tipo de relación podemos considerar como factores de riesgo:

- Mala integración o escasa adaptación escolar
- Insatisfacción. (El alumno no se siente gratificado en el entorno escolar).
- Falta de expectativas y ausencia de motivación.
- Bajo rendimiento (en relación a las capacidades del alumno)

EL INDIVIDUO

Las investigaciones más recientes sobre el consumo de sustancias parecen recoger algunas características personales coincidentes como factores de riesgo «individuales» y sobre los que puede intervenir desde diferentes ámbitos: tanto el escolar, como el familiar.

Baja Autoestima

Es importante detectar si existe, e intervenir incrementando la seguridad en sí misma de la persona, dado que uno de los aspectos que la conforman es la excesiva influenciabilidad, desconfianza ante los elogios, miedo a la censura, excesiva sensibilidad a la crítica, falta de confianza en las propias capacidades y generalmente bajo rendimiento escolar, en relación a estas capacidades.

Baja tolerancia a la frustración

Este aspecto tiene que ver con la capacidad de encajar los fracasos, con la dificultad para establecer a medio y largo plazo, demorando la satisfacción en el futuro, reacciones agresivas ante situaciones de reto, así como dificultades para respetar las normas.

Falta de autonomía

Este factor está relacionado con la falta de iniciativa o disposición a la acción, pasividad, incapacidad de organizarse, dado que necesita ser querido

Falta de responsabilidad

Este factor se relaciona con el cumplimiento de las obligaciones, ya sean escolares, familiares o personales, y por tanto necesitarán a alguien que les recuerde constantemente sus tareas y obligaciones

Dificultad en el manejo ansiedad

La ansiedad puede tener diferentes manifestaciones en el individuo, pero con frecuencia genera respuestas de inseguridad, inhibición, rigidez, e incluso en ocasiones reacciones de agresividad.

Ausencia de sentido crítico

Este factor está relacionado con la incapacidad para cuestionar los planteamientos de los adultos (padres, profesores...) inhibición en situaciones de debate o polémica. No cuestionar tampoco en general el grupo de iguales.

Dificultad para resolver conflictos

Manifestado a través de la evitación de los problemas, delegando su responsabilidad en situaciones conflictivas, a veces con respuestas impulsivas.

Dificultad para tomar decisiones

Se muestra a través de excesiva dependencia del entorno (grupo iguales, padres, profesores... etc.). Y en la delegación en otros sobre decisiones propias.

Valores y actitudes

A veces se manifiesta en los adolescentes un excesivo consumismo (marcas, posesión de cosas, etc. ...) y un hedonismo manifestado: la diversión aquí y ahora, la consecución de objetivos sin esfuerzo, etc.

Además de lo anteriormente expuesto entendemos que la adolescencia tiene particularidades especiales que a su vez pueden convertirse en sí misma factores de riesgo. A continuación señalaremos las más relevantes:

- Atracción por el riesgo
- Necesidad de autoafirmación y diferenciación del mundo de los adultos
- Inseguridad y al mismo tiempo omnipotencia
- Búsqueda de identidad en el grupo de iguales.

Esta búsqueda de identidad suele manifestarse con fuerza en la adolescencia a través de debilidad frente a la presión de grupo, búsqueda de independencia del mundo adulto a través de una excesiva dependencia del grupo. Adopción de papeles estables en el mismo y señas de identificación con el mismo, y al mismo tiempo de diferenciación de otros grupos.

LA FAMILIA

Dentro del ámbito familiar se vienen poniendo el acento de la prevención, dado que se trata de un entorno privilegiado en el que el joven puede encontrar afecto, protección, así como modelos de aprendizaje tanto de aspectos positivos, como negativos, de ahí el interés de aclarar cuales son los factores tanto de riesgo como de protección frente al consumo de sustancias, así como las diferentes formas de potenciarlos. A continuación revisaremos algunos aspectos en los que la familia desempeña un papel relevante.

Familia-Educación

Una función principal de la familia es educar y transmitir valores, se fomentan y crean los hábitos, estilos de vida y conductas.

Un aspecto a destacar en este proceso es el estilo que utilizamos a la hora de educar.

El **estilo autoritario** se caracteriza por el uso del castigo como modo de obediencia pero no hemos de olvidar que el castigo cuenta con efectos secundarios indeseados, como puede ser la rebeldía, el resentimiento hacia los padres y en general hacia las figuras de autoridad.

Existen asimismo estilos basados por el contrario en el **premio**, que puede ser tanto material, como en simple halago o atención. Este estilo se centra fundamentalmente en los aspectos positivos de la conducta del niño o joven.

Un tercer estilo es el denominado **estilo positivo** de educación, se trata de combinar tanto el premio como el castigo, además de la negociación y el razonamiento con nuestros hijos.

En líneas generales las pautas de crianza o educativas parecen tener un valor predictor importante sobre el consumo de drogas a largo plazo. Otras cuestiones íntimamente relacionadas son el grado de comunicación entre sus miembros, la inconsistencia de límites y normas, así como expectativas poco claras sobre los hijos. En líneas generales las expectativas académicas de los padres hacia los hijos parece predecir el inicio de consumo (NIDA, 1996).

ACTITUDES Y MODELOS DE CONDUCTA DE LOS PADRES

Las actitudes positivas de los padres hacia el uso de drogas aparecen asociadas al uso de sustancias por parte de los hijos en diversas investigaciones. El hecho de consumir drogas en la casa parece ser un buen predictor del consumo de los hijos en el futuro.

En otro orden de cosas, hablemos de una serie de aspectos que facilitan la protección para el joven, y que han de ser fomentadas desde la familia:

Fomentar seguridad en sí mismos

Es una valiosa forma de incrementar la autoestima. «Las personas con buen concepto de sí mismas se valoran positivamente y están seguras

de sí mismas (J.A. Ríos, y col., 1997). La seguridad en nosotros mismos se relaciona en cómo nos sentimos hacia nosotros mismos, cómo nos valoramos, cómo nos comportamos y relacionamos con los demás. Una persona segura de sí misma suele tomar decisiones, tolerará las frustraciones, y será capaz de manifestar sus sentimientos y emociones. Para fomentar la seguridad en nuestros hijos es necesario:

- Aprender a valorar sus logros. Es muy frecuente la tendencia de los padres a destacar los errores con afán de corrección, pero sin embargo en pocas ocasiones destacamos los avances.
- Ajustar nuestras expectativas a sus cualidades. Las metas no han de ser ni muy altas, ni muy bajas, para ello es necesario que le observemos, que sepamos qué puede dar de sí, cuales son sus necesidades y cuales nuestros deseos.
- Manifestar aceptación y cariño. Para el adecuado desarrollo de una persona es necesario sentirse querido, y por supuesto también aceptado tanto si se es gordo, como flaco, más o menos inteligente o ingenioso.

Fomentar la autonomía

El hecho de tener responsabilidades y obligaciones, aumentará la seguridad en sí mismo del joven y ello les ayudará a madurar. Por esta razón hemos de darle la oportunidad de tomar decisiones, aún a riesgo de equivocarse.

Por otra parte las responsabilidades han de estar ligadas a tareas concretas. Este reparto de tareas en la familia puede y debe negociarse de acuerdo a las capacidades y disponibilidad de todos sus componentes.

Fomentar el autocontrol

Es una magnífica forma de hacer frente a situaciones que nos generen ansiedad, por lo que una primera cuestión a revisar es si nosotros

somos capaces de ejercitar un adecuado autocontrol ante situaciones que nos generan tensión, dado que somos un modelo muy relevante para nuestros hijos.

Fomentar la comunicación

La comunicación adecuada no siempre es fácil en la sociedad en que vivimos en que nuestras obligaciones (trabajo,...) disminuyen el tiempo en casa y dificultan el contacto continuo entre los componentes de la familia, pero esta se vuelve sumamente compleja en la adolescencia. Por ello es interesante en primer lugar observar nuestra propia actitud ante las situaciones de comunicación (mirada, tono voz, distancia, escucha,...) así como nuestras reacciones ante las frecuentes provocaciones del adolescente, lo que a veces puede llevarnos a enzarzarnos en una pelea infructuosa.

Otras cuestiones a destacar son: evitar las descalificaciones y la crítica negativa, ordenar los problemas a abordar, a veces bombardeamos a nuestros hijos.

Fomentar la resolución de problemas y la toma de decisiones

Encontramos muy adecuada la técnica de resolución de problemas para enseñar a nuestros hijos la autonomía en este aspecto. El primer paso es la definición clara y precisa del problema. Buscar soluciones, aportando ideas, y a continuación valorar las soluciones (aspectos positivos y negativos que tendría cada decisión), así como realizar la elección final.

EL ENTORNO

Desorganización comunitaria

Aquellas en que el ambiente comunitario aparece desorganizado son zonas de actuación preferentes. Por estas mismas razones uno de los objetivos de los programas de prevención será el de fortalecer instituciones sociales y el contacto entre ellas.

Disponibilidad y accesibilidad de la sustancia

Parece que a mayor disponibilidad mayor consumo de sustancias y esto es válido tanto para sustancias legales como ilegales.

Percepción Social del consumo

Cuanto más baja es la percepción de riesgo de uso de sustancias, más se extiende en la población. Este hecho recuerda mucho la situación de la cocaína por otra parte: Cuanto mayor es el riesgo del consumo sustancias en contacto, más es el grado de peligrosidad adjudicada a la misma.

Los adolescentes que creen que el consumo de sustancias tendrá consecuencias negativas, las consumen en menor grado de aquellas que piensan lo contrario.

Movilidad de la población

Es un índice de alto riesgo en cuanto a sociedades vulnerables. No sólo los cambios de residencia, sino también los cambios de colegio son momentos de riesgo y depresión que son tenidos en cuenta en el diseño de actuaciones de prevención con adolescentes.

Normas y leyes de la Comunidad

Cuando estas son contrarias al uso de drogas actúan como factores de protección.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

1. Es necesario desarrollar programas que aborden diferentes factores de riesgo y protección, por tanto serán programas multicomponentes. Cada vez se defiende más la idea de la acumulación de factores de riesgo en diferentes ámbitos y por tanto también de factores de protección que disminuyen la vulnerabilidad.

2. Deben evitarse los efectos contrapreventivos. Por tanto, ha de asumirse que no todos los programas son efectivos para cualquier población.
3. Priorizar las intervenciones sobre colectivos de alto riesgo potenciando factores de protección.
4. Restringir el acceso a drogas legales.
5. Las intervenciones tempranas con niños de alto riesgo reducen los problemas que suelen aparecer con más frecuencia en el ámbito escolar: absentismo, expulsiones, fracaso escolar. Además aquellas intervenciones que incluyen el trabajo con padres incrementan el rendimiento académico.
6. El aprendizaje y desarrollo de habilidades positivas de socialización desde la escuela y la familia, parecen estrategias adecuadas cuando se orientan a niños de alto riesgo, como es el caso de niños que manifiestan una conducta agresiva desde la primera infancia.

BIBLIOGRAFIA

- AIZPIRI, J. Y KALINA, E (1987) Los padres frente a la droga. PPC, Madrid
- ALONSO, D y cols. (1996). La prevención de las drogodependencias en la Comunidad Escolar. Colección Actuar es posible. PNsD
- ARBEX, C y otros (1995). Materiales de Formación en prevención de drogodependencias. Tomo 1. Módulo Contenidos Generales. Ed. PPD.
- ALONJOC. Y DEL BARRIO V (1994). Influencia de los factores familiares en el consumo de tabaco y alcohol. Sociodrogalcohol (XXI Jornadas Nacionales)
- ALVIRA, F (1984) El consumo de alcohol y otras drogas de los adolescentes españoles. Madrid. Dirección General Salud Pública.
- BEGOÑA, E (1994) La prevención comunitaria: Avances y límites en drogodependencias. Rev. Intervención Psicosocial, Madrid.
- BERJANO E, MUSITV, G (1987). Las drogas. Análisis Teórico y Métodos de Intervención. Nau Llibres. Valencia.
- CALAFAT, A y otros (1989). Qué decide. Programa de educación sobre drogas. Mallorca. Servei d'informació de l'Abús de Drogues. Comissió de Sanitat del Consell Insular de Mallorca.
- CALAFAT, A. Malestar juvenil, estilos de vida y consumo de drogas. MIMEO, 1993
- CALAFAT, A (1995). Factores de riesgo como fundamento de programas preventivos. En « Drogodependencias IV Prevención». Universidad Santiago.
- CAZARES, A (1997). Investigación sobre intervenciones preventivas: enfoque y perspectivas. En : Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas. Monografías de Investigación. FAD.
- COMAS, D. Factores socioculturales en la adquisición de dependencia a las drogas, Madrid, MIMEO, 1989.
- DIRECCION GENERAL DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD. La cultura del alcohol entre los Jóvenes de la Comunidad de Madrid. Doc. Técnicos de Salud, Madrid 1993.
- FUNES, J. Nosotros, los adolescentes y las drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. PNsD, 1990.
- FUNES, J. (1996) Los adolescentes y las drogas, Aguilar. Madrid
- GAMELLA, J.F. y cols, Drogas de síntesis en España, PNsD.
- GID, (Octubre, 1996). Estudio «Reducción de la demanda de drogas. Prevención del abuso de drogas en España». En prevención de las drogodependencias PNsD 1997.

- GOLDSTEIN, A, y col (1989). Habilidades Sociales y autocontrol en la adolescencia. Martínez Roca. Barcelona.
- MARTIN, E (1994) La prevención comunitaria: Avances y límites en drogodependencias. Rev. Intervención Psicosocial, Madrid.
- MARTIN GONZALEZ, E. La prevención en España hoy: Propuesta de consenso institucional, técnico y social en prevención de las drogodependencias. PNSD, 1997.
- MENDOZA, R, Los escolares y la Salud. PNSD, Madrid 1991
- MONCAD, S, Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Prevención de las drogodependencias. PNSD, 1997.
- MOEBAY, R. Los programas comunitarios de prevención de drogodependencias. CRE-FAT, Madrid, 1994.
- ONATE, P. Prevención educacional de las Toxicomanías. Criterios Básicos. Comunidad y Drogas, col, 1987.
- PINEAULT, R, Daveluy, C. (1988). La Planificación Sanitaria: Conceptos, métodos y estrategias. Ed. Masson, Barna.
- PNSD (1996). Criterios de acreditación en prevención.
- RIOS, J.A y colbs (1997). La prevención de las drogodependencias en la Familia. Colección Actuar es posible. PNSD.
- ROBLES OROZCO, G. Bases para una política Nacional de Prevención, en Prevención de las drogodependencias PNSD, 1997.
- JAN MARTIN H, PASTOR V (1988) Salud Comunitaria, Teoría y Práctica. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
- VALLES, A (1996). Padres, hijos y drogas Generalitat Valenciana. Valencia.
- VEGA, A. Las drogas en el proyecto educativo de la escuela. Promolibro, M, 1993.

CAPÍTULO II

REVISION DE ASPECTOS METODOLOGICOS

Una vez superadas las primeras fases de puesta en marcha de programas de prevención, entramos en una etapa diferenciada por el interés tanto de los técnicos, como de las Administraciones Públicas en profundizar en las condiciones que debe reunir la implantación de los programas y actividades preventivas, así como en acentuar la importancia de evaluar las mismas.

Tomando como referencia el documento del PNsd sobre criterios de acreditación en prevención, estamos de acuerdo en destacar los cambios generados en cuanto a las sustancias, centrándose en la actualidad en los estilos de vida de las personas. Partiendo de una evaluación previa de necesidades que justifiquen la pertinencia del programa como respuesta a los problemas detectados.

Acorde con esta cuestión todos los programas deberían cumplir al menos tres principios básicos:

Adecuada correlación con las características del problema por lo que ha de ajustarse a la valoración previa de necesidades.

Cumplir las exigencias metodológicas en la planificación, implantación y evaluación.

Los programas han de estar basados en teorías contrastadas, y por tanto partir de trabajos científicos.

Teniendo en cuenta lo anterior encontramos de enorme utilidad la «Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias» (1997), dado que a través de su fórmula de responder a determinadas preguntas quedarían solventados muchos de los déficits de los programas de prevención. Entendemos se trata de una propuesta

interesante. En cualquier caso a continuación vamos a revisar brevemente las distintas etapas de que debería estar compuesto un programa.

1. Evaluación de la planificación

Esta fase corresponde al diseño inicial de cualquier actividad. Por tanto la primera cuestión a plantearse debería ser qué pretendemos prevenir desde un punto de vista concreto. Características tanto demográficas, como sobre el problema del consumo de sustancias.

Un aspecto importante, y que como veremos se destaca en el cuestionario es el hecho de definir el marco conceptual y teórico del que se parte a la hora de explicar el problema tanto en su génesis como en el mantenimiento del mismo.

Respecto a la evaluación de necesidades es importante no sólo conocer las características generales de la población, sino también las características específicas del problema: incidencia, prevalencia, pronóstico de evaluación. Actividades de prevención previas, déficits especiales, etc.

Todo ello nos debe permitir definir el grupo objetivo sobre el que vamos a intervenir.

2. Programación

Respecto a la programación, el paso en sí relevante sería la determinación de objetivos, y en este campo existe un amplio acuerdo en la necesidad tanto de recoger objetivos generales como específicos, y las características de estos: medibles, factibles, operativos, expresados temporalmente, etc.

Otra etapa importante será tanto la definición de métodos y estrategias de intervención, como la disponibilidad de recursos, (materiales, humanos y presupuestarios).

Precisamente en el proceso de elección de técnicas y el uso de las mismas en los programas de prevención, se centra el presente estudio, por lo que dejamos la reseña de las mismas para un capítulo posterior.

3. Evaluación

Estamos totalmente de acuerdo en el planteamiento que realiza el PNSD (Criterios de acreditación en prevención, 1996) en cuanto a que los programas de prevención han de tener una fundamentación teórica clara, y en relación al conjunto de los objetivos planteados.

También han de definirse con claridad las actividades, temporalización y desarrollo de las mismas con los recursos disponibles. Pero entendemos que un paso más es el de poner en relación las variables relacionadas con la conducta de consumo y las variables mediadoras o modeladoras de este consumo en función de las estrategias de intervención.

En cualquier caso la planificación de la evaluación nos resulta una pieza clave a la hora de comenzar a valorar resultados, tanto en positivo, como sobre aquellos efectos de nuestra intervención no deseados.

En todo caso es conveniente diferenciar claramente la evaluación de proceso y la evaluación de resultados.

Entendemos la evaluación de proceso como el primer escalón imprescindible en la evaluación. Dentro del proceso puede distinguirse:

- **Evaluación de la cobertura:** es decir que tasa de población objetivo y población general llegamos con nuestra intervención. Otro aspecto es la adecuación de nuestra intervención a la población objetivo.

- **Evaluación de las actividades:** estas han de estar relacionadas con los objetivos.
- **Evaluación de recursos humanos:** en este aspecto es importante reseñar claramente los componentes del equipo, dedicación horaria, titulación, formación específica, así como las funciones a desarrollar.

EVALUACION DE RESULTADOS

Un nivel más avanzado en la evaluación lo constituye la evaluación de resultados y el efecto de nuestra intervención sobre las poblaciones objetivo.

Respecto a los objetivos, siguiendo la clasificación establecida por el PNsD, entendemos muy útil de cara a diferenciar la tipología de los programas: sensibilización, conocimientos y actitudes, valores y modificación de conductas y estilos de vida.

En cualquier caso se requiere la planificación previa del mismo, tomando decisiones acerca de las variables e indicadores que tenemos intención de medir.

Por tanto puede estar definidos previamente los indicadores a través de los cuales vamos a evaluar nuestros resultados, las fuentes de obtención de los datos, así como los métodos de análisis de los mismos, ya sean cuantitativos o cualitativos.

BIBLIOGRAFIA

AGUIRRE Y Colbs (1998). Evaluación de Resultados. Editorial: PPD.

BUTIOSKI, W. (1995). Un marco de trabajo para la investigación en prevención del abuso de drogas. Ed. Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos. CEPS.

CARPENTIERI, M y Colbs (1999). Cuadernos de información para profesores sobre drogas. Ed. Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel. Santa Cruz de Tenerife.

CLAYTON, R (1995). Investigación sobre intervenciones preventivas: retos y oportunidades. En. Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos. CEPS.

DWYER, J. Y colb (1995). Aspectos referidos a la medida de resultados en los estudios sobre prevención del abuso de drogas. En Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas. CEPS.

KRÖGER, C. Y colb. (1997). GUIA PARA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS EN EL AMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS. European Monitoriuy Centre for Drays and Drag ñ Addiction.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO

Técnicas Psicológicas aplicadas a los programas de prevención de las drogodependencias.

1. Datos preliminares

Deseamos destacar que del porcentaje de respuestas recibidas 65% de las mismas son procedentes de psicólogos que trabajan en instituciones públicas frente a entidades privadas. Respecto a su experiencia en drogodependencias alrededor del 70 % cuentan con ella, frente a expertos en otros ámbitos de aplicación de la psicología (14%).

En relación a los modelos teóricos de partida o referencia nos encontramos con el modelo cognitivo-conductual de modo mayoritario (37 %). Ahora bien nos resulta interesante destacar asimismo la variedad de modelos referenciados, a continuación reseñamos los mayoritarios:

- Modelo Psicodinámico
- Modelo Relacional-Sistémico
- Modelo de Competencia
- Modelo de Aprendizaje Social
- Modelo Conductual
- Modelo Comunitario de Intervención
- Modelo Educación para la Salud

Todo ello pone en evidencia la variedad de modelos y métodos utilizados para prevenir el consumo de sustancias.

Respecto a los ámbitos de aplicación más frecuentes hemos de señalar que son: el escolar, comunitario, familiar y municipal. Asimismo las poblaciones reseñadas son los jóvenes en situación de riesgo o no, padres y madres, profesores y educadores en general, asociaciones juveniles.

Otro dato interesante a destacar es la participación mayoritaria del psicólogo en todas las fases de gestión de los programas de prevención (desde el diseño de la planificación hasta los procesos de evaluación) situado en nuestro estudio en un 65 %.

2. Técnicas y procedimientos psicológicos utilizados en la fase de diseño de programas preventivos

2.1. Nivel de participación del psicólogo

Se destaca mayoritariamente la participación del psicólogo en el proceso de diseño, siendo a veces el profesional más representativo y su grado de participación muy intensa. El tipo de tareas que con frecuencia desarrolla el psicólogo son las siguientes:

- Realizar la fundamentación teórica en función del modelo de partida
- Estudio de la población sobre la que va a intervenir en muchas ocasiones a través de encuestas, definiendo también la población diana u objetivo.
- Análisis de necesidades: revisión de datos previos, consulta de materiales y programas ya ejecutados. Valoración de las variables psicosociales sobre las que hay que intervenir.
- Establecimiento de objetivos generales y específicos.
- Programación e implementación. Esta etapa se relaciona con la elaboración de material preventivo e informativo. Consulta con

otros profesionales para la elaboración del programa. Diseño de la metodología a seguir.

2.2. Especificación de técnicas y procedimientos derivados de la psicología en la definición del programa

A continuación reseñamos un listado de las técnicas recogidas por el cuestionario:

- Observación directa
- Registros
- Planificación de acciones
- Grupos de discusión
- Cuestionarios
- Técnicas derivadas de la Psicología Social Comunitaria
- Análisis de variables personales implicadas en el uso / no uso de sustancias
- Análisis funcional
- Técnicas grupales de recogida de opiniones

2.3. Técnicas y procedimientos compartidos con otras disciplinas

- Técnicas de investigación social
- Métodos estadísticos
- Técnicas de muestreo (cuestionarios y entrevistas)
- Grupos de discusión

- Técnicas de manejo de grupos
- Estudios de campo
- Estudios epidemiológicos
- Gestión de recursos materiales, humanos y presupuestarios
- Técnicas Psicopedagógicas
- Medidas del consumo de sustancias

En líneas generales estas técnicas suelen compartirse con profesionales: sanitarios, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales y profesionales de la educación.

2.4. Establecimiento de Objetivos

- Recogiendo en primer lugar información sobre el contexto en el que se va a intervenir (estudio de necesidades) que nos permita conocer entre otras cuestiones las tendencias del uso de drogas entre la población diana.
- Valorar también los recursos humanos, materiales y presupuestarios para establecer objetivos, alcanzables.
- Coordinar las actuaciones intersectoriales (juventud, mujer, escuela, etc...)
- Recoger también previamente las opiniones de los expertos
- Tener en cuenta el marco teórico de partida implantando una o varias hipótesis, que mediante evaluación posterior podemos comprobar o refutar.

En cualquier caso los informantes establecen como características básicas de los objetivos las siguientes: que sean realistas, específicos,

medibles, alcanzables y evaluables a corto plazo, así como ajustados a las necesidades detectadas.

Se destaca también, que en el caso de las Instituciones Públicas, con frecuencia los objetivos vienen marcados por dichas instituciones, tratándose de programas estandarizados, en los que al psicólogo o profesional que lo aplica no participa en esta fase de establecimiento de objetivos.

2.5. Métodos diagnósticos de evaluación utilizados antes y después de la definición de objetivos

Se reseñan con máxima frecuencia los mismos que vienen utilizándose en la evaluación de necesidades.

Se trata pues de métodos tanto cuantitativos como cualitativos.

- Estudios de actividades, valores y motivaciones en relación abuso de drogas.
- Autoinformes
- Cuestionarios de vulnerabilidad a la presión de grupo; de autoestima; percepción de control respecto a la salud.
- Cuestionarios sobre hábitos de consumo
- Análisis funcional
- Registros de actividades
- Establecer un método de recogida de información a través de informantes clave procedentes de la comunidad donde vamos a intervenir.
- Utilización de los datos procedentes de estudios epidemiológicos y sociológicos de la zona.

2.6. Instrumentos y técnicas de evaluación en el proceso de definición de objetivos

- Cuestionarios pre-post
- Uso de métodos estadísticos para el análisis de datos
- Inventarios de evaluación autoestima, autocontrol, habilidades sociales, escalas de depresión y ansiedad.

Se destaca, por los informantes el hecho de que la mayoría de las escalas no están validadas para la población española y se trata o bien de meras traducciones o bien de diseños específicos para la intervención concreta por lo que su validez muchas veces es una incógnita.

- Inventarios de intereses y expectativas
- Estudios sobre factores asociados al consumo
- Recogida de información sobre las consecuencias derivadas del consumo
- Diseño de escalas de likert, diferenciales semánticos.
- Autorregistros

3. Técnicas y procedimientos en la implementación de los programas

En relación al nivel de participación de los psicólogos en esta etapa, se señala que este es alto y mayor que el de otros profesionales, si bien en bastantes ocasiones en segunda línea, proporcionando apoyo a otros profesionales que desarrollan directamente el programa. En general forman parte de un equipo interdisciplinar y su actuación complementa la de otros profesionales (educadores sociales, sanitarios, profesores, etc.)

En muchos casos su tarea principal va a ser el entrenamiento de los profesionales-mediadores que aplican el programa. También suelen cumplir un papel de asesoramiento y seguimiento del proceso.

3.1. Métodos para la elección de técnicas a utilizar en programa

Las técnicas varían mucho de unos programas a otros. En parte de las ocasiones vienen ya definidas en el programa, en otras ocasiones se eligen comparando objetivos y recursos disponibles. Otras veces se eligen de acuerdo al dominio profesional que tienen los miembros del equipo.

En otras ocasiones la elección se realiza mediante discusión grupal (políticos, técnicos y agentes comunitarios) buscando el consenso entre todos.

3.2. Enumeración de técnicas psicológicas

A continuación se recogen las de mayor frecuencia:

- Información
- Juego de Roles
- Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Comunicación
- Técnicas asertivas
- Modificación de creencias
- Discusión sobre ideas irracionales
- Reestructuración cognitiva
- Técnicas grupales e intervención comunitaria
- Counselling

- Entrenamiento en Autocontrol
- Habilidades de planificación
- Técnicas de control de ansiedad y estrés. Relajación
- Toma de decisiones
- Resolución de problemas
- Control estimular
- Mejora autoestima
- Técnicas de la RET (técnicas gestalt)
- Discusiones dirigidas
- Tormenta ideas
- Técnicas de Modelado y Moldeado
- Técnicas de manejo de contingencias
- Ensayos conductuales y aproximaciones sucesivas
- Exposiciones imaginarias
- Técnicas de Reforzamiento y recompensa

3.3. ¿La ejecución de las técnicas es realizada por el psicólogo o sólo supervisa la intervención de otros profesionales?

En líneas generales es el psicólogo quien ejecuta las técnicas psicológicas, salvo en las intervenciones con población intermedia: profesores, monitores de tiempo libre, educadores, etc., a los que previamente se entrena en la técnica.

4. Técnicas y procedimientos en la evaluación de programas

En líneas generales el psicólogo participa con frecuencia en esta etapa, pero siempre y cuando exista un equipo para realizarla conjuntamente.

Se destaca por parte de los informantes la necesidad de una mayor formación de los profesionales en esta área.

Respecto a otros profesionales es variado el abanico de posibilidades, los que intervienen con más frecuencia son:

- Maestros, asistentes sociales, educadores, médicos, ATS, terapeutas Ocupacionales, sociólogos, educadores de calle, informáticos, pedagogos.

4.1. Técnicas y procedimientos de evaluación de programas

- *Planificación:*
 - Ajuste entre objetivos y actividades planificadas
 - Selección y muestreo de variables
 - Revisión bibliográfica
 - Estudios de campo
- *Proceso:*
 - Entrevistas
 - Cuestionarios pre y post
 - Memoria de actividades
 - Hojas de registro, informes de participantes, etc.

- *Resultados:*

- Comparación de medidas pre y post respecto a los objetivos
- Evaluación mediante técnicas estadísticas
- Diseños experimentales y cuasi-experimentales

- *Impacto:*

En general se evalúa en pocas ocasiones el impacto. Pero suele medirse mediante:

- Registros de participantes
- Cuantificación de las personas a las que ha llegado el programa.

4.2. Profesionales encargados de estas tareas

Psicólogos, Educadores, Sociólogos, Trabajadores Sociales, personal Sanitario, Epidemiológicos, Profesores, Estadísticos (cada profesional suele evaluar su área)

4.3. Técnicas y procedimientos procedentes en exclusiva de la psicología en los diferentes tipos de evaluación

Pasamos a enumerar a continuación:

- Evaluación conductual
- Evaluación de resultados en los que se miden variables psicológicas tales como habilidades, conductas, estados de ánimo, etc.
- Evaluación de técnicas grupales
- Técnicas psicométricas en la utilización de cuestionarios y escalas

- Inventarios de procesos de cambio
- Medidas sobre motivación y de hábitos adquiridos

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DEL GRUPO DE DISCUSIÓN

Tal y como especificábamos en el anexo 1, dedicado a describir la metodología del proyecto, el grupo de discusión se reunió durante una jornada completa de trabajo, tras haber cumplimentado el cuestionario con anterioridad. En una primera etapa el grupo se dividió en dos grupos revisando nuevamente y en común los bloques de cuestiones planteadas en el cuestionario. Por tanto a continuación vamos a destacar las cuestiones más relevantes consensuadas en el grupo, obviando aquellas ya enunciadas en los resultados obtenidos en los cuestionarios, y que por tanto consideramos redundantes.

1. Participación del psicólogo en el diseño

La figura del psicólogo es imprescindible en el diseño del programa de prevención. Su tarea en esta fase sería en primer lugar la de hacer una evaluación previa de las necesidades a partir de la población a la que va dirigido el programa, un acercamiento a lo que hay que prevenir. Los programas de prevención, en ocasiones, se aplican sin saber si hacen falta realmente. Escasamente en esta fase se hace referencia a un marco teórico desde el punto de vista científico y cuando se hace es vagamente. El análisis de necesidades previo al diseño del programa generalmente se basa en revisar los datos de consumo (que no siempre son de la población concreta con la que se va a trabajar). Creemos conveniente que un análisis de necesidades debería tener muchos más componentes que el anteriormente citado; deberían incluirse los recursos y los déficits que tiene esa población, tanto en relación al consumo de drogas como de un modo más global.

Tras esto puede hacerse un buen diagnóstico de partida para que la intervención preventiva sea óptima y adecuada a las necesidades. Es fundamental que el profesional utilice para la fase de diseño del programa de prevención sus conocimientos sobre psicología evolutiva,

debido a la importancia de este campo de la psicología en la comprensión de distintos fenómenos. Cabe señalar que es de suma importancia que el psicólogo participe en todo el proceso del programa de prevención, no solo en la fase de diseño. También tiene que formar parte de la implementación del programa y de la evaluación de los resultados. La importancia de esto último radica en que si no ocurre así, el psicólogo no podrá corregir y hacer modificaciones del programa en relación con los resultados para posteriormente reformular el diseño con el objetivo de que los resultados sean más satisfactorios. La importancia de realizar una evaluación previa de las necesidades se basa fundamentalmente en el fenómeno de que en el diseño de las intervenciones del programa se pide una actuación casi inmediata, lo cual invalida el proceso de diseño.

Cabe destacar la importancia de que la fase de diseño de un programa de prevención debería quedar recogida en un protocolo o manual, y que esto se hiciera desde un marco científico que fuera revisable. Desde ese punto se estudiaría la participación del psicólogo y otros profesionales en esta fase.

En este punto habría numerosas recomendaciones:

- Actualmente si existen planteamientos científicos en prevención, pero no se transmiten a todos los profesionales
- Hay un reducido espacio de formación y actualización
- La prevención debería ser algo continuo y revisable a lo largo de la vida en diferentes etapas y situaciones
- Una línea de investigación importante sería el elaborar una sistematización de los mínimos que se deberían exigir para iniciar una intervención preventiva haciendo un análisis de necesidades exhaustivo.
- Aprovechando el momento en el que se encuentra la prevención en España en relación con su conexión con Europa (P.ej. el Obser-

vatorio Europeo de Drogas) sería interesante la creación de un observatorio que centrara su trabajo en los métodos de trabajo que se están utilizando en el campo de la prevención. Este equipo de profesionales debería estar formado por un grupo de expertos que investigará lo que se está realizando en relación con el tema, cuales son las dificultades que surgen en la ejecución de los programas, los resultados que se van teniendo en los programas de prevención y que estos tengan alguna conexión con los de la investigación básica. También sería adecuado que este grupo se encargara de que los programas de prevención ya elaborados incluyeran un apartado en el que estuvieran descritas tanto las condiciones idóneas de aplicación como las contraindicaciones, es decir, cómo y dónde se debe o no aplicar este programa.

2. Tipos de profesionales que participan conjunta o independientemente

En la mayoría de los casos estos profesionales son psicólogos. También el tipo de profesional depende del tipo de actividad preventiva que se vaya a realizar y del tipo de población a la que vaya dirigida. En ocasiones participan médicos, auxiliares técnicos sanitarios, trabajadores sociales y/o sociólogos. Cuando la intervención preventiva es con menores suelen participar educadores y en algunos casos también educadores de calle. En algunas comunidades autónomas se crean figuras específicas como es el caso del Agente de prevención y el del técnico de prevención que puede ser un psicólogo, asistente social, sociólogo o médico.

En este punto es importante destacar que sería positivo que se tuviera en cuenta a todos aquellos profesionales que de alguna forma van a tener que ver con la ejecución del programa. Muchas veces los equipos que diseñan los programas tienen poco que ver con los profesionales que luego los ejecutan (p. Ej. En el caso de la aplicación de programas en el ámbito escolar se debería incluir a los profesores en esta fase de diseño) para que la intervención esté más adaptada a la realidad.

Sería necesario que en este punto se estableciera un marco de referencia para así optimizar las intervenciones preventivas.

5. Proceso de elección de técnicas psicológicas para la implementación de programas

El proceso de elección de técnicas debería realizarse desde un punto de vista pragmático, práctico y coyuntural. Este proceso variaría dependiendo del profesional ya que en muchos casos las técnicas que se vayan a utilizar dependen del conocimiento que tenga este respecto a ellas. Esa elección de técnicas se tiene que realizar en base a un grupo concreto con el que se va a trabajar y al ámbito de aplicación del programa (ej: familia, comunidad, escuela, etc). No hay que olvidar que el diseño del programa condiciona la aplicación de técnicas.

En muchos casos se da una asunción de la validez de las técnicas sin que exista una evaluación de las mismas. En este punto el grupo de expertos citado en este informe anteriormente, tendría una función intermediaria de análisis de estas técnicas, de feedback constante a los integrantes de las otras realidades y de establecimiento de los mínimos exigibles para la aplicación de las técnicas.

Hay que tener en cuenta que el desarrollo teórico, metodológico, organizativo y presupuestario en prevención esta poco desarrollado. Un tema de investigación que sería muy interesante en este campo sería la evaluación no sólo de la intervención inicial sino del impacto, de los resultados.

6. Descripción de las técnicas más frecuentes

Las técnicas más frecuentes en prevención son las dinámicas de grupo: exposición magistral, discusiones dirigidas, lluvia de ideas, role-playing, modelado, solución de problemas, habilidades sociales,

toma de decisiones, técnicas de autocontrol, etc. A veces se utilizan también técnicas de relajación, aunque esto no es muy frecuente. En algunos programas se utiliza el autorregistro.

7. Tipo de profesional que ejecuta las técnicas

Estos suelen ser psicólogos, educadores, profesores, trabajadores sociales, monitores de tiempo libre, educadores de calle, médicos, pedagogos, terapeutas ocupacionales y mediadores sociales. La actuación de uno u otro profesional se hace en función de la actividad y/o técnica que se va a llevar a cabo. Sería necesario que el programa definiera los roles de los profesionales que lo tendrían que llevar a cabo y los requisitos que estos tendrían que tener. Habría que especificar qué técnicas se tendrían que utilizar y por qué tipo de profesional, ya que existen técnicas que solo puedan ser ejecutadas por determinados profesionales. Cabe señalar además las posibles contraindicaciones que pueden ser muchas y a veces peligrosas.

Es necesaria la supervisión de la ejecución de las técnicas por el profesional indicado y el establecimiento de canales para poder señalar los posibles problemas que puedan surgir en la aplicación de estas técnicas y resolverlos. No toda la implementación de técnicas tienen que ser ejecutada por el psicólogo. Lo que si es imprescindible que supervise la ejecución y que exista un canal directo de comunicación con aquel profesional que la esta ejecutando.

8. Tipo de profesional que evalúa la eficacia de las técnicas

Este es uno de los campos menos desarrollado dentro de la prevención. Existe una ausencia de evaluación de las técnicas, tomando el concepto de la evaluación como la idoneidad o adecuación de una técnica para una determinada actuación o intervención. El profesional que debe evaluarla depende fundamentalmente del tipo de técnica.

La eficacia de las técnicas no se suele evaluar de manera protocolizada, aunque si se suelen evaluar en las reuniones periódicas del equipo multidisciplinar en relación con los objetivos iniciales de la intervención. Probablemente la eficacia de la técnica la tendrá que valorar el equipo que ha diseñado y que ha planificado la intervención. Lo que si se suele evaluar son las actividades puntuales de prevención .

Es importante plantear la utilidad de la valoración de las técnicas, tanto por los profesionales como por la población destinataria, en las fases iniciales o de transformación del programa.

En este punto habría que puntualizar que la evaluación de la eficacia de las técnicas no es fácil, ya que los resultados no se ven a corto sino a largo plazo.

9. Profesionales que diseñan la evaluación de los programas

La evaluación de la eficacia de las técnicas en los programas de prevención es escasa o nula. La evaluación global de los programas debe ser un sumatorio de las partes del programa, por lo que los profesionales que deben diseñar la evaluación de los programas deben ser todos aquellos que participen en el diseño. En la mayoría de los casos estos son psicólogos.

En la evaluación de programas de prevención no es tan importante que los resultados no sean los esperados como que haya coherencia interna entre objetivos, indicadores e instrumentos. El campo de la sociología es complementario en este proceso de evaluación de los programas.

10. Uso de técnicas-procedimientos psicológicos en la evaluación de programas

En evaluación de programas, por lo menos en lo que respecta a la evaluación de resultados, el modelo más habitual son los **cuestiona-**

rios pre-post en un diseño experimental con grupo control. Luego también se utilizan protocolos e instrumentos de **registro**. Generalmente estos instrumentos son diseñados a propósito del programa. Otro tipo de técnicas que se utilizan son técnicas cualitativas de **discusión** antes y después del programa con las personas que han intervenido en el mismo.

Es importante destacar que hoy día el nivel de desarrollo que tiene la prevención no permite sistematizar los procedimientos de la manera que sería adecuada. Esta sistematización se da en otras áreas de intervención que llevan más trayectoria y más trabajo consensuado como p.ej. en la psicología clínica. En prevención no hay un desarrollo a ese nivel como para poder sistematizar. Esa sistematización no significa que el proceso sea un proceso cerrado, sino dinámico y que se vaya ajustando a las distintas necesidades. El nivel de desarrollo que tienen otros ámbitos concretos de evaluación y de intervención está más sistematizado. Ese nivel de desarrollo no lo tenemos en prevención. En prevención sería muy importante establecer consensos, establecer como vamos a hacer metodologicamente un proceso de evaluación. Una posible vía de investigación que sería muy interesante en prevención sería profundizar en el tema de evaluaciones de necesidades en una población para hacer un buen diagnóstico con el fin de que la aplicación del programa concreto sea efectivo. La necesidad de esto viene dada porque en prevención la mayoría de los casos el diagnóstico viene dado, no se hace previamente y esto influye en la eficacia de la intervención preventiva.

Uno de los problemas de la prevención es la inestabilidad de esta, debido en la mayoría de las ocasiones a la no continuidad del presupuesto. Esto incide negativamente en el mayor predictor de éxito como es la adherencia al tratamiento. En el campo de la prevención la continuidad es uno de los aspectos más importantes.

Es necesario que las novedades y avances de la investigación rigurosa sobre estos temas lleguen realmente a la gente que esta aplicando los programas. Esto se podría solventar si hubiera un equipo o una

entidad que se dedicara a este tipo de temas y que ofreciera soluciones adecuadas a cada caso, que tuviera un abanico de posibilidades con el que se pudiera surtir el profesional. Aquí se podría entrenar a los profesionales incluso a hacer el diseño de programas nuevos con los criterios mínimos de acreditación.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

A continuación vamos a revisar algunas cuestiones de alta coincidencia entre el grupo de expertos, el grupo de trabajo y las respuestas a los cuestionarios, pues entendemos que de ellas puede derivarse tanto un incremento en la eficacia de nuestras actuaciones, como un importante enriquecimiento desde el punto de vista metodológico.

1. Evaluación de necesidades

Se trata de una fase de cualquier proyecto sumamente relevante dado que de ella se derivarán tanto la determinación de los objetivos como la elección de técnicas. En muchos casos se constata que esta fase queda casi obviada por la necesidad de implantar con rapidez los programas, o bien se recurre a una revisión de los datos generales tanto poblacionales como de consumo. Datos que entendemos deberán ser el punto de partida de esta etapa.

Existe a nuestro modo de ver una carencia importante en cuanto a la evaluación de los déficits, o bien de los recursos de las poblaciones sobre las que vamos a intervenir. Entendemos pues que igual que un buen terapeuta para dotar al drogodependiente de habilidades de comunicación lo que va a tener que hacer es más una readaptación, que un entrenamiento. Por esto pensamos que debemos partir de una evaluación previa sobre las conductas en las que debemos intervenir. De este modo si nos proponemos intervenir sobre la autoestima de un grupo de alumnos, debemos medir esta, y además conocer sobre qué criterios se basa.

Otra de las cuestiones relevantes en esta etapa es el paso de cuestionarios u otros métodos de recogida de información. Nos encontramos con que en la mayoría de las ocasiones se crean específicamente para cada experiencia, lo cual no deja de ser una incongruencia dado

que esto hace imposible la validación, desconocemos su fiabilidad y por tanto su grado de replicabilidad.

En este aspecto entendemos que deberíamos disponer de un abanico de pruebas y procedimientos que especificara sus condiciones técnicas de aplicación, y por otra parte sus objetivos de medida: información, actitudes, expectativas, creencias, valores, conductas.

Creemos asimismo que dado que contamos con un sistema nacional que recoge infinidad de datos sobre prevención: Idea- Prevención sería interesante que a través de su publicación un grupo de expertos revisara las cuestiones reseñadas, pues es imposible que un profesional que va a ejecutar un programa de prevención, además sea un experto en cuestionarios.

2. Modelos teóricos

En este aspecto entendemos que una cuestión relevante especificar en los programas el punto de partida desde lo etiológico, pues proporcionaría una mayor coherencia interna al programa y por otra parte esta se transmitiría con seguridad a las poblaciones diana sobre las que intervenimos.

Con mucha frecuencia encontramos programas que utilizan habilidades de comunicación y relación, asertividad, autocontrol, es decir técnicas procedentes del modelo cognitivo-conductual. Ahora bien todos somos conscientes de los diferentes modelos de la psicología (sistémico, dinámico) y estamos seguros que buenos profesionales con esta orientación están desarrollando programas de prevención, y previamente por ello, sus técnicas deberían quedar reflejadas en los programas.

En cualquier caso una propuesta interesante es la de guiarse por la investigación, que en los últimos años ha realizado avances muy interesantes respecto a factores de riesgo y factores de protección. Sobre ellos entendemos se puede y se debe intervenir, con una medida pre-

via y post, así como con diferentes técnicas cualificadas para su modificación.

3. Aspectos metodológicos

Se detecta un importante déficit en cuanto a la formación en metodología de los profesionales que desarrollan los programas de prevención. Si bien es cierto que existen en todas las disciplinas expertos en esta materia en múltiples ocasiones se encuentran en la universidad e inmersos en investigación, por lo que al profesional de a pie le resulta casi inaccesible el contacto. En este sentido se recomienda la colaboración continua entre la universidad y el ejercicio profesional. Por otra parte nos gustaría destacar lo interesante que puede ser para los profesionales aplicados la «Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias» (1997), y que recogemos en nuestro capítulo II. Entendemos que todos los programas previo a su ejecución deberían estar en disposición a responder con mayor o menor amplitud las preguntas planteadas para cada etapa. Al menos esto garantizaría que se cumplen unos requisitos mínimos en la aplicación de los programas.

4. Materiales de prevención

Existiendo una enorme variedad de materiales (folletos, videos, carteles... etc.) a utilizar en los programas de prevención. Se da la paradoja de no disponer de un listado de condiciones de aplicación de los mismos (edades, momento del programa, experiencia previa, etc.). Entendemos sería recomendable avanzar en varios sentidos:

- Difusión e intercambio entre profesionales. Es posible que Idea Prevención fuese la aplicación ideal para ir presentando los materiales.

- Rigurosidad técnica: debería contar cada material con un pequeño anexo sobras las condiciones ideales de aplicación, así como las contraindicaciones. A modo de ejemplo pensamos que sería deseable llegar a una situación similar a los tests, en los que obligatoriamente cuentan antes de su publicación con todas estas especificaciones técnicas.
- Todo ello exigiría a los profesionales trabajar con protocolos estándar de mínimos exigibles, que permitirían tanto la evaluación como la replicación.

5. Técnicas

Si bien es cierto que muchas de las técnicas que se utilizan en los programas de prevención provienen o bien de la psicología clínica o bien de la psicología social, pueden ser fácilmente implantadas por mediadores, entendemos que sería conveniente que estos contaran con un equipo de apoyo y asesoramiento durante la ejecución de las mismas. Conclusión que nos alegra encontrar en el estudio que la FAD recientemente ha realizado entre los docentes españoles. Así refleja que el «60% recibió una formación de unas 20 horas, mediante cursos y seminarios, así como la inexistencia de equipos especializados que les ofrezcan apoyo» (En. Boletín GID, nº 23 Marzo 1999).

Otra de las cuestiones relevantes y a modo de conclusión y propuesta general de este estudio, es el hecho de la posibilidad de que desde el PNsD se promueva, en el marco del Observatorio Español sobre Drogas un equipo consultor específico para la prevención en drogodependencias. Esto es, que el observatorio no sólo nos proporcione datos de vigilancia epidemiológica y pronósticos de evolución de la incidencia, sino también la imprescindible adaptación de los nuevos estudios de investigación a las realidades cotidianas, dado que el profesional que ejecuta los programas no puede estar al día de los nuevos avances y tampoco tiene el tiempo suficiente para adaptar los mismos a su programa.

Por otra parte España cuenta con grandes expertos en prevención procedentes de diferentes disciplinas lo que permitiría que se supervisen las condiciones técnicas recomendables de muchos materiales, cuestionarios, escalas, etc., que luego podrían utilizarse.

Por último nos parece también interesante, y dado que el Observatorio Español sobre Drogas funciona en plena coordinación con el Europeo, este grupo de expertos podría ser el punto de conexión en cuanto nuevas iniciativas europeas en la materia, promoviendo el intercambio entre profesionales.

ANEXO 1

METODOLOGIA DEL PROYECTO

La metodología seguida ha sido fundamentalmente cualitativa, centrándose su atención en la opinión de los expertos sobre la utilización de la tecnología psicológica. Podemos estructurar su descripción en fases :

- Constitución de Grupo de expertos
- Diseño de cuestionario y confección del listado de Informante clave
- Constitución Grupo Discusión
- Elaboración de Conclusiones

Respecto a la primera fase se busca constituir un grupo de expertos en psicología procedentes de diferentes ámbitos (Universidad, Instituciones, Privados y ONGs). También no sólo expertos en prevención, sino también en otros ámbitos de aplicación de la Psicología.

Esto es, un grupo heterogéneo cuyo objetivo principal ha sido el pilotar al proyecto. En primer lugar definir las variables diseñando el cuestionario a enviar a los informantes clave.

Una vez confeccionado el cuestionario, la fase siguiente ha sido la confección de un listado de informantes claves que pudieran proporcionar información relevante sobre técnicas psicológicas utilizadas en el ámbito de la prevención.

El grupo de expertos ha estado compuesto por:

- Isabel Martínez Higuera
- Itziar Iruarizaga Díez
- Angel Polo Ruiz
- Dolores Portillo Morales

- Carmen Cuñarro Santiago
- Ana Palmerín
- Elena Sastre Mojón
- Coordinación: Manuela Matellanes

El método de trabajo seguido ha sido el de reuniones periódicas siguiendo un orden del día preestablecido, desde el inicio y presentación del proyecto, definición de cuestionario revisiones bibliográficas, listado de informantes.

Se adjuntan como anexos, tanto el modelo de cuestionario, como el listado de informantes clave sobre los que se ha recogido la información.

La siguiente fase, y a propuesta del grupo de expertos, surge la idea de organizar un pequeño grupo de discusión con algunos de los informantes clave, de cara a enriquecer y completar las respuestas a los cuestionarios.

Este grupo está compuesto por psicólogos que están vinculados al ámbito de la prevención en drogodependencias (se relacionan en anexo los miembros del citado grupo de discusión).

Una vez definido el grupo es convocado para una jornada completa de trabajo. Durante la misma en su horario de mañana el grupo se divide en dos pequeños grupos cuya misión principal, y respondiendo con anterioridad el cuestionario, es revisar punto por punto las cuestiones planteadas en el mismo. Durante la sesión de tarde se exponen las conclusiones más relevantes extraídas por ambos grupos. Todos los debates son grabados, de forma que puedan reproducirse adecuadamente las conclusiones de los mismos.

Respeto a la cuarta fase corresponde a la elaboración de las conclusiones del estudio en función tanto de las respuestas a los cuestionarios como de las conclusiones del grupo de discusión.

ANEXO 2

LISTADO DE INFORMANTES CLAVE INVESTIGACION TECNICAS PSICOLOGICAS EN PREVENCION

ALICIA ACERO ACHIRICA
JOSÉ ANTONIO ARANDA
FERNANDO DE ARCE GUERRA
ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
MÓNICA BERNALDO DE GUIROS
REMEDIOS COMAS VERDU
JOSÉ CUBERO FERNÁNDEZ
ROCIO FERNÁNDEZ BALLESTEROS
MARÍA JESÚS FORXAN PARGA
MARTA FRANCO FERNÁNDEZ
ENRIQUE GARCÍA HUETE
RAMONA GARRIDO MOLINERO
ISABEL GELABERT MOLINERO
JOSÉ GISBERT VICH
PEDRO MANUEL GÓMEZ ESPALLARGAS
JOSÉ GONZÁLEZ IGLESIAS
MILAGROS GOYANES MARTÍNEZ
ITZIAR IRUARRIZAGADIEZ
FRANCISCO JAVIER LABRADOR ENCINAS
LUCIA LADERO MARTÍN
NIEVES LAHUERTA GALÁN
MERCEDES LÓPEZ RUÍZ
JUAN ANTONIO MARCOS VAQUERO
M^a ISABEL MARTÍNEZ DÍAZ DE ZUGAZUA
ISABEL MARTÍNEZ HIGUERAS
EVA M^a MARTÍNEZ VILLALBA
MANUELA MATELLANES MATELLANES
JOSÉ ANGEL MEDINA MARINA
ANA ISABEL MEJÍA ESTEBARANZ
JOSÉ MANUEL MONTERO GUERRA
JOSÉ ANTONIO NIEVES CONTRERAS
SUSANA OJEDA MARTÍNEZ
JUAN OLCOZ GAMBARTÉ
SANTOS OREJUDO HERNÁNDEZ
M^a CONCEPCIÓN PEÑA RODRÍGUEZ
CONSUELO PÉREZ ARANGO
M^a ISABEL PÉREZ DÍAZ
ANGEL POLO RUIZ
DOLORES PORTILLO MORALES
JUAN DEL POXO IRIBARRIA
PATXI SANTOS DIEZ
ELENA SASTRE MOJÓN
MIKEL VALVERDE
CARMEN VICIOSOS ETXEBARRIA

II. PROGRAMAS.

- **Modelos teóricos de partida: (resumir)**

- **Ambito de aplicación:**

Población a la que se dirige: (pueden incluirse varias)

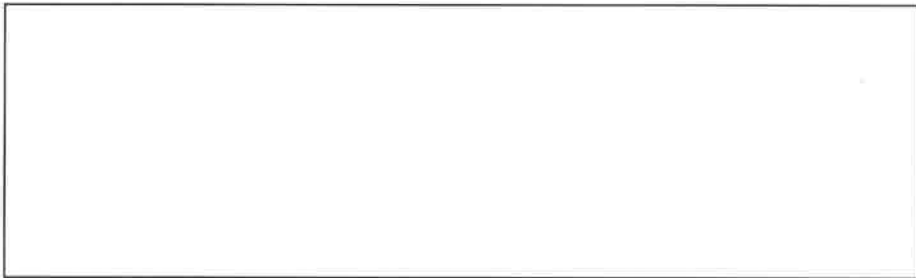
Fases del programa en las que has intervenido:

- ☐ Todas
- ☐ Planificación

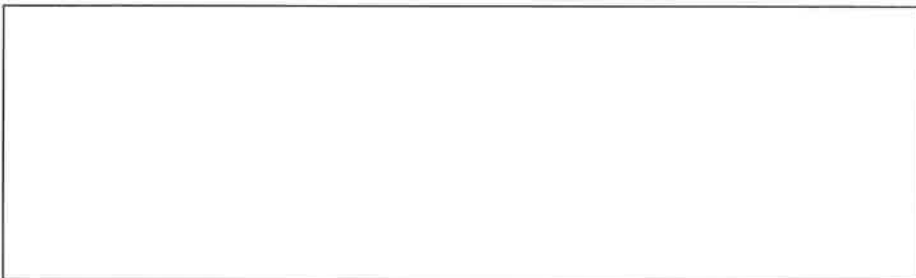
- ☐ Proceso
- ☐ Resultados
- ☐ Conclusiones
- ☐ Evaluaciones

III. TÉCNICAS Y/O PROCEDIMIENTOS EN EL DISEÑO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS.

- **Participación del psicólogo (describir brevemente)**



- **Especificar técnicas y/o procedimientos derivados de la Psicología, en la definición del programa.**

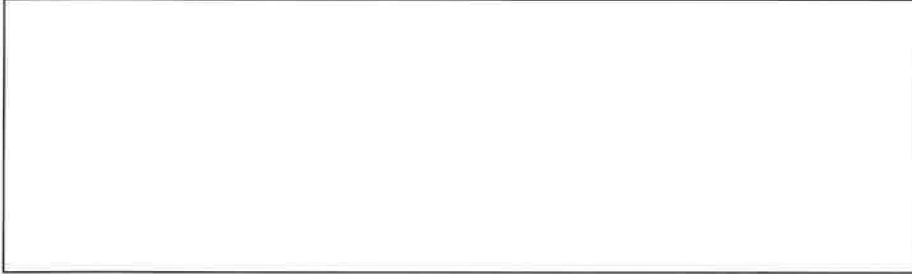


- **Especificar técnicas y/o procedimientos compartidos con otras disciplinas en la definición del programa.**

- **Especificar como se realizó el establecimiento de los objetivos.**

Métodos diagnósticos de evaluación utilizados, pre y post definición de objetivos.

- Instrumentos de evaluación y técnicas que con más frecuencia se utilizan en el proceso (cuestionarios, inventarios y escalas de evaluación psicológica, entrevista, encuestas sobre consumo, etc...)



IV. TÉCNICAS Y/O PROCEDIMIENTOS EN EL DESARROLLO O IMPLANTACIÓN DE LOS PROGRAMAS.

- Describe brevemente el nivel de participación del psicólogo con respecto a otros profesionales.



Definir el proceso de elección de técnicas a utilizar en el desarrollo.



- **Enumerar las técnicas psicológicas con más frecuencia utilizadas.**

- **Es el Psicólogo quien realiza la ejecución de las técnicas o sólo supervisa la intervención de otros profesionales?**

- **Si la respuesta anterior es afirmativa especificar que tipo de profesionales.**

V. TÉCNICAS Y/O PROCEDIMIENTOS
EN LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS.

- **Describe brevemente el nivel de participación como psicólogo.**

- **Participación de otro/s profesional/es.**

Cual/es:

Técnicas y/o procedimientos de evaluación del programa (enumerar y describir brevemente):

- ☐ Planificación:
- ☐ Proceso:
- ☐ Resultados:
- ☐ Impacto:

- **Profesionales encargados con mayor frecuencia en estas tareas.**

- **Técnicas y/o profesionales procedentes en exclusiva de la psicología (planificación, proceso, impacto y resultados)**

- **Listar las técnicas y/o procedimientos utilizados con más frecuencia.**

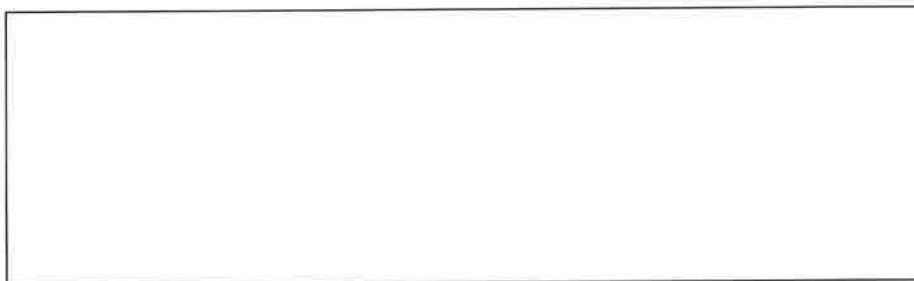
VI. SUGERENCIAS.

- **¿Qué opinión te merecen las cuestiones recogidas en el cuestionario?**

- **¿Añadirías cuestiones desde tu punto de vista relevantes?**

- **¿Crees que el uso adecuado de las técnicas psicológicas, así como la rigurosidad de su aplicación en los programas de prevención, tiene influencia en su eficacia?. Comenta brevemente su opinión.**

- **Sugerencias en cuanto a posibles vías de investigación en el ámbito de la psicología aplicada, en relación con la evaluación de la prevención de drogodependencias.**



VII. AGRADECIMIENTO.

Te agradecemos la valiosa colaboración prestada por haber respondido este cuestionario y esperamos que en un breve plazo podamos remitirte la opinión contrastada con el resto de los expertos consultados, y así continuar profundizando en esta línea iniciada.

