

## La prevención del consumo de drogas en España: evolución y propuestas para la reflexión.

Carlos Alonso Sanz

Servicio Sociosanitario. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

### Resumen

El presente trabajo hace una revisión de la prevención realizada en España en los últimos años, con algunas referencias a las influencias recibidas de otros países y con especial atención a la efectividad de las actuaciones puestas en marcha.

Se concluye que, aunque la prevención ha avanzado notablemente en los últimos años, el conocimiento acumulado es todavía claramente insuficiente. Por ello se subraya la necesidad de que los profesionales dedicados a la prevención mantengan una actitud crítica respecto a las intervenciones realizadas y que se reclame un impulso decidido a la investigación en este campo. Igualmente se sugiere la necesidad de que la prevención se haga más participativa y de implicar a la comunidad en su diseño y ejecución.

### Palabras Clave

España, evolución, prevención, consumo de drogas, propuestas, reflexión, actitud crítica, intervenciones.

### Summary

The present work does a revision of the prevention made in Spain in the last years, with some references to the received influences of other countries and with special attention to the effectiveness of the performances beginning. One concludes that, although the prevention has advanced in the last years remarkably, the accumulated knowledge is still clearly insufficient. For that reason the necessity that is emphasized the professionals dedicated to the prevention maintain a critical attitude with respect to the made interventions and that an impulse decided to the investigation in this field calls to each other. Also the necessity that is suggested the prevention becomes more participativa and to imply to the community in its design and execution.

### Key Words

Spain, evolution, prevention, consumption, proposals of reflection, critical attitude, interventions.

### Correspondencia a:

Servicio Sociosanitario. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Avda. de Francia, 4. 45071. TOLEDO. Tno.: 925 267753. calonso@jccm.es



## Résumé

Le présent travail fait une révision de la prévention effectuée en Espagne durant les dernières années, avec quelques références aux influences reçues d'autres pays et avec une attention spéciale à l'efficacité des activités mises en marche. On conclut que, bien que la prévention ait notamment avancé durant les dernières années, la connaissance accumulée est encore clairement insuffisante. Pour cela on souligne la nécessité que les professionnels consacrés à la prévention maintiennent une attitude critique en ce qui concerne les interventions effectuées et qu'on réclame un élan décidé à la recherche dans ce domaine. On suggère également la nécessité que la prévention soit rendue plus participante et d'impliquer à la Communauté dans sa conception et exécution.

## Most Clé

L'Espagne, l'évolution, la prévention, consommation de drogues, proposées de réflexion, attitude critique, interventions.

## INTRODUCCIÓN.

En las dos últimas décadas se ha avanzado notablemente en materia de prevención del consumo de drogas. Aunque esta afirmación inicial -como después veremos- no debe hacernos caer en el optimismo, es innegable que las investigaciones realizadas, fundamentalmente en Estados Unidos, y las iniciativas y programas puestos en marcha nos han permitido acumular una gran cantidad de conocimiento y experiencia de innegable valor.

Esta situación contrasta con la ignorancia y el desconcierto con que se afrontaba este problema en los primeros años de la década de los 80. Posiblemente por este motivo, la percepción que el conjunto de la población tiene de la utilidad de las medidas preventivas actualmente en marcha es muy alta, si bien es cierto que tiende a disminuir. Por ejemplo, según los datos de las sucesivas Encuestas Domiciliarias realizadas en España, el 92,1 % de las personas de 15 a 64 años consideraban que la educación sobre drogas en las escuelas es muy importante para resolver el problema de las drogas ilegales. Aunque este

porcentaje ha bajado al 88,8 % en 2001, sigue siendo muy importante y es la medida más respaldada por la población (Observatorio Español sobre Drogas, 2003)

Similares conclusiones pueden señalarse en relación a las campañas publicitarias sobre los riesgos de las drogas, respaldadas por el 80,5 % de los sujetos en 1997 y por el 76,6 % en 2001.

Es posible que la elevada valoración de estos tipos de medidas preventivas encuentre su justificación en dos creencias que parecen apoyarse y confirmarse mutuamente. Por un lado, la disminución de la alarma social asociada al consumo de drogas ilegales que tuvo lugar en los años 70 y 80 y que dio lugar a una enorme proliferación de actuaciones con ánimo preventivo cuyo efecto -probablemente- nunca podremos valorar con exactitud. La reducción de los problemas asociados al consumo de heroína ha llevado a muchos a creer que el fenómeno de las drogas está bajo control y que el consumo de estas sustancias ha disminuido notablemente.



Paralelamente ha arraigado en el ámbito estrictamente técnico la creencia -quizá transmitida también a la población- de que es posible una prevención eficaz con un esfuerzo mínimo, generándose así un discurso esencialmente optimista en relación a las posibilidades de las actuaciones preventivas en marcha.

Lamentablemente estas dos creencias son esencialmente falsas y están configurando una percepción social de la prevención y de la situación del consumo de drogas que poco tiene que ver con la realidad. Por un lado, los datos muestran que el consumo de drogas, lejos de disminuir, se convierte cada día en un problema más grave y, por otro lado, que los programas preventivos no son tan efectivos como nos gustaría creer:

Partiendo de este análisis inicial, a lo largo de este artículo se establecen tres consideraciones sobre la prevención en España:

- En primer lugar, que sabemos muy poco sobre la efectividad de las intervenciones preventivas que realizamos y que no hay razones para mantener el optimismo reinante en círculos técnicos.
- En segundo lugar, que es preciso hacer una revisión en profundidad de las actuaciones preventivas.
- En tercer lugar que es imprescindible introducir nuevas formas de plantear la prevención y realizar una apuesta decidida por la investigación en este campo. De lo contrario, estamos condenados a repetir hasta la saciedad actuaciones cuya utilidad desconocemos.

Este planteamiento no pretende ser derrotista. Por el contrario: la prevención ha avanzado lo suficiente como para tomar conciencia de sus propias carencias. Es precisa-

mente el reconocimiento de las grandes lagunas que presenta nuestro conocimiento en este campo lo que puede movilizar los recursos para desarrollar nuevas formas de afrontar el problema y para el sostenimiento de un esfuerzo investigador que permita avanzar hacia intervenciones cada vez más efectivas.

## ALGUNOS APUNTES HISTÓRICOS

Para establecer la situación de la prevención en España y fijar algunas indicaciones que permitan avanzar en el futuro conviene hacer un pequeño repaso de la evolución de la prevención en los últimos años.

### LOS PRIMEROS AÑOS: DEL DESCONCIERTO A LA PREVENCIÓN INDISCRIMINADA.

En los años 70 y 80, marcados por los graves problemas asociados al consumo de heroína y por una alarma social creciente, se produjo una enorme proliferación de actuaciones con ánimo preventivo cuyo efecto -probablemente- nunca podremos valorar con exactitud.

Ya en 1985, cuando se publicó el primer Plan Nacional sobre Drogas, la prevención tenía un papel preferente y muchos de los principios de actuación que allí se establecieron siguen estando aún vigentes: la necesidad de no disociar drogas legales e ilegales, de trabajar en medidas generales que permitan reducir la marginación y mejorar las condiciones de vida de la población, la conveniencia de que la prevención escolar se enmarque en la educación para la salud o la necesidad de que toda la sociedad mantenga



un mensaje coherente en relación a las drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985)

La llamada a la participación de los agentes sociales dio lugar a una intensa y muchas veces desorganizada actividad en la que administraciones, asociaciones, afectados, particulares, etc., desarrollaron -con mejor o peor fortuna- actuaciones centradas a menudo en la información, los efectos -negativos- de las drogas y en el recurso al miedo como estrategia básica para promover el cambio de conducta.

Paralelamente, sobre todo desde las instituciones, la prevención más oficial desarrollada en el ámbito educativo se centró en la educación para la salud como estrategia global, dando lugar a programas de carácter muy general en el que sus diversos componentes (educación afectivo-sexual, nutrición, higiene, etc.) convivían en régimen de igualdad y se convertían a menudo en contenidos preferentes dentro de programas de prevención.

## **EL IMPULSO A LA INVESTIGACIÓN LOS GRANDES PROGRAMAS DE PREVENCIÓN.**

Durante la década de los 80 se desarrolló en EE.UU. una intensa actividad investigadora. Se pusieron en marcha los grandes programas, especialmente los basados en el modelo de la influencia social. El DARE, el LST, el STAR, etc, son algunos de los más relevantes.

Aunque ello no se ha correspondido propiamente con un período de la prevención en España, su influencia ha sido tan relevante para el desarrollo de programas en nuestro país que, inevitablemente, sus hallazgos y sus resultados son una referencia necesaria para

valorar el estado de la prevención en España.

El programa que mejores resultados ha obtenido a través de los numerosos estudios de evaluación realizados y el que ha ejercido mayor influencia en la prevención realizada en España es el programa LST (Life Skills Training). Aplicado por Botvin, Baker, Dusenbury et al. (1990) consta de 12 unidades que incluyen información, toma de decisiones, influencia de los medios de comunicación, cambio de conducta autodirigido, manejo de ansiedad, habilidades de comunicación, habilidades sociales y asertividad.

La utilidad del enfoque de la prevención desarrollado por este programa ha sido avalada también por otros trabajos. Por ejemplo Tobler (1999), tras estudiar los resultados de 120 programas de prevención aplicados en Estados Unidos y Canadá, concluye que los programas interactivos -y particularmente los de "habilidades globales para la vida"- sí son eficaces para prevenir el consumo de drogas, especialmente de sustancias ilegales.

Otros programas emblemáticos, como el Proyecto Midwestern de Prevención, conocido también como Proyecto STAR (Students Taught Awareness and Resistance) (Ver Pentz, 2001) han obtenido también buenos resultados en EE.UU. mediante la combinación de programas escolares basados en el modelo de la influencia social junto a otros componentes que incluyen medios de comunicación (anuncios, videos), programa de organización para padres, programa de organización para las comunidades y cambios en la política sobre uso de drogas.

Esta estrategia de trabajo preventivo, basada en el modelo de la influencia social, ha sido especialmente relevante como modelo



de prevención en España, especialmente en las intervenciones diseñadas para el ámbito escolar. Sin embargo, los resultados aportados por la investigación no son concluyentes. De hecho, otros muchos programas similares se desarrollaron y evaluaron con resultados dispares. Algunos sí consiguieron modificar el consumo de drogas como el proyecto S.H.O.U.T. ("Students Helping Others Understand Tobacco") evaluado por Elder, Wildey, De Moor et al. (1993), mientras que otros consiguieron resultados mínimos o nulos como el A.M.P.S. ("Alcohol Misuse Prevention Study") que fue evaluado por Shope, Dielman, Burchart et al. (1992). En otros casos la intervención resultó efectiva en relación a algunas sustancias pero no en relación a otras, como es el caso del proyecto "Alert", aplicado por Ellickson y Bell (1990). Por último, lo que ocurre con cierta frecuencia, los resultados son inicialmente positivos pero desaparecen con el tiempo. Al respecto es especialmente claro el ejemplo ofrecido por el programa DARE (Drug Abuse Resistance Education), el cual -aunque inicialmente mostró algunos resultados positivos (De Jong, 1987), revisiones posteriores indican que su efectividad era prácticamente nula (Ennett, Tobler, Ringwalt et al., 1994).

Otras revisiones señalan también que el efecto de los programas basados en el modelo de la influencia social es bastante limitado, aunque se defiende la continuidad de los programas y la posibilidad de mejorarlos para incrementar sus resultados (Rooney y Murray, 1996).

Más preocupantes aún son las conclusiones señaladas por Foxcroft, Lister-Sharp y Lowe (1997) quienes, tras una revisión de los estudios de evaluación de los programas de prevención del consumo de alcohol reali-

zados, señalan que no han encontrado ningún factor que distinga claramente los programas parcialmente efectivos, de los inefectivos y de los contrapreventivos, y concluyen que la falta de evidencia fiable significa que ningún tipo de programa de prevención puede ser recomendado.

Esta disparidad de resultados hace que realmente todavía no sepamos cuáles son los factores que explican la efectividad de unos programas y no de otros.

Además, las evidentes diferencias culturales entre Estados Unidos y España nos obligan a ser muy prudentes a la hora de valorar la utilidad de este enfoque como modelo de intervención preventiva.

### La prevención en España

Mientras en EEUU se desarrollaba una intensa actividad investigadora, en España se mantenían dos grandes líneas de actividad preventiva.

- En primer lugar, el planteamiento más estrictamente educativo, que integra (hasta confundirla) la prevención en la Educación para la Salud. No hay duda de que ello ha dado lugar a intervenciones educativas muy meritorias, pero cuya efectividad desconocemos por completo. Al mismo tiempo generó también dos efectos no deseados:

- Por un lado, durante años se realizaron actividades bajo el epígrafe de prevención (y con financiación de procedente de ésta) que tienen poco a nada que ver con la prevención del consumo de drogas pero que encuentran su conexión última con ésta en el marco general de la Educación para la Salud.

- Por otro lado, la prevención asumió un planteamiento de generalidad que la con-



virtió en algo difícilmente evaluable. Su integración en el medio educativo hizo que también se contagiara de los métodos de evaluación más comúnmente utilizados en este ámbito, centrados básicamente en aspectos cognitivos.

- En segundo lugar, se comenzó a desarrollar una enorme cantidad de materiales educativos y algunos programas de gran envergadura cuya efectividad nunca conoceremos.

Posteriormente, ya en la década de los 90, se inició tímidamente la actividad investigadora en España. Aunque ciertamente no ha sido muy intensa, sí nos permite disponer de algunos programas evaluados: «Tú decides» (Calafat, Amengual, Mejías et al., 1989), PASE (Villalbi, Aubá y García, 1992), «Tabaco, alcohol y educación» (Alonso y Del Barrio, 1997, 1998), «Construyendo Salud» (Luengo, Romero, Gómez et al., 1999), «En la huerta con mis amigos» (Bañón, López, Villanueva et al., 2003), «Barbacana» (García del Castillo, López, Fernández et al., 2003), «Entre Todos» (Acero y Jiménez, 2004), etc.

Aunque estos estudios muestran importantes diferencias de calidad metodológica, ponen de manifiesto que los resultados de los programas son muy modestos o, en algunos casos, casi nulos. Espada, Rosa y Méndez (2003) realizaron un meta-análisis de las evaluaciones realizadas en España desde 1985 hasta 2002 y, tras valorar los únicos 9 informes científicos que cumplieron los criterios de rigor metodológico, concluyen que los programas aplicados en el contexto escolar, aunque se mostraron eficaces para prevenir el abuso de drogas, obtuvieron efectos de pequeña magnitud.

Además, para establecer la efectividad de las intervenciones sería necesario contrastar

sus resultados en distintas aplicaciones. Por ejemplo, incluso en un programa como «Construyendo Salud», que ha informado de resultados razonablemente positivos, son necesarias nuevas investigaciones para valorar su efectividad (especialmente a largo plazo) ya que los últimos datos de otros programas que han versionado su contenido (programa «Entre Todos»; Acero y Jiménez, 2004) parecen débiles en relación a variables -como el consumo de alcohol- en que se había mostrado eficaz el programa original.

Paralelamente, también en la década de los 90, se ha producido un importante desarrollo de los programas de alternativas de ocio como estrategia preventiva. Estas actuaciones, desarrolladas sobre todo en fin de semana y, posteriormente, en horario nocturno, constituyen un tipo de programas de base comunitaria y que se ejecutan en espacios de ocio y que centran su objetivo primordial en el desarrollo de actividades de carácter lúdico, incompatibles y a la vez alternativas al uso de drogas (Martín y Moncada, 2003).

Aunque distintos autores han apoyado la utilidad de los programas de alternativas de ocio realizados en otros países, especialmente cuando se dirigen a poblaciones de riesgo tales como minorías, sectores marginales o desfavorecidos (Lence, Gómez y Luengo, 1997), los escasos intentos de evaluación realizados en España no han podido probar su capacidad para prevenir el consumo de drogas, la cual es puesta en duda incluso por los mismos participantes en esos programas (Martín y Moncada, 2003).

Otra fuente de innegable valor para el estudio de los programas de prevención desarrollados durante los últimos años es la base de datos EDDRA (European Monitoring



Centre for Drugs and Drug Addiction, 2005). Si analizamos su contenido, de los 52 programas realizados en España que se reseñan, la mayoría no tienen datos claros de evaluación de resultados. Si excluimos los 19 que tienen un carácter asistencial o de reducción de riesgos, cuyos datos de evaluación -dada la naturaleza de los programas- son más bien descriptivos, de los 33 restantes sólo un tercio señala resultados sobre variables intermedias y finales. La mayoría, es decir el 70 % restante de los programas que podríamos definir como universales o selectivos, no incluye ningún dato claro de evaluación de resultados (eso ocurre en 15 de los 33 programas) o señala únicamente resultados sobre las variables intermedias (7 programas).

Además, entre los programas que sí indican resultados, hay que admitir que -al menos en base a la información que se refleja en la base de datos- algunas evaluaciones parecen plantear problemas metodológicos y, en general, la mayoría informa de resultados débiles sobre las variables finales (indicadores de consumo o variables asociadas).

Tampoco podemos olvidar que incluso en programas que han realizado evaluaciones rigurosas y que informan de resultados razonablemente positivos sobre variables finales, no siempre los resultados de las variables intermedias se producen en la dirección prevista, de manera que se hace difícil explicar los resultados sobre el consumo en función de la intervención realizada. Por ejemplo, programas aceptablemente eficaces como «Construyendo salud» indican que, a pesar de los buenos resultados obtenidos sobre el consumo de drogas, algunas de las variables intermedias que el programa pretendía mo-

dificar no han variado en la dirección prevista.

Todo ello configura un panorama de la prevención que, aún mostrando algunos avances, está muy lejos de ofrecer modelos de intervención bien establecidos. En estas circunstancias, decir que en España la prevención está firmemente consolidada con una base científica clara parece excesivamente optimista.

A parecidas conclusiones nos lleva el análisis del informe publicado recientemente sobre la situación general de la drogadicción en España (Trinidad, 2003). Según este análisis, el 41,62 % de los programas de prevención realizados corresponden al ámbito escolar y el 39,43 % al ámbito comunitario, el cual «está poco definido y en él se incluyen actividades muy dispares como la formación de mediadores, el apoyo al movimiento asociativo, la formación de profesionales, actividades desde los medios de comunicación, entre otras» (pág. 31).

Este mismo informe señala que «es difícil comprobar el efecto de las actuaciones preventivas ya que en la evaluación aún faltan herramientas adecuadamente validadas y contrastadas y los efectos de la prevención se aprecia a muy largo plazo». Sin embargo, continúa «se ha avanzado mucho en los últimos años y se ha empezado a creer en la prevención, dejando atrás las charlas de los expertos en los colegios y elaborando programas validados e integrados en el marco general de la Educación para la Salud» (pág. 32-33).

Si la mayoría de los programas están poco definidos y si la prevención es difícilmente evaluable ¿De dónde parte este convenci-



miento íntimo de que la prevención, tal como la estamos realizando, realmente funciona y de que -a muy largo plazo- obtendremos los resultados esperados?

En apoyo de esta misma valoración, el Catálogo de Programas de Ocio Saludable publicado recientemente (Arbex, 2003), recoge 57 programas preventivos de ocio saludable de toda España. De ellos, sólo 7 contemplan indicadores de resultado relacionados con el consumo de drogas. Prácticamente ninguno de estos 7 ha realizado ninguna evaluación de la eficacia del programa sobre el consumo de drogas (sólo uno hizo un pequeño estudio sobre un período temporal de 3 meses, demasiado corto para establecer conclusiones).

Acero (2004), en una reciente publicación ->Guía práctica para una prevención eficaz-> señala en su primer párrafo: «El campo de la prevención de las drogodependencias ha avanzado mucho en conocimientos y experiencias en las últimas décadas. Por ello disponemos en la actualidad no sólo de esos conocimientos acerca de la etiología de los consumos de drogas y de las bases teóricas que los sustentan, sino también de programas adecuados para conseguir que los adolescentes no se inicien en el consumo de drogas, retrasen la edad de inicio o consuman de un modo menos peligroso» (pág. 9)

Otros muchos autores expresan opiniones similares a éstas y parece claro, por tanto, que en el ámbito más estrictamente técnico se ha propagado un discurso lleno de un optimismo injustificado. Es posible que ello esté dificultando el desarrollo de un planteamiento más crítico y contribuya a evitar que se reclame con urgencia el apoyo decidido a la investigación, única forma de mejorar las intervenciones.

## **ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN EN PREVENCIÓN.**

En 1996, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas creó un grupo de trabajo que elaboró los «Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias» (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1997).

En este documento se establecen una serie de directrices y recomendaciones que deben cumplir los programas de prevención y que, efectivamente, cabe suponer que contribuyen a mejorar su calidad (deben estar basados en teorías contrastadas, deben cumplir unas mínimas exigencias metodológicas, deben partir de un análisis de necesidades, deben explicitar claramente los objetivos, etc).

Sin embargo, aún admitiendo la conveniencia de estas recomendaciones, hemos de reconocer que el cumplimiento de los criterios no garantiza en absoluto su efectividad.

## **IMPORTAR EL MODELO AMERICANO.**

En 1998 la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas aplicó en España el programa «Construyendo Salud».

La aplicación de este programa a los alumnos de 6º curso de Educación Primaria de 63 centros educativos de 12 Comunidades Autónomas (con otros 60 centros de grupo control) ha supuesto un hito en la historia de la prevención en España, por un doble motivo: en primer lugar, se llevó a cabo la implementación a gran escala del programa más avalado por la investigación, en condiciones bien controladas. En segundo lugar, se realizó una investigación evaluativa a gran



escala y -además- sus resultados fueron positivos (Luengo, Romero, Gómez et al., 1999) aunque, como hemos dicho repetidamente, éstos deben ser valorados con prudencia.

## LA SITUACIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

En los últimos años la investigación evaluativa en prevención del consumo de drogas parece haberse reducido considerablemente en todo el mundo.

Los buenos resultados obtenidos por algunos programas basados en el enfoque de la influencia social han contribuido a consolidarlo como la estrategia preventiva básica, al menos en el ámbito escolar.

Paralelamente, en España los problemas vinculados al consumo de drogas han ido pasando a segundo plano. Parecía que el fenómeno estaba en clara recesión gracias a los programas de prevención, cada vez más generalizados.

Sin embargo, en los últimos tiempos el consumo de drogas ha vuelto a estar de actualidad. Nuevamente las instituciones con responsabilidad en el tema han puesto de manifiesto que el alcohol sigue siendo un problema grave, que el consumo de cannabis aumenta sin cesar; que el consumo de cocaína también se incrementa de forma preocupante incluso entre la población escolar, etc.

En apoyo de esta valoración, las conclusiones de la último informe del Observatorio Español sobre Drogas, en base a las Encuestas Domiciliarias de 1995-2001 señalan que (Observatorio Español sobre Drogas, 2003):

- «Aumentó bastante el consumo de psicoestimulantes (cocaína, éxtasis y anfe-

taminas) y cannabis, debido principalmente a los jóvenes de 15-34 años»

- «Aumentó ligeramente el consumo de alcohol, tabaco y tranquilizantes/somníferos sin receta, sobre todo en los últimos años de la década»

- Al mismo tiempo, descendió el consumo de heroína y fue incierta la evolución del consumo de alucinógenos, inhalables volátiles y crack, aunque siguen siendo drogas poco extendidas entre los españoles.

Al mismo tiempo, los datos publicados por el último eurobarómetro indican que los jóvenes españoles (15-24 años) están a la cabeza de Europa en consumo regular de cannabis y en segundo lugar en consumo experimental de cannabis y de otras drogas (Eurobarometer, 2004).

En cuanto a la población escolar, si observamos los resultados de las últimas encuestas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005) vemos que hay poco margen para el optimismo. El consumo de alcohol en vida está prácticamente estabilizado desde hace 10 años (83,7 % en 1994 y 80,6 % en 2004) y, tras un descenso inicial, ha aumentado notablemente en los últimos cuatro años (76 % en 2000 y 80,6 % en 2004). El consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días sigue un patrón similar:

El consumo en vida de tabaco está también estabilizado (34,1 % en 1994 y 33,1 % en 2004). Los consumos de cannabis, por el contrario son más que alarmantes ya que el consumo en vida se ha incrementado en más de 20 puntos porcentuales en 10 años, pasando del 20,8 % al 42 % en 2004. El consumo de cocaína en vida ha aumentado también en más de 6 puntos en 10 años, pasando del 2,4 % al 8,5 %.



Paralelamente, el porcentaje de estudiantes que piensan que el consumo de las distintas drogas puede causar bastantes o muchos problemas va disminuyendo lenta pero inexorablemente.

## LA BÚSQUEDA DE LA CALIDAD.

Ante esta evolución de los consumos, en los últimos años cada vez se menciona con mayor insistencia la necesidad de promover la mejora continua de la calidad en las intervenciones de prevención del consumo de drogas.

Este concepto, acuñado en el ámbito industrial, necesita ser adaptado para aplicarlo a la intervención social. En principio, la mejora continua de la calidad, aplicada a los programas de prevención, podría definirse como la actividad de evaluación y retroalimentación, repetitiva y periódica, destinada a aumentar la capacidad de tales programas para lograr sus objetivos de prevención (eficacia), para optimizar el aprovechamiento de los recursos (eficiencia) o para reconstruir la historia, aplicación o localización de todos los elementos del programa que deben estar bajo control (trazabilidad) (Alonso, Salvador, Suelves et al., 2004).

Para ello, la intervención debe incluir un ciclo continuo de actividad que implica planificar la intervención, realizarla, comprobar los resultados en función de los objetivos planteados e introducir las acciones correctoras que sean necesarias, repitiendo después todo el proceso.

Aunque los tímidos intentos que se han realizado para dotar de mayor calidad a las acciones preventivas son siempre bienvenidos, trabajar con calidad en prevención exi-

ge, cuando menos, aplicar tres principios, ninguno de los cuales estamos en condiciones de asegurar actualmente:

- Por un lado, utilizar programas eficaces, cuya efectividad haya sido suficientemente contrastada.
- Por otro lado, aplicarlos con rigor; tal como han sido diseñados y asegurando que todos las personas que trabajan en ellos se ajustan a las indicaciones del diseño.
- En tercer lugar, evaluar los resultados y modificar los programas en función de éstos.
  - Las dificultades para llevar a cabo la primera de estas indicaciones son muy numerosas ya que:
    - Como ha quedado establecido anteriormente, no sabemos mucho sobre los componentes que realmente explican la efectividad de los programas. Parece que los programas multicomponentes son más efectivos, pero otros que no tienen estas características dicen serlo también.
    - No sabemos por qué algunos programas son efectivos y otros, con una estructura y composición similares, no lo son.
    - Sabemos aún menos de la efectividad del enfoque educativo más puro, centrado en la Educación para la Salud y orientado al desarrollo de la salud como valor.
    - En general, los programas escolares no parecen tan efectivos, especialmente si se aplican aisladamente (con algunas excepciones). Los resultados son demasiado limitados, parciales y confusos como para dar por definitivo el modelo de intervención vigente.
    - Es necesario investigar más sobre la modificabilidad de las variables interme-



días. Casi nunca se evalúan los cambios en estas variables, con lo cual no sabemos si su falta de efectividad se debe a que el modelo de intervención es erróneo o a que las actividades previstas no son adecuadas o suficientes para modificar las variables intermedias.

- En España no se han realizado grandes programas multicomponentes similares al programa STAR. No sabemos si el componente comunitario de este tipo sería viable y tampoco qué efecto tendría en nuestra cultura.

- La segunda de las exigencias señaladas tampoco es fácil de cumplir porque, excepto las escasas aplicaciones que forman parte de estudios de evaluación, el control sobre la aplicación de los programas es mínimo. No se garantiza en absoluto que los programas lleguen a los destinatarios con los contenidos, duración y metodología con que han sido diseñados.

- En cuanto a la tercera exigencia, la evaluación es todavía una actividad casi inexistente y los resultados se utilizan -cuando son positivos, aunque sea mínimamente- para avalar la continuidad del programa y no para su revisión y modificación.

## **UN BUEN MOMENTO PARA LA REFLEXIÓN.**

El momento presente, tras veinte años de aplicación de planes o estrategias nacionales sobre drogas, es un momento especialmente adecuado para retomar la reflexión sobre este tema por varias razones:

En primer lugar porque se está tomando conciencia de que el fenómeno de las drogas no es un problema resuelto. Ello facilita el

debate público y la participación de la sociedad en la búsqueda de respuestas.

En segundo lugar porque esta convicción llega sin la angustia que acompañó al fenómeno en los primeros años. Ello permitirá una reflexión serena sin la urgencia exigida por la necesidad de soluciones inmediatas.

En tercer lugar porque disponemos de un gran conocimiento acumulado, que no es definitivo, pero que sí permite orientar la investigación futura.

No cabe duda de que la normalización de los problemas asociados al consumo de drogas ha sido un gran logro de las políticas puestas en marcha en España y ha permitido un afrontamiento razonado de la situación. Sin embargo, en cierto modo, esta misma estabilización del problema ha conducido también a una normalización de los consumos, creándose una situación de equilibrio que sólo se rompe cuando las circunstancias -generalmente asociadas a acontecimientos negativos- ponen nuevamente este tema de actualidad. Cuando eso ocurre, se plantea un debate desenfocado y centrado en medidas inmediatas y radicales. Por ello es necesario romper de manera intencional y constante ese equilibrio mediante el cuestionamiento reflexivo y organizado de los comportamientos de la comunidad relacionados con las drogas, para lo cual es necesario poner en marcha estrategias que mantengan la atención de la comunidad enfocada sobre este tema y que faciliten la reflexión colectiva sobre el problema, sobre las soluciones que se consideren deseables y sobre los esfuerzos individuales y colectivos necesarios para conseguirlos.

Esta reflexión, si se produce de una manera organizada y con la participación de toda la sociedad, puede ser el motor de un nuevo



planteamiento de la prevención en el que la intervención comunitaria sea el elemento vertebrador de la acción preventiva.

Al respecto, conviene no perder de vista la experiencia acumulada a través de las intervenciones de «lucha contra el tabaquismo». Vemos con estupor cómo medidas restrictivas que afectan considerablemente a la vida de muchas personas y, más aún, a los intereses de importantes sectores económicos, son aceptadas de buen grado y sin apenas resistencia.

Aunque es evidente que los problemas derivados del consumo pasivo de tabaco son un argumento de gran peso para poner en marcha medidas de este tipo, quizá la clave de su éxito esté en que la población general ha tomado la iniciativa y ha asumido esta cuestión como algo propio. De alguna manera, cada ciudadano se ha convertido así en un agente de prevención.

## **UNA NUEVA ORIENTACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA.**

---

Ya hemos visto que el conocimiento actualmente disponible acerca de la prevención universal del consumo de drogas no permite diseñar estrategias que garanticen el logro de sus objetivos.

Este escaso desarrollo de intervenciones de prevención eficaces es especialmente patente en el ámbito comunitario, donde el diseño de las estrategias preventivas se realiza más en base a la intuición que a partir de bases científicas bien establecidas.

A pesar de esta falta de resultados incuestionables, los datos procedentes de la investigación parecen indicar que los programas multicomponentes son la alternativa más razonable para organizar la prevención del

consumo de drogas en el ámbito comunitario.

Estos programas se caracterizan por la integración de diferentes estrategias preventivas, de manera que se produzcan sinergias entre las diferentes actuaciones. Entre los elementos que los constituyen cabe citar los programas escolares, campañas en medios de comunicación y similares, intervenciones en medio natural (en bares, en lugares de encuentro, etc), programas de prevención familiar, movilización social (formación de líderes, creación de asociaciones, foros de debate, etc), medidas normativas y programas de intervención en el tiempo libre.

Al mismo tiempo, parece necesario establecer programas de prevención selectiva, debidamente coordinados con los de prevención universal, dirigidos a los grupos de población en situación de mayor riesgo y que incluyan educación de calle o intervenciones específicamente diseñadas para los grupos de riesgo.

Estas actuaciones no son muy diferentes de las que se vienen realizando en la actualidad. Sin embargo, quizá la mejora de su efectividad no tenga tanto que ver con el «qué hacer» como con el «cómo hacerlo».

Al respecto, parece posible que el eje capaz de articular una intervención efectiva sea la movilización social. Es fundamental que la prevención sea sentida por la comunidad como una necesidad. Por el contrario, delegar esta función en las instituciones lleva a la población a no implicarse en ella.

De acuerdo a este principio, es posible que las siguientes estrategias redunden en una mejora de la capacidad preventiva de las actuaciones señaladas anteriormente:



- Mantenimiento de un debate social permanente sobre el tema de drogas. Parece imprescindible que las drogas estén de actualidad ya que ello facilitará el posicionamiento personal y el debate social a todos los niveles: políticos, líderes comunitarios, profesionales, padres, jóvenes, etc. Este debate debe establecer en cada caso

- La valoración que la comunidad hace del consumo de drogas y de los objetivos preventivos. Los objetivos de los programas no pueden ser la abstinencia total para todas las sustancias y para todas las personas. Cada comunidad debe decidir lo que es aceptable ya que, de otro modo, los objetivos preventivos no serán asumidos como propios.

- La implicación que la comunidad está dispuesta a asumir en la prevención que propone. En la medida que el logro de determinados objetivos preventivos sea sentida como una necesidad por la comunidad, ésta deberá establecer los esfuerzos de todo tipo (económicos, sociales, personales) que está dispuesta a realizar para responder a esa necesidad.

- Implicación comunitaria: Las actuaciones a realizar tienen que ser demandadas por la comunidad y realizadas con la participación de la comunidad. Los programas diseñados por las instituciones no parecen tener mucho calado en la sociedad. El agente principal de la acción preventiva tiene que ser el propio ciudadano. Concienciarle de ello y facilitarle esta labor serán los mecanismos básicos de la acción preventiva.

- Las actuaciones han de dirigirse a toda la comunidad. Los programas de prevención no pueden tener como población diana exclusiva (probablemente, ni tan siquiera preferen-

te) a los jóvenes. La población adulta debe asumir un papel precursor en el establecimiento de modelos de comportamiento ajenos al consumo de drogas. Si se consigue establecer una cultura adulta de rechazo a las drogas, posiblemente ello repercutirá sobre el comportamiento juvenil.

- El ámbito de actuación tiene que ser necesariamente reducido (Ayuntamiento o comarca). En cada población diana (barrio, localidad, etc) hay que lograr el consenso social necesario para que las intervenciones tengan calado en la sociedad. Parece obvio que los planteamientos consensuados serán diferentes en cada caso por lo que las intervenciones de carácter general deberán reducirse al mínimo en beneficio de las actuaciones locales.

Naturalmente este planteamiento implica riesgos. La descentralización de la prevención, en la medida que supone dar mayor margen de actuación a las entidades locales, implica un menor control sobre los objetivos y sobre los procedimientos puestos en marcha para conseguirlos.

Por este motivo, la investigación debe convertirse en un elemento esencial de las políticas preventivas. Las nuevas iniciativas deben basarse siempre en el conocimiento disponible que, aunque incompleto, es nuestra única referencia para guiar la acción. La evaluación de sus resultados permitirá diseñar nuevas formas, cada vez más efectivas, de intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

Acero, A. (2004). *Guía práctica para una prevención eficaz*. Madrid: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales.



Acero, A. y Jiménez, A. (2004). Evaluación del programa «Entre Todos». Confirmación de evidencias metodológicas en la implementación de programas de prevención. *Proyecto Hombre*, 52, 44-47.

Alonso, C. y Del Barrio, V. (1997). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de tabaco en el medio escolar. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50 (2), 223-241.

Alonso, C. y Del Barrio, V. (1998). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela. *Análisis y Modificación de Conducta*, 97 (24), 679-701.

Alonso, C., Salvador, T., Suelves, J.M., Jiménez, R. y Martínez, I. (2004). Prevención de la A a la Z. *Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

Arbex, C. (2003). *Catálogo de programas de ocio saludable*. Madrid: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales.

Bañón, A., López, A., Villanueva, M., Alarcón, M.D., Herrero, N. y Domínguez, A. (2003). Resultados de la evaluación del programa «En la huerta con mis amigos». En F. de Arce (coord). *Ponencias de las VII Jornadas sobre Prevención de Drogodependencias*. Alcorcón, 2002, pp. 340-342.

Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S. y Botvin, E.M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (4), 437-446.

Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G., Borrás, M. y Palmer, A. (1989). Evaluación del pro-

grama de prevención escolar "Tú decides". *Adicciones*, 1 (2), 96-111.

De Jong, W. (1987). A short-term evaluation of project DARE (Drug Abuse Resistance Education): preliminary indications of effectiveness. *Journal of Drug Education*, 17 (4), 279-294.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de intervención*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Elder, J.P., Wildey, M., De Moor, C., Sallis, J.F., Eckhardt, L., Edwards, C., Erickson, A., Golbeck, A., Hovell, M., Johnston, D., Levitz, M.D., Molgaard, C., Young, R., Vito, D. y Woodruff, S.I. (1993). The long-term prevention of tobacco use among junior high school students: classroom and telephone interventions. *American Journal of Public Health*, 83 (9), 1239-1244.

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

Ennett, S.T., Tobler, N.S., Ringwalt, C.L. y Flewelling, R.L. (1994). How effective is Drug Abuse Resistance Education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84 (9), 1394-1401.

Espada, J.P., Rosa, A.I. y Méndez, F.X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y Drogas*, 3 (2), 61-81.

*Eurobarometer (2004). Les jeunes et la drogue*. Consultado en [http://europa.eu.int/comm/public\\_opinion/flash/fl158\\_fr.pdf](http://europa.eu.int/comm/public_opinion/flash/fl158_fr.pdf) el 21-3-2005.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005). EDDRA Information



System. Consultado en [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int) el 15-3-2005.

Foxcroft, D.R., Lister-Sharp, D. y Lowe, G. (1997). Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction*, 92 (5), 531-537.

García del Castillo, J.A., López, C., Fernández, I. y Catala, L. (2003). Evaluación del programa de prevención de drogas "Barbacana". *Salud y Drogas*, 3 (1), 33-55.

Lence, M., Gómez, J.A. y Luengo, M.A. (1997). El meta-análisis y la prevención de drogodependencias en el ámbito escolar: una revisión. *Adicciones*, 9 (4), 601-616.

Luengo, M.A., Romero, E., Gómez, J.A., Guerra, A. y Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio del Interior y Universidad de Santiago de Compostela.

Martín, E. y Moncada, S. (2003). Programas de prevención de ocio alternativo. *Adicciones*, 15 (2), 327-346.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1985). *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004. Consultado en <http://www.msc.es/pnd/observa/pdf/escolar2004.pdf> el 14-4-2005.

Observatorio Español sobre Drogas (2003). *Informe nº 6*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Pentz, M.A. (2001). Un ejemplo de prevención efectiva de la drogodependencia. El Proyecto STAR: Un programa completo de prevención de la drogodependencia basado en la comunidad. En F. del Arce (Coord). *Ponencias de las V Jornadas sobre Prevención de Drogodependencias*. Alcorcón (Madrid), Junio de 2000.

Shope, J.T., Dielman, T.E., Butchart, A.T., Campanelli, P.C. y Kloska, D.D. (1992). An elementary school-based alcohol misuse prevention program: a follow-up evaluation. *Journal of Studies on Alcohol*, 53 (2), 106-121.

Tobler, N.S. (1999). Meta-análisis de programas de prevención de drogas en adolescentes: resultados del meta-análisis de 1993. En NIDA (comp). *Meta-análisis de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: FAD, pp. 9-66.

Trinidad, A. (dir.), Alemán, C., Castón, P., Fernández, M. y Martín-Lagos, M. (2003). *Evaluación diagnóstico de los Planes Autonómicos sobre Drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Villalbí, J.R., Aubá, J. y García, A. (1992). Evaluación de un proyecto de prevención primaria del tabaquismo: el proyecto piloto PASE de Barcelona. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 66 (2), 143-148.