

Contribuciones de la evidencia científica para la mejora de la prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar

Manuel Isorna Folgar

Universidad de Vigo. Facultad Ciencias de la Educación. Técnico prevención de drogodependencias del Ayuntamiento de Catoira

Recibido: 20/11/2012 · Aceptado: 19/04/2013

Resumen

Cuando se aplican y se implementan programas preventivos en el ámbito escolar que han sido científicamente evaluados y validados, y no se aplican prácticas intuitivas y/o basadas simplemente en la buena voluntad, se observa una reducción en el abuso de alcohol, tabaco y drogas ilícitas por parte de los jóvenes. El objetivo de este estudio ha sido analizar las características de los programas, componentes de los mismos e intervenciones escolares más efectivas en la reducción del consumo de drogas entre los alumnos. Para ello, se revisan los artículos y meta-análisis de programas de prevención escolar de tabaco, alcohol y cannabis publicados en diversas bases de datos.

En las últimas dos décadas a nivel mundial, muchos profesionales han realizado una evaluación de su trabajo y como resultado de ello, hoy disponemos de una sólida base empírica acerca de las estrategias escolares que obtienen resultados en la reducción del consumo y las que no, e incluso las que pueden resultar contrapreventivas. Las investigaciones desarrolladas en este ámbito constatan una amplia inconsistencia en los efectos de las intervenciones, lo que nos indica la necesidad de comprobar qué características presentan los programas preventivos eficaces.

Palabras Clave

Prevención, programas escolares, drogas de abuso, evidencia científica, eficacia.

— Correspondencia a: _____
Prof. Dr. Manuel Isorna Folgar
Facultad Ciencias de la Educación
Campus universitario As Lagoas, s/n
32004 Ourense
E-mail: isorna.catoira@uvigo.es

Abstract

When prevention programmes that have been scientifically tested and validated are applied and implemented at schools, and not practices that are intuitive and/or simply based on goodwill, the result is a reduction in young people's abuse of alcohol, tobacco and illicit drugs. The aim of this study was to analyse the characteristics of the programs, components thereof and most effective school interventions in reducing the use of drugs among students. For this purpose we review articles and meta-analysis of school-based prevention programmes of tobacco, alcohol and cannabis published in various databases.

In the past two decades, many professionals worldwide have completed an assessment of their work and as a result, today we have a sound empirical basis for school strategies that get results in reduced consumption and non-reduced consumption, unsuccessful ones and others that may even be counterproductive. The research developed in this field reveals great inconsistency in the effects of interventions, which indicates the need to verify what the characteristics of effective prevention programs are.

Key Words

Prevention, school programmes, drug abuse, scientific evidence, effectiveness.

I. NECESIDAD DE IMPLEMENTAR PROGRAMAS PREVENTIVOS: EL CONSUMO DE DROGAS Y SU REPERCUSIÓN A CORTO-LARGO PLAZO EN NUESTROS JÓVENES

La masiva incorporación de adolescentes y jóvenes de ambos sexos, especialmente las chicas, como consumidores de drogas (principalmente bebidas alcohólicas, tabaco y derivados del cannabis) se está traduciendo no sólo en un importante incremento de las prevalencias de uso de estas sustancias, sino en la instauración de una imagen normalizada de las drogas y en la banalización de los efectos asociados a su consumo. Ello está provocando un cambio importante en las percepciones sociales sobre las drogas, observándose la

reducción drástica de los niveles de rechazo de las mismas, su creciente aceptación (expresa o tácita) y la normalización de su consumo, en especial entre los grupos juveniles, aquellos que de forma directa o indirecta están más familiarizados con su presencia. Pero además, ha condicionado las posiciones y respuestas de los distintos agentes sociales (familias, profesionales de la educación y la salud, etc.) y de las propias instituciones, resignadas a convivir con esta realidad.

El resultado de este proceso es que el consumo de alcohol y otras drogas ha pasado a convertirse en un elemento de referencia de la cultura juvenil, ocupando un papel central en el tiempo de ocio del fin de semana y actuando como elemento de integración social. Una potente estrategia de marketing desarrollada por

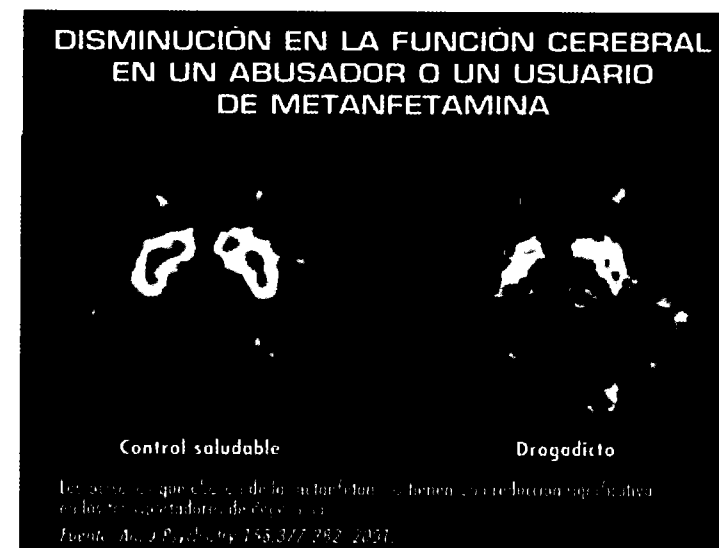
la industria vinculada a la distribución y venta de bebidas alcohólicas y del ocio nocturno ha conseguido consolidar la asociación jóvenes/alcohol/diversión/amigos como un referente de la identidad juvenil. El estereotipo cultural de lo que hoy día significa ser joven pasa por ocupar el tiempo de ocio del fin de semana en consumir alcohol y otras drogas con los amigos para divertirse, y sustraerse a este modelo implica para los jóvenes el riesgo de ser excluido por los iguales.

El desarrollo del conocimiento neurocientífico nos ha enseñado que durante la instauración del proceso adictivo, el cerebro humano adquiere una neuroadaptación bioquímica y neuronal. Es manifiesto que el cerebro humano adquiere paralelamente una neuroadaptación funcional, es decir, una neuroadaptación

en la dinámica integradora de sus funciones cognitivas y ejecutivas o volitivas (figura 1), máxime en un cerebro adolescente al estar todavía en desarrollo y no haber alcanzado la madurez completa (Tapert y Schweinsburg, 2005; Cadaveira, 2009; Bava y Tapert, 2010). Estas funciones tienen que ver con la capacidad de atención, concentración, integración, procesamiento de la información, y ejecución de planes de acción consecuentes con dicha información (Lorea, Tirapu, Landa y López, 2005; Tejero et al., 2003).

Una de las áreas del cerebro que continúa madurando en la adolescencia es la corteza prefrontal, la parte del cerebro que nos permite evaluar las situaciones, tomar decisiones a medio-largo plazo y mantener nuestras emociones y deseos bajo control. El hecho de que

Figura 1. Extraída de <http://www.drugabuse.gov/es/>



esta parte del cerebro adolescente se encuentre en pleno proceso madurativo aumenta el riesgo de tomar decisiones incorrectas (como probar drogas o continuar consumiéndolas), lo que a su vez, conllevará a un porcentaje muy alto de sujetos a sufrir consecuencias profundas e irreversibles del consumo abusivo de drogas durante esta etapa de su vida. A su vez, existen nuevos resultados que refuerzan lo encontrado sobre la mayor vulnerabilidad del organismo de las mujeres y de las chicas, en particular, a los efectos y peligros del tabaco, el alcohol y el cannabis, y en general, su mayor susceptibilidad a la nocividad y toxicidad de todas las drogas y peores consecuencias de su uso y abuso (Buddy, 2003; Naimi, Lipscomb, Brewer, y Gilbert, 2003).

El abuso de las drogas en la adolescencia puede interrumpir la función cerebral en áreas críticas a la motivación, la memoria, el aprendizaje y el control de impulsos del comportamiento. Por lo tanto, no es extraño encontrar que, los adolescentes que abusan del alcohol y de otras drogas a menudo tengan problemas de familia o en la escuela, un mal rendimiento académico, problemas de salud (incluyendo de salud mental, accidentes, peleas, etc.), e incluso problemas con la justicia.

Por todo lo anterior, se hace necesario diseñar e implementar medidas e intervenciones "que funcionen", las llamadas "mejores prácticas" basadas en la evidencia científica, que resulten exitosas en disminuir entre nuestros adolescentes el consumo de drogas. Se requiere también, un enfoque de género que tenga en cuenta las necesidades, particularidades y especificidades de ambos sexos ante el consumo de sustancias psicoactivas (García, 2010).

2. ESTADO ACTUAL DE LA PREVENCIÓN EN EL SISTEMA EDUCATIVO

La prevención del consumo de drogas es, sin lugar a dudas, una tarea eminentemente geopolítica, social y comunitaria, pero todos debemos y tenemos claro que "la educación" es la herramienta primordial para abordar este tema.

El modelo educativo más aplicado en la actualidad es el que incluye no sólo conocimientos sobre drogas y capacidad de decir que no, sino también un espectro más amplio de competencias (*life skills* o habilidades para la vida) como la toma de decisiones, establecimiento de metas, gestión del estrés, autoafirmación y habilidades de comunicación. De hecho, enfrentarse a la experiencia directa de consumir drogas no es una experiencia común en la adolescencia, mientras que la necesidad de hacer elecciones racionales, mantener la propia opinión o criticar las reglas y normas de grupos son sucesos más comunes. Con relación a las normas sociales, se observó que los/las niños/as y adolescentes que perciben el consumo de sustancias como algo normal y tolerado, tienen más probabilidades de comenzar a consumirlas ellos/as mismos/as en comparación con compañeros/as de edad similar que no comparten esta creencia (Burkhart, 2009).

Los programas actuales contienen herramientas para aclarar las creencias sobre frecuencia y aceptación del consumo de sustancias, así como sobre los intereses promovidos en su marketing. Además tratan de vincular actividades desarrolladas tanto en la escuela como en la comunidad, ya que tienen más

posibilidades de tener éxito que los programas escolares que se realizan de forma aislada. En resumen, los programas que combinan la educación en habilidades para la vida con la educación normativa y la adquisición de conocimientos sobre sustancias se denominan programas basados en el modelo de Influencia Social Integral (CSI) (Bohrn et al., 2008).

La promulgación de la LOGSE el año 1990 hace obligatoria la educación para la salud como un tema central del currículum escolar, junto con otros temas como la educación ambiental, la educación para la igualdad de oportunidades entre los sexos, etc. Está previsto que la prevención de las drogodependencias ocupe un espacio dentro la educación para la salud. La LOGSE supone el reconocimiento oficial de la necesidad de la prevención en todas y cada una de las escuelas. Pero, como muchas veces ocurre, la realidad no es un reflejo inmediato de las leyes promulgadas. Hace falta una voluntad decidida y medios para que se produzcan cambios, y ambas cosas han escaseado en la puesta en marcha de esta reforma y sobre todo de la prevención de las drogodependencias (Calafat, 2000).

3. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión de los artículos publicados entre 1990 y 2012 y referenciados en las bases de datos electrónicas: Psycodoc, BVs-Psi, Medline, Psycinfo, Scopus, Eric y las bases de datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), ISOC ciencias sociales y sumarios IME (biomedicina), Cochrane Library y Medline sobre los programas de prevención de drogodependencias,

tabaco, alcohol y cannabis en el ámbito escolar. Para ello se han utilizado las siguientes palabras clave y sus combinaciones: programs, education, drugs prevention, prevention, smoking, alcohol, school, adolescence, teenagers, young, drug abuse, scientific evidence, effectiveness, effect size). Hemos identificado numerosas publicaciones y programas preventivos que aluden a o defienden la necesidad de intervenir en este campo con criterios científicos y que pasamos a dar cuenta.

4. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS EFICACES

Como en toda preteñsión de síntesis, sobre la información disponible en un campo determinado, se ha de ser sumamente cauto a la hora de integrar los resultados de los diversos estudios. Es decir, aunque todos los estudios analizados se centran en programas escolares para la prevención del consumo de drogas, estos estudios se realizan en periodos temporales distintos, empleando una amplia variedad de medidas de resultados y se caracterizan por una gran heterogeneidad metodológica. No obstante, de las revisiones anteriormente detalladas se pueden extraer ciertas conclusiones de utilidad sobre las características de los programas eficaces basados en la evidencia empírica (Gázquez, García y Espada, 2009).

4.1 Prevención universal en la escuela: la prevención más eficiente

Cuando los programas de prevención del consumo indebido de drogas que han sido científicamente validados se implementan adecuadamente en las escuelas y comunidades, se

observa una reducción en el abuso de alcohol, tabaco y drogas ilícitas. Estos programas ayudan a los profesores, padres y profesionales del cuidado de la salud a formar las percepciones de los jóvenes sobre los riesgos del abuso de drogas. Aunque hay muchos eventos y factores culturales que afectan las tendencias de abuso de drogas, los jóvenes que perciben que el abuso de drogas es perjudicial, reducen su nivel de abuso (NIDA, 2011).

La escuela no es sólo un lugar donde se adquieren aprendizajes conceptuales y procedimentales, sino que sirve también para adquirir aprendizajes relacionados con la conducta social, aprendizajes afectivos y actitudinales que son necesarios para enfrentarse adecuadamente al consumo indebido de drogas. El objetivo final de la educación es el desarrollo integral de la persona. Por eso debemos prestar especial interés a aquellos síntomas, entre los que se encuentran los problemas con drogas, que indiquen que dicho desarrollo no se está produciendo correctamente (Alonso, Freijo y Freijo, 1996). Las escuelas tienen la capacidad de llegar a un número grande de escolares y los programas que se implementan en el horario escolar son relativamente viables para su puesta en práctica, comparados con otros programas como pueden ser los de ámbito familiar, o basados en la comunidad (Soole, Mazerolle, y Romboutse, 2008). La escuela ofrece a los estudiantes la posibilidad de adquirir conocimientos y las habilidades para ser ciudadanos competentes y refuerza las actitudes y comportamientos pro-sociales. Como ambiente protector, la mayoría de las escuelas se supone que están libres de drogas y que tienen actividades para relacionar a hijos y familias con el personal docente.

La escuela es el ámbito ideal para la implementación de los programas preventivos por diversos motivos (Alonso et al., 1996):

- Es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de iguales, y es en ella donde se continúa el proceso de socialización iniciado en la familia, bien reforzando las actitudes en ella generadas o bien modificándolas en aquellos casos en que sea preciso.
- Actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia.
- La obligatoriedad de la escolarización hasta los dieciséis años implica que por ella deben pasar todas las personas durante el período más importante de la formación de la personalidad.
- Es un espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo.
- Los profesores, así como otros componentes de la comunidad educativa, son agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos, a su papel como modelos y a su función educadora.

Los programas preventivos escolares universales son convincentes por diversos motivos: son económicos porque se llegan a una población grande, a la vez que son amplios los objetivos de salud: evitar consumir tabaco, alcohol, drogas y la obesidad. Al dirigirse a jóvenes, los programas basados en la escuela intervienen en una población donde la prevalencia es la más elevada y los beneficios potenciales para la vida futura son los más elevados (Sloboda, 2008).

4.2. Bases para la implementación de programas preventivos en la escuela

La prevención, si se lleva a cabo únicamente con buenas intenciones puede ser perjudicial e incrementar la curiosidad y el interés de los y las jóvenes por las sustancias psicoactivas. Para que resulte segura y eficaz, no basta con aplicar sólo componentes eficaces; también tienen que ser presentados de manera coherente, en el orden correcto, de modo que los diversos componentes se refuercen entre sí, en lugar de limitarse a abordar temas de manera casual y según el humor del momento. Estos protocolos completos de implementación, que incluyen manuales, materiales e información para todas las sesiones han sido considerados a menudo difíciles de llevar a la práctica en la vida real de las escuelas. De hecho, no es una tarea fácil, ya que requiere planificación, una estrategia global y mucha comunicación (Burkhart y Crusellas, 2002).

A continuación presentamos la información básica sobre estos aspectos hallados en la revisión:

4.2.1. Según la Metodología: Programas interactivos, orientados a la actividad

En función del nivel de interacción que proporcionan en clase, los programas se clasifican en dos categorías:

- *Programas no interactivos*: presentación teórica de la información con escasa interacción, o metodologías que incluyen la interacción entre profesor y alumno, pero no entre alumnos.

- *Programas interactivos*: programas cuya estructura se basa en grupos de discusión y estimulan la interacción entre iguales o estructuras que propician una interacción máxima.

Los estudios sugieren que las aproximaciones didácticas más eficaces son las interactivas: role-playing, modelado activo, discusión y debate. Incluso cuando se analizan controlando variables como el tipo de sustancia y la etnicidad. Los programas interactivos son, como mínimo, entre dos y cuatro veces más efectivos que los programas no interactivos (Tobler y Straton, 1997).

Los programas interactivos proporcionan oportunidades de contacto y de comunicación para el intercambio de ideas entre participantes y estimulan el aprendizaje de las habilidades para el rechazo de drogas (Tobler et al., 2000); este intercambio de ideas y experiencias por parte del alumnado, la oportunidad de practicar nuevas habilidades y de obtener retroalimentación sobre la práctica de las mismas, actúan como un catalizador del cambio, más que cualquier rasgo de contenido crítico del programa. Se plantea que, si los programas actuales fueran reemplazados por programas interactivos, la efectividad de la educación en consumo de sustancias en las escuelas aumentaría en un 8,5% (García, 2010).

Se ha encontrado en las investigaciones recientes que se debe tener precaución cuando se agrupan a los adolescentes de alto riesgo en intervenciones preventivas de grupos paritarios. Tales grupos han mostrado producir resultados negativos, ya que los participantes tienden a reafirmar entre sí la conducta de abuso de drogas (Dishion et al., 2002).

La recepción de retroalimentación y la crítica constructiva en una atmósfera de confianza permite a los estudiantes poner en práctica las recién aprendidas habilidades de rechazo (Cuijpers, 2002).

Tobler et al. (2000) mostraron que los programas que enfatizaban contenidos de conocimiento y/o afectivos, tendían a utilizar métodos no interactivos. Mientras que los programas que destacaban el conocimiento con las habilidades de rechazo, y el conocimiento junto con las habilidades de rechazo y las habilidades genéricas, tendían a usar métodos interactivos. Los programas que redujeron el consumo de drogas emplearon métodos interactivos, mientras que los otros programas usaron métodos no interactivos. De igual modo, hallaron que los programas eran más diferenciados por el "tipo de aplicación" que por "su contenido", y que en los resultados ejercían una influencia mayor el "tipo de aplicación" que "el contenido".

4.2.2 Sesiones de Repetición

Se considera de valor incorporar sesiones de repetición durante un número de cursos académicos a través de los años escolares. Las sesiones de repetición ofrecen la oportunidad de reforzar y construir mensajes durante un número de años adaptados a la edad y desarrollo del alumnado (WHO, 2002). El número de sesiones identificado en la literatura varía, pero comúnmente implica un mayor número de sesiones en el año inicial y menos sesiones en los siguientes años. Se plantea que la intensidad del programa sea de una duración de 15 o más horas, incorporando 10 sesiones en el primer año, seguidas de, por lo menos, 5 sesiones en el segundo año. Por lo general los programas

se aplican con más intensidad el primer año y desarrollan pocas sesiones en años sucesivos (aproximadamente 3 años). Incluso algunos autores sugieren que se realice una tercera fase de recuerdo cuando los datos de prevalencia indican un aumento en el consumo o cuando el contexto de consumo cambia (Shope et al., 2001). En otras publicaciones se sugieren menos sesiones en general, abarcando cuatro, cinco, hasta ocho sesiones iniciales, seguidas de tres, cinco u ocho sesiones de repetición y posiblemente una tercera fase de repetición cuando los datos de prevalencia indiquen un aumento en el consumo, o cuando el contexto de consumo cambie. Se recomienda que los programas de educación en prevención de drogodependencias en la escuela deben implementarse un número de años y construir habilidades, conocimientos y experiencias en chicas y chicos en la medida en que progresan a través del tiempo. Generalmente, un mayor número de sesiones debe ofrecerse el primer año (4-10 sesiones) con seguimiento de 3-8 sesiones y de 5-8 sesiones en años siguientes (EMCDDA, 2006a; García, 2010).

4.2.3. Sesiones de recuerdo

Los programas que introducen sesiones de recuerdo logran mantener los efectos positivos alcanzados e incluso, en ocasiones, los aumentan; este efecto positivo en el impacto de los programas al añadir sesiones de recuerdo o algún reforzador similar es general para todas las sustancias (Cuijpers, 2002; Skara y Sussman, 2003). En la actualidad se han empleado diversos tipos o formatos de sesiones de recuerdo, como intervenciones telefónicas y correos electrónicos (Elder et al., 1993), sesiones

adicionales en el aula (Ellickson y Bell, 1990) e incluso dossiers con materiales preventivos (Dijkstra, Mesters, Vries, Breukelen y Parcel, 1999). En general, todos los formatos de sesiones de recuerdo refuerzan los mensajes y habilidades adquiridos una vez finalizado el programa (Gázquez et al, 2009).

4.2.4. Mantenimiento de los efectos

Un tema de gran importancia es la necesidad de realizar medidas de seguimiento a largo plazo de los efectos de los programas preventivos, para determinar si mantienen sus efectos. Es decir, es necesario mostrar si un pequeño retraso en la edad de inicio conlleva a un futuro retraso en el uso regular de sustancias, o a una no progresión hacia el uso regular (White y Pitts, 1998).

A este respecto numerosos autores indican que los efectos preventivos típicamente no se mantienen y/o gradualmente decaen con el paso del tiempo (Bell, Ellickson y Harrison, 1993; Flay et al. 1989; Miovisky et al., 2012) sugiriendo la necesidad de continuar la intervención o incluir sesiones de recuerdo. Con un período mínimo de 24 meses se han encontrado mejores resultados para los grupos de intervención frente a los controles en el consumo de tabaco (una reducción del 11,4% con un rango de 9 a 12%), en el consumo semanal de alcohol (entre un 6,9% y un 11,7%) y efectos provisionales para el cannabis en un período de 3 a 24 meses (Skara y Sussman, 2003).

Análogamente, la evaluación del programa Life Skills Training, tras seis años de la línea base, arroja menores niveles de consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los grupos de

intervención con alta fidelidad (que recibieron un 60% del programa) en comparación con el grupo control. Por otro lado, datos recogidos en una muestra de individuos seguidos durante el año después de la escuela secundaria han encontrado niveles significativamente más bajos entre los estudiantes de los grupos intervenidos frente a los controles, con respecto al uso de alucinógenos, heroína y otras drogas ilícitas (Botvin, 1999b).

4.2.5. Según los contenidos a desarrollar

Los estudios de meta-análisis que han analizado metódicamente las intervenciones preventivas para el consumo de drogas en la adolescencia, han evidenciado que los programas de prevención pueden tener efectos positivos a corto plazo. A su vez, han hallado que ciertos contenidos y metodologías de instrucción obtienen mayores resultados que otros (Tobler et al., 1999; 2000); estos autores clasifican los contenidos de los programas escolares en varios dominios:

- **Conocimiento:** Información sobre los efectos de las drogas, las consecuencias de los medios de comunicación y sociales, y el uso actual por los iguales (educación normativa).
- **Contenido afectivo:** Incluye autoestima y sentimientos, autoconciencia personal y actitudes, creencias y valores.
- **Habilidades de rechazo:** se centran en habilidades relacionadas con las drogas. Compromiso público para no usar drogas, habilidades cognitivo-conductuales y actividades que promueven redes con adolescentes que no consumen drogas.

- **Habilidades Genéricas:** aquellas habilidades que aumentan las competencias personales y sociales, tales como la toma de decisiones, comunicación, afrontamiento y habilidades sociales.

Los programas que incluyen componentes basados en las influencias sociales (Información sobre las consecuencias del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de resistencia e información normativa), obtienen un efecto pequeño pero positivo en comparación con otros tipos de programas (Cuijpers, 2002; Skara y Sussman, 2003). Desde este enfoque, los programas más eficaces parten de teorías psicosociales y centran su atención principalmente en factores de riesgo y protección psicosociales que actúan en las primeras etapas del consumo (Gázquez et al, 2009).

En este sentido la eficacia del entrenamiento en habilidades de resistencia ha sido cuestionada por diversos autores, argumentándose en muchos casos que el potencial del componente de habilidades de resistencia (pese a que obtiene efectos positivos), es limitado para subgrupos de la población diana, especialmente en aquellos adolescentes para quienes los factores de riesgo no están asociados con la presión del grupo (Gorman, 1996; Shin, 2001). Flay (2000) sugiere que el posible error de esta estrategia se deba a que su papel se centra en cambiar los efectos de la presión de los pares, sin tener en cuenta los efectos de la influencia indirecta de los pares "valores" y la preferencia por los pares que se perciben como iguales en términos de comportamiento y estatus socioeconómico.

Burkhart (2009) sostiene que los programas de prevención en el ámbito escolar son más

eficaces cuando alguno de sus componentes incide sobre las creencias normativas, es decir, se corrigen las percepciones erróneas sobre las normas grupales y los niveles de consumo.

Destacar que los programas menos eficientes son los que se concentran exclusivamente en el conocimiento (aquellos encaminados solamente a enseñar a los jóvenes sobre las drogas), los que se centran exclusivamente en cuestiones afectivas (que resaltan la autoestima y la aclaración de los valores) o las combinaciones de estrategias afectivas y de conocimientos (Thomas, 2003; Tobler et al., 2000).

4.2.6. Edad de los sujetos: Momento Ideal de las Intervenciones

Los programas de prevención deben aplicarse en las fases de desarrollo apropiadas, especialmente cuando es más probable generar un impacto en el comportamiento. A este respecto las investigaciones han encontrado una mejoría para los programas aplicados a adolescentes entre 11 y 14 años, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas y los tamaños del efecto fueron pequeños. Pese a que no existe una edad claramente establecida, hay un acuerdo unánime al afirmar que la mejor propuesta preventiva es la que se lleva a cabo antes de que aparezca el fenómeno del consumo de drogas (Gottfredson y Wilson, 2003).

En la revisión de la WHO (2002) y EMCD-DA (2006a) los expertos consideran que los programas deberían ofrecerse en un momento apropiado del desarrollo adolescente y, particularmente, cuando las intervenciones tengan la mayor probabilidad de impactar el

comportamiento de chicas y chicos. Potencialmente existen tres períodos críticos en el desarrollo de la conducta en que los efectos de las intervenciones pueden optimizarse más:

- **Una fase de inoculación**, la cual tiene el potencial de jugar un papel importante en modificar patrones de conducta y respuestas de chicos y chicas en situaciones de consumo de alcohol y otras sustancias.

- Los programas deben también ser relevantes para las experiencias en la vida de chicas y chicos durante el período en que la mayoría esté experimentando una exposición inicial al consumo de sustancias. Esta fase de **relevancia temprana** asegura que la participación en programas ocurra cuando es más probable que la información y las habilidades tengan significado y aplicación práctica.

- Finalmente, algunos estudios sugieren que se desarrollen los programas en una **etapa de relevancia posterior** cuando la prevalencia del consumo aumenta y el contexto del consumo cambia; por ejemplo, cuando chicas y chicos están bebiendo alcohol y conduciendo, o cuando están expuestos a un grupo de iguales de más edad en pubs y discotecas (WHO, 2002).

Los programas pueden ser mejor diseñados para un grupo poblacional usando datos de prevalencia local. Los datos de prevalencia ofrecen información sobre la edad común de iniciación, la edad en que la mayoría de los jóvenes comienza a experimentar y las tasas de consumo a través del tiempo para varias sustancias y en diferentes períodos de tiempo. Fisher (1998) plantea que la evidencia de un

grupo de edad óptimo para la prevención no está clara, aunque los resultados de la intervenciones en la adolescencia tardía (>17 años) generalmente son más débiles. También sugieren que, como los patrones problemáticos de consumo aparecen típicamente en la adolescencia media (15-16 años), los intentos de modificar la conducta en esta edad pueden ser más productivos.

4.2.7. Orientar las acciones al cambio de conducta más que al conocimiento y/o las actitudes

El determinante clave de los programas exitosos de educación en prevención de drogodependencias en las escuelas es que el programa sea capaz de impactar significativamente en la conducta de consumo de sustancias en chicos y chicas. En algunas revisiones se argumenta que el impacto reducido de un programa en los años siguientes a su implementación no necesariamente es una cosa negativa, puesto que el período en el que está teniendo un impacto ofrece una ventana añadida de oportunidades de prevención que no hubiera sido posible sin dicho programa. Además, el alumnado objeto de las intervenciones puede tener mayor capacidad para abandonar el consumo y puede haber una mortalidad y morbilidad disminuida como resultado de este periodo de consumo reducido aplazado (WHO, 2002).

Asimismo, la constatación de que la mayoría de los jóvenes han tenido su primer contacto con las drogas con sus amigos en contextos de ocio y que el aburrimiento en el ocio está relacionado con el consumo de sustancias (siendo éste mayor cuanto más intenso es el grado de aburrimiento) hace imprescindible



que los programas preventivos doten a los alumnos de habilidades para minimizar estos factores de riesgo (Failde y Dapía, 2012).

Las propuestas educativas para los alumnos de secundaria deben integrar criterios didácticos de transversalidad y utilizar el propio aprendizaje significativo que poseen los alumnos, se debe promover un proceso de reflexión crítica inductora de cambios actitudinales buscando siempre un re(ajuste) de la percepción de los riesgos inherentes al consumo así como una evaluación crítica del consumo recreativo de drogas en el espacio del ocio juvenil nocturno (Durán, Larriba y Suelves, 2002; Bellis y Hugjes, 2003).

4.2.8. Dirigidos al multi-consumo de sustancias o al consumo de una sola sustancia

Hoy contamos con un modelo de iniciación y escalada del consumo bien documentado (Kandel, 1978, 1982), este modelo defiende que el consumo de drogas sigue una secuencia definida que comienza en las primeras fases con el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y en ocasiones progresa hacia el consumo de cannabis (droga ilegal de entrada), produciéndose el consumo de otras drogas ilegales (cocaína, éxtasis, heroína, etc.) en fases posteriores. La mayoría de los programas de prevención escolares se dirigen frecuentemente a reducir, retrasar o eliminar el consumo del tabaco, alcohol y cannabis, partiendo de la hipótesis que afirma que al reducir tempranamente el consumo de estas drogas de entrada, se reduce el uso de otras drogas en fases posteriores del desarrollo.

Según se plantea en la revisión de la WHO (2002), en algunos documentos se apoya la

idea de adoptar programas dirigidos a una sola sustancia, porque sus resultados indican que los programas contra el tabaco eran tres veces más efectivos que los programas que se dirigían a múltiples sustancias dentro del mismo programa. En líneas generales, se defiende la adopción de programas centrados en una sola sustancia indicando que los programas centrados en el tabaco son tres veces más efectivos que los programas centrados en múltiples sustancias (McBride, Farringdon, Midford, y Phillips, 2001; Shope et. al., 2001). Los programas centrados en el consumo de alcohol aunque no tan exitosos como los de tabaco, también son más eficaces que los multidroga (Tobler, 1992). Estos resultados son particularmente pertinentes para estudiantes mayores de 12 años. En líneas generales se defiende que los estudiantes más jóvenes pueden beneficiarse de la prevención de drogas en general (Tobler et al., 1999). Existen otras opiniones, sin embargo, de que esto debe ser guiado por los datos locales de prevalencia. Se argumenta también que, por la diferente etiología del consumo de sustancias en la juventud, los programas deben desarrollarse para tipos individuales de sustancias (Shope et. al., 2001); sin embargo, esta sugerencia puede crear dificultades para las escuelas en relación con la hora del currículum (García, 2010).

Según Dishion et al. (1999) y Lalongo (2001), los programas para los niños de primaria deben dirigirse al mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo como la agresión temprana, el fracaso y abandono escolar. La educación debe enfocarse en las siguientes habilidades: auto-control, conciencia emocional, comunica-



ción, solución de los problemas sociales y apoyo académico, especialmente en la lectura. Los programas para los estudiantes de secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, auto-eficacia y reafirmación personal, habilidades para resistir las drogas, refuerzo de las actitudes anti-drogas y fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas (Botvin, 1999a; Scheier, Botvin, Diaz, y Griffin, 1999).

4.2.9. Interacción con Iguales/Líderes

Los programas que se centran en la relación de un individuo con sus compañeros y desarrollan conocimientos teórico-prácticos sobre el funcionamiento del grupo, que impliquen un desarrollo de una mejor comunicación, realce las relaciones positivas con sus compañeros e intensifiquen los comportamientos sociales positivos, y doten a los alumnos/as de técnicas de resistencia para poder rehusar las ofertas de drogas son más efectivos. Se ha encontrado que los programas que realizan actividades con compañeros de su misma edad de la misma edad son más efectivos que los programas sin esos iguales (Soler, Ferrando y Albiñana, 2004).

Otra posibilidad de implementación es la selección y formación de los líderes del grupo para que posteriormente sean ellos/as los encargados de su ejecución en el aula, siempre son el asesoramiento y supervisión del profesor. Existen dificultades asociadas a esta modalidad de trabajo con iguales como líderes que faciliten la actividad de la clase, entre los que destacamos: la selección de chicas y chicos líderes de grupos sociales que ya existen entre

el alumnado; el entrenamiento y el tiempo requerido para su adecuada preparación; el currículo escolar ya demandante que ofrece poca oportunidad para introducir a iguales de más edad de otros sitios. Se necesita mucha investigación en la evaluación de los procesos y de los resultados que puedan esperarse de iguales líderes, en comparación con otras alternativas.

4.2.10. Programas preventivos escolares que involucran a los padres/madres

Shepard y Carlson (2003) realizan una evaluación de los programas preventivos que involucran a padres y madres y detectan que, sin lugar a dudas, aquellos programas que incorporan un componente de implicación familiar presentan mejores resultados que aquellos otros que solo intervienen con los alumnos. Existe una variedad de formas en que padres y madres pueden participar en los programas de prevención de sustancias, que incluyen: educación de padres y madres, entrenamiento en habilidades parentales, actividades progenitores-hijos, actividades sociales, servicios de asesoramiento, asesoramiento o solución de problemas en la casa, grupos de padres y madres, discusiones profesorado-progenitores, boletines informativos periódicos para la familia, envío de DVDs al hogar. Los programas de prevención pueden enseñar a los padres de niños pequeños, técnicas que ayuden a la familia a comunicarse mejor, a mantener mejor disciplina y a hacer reglas firmes y constantes. La investigación muestra también que los padres necesitan tomar un papel más activo en la vida de sus hijos, incluso hablar con ellos de drogas, vigilar sus actividades, conocer

a sus amigos y comprender sus problemas y preocupaciones personales (González, Fernández y Secades, 2004; Vilaregut et al., 2012). No debemos olvidar que uno de los factores de riesgo con mayor peso es el consumo por parte de los progenitores, siendo el consumo por parte de los padres como uno de los factores que influye de manera substancial en el de los hijos. Por tanto, es importante que los padres tengan una actitud negativa firme hacia las drogas (Carcelén, Senabre, Morales, Wenz y Romero, 2009).

Cabe destacar la importancia de la escuela en la detección de problemas en los hijos como el consumo de drogas y la relevancia de los espacios comunes entre padres y profesores para hacer frente a estos problemas. El hecho de que la escuela lleve a cabo un seguimiento de la evolución de los alumnos y lo comparta con su familia permite la detección temprana de problemas escolares, procesos de deterioro, dificultades de ajuste, etc. También permite plantear a tiempo estrategias de intervención para corregir estos problemas desde el centro, el propio alumno, la familia o de una manera conjunta (Notó y Dolors, 2002). Un espacio donde padres y profesores pueden intervenir conjuntamente para mejorar el bienestar de sus hijos es a través de programas de intervención conjunta que suelen tener lugar en la escuela. En este tipo de programas resulta necesario que los padres consideren al centro escolar como una fuente de ayuda que complementa la formación de sus hijos y no como algo que les sustituye.

Calafat y Amengual (1999); Ribes (2002) y Aguilar (2002) sugieren algunas condiciones básicas para la participación de los padres en las instituciones escolares:

- Es necesario informar a los padres de los proyectos de la escuela en relación con la prevención del consumo de alcohol, drogas y de la violencia e invitar a participar en la definición de objetivos.
- Los padres deben percibir que son significativos en estos proyectos y que se van a tener en cuenta sus puntos de vista.
- La escuela no debe dar la impresión de que puede arreglarlo todo, pero tampoco debe devolver toda la responsabilidad a los progenitores.
- Los profesores, como representantes de la autoridad educativa, tienen la responsabilidad de velar para que los padres cumplan con sus responsabilidades escolares y compensar la actuación de aquellos padres no competentes o negligentes.
- La escuela debe tener en cuenta que a una gran proporción de padres les resulta difícil plantear determinadas cuestiones en casa (por ejemplo, sobre alcohol, drogas u otras cuestiones de salud y calidad de vida), pero que desde la escuela se puede proporcionar apoyo y ayuda.
- La colaboración entre padres y escuela incrementa la divulgación de la función educativa de la escuela en los padres, de modo que aumente la comprensión, la aceptación y la valoración de la labor educativa con el objetivo de evitar confusiones de roles y competencias. Además, permite enriquecer las escuelas con las aportaciones de las familias como recurso humano de apoyo y, como posibilidad de reflexionar de manera conjunta y obtener una opinión complementaria a la profesional.

4.3. Variables mediadoras

El determinante y clave del éxito de un programa de prevención es su capacidad para reducir de forma significativa la conducta de consumo de drogas en la adolescencia (White y Pitts, 1998). Sin embargo, el desarrollo de una actuación preventiva no se basa solamente en intentar reducir o eliminar el consumo de drogas, sino también, en influir en aquellas variables que median entre la exposición del programa preventivo y la medida del impacto del mismo (Baron y Kenny, 1986). Es decir, los programas de prevención actúan sobre las variables mediadoras, que a su vez afectan a las medidas del impacto.

En líneas generales, se destaca que una de las variables mediadoras más importante es la percepción normativa, incluida en variables como la estimación normativa y la reacción de los amigos ante el consumo, la aceptabilidad social y la prevalencia real del consumo, es decir, se considera muy relevante reestructurar la sobrestimación del consumo de sustancias por parte de los compañeros de la misma edad, contrarrestando la evaluación subjetiva del adolescente con datos epidemiológicos objetivos (Wynn, Schulenberg, Maggs y Zucker, 2000; Espada et al. 2002).

Otros mediadores que han mostrado una relación con los efectos de los programas son el compromiso de no consumir drogas (Hansen y McNeal, 1997), la intención de no consumir (MacKinnon et al., 1993) y el incremento de la comunicación entre padres e hijos (Komro et al., 2001).

4.4. Eficacia diferencial de los programas de prevención escolar según el tipo de aplicador

Cuando se revisan los estudios que han modificado los parámetros de los programas variando el perfil de las personas que los aplican (expertos versus profesores), se observa que los resultados son contradictorios. Los estudios de meta-análisis y las revisiones sistematizadas, nuevamente no se observan resultados concluyentes; así Espada, Rosa y Méndez (2003) y Tobler et al. (2000) detectan mayores efectos con profesionales externos, sin embargo, autores como Fernández, Nebot y Jané (2002) obtienen mejores resultados con los profesores. Por último, estudios como el de Gázquez, García y Espada (2011) no han mostrado diferencias en función del aplicador. En conclusión, no existe una evidencia clara respecto al tipo de aplicador más apropiado, pero las características personales del aplicador son fundamentales; así un buen comunicador debe: además de dominar el contenido del mensaje, en la transmisión del mismo hay señales denominadas analógicas como son los gestos, las expresiones corporales, la postura corporal, cadencia de la voz, rapidez en la expresión, etc., que debemos tener en cuenta.

Todo profesional que implemente el programa debe dominar y ser un buen comunicador y debe tener en cuenta que **la dicción**: el ritmo, el tono, el volumen y la cadencia son esenciales; **los gestos**: los gestos deben ser controlados, hay que evitar gestos que denoten nerviosismo; **la postura** debe ser de escucha atenta y empática; **la mirada**: debe mirarse a los alumnos distribuyendo la mirada de forma uniforme entre toda el aula; **el dis-**

curso: la primera premisa es la claridad, debe anunciarse previamente lo que se va a decir, las primeras frases son importantes (las ideas importantes deben ser resaltadas varias veces); **los silencios** permiten al oyente asimilar lo que se dice; **la afectividad:** debe siempre mostrarse respeto por el interlocutor, nunca ridiculizar ni despreciar; **el uso de medios audiovisuales:** son un complemento, nunca deben desplazar al lenguaje verbal, deben servir de apoyo a lo que se dice, no sustituirlo. Es importante evitar las expresiones verbales que impiden la buena comunicación: respuestas ásperas, excesivo perfeccionismo, murmuración, expresiones de burla, insistencia, monotonía, uso excesivo de tecnicismos, falta de claridad, hablar sin pausas, etc. (Torre, 2002).

4.5. Aspectos para la Implementación y Estructura que han resultado efectivos en los programas de prevención de drogodependencias en la escuela (Paglia y Room, 1998; NIDA, 2011).

- El programa debería ser continuo, desde el pre-escolar hasta el último año de bachillerado y debería ser especialmente intensivo en la secundaria, justo antes de la mediana de edad del comienzo del consumo.
- Los programas de corta duración no funcionan.
- Las sesiones de repetición pueden ayudar a la efectividad, particularmente para el cannabis.
- Una intensidad más elevada del programa (10 lecciones o más) ofrece poco beneficio añadido.

- Se deberían emplear deferentes enfoques para varios subgrupos (diferente sofisticación con las drogas, niveles de consumo, grupos demográficos) cuando sea posible; estas estrategias con objetivo deberían estar basadas en investigación formativa.
- Los enfoques de habilidades sociales son generalmente más efectivos, aunque el entrenamiento en habilidades de resistencia ofrece poca evidencia de efectividad.
- Implicar a los estudiantes en la planificación e implementación del currículo.
- Proporcionar una atmósfera tolerante, libre de tácticas moralizantes y de temor; debe haber un diálogo abierto, no evaluativo entre la persona que conduzca el programa y el alumnado.
- Enfatizar el aprendizaje activo sobre los efectos de las drogas, no descansar en conferencias pasivas y películas; los mejores son los métodos interactivos de implementación, tales como, grupos de discusión pequeños y juego de roles.
- La persona que conduzca el programa, o líder, debe ser alguien en quien el alumnado confíe, el cual presentará los hechos de modo exacto y de forma no sesgada; el personal docente puede ejercer un liderazgo efectivo, con la asistencia de líderes iguales.
- Los programas de prevención eficaces son rentables. Por cada \$1 que se gasta en la prevención del uso de drogas, la comunidad puede ahorrar \$4 ó \$5 del costo que implicaría la orientación psicológica y el tratamiento contra el abuso de drogas.

5. MEJORES PRÁCTICAS QUE SE DIFUNDEN EN LA UNIÓN EUROPEA

Según recoge en su informe el EMCDDA (2002; 2006b), los países que han abordado expresamente la prevención en las escuelas, mediante la inclusión de objetivos concretos en sus estrategias nacionales y que cuentan con una rigurosa organización logística de la ejecución y financiación de las medidas de prevención, son los que han obtenido los resultados más prometedores. Han comprobado que los programas que arrojan buenos resultados se han centrado en el fortalecimiento de las aptitudes interpersonales de los jóvenes y de su capacidad crítica para tomar decisiones razonadas y con fundamento sobre las drogas. La enseñanza interactiva ha demostrado ser más eficaz. También han constatado que las acciones a corto plazo, de carácter aislado y "moralizadoras" son contraproducentes. El margen de mejora del contenido de las medidas de prevención de las drogodependencias en los centros escolares de la UE reside en la formación intensiva de profesionales y personal docente en habilidades de prevención, de acuerdo con los logros suficientemente documentados en algunos Estados miembros de la UE. Con arreglo a un análisis comparativo de la experiencia adquirida a nivel europeo, los ámbitos prioritarios de las políticas de prevención deben ser la coordinación estrecha de las instituciones y el establecimiento de sistemas de acreditación de proyectos de prevención claramente basados en pruebas científicas y que sólo requieran un mínimo de evaluación y de presentación de informes.

6. CONCLUSIONES

Los programas educativos de prevención de las drogodependencias son imprescindibles para reducir las altas prevalencias de consumo de drogas tanto legales como ilegales que presentan nuestros jóvenes. Pero para que estos programas resulten eficaces y eficientes deben presentar una serie de características ya que como queda reflejado en este artículo "no todo vale". Deben ser interactivos entre profesor-alumnos y sobre todo entre alumnos; deben de contener una serie de sesiones mínimas (8-10 por curso) y precisan de una mayor intensidad en su aplicación en los primeros años críticos (11-14) sobre todo en el paso de la educación primaria a la secundaria y de sesiones de refuerzo en los cursos posteriores (Dusenbury y Falco, 1995). Para que los programas puedan ser implementados respetando el número de sesiones y los contenidos preestablecidos es necesaria la formación previa de los aplicadores del programa (profesores o profesionales externos) que les permita dominar su contenido y sobre todo la metodología de aplicación. Esta formación es fundamental para no omitir partes del programa que, aunque pueden resultar difíciles de aplicar, son fundamentales porque abordan los determinantes que favorecen el cambio conductual deseado. Los aplicadores del programa internos (profesorado) o externos al centro (profesionales cualificados) deben poseer una sólida formación en este ámbito para lograr resultados positivos (Gázquez, García y Espada, 2011).

Parece también adecuado centrar los aspectos informativos en los efectos negativos del

consumo a corto plazo, ya que mucha información se considera innecesaria y a veces contraproducente, pero sobre todo debe tener componentes basados en dotar al alumno de recursos y habilidades personales, orientando las acciones hacia el cambio de conducta y contemplar las creencias normativas, intentando corregir las percepciones erróneas sobre las normas grupales y los niveles de consumo (Burkhart, 2009).

Dado que en la prevalencia del consumo tabaco, alcohol y cannabis se observan diferencias entre chicos y chicas y los programas han mostrado resultados diferentes en función del sexo, por ello, es imprescindible contemplar la diferenciación por género en todo momento (García, 2010).

En líneas generales se defiende que los estudiantes más jóvenes pueden beneficiarse de la prevención de drogas en general, pero y aunque los programas deben ser guiados por los datos locales de prevalencia, se considera más eficiente, dada la diferente etiología del consumo de sustancias en la juventud, que los programas deben desarrollarse para tipos individuales de sustancias (Shope et. al., 2001).

Por último, la involucración de la familia en la aplicación de los programas, sea de la forma que sea, siempre es más rentable que no hacerlo. Los mejores resultados se obtienen cuando las familias participan de una forma activa en el mismo (Noto y Dolors, 2002).

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, M. C. (2002). *Educación familiar: una propuesta disciplinar y curricular*. Málaga: Aljibe.

Alonso, D.; Freijo, E. y Freijo, A. (1996). *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Ministerio del Interior. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

Bava, S. y Tapert, S. (2010). Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychol Rev*, 20, 398-413.

Bell, R. M.; Ellickson, P. L. y Harrison, E. R. (1993). Do drug prevention effects persist into high school? How Project Alert did with ninth graders. *Preventive Medicine*, 22, 463-483.

Bellis, M. A. y Hughes, K. (2003). Consumo recreativo de drogas y reducción de daños en la vida nocturna global. *Adicciones*, 15, suplemento 2, 289-309.

Bohrn, K., Fabiani, L., Florek, E., Gabrhelik, R., Galanti, R., Kyriakidou, M., Sanchez, S., Terzopoulou, G., Vadrucci, S., Vassara, M. y Taglianti, V. (2008). Prevención del Abuso de Sustancias entre el alumnado. Guía para implementar con éxito programas basados en el modelo de Influencia Social en centros escolares. European Drug addiction prevention trial y EDEX. www.eudap.net y en www.edex.es.

Botvin, G. J. (1999a). Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions. En: Glantz, M. D. y Hartel, C. R. (Eds) *Drug abuse: Origins and interventions*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Botvin, G. J. (1999b). Prevention in schools. En: Ammerman, R. T. y Ott, P. (Eds). *Prevention and societal impact of drug and alcohol abuse*. Mahwah, N. J., Lawrence Erlbaum Association.

Buddy, T. (2003). Female drinking and brain damage. *Medical Review Board* <http://alcoholism.about.com/cs/women>.

Burkhart, G. (2009). Creencias normativas en estrategias preventivas: una espada de doble filo. Efectos de la percepción de normas y normalidad en campañas informativas, programas escolares y medidas ambientales. *Revista Española de Drogodependencias*, (34)4, 376-400.

Burkhart, G. y Crusellas, L. (2002). Comparison of school-based prevention programmes in Europe: an analysis of the EDDRA (exchange on drug demand reduction action) database. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21(1), 9-14.

Calafat A. y Amengual M. (1999). *Educación sobre el alcohol*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A. (2000). *La formación de mediadores en la prevención escolar de las drogodependencias. Reflexiones en torno a la prevención de las mismas*. Diputación de Cádiz. <http://www.dipucadiz.es>.

Carcelén, R.; Senabre, I.; Morales, J.; Wenz, I. y Romero, F. (2009). La familia en la prevención de las drogodependencias: situación actual de los programas y nuevos retos. *Revista Española de Drogodependencias*, (34)3, 248-259.

Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-23.

Dijkstra, M.; Mesters, I.; De Vries, H.; Van Breukelen, G. y Parcel, G. S. (1999). Effectiveness of a social influence approach

and boosters to smoking prevention. *Health Education Research*, 14(6), 791-802.

Dishion, T., Kavanagh, K., Schmeiger, A., Nelson, S., y Kaufman, N. (2002). Preventing early adolescent substance use: A family centered strategy for the public middle school. *Prevention Science* 3(3), 191-202

Dishion, T.; McCord, J. y Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755-764.

Durán, A.; Larriba, J. y Suelves, J.M. (2002). Alcohol, coge tu punto: programa aplicado de reducción de riesgos entre estudiantes universitarios. *Trastornos Adictivos*, 4(1), 39-43.

Dusenbury, L. y Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *J Sch Health*; 65: 420-425.

Elder, J.; Wildey, M.; Sallis, J.; Eckhardt, L.; Edwards, C.; Erickson, A.; Golbeck, A.; Hovel, M.; Johnston, D. (1993). The long-term prevention of tobacco use among junior high school students: classroom and telephone intervention. *American Journal of Public Health*, 83, 1239-44.

Ellickson, P. L. y Bell, R. M. (1990). Drug prevention in junior high: a multi-site longitudinal test. *Science*, 247, 1299-1305.

Espada, J.; Méndez, X.; Botvin, G.; Griffin, K.; Orgiles, M. y Rsa, A. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España. *Psicología conductual*, 10(3), 581-602.

Espada, J. P., Rosa, A. I., y Méndez, F. X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar con metodología interactiva. *Salud y Drogas*, 3(2), 61-82.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA (2002). Las drogas en el punto de mira. La prevención de las drogodependencias en los centros escolares. www.emcdda.europa.eu/attachements/

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA (2006a) Gender-specific approaches in responses to drug use. Prevention: universal and selective prevention for boys and girls. Annual Report.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA (2006b). The state of the drugs problem in Europe. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Faílde, J. y Dapía, M. (2012) Las evidencias científicas en el ámbito del ocio y del tiempo libre. Programas eficaces. En: Isorna y Saavedra (comp.) *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*. Madrid: Pirámide: 367-375.

Fernández, S.; Nebot, M. y Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Revista Española de Salud Pública*, 76(3), 175-187.

Fisher D. (1998) Environmental strategies for substance abuse prevention: Analysis of the effectiveness of policies to reduce alcohol, tobacco, and illicit drug problems. www.emcdda.europa.eu/

Flay, B. (2000). Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors*, 25(6), 861-885.

Flay, B.; Keopke, D.; Thomson, S. J.; Santi, S.; Best, J. A. y Brown, K. S. (1989). Long-term follow-up of the first Waterloo smoking pre-

vention trial. *American Journal of Public Health*, 79, 1371-76.

García Averaturi, L. (2010). *Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Una revisión actualizada de la materia*. Ed. Colegio oficial de psicólogos de Las Palmas. Las Palmas de Gran Canaria.

Gázquez, M., García del Castillo, J. y Espada, J. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y drogas*, 9(2), 185-208.

Gázquez, M.; García, J. y Espada, J. (2011). Eficacia diferencial de dos programas de prevención escolar sobre el consumo de tabaco, según el tipo de aplicador. *Psicothema*; 23(4): 537-543.

González, A.; Fernández, J. y Secades, R. (2004). Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Gijón. Pp. 13-55.

Gottfredson, D. C. y Wilson, D. B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Preventive Science*, 4(1), 27-38.

Gorman, D. (1996). Do school-based social skills training programmes prevent alcohol use among young people?. *Addiction Research* 4(2), 191-210.

Hansen, W. y McNeal, R. (1997). How DARE works: an examination of program effects on mediating variables. *Health Education and Behavior*, 24, 165-176.

Kandel, D.B. (1978). *Longitudinal research on drug use: empirical findings and methodological issues*. Hemisphere. Washington.

Kandel, D.B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. *Journal American Academic Clinique Psychiatry*, 21(4), 328-347.

Komro, K.; Perry, C.; Williams, C.; Stigler, M.; Farbaksh, K. y Veblen-Mortenson, S. (2001). How did Project Northland reduce alcohol use among young adolescents? Analysis of mediating variables. *Health Education Research*, 16, 59-70.

Lalongo, N.; Poduska, J.; Werthamer, L. y Kellam, S. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9, 146-160.

Lorea, I., Tirapu, J., Landa, N. y López-Goñi, J. (2005). Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones*, (17)2, 121-129.

MacKinnon, D. P.; Johnson, C. A.; Pentz, M. A.; Dwyer, J. H.; Hansen, W. B.; Flay, B. R. y Wang, E. Y. I. (1993). Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: first year effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychology*, 10, 164-172.

McBride, N.; Farrington, F.; Midford, R. y Phillips, M. (2001). *SHAHRP final report to the Western Australian Health Promotion Foundation*. National Drug Research Institute: Perth, Western Australia.

Miovsky, M.; Novak, P.; Stastna, L.; Rabrhelik, R.; Jurystova, L. y Vopravil, J. (2012). The effect of the school-based unplugged preventive intervention on tobacco use in the Czech Republic. *Adicciones*, 24(3); 211-218.

Naimi, T.; Lipscomb, L.; Brewer, R. y Gilbert, B. (2003). Binge Drinking in the preconception

period and the risk of unintended pregnancy: Implications for women and their children. *Pediatrics*, 111, 1136-1141.

National Institute for Drug Abuse (NIDA) (2011). Preventing drug use among children and adolescents. www.drugabuse.gov/pdf/prevention.

Notó, C. y Dolors, M. (2002). La relación de los centros de secundaria con las familias. *Aula de Innovación Educativa*, 108, 34-37.

Paglia A. y Room R. (1998) Preventing Substance Use Problems Among Youth: A Literature Review and Recommendations. Research Document No. 142 Addiction Research Foundation Division, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada.

Ribes, C. (2002). Dos contextos educativos: familias y profesionales. *Aula de Innovación Educativa*, 108, 24-28.

Scheier, L., Botvin, G., Diaz, T., y Griffin, K. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education* 29(3): 251-278.

Shepard J. y Carlson (2003). An empirical evaluation of school-based prevention programs that involve parents. *Psychology in the Schools*, 40(6): 100-115.

Shin, H. (2001). Review of school-based drug-prevention program evaluation in the 1990s'. *American Journal of Health Education* 32(3), 139-147.

Shope, J.; Elliott, M.; Raghunathan, T., y Waller, P. (2001). Long term follow-up of a high school Alcohol Misuse Prevention Programme's effect on students subsequent driving. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 25(3), 403-410.



Skara, S. y Sussman S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37, 451-474.

Sloboda, Z. (2008). Moving towards evidence-based practice: school-based prevention of substance use in the USA. In: *A cannabis reader: global issues and local experiences* Chapter 12.

Soler, F.; Ferrando, P. y Albiñana, A. (2004). No es solo decir "NO". Ensayando la toma de decisiones en la adolescencia: una propuesta de prevención de drogodependencias en la escuela. *Revista española de drogodependencias*, 29(1-2), 37-52.

Soole, D., Mazerolle, L. y Romboutse, S. (2008). School-based drug prevention programs: a review of what works Australian and New Zealand Journal of Criminology, August.

Tapert, S. y Schweinsburg, A. (2005). The human adolescent brain and alcohol use disorders. En: *Recent developments in alcoholism*, vol. 17. Behavioral Science.

Tejero, A.; Pérez de los Cobos, J.; Bosch, R. y Siñol, N. (2003). Adicciones, lóbulo frontal y funciones ejecutivas: un análisis neuropsicológico del autocontrol en las Adicciones. *Conductas adictivas*, 3 (1): 43-44.

Thomas, R. (2003). School-based programmes for preventing smoking. (Cochrane review) in *The Cochrane library*, Issue 4, John Wiley y Sons Ltd, Chichester, UK.

Tobler, N. S. (1992). *Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention Programs: Final Report*. Rockville, Md: Natinal Institute of Drug Abuse.

Tobler, N. S. y Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention

programs: a meta-analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention*, 18(1), 71-128.

Tobler, N.; Lessard, T.; Marshall, D.; Ochshorn, P. y Roona, M. (1999). Effectiveness of school-based drug prevention programmes for marijuana use. *School Psychology International*, 20(1), 105-137.

Tobler, N.; Roona, M.; Ochshorn, P.; Marshall, D. G.; Streke, A. y Stackpole, K. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336.

Torre, E. (2002). La comunicación Educativa. *Retos*; 3: 37-43.

Vilaregut, A.; Mateu, C.; Virgili, C.; Rusiñol, J.; Estrada, M.; Cabra, Q. (2012). Estudio descriptivo y comparativo entre padres y madres que participan en un programa de prevención sobre consumo de drogas y conductas de riesgo. *Revista Española de Drogodependencias*; 37 (2): 165-183.

White, D y Pitts, M (1998). Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 93, 1475-1487.

World Health Organization (WHO) (2002). Prevention of Psychoactive Substance Use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_intro.pdf.

Wynn, S.; Schulenberg, J.; Maggs, J. L. y Zucker, R. A. (2000). Preventing alcohol misuse: the impact of refusal skills and norms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 36-47.

Los trastornos de la personalidad en adictos a la heroína y la seroconversión al VIH, una asociación relevante

Maite Utgés, Teresa Garriga y Francesc Abella

Hospital Santa Maria de Lleida

Recibido: 25/10/2012 · Aceptado: 08/03/2013

Resumen

Introducción. En los últimos años ha aumentado considerablemente la preocupación sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con abuso de drogas, trastornos de la personalidad y seroconversión a VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).

Objetivo del estudio es profundizar en la pluripatología que estos pacientes presentan, y comprender qué factores pueden ser determinantes en el desarrollo de su patología.

Pacientes y método. Estudio descriptivo y transversal. Se ha relacionado la comorbilidad psiquiátrica con las variables: determinación del VIH, vía de administración y abuso o polidrogodependencia a otras drogas. Y también la comorbilidad de la positividad del VIH con las variables: diagnóstico psiquiátrico de la patología asociada, vía de administración y abuso o polidrogodependencia a otras drogas.

Resultados. Se ha incluido 349 pacientes del Hospital Santa Maria de Lleida. Un 29,5% (n= 103) de la muestra presenta un trastorno antisocial de la personalidad y un 6,6% (n= 23) un trastorno límite de la personalidad. Se observó como el grupo con trastorno antisocial de la personalidad presentaba una mayor proporción de VIH positivos 49,5%, (n= 46) que cualquier de los otros dos grupos. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas, de manera que los pacientes afectados por trastorno antisocial de la personalidad presentaban un riesgo 2,3 veces superior a tener positividad al VIH que los pacientes sin comorbilidad asociada.

Conclusiones. La psicopatología está significativamente asociada con niveles más altos de conductas de riesgo relacionadas con el VIH en pacientes drogodependientes.

Palabras Clave

Trastornos de personalidad, trastorno Antisocial, Virus Inmunodeficiencia Humana, adicción opiáceos.

Correspondencia a:
Maite Utgés
C/ Alcalde Rovira Roure 44
25198 Lleida
E-mail: mutges@comll.cat