Gramática de la prevención de adicciones

Documento técnico para la prevención local de las adicciones

Alfonso Ramírez de Arellano

Junta de Andalucía

“Gramática de la prevención de adicciones”

Documento técnico para la prevención local de las adicciones

RAMÍREZ DE ARELLANO ESPADERO, Alfonso R.
Gramática de la prevención de adicciones: documento técnico para la prevención local de las adicciones / Autor: Alfonso R. Ramírez de Arellano Espadero. -- Sevilla : Consejería de Salud y Consumo, 2022.
204 p. ; 15 x 21 cm.
D.L. SE 1715-2022
1. Trastornos relacionados con sustancias. 2. Conducta adictiva. 3. Servicios preventivos de salud. 4. Estrategias locales. 5. Andalucía. I. Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. II. Título
WM 270

Autor: Alfonso R. Ramírez de Arellano Espadero

Dirección y Coordinación editorial: CEPS
(La dirección editorial respeta la redacción del Autor)

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Título: Gramática de la prevención de adicciones: documento técnico para la prevención local de las adicciones.
Edita: Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. 2022
Depósito legal: SE 1715-2022
Diseño y maquetación: La Sombra creativa
Imprime: Imprenta Ávila Servicios Gráficos
Consejería de Salud y Consumo: https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo.html
Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

Documento Técnico para la prevención local de las adicciones: análisis exhaustivo ante los cambios en el sector de las adicciones

Documento Técnico para la prevención local de las adicciones: análisis exhaustivo ante los cambios en el sector de las adicciones

Entre las líneas prioritarias del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (PASDA) se encuentran los programas e intervenciones de prevención y atención a la población joven y adolescente y el desarrollo de estrategias de intervención dirigidas a personas de alto riesgo de exclusión social.

El Programa "Ciudades ante las Drogas" sigue siendo un referente de la prevención comunitaria en nuestra Comunidad Autónoma, entre otras razones debido a que la implicación de las Corporaciones Locales ha ido aumentando de forma considerable. En el último año, se han llevado a cabo alrededor de 8.000 actividades en los municipios andaluces adscritos al Ciudades ante las Drogas.

Por otro lado, uno de los principales cambios a los que ha asistido el sector de las adicciones durante las últimas décadas ha sido la sustitución del concepto de drogodependencias por el de adicciones con todo lo que ello implica. Si el objeto de adicción incluye sustancias legales como el tabaco y el alcohol, ilegales como el cannabis o la cocaína, por hablar de las más extendidas, a las que hay que añadir la adicción al juego y otras adicciones sin sustancias, además del mal uso de las TIC (internet, móvil, etc.) y determinadas dependencias emocionales, llegamos a la conclusión de que las adicciones no se circunscriben a un sector de la población, sino que afectan al conjunto de la sociedad.

El cambio en el objeto de las adicciones trae aparejados cambios en los perfiles de las personas consumidoras, en los factores de riesgo y de protección específicos y en su abordaje como problema de salud pública. Los datos asistenciales de los últimos tiempos, también han puesto de manifiesto la confusa relación que existe entre adicciones y salud mental, así como entre las conductas adictivas e innumerables trastornos psicoanalíticos.

Ante todos estos cambios era necesario realizar un documento técnico que de manera exhaustiva y pormenorizada analice todo el campo de la prevención, fundamentándolo en una visión local. Desde el ámbito institucional que represento, con esta publicación pretendemos contribuir a la necesaria renovación y actualización del sector, desde la perspectiva de los y las profesionales que tienen la función de ejecutar los programas

y/o promover que se ejecuten en el territorio; es decir, desde la perspectiva de las técnicas y técnicos locales de prevención de las adicciones que son quienes prestan los servicios básicos de prevención en nuestra comunidad autónoma. También se podría considerar una contribución para el desarrollo de una atención primaria de la prevención o a la integración plena de ésta en la prevención en salud.

Y como establece el documento técnico el desafío de futuro debe: profundizar en un modelo de prevención cada vez más comprensivo (con y sin sustancias) y especializado.

Apostar por la evidencia y las buenas prácticas reconociendo el rol de cada uno/a de los actores y actrices que participan en el proceso, fomentando la colaboración entre profesionales e investigadores.

Convertir la prevención en un derecho y alcanzar un acuerdo con todos los actores que intervienen en la prevención sobre los contenidos básicos de una prevención universal basada en las habilidades para la vida y no solo en términos de salud.

Trinidad Rus Molina
Directora General de Atención Sociosanitaria,
Salud Mental y Adicciones

Agradecimientos

Agradezco a la Dirección General de Ciudados Sociosanitarios de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía y al Centro de Estudios de Promoción de la Salud que hayan hecho posible esta publicación.

También quiero agradecer la valiosa colaboración de los expertos y expertas en prevención que han tenido la amabilidad de leer el manuscrito, hacer comentarios y recomendaciones enriqueciendo su contenido: Víctor Sarmiento, Leonor Cano, Alfonso Borrego, Gregor Burkhart, Juan Carlos Melero y Rosa Suarez.

Prólogo

Durante muchos años, las sociedades de investigación y las organizaciones internacionales ocupadas en la prevención han prestado una atención casi exclusiva a los decisores políticos nacionales o a los especialistas en este campo. Nadie se había dado cuenta que en muchos países europeos las decisiones más importantes sobre la prevención se toman a nivel local, en los municipios. Aquí se decide qué recursos financieros y personales se atribuyen a qué prioridades. Aquí se decide a favor o en contra de campañas informativas, de alianzas (o al menos connivencias) con las industrias de ocio o alcohol, y sobre los tipos de intervenciones en colegios, para familias o jóvenes vulnerables. La gente que toma estas decisiones cruciales no son puros expertos, pero tampoco son puros políticos. Para mejorar la prevención en Europa, o sea: para que en los municipios se tomen decisiones sensatas, necesitamos herramientas que sean útiles y atractivas para que los decisores locales más allá de lo meramente intuitivo entiendan lo que es preventivo. Así optimizamos nuestros sistemas de prevención.

En este documento técnico, Alfonso Ramírez de Arellano introduce este importante aspecto de los sistemas de prevención en el contexto español y deja bien claro que las evidencias y las intervenciones eficaces sirven de poco si no se encajan en un sistema de prevención eficiente. Esta "*gramática*" es un buen complemento de su anterior libro "*Actuar localmente en (drogo)dependencias*".

Sobre todo, es un buen complemento a la nueva estrategia del EMCDDA, o sea: dirigir los esfuerzos de formación – y con esto: la transferencia de la ciencia a la práctica – a aquellas personas que toman decisiones, influencian opiniones y definen políticas a nivel local y regional.

Creo que será muy útil para profundizar en los conocimientos sistémicos sobre la prevención de comportamientos de riesgo.

Gregor Burkhart
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Indice

Introducción

1. Aclarando ideas y despejando incógnitas.
   1.1. Dimensión y características del problema.
   1.2. Consecuencias para la prevención.
   1.3. Revisión de algunos conceptos básicos.
2. Ampliando perspectivas: las drogas y las adicciones desde otros puntos de vista.
   2.1. La perspectiva del negocio.
   2.2. La perspectiva de la salud pública.
   2.3. La perspectiva del narcotráfico.
   2.4. La perspectiva de la opinión pública.
   2.5. La perspectiva de la opinión publicada.
   2.6. La perspectiva de "la guerra contra la droga".
   2.7. La perspectiva de la legalización/prohibición de las drogas.
   2.8. La perspectiva de los sesgos cognitivos.
   2.9. La perspectiva del discurso social y las técnicas cualitativas.
   2.10. La perspectiva del tercer sector.
   2.11. La perspectiva del sistema de atención.
3. Un poco de historia.
   3.1. Evolución de los programas de prevención.
      3.1.1. De la evitación al fortalecimiento.
      3.1.2. De la dependencia a la autonomía.
      3.1.3. De la eliminación a la gestión del riesgo.
      3.1.4. De los factores de riesgo a los activos en salud.
      3.1.5. De los métodos doctrinarios a las metodologías activas y participativas.
      3.1.6. Hacia un modelo más comprensivo y discriminativo.

3.2. Revisión crítica de conceptos y estrategias preventivas.

3.2.1. Adecuación a la norma.

3.2.2. La presión de grupo y la educación en valores.

3.2.3. La búsqueda de sensaciones.

3.2.4. Baja autoestima, escasa motivación e intolerancia a la frustración.

3.2.5. El hedonismo.

3.2.6. La anhedonia, la disforia y la inhibición social.

3.2.7. La educación del placer.

4. Paradigmas, enfoques, modelos y programas.

4.1. La influencia de los modelos terapéuticos.

5. Los factores de riesgo y de protección.

5.1. Definición y clasificación de los factores de riesgo y de protección

5.1.1. Definición.

5.1.2. Factores de riesgo y de protección de las sustancias/conductas adictivas.

5.1.3. Factores de riesgo y de protección individuales

5.1.4. Factores de riesgo y de protección de la red social personal.

5.1.5. Factores de riesgo y de protección familiares.

5.1.6. Factores de riesgo y de protección del grupo de iguales.

5.1.7. Factores de riesgo y de protección escolares.

5.1.8. Factores de riesgo y de protección del contexto social.

5.2. Factores macrosociales en España.

5.3. La hipótesis ansiolítica

6. Clasificaciones de la prevención.

6.1. Los niveles de la prevención de Gordon.

6.1.1. La prevención universal.

6.1.2. La prevención selectiva.

6.1.3. La prevención indicada, la detección y la atención precoz.

7. La prevención aplicada.
7.1. El punto de vista de la práctica.
7.1.1. Recursos relacionados con la promoción de salud y la prevención universal.
7.1.2. Recursos relacionados con la prevención de riesgos.
7.2. Inventario de recursos preventivos:
7.2.1. Recursos universales.
7.2.1.1. Programas de promoción y de acción local en salud.
7.2.1.2. Programas de educación para la salud aplicados a las organizaciones.
7.2.1.3. Planes locales de prevención de adicciones (PMA).
7.2.1.4. Medidas de prevención sistémica.
7.2.1.5. Medidas y programas de prevención comunitaria.
7.2.1.6. Medidas y programas de prevención ambiental.
7.2.1.7. Programas universales escolares.
7.2.1.8. Programas de seguimiento infantil (PSI).
7.2.1.9. Programas de prevención entre iguales.
7.2.1.10. Programas de promoción y prevención de salud mental.
7.2.2. Recursos para la prevención de riesgos.
7.2.2.1. Recursos grupales.
7.2.2.2. Recursos para las intervenciones individuales.
7.2.2.2.1. Pruebas y métodos de detección.
7.2.2.2.2. La entrevista evaluativa.
7.2.2.2.3. El itinerario personalizado de prevención (IPP).
7.2.2.2.4. Intervenciones sistémicas en prevención indicada.
7.2.2.2.5. La entrevista o consulta colaborativa.
7.2.2.2.6. Técnicas de Coaching.
7.2.2.2.7. Técnicas de Counseling.
7.2.2.2.8. La entrevista motivacional.
7.2.2.2.9. La Intervención mínima.
7.2.2.2.10. Las intervenciones breves.
7.2.2.2.11. Nuevos instrumentos al servicio de la prevención indicada.

Apéndice nº 1 Consideraciones para el diseño de programas grupales de habilidades y competencias

Apéndice nº2 Propuestas para la elaboración de guías y protocolos de prevención indicada.

Apéndice nº 3 Una estrategia para impulsar la prevención indicada a nivel local.

8. Alternativas locales para la prevención de adicciones. .
   8.1. Aterrizando en el ámbito local.
   8.2. Revisando conceptos básicos de la prevención local.
   8.3. Políticas locales basadas en la evidencia y en las buenas practicas.
   8.4. Necesidad de una alianza entre profesionales e investigadores/as.
   8.5. Reflexionar sobre el modelo actual de evaluación de programas.
   8.6. ¿Es posible otra alternativa a la prevención?
   8.7. Como desarrollar una estrategia local.
9. Principales desafíos de la prevención en España.
Bibliografia

Introducción.

Este libro está dirigido a todos los públicos, pero muy especialmente a los/as agentes de prevención y a los/as técnicos/as locales de prevención de adicciones (TLP). Con los/as primeros/as nos referimos a todas aquellas personas que deciden actuar preventivamente desde su rol familiar, profesional o ciudadano, mientras que con el acrónimo TLP nos referimos a quienes se dedican profesionalmente a la prevención de adicciones a nivel local. **Todas las personas pueden ser agentes de prevención y deberían poder contar con la colaboración de los profesionales de la prevención de su zona.**

También va dirigido a los llamados agentes de salud, es decir, a profesionales de los ámbitos social, sanitario, educativo, deportivo, etc., que inciden directa o indirectamente sobre las adicciones, para facilitar la colaboración y el trabajo en común que exige la prevención.

La obra se enmarca dentro del paradigma de la evidencia y de las buenas prácticas que debe presidir el desarrollo de la prevención en nuestro país.

El texto integra la prevención de adicciones dentro de un conjunto más amplio de problemas psicosociales y de salud mental que afectan principalmente a la población infanto/juvenil (aunque no solo) y propone alternativas que puedan ser útiles para todos.

Parte de los conocimientos científicos acumulados en prevención durante las últimas décadas recogidos en documentos tales como "*Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*" de Becoña, E. (2002), pero adaptándolos a la actualidad de las adicciones y a la perspectiva de la práctica profesional de la prevención.

En ese sentido, aspira a servir de puente entre la investigación y la prevención aplicada, ya que los resultados de los estudios y de las investigaciones no siempre son aplicables directamente y requieren un esfuerzo de adaptación por parte de los profesionales.

Tiene entre sus objetivos aclarar conceptos y fomentar la reflexión, pero sobre todo quiere ser una herramienta práctica para el trabajo cotidiano.

La razón de haber optado por una **gramática** en vez de por un **abecedario**, es que, además de que ya existen buenas publicaciones sobre la materia como: *"La Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas"* Alonso, C. et. al. (2004), el diccionario presenta los elementos según un orden alfabético, mientras que la gramática describe las leyes que regulan las combinaciones de los elementos que determinan la eficacia de los programas de prevención.

El texto se estructura en tres partes:

Los tres primeros capítulos (cap.1-3) aportan los elementos necesarios para hablar un idioma común sobre prevención de adicciones evitando malos entendidos. No pretenden ser una revisión exhaustiva, sino una visión general de la situación actual de la prevención y de su reciente trayectoria hasta el día de hoy.

La parte central del libro (cap. 4-7) está dedicada a describir y a analizar críticamente los llamados factores de riesgo y de protección, los niveles, las modalidades de prevención y los recursos preventivos incorporando una visión aplicada de los mismos.

El último capítulo (cap. 8) se centra en la perspectiva local como la forma más realista de impulsar la prevención, a la espera de que la prevención ocupe el lugar que le corresponde en las políticas generales sobre adicciones.

El apéndice final (cap . 9) recoge un decálogo con los principales desafíos que tiene planteados la prevención en nuestro país.

Ideas clave:

Todas las personas pueden jugar un papel en la prevención de las drogodependencias y las conductas adictivas; profesionales y ciudadanía .

Uno de los objetivos de los/as técnicos/as locales de prevención es servir de puente entre la investigación y la prevención aplicada.

Hay que adoptar una perspectiva amplia de la prevención para llegar a todos los sectores de la población.

La prevención local representa una oportunidad real para impulsar la prevención y la promoción de la salud en nuestro país.

Capítulo 1

1. Aclarando ideas y despejando incógnitas

Uno de los principales problemas a los que se tiene que enfrentar la prevención de adicciones no es tanto la falta de información como las ideas falsas y los prejuicios que suelen acompañar a las drogas y las adicciones. Por ese motivo queremos dejar claro algunas ideas que nos ayuden a situar el problema y comprender su dimensión.

En el presente capítulo vamos a señalar las tendencias básicas del consumo y de las adicciones y a desarrollar los objetivos preventivos que se derivan de las mismas. También vamos a revisar algunos conceptos clásicos sobre drogodependencias a la luz de las nuevas adicciones. En definitiva, queremos ofrecer un marco común del que partir.

Nuestra intención es describir las principales tendencias del consumo de sustancias y de las conductas adictivas en nuestro país, pero eludiendo, en lo posible, entrar en cifras concretas que quedarían desfasadas en un corto espacio de tiempo.

Para conocer las cifras exactas y actualizadas hay que acudir a las fuentes originales principales, que en España son fundamentalmente dos: La macroencuesta EDADES sobre alcohol y otras drogas, que se lleva a cabo de forma bienal, desde 1995, en población general de 15 a 64 años, y la macroencuesta ESTUDES sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias, que se lleva a cabo de forma bienal, desde 1994.

La información que proporcionan estas dos encuestas es complementada con otros estudios monográficos y con datos procedentes de la evolución de la asistencia, todos ellos llevados a cabo por el Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones (OEDA).

Al final de cada capítulo encontraremos un apartado titulado **Para saber más**, en el que se ofrece información complementaria. En este caso se trata de las direcciones web a través de las que acceder de forma sencilla y asequible a los mencionados estudios, donde se encuentran los datos acumulados y actualizados sobre consumo de sustancias y adicciones.

1.1. Dimensión y características del problema

Uno de los fenómenos que no ha cambiado durante las últimas décadas en el panorama de las adicciones en España es que la mayor amenaza para la salud de la ciudadanía está representada por las dos drogas más consumidas: El alcohol y el tabaco. Aunque la sociedad en su conjunto no siempre lo perciba de esta manera, lo cierto es que ambas sustancias son las causantes del mayor número de enfermedades y muertes al año.

El dato afecta también a niños/as y jóvenes, ya que el alcohol y el tabaco también son las sustancias más consumidas por los/as menores de edad y se consideran la puerta de entrada al consumo de las demás sustancias. Las expresiones "*puerta de entrada*" o "*drogas de inicio*" en este contexto, quiere decir que son las drogas que primero se consumen, ya que no es frecuente empezar por otras.

En cambio, otras drogas ilegales que fueron vividas como una gran amenaza en otra época como la heroína, las anfetaminas o los alucinógenos se encuentran estancadas en unos niveles bastante bajos de consumo.

Otros aspectos destacados son el elevado consumo de cannabis por parte de la población joven, el incremento de consumo de psicofármacos, el fenómeno creciente de las adicciones sin sustancias y las adicciones emocionales.

Veamos brevemente algunos datos y tendencias:

En relación con el **consumo de drogas ilegales**, «La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 ENSD (2018), dice que: *"en términos generales, un tercio de la población española ha consumido alguna droga ilegal en su vida, manteniéndose este porcentaje relativamente estable en los últimos años."* ENSD (2018).»

Las drogas ilegales más consumidas son el cannabis y la cocaína. El cannabis lo ha consumido un 10% de la población alguna vez, pero ese porcentaje se triplica cuando se considera la población de 14 a 18 años. O sea, se puede considerar una droga juvenil y el mayor número de sus consumidores habituales se encuentra entre adultos jóvenes.

La cocaína se halla en un porcentaje bastante inferior; un 2,5% para el conjunto de la población en el último año. En cualquier caso, ambas sustancias presentan prevalencias de consumo elevadas respecto a los países de nuestro entorno.

En torno al cannabis, cuyo consumo se ha diversificado en forma de hachís y de marihuana, existe una baja percepción de riesgo (sobre todo en población joven), una gran disponibilidad y es el centro de un debate sobre su legalización en nuestro país.

En relación con el **consumo de drogas legales**, las de mayor prevalencia de consumo en España, como se ha dicho, son el alcohol y el tabaco, seguidas por los hipnosedantes.

El alcohol lo ha consumido en el último año casi un 80% de la población, el tabaco lo consume a diario casi un tercio de la misma y los hipnosedantes en torno a un 15%. Pero, así como el consumo de alcohol y tabaco se estabiliza o baja en los/as jóvenes, el consumo de psicofármacos crece. En el último Barómetro sobre la juventud del Centro de Estudios Reina Sofía, un 25% de jóvenes (15-29) declaraba haberlos consumido alguna vez en el último año FAD (2021).

Respecto a las conductas no relacionadas con sustancias:

La incorporación de las tecnologías de la relación, la información y la comunicación (TRIC) a las adicciones ha modificado radicalmente el panorama por múltiples motivos, pero el principal es que su buen uso no solo puede considerarse normal, sino beneficioso, lo cual viene a cuestionar conceptos relacionados con el consumo de riesgo, como los de "*uso habitual*" o "*diario*" cuando se referían a las sustancias.

La perspectiva que ofrece al respecto El Centro de Seguridad en Internet para Menores (IS4K) dependiente de la Secretaria de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial es muy interesante.

En lo que se refiere al uso compulsivo de Internet y a los juegos con apuestas, particularmente on-line, las cifras no han dejado de crecer en los últimos años y con el incremento del número de usuarios/as, crece también el número de las personas que lo hacen de manera problemática. El 4,7% de los alumnos de 14 a 18 años serían candidatos/as a un posible juego problemático y el 6% podría tener algún problema relacionado con los videojuegos. Ofrecemos estos datos para que sirvan de referencia, pero no dejamos de insistir en la importancia de consultar las fuentes actualizadas.

Un fenómeno que se ha mencionado en algunos estudios y que se observa en la práctica preventiva es el incremento del acceso y consumo de pornografía por parte de menores de edad (con las consecuencias que conlleva de riesgo de adicción y de mala educación sexual).

En lo que se refiere a las **dependencias emocionales**, hay que decir, que son consideradas adicciones por algunos/as expertos/as como la Dra. María de la Villa Moral y Dr. Carlos Sirvent (2008), pero hoy por hoy no existe un consenso científico que permita incluirlas como tales en los manuales de diagnóstico clínico.

Algunos estudios sitúan la prevalencia en población adulta entre el 24,60% y el 38,12% y en su versión más problemática, en torno al 8%.

Se trata de un campo sobre el que queda mucho por investigar, tanto si en el futuro se convierten en una categoría clínica más de las adicciones sin sustancias, como si no lo hacen, pero se pueden establecer conexiones significativas entre ellas (como factor de riesgo) y otras adicciones.

En cuanto a tendencias, el alcohol, el cannabis y el tabaco, parecen haberse estabilizado o reducido en el último año entre población de enseñanzas medias, mientras que las adicciones comportamentales y los psicofármacos muestran un incremento difícil de valorar por los efectos de la pandemia.

Otro dato importante para la prevención es la **edad de inicio** de las diversas sustancias y conductas.

Si contemplamos la totalidad de la población entre los 15 y los 64 años, la edad media de inicio del consumo se mantiene estable para las sustancias legales en torno a los 16 años, para el cannabis en los 18 y para los hipnosedantes en los 35, pero cuando se toma como referencia solo estudiantes de secundaria (14-18 años), entonces la edad de inicio se sitúa en torno a los 14 años, incluidos los hipnosedantes.

Hay que llamar la atención sobre el hecho de que aún no se ha estabilizado en las encuestas el modo de estudiar y nombrar a los psicofármacos. Los más usados, como veremos más adelante, son los ansiolíticos, pero con frecuencia también se denominan hipnosedantes o de otras maneras.

La perspectiva de género

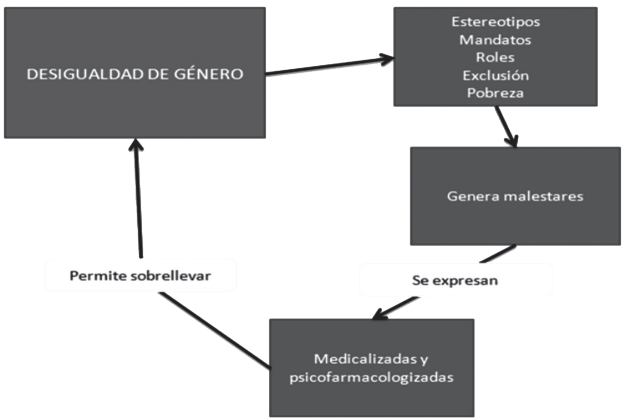
En población adulta solo los hipnosedantes (ansiolíticos) y la dependencia emocional ofrecen cifras superiores en las mujeres que en los hombres.

Entre la población de enseñanzas medias, las mujeres consumen más drogas legales (alcohol, tabaco y psicofármacos) que los chicos, en cambio éstos más drogas ilegales.

La mayor prevalencia de consumo problemático de hipnosedantes se da entre mujeres de entre 45 y 64 años, aunque hay que tener en cuenta que los estudios llegan hasta los 65 años, y también que el progresivo incremento de consumo en población joven puede tener consecuencias a medio plazo.

Existe un problema sobre cuándo y cómo calificar el consumo de hipnosedantes como problemático o como un trastorno, teniendo en cuenta que se trata de un grupo de fármacos prescritos médicamente, pero cuyo uso, en la práctica, supera frecuentemente el que está científicamente recomendado.

Algunos estudios como "*Género y Drogas*" de Molina-Sánchez, C. y Cantos- Vicent, R. (2018), interpretan que a las mujeres se les prescriben más psicofármacos, porque el sistema de salud mental sigue un modelo masculino, en el que no cabe expresar el malestar provocado por la desigualdad de género en términos emocionales como hacen las mujeres.



Tomado de Molina-Sánchez, C. y Cantos-Vicent, R. (2018).

En relación con el consumo de alcohol, la Organización Mundial de la Salud ha identificado su consumo abusivo como uno de los factores de riesgo en la violencia contra la pareja y la violencia sexual. Un porcentaje significativo de maltratadores abusa del alcohol o es dependiente de esta sustancia. Igualmente, el consumo continuado de sustancias se ha considerado un predictor de agresiones futuras contra la pareja.

Por otro lado, las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de posibilidades de padecer problemas con el alcohol, y la violencia sexual ejercida contra ellas puede a su vez incrementar su consumo de alcohol.

La mujer, por tanto, sufre doblemente como víctima el consumo excesivo de alcohol. Por un lado, en relación con la violencia ejercida sobre ella por la pareja que

consume alcohol de forma nociva, y por otro, padeciendo ella misma problemas de consumo nocivo como consecuencia de esa violencia ENSD (2018)

El estigma asociado al consumo de sustancias y el juego con apuestas también ejerce mayor presión sobre la población femenina que sobre la masculina.

1.2. Consecuencias para la prevención

Hasta aquí un resumen sumario de algunas de las principales tendencias de consumo y de conductas. Lo que se describe a continuación es cómo los datos se convierten en objetivos preventivos.

El procedimiento es el siguiente. Los datos obtenidos mediante las encuestas mencionadas son puestos a disposición de los profesionales, de las instituciones y de la opinión pública y también son procesados y comparados con los procedentes de oleadas anteriores para describir las tendencias y monitorizar su evolución.

La información así obtenida se toma como referencia para elaborar los objetivos preventivos que recogerán el Plan Nacional y la Estrategia Nacional, los Planes Autonómicos y los Planes Locales.

Criterios preventivos derivados de los resultados de los estudios:

A continuación, veremos de manera muy resumida, como la información obtenida en los estudios se transforman en criterios y objetivos preventivos.

- El consumo excesivo de alcohol y de tabaco siguen siendo dos de los principales problemas de salud pública en España, por lo que merecen la mayor atención desde el punto de vista preventivo. Preocupan la edad de inicio de su consumo y la falta de percepción de riesgo que acompaña sobre todo al alcohol por parte de niños/as y de sus familias.

  El consumo del llamado "*lote*" a través de diversas modalidades de botellón cuenta con una excesiva permisividad por parte de determinados establecimientos, autoridades, familias, jóvenes y menores.
- Preocupa lo extendido que está el consumo de cannabis en la población joven, particularmente su uso excesivo por una parte de la misma, así como la mezcla con alcohol.

  La ENSD (2018) señala que los consumidores problemáticos de cannabis, de alcohol y de ambas sustancias conjuntamente, presentan más frecuentemente que la

población general relaciones sexuales de riesgo, accidentes de tráfico, problemas familiares, económicos, psicológicos, laborales, con la policía y con amigos.

En la baja percepción de riesgo respecto a esta sustancia pueden estar influyendo varios factores: Los debates sobre legalización, la alta tolerancia social, el autocultivo y una cierta "*mentalidad verde*" que presenta el cannabis como una "sustancia natural" menos dañina que el tabaco o el alcohol. Hay que tener en cuenta estos factores cuando se marca como objetivo preventivo modificar la percepción de riesgo de esta sustancia.

- Desde el punto de vista preventivo también hay que prestar especial atención al uso compulsivo de las TRIC, por su elevado porcentaje en población joven, por ser un fenómeno en expansión e insuficientemente investigado.

Es necesario conocer mejor su dimensión, pero también sus características. Nos referimos particularmente a los factores de riesgos asociados así como a la posible existencia de uno o varios perfiles de consumidores de riesgo diferentes de los de drogas. Hay que tener en cuenta que a pesar de la tolerancia de la que gozan el alcohol, el tabaco y el cannabis, no dejan de ser sustancias prohibidas para los menores, mientras que las TRIC tienen otra consideración. Para su estudio, habrá que prestar particular atención al hecho de que su uso no infringe ninguna norma, a su posible influencia sobre el género de los/as consumidores/as y a la posibilidad de que sean menos visibles, por tratarse, en principio, de conductas menos problemáticas.

- El juego con apuestas por parte de menores también se va convirtiendo en un objetivo preventivo de primera magnitud y en objeto de investigación.

Una circunstancia a la que prestar particular atención es a cómo se comienzan a practicar las apuestas deportivas (muchas veces en familia mientras se ve el partido) y a su vinculación con una actividad aparentemente preventiva como el deporte.

- En relación con el juego y los videojuegos hay que investigar las características técnicas, electrónicas, del tipo de apuestas y de los premios que los hacen más adictivos. Por ejemplo, los objetos que se compran o que cuesta conseguirlos un gran esfuerzo. También, como en el resto de las sustancias, hay que investigar los contextos de legalidad, publicidad, percepción social, etc.,

En el ámbito hispanohablante habría que hacer un esfuerzo por distinguir el término que se emplea para los juegos con apuestas del que se utiliza para los juegos infantiles, lúdicos o de aprendizaje, ya que la indiferenciación actual traslada los aspectos positivos del juego "*lúdico*" a los juegos con apuestas "*blanqueándolos*". En inglés, al menos, se distingue entre gaming (sin apuestas) y gambling (con apuestas).

- Desde el punto de vista de la detección y la atención precoz hay que estar muy alertas a la combinación de determinadas sustancias, conductas y rasgos/trastornos de personalidad. Nos referimos a la suma de: a) alcohol e impulsividad; b) cannabis y determinados síntomas psicopatológicos (presicóticos); y c) determinados usos de las TRIC y la inhibición social.

  La combinación que más ha llamado la atención hasta ahora ha sido la de cannabis y trastornos psicológicos, ya que puede desencadenar un episodio psicótico (además de otros trastornos relacionados con la ansiedad), pero no hay que olvidar que la más frecuente es la suma de alcohol e impulsividad, dada la excesiva tolerancia que existe para esa combinación en los varones.

  También hay que estar alerta a las conductas no conflictivas e inhibidas de chicas y chicos que cursan con un exceso de TRIC.

- El consumo de ansiolíticos también constituye un problema de primera magnitud, ya que sitúa a España en los primeros puestos mundiales. Desde el punto de vista preventivo hay que prestar atención a varios aspectos: La incorporación de niños y niñas muy jóvenes a su consumo, el modo en que se producen algunas de esas incorporaciones a través de los padres (particularmente madre-hija), la normalización de su consumo como una forma de hacer frente a las dificultades de la vida, la falta de consciencia de que se tratan de auténticas drogas, la feminización de su consumo y la relación entre su consumo excesivo y el deficiente funcionamiento de la atención a la salud mental infanto/juvenil en España.

  Por otra parte, teniendo en cuenta que estas sustancias no parecen estar relacionadas con un uso recreativo, como ocurre con otras drogas, sino solamente con reducir la ansiedad, hay plantearse porqué las ha consumido un 25% de los/as jóvenes. Hay que reflexionar sobre las consecuencias que tiene para el desarrollo infantil aprender a afrontar la tensión, el estrés o la ansiedad mediante procedimientos químicos en vez de mediante recursos psicológicos desde pequeños/as.

  Habría que comprobar si el efecto ansiolítico de los hipnosedantes guarda relación con el efecto buscado con las drogas más consumidas en nuestro país (alcohol, tabaco y cannabis) cuando sus consumidores expresan que las toman para relajarse, desconectar o reducir la tensión, por que, en ese caso, el consumo de drogas en España estaría muy relacionado con el afrontamiento de la ansiedad (el estrés y la tensión), y por tanto, su prevención debería tenerlo muy en cuenta.

- Este último punto vincula la prevención de adicciones con la prevención en el ámbito de la salud mental. Dentro de ese campo común no se debería demorar

por más tiempo estudiar la vinculación entre las adicciones y varios trastornos, particularmente con el fenómeno del suicidio juvenil. Habría que conocer cuáles son las vinculaciones que se establecen entre distimia, suicidio, consumo de sustancias y comportamientos adictivos, comenzando por determinar el porcentaje de casos en los que las sustancias o mezclas tan frecuentes como la de psicofármacos y alcohol, están presentes. Tratando de determinar cuándo las sustancias están involucradas como una de las causas, como coadyuvantes o precipitantes.

- Respecto a las dependencias emocionales, si el diagnóstico de los autores anteriormente citados es correcto y deben ser consideradas como adicciones, habría que aplicarles los mismos criterios que al resto de las adicciones, estudiando cuáles son sus factores de riesgo y de protección específicos, cuáles son los patrones relacionales más adictivos, cómo se promueven, quién los promueve, qué papel juega la publicidad, cuál es la percepción de riesgo, etc.

  Pero independientemente de su inclusión o no dentro del capítulo de las adicciones, de lo que no cabe ninguna duda es que su prevención se puede enfocar como las demás adicciones mediante una educación que fomente las habilidades socioemocionales y la autonomía.

  Tampoco hay grandes dudas respecto a considerar la dependencia emocional como uno de los elementos que intervienen en las relaciones desigualitarias, por lo que su prevención puede ser un objetivo compartido por las políticas de igualdad y de adicciones.

- Respecto al enfoque de género y la prevención de adicciones existen una serie de territorios comunes cuyo abordaje pueden crear sinergias preventivas:

  El sector de adicciones y el enfoque de género tienen en común el análisis crítico de determinados valores y pautas de comportamiento, por lo que pueden sumar fuerzas a través una educación en valores que fomente la prevención y la igualdad.

  Los recursos para la gestión emocional, los que fomentan la autonomía y las estrategias de afrontamiento de la ansiedad que tan presentes están en los programas de prevención de adicciones, pueden ser una buena alternativa para la medicación con ansiolíticos. Así mismo, este tipo de programas, están indicados para prevenir las dependencias emocionales.

- El estudio "Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria" de Márquez, I., Póo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., & Vega, A. (2004) ya apuntaba que las mujeres no tienen más problemas de salud mental que los hombres, sino que lo expresan de distinta manera: ellas mediante una queja emocional y ellos

mediante mayor consumo de alcohol y problemas de control de impulsos.

Existe otro punto de confluencia importante entre el consumo de sustancias, la fiesta y las conductas de violencia sexual. Algunas iniciativas como "*Noctambul@s,*" y "*La Red Género y Drogas*", abordan el fenómeno con programas preventivos ambientales.

Resumiendo, el enfoque de género y el de la prevención de las adicciones confluyen cuando profundizan en el análisis de los valores, de los mecanismos de la dependencia, en las habilidades socioemocionales, en el análisis de la construcción de la identidad de género (relacionada con drogas y adicciones) y en el análisis y las alternativas a las agresiones sexuales vinculadas con sustancias y los contextos de fiesta

Considerada en su conjunto, la prevención de las adicciones (con y sin sustancias) afecta a la práctica totalidad de la población, desde niños y niñas que inician el consumo o la actividad a la edad media de 14 años, hasta personas mayores de 65 años que, hoy por hoy, están fuera del radar de muchas encuestas, aunque consuman psicofármacos, otras sustancias y practiquen diversos juegos.

La conducta adictiva, en sus diversos grados y modalidades es uno de los principales índices de la salud mental y del bienestar social de la población y desde ese punto de vista debería planificarse su prevención.

1.3. Revisión de algunos conceptos básicos

La incorporación de las adicciones sin sustancias al campo de las adicciones obliga a revisar algunos conceptos tradicionales sobre drogodependencias y sobre su prevención.

En algunos casos solo se trata de introducir pequeños cambios para que las definiciones originales den cabida a las conductas, las actividades y las relaciones junto a las sustancias, pero en otros, las modificaciones tienen un poco más de calado porque implican cambios conceptuales. Finalmente, determinadas definiciones han sido elegidas porque desde su origen tenían un carácter más abierto, no ligado exclusivamente a las drogas.

Veamos los más importantes:

El concepto de droga no experimenta ningún cambio, lo traemos aquí para que sirva de referencia en relación a otras sustancias y a las adicciones comportamentales.

Las drogas

Las drogas son sustancias psicoactivas que tienen una influencia directa sobre el sistema nervioso central modificando las percepciones, los procesos cognitivos, los estados de ánimo, el rendimiento físico, etc. La RAE dice que sus efectos pueden ser: estimulantes, deprimentes, narcóticos o alucinógenos. Su consumo reiterado puede crear dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y tener efectos secundarios indeseados.

Los psicofármacos

Son sustancias psicoactivas como las drogas, la única diferencia es que están prescritas médicamente para el tratamiento de algunos trastornos o enfermedades mentales. Si se emplean sin prescripción médica se consideran "sustancias de abuso", pero aun cuando se empleen bajo prescripción médica, puede producirse un mal uso o incluso un trastorno si se supera el periodo de uso recomendado. No es imposible crear una dependencia desde el propio sistema sanitario, como demostró la epidemia de opiáceos en EEUU.

Se clasifican en: neurolépticos (antipsicóticos), ansiolíticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo. Los de uso más frecuente son los ansiolíticos.

Las adicciones sin sustancias o comportamentales

El término de adicciones sin sustancias o adicciones comportamentales se emplea para designar conductas adictivas referidas a juegos con apuestas, videojuegos, internet, redes sociales, compras compulsivas (shopping), adicción al trabajo (workaholic), determinadas dependencias emocionales, etc., en las que el objeto de la adicción no son las sustancias sino los comportamientos.

La dependencia

En este caso, empleamos una definición clásica de dependencia, pero incorporando las actividades y las relaciones.

Es una necesidad hacia una sustancia, actividad o relación, que se manifiesta como una pulsión a consumir la sustancia, repetir la conducta o un patrón de relación de forma continua o periódica, con objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar que provoca su ausencia. Quien la padece, sigue haciéndolo a pesar de las consecuencias adversas que experimenta.

La adicción

En este caso hemos optado por una antigua definición de la OMS precisamente porque supo dar cabida a las conductas y a las relaciones desde el principio. La definió como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Los cinco conceptos que vienen a continuación hay que procurar leerlos en clave de adicciones y no exclusivamente de drogodependencias.

La tolerancia

El consumo habitual de una droga, la repetición de determinas conductas y relaciones puede dar lugar al fenómeno denominado tolerancia, que consiste en que, con el paso del tiempo, cada vez hace falta una dosis mayor para obtener los mismos efectos.

El síndrome de abstinencia

El consumo habitual de una droga y la repetición de determinadas conductas puede dar lugar al fenómeno denominado síndrome de abstinencia, que consiste en un cuadro de malestar físico y psicológico de gravedad variable, producido por la interrupción brusca del consumo o la actividad.

El craving

Necesidad imperiosa y urgente de realizar una determinada actividad, cuya ausencia genera ansiedad. Es la parte más psicológica de la dependencia

La recaída

Una recaída se puede definir como un regreso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado y que conllevan volver al uso de la sustancia, actividad o relación y al estado anterior a la recuperación. Las recaídas pueden formar parte del proceso de recuperación no teniendo que suponer un fracaso en el tratamiento.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios pueden ser de muy diversa índole: físicos y psíquicos; de corto, medio y largo plazo. En el caso de las sustancias pueden estar provocados por el principio activo (nicotina, en el caso del tabaco), por otros componentes de la presentación del producto (el papel del cigarrillo), por las sustancias de corte (en las drogas ilegales) o por la forma de administración (inyección en condiciones no higiénicas, inhalación, etc.). El hecho de que algunas drogas se obtengan en el mercado ilegal influye en su inseguridad como producto de consumo no sometido a ningún control y por tanto en sus efectos secundarios.

Es de suponer que con el tiempo se irán registrando efectos secundarios ligados a nuevas adicciones como tendinitis, problemas acústicos, visuales, cognitivos, relacionados con el abuso de las TRIC.

Divisiones y clasificaciones de las drogas:

1. Por sus efectos suelen dividirse en estimulantes, depresoras y psicodélicas, pero conviene tener en cuenta que las definiciones pueden resultar demasiado esquemáticas comparadas con los usos y efectos de las sustancias en la práctica. Por ejemplo, el alcohol se puede emplear por sus efectos euforizantes y deshinibidores (en determinadas dosis y circunstancias) y el cannabis por sus efectos analgésicos, sobre el apetito o sobre el humor.

   En relación con los efectos subjetivos, el Dr. Antonio Escohotado (1990) publicó un libro basado en sus experiencias controladas con las drogas denominado "*El libro de los venenos*".

2. Por su condición legal, las drogas pueden ser legales, ilegales y existe una tercera posibilidad en la que las sustancias pueden ser legales o no, dependiendo de si están prescritas médicamente, como ocurre con los psicofármacos.

   Algunas de las sustancias consideradas actualmente como drogas ilegales se vendían libremente en farmacias y boticas a principios del siglo XX. Desde su ilegalización en el Convenio de la Haya de 1912 siempre ha existido cierta polémica sobre los motivos por los que determinadas drogas son legales y otras no.

3. Existe una clasificación popular según la cual las drogas se dividen en duras y blandas, pero induce a error, porque suele identificar las legales con las blandas y las ilegales con las duras. En todo caso, sería más exacto hablar de consumos duros y blandos. Beberse una botella de ginebra es más duro que fumarse un porro.

En materia de adicciones siempre hay que tener presente la interacción entre la persona, el objeto de la adicción y el contexto.

Modalidades de consumo

Las categorías que se emplean para definir las diversas modalidades de uso proceden de la prevención de drogas, por lo que emplean la palabra "consumo" para referirse a ellas. Es verdad que, haciendo un pequeño esfuerzo, pueden adaptarse mentalmente a las conductas adictivas, pero como no siempre resultan equivalentes conviene detenerse en cada una de ellas.

Algunas de estas categorías se desarrollan más adelante dentro de los bloques temáticos de los que forman parte.

Las más habituales son las siguientes:

- Consumo o conducta experimental

  Se entiende por experimental el consumo o la conducta que se realiza para probar por primera vez los efectos de una droga o de una conducta.

  En este caso resulta evidente que es más fácil definir en qué consiste probar por primera vez una sustancia o un juego que una interacción que pueda provocar una dependencia emocional en un futuro.

  Tampoco se puede aplicar de la misma manera a las TRIC que a las sustancias o a las apuestas, ya que, entre otras razones, las primeras son necesarias en nuestro contexto cultural, mientras que las drogas y las apuestas no.

- Conducta o consumo ocasional

  También encontramos diferencias en el consumo/conducta ocasional cuando se trata de drogas, de otras conductas prohibidas a los menores o de uso de TRIC.

  Cuando hablamos de drogas se entiende que se trata de un consumo que se realiza de forma esporádica, sin una periodicidad fija. Si se practica de forma "regular", por ejemplo, cada fin de semana, dejaría de considerarse ocasional e implicaría mayor riesgo.

  Lo mismo se puede decir de una actividad como el juego con apuestas.

En cambio, las TRIC merecen una consideración aparte, ya que solo se puede hablar de riesgos cuando existe "un mal uso", mientras que el uso regular y ocasional no tienen por qué entrañar riesgos.

Por otra parte, para definir los riesgos asociados a estos dos conceptos (ocasional y regular), también es necesario especificar la edad de la persona consumidora o usuaria. Por ejemplo, el consumo esporádico de alcohol entraña un riesgo diferente para un/a joven adulto/a que para un/a menor

- Conducta o consumo de riesgo o problemático

Existe cierto consenso en considerar las conductas/consumos de riegos o problemáticos como aquellos que tienen consecuencias, para la salud física, psíquica o social para el/la propio/a consumidor/a o a su entorno y/o llevan aparejadas otras conductas de riesgo, como beber y conducir. En este caso, el concepto puede aplicarse indistintamente a sustancias y a comportamientos.

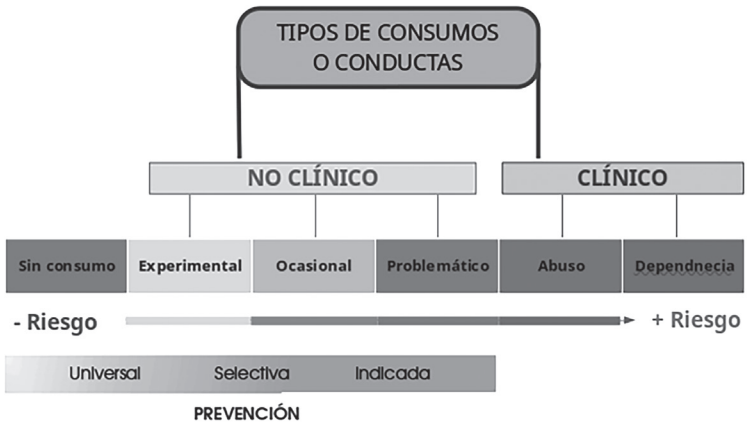
El concepto de consumo/conducta problemática o de riesgo constituye una categoría clave para la prevención de adicciones, porque una parte importante de la prevención de riesgos, se centra en él.

Algunos de los ítems que intervienen en dicha categoría son los siguientes: La precocidad, el binguedrinking o atracón (sea por sustancias o conducta, por ejemplo, gastar mucho dinero en apuestas en poco tiempo), el policonsumo (puede incluir conductas, por ejemplo, beber, fumar y jugar), la presencia de determinadas características/trastornos de personalidad unidas a determinadas conductas o consumos ya mencionados, la realización de actividades peligrosas, emplear la sustancia o la conducta para mitigar el malestar, para integrase, en momentos de crisis, etc.

Todos esos factores se verán más detalladamente en el capítulo dedicado a los niveles de la prevención, pero lo que interesa destacar en este momento es como diferenciar el consumo/conducta problemática cómo una categoría perteneciente al ámbito de la prevención o de la asistencia, ya que en ocasiones plantea problemas a los equipos profesionales de uno y otro lado.

La forma de establecer la diferencia es realizando un diagnóstico clínico guiándose por alguno de los manuales de diagnóstico reconocidos internacionalmente. Los más empleados son el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y el CIE (Clasificación internacional de enfermedades).

Según la versión más reciente del DSM -la quinta (V)- la categoría clínica que marca la diferencia es el trastorno por consumo de sustancias, acompañada de la consideración de leve, moderada o grave. No obstante, es frecuente seguir encontrando en la literatura preventiva categorías procedentes de versiones anteriores (DSM-IV) como abuso o dependencia o sinónimos como adicción.



Cuadro elaborado por Antonio Torrescusa, miembro del equipo de la UPS.

El cuadro pretende ofrecer una imagen gráfica que ayude a distinguir las conductas que se consideran objeto de una intervención clínica de las que no lo son.

Lo relevante desde el punto de vista preventivo es poder distinguir las categorías que son objeto de prevención de las que son objeto de intervención clínica, por eso, a efectos del presente texto, nos referiremos a las primeras con los términos de factores de riesgo, conducta o consumo experimental, conducta o consumo ocasional, conducta o consumo problemático o de riesgo y reservaremos los términos de abuso, adicción, dependencia y trastorno por consumo de sustancias para las categorías clínicas a fin de evitar confusiones.

Ideas clave

El paso de las drogodependencias a las adicciones implica una revolución conceptual que afecta de diversas maneras a la prevención:

> Afecta a la dimensión y las características del fenómeno que alcanza a la práctica totalidad de la población.

> Afecta a los objetivos preventivos que tienen que ampliarse a diversas modalidades de consumo y de sectores de población.

> Afecta a los términos básicos que conceptualizaban las drogas que tienen que adaptarse para incluir las conductas, las actividades y las relaciones.

Para saber más

- Sobre la evolución del consumo de drogas y de las conductas adictivas en España visitar la página de PNSD sobre datos y estadísticas.

  https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

  https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm

  https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm

- Sobre la estructura, composición, funciones, historia del PNSD.

  https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/Introduccion/home.htm

- Sobre INTERNET segura para niños/as consultarla página.

  https://www.is4k.es/sobre-nosotros

En el apartado referido al uso excesivo de las TIC dice lo siguiente:

» «Intenso deseo, ansia o necesidad incontrolable de estar conectado cada vez durante más tiempo a Internet o a los videojuegos para sentir el mismo bienestar que antes.

» Aparición del llamado síndrome de abstinencia: el menor siente malestar e irritabilidad ante la ausencia de contacto o conexión con las TIC.

- » Negación del problema, cuando las personas allegadas como la familia, dándose cuenta del problema, advierten al menor y éste suele responder negando el problema que padece y poniéndose a la defensiva.
- » Dependencia de la acción placentera, que se une a la tolerancia y el síndrome de abstinencia. Cuando el menor necesita la gratificación instantánea y aprobación social por parte de otros usuarios de Internet con los que interactúa.
- » Pérdida o descuido de los intereses y las actividades habituales previas, tanto las escolares como las personales.
- » Descontrol progresivo sobre la propia conducta: El menor no es capaz de auto gestionarse de manera que, aunque quiera dejar de estar conectado, no puede.»

- Sobre psicofármacos se recomienda visitar la página de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

  https://www.aemps.gob.es/

- Sobre salud mental juvenil.

  Barómetro juvenil de Salud y Bienestar FAD 2021

  https://www.adolescenciayjuventud.org/publicacion/barometro_salud_bienestar/

- Sobre dependencia emocional ver.

  La revisión de la literatura empírica sobre dependencia emocional en mujeres llevada a cabo por Gonzalez-Bueso, V. et al. (2018), aunque no todos los estudios revisados utilizaban los mismos instrumentos y metodología.

  https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/331183/psicosom_psiquiatr_2018_5_40_53.pdf?sequence=1&isAllowed=y

  La página web del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología https://www.iasexologia.com/dependencia-emocional/

- Sobre la crisis de opioides en EEUU.

  https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/los-opioides/la-crisis-de-opioides

- Sobre sustancias.

  Páginas específicas sobre sustancias.

  - » PNSD: https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/home.htm
  - » La FAD https://www.fad.es/sustancias-y-otras-conductas/sustancias/
  - » Tu punto: https://www.tupunto.org/infodrogas/

Capítulo 2

2. Ampliando perspectivas: las drogas y las adicciones desde otros puntos de vista

2.1. La perspectiva del negocio

Desde una perspectiva económica las drogas y los juegos de apuestas representan un negocio de muchos miles de millones al año. Esto es así tanto en su vertiente legal, como en su vertiente ilegal.

Las actividades legales representadas fundamentalmente por las industrias del tabaco, el alcohol, la producción de psicofármacos, los juegos de apuestas y los videojuegos tienen una incidencia muy importante sobre la economía de nuestro país a través del empleo, los impuestos y los beneficios empresariales, siendo el sector del juego el que moviliza mayor cantidad de recursos económicos y el del tabaco el que más contribuye.

El volumen del negocio mundial del narcotráfico se ha equiparado con el valor internacional del turismo que se cifra en unos 300.000 millones/año y el consumo de narcóticos en España ha sido calculado por el INE en una cantidad similar al consumo de bebidas alcohólicas en los hogares, que ronda los ocho mil millones de euros al año.

El caso de los psicofármacos es diferente a los anteriores porque en su mayoría están prescritos médicamente y se suministran en farmacias.

Si sumamos el poder de una gran industria con productos capaces de producir diversas formas de placer, de reducción de la ansiedad y de adicción en el contexto de una sociedad de consumo, resulta un negocio imbatible.

Para obtener datos actualizados sobre la industria del tabaco, alcohol y juego, así como sobre consumo de narcóticos, se recomienda actualizar la información en las propias fuentes que se encuentran reseñadas al final del capítulo **Para saber más.**

2.2. La perspectiva de la salud pública

Si contemplamos las drogas en función de su efecto sobre la salud de la población, las cosas se ven de una manera diferente al de la industria. Según la OMS el alcohol provoca en el mundo 3,3 millones de muertes al año, entre 20.000 y 36.000 (según las fuentes) de las cuales se producen en España y el tabaco es responsable de 7 millones de fallecimientos, más de 50.000 de los cuales se producen en España. El número de muertes producidas por las drogas legales es incomparablemente mayor que las producidas por sustancias ilegales, aunque resulta imposible comparar las cifras, ya que las legales como el alcohol y el tabaco se estiman a través de indicadores indirectos, mientras que las ilegales se computan a través de sobredosis. En cualquier caso, el abuso de drogas legales e ilegales constituye un auténtico problema de salud pública a escala nacional y mundial.

2.3. La perspectiva del narcotráfico

Según la RAE el narcotráfico es el comercio de drogas tóxicas a gran escala. Engloba la fabricación, distribución, venta y control de mercados.

Según Europol, el narcotráfico ocupa el primer lugar de la actividad del crimen organizado en Europa, por delante de los delitos contra la propiedad, el tráfico de migrantes, la trata de personas o el fraude fiscal llevados a cabo por grupos delictivos organizados.

En el caso de las drogas ilegales, al poder de la industria y al de las sustancias hay que sumarle el de la criminalidad organizada, mientras que en el caso de las legales hay que sumarle el de la publicidad.

En España se han dictado leyes para controlar la publicidad, pero la industria invierte millones en publicidad directa e indirecta Garrido, L. (7-05-2021)

2.4. La perspectiva de la opinión pública

La opinión pública ha evolucionado considerablemente a lo largo de las últimas décadas respecto a las drogas y las adicciones.

El llamado "*problema de las drogas*" llegó a nuestro país con algunos años de retraso respecto a EEUU y a otros países europeos, pero en la década de los años 80, asociado a la inseguridad ciudadana, alcanzó los primeros puestos de las preocupaciones de los/as españoles/as.

Inicialmente la imagen de la persona drogodependiente estuvo vinculada con la adicción a la heroína y estaba asociada con la violencia y la delincuencia, posteriormente la percepción social fue evolucionando hacia la imagen de una persona enferma que necesitaba ayuda, y en la actualidad, tras sumergirse en la invisibilidad de la exclusión social, la opinión pública ha perdido el interés por el problema hasta casi desaparecer de la lista de las preocupaciones de los españoles

Hemos pasado en relativamente poco tiempo de una valoración que comparaba en importancia las drogas y las adicciones con el paro y el terrorismo, hasta una banalización de las mismas.

Un cambio tan drástico merece una explicación. La clave, a nuestro entender, radica en qué entiende la opinión pública cuando se le pregunta por las drogas/adicciones. Si la ciudadanía entiende que se le está preguntando por drogas ilegales como la heroína o la cocaína, su respuesta es muy diferente que si entiende que se le pregunta por la suma de las drogas legales e ilegales, las adicciones sin sustancias como las TRIC y por las dependencias emocionales.

2.5. La perspectiva de la opinión publicada.

No muchas personas en España acceden a las fuentes de información directas sobre adicciones (como ocurre con otros temas), la mayoría de los ciudadanos, acceden a esas informaciones básicamente a través de los medios de comunicación social y las redes sociales.

Para conocer y explicar las representaciones socialmente dominantes sobre cualquier fenómeno no basta con analizar la realidad del fenómeno en sí mismo, ni tampoco basta con el análisis de la opinión pública. Es necesario, además, analizar la opinión publicada, o, lo que es lo mismo, analizar cuál es el tratamiento que el fenómeno recibe en los medios de comunicación social.

Durante la década de los 80 se culpó a los medios de comunicación de contribuir al alarmismo en torno a las drogas. En la actualidad, probablemente se les culpa de lo contrario, aunque el tratamiento informativo del fenómeno ha mejorado mucho. Los/as periodistas hacen gala de mayor rigor y profesionalidad y los medios suelen hacer uso de fuentes de información mejor informadas, aunque sigan observándose algunas malas prácticas.

Hay varios aspectos en los que los medios de comunicación pueden contribuir a ofrecer una visión más ajustada de la realidad, favoreciendo el trabajo preventivo:

a. La baja percepción de riesgo ligada a diversas sustancias y comportamientos.

   En España hay una baja percepción de riesgo asociada al consumo de alcohol y al juego con apuestas, particularmente grave cuando afecta a los/as menores y sobre el consumo de ansiolíticos, asociado a población femenina adulta. Tampoco existe una gran conciencia sobre los peligros que entrañan las relaciones de dependencia emocional, sobre sus características, sobre su vinculación con la violencia de género, etc. En cambio, sí ha aumentado la percepción de riesgo respecto al tabaco, la cocaína y la heroína que se consideran sustancias peligrosas. Los medios pueden contribuir a equilibrar la balanza entre riesgos reales y percepción del riesgo.

b. La desinformación a través de "*Fake news*".

   Los bulos son relativamente frecuentes en adicciones. Algunos medios de comunicación se aprovechan de determinas creencias de la gente reforzando algo que saben que no es verdad o al menos que no es verdad como noticia. Los medios profesionales pueden contribuir no ofreciendo cobertura a las fake news, desmintiendo las noticias falsas y contextualizando el fenómeno de la adicción y el consumo.

c. La falsa idea de que la prevención es una cuestión solo de expertos/as.

   Los medios pueden contribuir a difundir la idea de que la práctica de la prevención depende de todas las personas. Todas pueden ser agentes de prevención y trabajar por ella desde su labor cotidiana.

d. La falsa idea de que la prevención no es rentable económicamente.

   Por cada dólar invertido en programas preventivos basados en la evidencia científica se pueden ahorrar entre 7 y 10 dólares en tratamiento de drogas y alcohol, demostrando así que son costo-eficientes.

e. La tentación del "*amarillismo*".

   Es la tentación que con más frecuencia tienen que resistir los/as profesionales de la comunicación; por ejemplo, evitando que una noticia sobre un avance científico sobre el mecanismo de un determinado neurotransmisor implicado en la adicción o sobre un grupo de personas que beben cerveza y viven muchos años, se conviertan en titulares del tipo: "*Descubierta la clave de la adicción*" o "*El consumo de cerveza alarga la vida*". Cuando esto ocurre es por una mala práctica o porque hay determinados intereses detrás de la noticia.

   España dispone de fuentes de información muy fiables que están a disposición de cualquier profesional de la comunicación y de cualquier ciudadano.

2.6. La perspectiva de "la guerra contra la droga"

Uno de los elementos que ha contribuido a sembrar la confusión en la opinión pública sobre las adicciones ha sido denominar genéricamente las políticas sobre drogas como "*Guerra contra las drogas*".

El origen de la expresión se le atribuye al presidente norteamericano Richard Nixon cuando declaró que las drogas eran "el enemigo público número uno de Estados Unidos" en 1971. En aquellas declaraciones relacionaba las drogas con la delincuencia, la inseguridad ciudadana y con el espíritu de Woodstock. Woodstock fue una concentración musical hippie multitudinaria cuyos participantes se declaraban a favor del consumo de marihuana, el amor libre, la paz y expresamente en contra de la guerra de Vietnam.

En la actualidad la expresión marca una diferencia a nivel internacional entre un tipo de política anti-droga , que criminaliza a el/la consumidor /a, como una parte importante de su estrategia, y aquella otra que considera a el/la consumidor/a o adicto/a como un/a enfermo/a.

Una conclusión que se puede extraer de este enfoque es que cuando la política sobre adicciones se centra exclusivamente en la represión de las actividades ilegales, sin distinguir entre consumidores/as y narcotraficantes, suelen pagar los primeros, porque los grandes capitales involucrados en su distribución y blanqueo tienen más medios para protegerse.

España no ha participado en la política represiva dirigida a los/as consumidores/as, ha realizado importantes inversiones en políticas asistenciales y ocupa un puesto destacado en la lucha contra el crimen organizado del narcotráfico. Desgraciadamente sus políticas preventivas no ocupan un lugar tan destacado.

2.7. La perspectiva de la legalización /prohibición de las drogas

Otro tema recurrente en los medios de comunicación que no siempre se aborda con el debido rigor es el de la "*legalización/prohibición de las drogas*".

La ilegalidad de las drogas es un fenómeno relativamente reciente. Fue a partir de su distribución masiva mediante el proceso de industrialización, cuando las drogas se convirtieron en productos de consumo con fuertes intereses económicos, políticos y de salud pública. El consumo indiscriminado de sustancias fabricadas en laboratorios produjo graves problemas de salud y estos problemas hicieron que se planteara por primera vez su "ilegalización internacional" mediante el Convenio Internacional de la Haya de 1912. Torres, M. A. et al. (2009).

Desde entonces la legalidad de las sustancias siempre ha estado envuelta en la controversia sobre por qué unas sustancias son consideradas ilegales, mientras otras mantienen su estatus de legalidad o su uso como medicamento.

Transcurrido más de un siglo desde la primera convención internacional de clasificación y prohibición de determinadas sustancias, los términos de prohibicionismo, legalizacionismo y pragmatismo han ido variando sus significados:

Las tres posiciones se relacionan con opciones ideológicas diferentes, pero no por eso tienen una traducción política simple y directa. No hay más que fijarse en el siguiente titular del Mundo (25-oct-2018):

«Las dos Españas del cannabis: Podemos y Ciudadanos a favor, PP y PSOE en contra»

- **La postura legalizacionista.** Los/as legalizacionistas abogan por la legalización de todas o algunas sustancias. Sus argumentos se basan en los derechos individuales y en las ventajas de terminar con el narcotráfico ilegal. Desde la industria también se aboga por beneficios económicos, fiscales, de creación de empleo, etc. La idea principal es la soberanía de la ciudadanía para tomar sus propias decisiones respecto a su salud y la confianza en que la legalidad acabará con el crimen organizado. Las medidas preventivas derivadas de esta posición se basan en suministrar información objetiva y en medidas educativas destinadas a fomentar una ciudadanía consciente, libre y responsable.

  La posición legalizacionista total representa una posición puramente teórica, ya que hasta las sustancias legales están sometidas a control y siempre habrá restricciones al consumo dependiendo de las personas (menores, enfermos/as, etc.) y las circunstancias (conducción de vehículos, trabajo, embarazo etc.).

- **La postura prohibicionista** El prohibicionismo representa las propuestas que abogan por medidas de prohibición y máximo control de las sustancias. Un exponente histórico de esta posición fue la famosa Ley Seca de EEUU durante el periodo comprendido entre 1920 y 1933.

  Lo que caracteriza a esta opción no es que hable de regulación (todas las opciones contemplan alguna forma de regulación), sino confiar casi exclusivamente el éxito de la prevención al cumplimiento de la norma a través de la represión del narcotráfico y de los consumidores.

Su principal argumento contra la legalización es la creencia de que sería mayor el perjuicio que el beneficio que se derivaría de ella, ya que dicha legalización se convertiría en una invitación al consumo que tendría un "efecto llamada".

Históricamente se ha relacionado con opciones puritanas que podrían identificarse con las posiciones más conservadoras, aunque han sido defendidas indistintamente por sectores ultra/religiosos y por sectores político/sindicales radicales.

El prohibicionismo es contrario a determinadas medidas de reducción de daños, como el consumo de drogas en condiciones seguras.

- **La postura pragmática** Existe una tercera postura intermedia que distingue entre liberalizar y descriminalizar. Para el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) la diferencia es clave: "Al descriminalizarlo, el consumo no es un delito penal, y no se va a la cárcel, pero eso no quiere decir que sea legal". Esta última habría que encuadrarla dentro de la llamada posición pragmática, a falta de mejor nombre.

  La posición pragmática es la que sostiene el Estado Español desde hace décadas. Consiste en mantener una postura que legaliza, prohíbe, despenaliza, descriminaliza o regula las sustancias no solo en función de su peligrosidad, sino de motivos históricos, económicos, culturales, del nivel de tolerancia de la población, etc. Se puede afirmar que el Estado mantiene una posición "reguladora variable y pragmática", que huye de los extremos liberalizadores y prohibicionistas, y que la población, en su mayoría, ha refrendado esa posición, aunque en estos momentos se halla dividida respecto a la legalización del cannabis.

  Ahora bien, mantener una posición pragmática, no quiere decir que el resultado sea coherente, de hecho, en ocasiones resulta ser todo lo contrario. Ejemplos de esas contradicciones son que las sustancias que más daños y muertes producen al año sean legales como el alcohol y el tabaco o que España esté a la cabeza mundial del consumo de ansiolíticos, sin que produzca alarma entre la población ni, al parecer, en las autoridades sanitarias.

Los argumentos a favor de la legalización o regulación de la marihuana, son los mismos que se pueden utilizar en defensa del alcohol: el problema no estaría en la sustancia, sino en la dosis, la asiduidad, la calidad, la edad y el estado de los consumidores, en su responsabilidad, etc.

El argumento de la invitación al consumo ("efecto llamada"), es contrarrestado con la idea de que el consumo de una sustancia como el cannabis que en el mercado ilegal

es tan accesible, podría ser restringido más eficazmente de cara a los/as menores desde una política de control legal.

Para Domingo Comas, presidente de la Fundación Atenea y autor de numerosos libros sobre prevención, o Michael Collins (director de la Oficina de Asuntos Nacionales de la Alianza para las Políticas de Drogas en Washington) la pregunta no es si se va a legalizar o no el cannabis, sino cuándo y en qué condiciones Collins, Michell (18, octubre, 2018) Si estuvieran en lo cierto, lo pragmático sería ver cómo se puede gestionar adecuadamente ese futuro.

La periodista Gonzalez Harbour dice que el debate se ha centrado en dos utopías opuestas: un mundo sin estupefacientes, relacionada con el prohibicionismo, y un mundo sin narcotráfico, relacionada con el legalizacionismo Gonzalez, B. (1, 0ctubre. 2010).

La polémica está servida, unos/as afirman que ningún gobierno puede levantar la prohibición sin arriesgar la salud de generaciones de jóvenes, y otros/as contestan que no hacer nada también tiene costes sociales, económicos y sanitarios.

2.8. La perspectiva de los sesgos cognitivos

Las drogas, las adicciones y las dependencias afectivas despiertan reacciones emocionales en la sociedad que dificultan la percepción objetiva del fenómeno.

El hecho de que unas drogas sean legales y otras no y de que la sociedad mantenga una doble moral tan acusada frente a las mismas, hace que la percepción social pueda estar distorsionada, atribuyéndosele al fenómeno un origen, una magnitud, unas consecuencias o unas características distintas de las que realmente tiene, no por simple desconocimiento, sino por un sesgo cognitivo.

Los sesgos cognitivos como los prejuicios, los estereotipos o el estigma se dan con mucha frecuencia en el mundo de las adicciones y tienen una gran importancia para la prevención, porque influyen en la percepción de la realidad. Ser capaz de distinguir un sesgo cognitivo como lo que es: un fenómeno perceptivo social, y no como simple ignorancia o una tergiversación interesada de la realidad, es un objetivo importante de la prevención. También lo es -no seamos ingenuos/as- distinguir cuando se trata de una cosa o la otra, porque como hemos visto hay demasiados intereses en juego.

Estereotipo

Un estereotipo es una imagen mental muy simplificada, con pocos detalles, acerca de un grupo de gente que comparte ciertas cualidades características. Puede ser tanto positivo como negativo, aunque normalmente es negativo. El estereotipo tiene un carácter colectivo: "Los/as drogodependientes son peligrosos/as".

Prejuicio

Un prejuicio es una valoración generalmente negativa sin experiencia directa o real. Implica una emoción negativa. Tiene un carácter individual, es decir, propio de una persona. Por ejemplo: "Esta persona no me inspira confianza porque toma drogas".

Estigma

El caso del estigma es más grave, porque la valoración que proyecta sobre la persona es muy negativa y sus portadores reciben una desaprobación social tan severa que puede conducir a su exclusión social. Llamarle "sidoso/a" a alguien puede tener consecuencias muy graves.

Alarmismo

Durante la etapa anterior a la creación del PNSD, la distorsión cognitiva condujo a un alarmismo que, como se ha dicho, situaba el problema de las drogas entre los más importantes del país.

Trivialización

En la actualidad hemos pasado de la alarma a la trivialización o a la invisibilidad de los problemas relacionados con las drogas y las adicciones, de tal manera que en este momento el sesgo perceptivo se relaciona con una baja percepción de riesgo.

La percepción social de riesgos

Según la definición de Pigdeon, «*la percepción social de riesgos tiene que ver con un conjunto de creencias, actitudes, juicios, sentimientos, valores, disposiciones sociales y culturales que las personas adoptan frente a las fuentes potenciales de peligro*» Pidgeon, N. et al.(1992).

En el campo de la prevención es muy importante conocer los sesgos cognitivos y la percepción social de riesgos ya que en ocasiones son compartidos por una mayoría de la población.

La disonancia cognitiva.

La disonancia cognitiva hace referencia a cuando entran en contradicción dos ideas o creencias de una persona o ideas y conducta Festinger, L. (1962). La disonancia suele producir un malestar que la persona intenta reducir mediante razones falsas, pero aceptables. La persona busca o inventa justificaciones incorrectas de sus deseos y conductas. Es un mecanismo de autoengaño, si fuera consciente y deliberado se trataría de argucias y mentiras.

Un ejemplo: En principio no estoy de acuerdo con que los menores fumen y beban todos los fines de semana. Mi hijo lo hace y yo no hago nada al respecto (disonancia cognitiva). Justificación: "*Todos/as lo hacen*". "*Se trata solo de una etapa*". "*Además no lo hace todos los fines de semana*". "*Ya se le pasará*".

La disonancia cognitiva es importante para la prevención porque ayuda a analizar el discurso sobre drogas y adicciones.

2.9. La perspectiva del discurso social y las técnicas cualitativas

El discurso social sobre las drogas y las adicciones se articula a partir de la percepción social que, como hemos visto, puede coincidir o no con los datos objetivos. La cuestión es que, independientemente de lo acertado o equivocado que esté el discurso social, forma parte de la realidad, por lo que es muy importante conocerlo. A tal efecto se emplean técnicas de investigación social denominadas cualitativas. Las más conocidas son la entrevista en profundidad, el grupo de discusión, Delphi y la observación participante. A nivel local la promoción de salud emplea otras técnicas cualitativas que facilitan la participación de los/as ciudadanos/as en los temas de salud. Ver **Para saber más**.

Desde el punto de vista de la prevención es tan importante conocer la dimensión de los fenómenos asociados a las adicciones procedentes de estudios cuantitativos, como la percepción, las opiniones y las valoraciones que las personas hacen de estos fenómenos, ya que es contando con ellas como pueden modificarse.

Los/as técnicos/as de prevención no tienen que ser expertos/as en cada una de estas técnicas, pero si deben saber cuándo se deben emplear unas u otras, cómo utilizar los datos procedentes de los macro/estudios de nivel autonómico o nacional que se desarrollan periódicamente y cuándo está justificado llevar a cabo estudios locales.

2.10. La perspectiva del tercer sector.

Aunque muchas ONG especializadas en adicciones son conocidas principalmente por su labor asistencial como El Proyecto Hombre, Cruz Roja o los centros evangelistas Remar, Reto y Betel, algunas de ellas se han especializado en prevención, centrando su trabajo en el diseño y en la ejecución de programas preventivos, aportando incluso el personal necesario para la aplicación de dichos programas. Organizaciones como La FAD, Atenea, PDS, FSC, EDEX, CEPS, etc., son las responsables de una parte importante de la investigación, de la innovación y del diseño de programas de prevención en nuestro país, en colaboración con el PNSD. A ellas se deben muchos de los estudios, manuales, guías, herramientas, actividades, módulos formativos y materiales de todo tipo destinados a la prevención que se realizan en España. Su vocación práctica y realista, les ha permitido acercar la investigación académica a los territorios, sirviendo de puente entre la teoría y la práctica.

La innovación en prevención se vería muy beneficiada si existiera una línea de financiación específica para la innovación aplicada o local. La FEMP podría gestionar dicha línea como representante de las entidades locales y a ella podrían concurrir las entidades del tercer sector especializadas en prevención.

Esta inversión podría servir también para equilibrar el estado actual de la I+D+i en adicciones, cuyos proyectos están abrumadoramente volcados hacía los enfoques asistenciales y biológicos.

El hecho de que sean entidades del tercer sector, no empresas, pero que trabajan en régimen de prestación de servicios con la Administración es una de las singularidades del sector[1].

1 La discusión sobre cuál es la fórmula jurídica y el modelo de financiación más adecuado para las entidades que se dedican a la prevención está incluida en otra más amplia que abarca también la asistencia y la integración social. El dilema consiste en si es posible compatibilizar adecuadamente la función de prestación de servicios a la Administración como principal financiador y el papel de representante independiente del sector o sería más adecuado buscar otras fórmulas que ofrezcan mayor independencia.

2.11. La perspectiva del sistema de atención

Para completar el cuadro general de la prevención habría que hacer una referencia al sistema de atención a las adicciones, ya que la red pública suele tener encomendadas también funciones preventivas, aunque esté volcada en las asistenciales.

La atención a las adicciones no surgió como un servicio especializado del sistema sanitario al que acceder a través de atención primaria, ni como un servicio especializado de los servicios sociales al que acceder a través de sus propios servicios, sino que surgió de una forma relativamente segregada de ambos sistemas y con acceso directo. Esta segregación ha tenido consecuencias.

Por una parte, ha conseguido un grado de especialización y de adaptación a la población adicta vulnerable y en riesgo de exclusión muy considerable, pero, por otra, se ha distanciado de la población más normalizada, de las personas más jóvenes, de nuevos perfiles de personas usuarias de TRIC u otras adicciones sin sustancias. Es poco probable que un/a adolescente de clase media acuda a un centro público de adicciones por un uso problemático del móvil, un abuso de videojuegos o por haber gastado más dinero de la cuenta en juegos de apuestas deportivas. No digamos si el problema tiene que ver con una dependencia emocional.

Si todas las personas que sufren algún tipo de problema relacionado con el uso problemático de sustancias, tecnologías, juegos o dependencias emocionales, tuviera un fácil acceso a la atención especializada a través de los recursos generales; es decir, a través de atención primaria, pediatría, orientación escolar, salud laboral, servicios sociales generales, etc., también sería más probable que los programas preventivos estuviesen más integrados y la detección precoz se llevase a cabo desde los recursos generales en contacto con la población infantil y juvenil.

En la actualidad, una parte de la demanda que no está siendo atendida por los servicios públicos, lo está siendo por servicios privados en forma de gabinetes, consultas, mutuas, seguros etc., y aunque no resulta fácil hacerse una idea de su dimensión y de sus características, si resulta evidente que los servicios privados, por sí solos, no van a garantizar la universalidad de la asistencia.

En estas circunstancias sería interesante realizar un estudio que diagnosticara la situación actual del sector a nivel público y privado.

Ideas clave

Las drogas y las adicciones pueden ser contempladas desde múltiples puntos de vista: Económico. político, legal, de salud pública, de los medios de comunicación, etc.

Todos ellos son necesarios para comprender la complejidad del fenómeno y las complicidades que se tejen en torno a un tema tan poliédrico.

Para saber más

- Para estar al día de los datos sobre el volumen de negocio, el empleo, la fiscalidad, etc., de la industria legal del alcohol, el tabaco, el juego con apuestas, etc., se pueden consultar los informes que elabora la industria en sus propias páginas.

  https://www.espirituosos.es/;

  https://www.mesadeltabaco.com/;

  https://www.azarplus.com/;

  https://cerveceros.org/

- Para consultar datos sobre narcotráfico y consumo de narcóticos en los hogares, se puede recurrir a las páginas oficiales del Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías, del Ministerio del interior, Europol, Narcodatos de la BBC y el Instituto Nacional de Estadística:

  https://www.emcdda.europa.eu/

  http://www.interior.gob.es/documents/10180/11389243/ESTADISTICA+ANUAL+SOBRE+DROGAS+2020/438e931e-df4a-424b-be37-0fcf2b7344e4

  https://www.bbc.co.uk/spanish/extra0006drogastrafico1.htm

  https://www.europol.europa.eu/

  https://www.ine.es/

- Para consultar datos sobre psicofármacos se recomienda visitar la página de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

  https://www.aemps.gob.es/

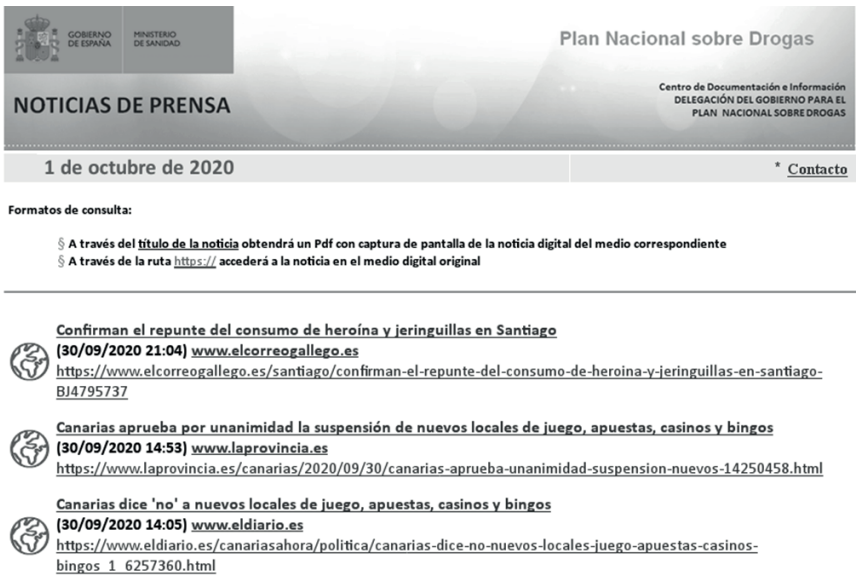
- Sobre la perspectiva de la opinión pública.

  Se puede consultar el estudio cualitativo llevado a cabo por Dominguez-Gomez, A. y García, B. (2022) sobre la percepción social de riesgos asociados a las adicciones en la provincia de Huelva, cuya conclusión es que cuando a los ciudadanos se les pregunta por el conjunto de las adicciones valoran su importancia de manera muy diferente a si creen que se les está preguntado por la adicción a las drogas ilegales.

  http://www.diphuelva.es/export/sites/dph/agenda/informe-cualitativo-4.0-def-para-Alfonso.pdf.

- Sobre la opinión publicada.

  El Centro de Documentación e Información del PNSD pone a disposición de las personas interesadas un resumen de prensa diario sobre lo que publican los medios generalistas sobre el tema en nuestro país.



GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE SANIDAD

Plan Nacional sobre Drogas

Centro de Documentación e Información
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

NOTICIAS DE PRENSA

1 de octubre de 2020 * Contacto

Formatos de consulta:

§ **A través del título de la noticia obtendrá un Pdf con captura de pantalla de la noticia digital del medio correspondiente**
§ **A través de la ruta https:// accederá a la noticia en el medio digital original**

Confirman el repunte del consumo de heroína y jeringuillas en Santiago
(30/09/2020 21:04) www.elcorreogallego.es
https://www.elcorreogallego.es/santiago/confirman-el-repunte-del-consumo-de-heroina-y-jeringuillas-en-santiago-BJ4795737

Canarias aprueba por unanimidad la suspensión de nuevos locales de juego, apuestas, casinos y bingos
(30/09/2020 14:53) www.laprovincia.es
https://www.laprovincia.es/canarias/2020/09/30/canarias-aprueba-unanimidad-suspension-nuevos-14250458.html

Canarias dice 'no' a nuevos locales de juego, apuestas, casinos y bingos
(30/09/2020 14:05) www.eldiario.es
https://www.eldiario.es/canariasahora/politica/canarias-dice-no-nuevos-locales-juego-apuestas-casinos-bingos_1_6257360.html

Captura de pantalla de la newsletter de cendocupnd.

- Guía sobre periodismo y drogas "Di sí a la buena información" de Dani Font y Nuria Calzada:

  https://energycontrol.org/wp-content/uploads/2022/08/Guia-Periodismo-y-Drogas-3.pdf

- Sobre cómo se aplican los principios de la prevención a los programas de costos/ beneficios ver la página del National Institute on Drug Abuse (NIDA):

  https://nida.nih.gov/es/es/acerca-del-nida/blog-de-nora/2022/04/Invertir-prevencion-una-decision-financiera

- Sobre la política de lucha contra la droga.

  Se puede consultar la página de la Conferencia Internacional de Reducción de Daños, celebrada el mes de abril de 2019 en Portugal, en la que Michelle Bachelet, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, declaró fracasada la política de lucha contra la droga basada en la represión de los consumidores. https://www.hri.global/conference-2019.

- Sobre la legalización del cannabis, ver la página del Grupo de Estudios de Políticas sobre el Cannabis (GEPCA):

  https://gepca.es/

- Sobre las técnicas cualitativas que emplea la promoción de salud a nivel local ver el Glosario de la Alianza de Salud Comunitaria que recoge las siguientes: la investigación/acción, el mapeo de activos, el mapping party, el storytelling, las tertulias de café y el photovoice.

  http://www.alianzasaludcomunitaria.org/glosario/

Capítulo 3

3. Un poco de historia

3.1. Evolución de los programas de prevención

A pesar de lo arbitrario que puede resultar tomar un año concreto como referencia de las políticas sobre drogas, se puede decir que existe un antes y un después de la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas de 1985, por lo que aquí se toma como referencia para hablar de una primera etapa anterior a ella, y de una segunda etapa, comprendida entre ese año y la actualidad.

Durante los últimos 60 años los programas de prevención han experimentado demasiados cambios en el fondo y en la forma como para poder recogerlos de una manera exhaustiva, pero si podemos analizar sus principales tendencias.

Durante la etapa anterior a 1985, los contenidos de los programas de prevención de adicciones se basaban en:

a. Identificar las drogas exclusivamente con las ilegales. El alcohol y el tabaco no formaban parte de esa categoría y no se tenían en cuenta las adicciones sin sustancias.
b. Advertir sobre los daños a largo plazo, poniendo el acento en los de carácter biológico.
c. Exagerar los efectos de algunas drogas, con frecuencia, dando a entender que el mero hecho de probarlas producía adicción.
d. Confundir los efectos de unas sustancias con otras, atribuyéndole los más peligrosos de unas a las demás.
e. Identificar como mejores medidas preventivas la abstinencia y mantenerse alejado/a de determinados ambientes.
f. Una metodología basada en el adoctrinamiento. No estaba mal visto recurrir al miedo, la exageración y a la censura moral con fines preventivos. Los medios más empleados eran la "*charla*" impartida por una persona experta y el "*testimonio vital*" de una persona "*víctima de la droga*".

La principal alternativa preventiva consistía, como decimos, en no probar las dogas, un objetivo que se veía reforzado por "*el discurso de la rehabilitación*", ya que, en un contexto de tratamiento, cualquier argumento en favor de un consumo moderado era interpretado

como un autoengaño y el consumo ocasional era interpretado como la fase previa a la adicción. El concepto de escalada estaba muy presente.

Esta forma de razonar era la consecuencia de organizar la prevención en función de la asistencia; es decir, de sacar conclusiones de las experiencias de la población adicta para la población general. Todavía hoy podemos escuchar la argumentación sobre la abstinencia en boca de algunas personas ex-adictas que dan "*charlas preventivas*" a población general como si se tratara de futuros adictos.

Posteriormente los contenidos de los programas de prevención evolucionaron hacia los llamados factores de riesgo y factores de protección. En España se reconoció muy pronto su existencia, pero durante la primera etapa, la prevención se centró en los de riesgos exagerando su influencia.

Los factores de riesgo pueden estar relacionados con las sustancias, con la persona o con el contexto. Los primeros, los relacionados con las sustancias, dieron lugar a campañas cuyo contenido se basaba en mensajes simplistas y alarmistas tales como "*La droga mata*"; los relacionados con el contexto del narcotráfico se interpretaban como que las organizaciones criminales te podían convertir en adicto en contra de tu voluntad, por lo que había que mantener una "*Guerra contra la droga*"; los basados en la presión grupal se interpretaban sumariamente como "*Malas compañías*" y los relacionados con el sujeto sugerían que, dadas las características de nuestra biología y de la química de las sustancias, sumadas a nuestra fragilidad moral, te podías enganchar nada más probar "*la droga*".

Aunque estamos hablando de un periodo históricamente superado, conviene recordar que la tendencia a prestar más atención a los factores de riesgo que a los de protección continúa en la actualidad, que algunos manuales siguen identificando los factores de riesgo de adicción con los de las drogas ilegales (o formas de consumo no aceptadas socialmente) y que algunos ex-adictos (cada vez menos afortunadamente) siguen dando charlas/ testimonio como si fueran expertos en prevención.

Durante la primera etapa las sustancias como el alcohol y el tabaco tenían una consideración muy diferente dependiendo de quienes fueran sus consumidores. Por ejemplo, si la persona que abusaba del alcohol era un "*buen cristiano padre de familia*", el abuso se podía interpretar como un problema genético o constitucional: "*no metaboliza bien el alcohol*", se decía, pero si se trataba de una persona de "*baja condición social*", se podía interpretar como vicio o degeneración. No es seguro que el elemento clasista haya desaparecido completamente de la interpretación social del consumo de drogas.

Algunos de los prejuicios asociados a esa etapa reaparecen cuando se produce una crisis o un problema social en torno a las drogas. En la actualidad, los adictos a drogas ilegales no

se perciben como delincuentes (como ocurrió en otro momento con los adictos a la heroína), sino más bien como enfermos y excluidos sociales.

3.1.1. De la evitación al fortalecimiento

Una de las consecuencias de considerar las drogodependencias exclusivamente como resultado del consumo de drogas ilegales, fue que las principales medidas preventivas se dirigían a evitar entrar en contacto con las sustancias y su entorno. La idea principal era mantenerse alejado del "*Mundo de la droga*".

En la segunda etapa (a partir de 1985), se toman en consideración todas las sustancias, legales e ilegales y, poco a poco también, los comportamientos adictivos sin sustancias, como los juegos de apuestas o algunas TRIC. Como consecuencia de ello, también cambian los objetivos preventivos. Ya no se trata de evitar el contacto con la droga y su mundo, sino de conseguir un desarrollo saludable que proteja a las personas de un uso problemático de las mismas y un buen manejo de la presión social dando lugar al llamado modelo de competencias.

La evitación deja de ser una estrategia realista, ya que el contacto con algunas drogas y algunas conductas será inevitable. Lo mismo ocurre con los consumidores y proveedores a los que ya no se pueden calificar de "malas compañías" o de "el mundo de la droga", porque forman parte de nuestra familia y de nuestras amistades.

La primera etapa dio lugar a estrategias principalmente evitativas, mientras que la segunda etapa da lugar a estrategias principalmente de fortalecimiento.

A partir del modelo basado en los factores de riesgo y de protección se desarrollaron programas de habilidades y competencias que son el contenido principal de los programas de prevención actuales.

3.1.2. De la dependencia a la autonomía

Otra tendencia que marca la evolución de los contenidos preventivos durante el mismo periodo histórico, es el de la autonomía/dependencia.

Poco a poco los programas preventivos se fueron llenando de contenidos que fortalecían la autonomía, tales como: el autocontrol, la asertividad, la autoeficacia, la autorreflexión, la autorregulación emocional o el empoderamiento.

No es lo mismo mantener una conducta de no consumo o de consumo moderado exclusivamente por adherencia a la norma, es decir, por motivos morales y/o

legales, que porque se ha alcanzado un adecuado dominio de uno/a mismo/a con la consiguiente libertad de elección que implica.

Las relaciones entre profesionales y usuarios/as también evolucionaron, pasando de aquellas en las que los/as expertos/as adoctrinaban y los usuarios/as escuchaban, a otras en las que las personas expertas y usuarias establecen una relación de colaboración y de reconocimiento mutuo.

Se comprobó que las relaciones de colaboración favorecían a ambas partes: la profesional y la usuaria, por lo que la prevención se alejó del adoctrinamiento para acercarse a una relación educativa más dialogada, más socrática[2] y motivacional[3].

La potenciación de la autonomía frente a la dependencia en todas sus variantes se fue consolidando como el eje fundamental de la prevención de adicciones y como su contribución más preciada a la prevención general de otros problemas psicosociales.

Va quedando claro, por ejemplo, que una adecuada combinación de autonomía y habilidades socioemocionales, puede proteger no solo de adicciones, sino también de relaciones tóxicas, de dependencias emocionales y de otros muchos problemas.

Un paso más en la tendencia histórica que va de la evitación al fortalecimiento como estrategia y de la abstinencia a la autonomía como objetivo, es la corriente emergente basada en la autogestión. La autogestión va de la mano del concepto de coaching y de la psicología positiva que se basan en una adecuada gestión de los recursos y las debilidades propios, así como de las oportunidades y amenazas que proporciona el entorno.

La autogestión implica la superación de concepciones anteriores en las que el sujeto aparecía demasiado influido por fuerzas inconscientes individuales o por fuerzas sociales que escapaban a su control. La autogestión representa la profundización en la autonomía personal. La psicología positiva sitúa al individuo en el centro, consciente de sus recursos y sus limitaciones. Su mayor riesgo es que, en una sociedad capitalista y fuertemente competitiva como la actual, se pueda emplear para fomentar un individualismo insolidario. Por eso, además de en la autonomía, hay que educar en la empatía y la solidaridad.

La psicología positiva y el coaching bien entendido como herramienta psicológica implica una profundización en el autoconocimiento, reconoce determinadas

2 El método socrático, es una manera de argumentar entre dos personas de forma cooperativa para estimular el pensamiento crítico en ambos individuos. https://www.lifeder.com/metodo-socratico/

3 El enfoque motivacional considera al cliente como experto de él mismo (o sobre sí mismo), aboga por el cambio voluntario y coloca al profesional en una posición de colaboración y ayuda técnica respecto a dicho cambio.

restricciones éticas e incluye la satisfacción personal como objetivo. Su meta no se basa en aumentar la productividad, la rentabilidad o el desempeño a cualquier precio, despreciando el coste que tiene para la persona. Su propuesta se podría calificar como de un desarrollo personal sostenible.

3.1.3. De la eliminación a la gestión del riesgo

El concepto de riesgo como factor asociado a la prevención de adicciones también ha experimentado una gran evolución en los últimos 60 años. Comenzó como algo que debía evitarse, continuó como algo que se debía reducir o minimizar y actualmente se encuentra en un punto que podríamos calificar como algo que hay que saber gestionar. Ha sufrido tales cambios que puede considerarse un valor positivo o negativo dependiendo del contexto en que se emplee.

Imaginemos dos aulas de un instituto o de un centro de formación profesional ocupacional para jóvenes. En una se está impartiendo un módulo sobre emprendimiento laboral y en la otra sobre prevención de adicciones. Ambos módulos van dirigidos a jóvenes de la misma edad. Ambos hablan sobre la importancia de las actitudes de las personas para afrontar los retos y las dificultades. Ambos hablan del riesgo, pero en uno se asocia con un valor que puede ser positivo, mientras que en otro con un valor negativo. Las diferencias no se explican solo porque hablen de distinto tipo de riesgos, sino por la distinta valoración de la actitud ante el riesgo en sí mismo. El mundo del emprendimiento social, cultural y económico, valora el riesgo de una forma muy diferente que el de la prevención de adicciones.

Desde un punto de vista sociocultural, el conjunto de la sociedad española tiene una inclinación más conservadora que innovadora respecto a cómo asumir los riesgos y la incertidumbre. Al menos es lo que se desprende del estudio que desarrolló el profesor de antropología organizacional Geert Hofstede (2012) sobre las "Dimensiones culturales", según el cual, la dimensión en la que más destaca la sociedad española es en la "aversión a la incertidumbre", lo que significa que experimenta rechazo por las situaciones nuevas o inesperadas y que considera peligroso arriesgarse, al menos, en un grado superior al de otros países.

Pero no asumir un determinado nivel de riesgo también puede convertirse en un problema; en una especie de "miedo a la libertad" que dificulta asumir determinadas responsabilidades y adoptar determinadas decisiones. Evidentemente el grado de asunción de riesgo tiene que estar adaptado a la edad y al desarrollo evolutivo de las personas, pero no asumir ninguno o los menos posibles, no parece la mejor opción, ya que siguiendo esa lógica nadie aprendería a nadar o a montar en bicicleta o solo lo haría siendo adulto.

Esta ambivalencia social respecto al riesgo se ve reflejada en el modo en que los llamados programas de reducción de riesgos (o daños) de adicciones siguen siendo objeto de controversia.

Un sector de la sociedad sigue pensando que transmitir el mensaje de que las personas pueden enfrentar ciertos riesgos gestionándolos y no solo evitándolos, constituye una invitación a asumirlos, particularmente si esos mensajes van dirigidos a menores de edad. Por ejemplo, recomendar a los jóvenes que adopten determinadas precauciones en el botellón para evitar graves daños como intoxicaciones o comas etílicos, puede interpretarse como una invitación al consumo, cuando, lo que habría que hacer es insistir en la ilegalidad de consumir alcohol por parte de menores y de hacerlo en la calle.

Resumiendo, aunque su evolución histórica traza una trayectoria que va de la evitación a la gestión, el concepto de riesgo en prevención sigue estando en discusión, si bien más por motivos ideológicos y culturales que científicos.

3.1.4. De los factores de riesgo a los activos en salud

En el extremo opuesto a los programas que se basan exclusivamente en los factores de riesgo, se encuentran los que se basan en los factores de protección o los llamados activos para la salud.

La salud positiva se entiende como el modo de alcanzar un grado óptimo de equilibrio y de satisfacción (biopsicosocial) dentro de las posibilidades de cada uno/a. Esta perspectiva ha sabido ir un paso más allá que la prevención de adicciones, ya que se define como un enfoque promocional que no sólo protege, sino que potencia la salud, pero por diversos motivos sus programas no han conseguido conectar en la práctica con los programas de prevención de adicciones.

En cambio, a nivel teórico, ha ido adquiriendo cada vez más peso en los contenidos de los programas de prevención universal dirigidos a diversas etapas y edades. Uno de sus logros ha consistido en ofrecer una versión positiva de la adolescencia, que corría el riesgo de ser estigmatizada como una etapa conflictiva, llena de riesgos y de amenazas. El enfoque de salud positiva propone interpretar la adolescencia como una etapa de cambios, pero llena de aspectos positivos como la energía, la intensidad, el espíritu crítico, la capacidad creativa, la sensibilidad, etc. y no solo de riesgos.

Este enfoque de promoción de salud también aporta un punto de vista diferente sobre las relaciones de poder que se establecen entre profesionales de la salud y la

ciudadanía, ya que la persona tiene mucho que decir sobre su salud, sobre su equilibrio y su bienestar personales. La salud no es algo que puedan definir los/as expertos/as y decidir sobre ella por si solos/as, ya que forma parte del estilo de vida, y el estilo de vida lo deciden las personas. En cambio, sobre la enfermedad suele haber más acuerdo; tanto el/la experto/a como la persona quieren erradicarla cuanto antes.

En el caso de la epidemia por el coronavirus SARS-CoV-2 puede verse con claridad. Mientras que todos se muestran de acuerdo para aplicar las medidas terapéuticas de las que se disponga en cada momento, no existe tal acuerdo sobre lo que se debe hacer para conservar la salud, ni toda la población está dispuesta a acatar todas las medidas.

La prevención y la promoción de salud constituyen un terreno delicado en el que se mezclan valores, derechos y efectividad, porque la filosofía que anima las estrategias preventivas determinan el modo en que los poderes públicos deben influir, o no, sobre las conductas de los ciudadanos en materia de salud y prevención.

Las medidas ambientales representan otro avance muy importante en prevención dentro de este marco preventivo/promotor. Se basan en la remodelación del entorno para hacer más atractivas las opciones más sanas y en desincentivar las opciones más perjudiciales, poniendo el acento en el medio y no tanto en la responsabilidad individual. Entre las medidas que ha desarrollado la prevención ambiental se encuentran las dirigidas a sustancias legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos y estrategias locales relacionadas con el consumo en los espacios públicos y las fiestas. Las políticas fiscales, de precios y de restricción del consumo en determinados espacios y circunstancias forman parte de estas medidas.

En la práctica existe una línea divisoria nítida entre los/as profesionales que se dedican a la prevención ambiental y los/as que centran su actividad en la lucha contra el narcotráfico, ya que unos/as se dedican a las drogas legales y otros/as a las ilegales, pero la verdad es que desde un punto de vista teórico la división resulta difusa, ya que las medidas destinadas a reducir la oferta y la disponibilidad de sustancias o de actividades potencialmente adictivas, forman parte de las que desincentivan el consumo, sean legales o ilegales.

Un dato positivo es que cada vez se reclaman con más fuerza medidas ambientales por parte de la opinión pública y de las organizaciones del sector de las adicciones. Prueba de ello ha sido la exigencia de que se limite la publicidad sobre el juego con apuestas en los medios de comunicación y que se restrinja legalmente la proliferación de locales de apuestas en el territorio. Algo que, cuando se publique este libro, ya se habrá aprobado, pero no sin que antes haya habido una demanda social al respecto.

3.1.5. De los métodos doctrinarios a las metodologías activas y participativas

La metodología y la didáctica de la prevención también han experimentado cambios muy importantes durante todos estos años. En la actualidad se pone el acento en la participación, el trabajo grupal, la experiencia de los participantes y el aprendizaje por descubrimiento.

Se parte de la idea de que la mejor forma de desactivar falsos tópicos y prejuicios en torno a las drogas y las adicciones, es analizarlas críticamente en grupo partiendo de las experiencias y los conocimientos de las personas.

De igual modo, se considera que el modo de estudiar la presión grupal y el proceso de toma de decisiones no es mediante una clase teórica, sino mediante el trabajo grupal centrado en temas reales que afectan a la vida de las personas participantes, tales como cómo actuar en casos de acoso, de bullying, de presión para el consumo de sustancias u otras conductas adictivas.

3.1.6. Hacia un modelo más comprensivo y discriminativo

Desde un enfoque que tomaba la parte por el todo, en el que la parte estaba representada por la heroína como paradigma de todas las drogas, hasta una concepción que da cabida a todo tipo de adicciones, se ha producido una evolución hacía un modelo más comprensivo, pero a la vez más discriminativo, en el sentido de ser capaz de enfocar de manera más precisa cada factor de riesgo y protección, cada sustancia o conducta, cada tipo de adicción, cada perfil de consumidor/a, contexto, etc.

Esta progresión en la selección de los factores de riesgo y protección también ayuda a situar los materiales preventivos en un periodo u otro, ya que algunos manuales, guías, textos académicos y programas siguen transmitiendo cierta confusión al respecto. A veces, adoptan una definición actualizada de adicción, pero cuando describen los factores de riesgo y de protección se refieren principalmente a los relacionados con las drogas ilegales o con el consumo precoz e ilegal de las drogas legales.

Resumiendo: A lo largo de las últimas décadas se puede apreciar una tendencia en la prevención que va desde la evitación al fortalecimiento, desde la dependencia a la autonomía y desde la prevención del riesgo a la promoción de la salud. Igualmente se aprecia la evolución en los métodos que dejan ser doctrinarios para adoptar un modelo participativo, grupal, motivacional y lúdico.

También se advierte un reequilibrio entre el papel que juega la sustancia o la actividad, el medio y el sujeto. Si en la primera etapa, el sujeto aparecía bastante indefenso ante el poder de la sustancia y del medio representado por "*las malas compañías*", en la actualidad se parte de un modelo de sujeto capaz de "*un desarrollo personal sostenible*", basado en la gestión de fortalezas y debilidades, de amenazas y oportunidades. Un modelo reforzador que puede identificarse con los objetivos de la psicología positiva y el desarrollo personal.

El conjunto de la prevención evoluciona hacia un modelo cada vez más comprensivo y más especializado.

3.2. Revisión crítica de conceptos y estrategias preventivas.

El objetivo de la segunda parte de este capítulo consiste en repensar algunos conceptos tradicionales relacionados con la prevención y explorar las posibilidades de otros nuevos.

La revisión crítica de conceptos que han formado parte del núcleo duro de la prevención de adicciones durante las últimas décadas y su adecuación a la situación actual, puede arrojar luz sobre las necesidades presentes y futuras de la prevención.

Algunos de ellos se corresponden con factores de personalidad que se estudiaron en relación con el uso de sustancias ilegales, como la búsqueda de sensaciones, la impulsividad, la intolerancia a la frustración, la inconformidad/inadaptación a las normas sociales o la baja autoestima, pero otros tienen un carácter más cultural como los conceptos de riesgo, malestar, ansiedad, placer o hedonismo.

Hay que tener en cuenta que muchos se acuñaron durante una época en la que las adicciones sin sustancias estaban fuera de foco y las circunstancias sociales eran otras. En ocasiones, proceden de la investigación académica, por lo que su definición no siempre coincide con su significado común fuera del ámbito investigador.

Considerados individualmente, conservan un valor predictivo en relación con determinadas sustancias y circunstancias, pero conjuntamente constituyen un perfil que no se corresponde con la realidad de todos los/as consumidores/as actuales y de aquellos que realizan conductas adictivas. Existe el riesgo de que se conviertan en un cliché que deje fuera, por ejemplo, perfiles femeninos con diversas modalidades de dependencias.

Es verdad que el mal uso asemeja las sustancias y las TRIC, ya que el abuso y la dependencia iguala a todas las adicciones, pero a pesar de ello, los perfiles de riesgo de sus consumidores/as no pueden ser idénticos.

Pensemos, por ejemplo, en una adolescente que presente problemas de inhibición social; que no abuse de sustancias (aunque consuma ocasionalmente psicofármacos o cannabis) pero si lo haga de determinadas TRIC; que no presente fracaso escolar, sino que saque buenas notas en los estudios (al menos durante un tiempo); y que su inestabilidad emocional se manifieste en forma de distimia y/o de aislamiento, en vez de en falta de control de impulsos y llegaremos a la conclusión de que no responde al antiguo perfil de riesgo. No solo no responde a ese perfil, sino que puede pasar desapercibida ante la mirada de la prevención de drogodependencias tradicional.

Pero la cuestión no afecta solamente a niños/as y a jóvenes usuarios/as de TRIC, también existe una parte de la población adulta, socialmente integrada, consumidora de riesgo de drogas legales a la que resulta difícil de aplicar el conjunto de riesgos mencionados. Nos referimos al consumo abusivo de alcohol por parte de hombres de mediana edad que manifiestan beber para "*relajarse o desconectar*" y al consumo igualmente abusivo de hipnosedantes por parte de mujeres que manifiestan problemas de ansiedad. En ambos casos sería más fácil relacionar sus consumos de riesgo con la búsqueda de efectos sedantes, relajantes, ansiolíticos o antidepresivos que con el hedonismo, la impulsividad y la búsqueda de sensaciones. Ambos casos parecen expresar más un deseo de integración y una dificultad para conseguirlo, que una oposición a la norma o un deseo de permanecer al margen.

3.2.1. Adecuación a la norma

Respecto a la adaptación a la norma tanto como rasgo de personalidad como conducta ante la presión social conviene hacer algunas consideraciones.

El estudio del consumo de sustancias ilegales implica necesariamente el estudio de una transgresión. Analizar las motivaciones, los riesgos, las circunstancias, las características de personalidad, etc. en torno a una actividad ilegal, tiene como consecuencia que se preste una especial atención a la actitud frente a la norma como factor de riesgo para el consumo de drogas. Lo que no está tan claro es que esos factores se puedan aplicar sin más a sustancias legales aceptadas socialmente, a los juegos o las TRIC.

Es lógico pensar que mientras más cerca de la ilegalidad o de la desviación de la norma esté la conducta, más valor predictivo tendrán las actitudes antinormativas (desafiante, antisociales, etc.) como factor de riesgo.

Puntuar alto en "*normatividad*" puede reducir el riesgo del consumo de drogas ilegales o de consumos que se consideren poco aceptables socialmente, pero no ofrece la misma garantía respecto a otros consumos, otros trastornos y otras situaciones en las que el consumo esté aceptado socialmente o se efectúe con la intención de integrarse en el grupo.

Lo que queda claro a lo largo de décadas de investigación es que existe un conjunto de habilidades sociales que, cuando son adquiridas progresivamente a lo largo del proceso de socialización de manera satisfactoria, se convierten en un potente factor de protección psicosocial, y que, su déficit, por el contrario, representa un factor de riesgo. Estas habilidades sociales facilitan la adaptación flexible a las normas sociales, desarrollan asertividad y ayudan a resistir la presión social cuando es necesario.

3.2.2. La presión de grupo y la educación en valores

El punto crítico del argumento anterior es saber cuándo y cómo resistir la presión de grupo teniendo en cuenta que, en unas ocasiones, dicha presión es positiva y, en otras no lo es.

Esta discriminación es particularmente importante en el periodo evolutivo de la adolescencia durante el cual el pensamiento se hace más crítico y se desarrolla una gran sensibilidad para detectar las incoherencias y la doble moral respecto a las normas sociales en general y respecto a las drogas y adicciones en particular; una etapa en la que se pueden acentuar las diferencias entre las normas de casa y las del grupo de iguales.

Con esta reflexión queremos llamar la atención sobre el hecho de que, junto a la capacidad de comprender y respetar una norma o una práctica social, está la de discriminar el tipo de norma o práctica social que representa y ser capaz de oponerse a ella en caso necesario. Lo cual vincula la presión grupal, con la educación en valores y la toma de decisiones. Una educación en valores que incluye el pensamiento crítico y la ética en la toma de decisiones.

No responder adecuadamente a determinados desafíos, puede conducir a la indefensión en la que se encuentran muchos niños, niñas y adolescentes que asisten a situaciones de abuso o bullying (no necesariamente en calidad de victima ni victimario) atrapados entre la supuesta lealtad a los compañeros y la falta de confianza en la autoridad (académica y familiar), sin que reciban un mensaje claro, ni dispongan de un modelo adecuado de conducta por parte de los/as adultos/as de referencia.

¿Estamos seguros de qué recomiendan los padres y madres actuales a sus hijos sobre cómo comportarse cuando presencian situaciones de bullying o de presión para el

consumo? ¿El mensaje va en la línea de no te metas en líos, trata de proteger a la víctima o denuncia? Los programas de prevención deben ser capaces de responder este tipo de preguntas de ética básica.

En la actualidad la influencia del grupo hay que entenderla tanto en el sentido negativo como positivo (no solo hay "*malas compañías*"), por eso es importante la decisión de participar en grupos prosociales o antisociales. Sin olvidar que cuando un joven o una adolescente elige un grupo con valores antisociales, hay que analizar dicha elección en relación a los valores de su familia.

3.2.3. La búsqueda de sensaciones.

A finales de los años 60, Norteamérica y algunos países europeos atravesaban un periodo de contestación juvenil al orden establecido desde una vertiente contracultural, en la que el concepto de búsqueda de sensaciones podía tener un significado relacionado con ese contexto. La generación hippie mantenía un desafío ante determinadas normas culturales y buscaba activamente nuevas experiencias entre las que se encontraban los estados alterados de consciencia producidos por drogas. Es difícil determinar hasta qué punto el contexto influyó en la elección del término.

Técnicamente la búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad que se define como "*la necesidad de buscar y experimentar nuevas, variadas, complejas e intensas experiencias y sensaciones, así como, el deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias*" Zukerman (1979). Históricamente se ha señalado como factor de riesgo asociado al consumo de drogas ilegales y al consumo ilegal de drogas legales por parte de menores; o sea, en condiciones de ilegalidad.

En sus puntuaciones más altas, puede indicar problemas más graves como la psicopatía, pero sin llegar a las puntuaciones extremas, aunque sí altas, también podría indicar elementos positivos relacionados con la iniciativa, la búsqueda activa de situaciones de sociabilidad, el emprendimiento, la experimentación creativa, etc., cuyo déficit podría implicar otros riesgos.

Un test de personalidad como el Roschach, puede asignar valores positivos a algunas características de personalidad relacionadas con la creatividad, la originalidad, la búsqueda de nuevas respuestas… que otras pruebas o en otros contextos podrían ser juzgados como riesgos.

Conviene recordar que cuando se habla de riesgos se está haciendo referencia a la probabilidad valorada de un resultado negativo. Un/a alto buscador/a de sensaciones

se caracteriza por su tendencia a hacer aquellas cosas que un/a bajo/a buscador/a de sensaciones considerara peligrosas y arriesgadas Chico, E. (2000)

Lo cual nos lleva a recordar la importancia de valorar todas las desviaciones de las dimensiones continuas (autoestima, búsqueda de sensaciones, tolerancia a la frustración); las altas y las bajas, no solo una de ellas.

Si solo tenemos en cuenta las consecuencias de una alta búsqueda de sensaciones sobre el consumo de drogas y adicciones, podríamos llegar a concluir que lo más preventivo es puntuar bajo en este rasgo y que deberíamos educar a los niños y las niñas en una baja búsqueda de sensaciones. Pero si se tienen en cuenta también las consecuencias de las puntuaciones bajas (falta de iniciativa, de experimentación, etc.) y que puntuaciones moderadamente altas pueden tener efectos positivos sobre, por ejemplo, el emprendimiento o la sociabilidad, veríamos las cosas de otra manera.

Lo sensato, en la práctica preventiva, es fomentar un equilibrio adecuado entre los extremos, que no lleve a una búsqueda descontrolada de estímulos exteriores, ni inhiba la iniciativa, la experimentación y la innovación, de las que tan necesitada están la educación y la sociedad españolas.

3.2.4. Baja autoestima, escasa motivación e intolerancia a la frustración

La realidad de España durante los años 60 era bastante diferente de la norteamericana, porque se encontraba sometida a un régimen autoritario cuya ideología lo impregnaba todo, en el que el consumo de las pocas drogas ilegales disponibles tenía también un significado diferente (rebeldía, evasión).

Una vez instaurada la democracia y como consecuencia de lo que podríamos denominar como un "*efecto péndulo*", se pasó de un modelo educativo autoritario a otro que llegó a denominarse como modelo antiautoritario o de la tolerancia, caracterizado por una carencia importante de normas, límites y disciplina Comas, D. (1994).

La ausencia de límites y normas en la familia y en la escuela, no produjo personas más libres, sino personas con cierta intolerancia a la frustración, con dificultades para la convivencia y en los casos más graves, rasgos despóticos de personalidad, como los descritos por Javier Urra en su libro *"El pequeño dictador"* Urra, J. (2006).

Durante ese periodo los padresy madres reclamaban como factores de protección para sus hijos autoestima y motivación, precisamente los elementos de los que carecían, porque los niños y niñas educados en ese modelo eran inestables emocionalmente, incapaces de automotivarse, poco constantes y, al igual que sus padres y madres,

consideraban que la autoestima era algo que podía suministrase desde fuera y no como algo que se construye interiormente con esfuerzo. Dado que ese perfil abundaba entre los/as jóvenes consumidores/as de la época, la prevención insistió en las normas, los límites, la motivación y la autoestima como factores de protección.

No es que esa perspectiva preventiva esté equivocada ni superada; se ajustaba y sigue haciéndolo a un modelo educativo/socializador concreto, que en cierta medida sigue vigente en algunos sectores, aunque también ha experimentado algunos cambios. Uno de ellos tiene que ver con la autoestima. Hoy sabemos que fomentar la autoestima como factor de protección es relevante para población joven vulnerable, pero no lo es para población joven sobreprotegida, porque demasiada autoestima también puede ser contraproducente, particularmente cuando se trata de una autoestima que se apoya en factores externos o en un narcisismo no saludable que promueve la sensación de "*invulnerabilidad*" ante los riegos.

De lo que podemos estar seguros hoy día es de que todos aquellos modelos que no fomentan un apego seguro durante las primeras etapas del desarrollo y que no son reforzadores, lo que conlleva una inadecuada administración del apoyo y de control (afectos y normas) durante las etapas posteriores, van a comportar una serie de riesgos relacionados con la salud mental y las adicciones.

Otro concepto que encaja perfectamente con el modelo antiautoritario es el de intolerancia a la frustración ya que cuando no se educa a los chicos y las chicas en límites claros y consistentes, cualquier contrariedad puede resultar frustrante. También puede ser consecuencia de los modelos que fomentan la sobreprotección como el denominado por Comas, D. y Aguinaga, J. (2006) la generación premeditada o de los "*niños tesoro*". La intolerancia a la frustración sigue manteniendo un alto valor predictivo para muchos problemas psicosociales y de conducta, ya sean considerados como un déficit en sí mismo o como un síntoma de otros problemas, pero, en su caso, quizá sea el término empleado el que merezca una reflexión, ya que lo adecuado no es basarse en uno de los extremos como hemos comentado.

Pensando en la educación sería menos equívoco hablar de una adecuada gestión de la frustración o de un buen manejo de la misma.

El resultado de una buena educación emocional es saber identificar los sentimientos, comprenderlos y gestionarlos desde pequeños, aunque se traten de sentimientos de rabia o de ira como los que pueden desencadenar la frustración.

Para comprender la ira, la furia o la rabia hay que entender que son emociones de autodefensa. Las personas las experimentan cuando se sienten amenazadas

(en su integridad física o psicológica) o sienten el deseo de remover los obstáculos que le impiden alcanzar sus objetivos. La solución no es "*someter*" o "*extirpar*" esas emociones (como se ha creído en otra época), sino aprender a discriminar en qué medida se adaptan a la situación que los provocan (la dimensión real de la amenaza y la objetividad de los obstáculos); así como a gestionar la expresión de las mismas.

Dar a entender que lo ideal es tener una alta tolerancia a la frustración, sin determinar cuál es la naturaleza de la frustración resulta equívoco, pues no es lo mismo coger una pataleta porque no te regalen el último modelo de móvil que protestar ante situaciones que se consideran injustas o incoherentes.

Si pretendemos que las personas aprendan a reaccionar ante situaciones de sometimiento, abuso, bullying, violencia, de presión para el consumo de sustancias o para la práctica de conductas inadecuadas, es importante que aprendan a reconocer e identificar sus propias emociones, pero también a identificar la fuente de la frustración y a juzgar si tiene o no razón.

Ocurre lo mismo que con el factor de la búsqueda de sensaciones. El riesgo no deriva únicamente de puntuaciones altas o de puntuaciones bajas en determinados rasgos, como se ha dado a entender hasta ahora, las contrarias también pueden entrañar riesgos, si contemplamos la totalidad de los mismos. ¿Una muy baja búsqueda de sensaciones sumadas a una muy alta tolerancia de la frustración pueden entrañar riesgos respecto a situaciones de sometimiento y sumisión?

3.2.5. El hedonismo

Pero sin duda, el factor de riesgo más controvertido ha sido y sigue siendo el hedonismo, porque significa cosas muy diferentes dependiendo de cómo se emplee la palabra. Su campo semántico abarca desde dejarse llevar por el placer inmediato sin importar las consecuencias, hasta una orientación natural de la conducta humana hacia el bienestar y la felicidad. El primer significado implica un juicio moral negativo en el sentido de: "*estar dominado/a por los placeres y las pasiones*" (por no hablar del pecado), mientras que el segundo se presenta como una meta legítima y saludable.

Hay tanta distancia entre un bienestar saludable y la corrupción moral que resulta imposible llegar a un acuerdo sobre el término. De ahí provienen, como decimos, gran parte de las dificultades con la palabra hedonismo y con el concepto del placer.

En materia de adicciones, el hedonismo se ha empleado en su primera acepción y ha sido el argumento principal para explicar el resultado de determinados experimentos

de los años sesenta que intentaban demostrar que la libre disposición de algunas drogas podía conducir a la degradación y a la muerte.

Los experimentos consistían en lo siguiente: Los anímales de laboratorio (ratitas blancas) eran encerrados en jaulas pequeñas individuales en las que disponían de un mecanismo a través del cual podían obtener cuantas dosis quisieran de la droga que se estuviera investigando (heroína o cocaína, habitualmente). El resultado era que muchas de ellas se autosuministraban tantas dosis que podían llegar a morir, lo que parecía avalar la tesis del hedonismo. Pero experimentos posteriores desarrollados por el equipo de Bruce Alexander en los años ochenta Mc Millen (2013), modificaron las condiciones del experimento original, construyendo una especie de parque de recreo en el que las ratas convivían unas con otras y podían llevar una vida más placentera. En ese medio, llamado "*parque de las ratas*", también podían obtener drogas, pero el resultado fue muy diferente, porque allí no consumían las drogas de manera compulsiva hasta morir o hacerse daño, sino de forma ocasional (es de suponer que por placer). Es más, algunas de las ratas "*adictas*" de las jaulas individuales, consiguieron desintoxicarse en el parque de las ratas.

La explicación que se dio de los resultados del experimento de los 60 consistió en que las sustancias tenían una capacidad adictiva irresistible y que los sujetos estaban dominados por una búsqueda del placer inmediato igualmente irresistible; o sea, por el más burdo hedonismo y, aunque los experimentos posteriores demostraron que el consumo compulsivo solo ocurría cuando las condiciones de experimentación eran adversas, no fue suficiente para desmontar el mito del hedonismo.

Visto en la distancia, parece un poco rebuscado interpretar el consumo compulsivo de drogas en condiciones de privación de libertad y aislamiento en una jaula pequeña, como consecuencia de un hedonismo incorregible, cuando resulta más fácil verlo como una vía de escape al sufrimiento y a la ansiedad provocadas por las malas condiciones de vida, pero ha sido la idea dominante durante la primera etapa. En la actualidad ha perdido vigencia, pero sigue gozando de cierta fuerza en el imaginario colectivo de ciudadanos/as, profesionales y políticos/as, reapareciendo en momentos de crisis y confusión.

Hoy se puede afirmar que conviven dos perspectivas respecto al placer que tienen influencia sobre la prevención. La primera considera el placer como un factor de riesgo y la segunda lo considera como un factor de protección cuando el placer se interpreta como bienestar y satisfacción. La primera defiende que el placer asociado al consumo de drogas (o a las adicciones sin sustancias) entraña riesgos porque éstas siempre los conllevan y el placer es un estímulo para consumirlas o practicarlas. La segunda afirma que el bienestar y la satisfacción son elementos protectores, como ocurría con los animales que gozaban de buenas condiciones de vida en el parque de las ratas.

Una perspectiva ve posible un consumo placentero, controlado, con minimización de riesgos tales como sobredosis, accidentes, intoxicación por sustancias de corte, adicción, etc., que explicaría el modo de consumo de la mayoría de las personas no adictas y justificaría los programas denominados de reducción de riesgos/daños, mientras que la contraria, ve en esos programas un efecto llamada y una invitación al consumo.

En lo único que están de acuerdo ambas corrientes de pensamiento es en el hecho de que, con la adicción, el placer va desapareciendo, siendo sustituido por la ansiedad y el sufrimiento y lo único que queda de él, al final, es la sensación de alivio que proporciona una nueva dosis. Cuando la adicción se ha adueñado de la persona, por así decirlo, se trata más de evitar un malestar que de obtener un placer y se convierte en una enfermedad.

3.2.6. La anhedonia, la disforia y la inhibición social

Existen otros factores de riesgo, bien conocidos por los/as profesionales de la salud mental, pero que han estado bastante ausentes en la prevención tradicional de las drogodependencias. Se trata de la anhedonia, entendida como la dificultad o imposibilidad para experimentar placer (siendo uno de los síntomas clave para el diagnóstico de la depresión), de la disforia (en sus diversas modalidades de malestar, incomodidad, desazón, tristeza o sufrimiento) y diversos grados de inhibición social que pueden ir desde una timidez más o menos acusada hasta un trastorno de evitación.

Un chico o una chica que no consigan disfrutar de la vida, que no experimenten placer (o se encuentren en un estado habitual de malestar) y tengan dificultades para las relaciones sociales en forma de inhibición o aislamiento, tienen importantes factores de riesgo relacionados con las adicciones y la salud mental general.

En este punto hay que decir que el divorcio que se produjo entre salud mental y adicciones en nuestro país no benefició al desarrollo de ambas disciplinas ni a la atención general de la población. En la medida en que vayan confluyendo será más factible llevar a cabo investigaciones, tratamientos y programas preventivos que combinen, por ejemplo, adicciones, depresión y trastornos del comportamiento alimentario, ya que en todos ellos: adicciones, anorexias, bulimias y depresión están involucrados mecanismos relacionados con la capacidad de experimentar placer/satisfacción y con la autonomía/dependencia. La psicopatología relacional-sistémica atribuye la misma causa a los casos mencionados cuando se presentan en la edad juvenil.

Estos conceptos, ausentes en las primeras etapas de la prevención de adicciones, deberían formar parte de su presente y de su futuro. Por ahora, solo el enfoque de la patología dual los reivindica con determinación, aunque no haya avanzado demasiado en su desarrollo, centrado como está en los aspectos clínicos más que en los preventivos.

3.2.7. La educación del placer

El proceso de socialización implica la capacidad de aplazar el placer inmediato por un beneficio mayor a medio o largo plazo, pero la administración del placer no se basa en su extinción, sino en su gestión inteligente. Onfray, M. (2008).

Ejemplos exitosos de control y placer lo representan el cultivo de las artes y la práctica del deporte. Existe un placer asociado al disfrute de estas actividades que se adquiere mediante el entrenamiento adecuado. Todas ellas implican aprendizaje, disciplina, perseverancia, sensibilidad, pero también satisfacción.

Lógicamente el aprendizaje tiene que estar adaptado a cada periodo evolutivo y en edades tempranas debe comenzar por funciones básicas como la alimentación. La educación de la alimentación mediante una adecuada gestión del placer contribuye a prevenir la obesidad y otros trastornos alimentarios. El azúcar en ese sentido puede ser la sustancia de referencia durante la infancia.

Pensando en jóvenes y adolescentes, una educación inteligente del placer debería combinar los placeres físicos con los psicológicos y los que están asociados a las actividades que realizamos por nosotros/as mismos/as, como por ejemplo el bricolaje, con aquellos asociados a actividades de las que disfrutamos como espectadores, como, por ejemplo, escuchar música, sin despreciar el placer asociado a la conversación cara a cara entendida como un arte, como propone Zeldin, T. (2014).

La práctica habitual de actividades físicas, de actividades creativas y de comunicación interpersonal, se pueden considerar como factores de protección y de salud mental positiva y pueden estar orientadas a alcanzar un bien superior que la psicología positiva denomina desarrollo personal o autorrealización, cuya consecución también conlleva un grado de placer o satisfacción denominado eudaimonía. (Dicc. RAE)

Cambiando de punto de vista sobre el placer es posible que comprendamos mejor el mecanismo que mueve a las personas dependientes de la comida, las compras, las drogas, el alcohol, las relaciones tóxicas, la dependencia afectiva, la adicción

al trabajo, etc. Comprenderlas tiene más que ver con el reconocimiento de su sufrimiento y con el fracaso que experimentan a la hora de disfrutar controlada y placenteramente de su vida que con un dejarse llevar por los excesos y los placeres.

El placer no está reñido con una moderna concepción de la salud, como defiende M Porta (2020) en su artículo "La salud no teme el placer"; y representa un ingrediente fundamental de la prevención que se apoya en los aspectos positivos y placenteros que deparan las conductas saludables aquí y ahora, y no solo en evitar daños futuros como intentamos ilustrar en el artículo "El placer de no fumar" Ramírez de Arellano, A. (2009).

Ideas clave

A lo largo de las últimas décadas se puede apreciar una tendencia en la prevención que va desde la evitación al fortalecimiento, desde la dependencia a la autonomía y desde la prevención del riesgo a la promoción de la salud. Igualmente se aprecia la evolución en los métodos que dejan ser doctrinarios para adoptar un modelo participativo, grupal, motivacional y lúdico.

El conjunto de la prevención evoluciona hacia un modelo cada vez más comprensivo y más especializado.

Los factores de riesgos y protección están en continuo cambio, por tanto, la prevención tiene que adaptarse constantemente a las nuevas realidades revisando antiguos conceptos y proponiendo otros nuevos.

El análisis en profundidad de los conceptos de riesgo y de placer tiene especial relevancia en prevención, porque están implicados en la filosofía de fondo que anima los programas de prevención de las adicciones.

Haber separado las adicciones del resto de los problemas de salud mental juveniles ha contribuido a distorsionar su visión. De una parte, está la perspectiva profesional de quienes solo se ocupan de las adicciones y, de otra, la de quienes no se ocupan de ellas en absoluto.

Para saber más

- Sobre prevención ambiental ver el VII Ágora de encuentro virtual organizado por el PNSD dedicado a la prevención ambiental.

  https://pnsd.sanidad.gob.es/en/noticiasEventos/agoraDGPNSD/2021/Agora7/home.htm

- Sobre el modelo de los factores culturales de G. Hofstede visitar su página:

  https://geerthofstede.com/culture-geert-hofstede-gert-jan-hofstede/6d-model-of-national-culture/

- Sobre el experimento del "parque de las ratas".

  https://www.stuartmcmillen.com/es/comic/el-parque-de-las-ratas/

- Sobre hedonismo filosófico.

  "La Potencia de existir. Manifiesto hedonista" de Michel Onfray

  https://www.youtube.com/watch?v=f7-_ja_YPdM

Capítulo 4

4. Paradigmas, enfoques, modelos y programas

Los modelos de intervención de promoción de la salud y de prevención de las adicciones constituyen un campo en el que intervienen muchas disciplinas científicas y profesionales. Pueden ser desarrollados por las áreas de salud, educación o servicios sociales y en ellos pueden intervenir profesionales de la psicología, la pedagogía, la sociología, la educación social, la medicina, etc., lo cual aporta una gran riqueza, pero también conlleva la dificultad de que no siempre comparten las mismas referencias teóricas, ni la misma terminología.

Por esta razón, a la hora de hablar de prevención conviene adoptar una perspectiva suficientemente amplia y comprensiva que no excluya ningún punto de vista.

El modelo (paradigma) que ha gozado de mayor consenso en el campo de las adicciones ha sido el llamado biopsicosocial, precisamente por su capacidad de incluir componentes procedentes de diversas disciplinas. Según la definición que aporta la Revista del Colegio de Psicólogos:

"*En esencia, el modelo biopsicosocial plantea que los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en el desarrollo de enfermedades, trastornos o problemas psicológicos, en este caso las adicciones. De esta forma, los seres humanos son conceptualizados como sistemas complejos, lo que implica que las adicciones son causadas por múltiples factores y no por un factor único. Este modelo afirma que son los factores genético-biológicos, psicológicos y socioculturales, los que contribuyen al consumo de sustancias y todos ellos deben ser tenidos en cuenta para la prevención y el tratamiento de las mismas*". INFOCOP (8-06-2017)

Se trata de un modelo en constante evolución con un equilibrio inestable, porque incluye elementos heterogéneos que proceden de marcos teóricos diferentes y porque cada una de las disciplinas que lo componen pugna por ser hegemónica[4].

Un modelo complejo como el biopsicosocial requiere a su vez de un marco operativo suficientemente amplio como el que ofrece la salud pública para abordar la prevención.

4 Durante la puesta en marcha del PNSD en 1985 había un cierto equilibrio en el enfoque biopsicosocial que dio lugar a la creación de equipos interdisciplinares, constituidos como mínimo por profesionales de la psicología, el trabajo social y la medicina. Hoy ese equilibrio se ha quebrado en favor del sector biológico, pero paradójicamente, no ocurre lo mismo con la prevención, ya que sus enfoques principales siguen siendo psicosocial y educativo. La perspectiva genética y neurobiológica está presente a nivel teórico, pero tiene poca relevancia en la práctica de los programas preventivos.

El enfoque de salud pública

Marc Coulombé (1993) adaptó el modelo de las enfermedades infecciosas de salud pública -el agente infeccioso, el sujeto y el medio-, al triangulo de la prevención compuesto por las sustancias, las personas y los contextos. Posteriormente se añadieron las actividades y las relaciones. El esquema de Coulombé actualizado quedaría de la siguiente manera:

Sustancias, actividades y relaciones	Individuo	Contexto
▪ Características bioquímicas de las sustancias, características técnicas de juegos y TIC y patrones relacionales de las dependencias emocionales. ▪ La percepción de riesgo, la disponibilidad, la accesibilidad, la publicidad, la legalidad. ▪ Mitos, prejuicios y estigmas asociados a la sustancia, a la actividad o al tipo de relación	▪ Características sociodemográficas relacionadas con factores de riesgo y de protección. ▪ Características biogenéticas. ▪ Habilidades y competencias socioemocionales, resiliencia, toma de decisiones, etc. ▪ Información, valores actitudes, motivaciones.	▪ Contexto inmediato: familia y red social personal. ▪ Contexto medio o cercano: Comunidad, barrio, ciudad y recursos comunitarios (centro educativo, centro de salud, casa de juventud, barrio, ciudad), etc. ▪ Contexto macro: Urbanismo, normativa, costumbres sociales, política, economía., etc.

Adaptación propia a partir del modelo de Marc Coulombé (1993)

Sustancias, actividades y relaciones

La primera categoría estaría compuesta por las medidas destinadas a conocer y a actuar preventivamente sobre las sustancias, las conductas y las relaciones susceptibles de crear dependencia, dando cabida a todas las disciplinas que las estudian.

Mientras mejor se conozcan los mecanismos de acción bioquímicos de las sustancias, los mecanismos técnicos de los juegos y de las TRIC relacionados con los procesos neuropsicológicos de recompensa y los patrones relacionales implicados en las dependencias emocionales, mejor y más eficazmente se podrá actuar sobre todos ellos.

Contemplar el objeto de la adicción desde una perspectiva multidisciplinar permite analizarlo a través de disciplinas como la bioquímica, la neuropsicología, la informática o la psicología y cuando se tienen en cuenta factores como la disponibilidad, la accesibilidad, la publicidad, la legalidad y la percepción de

riesgo; así como los mitos, prejuicios y estigmas asociados, también se puede analizar desde disciplinas como la sociología, la economía, el marketing o el derecho. Todo ello sin salirnos de la casilla dedicada al objeto de la adicción compuesto por las sustancias, actividades y relaciones.

Cada una de las disciplinas involucradas en el estudio de la interacción entre el objeto de la adicción y el individuo puede obedecer a su propio modelo teórico. Por ejemplo, el modelo neurobiológico explica la adicción como el resultado de una interacción entre la sustancia y el organismo biológico que activa determinados circuitos neuronales y bioquímicos relacionados con la recompensa. Sus aportaciones son muy valiosas para la comprensión global de la adicción, pero cuando se convierte en un punto de vista exclusivo, termina definiéndola como una enfermedad del cerebro de origen genético, crónica y recidivante, que excluye otros factores. Una definición así tiene importantes consecuencias en la práctica, ya que considera a las personas adictas como enfermos crónicos, cuyo tratamiento debería basarse en la gestión de la enfermedad como si se tratase de una diabetes (o como propone alcohólicos anónimos).

Lo mismo ocurre cuando la adicción se quiere explicar exclusivamente desde factores externos como la disponibilidad y la accesibilidad. Pensar, por ejemplo, que las medidas legales por sí solas solucionan el problema fue lo que dio lugar a la llamada Ley Seca de EEUU (1920) y de otros países, cuyos resultados no fueron los esperados, ya que la gente no sólo no dejó de beber alcohol, sino que se crearon mafias que controlaban el mercado ilegal y se produjo un alcohol sin ningún control de calidad que ocasionó muchos problemas de salud.

La prevención tiene que ser capaz de conservar la mirada interdisciplinar y de discriminar las características específicas de cada tipo de adicción, habida cuenta de que no es lo mismo abusar del móvil, una herramienta de uso diario, que consumir setas alucinógenas.

En lo que se refiere a las medidas preventivas, incluye todas las que se pueden adoptar mediante regulación legal de las sustancias, actividades y conductas a partir de los conocimientos científicos.

En cuanto a programas adaptados a distintas adicciones consultar al final de este capítulo en "Para saber más".

Factores individuales

En la segunda categoría podemos incluir todas las medidas destinadas a conocer y modificar los factores de riesgo y los factores de protección referidos a las personas.

Incluye factores sociodemográficos, genético-biológicos y psicosociales. Los tres tipos son importantes para comprender la génesis y la dinámica del fenómeno de las adicciones en las personas, pero son los sociodemográficos y los psicosociales los

que más se han empleado hasta ahora en la prevención de adicciones, dando lugar a programas reforzadores basados en habilidades y competencias.

No es que el factor biológico no entre en juego, es que tiene menos relevancia en los programas preventivos, porque hasta ahora no se ha descubierto un fármaco preventivo o una terapia genética para las adicciones.

Hoy por hoy la perspectiva psicosocial puede considerarse el enfoque hegemónico en la práctica de la prevención, ya que la mayoría de los programas se concentran en los factores individuales y emplean este enfoque. El apartado de **Para saber más** recoge una representación de los diversos modelos que operan dentro del enfoque psicosocial

En el ámbito sanitario también se han desarrollado programas dirigidos la promoción de la salud y a la prevención en salud mental con un enfoque psicosocial y comunitario

Contexto

La tercera categoría no se centra en el sujeto, sino en el medio. Incluye las medidas dirigidas a conocer e intervenir sobre el entorno. Sus modelos teóricos (paradigmas) proceden del enfoque sistémico familiar, de la psicología comunitaria, de la educación para la salud, de la sociología, de la economía, del urbanismo, las ciencias políticas, etc. Puede subdividirse en tres subcategorías.

a. La primera corresponde a **la familia y a las personas más próximas.** Mientras menor sea la edad de las personas con las que se interviene preventivamente más necesario es hacerlo también con su entorno familiar. No hay que olvidar que la red personal forma parte de la identidad de las personas Sluzki (1996).

   Bajo este enfoque se desarrollan programas dirigidos a las familias y a la red social personal

b. La segunda corresponde a un **entorno próximo como el barrio** o al escenario donde se lleva a cabo el programa, ya sea un centro educativo, una casa de juventud, un campamento de verano o un programa de servicios sociales comunitario.

   Bajo este enfoque se desarrollan programas comunitarios, de educación para la salud.

c. La tercera corresponde al **macroentorno** en el que intervienen factores estructurales políticos, económicos, urbanísticos, legislativos, normativos, etc.

Un ejemplo de éxito en este nivel fue el conjunto de medidas que supuso la ley antitabaco española que produjo como resultado una reducción del consumo y un aumento de la percepción de riesgo asociada a la sustancia.

Un factor cultural perteneciente este nivel que la literatura preventiva suele considerar relevante es el denominado modelo consumista. Dicho modelo está basado en el supuesto de que todas las necesidades humanas se pueden satisfacer mediante el consumo, lo que, llevado al extremo, puede convertir a la persona adicta en la consumidora ideal, ya que, por una parte, es esclava de su consumo, y por otra, está sometida a la ley de la tolerancia que la lleva a un incremento constante del mismo.

Desde el punto de vista de que la cultura consumista refuerza los comportamientos adictivos, la prevención de adicciones debería sumarse a todas aquellas iniciativas que pretenden modificarla, como los ODS incluidos en la Agenda 20/30.

No obstante, hay que reconocer que en el nivel macro no abundan los modelos teóricos sobre adicciones. La única tentativa de crear una hipótesis teórica a este nivel que conozcamos es la promovida por Domingo Comas (2018) que relaciona el consumo de drogas con la búsqueda de seguridad, como veremos en el siguiente capítulo dedicado a los factores de riesgo y protección.

La combinación del modelo biopsicosocial y el enfoque de la salud pública lo empleamos aquí con la intención, quizá demasiado ambiciosa, de organizar y mantener a la vista todas las piezas del puzle que componen la prevención: Las diversas disciplinas que contribuyen a su estudio, los diversos enfoques teóricos, los modelos de intervención, los diversos tipos de programas y medidas que derivan de ellos.

También nos sirve para clasificar los factores de riesgo y de protección en torno a las sustancias, conductas y relaciones, el individuo y los contextos, como veremos más detalladamente en el siguiente capítulo

Podría considerarse como un mapa interdisciplinar para no perdernos en la complejidad del fenómeno, que nos ayude visualizar el estado general de la cuestión, localizando donde se han producido los avances (por ejemplo, en los modelos psicosociales que dan lugar a programas de habilidades y competencias) y donde están los déficits (por ejemplo, en los modelos macrosociales y ambientales).

La realidad demuestra una y otra vez que las adicciones son el resultado de una combinación de factores. Por eso, su prevención exige mantener un diálogo

permanente entre los tres polos: El sujeto, el contexto y el objeto de la adicción. Cuando se rompe la dialéctica entre los tres, las teorías dejan de ser explicativas, la prevención se vuelve parcial y deja de funcionar.

4.1. La influencia de los enfoques terapéuticos

Los enfoques terapéuticos ejercen influencia sobre los modelos preventivos de varias maneras, una de ellas es influyendo sobre la concepción teórica de la adicción y otra, señalando factores que se observan en la práctica clínica que conviene tener en cuenta en prevención. También ejercen su influencia a través de los equipos de los que forman parte profesionales de la asistencia y la prevención, en los que la asistencia tiene el papel hegemónico.

Desde el lado de la asistencia no se ha alcanzado un consenso teórico respecto a la génesis de las adicciones, sin embargo, y aunque pueda parecer contradictorio, sí existe bastante más acuerdo sobre su desarrollo, sus características, su dinámica neurobiológica y sobre los modos de abordarlas terapéuticamente.

Los diversos enfoques describen un arco que va desde el aprendizaje social, hasta los que están centrados en la neurofisiología de los sistemas de recompensa y motivación internas reguladas a través de neurotransmisores. Algunos enfoques resultan claramente complementarios, como los estudios psicológicos sobre el control de los impulsos y la planificación a largo plazo en adolescentes, y los descubrimientos llevados a cabo mediante neuroimagen sobre la falta de maduración del córtex prefrontal en personas jóvenes, mientras que otros, aún no han encontrado una conexión tan directa.

A continuación, se resumen algunos de los enfoques teóricos que tienen una incidencia directa sobre los tratamientos de las adicciones y que también influyen sobre la práctica de la prevención.

El enfoque cognitivo-conductual

Según la guía clínica de intervención psicológica en adicciones de Socidrogalcohol Becoña, E. et al (2008), las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. La filosofía de la intervención está basada en la consideración de la persona como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias.

Entre las técnicas cognitivo conductuales se encuentran el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas, entrenamiento en manejo del estrés, entrenamiento en relajación, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en habilidades para la vida, ejercicio aeróbico, biofeedback, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en manejo de la ira.

Independientemente de la alta eficacia que han mostrado estas técnicas en el tratamiento de pacientes adictos, hay que destacar que también constituyen una parte importante del arsenal preventivo. Las habilidades socioemocionales, el entrenamiento en asertividad, las estrategias de afrontamiento, la gestión de la presión de grupo…han demostrado su eficacia en los programas de prevención universal (habilidades para la vida), así como en los de prevención selectiva e indicada

Psicoanálisis

Las escuelas de corte psicodinámico ponen el acento en el significado simbólico de la droga para cada persona, en su capacidad para mitigar la angustia (ansiedad) y en la dificultad para incorporar las normas a causa de un deficiente sistema de control y apoyo parental.

Esta dificultad para interiorizar las normas y los valores ha variado con el paso del tiempo en diversas circunstancias históricas. En la actualidad, el riesgo de un deficiente ejercicio del control por parte de padres y madres se relaciona más con el defecto de autoridad que con su exceso.

Recalcati, M, (2014) relaciona este déficit con un fenómeno cultural denominado simbólicamente como Síndrome de Telémaco.

Al contrario que en el Complejo de Edipo, donde el hijo se veía abrumado por la autoridad aplastante del padre, Telémaco espera la vuelta de su padre (Ulises) para que establezca una ley justa a la que atenerse.

El exceso de autoridad, impediría a los/as hijos/as ser ellos mismos/as, lo que provocaría su rebelión; mientras que la ausencia de la figura paterna, impedirían al hijo o la hija realizarse por falta de referencias. Mientras Edipo se ve aplastado por la autoridad y se rebela, Telémaco acusa la falta de autoridad y la reclama.

La conducta de Ulises podría interpretarse como la de un padre ausente, enredado en sus propios asuntos cuando su hijo/a necesita que esté presente en su educación. Este papel periférico de la figura del padre ha sido ampliamente descrito por la terapia de familias en familias con un miembro adicto.

Se podría resumir diciendo que las adicciones juveniles y otros trastornos de la emancipación juvenil actuales estarían relacionados con un déficit del ejercicio de autoridad por parte de padres y madres. Los niños y las niñas necesitan un marco normativo claro y consistente al que atenerse, para posteriormente interiorizarlo haciendo posible el autocontrol.

Conviene aclarar que, aunque se hable de la figura del padre, en realidad se está haciendo referencia a la función normativa que los progenitores tienen que ejercer durante la infancia del niño o de la niña, y que el chico o la chica tienen que interiorizar cuando se hacen mayores. En las familias tradicionales esas funciones las ha atribuido más el padre que la madre, pero el modelo está cambiado.

El mensaje preventivo de Recalcati para los padres y madres es similar al de Betelheim, B. (2010) y podría resumirse de la siguiente manera: el riesgo actual no reside en "*traumatizar*" a los hijos negándoles algunas cosas y enseñándoles a respetar las normas de convivencia, sino en decirles que sí a todo.

Una de las formas que ha adoptado este fenómeno ha sido el del padre y/o madre "*colega*" que en nuestro país se vio favorecido por circunstancias históricas. Muchos padres y madres que habían sido educados en un modelo autoritario, querían evitar a toda costa repetir ese modelo con sus hijos e hijas, y acabaron sustituyendo la autoridad por la tolerancia. Pero una familia con hijos a los/as hijos/as ser ellos mismos/as pequeños/as no puede estructurarse en base a la tolerancia y, en paradójica correspondencia, muchos jóvenes así educados, no han sido más libres sino más dependientes e intolerantes.

Las escuelas psicodinámicas han puesto el acento en la falta de autoridad, que remite a la función de control, pero no debería olvidarse que el control forma parte del binomio apoyo y control, sin el cual es imposible educar satisfactoriamente a los/as hijos/as. Cabe decir lo mismo sobre los modelos que se han volcado exclusivamente en la importancia del apoyo durante el desarrollo.

La visión sistémica

El modelo sistémico denomina "*síntoma*" a la conducta adicta, y "*paciente identificado*" a la persona que lo padece, porque parte del presupuesto de que es la familia quien enferma o

tiene un problema evolutivo y que el adicto es la persona adicta la portadora del síntoma de la disfunción familiar. Los modelos sistémicos, también llamados relacionales, interpretan las adicciones juveniles como un estancamiento del ciclo vital de la familia en una determinada etapa evolutiva personal y familiar. Como ya se ha mencionado, consideran las adicciones juveniles como una expresión de la dificultad para transitar por la fase en la que la familia tendría que facilitar la autonomía y emancipación de alguno de sus miembros.

De entre los muchos manuales que tratan el tema, hay dos muy específicos: "*Trastornos de la emancipación juvenil*" de Hay Haley (1992) y "*Terapia familiar de abuso y adicción a las drogas*" de Stanton y Todd (2009).

Veamos un ejemplo:

> *En su último año de carrera una joven sufre fuertes dolores de cabeza, irritabilidad y dificultades de concentración que le impiden concluir sus estudios. La joven sufre porque quiere y no puede estudiar. Descartadas las causas médicas (se han realizado todo tipo de pruebas y analíticas sin resultados), cabe plantearse el problema de otra manera: ¿Qué impide a la joven y a su familia dar este paso importante para su independencia? ¿Quién no está preparado para ese paso? ¿Cómo puede la familia facilitar el tránsito hacia la mayor autonomía que implica el fin de la carrera? ¿Qué piensa la hija que les pasará a los padres cuando ella no esté? ¿Alguien más en la familia presenta síntomas en esta situación? Por ejemplo, una depresión de uno de los padres que co-varia con la mejoría y el empeoramiento de la hija, en el sentido de mejorar cuando la hija necesita ayuda y empeorar cuando la hija está mejor (y podría desligarse). ¿Los padres se muestran más o menos unidos cuando la hija está mal?, etc.* Ramírez de Arellano, A. (2020)

Si no se toma ninguna medida sobre la dinámica familiar de fondo y los dolores de cabeza se tratan exclusivamente con medicación (analgésicos y ansiolíticos , por ejemplo), probablemente se aplazará (o truncará) el final de la carrera y la salida del hogar. En este caso la aproximación a las drogas se llevaría a cabo a través de la prescripción de un tratamiento psicofarmacológico, algo que no curará el carácter psicosomático del síntoma, aunque podrá aliviarlo temporalmente. En cambio, si el caso trata de un chico que atraviesa la misma etapa vital, pero con un carácter más impulsivo y con problemas de conducta, es posible que comience a consumir sustancias ilegales, con la misma función que la primera: calmar el sufrimiento o la ansiedad y expresar una dificultad para su emancipación material y psicológica.

Si solo se trata de un bache o de un atasco temporal en la evolución de la familia, también los fármacos y las drogas pueden tener un carácter temporal. Si la situación no se resuelve y se cronifica, el consumo también puede hacerse permanente.

Algunos principios de este modelo tienen múltiples aplicaciones en prevención:

- La importancia de un desarrollo integral del conjunto de la familia y no solo de cada uno de sus miembros;
- La preocupación por las diferentes etapas vitales de la familia (ciclo evolutivo familiar) y no solo del desarrollo individual del hijo o la hija haciendo especial hincapié en la de desvinculación (emancipación) de los hijos e hijas jóvenes;
- La importancia de educar en la autonomía;
- La importancia de unas reglas claras de comunicación intrafamiliares;
- La importancia de una estructura bien definida del funcionamiento familiar, en la que los roles, las responsabilidades, las reglas y las jerarquías sean claras y estables, de tal manera que los miembros de la familia sepan a qué atenerse.

Desde un enfoque terapéutico sistémico narrativo es muy importante conocer la historia que cuenta el/la paciente (y la familia), ya que el procedimiento terapéutico no consiste solamente en cambiar la conducta, sino también en cambiar el discurso y su significado.

Como afirma Antonovski, A., uno de los padres de la resiliencia, ante situaciones adversas o traumáticas, el significado que los seres humanos atribuyen a su conducta es muy relevante respecto a cómo las afrontan Antonovski, A., (1993).

El modelo Transteórico

El modelo Transteórico representa un enfoque pragmático que da menos importancia a las causas que al modo en que se desarrolla y se supera una adicción. Sus precursores, Prochaska, J.O. y Diclemente, C.C. (1983), estudiaron el proceso mediante el cual las personas eran capaces de superar su adicción -dejar de fumar- sin ayuda terapéutica. Inicialmente se limitaron a sistematizar sus observaciones: cuales eran las fases por las que atravesaban, qué estrategias empleaban en cada una de ellas, qué técnicas resultaban más útiles en cada momento, cómo evitaban las resistencias y superaban las recaídas, etc. Posteriormente, establecieron un método basado en todas ellas y adoptaron un estilo terapéutico denominado motivacional W. Miller y S. Rollnick (1996).

Aunque el modelo no explica el origen de la adicción sino el modo de superarla, arroja luz sobre la manera en que adquirimos determinados hábitos y la forma de sustituirlos por decisiones conscientes si nos hacen daño. Expresa una gran confianza en la capacidad de la persona para autodirigirse y considera la ayuda profesional como una colaboración, no como la responsable del cambio.

El enfoque Motivacional es pues, el estilo de intervención que caracteriza al modelo Transteórico. Sus autores/as insisten en que debe considerarse como una filosofía y no sólo como un conjunto de técnicas y estrategias al servicio del cambio voluntario.

El procedimiento consiste en identificar la fase del cambio en la que se encuentra la persona y ofrecerle la ayuda necesaria para pasar a la siguiente. Se aplica tanto en asistencia como en prevención. Se trata de un tipo de intervención, generalmente breve, que se apoya expresamente en las fortalezas de la persona y trata de eludir la dependencia asistencial.

Este último aspecto es muy importante, ya que para superar una adicción o prevenirla, no se debería emplear ningún método que ofrezca una relación de dependencia sustitutiva, antes, al contrario, lo que se debería ofrecer es la oportunidad de aprender a tomar decisiones de manera autónoma.

Se puede aplicar como una técnica específica de prevención indicada cuando se lleva a cabo a través de intervenciones breves y oportunistas.

Las adicciones como disciplina académica.

Los conocimientos teóricos y prácticos acumulados durante los últimos sesenta años han convertido las adicciones en una disciplina con entidad propia como puede comprobarse repasando el índice de los diversos másteres y especialidades que se imparten en las universidades españolas, muy especialmente, los dedicados específicamente a Prevención de Drogodependencias y de otras Conductas Adictivas que han supuesto una gran contribución a la especialización de los/las profesionales que trabajan en la prevención de adicciones.

En dichos planes de estudios hay consenso sobre el enfoque biopsicosocial, sobre las dinámicas biológica y psicológica de la dependencia, sobre los avances en neurobiología, sobre factores de riesgo y de protección, sobre algunas características de personalidad de las personas adictas, sobre la dinámica familiar de familias con un miembro adicto, sobre la sociología y la epidemiología de las adicciones, sobre los recursos y las técnicas que ofrecen resultados en las áreas de asistencia, prevención y reinserción, etc.

En cuanto al origen de las adicciones, a pesar de la falta de acuerdo entre los diversos enfoques, casi todos vienen a referirse a un mal funcionamiento neurobiológico, cognitivo, conductual, afectivo, familiar o social previos, en cuyo contexto el comportamiento adictivo o la sustancia representan una nueva homeostasis por

precaria y temporal que esta sea. La adicción se instaura sobre la base de un déficit o un problema previo coadyuvado por los efectos psicofarmacológicos y la capacidad adictiva de las propias sustancias o de la actividad de que se trate y por el contexto en el que se produce. Un contexto que bien lo favorece, o bien, no es capaz de impedirlo.

En resumen, se trata de un claro modelo de déficit en el que la adicción representa una forma fallida de autoterapia o de automedicación. Esta forma de ver las cosas tiene repercusiones directas sobre el modo de plantear la prevención. El modelo de déficit conduce a un tipo de intervención preventiva compensatorio basado en los factores de riesgo y de protección.

Pero la cuestión puede plantearse de otra forma: cuando las personas se desarrollan de una manera adecuada en un medio aceptable (el parque de las ratas), no necesitan drogarse y engancharse, por lo que la acción preventiva debería dirigirse a crear las condiciones adecuadas para un desarrollo positivo, lo que conduce al modelo preventivo ambiental y promocional de salud basado en activos.

El paradigma preventivo y el paradigma promocional no son incompatibles y están obligados a coexistir juntos durante mucho tiempo.

Ideas clave

El modelo teórico más aceptado para explicar las adicciones es el biopsicosocial y el marco más adecuado para su desarrollo es el de la salud pública. Este último tiene la capacidad de albergar todas las medidas destinadas a conocer e intervenir sobre a) el objeto de la adicción (sustancias, las actividades adictivas y las relaciones), b) el sujeto y c) el contexto.

En la práctica, los modelos que más se han desarrollado hasta ahora, son los psicológicos y educativos de habilidades y competencias dirigidos al sujeto que se aplican en el medio escolar.

En el sector de las adicciones siempre se ha concedido más importancia a la asistencia que a la prevención, por lo que los enfoques asistenciales han influido sobre los modelos preventivos a un nivel teórico y práctico

Para saber más

- Sobre la ley seca de EEUU, escuchar el programa de radio nacional Documentos de RNE: "La ley seca, el fracaso de la prohibición".

  https://www.rtve.es/play/audios/documentos-rne/documentos-rne-ley-seca-fracaso-prohibicion-12-06-20/5594424/

- Sobre programas preventivos adaptados a distintos tipos de sustancias o conductas:

  Programa de prevención selectiva de cannabis "Pasa la Vida" FAD (2022) o el programa de prevención universal del abuso de juego de apuestas "¿Qué te Juegas? Lloret, D. et al (2020).

  Para conocer más programas se puede visitar el Portal de buenas prácticas en reducción de la demanda de drogas y otras adicciones del PNSD.

  http://www.buenaspracticasadicciones.es/

- Sobre modelos teóricos:

  Una recopilación de modelos teóricos psicosociales se encuentra en el capítulo "Teorías y modelos explicativos en la prevención de las drogodependencias" (al menos hasta la fecha de su publicación) del libro de Elisardo Becoña sobre las bases científicas de la prevención (2002). Los más empleados, según el autor, son los más complejos: la teoría de la conducta problema de Jessor R. (1991), el modelo de desarrollo social de Hawkins, Catalano et al. (1999), el modelo integrador de Botvin (1995), la teoría de influencia tríadica de Flay BR y Petraitis, I. (1994), la teoría sobre la autoeficacia de Bandura (1997) y el propuesto por el propio Becoña (2002).

  Recopilatorio en:

  https://www.fundacioncadah.org/cpanel3/API/download.php?id=97&account=j289eghfd7511986

  Conviene añadir que La Teoría de la Conducta Planificada, de Ajzen y Fishbein (1975), como un modelo capaz de predecir la conducta humana, también se ha aplicado en programas de prevención de drogodependencias en nuestro País.

  Desde el sector de la promoción de la salud se han desarrollado modelos basados en conceptos como la indefensión aprendida, vinculada a autores como Luthar SS, Cicchetti D y Becker B. (2000), la resiliencia, entendida como un proceso que permite metabolizar las situaciones adversas y hacer frente a

la indefensión, divulgada por el psiquiatra y psicoanalista Boris Cyrulnik (2005), la inteligencia emocional y social de Seligman, M. & Maier, S. F. (1967) y la teoría del apego de John Bowlby (1998).

Capítulo 5

5. Los factores de riesgo y de protección

5.1. Definición y clasificación de los factores de riesgo y de protección

5.1.1. Definición

La denominación de factores de riesgo y de protección obedece a que no existen factores causales que determinen por sí solos las conductas relacionadas con las drogas y adicciones.

En este apartado profundizaremos en dichos factores, resumiendo y actualizando los conocimientos de los que se dispone en la actualidad, sin excluir las nuevas adicciones.

Ampliando la definición clásica de Clyton sobre factores de riesgo y de protección del uso y abuso de drogas a las conductas adictivas sin sustancias podríamos considerar los factores de riesgo como aquellas características individuales, sociales y culturales que pueden aumentar la probabilidad de que se dé un uso/abuso de drogas y de conductas adictivas, y los factores de protección, como las características individuales, sociales y culturales que pueden disminuir la probabilidad de que se dé un uso/abuso de drogas y de conductas adictivas. Clyton, R. (1992)

Como los factores de riesgo y de protección se pueden referir a aumentar o disminuir la probabilidad del uso o de la adicción, a efectos prácticos, hay que especificar a qué nos referimos en cada caso. A saber: a) el consumo experimental, retrasando la edad de inicio, por ejemplo, b) el consumo ocasional en conjunción con circunstancias que lo hacen más peligroso, como beber y conducir o mezclar alcohol y medicamentos, c) el consumo/uso problemático o de riesgo, d) la adicción.

Es fundamental precisar cuál es el objetivo de la intervención preventiva para saber cuáles son los factores que se deben tener en cuenta.

Resumiendo: No existen factores causales directos de las adicciones, sólo factores que las favorecen o las desfavorecen, pero son tan importantes que definen el objetivo de la prevención, ya que éste puede concretarse en *aumentar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo.*

Clasificación de factores de riesgo y protección

Siguiendo con el enfoque de salud pública, los factores de riesgo y de protección se pueden clasificar en tres categorías: los relacionados con las sustancias y conductas adictivas, con el individuo y con el contexto, y éste último, se ha subdividido tradicionalmente en los relacionados con la familia, el grupo de iguales, el entorno laboral o escolar y comunitario (estos últimos se pueden agrupar a su vez en la categoría de red social personal) y con los factores macro/sociales y culturales.

5.1.2. Factores de riesgo y de protección de las sustancias/ conductas adictivas.

Las sustancias, al igual que las conductas adictivas, hay que analizarlas en relación con la función que cumplen para usuarios/as y en el marco del contexto que le otorga un significado concreto. No obstante, la composición química de algunas sustancias, así como las características técnicas de determinados juegos les confieren una mayor capacidad adictiva. Lo mismo puede decirse de determinados patrones de relación que fomentan la dependencia.

La valoración de las adicciones debe tener en cuenta también la cantidad, la frecuencia, las circunstancias, la disponibilidad, la publicidad, su valor simbólico, la legalidad/ilegalidad, las expectativas sobre sus efectos, los mitos que la rodean, etc.

A determinadas edades una sustancia o un determinado tipo de juego se puede convertir en un elemento de pertenencia o de exclusión de un grupo, que a su vez puede compartir valores prosociales o antisociales, lo cual hace que aumente o disminuya el riesgo. Pero ni siquiera todos los riesgos proceden del consumo en grupo, ya que el consumo o el juego en solitario entraña otro tipo de riesgos.

La **cantidad** es un factor importante porque determinadas dosis de algunas drogas pueden ser letales. Este aspecto se complica en el caso de las drogas ilegales en las que resulta mucho más difícil determinar la concentración del principio activo, la calidad del producto y de las sustancias de corte o excipientes, etc. Por ejemplo, el aumento de la concentración del THC en variedades de cannabis seleccionadas, está causando problemas a un número significativo de usuarios/as. Pero no conviene olvidar que la sustancia responsable de la mayoría de las intoxicaciones de nuestro país los fines de semana sigue siendo el alcohol o está involucrado junto con la cocaína.

Lógicamente otro factor determinante es la **frecuencia,** ya que es la que en mayor medida determina el abuso y la adicción.

También existen casos de **interacción** entre determinadas sustancias y determinados factores de riesgo individuales. En la literatura científica se ha mencionado el riesgo de la interacción entre el cannabis y determinados problemas de salud mental, particularmente los de carácter pre-psicótico, en el sentido de que el cannabis puede desencadenar episodios psicóticos en individuos predispuestos Cardeillac, V. (2016), pero probablemente, la interacción que provoca más problemas sea la de alcohol e impulsividad (déficit de control de impulsos), aunque no se le preste la debida atención por la tolerancia que existe respecto al consumo de alcohol y a la impulsividad masculinas. Hay demasiadas formas y grados de pasarse estando con "unas copas de más" que son toleradas socialmente. También hay interacción entre problemas relacionados con la inhibición social y determinados tipos de juegos y tecnologías que fomentan o permiten el aislamiento.

Este tipo de interacciones deberían ser objeto de detección precoz a lo largo del desarrollo evolutivo de la persona ya que entrañan una acumulación de riesgos.

Otro aspecto importante relacionado con las sustancias y las actividades adictivas es la **percepción social del riesgo** asociada a cada una de ellas, porque existe una relación significativa entre dicha percepción y el consumo. En algunos casos la percepción de riesgos asociado a determinadas sustancias está sobredimensionada y en otros, infravalorada.

Generalmente, la percepción de riesgo guarda relación con la legalidad de las sustancias, en el sentido de que son percibidas como más peligrosas las ilegales, pero también hay excepciones. Por ejemplo, en el caso del cannabis no se cumple la regla, porque, aunque es una sustancia ilegal, no se percibe como peligrosa por parte de la población joven (sobre todo la que la consume). Además, hay una corriente de opinión que la asocia con el "mundo de lo verde y natural", como si fuese un producto más sano que otras sustancias. Claro que, el hecho de que se haya legalizado en algunos países y que un sector de la población reclame su legalidad en el nuestro, le confiere una situación especial.

En un reciente estudio sobre la percepción de riesgos asociados a las adicciones en la provincia de Huelva, el cannabis casi no aparecía entre las sustancias percibidas como peligrosas Dominguez-Gomez, J.A. y García, B. (2022). Es posible que el cultivo para el autoconsumo que se practica en la zona esté influyendo, junto a las razones mencionadas, en su baja percepción de riesgo.

En la baja percepción de riesgo asociada a los psicofármacos se supone que influye el hecho de que sean prescritos por el sistema sanitario, que no se identifiquen como drogas y la falta de alternativas no farmacológicas para la ansiedad, por parte del sistema sanitario.

En la percepción de riesgo de los juegos influyen varios factores entre los que se encuentran, como ya hemos mencionado, el modo en que se aprende a jugar en

familia y el hecho de que en español no existan dos términos diferentes para referirse al juego con apuestas (gambling) y al juego como actividad infantil, lúdica (gaming) o de aprendizaje, como se mencionó en el capitulo primero..

En cuanto a las dependencias emocionales, tampoco existe una percepción de riesgo a la altura de lo extendido que está el fenómeno y de la relación que guardan con la desigualdad de género.

La percepción social del riesgo asociada a la sustancia o a la conducta es muy importante porque influye en el comportamiento de los/las consumidores/as y en las políticas preventivas que se pueden adoptar. En dicha percepción influyen, a su vez, todos los factores recogidos en la primera casilla del esquema de salud pública: La disponibilidad, la accesibilidad, la publicidad, la legalidad, los mitos, los prejuicios, el estigma, etc.

Convendría incidir de forma selectiva sobre la percepción de riesgos de las sustancias y las conductas que tienen menor percepción de riesgo como el alcohol, los psicofármacos, los juegos con apuestas, el cannabis o las dependencias emocionales.

5.1.3. Los factores de riesgo y de protección individuales

Hemos optado por seleccionar los factores de riesgo y protección individuales que ofrecen mayor grado de consenso y organizarlos en torno a determinadas ideas generales que les otorguen cierta coherencia.

Los factores de protección

Los factores de protección individuales son aquellos que promueven una combinación de autonomía, empatía, habilidades socioemocionales y satisfacción de la persona. La autonomía es lo opuesto a la dependencia que es el elemento base de todas las adicciones. La autonomía y aquellos factores que la favorecen como el autocontrol, la percepción de autoeficacia, la asertividad, etc., deberían ser considerados como "marca de la casa" de la prevención de las adicciones. Ahora bien, la autonomía hay que considerarla en conjunción con la empatía y de relaciones afectivas satisfactorias, en cuyo defecto podrían derivar un individualismo autosuficiente que entraña otros riesgos.

Estar razonablemente satisfecho con uno/a mismo/a, con las relaciones que se establece con los demás y con las actividades que se desarrolla es un factor de protección. La insatisfacción (de forma habitual) o no poder sentir placer/satisfacción son factores de riesgo.

Un buen desarrollo académico y una adecuada integración en el medio escolar (o en el que en ese momento se esté desempeñando), también son factores de protección de primer orden.

Entre los factores de protección también se encuentran la realización de actividades como hobbies o deportes; la participación en grupos prosociales; y tener lo que podríamos denominar como "*un proyecto de vida*".

Es posible que chicos y chicas con una diversidad de intereses, tras pasar un periodo de consumo de riesgo, lo abandonen espontáneamente cuando se hacen adultos y adultas, mientras que los que no poseen otros intereses, ni ocupaciones, tienen más posibilidades de hacer de las drogas y de los comportamientos adictivos un modo de vida. Además, el mantenimiento de un trabajo y el desarrollo de actividades regulares como el deporte o determinadas aficiones, son relativamente incompatibles con determinados tipos de consumos y conductas abusivos.

Estos factores se pueden descomponer en una lista mucho más larga. En la actualidad se valoran especialmente los que se basan en habilidades y competencias y, dentro de ellas, las habilidades socio-emocionales y las que permiten tomar decisiones en condiciones de presión social son las que gozan de mayor consenso.

En etapas tempranas los elementos que se consideran protectores por excelencia son un apego seguro, una educación reforzadora y la educación en habilidades para la vida.

Los factores de riesgo individuales

Lógicamente son los contrarios. Son los que fomentan la dependencia, la falta de confianza en uno/a mismo/a, la falta de autoestima o el exceso, la falta de integración, la falta de valores prosociales, la participación en grupos con valores antisociales. El consumo precoz de sustancias y el desarrollo de comportamientos adictivos tempranos. La escasez de habilidades socio-emocionales. El fracaso escolar y/o la falta de integración en la comunidad escolar. La insatisfacción que puede manifestarse en forma de malestar, de ansiedad, anhedonia o disforia continuada. La falta de actividades de ocio saludable, recreativas o hobbies. La ausencia de proyectos vitales.

Respecto a la insatisfacción conviene aclarar que una cosa es que durante determinados periodos de la adolescencia exista cierta dificultad para gestionar las propias emociones y para planificar a largo plazo, y otra muy distinta, estar todo el día en un estado de enfado, insatisfacción o de desinterés por lo que ocurre al alrededor o en un estado de ansiedad y malestar permanentes.

La insatisfacción y el desinterés permanentes crean un medio propicio para adoptar una actividad compulsiva –juego, consumo, relación de dependencia- que ofrece un simulacro de satisfacción y control, a la vez que distrae de otras preocupaciones y del malestar.

Para percibir estos factores de riesgo no hay que ser un especialista. La evaluación inicial de los factores de riesgo y de protección es bastante sencilla. Para obtenerla las preguntas deben estar guiadas por el sentido común:

- ¿Cómo le va en el instituto o la universidad?
- ¿Cómo le va en casa?
- ¿Cómo le va consigo mismo/a?, en el sentido de si está contento/a o satisfecho/a.
- ¿Qué tal con los amigos/as y compañeros/as?
- ¿Ha habido cambios recientemente?
- ¿En qué dirección?

Y en el caso de que exista consumo de sustancias o conductas adictivas hay que conocer la cantidad, la variedad, la frecuencia, el contexto del consumo, etc.

5.1.4. Factores de protección y de riesgo de la red social personal.

Hay un nivel intermedio entre lo puramente individual y lo social que podemos denominar como el entorno inmediato o, en palabras de Sluzki, la red social personal. La red social personal está constituida por la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Según Sluzki nuestra red social forma parte intrínseca de nuestra identidad. Sluzki. E. (1996)

Para trazar la frontera entre la red personal microsocial y la red social y cultural más extensa de la que formamos parte, Sluzki propone preguntas sencillas sobre cuáles son las personas significativas para nosotros o que podemos distinguir del común de la sociedad, tales como:

- ¿Quiénes son las personas importantes en tu vida?
- ¿A quién has visto en la última semana?
- Cuando necesitas un paño de lágrimas ¿a quién llamas?

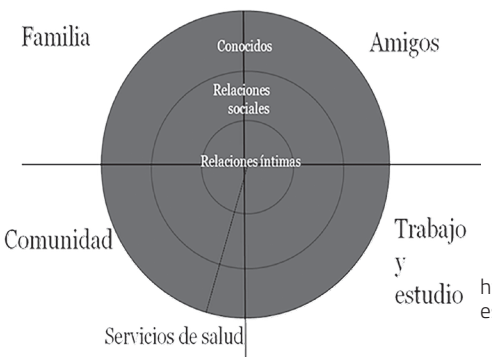
- ¿Y cuándo sólo necesitas compañía?
- ¿Y cuándo necesitas una ayuda práctica?

Preguntas de estas características tienen la virtud de que todo el mundo las entiende haciendo visible un mapa de relaciones del que no siempre somos conscientes e informa sobre otras características cualitativas de nuestra red social, haciendo evidentes sus debilidades y sus fortalezas.

Existe una amplia evidencia científica de que una red social personal rica, accesible, estable, sensible y confiable influye positivamente en diversos aspectos relacionados con la salud. Es decir, es salutógena Sluzki (1996)

También forman parte de los factores de protección características de las redes sociales tales como: que sean diversas, recíprocas, flexibles, estables y que tengan suficiente densidad, lo contrario se convierte en riesgos.

Una manera de representar gráficamente las redes sociales consiste en dibujar varios círculos concéntricos dejando al individuo en el centro. Después dividir esos círculos en cuatro cuadrantes representando cada cuadrante un ámbito de la persona: trabajo, familia, ocio, vida comunitaria, y cada círculo, el grado de intimidad de las relaciones. Luego representamos con un punto a las personas de nuestra red dependiendo del cuadrante al que pertenezcan y del grado de intimidad que tengan con nosotros.



http://redessocialesengestionsocial.weebly.com/estructura-de-la-red-social.html

Una red social positiva dispondrá de miembros en todos los cuadrantes, suficientemente conectados entre sí, con una distribución adecuada entre los que están más cerca del núcleo de intimidad y los que están en la categoría de conocidos, etc. En cambio, el mapa de red social de un/a adicto/a representará cierto vacío en los cuadrantes correspondientes a las relaciones con personas que no tienen nada que

ver con su actividad principal (la adicción o los medios para mantenerla). O sea, con el tiempo, el mapa de la red de la persona adicta se convierte en una red unidimensional, con pocos y mal repartidos participantes, poco recíproca, poco flexible, pobre... Con una o dos figuras centrales de las que depende la persona (tan cerca del núcleo que casi se fusiona con él en una relación de codependencia).

El concepto de red social permite trabajar con la persona, haciéndola consciente de las características de su red para mejorarla y también permite trabajar con las personas que la componen. O sea, permite desarrollar una actividad sobre el entorno comunitario más significativo de la persona a través del trabajo con ella misma y con las personas de la red.

La red social puede ser abordada desde diferentes niveles de prevención. Desde la prevención universal se pueden promover los aspectos saludables para que sean ricas y variadas. Desde la prevención indicada, la red social permite acceder a personas significativas que están más allá de los límites de la familia (además de a la propia familia).

Presentamos, a continuación, por separado, los cuadrantes que forman la red social de las personas desde el punto de vista de los factores de riesgo y de protección, aunque el término cuadrante no sea el más apropiado para referirnos a la familia, particularmente cuando se trata de personas muy jóvenes sobre los que la familia tiene bastante más influencia que el resto de los ámbitos. Si mantenemos aquí esa forma de presentación es a efectos puramente descriptivos (dibujo).

5.1.5. Los factores de protección y de riesgo familiares.

Los elementos que concitan mayor consenso como factores de riesgo y de protección familiares son: el tipo de apego, el clima, la cohesión, el estilo educativo, la comunicación y la confianza. También hay coincidencia en destacar el consumo de drogas u otras conductas adictivas en la familia y sus actitudes hacia la salud.

En su "*Guía para una intervención integral en prevención de los riesgos psicosociales en niños, niñas y adolescentes*", la Alianza para la Protección y la Prevención del Riesgo Psicosocial en Niños, Niñas y Adolescentes (2019) resume los factores de protección familiares de la siguiente manera:

- Fuertes vínculos en el interior de la familia, padres y madres comprometidos en la crianza de los/as hijos/as.

- Disciplina familiar adecuada y normas claras de conducta dentro de la familia, tomando en cuenta las opiniones de los niños y niñas y basadas en la confianza y el respeto.
- Fortalecimiento y desarrollo de habilidades sociales y personales en hijos e hijas.
- Adecuado estilo de comunicación.
- Adecuado estilo de resolución de conflictos.
- Fortalecimiento de los vínculos con la escuela y la comunidad.

La guía para la Prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito de las familias de la Junta de Andalucía ofrece el siguiente cuadro:

FACTORES RELACIONADOS CON EL ÁMBITO FAMILIAR

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Estilo educativo autoritario	Estilo educativo democrático
Estilo esducativo muy poco normativo	Estilo educativo normativo/negociador
Estilo educativo sobreprotector	Desarrollo de autonomía/responsabilidad
Estilo educativo hiperexigente	Atención tanto a proceso como resultado
Clima familiar conflictivo y/o violento	Clima afectivo y tolerante
Escasas expresiones de afecto	Afectos seguros
Baja cohesión familiar	Alta implicación familiar
Escaso apego a la crianza	Ocio compartido
Comunicación familiar escasa o pobre	Buena comunicación familiar
Actitudes/conductas positivas al consumo	Promoción de hábitos saludables

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencia_Prevencion_Prevencion_Familiar_FAMILIA_PRIMERA_PARTE.pdf

Respecto al **modelo educativo**, la prevención de adicciones insiste en la importancia de educar en la autonomía y que mantenga una posición equilibrada entre el apoyo y el control de los/as hijos/as.

Educar en la autonomía

La familia y la escuela deberían ser conscientes de que la autonomía es uno de los objetivos fundamentales de la educación y el principal instrumento de la prevención de la dependencia.

Los seres humanos nacen desvalidos y en una situación de total dependencia biológica, psicológica y social. Desde esa condición tienen que transitar a lo largo de su desarrollo hacia una progresiva independencia.

Durante la primera infancia resulta de vital importancia disfrutar de un apego seguro como base de un buen desarrollo. Cuando las/os cuidadoras/es se muestran sensibles a las necesidades de los bebés y favorecen la expresión de las emociones, fomentan la autoestima, la autonomía y la confianza.

Esta actitud de los padres y madres de cuidar y proteger ha de mantenerse durante todo el desarrollo, pero tiene que combinarse con el establecimiento de normas y límites, sin dejar de estimular la exploración y la confianza en uno/a mismo/a.

Durante las fases evolutivas de la preadolescencia y la adolescencia, el desarrollo de los chicos y las chicas deben verse reforzado por la adquisición de diversas habilidades y competencias que les hacen más fuertes y les ayudan a relacionarse positivamente con el grupo de iguales que tanta importancia cobra en esas etapas. Las habilidades sociales y emocionales, el espíritu crítico, la educación en valores y la toma de decisiones en condiciones de presión social forman parte de ellas.

Como jóvenes adultos, los chicos y las chicas deben adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir de forma autónoma respecto de la familia, aunque la emancipación económica se haga esperar por motivos ajenos a la familia (paro juvenil, falta de vivienda, crisis económica, etc.) En este punto conviene señalar que las chicas se emancipan dos años antes de media que los varones en España y en Europa, lo que indica que la emancipación no depende solo de factores exteriores.

El objetivo final de la educación es el desarrollo de personas autónomas, capaces, empáticas, solidarias, sin miedo a ser ellas mismas y a innovar cuando sea necesario. Quizá el único ingrediente que se puede añadir a esta fórmula "*ideal*" es que sean felices.

Por el contrario, las dificultades durante el desarrollo se pueden atribuir con frecuencia a un estancamiento de la evolución natural de la familia. Al menos así lo interpreta el enfoque sistémico de terapia de familia, que considera las

drogodependencias juveniles como un trastorno de la emancipación juvenil; concretamente como un estancamiento en el periodo evolutivo en el que la familia debería estar apoyando la autonomía del hijo o de la hija.

Educar en un modelo equilibrado de apoyo y control

La terminología puede variar, pero de una manera u otra el apoyo y en control hacen referencia a la calidad del vínculo afectivo, a las normas y a los límites.

Los chicos y las chicas necesitan que se les quiera incondicionalmente y que se les controle condicionalmente. O sea, que se les premie o se les castigue dependiendo de cómo se comporten. Que las reglas del juego sean claras y predecibles. Que se les ofrezca seguridad y que desde esa seguridad se les anime a explorar, aunque la exploración implique asumir cierto grado de riesgo (que hay que aprender a gestionar).

Una educación basada en el apoyo sin control da lugar a niños y niñas que creen tener derecho a todo y muestran dificultades para adaptarse a las contrariedades de la vida cotidiana. Pueden desarrollar problemas relacionados con la interiorización de las normas y los límites que son la base del autocontrol, tales como trastornos adaptativos, de conducta, de control de impulsos, de personalidad límite, de hiperactividad, de consumo de drogas…

El control sin apoyo puede inducir un tipo de personalidad rígida y normativa que se adapte bien al eje de relaciones obediencia/autoridad, pero no a otras. Lo que más les cuesta a las personas educadas en la norma sin suficiente apoyo emocional, es la gestión de las emociones. Si se hacen adictos/as, es más probable que lo hagan de drogas legales o aceptadas socialmente, sin dejar de ser "*personas de orden*". Pero todo depende de lo que se considere ordinario y extraordinario en su entorno cultural.

Las que no reciben apoyo ni control lo tienen bastante más difícil porque no saben a qué atenerse. La privación afectiva durante la infancia produce efectos muy graves influyendo en el desarrollo evolutivo general. La falta de afecto puede crear un sentimiento permanente de ausencia y vacío, un temor a que te fallen emocionalmente y a ser abandonado/a. En este caso se pueden usar las drogas para intentar mitigar ese vacío y ese temor.

Pero lo más frecuente no es carecer totalmente de apoyo y control, sino recibir una mezcla aleatoria, a veces exagerada, de uno u otro. No es que no te quieran o no te controlen en absoluto, es que a veces no y a veces sí de forma desproporcionada e incoherente. ¿Quién puede reprocharles a las personas así educadas que tengan

una percepción diferente sobre las normas sociales y sobre la impredecibilidad de la vida? ¿Cómo adaptarse a los cambiantes estados de ánimo de unos/as padres/madres infantiles?

Las drogas y las adicciones pueden ayudar a anestesiar el marasmo y la sensación de vacío. También pueden usarse para intentar regular la inestabilidad del estado de ánimo mediante la administración "controlada" de sustancias con diversos efectos: estimulantes, relajantes, excitantes, narcóticos, etc., dependiendo de las necesidades. El problema es que mientras más dependa la regulación del estado de ánimo de un cóctel químico o un ritual conductual, menos dependerá de la persona. Este criterio también es aplicable a los tratamientos psicofarmacológicos.

La falta del factor normativo puede llevar a un déficit del control de uno/a mismo/a, y la falta de apoyo o afecto, a situaciones depresivas que también se pueden intentar mitigar con cócteles de drogas, juego, dependencias emocionales, psicofármacos y alcohol.

No pretendemos establecer una correspondencia formal entre los déficits de apoyo y control y las adicciones, sino ilustrar muchas de las combinaciones que se dan en la práctica, además de aportar elementos que ayuden a comprender las conductas, no sólo a clasificarlas.

5.1.6. Factores de riesgo y de protección del grupo de iguales.

Si sumamos la importancia que tiene el grupo de iguales en la vida de jóvenes y adolescentes con el hecho de que el inicio del consumo de drogas se realiza normalmente dentro de él -casi nadie se inicia consumiendo solo-, podemos acabar exagerando su importancia, considerando "las malas compañías" como la causante del problema. El grupo de iguales puede ser un factor de riesgo, pero también puede ser un factor de protección.

Lógicamente, si la persona adopta como referencia a un grupo con una serie de factores de riesgo entre los que se encuentran el consumo abusivo de drogas y/o juegos, estará en una situación de riesgo. Pero aún en ese caso habría que indagar las razones que le han llevado hasta un grupo de esas características, ya que lo habitual es que las personas tiendan a relacionarse con grupos que les son afines.

En cambio, si el grupo de iguales está involucrado en actividades positivas, no consume o lo hace muy moderadamente y comparte valores prosociales, se convierte en un factor de protección muy poderoso.

5.1.7. Factores de riesgo y de protección escolares.

Aunque se han mencionado de forma indirecta a lo largo del texto, se pueden resumir de la siguiente manera.

Los dos principales predictores del consumo de sustancias psicoactivas y de muchas otras conductas de riesgo son el fracaso escolar y la falta de integración en el medio escolar. Aunque habría que estudiar si es aplicable a todas las adicciones, por ejemplo, a determinadas TRIC y a las dependencias emocionales. Nos referimos a la posibilidad de hacer un uso abusivo de determinadas TRIC y/o de establecer relaciones de dependencia y tener un buen desarrollo escolar, al menos durante un tiempo.

De tal manera que un buen desarrollo académico y una buena integración escolar son factores de protección (estudiando posibles excepciones) y los contrarios, lo son de riesgo. Estos últimos además interactúan entre sí, ya que malos resultados escolares cierran posibilidades, y a la vez el consumo reduce los resultados.

También hay que contemplar la permisividad o no de la escuela hacia el consumo de drogas y otras adicciones, su orientación general hacia la salud física y mental; así como la aplicación de programas de prevención de adicciones y/o los de promoción de la salud.

El abandono temprano del interés por los estudios, puede estar influido por experiencias personales durante la primera infancia, que se ubican dentro del ámbito familiar.

5.1.8. Los factores de riesgo y de protección del contexto social.

Según se deduce de la literatura preventiva al uso, existen factores de riesgo y de protección que son similares para los macroentornos y para los microentornos. Son los siguientes:

Factores de riesgo:

- La disponibilidad.
- La accesibilidad.
- La aprobación social.
- La publicidad.
- Un modelo de ocio y de sociabilidad asociado al consumismo que potencia el consumo de alcohol y drogas y las adicciones.

Los factores de protección son los contrarios: Las limitaciones y/o regulación de la disponibilidad, de la accesibilidad, de la aprobación social, de la publicidad y un modelo de ocio basado en la diversidad y no solo en el consumo Junta de Andalucía (2006)

Lo que varía es el modo en que esos factores afectan a los entornos concretos, así como las medidas que se pueden adoptar desde uno u otro contexto para modificarlos. Por ejemplo, los factores de protección relacionados con el respeto a las regulaciones normativas, los espacios libres de violencia y de drogas y con la disponibilidad de recursos educativos, sanitarios, deportivos, socioculturales, etc., pueden variar considerablemente de una zona a otra.

En cambio, la falta de una regulación específica en torno a una sustancia tan consumida en nuestro país como el alcohol (especialmente referida a menores), es un factor que afecta negativamente al contexto en todos los niveles, pero desarrollar una ley sobre el alcohol, como la que en su día se desarrolló sobre el tabaco, es una tarea que solo puede acometerse desde un nivel gubernamental y parlamentario.

5.2. Factores macrosociales en España.

La pregunta que intentamos responder en este apartado es si se pueden identificar algunos de los factores macrosociales que caracterizan la situación española en materia de adicciones y aportar algunas claves que permitan interpretarlos.

Lo ideal sería que un equipo interdisciplinar realizara un diagnóstico macrosocial completo, pero lo que se encuentra al alcance de nuestras posibilidades en el presente trabajo, es seleccionar algunos factores significativos y establecer algunas conexiones entre ellos.

Repasemos algunos de los parámetros relevantes:

- **España, un país vitivinícola.**

  España ha mantenido a lo largo de su historia lo que podríamos denominar como una "cultura tradicional del vino" relacionada con la producción, elaboración y consumo de este producto, con una gran influencia sobre costumbres sociales, gastronómicas y festivas. La presencia del vino (y por extensión del alcohol) es muy relevante en la vida de los/as españoles/as. España comparte éste factor con algunos países de la Cuenca Mediterránea.

- **España mantiene una posición geoestratégica en la ruta del narcotráfico.**

  Su posición geográfica y su influencia cultural han situado a España en un lugar estratégico respecto al tráfico internacional de drogas, particularmente de cannabis desde Marruecos (a través de la Ruta del Estrecho y del Mediterráneo) y de cocaína desde países como Colombia o Perú. En cuanto a la marihuana, España no formaba parte de las zonas de origen o de tránsito en Europa, pero cada vez hay más evidencia de la profesionalización del cultivo y tráfico de marihuana en España, no sólo para el consumo local sino también para la exportación ENSD (2018).

- **La estructura del consumo y de las adicciones en España tiene características propias.**

  En lo que se refiere al consumo de drogas, tal y como se ha recogido en el apartado correspondiente, España destaca en el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína, pero las sustancias en las que está a la cabeza del consumo mundial (y sigue creciendo) son los ansiolíticos. Las adicciones comportamentales y relacionales necesitan ser estudiadas con mayor profundidad, pero todo parece indicar que también ocupan un puesto destacado.

- **Carencias crónicas del sistema de atención.**

  Con carencias del sistema nos referimos a la prevención de trastornos psicosociales infanto-juveniles (no solo adicciones) y a la escasez de alternativas psicológicas y psicoterapéuticas en el tratamiento de la ansiedad y de otros trastornos de salud mental, más allá de las alternativas farmacológicas. El propio sistema sanitario reconoce que la ansiedad es el trastorno más frecuente de salud mental en España ENS (2017) y que no ha dejado de aumentar, pasando de 82,50 dosis diarias de ansiolíticos por cada mil habitantes a 93,04 en los últimos diez años según la JIFE (2021).

Hasta aquí se trata de datos conocidos y recogidos en informes oficiales sobre adicciones y salud mental. Ahora se trata de introducir algunas claves que permitan relacionarlos o establecer hipótesis interpretativas de los mismos.

5.3. La hipótesis ansiolítica.

Cuando los/as consumidores/as de las drogas más frecuentes en nuestro país emplean expresiones tales como fumarse un cigarro, tomarse una copa o hacerse un porro para relajarse o desconectar, están haciendo alusión a la búsqueda de un efecto relajante, tranquilizante o ansiolítico, independientemente de que la composición química de la sustancia los favorezca más o menos.

Si al elevado consumo de alcohol, tabaco y cannabis le sumamos que estamos en los puestos de cabeza mundiales del consumo de benzodiacepinas, llegamos a la conclusión de que el consumo de drogas en España tiene un marcado carácter ansiolítico, en el sentido de que uno de los efectos más buscados con todas ellas es el de reducir o eliminar los síntomas de la ansiedad.

Esta tendencia es congruente con un rasgo de la sociedad española denominado aversión a la incertidumbre que, según el psicólogo social Hofstede G. es la dimensión cultural en la que más destaca la sociedad española en un estudio llevado a cabo sobre la cultura de 50 países diferentes Hofstede, G. (1999).[5]

La aversión a la incertidumbre mide la manera en que una sociedad aborda las situaciones desconocidas, los acontecimientos inesperados y la tensión del cambio. Se podría describir como una forma de experimentar rechazo por las situaciones nuevas o inesperadas, considerar peligroso arriesgarse y percibir la incertidumbre como una amenaza. Es decir, que la incertidumbre produce ansiedad, ya que lo que caracteriza a la ansiedad es que se experimenta ante una amenaza y no ante un peligro como ocurre con el miedo. Vivir con ansiedad es como vivir bajo amenaza.

Parece lógico pensar que una época de fuertes cambios sociales y económicos como los que atravesamos desde hace años pueda producir incertidumbre, que esa incertidumbre sea vivida con ansiedad por una parte de una sociedad caracterizada por su intolerancia a la misma, y que ese incremento de la ansiedad pueda intentar mitigarse mediante medicación ansiolítica y un uso ansiolítico de drogas y adicciones.

Domingo Comas fue quien primero advirtió este fenómeno en su ponencia titulada "Una propuesta de futuro para la acción preventiva" en el Symposium "Repensando la prevención" organizado en Bilbao por el Instituto Deusto de Drogodependencias en 2017, pero en su caso lo relacionó con la búsqueda de seguridad Comas, D. (2018). Nosotros creemos que la hipótesis ansiolítica describe mejor el fenómeno, ya que los ansiolíticos reducen temporalmente la ansiedad (que es el efecto buscado), pero no ofrecen seguridad. Decimos que la reducen temporalmente porque los ansiolíticos no curan por si solos la ansiedad y a la larga pueden empeorarla porque producen tolerancia y dependencia como el resto de las drogas.

La mala gestión de la ansiedad guarda relación con factores culturales, pero también con la forma de abordarla por parte del sistema de salud mental y del sistema educativo, que no facilitan la adquisición de habilidades socioemocionales y de afrontamiento.

5 Para su estudio, Hofstede toma como referencia seis dimensiones: Distancia al poder, individualismo/colectivismo, aversión/tolerancia a la incertidumbre, masculinidad/feminidad, orientación a corto/largo plazo y optimismo/pesimismo.

Otro elemento que se puede introducir en el análisis de los factores de riesgo psicosociales de nuestro país es el retraso de la edad de emancipación de los/as jóvenes españoles/as. En España los/as jóvenes no se emancipan hasta los treinta años de media y lo hacen varios años más tarde que en la U.E.

A pesar de la falta de estudios empíricos que relacionen directamente los riesgos psicosociales y de salud mental (incluido el consumo excesivo o las conductas adictivas), con el retraso de la edad de emancipación, existen muchas fuentes indirectas y autores/as que abogan por esa idea. El Barómetro Juvenil Salud y Bienestar de la FAD (2022) ha publicado un estudio sobre juventud y salud mental muy ilustrativo al respecto. En cuanto a la opinión de los/las profesionales que trabajan con jóvenes en terapia de familia, hay una gran tradición de los/las autores/as que avalan la tesis de que las adicciones y otros trastornos juveniles se pueden interpretar como un fracaso de la emancipación (autonomía) juvenil entre los que se encuentran autores como Haley, H., Stanton, M.D., Todd, T., Fishman, H., Minuchin, S., Cancrini, L., Coletti, M., Cirilo. E. y un largo etcétera.

Además de los factores estructurales que determinan este retraso como las dificultades para acceder al mercado laboral, a la vivienda, a determinados niveles de formación, así como la falta de ayudas específicas para la emancipación, existe un factor cultural que el profesor Gil Calvo (2014) ha denominado "el síndrome juvenil de dependencia familiar", que contribuye a la emancipación tardía de los/las jóvenes mediterráneos respecto a los del centro o el norte de Europa.

España, Italia, Portugal, Malta, Grecia o Croacia, comparten un modelo (familista) caracterizado por fuertes vínculos familiares a nivel afectivo, cultural y económico, y por bajas tasas de emancipación temprana.

Gil Calvo ve algunas ventajas en el modelo, como el papel que jugó amortiguando los efectos de la crisis de 2008, pero también algunos riesgos relacionados con aspectos económicos, laborales, psicosociales y de aprendizaje de las habilidades básicas para vivir de forma independiente.

También es posible que exista conexión entre la aversión a la incertidumbre y el síndrome de dependencia familiar, en el sentido de que las familias que lo padecen vivan con gran temor el periodo evolutivo de separación/desvinculación y sientan la necesidad de asegurar el futuro de los/as hijos/as (con un trabajo fijo y una casa en propiedad).

Si las principales hipótesis aquí descritas se confirmaran empíricamente mediante estudios, tendrían la ventaja de ofrecer una guía para el diseño de macro/políticas preventivas. Unas políticas que irían dirigidas a las causas y no solo a las consecuencias de las adicciones.

Nos referimos a las medidas estructurales destinadas a facilitar la emancipación de los/as jóvenes como becas, medidas de fomento de empleo, de acceso a la vivienda, de ayuda a la emancipación, etc.; pero también a las que contribuyan a reducir el síndrome juvenil de dependencia familiar (Erasmus, campamentos solidarios, programas de fomento de la autonomía personal, etc.); así como a las medidas orientadas a reducir la intolerancia a la incertidumbre y a aprender a manejar adecuadamente la ansiedad, mediante la incorporación de programas específicos en atención primaria y en el sistema educativo.

Un afrontamiento más sano y eficaz de la incertidumbre y de la ansiedad no solo redundaría en beneficio de la prevención de adicciones sino también de la salud mental de la población. No se trata de poner en terapia a la población sino de mejorar la alfabetización emocional y las estrategias de afrontamiento del estrés, sin recurrir constantemente a la medicalización de las emociones.

Otro aspecto a considerar desde el ámbito macrosocial es la desigualdad como uno de los principales determinantes sociales de la salud. La desigualdad hace acto de presencia en el análisis global de la situación, mediante elementos tales como un mayor consumo de drogas como el tabaco por parte de sectores socialmente desfavorecidos Ginkes, K., Kunst, A. et al (2007), el distinto grado de acceso a sistemas de salud privados que proporcionan servicios psicológicos y psicoterapéuticos o las diferentes dificultades que deben afrontar las familias para la emancipación de sus hijos/as dependiendo de su situación socioeconómica.

Ideas clave

Los factores de riesgo y de protección están bien establecidos en la literatura científica sobre prevención de drogodependencias, pero hay que introducir algunas modificaciones para incluir la prevención del conjunto de las adicciones.

Conviene prestar atención a dos conjuntos de factores poco explotados en prevención de adicciones: Los relacionados con la red social y con los macrosociales

La hipótesis ansiolítica es una propuesta teórica para interpretar un conjunto de factores macrosociales.

Hacen falta diagnósticos de nivel macrosocial que permitan orientar las políticas preventivas dirigidas a modificar las causas y no solo en las consecuencias de las adicciones.

Para saber más

- Sobre factores de riesgo y de protección se pueden visitar las páginas oficiales sobres adicciones del PNSD y de las diversas CCAA. La Guía sobre prevención basada en la evidencia reúne una buena recopilación.

  http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG_Buenaspracticasprevencion_Murcia.pdf

Capítulo 6

6. Clasificaciones de la prevención

Conocer las clasificaciones de la prevención permite distinguir las combinaciones de riesgo y protección que se presentan en la práctica y seleccionar las estrategias más adecuadas en cada situación.

También ayudan a no perderse en la selva de los lenguajes corporativos de los distintos sectores que intervienen en prevención: salud pública, salud mental, adicciones, violencia, discursos del odio o exclusión social.

El problema es que no existe una clasificación única y definitiva, sino varias, cada una de las cuales tiene con sus ventajas e inconvenientes.

A continuación, se describe lo más claramente posible el estado de la cuestión, teniendo en cuenta que no existe un consenso unánime y que se trata de un tema que sigue en evolución.

En la actualidad existen tres clasificaciones de la prevención:

CAPLAN (1980) Procede del ámbito de la salud mental y divide la prevención en tres niveles: **primaria** (actuar antes de que aparezca la enfermedad), **secundaria** (actuar lo antes posible frente a los primeros síntomas de la enfermedad) y **terciaria** (actuar evitando la duración y los efectos negativos de la enfermedad). Esta definición de los niveles de la prevención está muy extendida en el sistema sanitario, por lo que es frecuente encontrarla en sus manuales y en la práctica cotidiana del sector.

Caplan establece una continuidad entre la prevención y la asistencia que resulta muy útil cuando son los/as mismos/as profesionales y servicios quienes se ocupan de ambas, como ocurre en el sistema sanitario. Pensemos, por ejemplo, en un programa de seguimiento infantil en el que el/la pediatra se encarga de dar consejos sobre promoción de salud a los padres y madres, recomienda determinadas medidas preventivas y actúa terapéuticamente cuando el/la niño/a enferma. También se encarga de la derivación a los servicios especializados cuando es necesario y lleva a cabo el seguimiento.

En adicciones, los profesionales que se ocupan de la prevención y de la asistencia son diferentes, y existe un límite muy claro entre ambas actividades marcado por el

diagnóstico clínico. Cuando hay un diagnóstico clínico positivo el caso deja de ser de prevención pasa a ser objeto de asistencia.

GORDON, R. S. (1987). La prevención de adicciones se divide también en tres niveles en función de los individuos y poblaciones a los que se dirigen y del grado de riesgo que soportan Se denominan prevención **universal** (se dirige a toda la población y está orientada fundamentalmente hacia la salud positiva) , **selectiva** (cuando se dirige a grupos de personas seleccionados (subgrupos) porque comparten determinados factores de riesgo diferentes a la población genera) **e indicada** (cuando se dirige a individuos concretos con nombres y apellidos que padecen una serie de riesgos relacionados con las adicciones.)

Una ventaja de la clasificación de Gordon es que mantiene los tres niveles dentro del campo de la prevención, sin traspasar el límite de la clínica.

FOXCROFT, D. R. (2014). En ella se da cabida a diversas modalidades de intervención que tienen difícil encaje en las otras clasificaciones, como la **ambiental, la comunitaria** o la que se lleva a cabo a través de los **medios de comunicación.**

La nueva taxonomía combina las categorías de prevención ambiental, de desarrollo (los programas psicosociales de habilidades y competencias) e informativas, con los niveles de la prevención universal, selectiva e indicada, dando lugar a un cuadro de doble entrada que amplía el marco de las actuaciones en prevención.

Tomado de David R. Foxcroft. "La forma siempre sigue a la función. Esta es la ley. Una taxonomía de la prevención basada en una tipología funcional" ADICCIONES, 2014 · VOL. 26 NÚM. 1 · PÁGS. 10-14

	Universal	Selectiva	Indicada
Ambiental	Impuestos y políticas de precios para el alcohol.	Reducir los puntos de venta de alcohol en vecindarios de alto riesgo.	Legislación para evitar que población problemática tenga acceso a locales de venta de alcohol.
De Desarrollo	Programas de habilidades sociales y para la vida que proporcionen a la población joven herramientas para hacer frente a influencias sociales.	Programas para familias y padres en las zonas más deprimidas de la región o el país.	Programas de asesoramiento individualizado para adolescentes masculinos con problemas de control de impulsos **o autocontrol**?
Informativo	Campañas en medios para aumentar la conciencia sobre los peligros del alcohol.	Intervenciones informativas dirigidas a la población joven masculina en vecindarios marginales con una tasa alta de criminalidad.	Intervenciones normativas a individuos que sean adictos al alcohol.

Adaptado y traducido por Mª del Carmen Medina Rivera

Desde este nuevo punto de vista se podrían adoptar, por ejemplo, medidas de prevención ambiental y selectiva o de prevención informativa e indicada simultáneamente.

De entre todas las clasificaciones señaladas la clasificación de GORDON es la que más se emplea en la actualidad en adicciones, motivo por el cual vamos a desarrollarla a continuación.

6.1. Los niveles de la prevención de Gordon.

6.1.1. La prevención universal

La prevención universal se aplica a toda la población o a una parte de la misma con igual nivel de riesgo teórico, por ejemplo, todos/as los/as niños/as escolarizados/as de un determinado ciclo escolar.

Ha sido el nivel que más se ha impulsado durante la primera etapa del Plan Nacional sobre Drogas.

Los contenidos de sus programas están adaptados a las edades de los sujetos, manteniendo un enfoque de salud positiva con la población de menor edad e introduciendo conceptos relacionados con las drogas y las adicciones conforme avanza en edad de los/as destinatarios/as.

Existen programas universales a disposición de los/as técnicos/as y agentes de prevención. Sólo hay que consultar las páginas web de las principales ONG especializadas del sector, las de las CCAA o la de la FEMP. El propio PNSD ha creado un portal dedicado específicamente a las buenas prácticas en reducción de la demanda de drogas y otras adicciones denominado Portal BBPP Adicciones que quiere servir de referencia dentro del sector.

Teóricamente la prevención universal se puede promover desde diferentes sectores como el sanitario, el educativo, el deporte, la cultura o las actividades juveniles.

Hasta ahora el sistema educativo es quien más ha desarrollado los programas de prevención universal, aunque aún se encuentre lejos de conseguir que se apliquen en todas las aulas del país.

El otro sistema que puede contribuir a la cobertura universal de la prevención es el sanitario. A tal efecto tendría que intensificar sus programas de salud infantil (PSI) y prolongarlos hasta la adolescencia, como propone la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA). También podría contribuir implantando un sistema de detección precoz como el modelo SBIRT.

Respecto a las medidas de prevención universal que se pueden implementar desde sectores como los servicios sociales, la policía local, las fiestas locales, juventud,

cultura o urbanismo, las corporaciones locales son las que tienen la última palabra, ya que se trata de materias de su competencia.

Otra manera que tienen de contribuir los municipios a la prevención universal es creando consensos ciudadanos en torno a la promoción de la salud, impulsando así la llamada "*lucha política por la salud*", que promueve la OMS.

La mayor fortaleza de la prevención universal consiste en la capacidad de integrar sus contenidos progresivamente a lo largo del ciclo vital de la familia y del currículo escolar obligatorio a través de los sistemas universales de educación y salud.

Su mayor debilidad actual es su desigual cobertura. Por su propia naturaleza, la prevención universal debería aplicarse como una vacuna y las vacunas solo son plenamente efectivas cuando se aplican a toda la población o a un porcentaje tan alto de la misma que permiten alcanzar el efecto de "*inmunidad de grupo*"[6].

Esta falta de cobertura universal remite a la necesidad de una política de Estado que la haga efectiva, convirtiéndola en un derecho. Ahora bien, para alcanzar ese objetivo sería necesario que los diversos sectores implicados en la prevención se pusieran de acuerdo sobre lo que podríamos denominar como una Prevención General Básica (PGB), que abarcara la prevención de adicciones y de otros trastornos psicosociales.

Dicha PGB tendría que basarse en las habilidades para la vida, fomentar la autonomía, la empatía, la gestión del placer, la educación emocional, las relaciones igualitarias (no dependientes) y una autoestima ligada a la conducta ética a través de la educación en valores.

Esta combinación de elementos sería eficaz para la prevención de adicciones, de diversos trastornos psicosociales, de salud mental y de problemas relacionados con la violencia, los discursos del odio y el acoso como el bullying.

6 La vacunación actúa como una especie de cortafuegospara la diseminación de la enfermedad, ralentizando o evitando la transmisión de la enfermedad a otros individuos. Los individuos no vacunados quedan protegidos de manera indirecta por los individuos vacunados, ya que estos últimos no contraerán la enfermedad de individuos infectados ni la transmitirán a los susceptibles. Este método ofrece un nivel de protección a un subgrupo vulnerable y no vacunado, pero el número de vacunados tiene que ser muy alto.

6.1.2. La prevención selectiva

La prevención selectiva se puede definir como una estrategia que se dirige a sectores de población o a grupos que comparten cierto nivel de riesgo por encima de la media poblacional. O sea, se dirige a grupos que son seleccionados por pertenecer a categorías tales como residir en un barrio con alta incidencia de tráfico y consumo de drogas, ser hijo/a de personas adictas, estar en situación de desescolarización o pertenecer a grupos étnicos en situación de vulnerabilidad. Las personas así seleccionadas no tienen por qué padecer riesgos individualmente.

Las últimas ediciones de las estrategias nacionales y autonómicas de adicciones han puesto de manifiesto la necesidad de desarrollar programas dirigidos a jóvenes y adolescentes que padecen más riesgos que la mayoría de la población, a través de programas de prevención selectiva e indicada.

En lo que se refiere a sus contenidos, los programas están inspirados por los mismos principios que los de prevención universal, pero al dirigirse a personas con más riesgos que la media de la población, están adaptados a sus características específicas, empleando medidas de tipo compensatorio y no solo promocionales.

Entre sus fortalezas hay que destacar su capacidad de especialización en diversas problemáticas. Así, junto a programas centrados en el cannabis o en el juego con apuestas como los que ya hemos mencionado, se pueden desarrollar otros focalizados en el móvil, los videojuegos o en la dependencia emocional. También podrían diseñarse pensando en familias que manifiestan dificultades en la emancipación de los/as hijos/as o en diversas combinaciones de rasgos (trastornos) de personalidad y de conductas de riesgo.

La investigación social con enfoque selectivo puede servir de base a una verdadera política de salud pública preventiva, en el sentido de ser capaz de identificar espacios geográficos, sectores poblacionales y combinaciones de riesgos sobre los que resulta prioritario actuar preventivamente en adicciones.

Como debilidades hay que mencionar la falta de variedad de enfoques y de ámbitos en los que se desempeñan los programas actualmente; así como las dificultades de implementación que presentan cuando se dirigen a determinados grupos vulnerables (en situaciones poco institucionalizadas).

Con la falta de variedad de enfoques nos referimos fundamentalmente a las modalidades ambiental y comunitaria, poco presentes en la prevención selectiva, ya que la mayoría de los programas actuales se circunscriben al enfoque psicosocial

basado en competencias y habilidades individuales; y con ámbitos de actuación, nos referimos a otros que no sean la escuela, como salud, juventud o servicios sociales. Con las dificultades de implementación nos referimos a las dificultades derivadas de la adaptación al contexto.

La modalidad de programa más extendida actualmente consiste en un taller grupal dirigido a adolescentes y jóvenes en el medio escolar, basado en habilidades y competencias y con un formato muy cerrado en cuanto a contenidos, procedimientos, número de sesiones, etc. Tiene la ventaja de ser un producto muy definido y estructurado y el inconveniente de no ser muy adaptable a todos los contextos escolares (dependiendo de su grado de exigencia) y a poblaciones no escolares en contextos poco estructurados. Estos programas se han identificado de tal modo con la estrategia selectiva, que cuando se habla de programas de prevención selectiva se piensa solo en ellos.

Para superar ese enfoque unidimensional habría que incorporar estrategias ambientales basadas en la modificación de los elementos del contexto que ejercen una influencia significativa sobre los riesgos que comparten los grupos de población seleccionados (por ejemplo, relacionados con los puntos de venta de alcohol a menores, con el espacio urbano de reunión y consumo, con la participación en determinados tipos de fiestas, etc.) y estrategias comunitarias basadas en la participación directa de los propios/as interesados/as, por ejemplo, mediante estrategias de prevención entre iguales o a través de mediadores en contextos de riesgo.

En cuanto a la diversificación de ámbitos y sectores, la prevención selectiva puede formar parte de otros programas que se organizan desde servicios sociales o salud mental, también puede formar parte de programas de prevención entre iguales, que incluyan la prevención de adicciones dentro de otros problemas de salud adolescente y finalmente también puede ocupar un lugar más o menos destacado en los programas de escuelas de familias dirigidos a aquellas con un riesgo superior a la media.

La prevención selectiva debería contemplar cualquier medida o conjunto de medidas que, dirigidas a reducir los riesgos que comparte un grupo de personas en un grado superior a la media de la población de referencia, demuestre su eficacia y su eficiencia. Probablemente, en el futuro, veremos aumentar la diversidad de medidas aplicadas a diversos ámbitos y contextos.

En cuanto a las dificultades de implementación, los programas de prevención selectiva deberían prestar mayor atención a las variables de contexto y a los procedimientos de selección, reclutamiento y retención de los/las beneficiarios/as como veremos un poco más adelante.

6.1.3. La prevención indicada, la detección y la atención precoz

La prevención indicada se puede definir como aquella que se dirige individualizadamente a personas (jóvenes y menores en nuestro caso) con riesgos asociados al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos que no presentan un diagnóstico de adicción, para frenar el progreso de dichos comportamientos de riesgo (o hacerlos remitir), aumentar la consciencia del problema y motivar para el cambio.

Constituye la estrategia complementaría de la prevención selectiva que, como se ha dicho, se dirige a personas que participan de una serie de factores de riesgo "sin que tengan porqué sufrirlos individualmente".

Los principios básicos de sus contenidos son los mismos que los de la prevención universal y selectiva, pero adaptados a las necesidades y riesgos particulares de cada persona.

En la definición original de Gordon, la prevención indicada se dirigía a personas con un alto nivel de riesgo, pero en la actualidad consideramos más práctico incluir a personas con diversos niveles de riesgo. La ventaja de hacerlo de esta manera es que aumenta considerablemente las posibilidades de intervención, que pueden ir desde un consejo oportuno en un momento determinado hasta intervenciones más profundas y prolongadas en el tiempo. Además, considerar exclusivamente los casos graves presenta diversos inconvenientes:

a. Solo se puede intervenir a través de tratamientos prolongados, costosos e intensivos;
b. No queda claro cómo actuar con las personas detectadas individualmente con riesgo leve o moderado;
c. Una definición demasiado patológica y un protocolo demasiado exigente pueden provocar la inhibición de los/as agentes encargados de la detección;
d. Cuando las personas requieren programas terapéuticos prolongados e intensivos, es muy probable que sean acreedoras (ellas y/o sus familias) de un diagnóstico psicosocial o de salud mental, aunque no reúnan los criterios de trastorno por consumo de sustancias o adicción

Lo ideal es que los riesgos se puedan clasificar con arreglo a una escala suficientemente precisa y que se disponga de productos preventivos adaptados a cada nivel de riesgo, lo que permite afinar las indicaciones preventivas para cada caso.

En cuanto a los programas de detección y atención precoz, pueden considerarse como una modalidad de la prevención indicada en tanto que detectan e intervienen

individualizadamente. No obstante, conviene cerciorase de que se trata efectivamente de programas preventivos, ya que con ese mismo nombre pueden desarrollarse desde el ámbito clínico, dando lugar a confusión. La diferencia fundamental es que, para la prevención, el objetivo es detectar "riesgos" que están por debajo del umbral de la enfermedad, mientras que para la asistencia el objetivo es detectar los "primeros estadios de la enfermedad".

La prevención indicada en su forma más básica, la que podríamos llamar intervención mínima o primeros auxilios preventivos, consiste en observar, interesarse, escuchar activamente, ofrecer un consejo o una recomendación y, lo que es más importante, estar disponible. (FUNES, J. 2010). Es el nivel que practican diariamente padres, madres y profesionales en contacto con adolescentes, pero también es el menos desarrollado de un modo sistemático. En el extremo opuesto se encuentran los programas intensivos y prolongados y la derivación a los servicios especializados. En medio de todo ello están los itinerarios personalizados de prevención que deberían ser el eje de la intervención en prevención indicada.

Como **fortaleza** de esta modalidad de prevención hay que señalar la variedad de formas posibles de intervención, que permiten adaptarse a las necesidades de cada situación:

- Un consejo oportuno en un momento adecuado.
- Una conversación más o menos informal.
- Facilitar información (de palabra o mediante algún tipo de soporte).
- Dar un toque de atención a la persona y a los padres y madres.
- Realizar una intervención breve o una entrevista motivacional.
- Iniciar o retomar un itinerario personalizado de prevención (IPP) de medio o largo plazo en el que pueden intervenir o no otros servicios (orientación escolar, servicios sociales, etc.).
- Ofrecer la posibilidad de participar en determinadas actividades o programas grupales.
- Derivación/acompañamiento a un servicio especializado de adicciones.

Como **debilidades** de esta modalidad de intervención hay que señalar su desconocimiento por parte de muchos/as profesionales y las dificultades de coordinación que plantea, ya que los problemas a los que se dirige pueden encontrase en la intersección de varios sistemas de atención (salud mental, servicios sociales, adicciones…). Hay que tener en cuenta que los problemas que experimentan los/as adolescentes no se someten a las fronteras administrativas de los servicios públicos, ni a las corporativas de las especialidades profesionales, por lo que a veces se quedan

en "terreno de nadie" o tienen que ser atendidos conjuntamente por varios de ellos o acaban en un servicio privado que se adapta mejor a sus necesidades.

Su metodología puede ofrecer importantes variaciones. Cuando la prevención está integrada en la actividad habitual suele denominarse oportunista y su metodología consiste en la observación de los factores de riesgo y protección y en una intervención conversacional sobre dichos factores. Cuando está estructurada mediante pruebas de cribado seguidas de un menú de actuaciones asociadas a los resultados de las pruebas, suele designarse como detección y atención precoz (aunque la observación y la intervención oportunista también son intervenciones precoces).

Ideas clave:

Existen tres clasificaciones de la prevención: La de Caplan, que pertenece al ámbito sanitario, la de Gordon, que es la que se aplica en adicciones y la de Foxcoft, que puede representar una oportunidad para el futuro porque combina modalidades de intervención con niveles de prevención.

Las principales fortalezas y debilidades de los niveles de prevención de Gordon son las siguientes:

> **Prevención universal:**

Fortaleza: Capacidad para adaptarse al ciclo evolutivo escolar y familiar.

Debilidad: Actualmente su falta de cobertura universal.

> **Prevención selectiva:**

Fortaleza: Gran capacidad de especialización.

Debilidad: Actualmente falta de variedad de enfoques y de ámbitos de actuación.

> **Prevención indicada:**

Fortaleza: Variedad de formas posibles de intervención

Debilidad: Poco conocida por los/as profesionales y una gran necesidad de coordinación intersectorial debido a que su objeto de intervención se encuentra en la intersección de varios sistemas de atención

Para saber más

- Sobre programas de prevención universal en el Portal de Buenas Practicas del PNSD.

  http://www.buenaspracticasadicciones.es/

- Sobre prevención universal en el sistema sanitario consular Programa de Salud infantil y del adolescente de Andalucía (PSIA-A).

  https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/e84541cc-306c-4f01-8d68-19aadc05fc57

- Página de la Asociación Española de Medicina de la Adolescencia.

  https://www.adolescenciasema.org/

- Página de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria AEPap.

  https://www.aepap.org/biblioteca/libros/programa-de-salud-infantil

- Presentación sobre el programa SBIRT de la Dra. Maristela Monteiro asesora de la OPS:

  https://es.slideshare.net/OPSColombia/modelo-de-atencin-integrada-basada -en-la-atencin-primaria

Capítulo 7

7. La prevención aplicada

7.1. El punto de vista de la práctica.

A continuación, veremos cómo se traducen en la práctica los diversos niveles y modalidades de prevención y qué usos hacen de ellos los/as profesionales de la prevención.

Lo ideal sería disponer de un catálogo de recursos preventivos ordenados por niveles, por modalidades y por ámbitos de intervención con un grado de evidencia científica suficiente.

También sería deseable que dichos recursos estuviesen suficientemente experimentados en situaciones reales, de forma que se pudieran adaptar a las condiciones del entorno contando con la experiencia y profesionalidad de los/as técnicos/as.

Desgraciadamente, en la actualidad no existe un catálogo con tales características (vademécum), en todo caso se podría decir que está en construcción.

Así, pues, a la espera de una ordenación más completa y definitiva, vamos presentar una clasificación provisional, un inventario, del conjunto de los recursos preventivos disponibles desde el punto de vista de las necesidades de los/as profesionales.

Lo que en estos momentos necesitan los/las profesionales sobre el terreno son dos cosas: a) instrumentos para valorar las diversas situaciones que se presentan y b) recursos para intervenir adecuadamente sobre cada una de ellas.

En este apartado vamos a dividir los recursos preventivos en dos bloques, los relacionados con la promoción y la prevención universal y los relacionados con la prevención de riesgo. En el siguiente, el 7.2, nos detendremos en cada uno de ellos.

7.1.1. Recursos relacionados con la promoción de salud y la prevención universal

Como se ha dicho, estos recursos se aplican con un criterio de prevención primaria o promocional, lo que quiere decir que no parten de una situación de riesgo por encima de la media poblacional, sino que tienen por objetivo promover la salud general.

La perspectiva del/la TLP

La función de los/as TLP es promover que estos recursos se apliquen al conjunto de la población a la que va dirigida, en todos los sectores donde esté recomendada y sea factible hacerlo.

En ocasiones se trata de programas muy estructurados y adaptados al medio donde deben desarrollarse, como es el caso de los programas escolares, en otros casos, se trata de adaptaciones de programas ya existentes a nuevos contextos, por ejemplo, a las escuelas deportivas municipales, y en otros casos, básicamente de metodologías de intervención que hay que aplicar adaptándolas a cada contexto como ocurre con los planes locales de prevención o las metodologías de intervención comunitaria.

El grado y el modo de implicación del/la TLP varía dependiendo de a qué sistema le corresponde la iniciativa preventiva (escolar, por ejemplo) y a qué sistema pertenece el/la propio/a TLP (ayuntamiento o servicio comarcal de adicciones, por ejemplo).

Cuando la iniciativa pertenece al ayuntamiento y el/la TLP forma parte de su plantilla, sus competencias son más directas que en el resto de los casos, correspondiéndoles funciones de promoción, planificación, coordinación y gestión, mientras que cuando la responsabilidad corresponde a otros sistemas, sus funciones consisten básicamente en ofrecer información, formación y asistencia técnica a los referentes de dichos sistemas y recursos. En esos casos se comportan como los biocatalizadores biológicos que animan, modulan o inhiben las respuestas de otros órganos o sistemas.

También forma parte de su modo de intervención lo que podríamos denominar como "análisis de la demanda preventiva" y la aportación de propuestas alternativas. Lo decimos porque, en ocasiones, puede implicar la modificación de una demanda inicial de prevención selectiva por otra universal o viceversa.

Además de recursos preventivos adaptados a los diversos ámbitos (más allá del escolar), los/as TLP necesitan disponer de herramientas que faciliten la evaluación del contexto o el recurso donde se va a desarrollar la actividad preventiva. Puede tratarse de un sencillo cuestionario a cumplimentar con los/as responsables y profesionales del recurso o de un procedimiento más sofisticado como un diagnóstico local.

Hay que señalar que la falta de herramientas de este tipo implica un déficit técnico importante para la prevención aplicada. Si dispusiéramos del catálogo completo al que se ha hecho referencia, cada recurso preventivo de intervención iría acompañado

de su correspondiente herramienta de diagnóstico o valoración de la situación sobre la que interviene.

Clasificación

- Existen metodologías de intervención suficientemente consolidadas para diseñar planes locales de salud, planes municipales de adicciones y planes locales de prevención a disposición de los/as TLP interesados/as. En teoría la metodología del primero debería incluir a los otros dos, por ser el más amplio, pero en la práctica los planes de salud y los de adicciones pueden presentarse por separado (con agendas diferentes dependiendo del sistema al que pertenezca cada uno) y tienen que ser los/las profesionales locales los que se pongan de acuerdo para coordinarse y sumar fuerzas sobre el terreno.
- Existen estrategias ambientales dirigidas a la remodelación de espacios y contextos que pueden formar parte de un plan sobre adicciones o no. Estas medidas se han aplicado con éxito mediante la promulgación de normas y leyes, en contextos de ocio y fiesta, y en el diseño de espacios urbanos. Se trata de un campo muy prometedor que vincula la prevención con la legislación y con el urbanismo. Pueden aplicarse a diversa escala, desde el nivel nacional hasta el local. Dentro de las estrategias dirigidas a intervenir sobre el contexto hay que incluir las de prevención comunitaria centradas en el territorio y la comunidad.
- Existen estrategias de abordaje integral de los recursos donde se desarrollan los programas. Por ejemplo, las escuelas promotoras de salud dirigen sus actividades al conjunto de la institución integrada por alumnos/as, profesores/as, dirección, personal no docente, familias, instalaciones, relaciones del centro con el entorno comunitario, etc., no centrándose exclusivamente en el currículo. En teoría, este enfoque es aplicable a otros recursos como un centro de salud, una escuela deportiva municipal o una casa de juventud. Los/as TLP pueden aplicarlo directamente en recursos municipales y colaborar en su implantación en recursos dependientes de otras administraciones.

- Los programas que constituyen el grueso de la prevención universal hoy por hoy, son programas de prevención universal que se desarrollan en el medio educativo a lo largo de todo el ciclo escolar obligatorio inspirados en la promoción de la salud y las habilidades para la vida.

- Las escuelas de familia.

- Otras medidas universales que se adaptan al ciclo vital, aunque peor conocidas y menos desarrolladas, son las incluidas en los programas de seguimiento infantil y adolescente de pediatría (PSI). Si estos programas se aplicaran adecuadamente a toda la población infantil y adolescente constituirían un importante pilar de la prevención y de la detección precoz de adicciones y de otros trastornos infanto/juveniles.

- Existen otros ámbitos para la aplicación de la prevención universal tales como la educación física y el deporte, los campamentos de verano, las casas de juventud, los programas de formación profesional ocupacional, los contextos de ocio y fiesta, el sector de la hostelería, la calle, etc., pero hay que reconocer que existen menos recursos homologados dirigidos a ellos, por lo que hay que hacer un mayor esfuerzo por localizar buenas prácticas en esas materias o por adaptar las que proceden de otros ámbitos.

De todos los recursos mencionados los más difundidos son los programas de prevención universal en el medio escolar, hasta el punto de que, con frecuencia, cuando se habla de prevención universal se piensa exclusivamente en ellos.

7.1.2. Recursos para prevención de riesgos.

La otra posibilidad es que los riesgos a prevenir estén por encima de la media poblacional, para lo cual existen otro tipo de medidas y de programas.

Tradicionalmente este tipo de recursos se clasifican como de prevención selectiva y de prevención indicada, pero tales conceptos no siempre se ajustan a las necesidades de la práctica preventiva. Por ejemplo, un programa grupal de habilidades socioemocionales puede ser eficaz para personas que hayan sido seleccionadas mediante procedimientos selectivos o indicados, lo importante es que se ajusten a los objetivos y especificaciones del programa

La función de los/as TLP es acercar estos recursos preventivos específicos a las necesidades del medio, prestando asistencia técnica a los profesionales en contacto con la población diana.

En ese sentido, dos criterios relevantes son si se interviene "a demanda" o de forma programada y si se trata de demandas de atención individual o grupal.

Clasificación

- Una posibilidad es que el recurso o programa venga dado, no por una demanda específica del medio, sino por una programación general superior. Por ejemplo, un programa de refuerzo para todos los cursos de transición entre Primaria y la ESO o dirigido a los cursos de FPB, porque se ha detectado un aumento de riesgos en ellos. La medida también podría consistir en la aplicación de un procedimiento de detección precoz dirigido a niños y niñas que cumplen 14 años, porque es la edad media de inicio de muchas sustancias y conductas.

En estos casos, el/a profesional del recurso puede solicitar la colaboración del/ la TLP para la implementación de dicho programa o medida,

- Otra posibilidad es que los riesgos sean percibidos por el/la profesional del recurso y solicite la colaboración del/la técnico/a local de prevención (TLP) para su evaluación e intervención.

En ese caso, los riesgos pueden presentarse de forma individual o colectiva y, a su vez, adoptar diversas modalidades:

Cuando los riesgos se presentan de forma individual, pueden hacerlo de diversas maneras, pero existen recursos específicos para su detección e intervención como veremos más adelante.

Cuando los riesgos se localizan en un grupo pueden darse varias circunstancias. Las más frecuentes son las siguientes:

- Los riegos se localizan en un grupo "natural" como una clase. En ese caso, tras evaluar conjuntamente la situación (profesional y TLP), tendrían que buscar el programa o la medida que mejor se adapta a la situación y que más garantías ofrezca. Con frecuencia se tratará de un programa psicosocial grupal de prevención de riesgos, ya que son los más disponibles, pero también cabría la posibilidad de valorar otras estrategias ambientales, comunitarias o sistémicas, bien como alternativas o bien como complementos. Conviene no olvidar que la mejor opción siempre son los programas multicomponentes, por los que el/la TLP debería optar siempre que sea posible.

- Los riegos se localizan en un colectivo que constituye un grupo informal, como, por ejemplo: "*los que salen a fumar al patio*" o "*el grupo de la placita (consumidores de cannabis y litronas*)" para los que no siempre existen programas homologados. En estos casos hay que decidir la estrategia de abordaje y adaptar los contenidos del programa a las circunstancias. Pero que no existan programas prediseñados para cada situación, no quiere decir que no existan metodologías contrastadas y contenidos con un alto grado de consenso. Hay un buen número de experiencias recogidas en los sucesivos catálogos de buenas prácticas (seis en la actualidad) de la FEMP en su página web (https://drogodependencias.femp.es/documentos) que pueden amoldarse a muchos casos concretos. Por otra parte, los servicios sociales tienen una larga experiencia en la intervención con grupos vulnerables, por lo que es recomendable consultar también sus bases de datos y no solo las de adicciones SIIS (Mayo 2017).
- El grupo objeto de la intervención está compuesto por adultos que generalmente son familiares de niños/as y/o jóvenes que a su vez son objeto de un programa de prevención de riesgos. Con mucha frecuencia los programas de prevención de

riesgos contemplan medidas dirigidas a los padres y madres de los/las jóvenes de un programa, porque su participación se considera una medida fundamental para el éxito del mismo. En estos casos, la dificultad no estriba tanto en los contenidos, ya que existen materiales de gran calidad dirigidos a la prevención de riesgos con familiares, sino en la implementación de los programas. Nos referimos a los procedimientos de selección, reclutamiento y el mantenimiento en los programas.

Los/as TLP deben insistir en que las intervenciones psicosociales, pueden complementarse con otras medidas de carácter ambiental y comunitarias para reforzar su eficacia y también en que las diversas modalidades y niveles de intervención no son alternativas entre sí, sino complementarias.

En un contexto donde las medidas universales se aplican con carácter general, los programas preventivos de riesgo se desarrollan tanto de forma programada como a demanda y de forma individual como grupal, cada medida desarrolla su máximo potencial y se ve reforzada por las demás. En cambio, cuando las medidas se aplican aisladamente y fuera del contexto, es muy difícil valorarlas.

7.2. Inventario de recursos preventivos:

Este inventario de recursos presenta el aspecto de "un cajón de sastre", porque mezcla recursos de diversa índole (estrategias, metodologías de intervención, programas, procedimientos y herramientas), pero es la fórmula a la que nos ha conducido el criterio de ordenar los recursos en función de las necesidades preventivas tal y como se presentan en la práctica. Un/a TLP tiene que saber a qué recursos puede recurrir tanto si se le solicita asesoramiento para elaborar un plan municipal de prevención, como si se le pide ayuda para intervenir con un/a adolescente del/ de la que se sospecha que está realizando una conducta de riesgo; tanto si se le pide que elabore un programa con la policía local para intervenir en el botellón, como si lo que se espera de él o de ella es que organice las actividades de "El día mundial sin alcohol" en su localidad.

El resultado no es una clasificación muy ordenada, pero el campo de trabajo que deben abordar los/as técnicos/as locales de prevención tampoco lo es.

Nos detendremos en cada uno los recursos especificando brevemente en qué consisten, su grado de desarrollo actual y qué uso pueden hacer de ellos los/las TLP.

Complementariamente se presentan tres propuestas en forma de apéndices para el desarrollo de tres tipos de recursos preventivos:

Apendice nº 1 Diseño de programas grupales de habilidades y competencias,

Apendice nº 2 Diseño de guías y protocolos de prevención indicada

Apéndice nº 3 Implantación de una estrategia local de prevención indicada

7.2.1. Recursos universales

Con frecuencia la intervención de los/as TLP pasa por diseñar una estrategia de intervención local de mayor o menor calado (barrio, distrito, municipio) o por participar en la que han puesto en marcha otros/as agentes locales. Cuando esas estrategias tienen un contenido fundamentalmente promocional o universal las incluimos en este apartado como metodologías y técnicas de intervención.

7.2.1.1. Programas de promoción y de acción local en salud

Las iniciativas de promoción de salud territoriales pueden ser de muy diversa índole; desde el proyecto que pone en marcha un centro de salud dirigido al barrio donde se ubica, hasta un plan local de salud que abarca a la totalidad del municipio. Todas ellas deben contar con la colaboración del ayuntamiento, de los/as profesionales de prevención y ser consideradas como recursos para la prevención local.

La Red de Ciudades Saludables y la Red Local de Acción en Salud (RELAS) de Andalucía EASP (2017), representan una estrategia de promoción de la salud a nivel local, cuya metodología tiene muchas similitudes con la de los planes locales de prevención de adicciones. A saber: Tienen necesidad de elaborar un diagnóstico de recursos o un mapa de activos; trabajan intersectorialmente y en red (coproducción en salud); potencian la participación, el empoderamiento y la resiliencia y necesitan articular un lenguaje común, todo lo cual debería facilitar la colaboración entre ambos tipos de iniciativas, pero el hecho de que pertenezcan a paradigmas teóricos diferentes y a departamentos también diferentes, puede dificultar las cosas.

Desde un punto de vista teórico, el enfoque de promoción de salud no se organiza en torno al concepto de riesgo como ocurre en adicciones, sino en torno al concepto de **activos para la salud**.

"*Cualquier recurso que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener (y mejorar) la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud*". Morgan, A. & Ziglio, E. (2007).

La promoción de salud representa una estrategia dirigida a modificar las condiciones de vida o los determinantes sociales de la salud.

Por otra parte, los planes locales de salud inspirados en estos principios, deberían dar cabida a los de prevención de adicciones, pero en la práctica muchos planes y programas de adicciones van por delante de los de salud en el territorio.

En ese contexto, lo que deben hacer los/as técnicos/as locales de prevención de adicciones es identificar las iniciativas de promoción de salud que se desarrollan en su territorio para compartir objetivos, desarrollar alianzas y ampliar aliados.

7.2.1.2. Programas de educación para la salud aplicados a las organizaciones

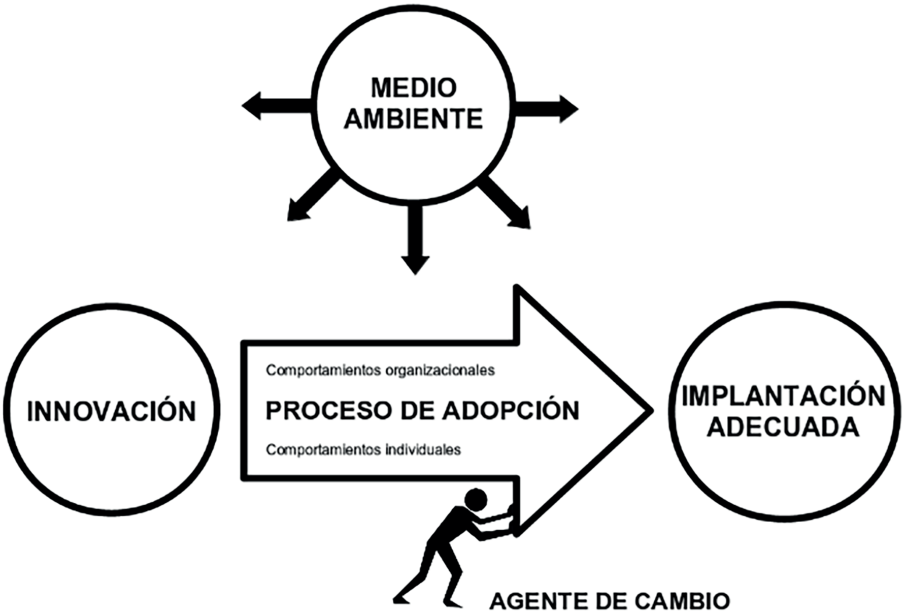
Desde el enfoque de la educación para la salud, se han desarrollado métodos para facilitar la introducción de programas o medidas de mejora de prevención y de promoción de salud en las organizaciones, basados en facilitar el cambio organizacional.

Cuando la adopción de una medida preventiva implica un cambio dentro de una organización, el cambio se convierte en un factor determinante.

Así como el enfoque motivacional tiene en cuenta las resistencias, los reforzadores y la fase del cambio en la que se encuentra la persona, el análisis de Educación para la Salud de Alain Rochon (1991) tiene en cuenta los mismos elementos, pero a nivel organizacional. Este enfoque se ha desarrollado en sistemas complejos como el sistema sanitario y el educativo. Según el mismo, los factores que influyen en la adopción de un cambio o de una innovación en las organizaciones son principalmente cuatro:

- El/la agente de cambio.
- La innovación propiamente dicha.
- El proceso de adopción por parte de la organización y sus miembros.
- Las condiciones del entorno.

Para cada una de ellas, el método de Rochon ofrece propuestas y alternativas en su manual sobre Educación para la Salud. (Rochon, A. 1991).



Rochon, A. (1991) Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Masson Barcelona

Los técnicos/as locales de prevención pueden facilitar la introducción de este tipo de programas en los recursos que dependen de otros sistemas y organizaciones, así como en los dependientes del propio ayuntamiento cuando solicitan su colaboración.

7.2.1.3. Planes locales de prevención de adicciones (PMA)

El plan local de prevención es la modalidad de intervención recomendada por los/as expertos/as para la actuación municipal global en materia de prevención de adicciones. Es la mejor opción para los municipios que tienen una firme voluntad política de intervenir en prevención.

Existen diversas guías metodológicas a disposición de los/as TLP que describen paso a paso como desarrollar este tipo de proyectos, especificando las fases (estudio, diagnóstico, planificación, programación, aplicación, evaluación), el modelo organizativo, la forma de ofrecer participación a otros/as agentes del territorio, así como el modo de introducir contenidos preventivos en los diversos departamentos municipales.

Los dos objetivos básicos de un PMA son: a) poner los recursos municipales al servicio de la prevención, y b) servir de catalizador de los recursos territoriales de prevención. A tal efecto, el plan debe dotarse de un sistema que permita coordinar las medidas de las diversas delegaciones municipales y de otras instituciones, así como de un sistema de participación que dé cabida a los diversos agentes y entidades relacionadas con la materia presentes en el municipio.

Dada la importancia que tiene la participación social en el abordaje de las adicciones, el enfoque comunitario se convertirá en una de las señas de identidad del plan, pero hay que tener la precaución de no confundir el plan municipal con uno comunitario. Un plan municipal es un instrumento institucional mediante el cual el ayuntamiento adopta medidas políticas, técnicas, administrativas y también comunitarias.

La prevención puede formar parte de un plan municipal más amplio que abarque otras áreas como la incorporación social y la asistencia, pero aún en esos casos, seguirá ocupando un papel relevante, ya que la prevención es una de las competencias directas de la administración local.

En cuanto a la evaluación de los planes municipales, conviene tener presente que obedece a una lógica más parecida a la "*evaluación de políticas*" que a la evaluación de programas. Los criterios que mejor se adaptan a su evaluación son los que recoge la FEMP en su convocatoria de "*Buenas Prácticas*" bajo el nombre de Criterios básicos de actuaciones preventivas de base local e Indicadores básicos para determinar las buenas prácticas.

Algunas de las preguntas que debe responder la política local de prevención son del siguiente tenor:

¿Dispone de algún medio para conocer la evolución del fenómeno y de su percepción social en el municipio?

¿Ha realizado un diagnóstico local?

¿Ha elaborado un plan?

¿Qué pasos ha seguido?

¿En qué ámbitos de la vida local interviene?

¿Qué delegaciones del ayuntamiento participan en el plan?

¿Se han introducido criterios preventivos en los programas de las diversas concejalías?

¿Cómo se seleccionan los programas y las medidas?

¿Se han establecido prioridades locales para la actuación? ¿Cuales?

¿Fomenta la participación social? ¿Cómo?

¿Dispone de un órgano de representación/participación?

¿Existe coordinación interinstitucional? ¿Con quién y cómo?

¿Está prevista la planificación anual?

¿Se registra lo que se hace?

¿Se evalúa? ¿Cómo?

El modelo básico de funcionamiento de un PMA es perfectamente adaptable a municipios de distinto tamaño. Como se ha dicho, solo requiere de un sistema de coordinación (ubicado generalmente en la delegación de salud o bienestar social), un órgano de participación que se reúna con cierta periodicidad y unos contenidos preventivos bien adaptados a los distintos departamentos y delegaciones municipales, que es la forma más segura de hacerlos sostenibles.

La función de los/las TLP es promover el desarrollo de este modelo de plan en los municipios donde se dan las circunstancias adecuadas; es decir, donde exista demanda social y voluntad política, y contribuir a crearlas donde no las haya.

Una vez adoptada la decisión de elaborar un plan de prevención por parte del ayuntamiento, el papel del/a TLP puede centrarse en la promoción, la coordinación, la gestión, etc., dependiendo de las características y las necesidades del plan.

7.2.1.4. Medidas de prevención sistémica

En este apartado incluimos la prevención sistémica como una metodología y un conjunto de procedimientos técnicos que permiten intervenir ante diversas necesidades preventivas.

El calificativo sistémico puede hacer referencia a realidades diferentes.

Por una parte, hace referencia a la complejidad, en el sentido de que las adicciones constituyen un fenómeno multifactorial, que requiere una respuesta igualmente compleja y sistémica.

Por otra parte, el término hace referencia a una metodología de intervención procedente del modelo relacional-sistémico que no se basa en la premisa de trabajar con personas que comparten un mismo nivel de riesgo, sino con personas que mantienen un problema y/o tienen la capacidad de modificarlo. Su lógica es la siguiente: si el problema se crea o se mantiene por un mal funcionamiento del sistema, hay que intervenir sobre el sistema y no solo sobre las personas individualmente para solucionarlo. En estos casos lo sistémico se aproxima a los enfoques ambientales y comunitarios.

Desde ese punto de vista, las intervenciones sistémicas son difíciles de clasificar por niveles de prevención, ya que pueden iniciarse a partir de una actuación de prevención indicada centrada en una persona o en un conflicto entre varias, pero su procedimiento implica la participación de otros integrantes y representantes del sistema.

Por ejemplo, para intervenir en un caso de bullying o de consumo problemático en un instituto en el que hay implicadas varias personas en el "menudeo" (microtráfico de drogas y o alcohol), hay que poder convocar a todos los actores que son relevantes en el problema y en su solución: alumnos/as implicados/as, padres y madres, tutores/as, orientador/a, equipo directivo y a los servicios sociales o la policía (si han llegado a intervenir)….

Cuando este tipo de intervenciones se lleva a cabo en un centro escolar o una casa de juventud, suelen recibir el nombre de **Intervenciones sistémicas en contextos no clínicos** y siguen dos criterios de intervención importantes: 1º) La unidad de intervención no es el individuo sino el sistema. 2º) El objeto de intervención son las relaciones (comunicación) que establecen las personas y la estructura que regula esas relaciones.

Desde el punto de vista comunicacional se trata de crear unas condiciones que faciliten un diálogo diferente entre los actores significativos del conflicto y desde el punto de vista estructural las intervenciones van dirigidas a evitar problemas de jerarquías, de roles, de responsabilidades, de normas y límites, fomentando que cada parte cumpla adecuadamente su función (padres, orientadores, tutores, dirección, etc.).

El enfoque breve centrado en soluciones es otra de las modalidades técnicas de intervención sistémica adaptada a contextos no clínicos De Pablo (1998)

Finalmente, otra modalidad de intervención sistémica es la que se aplica para facilitar el **trabajo en red**, ya que cuando los/as profesionales de diversos servicios trabajan conjuntamente frente a un determinado problema, mejora la comprensión del mismo y se abren nuevas vías de intervención.

Llevar a cabo intervenciones con y entre profesionales de diversos servicios y departamentos puede entrañar problemas de agendas, de reparto de trabajo y responsabilidades, de protagonismos, etc. pero, por laborioso que sea, es la manera adecuada de intervenir cuando la responsabilidad no recae solo sobre un sector o un/a profesional.

Los/as TLP pueden hacer uso de la prevención sistémica como una metodología de intervención preventiva que puede adaptarse a diversas circunstancias y necesidades. A veces, serán ellos/as mismos/as los/as que lleven a cabo la intervención y en otras ocasiones, podrán recurrir a ayuda externa, pero es importante que conozcan las posibilidades y las limitaciones de esta metodología de intervención para hacer el mejor uso posible de ella.

7.2.1.5. Medidas y programas de prevención comunitaria

El enfoque comunitario es una metodología de intervención social que se puede aplicar con diversos objetivos, uno de los cuales es la prevención de adicciones. Su uso está indicado en aquellos casos en los que el abordaje del problema requiere de la participación de las personas involucradas en el mismo.

Los programas de prevención comunitaria tienen como referencia una comunidad y un territorio concretos que se pueden corresponder con un barrio, un distrito o un municipio. Se caracterizan porque emplean métodos de investigación/acción, promueven la participación y el empoderamiento de las personas y de las entidades involucradas, tienen un enfoque intersectorial y su objetivo incluye el cambio social.

Junto a los enfoques ambiental y sistémico forma parte del grupo de modelos de intervención centrados en el contexto y no solo en los individuos.

Generalmente los programas comunitarios son impulsados por el ayuntamiento o cuentan con su colaboración, ya que al tratarse de la institución que ostenta la representación local, les aporta legitimidad.

Determinados problemas sociales ligados a las adicciones solamente pueden ser abordados eficazmente desde una vertiente comunitaria.

Como metodología de intervención es una herramienta básica de la prevención local que todos/as los/as TLP deberían conocer.

7.2.1.6. Medidas y programas de prevención ambiental

Existen medidas y programas prevención ambiental a disposición de los/as TLP para actuar sobre el consumo de drogas y alcohol en la vía pública y en contextos de fiesta, pero como metodología preventiva centrada en la modificación del contexto le queda aún un largo camino por recorrer.

Según G. Burkhart, analista del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), la prevención ambiental se puede definir como "*las estrategias que alteran las normas y los ambientes físicos, sociales y económicos sin basarse en la persuasión*".

Según esta definición las medidas puramente informativas estarían descartadas, cosa que es cierta, pero también lo es que algunas de ellas pueden ser complementarias de determinadas medidas ambientales, como ocurrió en el caso de la ley sobre el tabaco, que se vio beneficiada por el mensaje sobre los derechos del "*fumador pasivo*".

Las campañas que han consistido exclusivamente en la transmisión de mensajes tan elementales como "*Todos contra la droga*" o "*El ayuntamiento X contra la droga*", no se pueden considerar prevención ambiental, ni siquiera prevención a secas.

Puede decirse que la prevención ambiental actúa, por una parte, sobre normas, leyes y costumbres que regulan la convivencia y, por otra, lo hace sobre el espacio.

Sobre las leyes y reglamentos interviene legislando o haciendo que se cumplan las normas mediante el ejercicio de la autoridad, pero para intervenir sobre las costumbres y las reglas no escritas de convivencia tiene que hacerlo contando con la participación de los/as interesados/as, lo que implica un punto de confluencia de la prevención ambiental con la comunitaria que no se ha destacado suficientemente.

La intervención sobre el espacio hay que entenderla en el sentido del escenario donde se desarrollan los acontecimientos. Si cuando se abre el telón vemos un callejón oscuro lleno de basuras sabemos que la obra será muy diferente a si vemos un agradable paseo o una plaza con bancos bien iluminados.

A gran escala tenemos el ejemplo de la mencionada ley antitabaco española y, a nivel micro, podríamos pensar en medidas tales como hacer cumplir la ley en las fiestas locales y durante los fines de semana, en suprimir el alcohol en las fiestas recaudatorias escolares de viaje de fin de curso, o en que los padres y madres de un determinado grupo de adolescentes se ponga de acuerdo sobre el horario de vuelta a casa, evitando las manipulaciones del tipo: "*a todos les dejan llegar más tarde que a mí*".

Los/as TLP deberían colaborar con los departamentos de consumo, fiestas locales, policía local y urbanismo de sus ayuntamientos para diseñar medidas preventivas ambientales innovadoras.

7.2.1.7. Programas universales escolares

Como se ha dicho anteriormente, los programas de prevención universal escolares son los más extendidos en nuestro país.

Los programas de prevención universal escolares están a disposición de técnicos/as y agentes preventivos en las páginas web de las diferentes administraciones autonómicas en los ámbitos de adicciones y de educación. Así mismo, se pueden consultar las páginas sobre programas basados en la evidencia del Observatorio Europeo de drogas y adicciones, del PNSD, de la FEMP y de las grandes entidades del sector que se dedican a la prevención como la FAD, IREFREA, PDS, SyC, ATENEA, CEPS, etc.

El catálogo de la prevención universal escolar es el que contiene más programas e incluye algunos que han superado pruebas muy exigentes a nivel europeo, aunque desgraciadamente, en ocasiones, su grado de exigencia guarda una relación inversa con su aplicabilidad real en los centros escolares. Nos referimos fundamentalmente a cuando el programa cuenta con un número muy elevado de sesiones y unas condiciones de aplicación muy exigentes y poco flexibles.

El papel del/a TLP en este campo consiste en diversas modalidades de colaboración (promoción, formación, asistencia técnica, etc.) con los/as profesionales/as responsables de que se lleven a cabo los programas en el medio escolar.

7.2.1.8. Programas de seguimiento infantil (PSI)

Los programas se seguimiento integral de salud infantil (PSI), se desarrollan a lo largo de todo el periodo de edad pediátrica, se basan en un concepto positivo de la salud y combinan y gradúan todas las posibilidades de intervención.

El/la profesional responsable del programa puede conjugar actuaciones preventivas y de promoción de salud dirigidas tanto a los/as niños/as como a sus familias, con intervenciones terapéuticas cuando son necesarias, siempre bajo el concepto de la salud positiva y no solo de curar enfermedades.

Los programas de seguimiento infantil podrían prolongarse hasta la adolescencia, como propone la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA),

ofreciendo una mejor cobertura a la franja de edad en la que se inicia el consumo de muchas sustancias y debutan algunos problemas de salud mental.

En Andalucía el programa lleva por nombre Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIAA). Se define como una propuesta que concreta el seguimiento de la salud de los niños, niñas y adolescentes de Andalucía mediante actividades de prevención y promoción de la salud atendiendo a las nuevas evidencias científicas, a los nuevos retos de salud infantil y a los cambios acaecidos en las estructuras familiares y en los contextos sociales. El PSIAA incorpora contenidos para la promoción de la parentalidad positiva y actividades de promoción de salud en encuadres grupales y entornos comunitarios.

El papel de los/as TLP en este tipo de programa puede ser de promotor/a, facilitador/a y colaborador/a en el territorio, invitando a los/las responsables de estos programas pediátricos a sumarse a las iniciativas locales de prevención de adicciones.

7.2.1.9. Programas de prevención entre iguales.

La prevención entre iguales se considera una modalidad de intervención, que puede ponerse al servicio de diversos niveles y formas de prevención.

Aquí nos vamos a centrar en la que se desarrolla entre jóvenes y adolescentes con carácter universal, aunque también se aplica con padres y madres y con carácter selectivo e indicado.

Entendemos por prevención entre iguales la definición que aporta el consultor de la ONU para este tema, Srdjan Stakic: "*La prevención entre iguales en la juventud se puede definir como el proceso por el cual personas jóvenes bien formadas y motivadas llevan a cabo, durante un periodo de tiempo, tanto de manera informal como organizada, actividades educativas con sus iguales (de la misma edad, procedencia o intereses) con el fin de desarrollar sus conocimientos, actitudes, creencias y habilidades, así como para favorecer su capacidad para protegerse y ser responsables de su propia salud. En el proceso de educación entre iguales los mensajes se perciben como consejos de un amigo o amiga que «sabe lo que dice»*". Stakic, S. et al (2003).

Entre los puntos fuertes de la prevención entre iguales hay que destacar la credibilidad y la proximidad.

La credibilidad puede descomponerse, a su vez, en dos componentes: confianza y conocimiento. La confianza es el elemento que se ve más reforzado cuando se percibe que el agente de prevención es un igual a nosotros. El conocimiento, hay que considerarlo

una condición indispensable para que un programa preventivo de estas características tenga éxito. Los/las agentes juveniles de prevención o mediadores/as, tienen que estar correctamente formados para poder ejercer su función, en caso contrario podrían reproducir los mismos prejuicios, mitos y sesgos que cualquier otro joven.

La proximidad se manifiesta de varias maneras: En el lenguaje (incluido el argot), en los intereses y en los espacios donde se producen los riesgos.

- Hablan un mismo idioma.
- Tienen intereses y preocupaciones comunes. Sentimientos, impulsos, miedos, preocupaciones, relaciones, etc.
- Comparten los contextos (espacios físicos y virtuales) en los que se producen las conductas de riesgo. Es más difícil que los adultos estén presentes en las ocasiones en que se producen dichas conductas.

Este modelo se diferencia de la charla o el testimonio vital de una persona que ha sufrido problemas de adicción, en que quienes la ejercen han recibido previamente una formación y disponen de un sistema de soporte profesional.

La prevención entre iguales es una metodología que puede aplicarse a todos los niveles de la prevención (universal o de riesgos), puede ejercerse en grupo o individualizadamente y puede utilizar técnicas informativas, persuasivas, educativas, participativas y de modificación del contexto.

El papel de los/as TLP puede ser más o menos directo en relación con este tipo de iniciativas. Por ejemplo, pueden colaborar con un proyecto de "*agentes de salud*" desarrollado por otro sector o recurso o pueden ponerlo en marcha ellos/as mismos/as como una iniciativa municipal.

7.2.1.10. Programas de promoción y prevención de salud mental

En teoría, la prevención de adicciones debería formar parte de la prevención en salud mental, de tal manera que los programas de prevención universal de adicciones que se desarrollan en la escuela, deberían estar integrados en los programas de promoción y prevención de salud mental infanto/juveniles. Lo mismo se puede afirmar sobre los programas de prevención de riesgos.

El problema es que en la práctica la prevención de adicciones y la de salud mental no están integradas y además los programas de adicciones van por delante en muchos aspectos de los de salud mental.

Así las cosas, en tanto el problema no se resuelva en el nivel que le corresponde, lo único que pueden hacer los/as TLP en el territorio es tratar de colaborar con los/las profesionales de salud mental identificando iniciativas preventivas, prestándoles apoyo y compartiendo objetivos en la medida de sus posibilidades, ya que parten de una base común en prevención, aunque pertenezcan a departamentos diferentes.

En definitiva, los/as TLP tienen que considerar las iniciativas de promoción y de prevención en salud mental en el territorio como recursos con los que colaborar.

7.2.2. Recursos para la prevención de riesgos

Incluye los recursos de los que disponen de los/as TLP para detectar e intervenir en casos individuales y grupales cuyos riesgos están por encima de la media.

7.2.2.1. Recursos grupales

En lo que se refiere a las actuaciones grupales dirigidas a una clase, a grupos de adolescentes informales o a los padres y las madres de jóvenes en programa, los recursos más extendidos son los llamados **programas psicosociales o de habilidades y competencias** dirigidos a niños adolescentes y jóvenes, los dirigidos a familias, generalmente con el formato de escuela de familias y la adaptación de programas de origen escolar a situaciones menos institucionalizadas.

Entendemos que los programas grupales psicosociales también se pueden aplicar a grupos formados por personas que han sido detectadas individualmente, siempre que se adapten a las necesidades, el nivel de riesgo y los requisitos de los programas, por eso preferimos denominarlos como programas psicosociales grupales o de habilidades y competencias a programas de prevención selectiva.

Estos programas están disponibles en las bases de datos de los programas de prevención basados en la evidencia, en los bancos de datos de buenas prácticas y en general en las páginas web oficiales de los planes nacional y autonómicos que se han mencionado a lo largo del texto. Cuando se da la circunstancia de que no existe un producto que se adapte a las necesidades preventivas de la práctica, el/la TLP puede recurrir a las bases de datos de otros servicios (juventud, salud, servicios sociales), realizar búsquedas entre los productos y programas desarrollados por el tercer sector especializado en prevención (generalmente en colaboración con el PNSD) o recurrir a la adaptación de programas que ya existen a las nuevas necesidades.

Al proceder de esta manera, adaptando o innovando, lo ideal es hacerlo controlando y documentando lo mejor posible la experiencia, para que, si resulta eficaz, pueda generalizarse a otras situaciones similares. La innovación puede partir de la práctica y validarse posteriormente a través de los procedimientos correspondientes.

Teniendo en cuenta que las soluciones a los problemas planteados en este nivel pasan por el diseño de nuevos programas y por la adaptación de los existentes a nuevas necesidades y situaciones, dedicamos un apartado específico en forma de apéndice al diseño de programas grupales psicosociales. Ver apéndice nº 1

7.2.2.2. Recursos para las intervenciones individuales

En lo que se refiere a las actuaciones individualizadas, lo que los/as TLP necesitan son medios para detectar situaciones de riesgo y recursos para intervenir con niños, adolescentes y jóvenes individualmente.

Hay que tener en cuenta que los riesgos individuales no suelen producir una demanda explícita por parte de jóvenes y adolescentes, sino que requieren una actitud proactiva por parte de los profesionales en contacto con ellos, hasta el punto de que son estos/as profesionales los que llevan a cabo la detección y la atención precoz.

Desde ese punto de vista, los TLP necesitan recursos dirigidos a la población diana, pero también dirigidos a atender las necesidades de los profesionales en contacto con esa población.

¿Cuáles son esas necesidades?

Situándonos en la perspectiva de la profesora o del monitor deportivo que muestran disposición de intervenir, es muy posible que las preguntas que se formulen sean del siguiente tipo:

- ¿Cómo saber si el joven o la menor tienen un problema?
- ¿Qué aspectos de la conducta hay que observar?
- ¿Cuál es el mejor modo de abordar a la persona?
- ¿Cuáles son los contenidos que se pueden abordar en una conversación?
- ¿Es mejor hablar directamente con la persona o hacerlo con el tutor, con la orientadora, con la familia… y en qué orden?
- ¿Qué pasará si confiesa un problema, pero solicita confidencialidad?

- ¿Cuándo y cómo convocar a los padres y las madres?
- ¿Cuándo solicitar la colaboración del equipo de prevención?
- ¿Cómo involucrar a la dirección del centro en la solución?
- ¿Hay que reunir un grupo de jóvenes con características similares (riesgos, edad, curso,) para aplicar un programa psicosocial grupal o se puede hacer algo con la persona en este momento?

Los/las TLP necesitan recursos con los que poder responder satisfactoriamente a estas preguntas.

Modalidades de intervención

Antes de entrar en los recursos propiamente dichos conviene detenernos un momento en las modalidades de intervención.

A efectos prácticos, la prevención indicada se puede entender como las diversas modalidades de intervención individualizada que se pueden llevar a cabo en un medio determinado, abarcando desde las actuaciones más sencillas y puntuales hasta las más sofisticadas.

- Intervenciones oportunistas

  Cuando las actuaciones se enmarcan dentro de la relación habitual que mantienen los/las profesionales en contacto con la población joven en forma de resolver una duda, ofrecer un consejo, formular una pregunta o mantener una conversación, reciben el nombre de actuaciones oportunistas. Son desarrolladas espontáneamente por profesionales, padres y madres todos los días en su relación habitual con niños/as y jóvenes. Suelen llevarlas a cabo de manera eficaz, pero pueden mejorar si se adquieren determinadas habilidades de observación (de factores de riesgo) y de comunicación.

- Actuaciones de detección y atención precoz.

  Cuando las actividades están programadas y se llevan a cabo a través de la realización de una prueba, seguida de un menú de opciones según los resultados, se suelen denominar como de detección y atención precoz.

- Itinerario personalizado de prevención (IPP).

  Al proceso de seguimiento personalizado en el tiempo con unos objetivos preventivos y un plan de trabajo se lo denomina Itinerario Personalizado de Prevención.

7.2.2.2.1. Pruebas y métodos de detección

Los recursos que se emplean para la detección en prevención indicada son los siguientes: Pruebas de precribado y de cribado, métodos observacionales y técnicas conversacionales y de entrevista.

Las pruebas de precribado se utilizan como una aproximación rápida para identificar a las personas que necesitan una evaluación más afinada o una intervención breve. Con frecuencia son una forma abreviada de las pruebas de cribado y suelen emplearse en atención primaria u otros sistemas en los que se dispone de poco tiempo para la intervención. No es necesario que el instrumento sea administrado por personal especializado, pero es conveniente contar con la asistencia del/la profesional de prevención.

Las pruebas de cribado consisten en una serie de instrumentos que sirven para evaluar el riesgo asociado al consumo de sustancias o comportamientos potencialmente adictivos. Existen instrumentos de cribado estandarizados para el alcohol, otras sustancias y el juego (CAST, ASSIST, AUDIT, CRAFT). Estos instrumentos pueden ofrecer resultados ordenados por niveles de riesgo: leves, moderados y graves, basados en criterios cuantitativos. Suelen aplicarse en contextos institucionalizados como la escuela o los centros de salud. Rial, A. y García-Couceiro, N. (2020).

Con **métodos observacionales** nos referimos a conocer cuáles son los factores de riesgos a los que hay que prestar atención y cómo observarlos y con **técnicas de entrevista,** nos referimos a dominar la técnica básica de la entrevista sobre consumo y conductas de riesgo, pero, sobre todo, a saber cómo entablar una conversación con un/una niño/a o un/a adolescente sobre determinados aspectos personales de su vida.

Ambos procedimientos se basan en el conocimiento de los factores de riesgo y de protección, se entienden como las formas más básicas de detección y deberían formar parte de la formación que se ofrece a los profesionales en contacto con niños/as, adolescentes y jóvenes para realizar eficazmente prevención en su día a día. Se emplean en la escuela, pero también en otros contextos menos formales.

7.2.2.2.2. La entrevista evaluativa

Para interpretar los datos procedentes de las pruebas aplicadas y de las conductas observadas es necesario mantener una entrevista evaluativa.

La entrevista evaluativa debe tener presente el concepto de conducta/consumo de riesgo y guiarse por una serie de criterios cualitativos importantes cuando se trata de menores y adolescentes

El consumo/conducta problemática o de riesgo

Aún a riesgo de repetir algunas ideas ya expresadas en el apartado sobre conceptos básicos, conviene recordar que la prevención de riesgos está indisolublemente unida a los conceptos de consumo y conductas problemáticas o de riesgo, por lo que es importante acotarlos lo más posible.

Los límites del concepto son, por una parte, la no existencia de un diagnóstico clínico expresado en términos de "*abuso*" o "*dependencia*" en el manual internacional DSM IV ni de "*trastorno por consumo de sustancias*" en el DSM V, y, por otro, un mayor nivel de riesgo que la media poblacional.

Desde un punto de vista práctico, la categoría se puede medir y clasificar mediante pruebas de cribado o deducir a partir de una serie de ítems que pueden formar parte de un cuestionario, una entrevista o una conversación. Son los siguientes:

- *Precocidad* en el inicio del consumo o de la actividad.
- Modalidad de consumo mediante *binge drinking*, *intoxicaciones* o fenómenos similares en relación con el juego de apuestas u otras actividades, como un *gasto importante de dinero*.
- Determinadas formas de *policonsumo* que combinan alcohol y/o pastillas y/o cannabis o sustancias y conductas.
- *Combinación de consumo/conductas y rasgos (trastornos) de personalidad.* El consumo de determinadas sustancias o la práctica de determinadas conductas combinadas con determinados rasgos de personalidad como ya hemos mencionado.
- La realización de *actividades que entrañan riesgo* como conducir vehículos o maquinaria.
- Situaciones en las que las sustancias o las conductas están especialmente *contraindicadas*, como enfermedad, tratamiento médico, embarazo, jornada laboral/escolar, minoría de edad.

- Las situaciones de insatisfacción y/o disforia prolongados, particularmente cuando la sustancia o la actividad se utilizan para *mitigar el malestar*.
- Las *dificultades de integración*, particularmente cuando las actividades o las sustancias proporcionan una vía o un simulacro de integración, por ejemplo, facilitando la inclusión en grupos con conductas de riesgo.
- Las *situaciones de crisis* o de cambio a nivel personal, familiar, escolar; etc.
- Una periodicidad por encima de la media.
- Inicio de signos relacionados con la adicción.

Este conjunto de ítems puede orientar al profesional sobre qué se debe observar y qué se debe preguntar durante las entrevistas de evaluación.

Según la gráfica del capítulo uno, el consumo o la conducta problemática se encontrarían a continuación del consumo experimental y del ocasional pero no llegaría a cumplir con los criterios clínicos.

Los criterios cualitativos

Cuando se evalúan las conductas de riesgo en menores y adolescentes hay que tener en cuenta determinados criterios:

- Hay que intentar despatologizar la mirada sobre los/las adolescentes. La adolescencia es una etapa más de la vida con sus aspectos positivos y algunos riesgos.
- En prevención de riesgos conviene hablar de evaluación evitando en lo posible el término clínico de diagnóstico. Cuando hay un diagnóstico clínico positivo o una sospecha del mismo, la prioridad está en poner a la persona en contacto con el recurso especializado correspondiente.
- En la evaluación no se deben tener en cuenta solamente los riesgos, sino también los factores de protección o los activos de salud. Con un mismo nivel de riesgo tendrá mejor pronóstico aquella persona que tenga más factores de protección.
- El objetivo principal de la evaluación de riesgos es descubrir la función que cumple el consumo o la conducta en la vida de la persona.

Normalmente el riesgo viene de la mano del tipo de necesidad que cubre. Por ejemplo, si el consumo de determinada sustancia o la práctica de determinada conducta constituye un factor de integración en un grupo o sirve para mitigar

una sensación habitual de insatisfacción y malestar más o menos permanente, el consumo y la conducta entrañan bastantes riesgos. En cambio, si el consumo está relacionado con el ocio y la fiesta ocasional, sin presentar problemas en otras áreas, su valoración puede ser más favorable, salvo que las condiciones del consumo sean peligrosas en sí mismas.

Un aspecto a tener en cuenta en la evaluación de riesgos en prevención indicada es la perspectiva de los diferentes servicios que pueden intervenir en el proceso: Orientación escolar, salud mental, adicciones y servicios sociales.

La alta probabilidad de que las personas objeto de prevención indicada, sean a su vez usuarios/as de otros servicios, se debe a que los riesgos asociados a las adicciones no se presentan aisladamente y a que muchas medidas preventivas son compartidas por todos los servicios. La colaboración entre servicios se hace necesaria cuando el conjunto de riesgos que presenta una persona o un grupo desborda el marco de cada uno de ellos.

En esos casos los análisis compartidos y los planes de acción conjuntos bajo la supervisión del profesional que corresponda, son la mejor opción, aunque entrañen algunas dificultades de coordinación y comunicación. El enfoque sistémico puede facilitar ese tipo de intervenciones.

7.2.2.2.3. El itinerario personalizado de prevención (IPP)

El IPP es un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo, mediante distintos tipos de intervenciones y de actividades (que pueden ser individuales, grupales y familiares), en las que pueden participar varios servicios, siempre bajo la supervisión de el/la referente del medio donde se esté produciendo la intervención y con el asesoramiento de la persona responsable de prevención en el territorio. Está organizado en torno a una evaluación, unos objetivos preventivos y un plan de acción.

El IPP puede ser un instrumento eficaz para coordinar las intervenciones de los diversos servicios que actúan sobre los problemas psicosociales que afectan al sector de población infanto/juvenil.

7.2.2.2.4. Intervenciones sistémicas en prevención indicada

Desde el modelo sistémico se fomenta un tipo de trabajo de coordinación de casos basado en la escucha, el reparto de funciones, la coordinación y la dirección operativa del proceso por parte de un/a profesional que hace la función de referente.

En ese contexto cobran mucha relevancia los medios técnicos que facilitan la coordinación tales como *la interconsulta, la entrevista colaborativa, los procedimientos de coaching y counseling* o *los protocolos de detección y atención precoz*, como veremos a continuación.

7.2.2.2.5. La entrevista o consulta colaborativa

Es una técnica empleada en el sistema educativo por el personal orientador con el personal docente, pero también se puede aplicar a otros contextos. En nuestro caso lo aplica el/la técnico/a de prevención o TLP con profesionales de diversos sectores para mejorar su capacidad de detección e intervención.

Se trata de una relación entre dos profesionales de diferentes campos, con dos metas básicas: aumentar la competencia de la persona que consulta en relación con una tercera persona sobre la que se consulta y desarrollar las habilidades de la consultante para resolver problemas similares en el futuro. Se considera una intervención indirecta.

Está basada en una relación simétrica entre personas o profesionales con estatus similares por lo que se da un trato de igualdad. Se puede considerar una relación tríadica entre consultor/a, consultante y cliente (o la persona objeto de la consulta).

El Objetivo consiste en ayudar a un/a tercero/a, que puede ser una persona o un grupo, y su finalidad es solucionar el problema y/o mejorar los contextos y condiciones para que estos no se produzcan.

Entre los profesionales del sistema sanitario se denomina interconsulta.

7.2.2.2.6. Técnicas de Coaching.

El enfoque del coaching se emplea en prevención indicada como un conjunto de técnicas al servicio del empoderamiento de los/as agentes preventivos.

La acepción del término Coaching que se emplea en este trabajo es la de identificar los puntos fuertes y débiles propios en relación con una tarea y el entrenamiento en habilidades, lo que permite una mejor administración de los recursos personales

Teniendo en cuenta que un super-objetivo de la prevención es devolver la confianza a padres, madres, profesionales y mediadores/as en su capacidad preventiva y que dicha

confianza tiene más que ver con empoderar que con informar, podemos considerar el coaching como un procedimiento adecuado de empoderamiento en prevención.

7.2.2.2.7. Técnicas de Counseling

Al igual que el anterior se trata de una técnica al servicio de la capacitación de los/las agentes preventivos/as para la gestión emocional de la relación con los/as usuarios/as.

Se define como un conjunto de habilidades y técnicas destinadas a mejorar la relación entre profesional y usuario/a ante determinadas dificultades emocionales o relacionales que puedan surgir en la intervención. En nuestro caso, va dirigida a mejorar las habilidades de comunicación de los/las profesionales que deben tratar de forma directa con jóvenes y adolescentes con factores de riesgo, para que puedan hacerlo de la forma más eficaz y con el menor coste personal posible. Bimbela, J.L. (1995).

7.2.2.2.8. La entrevista motivacional

El enfoque motivacional es la perspectiva dominante bajo la que se llevan a cabo las actuaciones directas con la persona en prevención indicada, ya sean las de carácter oportunista o las que se prolongan en el tiempo.

Se trata de un modelo de intervención que pretende facilitar un cambio consciente y voluntario por parte de la persona, poniendo a su servicio una serie de técnicas que ayudan a lidiar con las resistencias al cambio y con la ambivalencia que produce la disyuntiva entre mantener determinadas conductas (aunque sospeche que le están haciendo daño) y la expectativa de un cambio. Favorece el control, la responsabilidad, los puntos fuertes de la persona y evita deliberadamente la dependencia. https://getem.org/sample-page/

El enfoque se basa en el Modelo Transteórico. Prochasca, J. et al (1994) que describe las fases naturales por las que transcurren los cambios de las conductas humanas (adicciones y hábitos) y las técnicas más adecuadas para facilitar dicho cambio.

La técnica por excelencia ligada a este enfoque es la entrevista motivacional (EM) Es una entrevista semiestructurada basada en el enfoque motivacional que pretende provocar un cambio en el comportamiento. Tiene un origen psicoterapéutico, pero también se emplea con fines preventivos. Es un procedimiento mixto de evaluación e intervención.

"*La entrevista motivacional es un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio*". Miller, W. R. y Rollin, S. (2015)

7.2.2.2.9. Intervención mínima

Se puede considerar que la intervención mínima en prevención indicada consiste en escuchar activamente y en mostrar disponibilidad.

La escucha activa significa escuchar y tratar de entender la comunicación desde el punto de vista de el/la que habla. Mediante esa forma de escucha se presta atención, no solo a lo que la persona dice directamente, sino también a los sentimientos y las ideas que subyacen a lo dicho. Implica cierta empatía, es decir, ponerse en el lugar de el/la otro/a.

Estar disponible es hacer saber al otro que se está dispuesto a prestar escucha y atención.

7.2.2.2.10. Las intervenciones breves

Se denomina intervención breve a una intervención limitada en el tiempo, que busca un cambio de conducta de manera sencilla, activando los recursos de la persona.

Existen diversas modalidades, aplicada a la prevención indicada de adicciones es un asesoramiento que aumenta la consciencia de los riesgos, motiva al individuo a hacer algo respecto a su consumo de sustancias o a sus comportamientos de riesgo. Su objetivo básico es reducir la probabilidad de daños asociados a los riesgos de consumo o de conductas de riesgo.

La intervención se basa en una serie de criterios recogidos en el acrónimo FRAMES:

- Feedback. Informar y recoger la interpretación de la persona sobre su situación
- Responsibility. Conseguir que la persona se responsabilice de su consumo.
- Advise. Aconsejar. Aumento de la consciencia de los riesgos.
- Menú of options. Ofrecer un menú de opciones
- Empathy. Empatía.
- Self-eficacy. Fomentar la autoeficacia.

Rodríguez-Martos, A. (2002).

7.2.2.2.11. Nuevos instrumentos al servicio de la prevención indicada.

Para avanzar en prevención indicada hacen falta medios técnicos que ayuden a sistematizar el trabajo. Una parte de esos medios están siendo desarrollados a gran velocidad como pruebas de detección de las conductas de riesgo. Otra parte está representada por las técnicas y metodologías de intervención que se han descrito.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la detección y la atención precoz dependen de los/las profesionales en contacto con la población joven y adolescente y de los/as TLP, se hace necesario desarrollar también herramientas (guías y protocolos) que impulsen la prevención indicada contando con la colaboración de ambos sectores

Existen algunas experiencias como la guía elaborada por CEPS PNSD (2009) para la detección precoz en servicios sociales o el programa de detección precoz en atención primaria SBIRT García-Couceiro, N. et al (2021), pero queda mucho por hacer en este campo.

Por ese motivo, en este punto, queremos contribuir con algunas propuestas para el desarrollo de dichos procedimientos y para la articulación de los mismos en estrategias territoriales.

Apéndice Nº1 Consideraciones para el diseño de programas grupales de habilidades y competencias

En la actualidad existe suficiente consenso sobre cuáles son los criterios que se deben seguir en el diseño de este tipo de programas en cuanto a contenidos y metodología, lo que se echa en falta (desde el punto de vista de la práctica) son criterios de implementación que permitan adaptarlos a la realidad local. Vallamos por partes:

Contenido técnico y metodológico

Los criterios sobre los que hay acuerdo se pueden resumir de la siguiente manera: Los programas deben tener una intensidad media (5-8 sesiones) y disponer de un manual que recoja sistemáticamente todas las intervenciones; deben establecer una conexión entre escuela, familia y entorno; la metodología debe ser grupal, activa y participativa; deben facilitar la adquisición de habilidades y competencias socioemocionales entre las que se encuentra la toma de decisiones en contextos de presión social (enfoque de educación en valores). Es importante que los/las profesionales que lo aplican tengan una formación en factores de riesgo y de protección, buen conocimiento del programa, capacidad para desarrollar una metodología activa, motivadora, participativa, grupal, etc. También es recomendable que el programa disponga de una sesión de recuerdo.

Estas recomendaciones se pueden complementar la tabla elaborada por Daniel Lloret y Víctor Cabrera (2022) sobre las características generales de los programas preventivos exitosos, basada en los estándares de la calidad del NIDA y del EMCDDA.

Área	Característica
Diseño	Sustentado en una teoría o modelo establecido y con apoyo empírico.
	Tienen pautas de aplicación claras, manualizadas y sistemáticas.
	Aplicados con una intensidad y duración suficiente.
	Programas multi-componente, que actúan sobre varios factores de riesgo y protección al mismo tiempo.
Metodología	Incluyen técnicas de aprendizaje activo e interactivo.
	Mantienen una relación horizontal entre aplicador/a y alumnado.
	Específicos para cada grupo de edad.
	Adecuados al periodo evolutivo de los/las menores.
	Timing. Están ajustados al momento o periodo evolutivo en que los destinatarios/as están más receptivos.
	Adaptados culturalmente.

Componentes	Incluye contenidos para fortalecer habilidades socio-afectivas y competencias sociales positivas que refuercen el rechazo hacia la conducta problema (en caso de prevención escolar).
	Producen cambios cognitivos, afectivos y comportamentales en el/la menor y en la dinámica y contexto familiares (en caso de prevención familiar).
	Potencian los factores de protección y la función parental positiva y proactiva (en caso de prevención familiar).
Implementación	Permanentes en el tiempo.
	Son aplicados por personal capacitado.
	Fomentan relaciones entre los miembros del grupo.
Evaluación	Cuentan con evaluación protocolizada de proceso, resultado e impacto.
	Cuentan con un plan de mejora

Como se puede comprobar, no son pocos los criterios de los que se dispone para diseñar programas grupales psicosociales de prevención de riesgos técnicamente solventes.

Consideraciones sobre la implementación

Ahora bien, la calidad final del programa, vendrá dada por un diseño técnico riguroso y también por su capacidad de adaptación a contextos concretos. O sea; los/as TLP deben asegurarse de que los programas que elijan estén respaldados por la mejor evidencia disponible y que se adapten a las necesidades del medio donde trabajan.

También hay que valorar la flexibilidad del programa para adaptarse a las múltiples variables que pueden surgir durante el proceso, ya que, a diferencia del asistencial el entorno preventivo es mucho menos controlable. En caso contrario, puede ocurrir que se trate de un buen producto de laboratorio, pero que no se pueda aplicar más que en unas condiciones ideales de control.

Una primera consideración relacionada con la aplicación de los programas es conocer mínimamente el contexto donde se desea aplicar. Nos referimos a conocer básicamente las necesidades preventivas (espectro de riesgos) y la oferta preventiva (abanico de programas y medidas de prevención), lo que permite ubicar el nuevo programa dentro de las necesidades y los recursos del contexto.

En un centro educativo, por ejemplo, no es igual que un programa de prevención psico-social grupal (selectivo), represente una opción aislada a que forme parte de una programación más amplia que incluya la prevención universal, la detección precoz y los itinerarios personalizados de prevención o que esté enmarcado en un proyecto de escuela promotora de salud. Es más, cuando un programa de prevención grupal

de riesgos constituye la única medida preventiva de un centro educativo, habría que plantearse si es la medida preventiva más adecuada.

Cuando se trata de un medio menos estructurado que el escolar hay que realizar igualmente un análisis de las necesidades y de los recursos, para tener la certeza que el programa es el adecuado para el medio y viceversa; si el medio se adapta a las características del programa.

La segunda consideración tiene que ver con el proceso de implementación. A saber: la selección/detección, el reclutamiento y el mantenimiento en el programa;o sea (siguiendo con el ejemplo escolar), cómo seleccionar a los/as alumnos/as participantes, cómo incluir a los padres y madres y cómo mantener a todos/as en el programa teniendo en cuenta sus dificultades objetivas y sus resistencias subjetivas.

Veamos el proceso paso a paso:

- **La selección de los/as candidatos/as**

  Como hemos visto, la preselección puede venir dada por la pertenencia a un grupo, por ejemplo, ser alumno/a de un curso de FPB que cumple determinadas características o ser padre o madre de dichos alumnos. En esos casos, la cuestión se centra en cómo invitar a las personas a participar en el programa y a mantenerse en él, ya que la selección viene dada

  Cuando la selección/detección no viene dada, sino que la realizan los/las profesionales en contacto con la población diana, depende en buena medida de la percepción de riesgo de estos/as profesionales, por lo que es importante contar con medidas para mejorarla.

  Métodos de selección/detección

  Existen varios métodos de detección/selección a disposición de los/las profesionales en contacto con jóvenes que pueden agruparse en: Instrumentos de evaluación de riesgos, pruebas de precribado o de cribado, métodos observacionales y técnicas de entrevista o conversacionales.

  Algunos instrumentos para la evaluación de riesgos están basados en el consumo o la conducta (frecuencia, modalidad, condiciones, etc.) y otros se basan en variables como la actitud y la intención de consumo, como ocurre con los programas basados en "*la teoría de la acción razonada*".

  Una descripción más detallada de cada uno de ellos la encontramos en el epígrafe sobre prevención indicada, baste decir aquí que existen diversos

medios técnicos a disposición de los/las profesionales para ayudarlos a efectuar la selección/ detección de los/as candidatos/as de los programas.

Las mismas técnicas pueden ser utilizadas para la selección de la población adulta, pero lo habitual en este tipo de programas, es que sean seleccionados/as por su condición de padres y madres de chicos y chicas que participan en un programa de prevención de riesgos.

Los diversos instrumentos para la detección/evaluación de los riesgos (junto a la asistencia técnica para su manejo) pueden ser facilitados por el/la técnico/a local de prevención en el territorio.

- **El reclutamiento**

Para el proceso de reclutamiento conviene distinguir si la selección de las personas participantes se produce a partir de la expresión de alguna demanda, problema o necesidad por su parte o, por el contrario, obedece exclusivamente criterios de los/las organizadores/as. También, como se ha dicho, si se trata de un grupo formal, como una clase, o más informal, como una pandilla.

En todos los casos hay que evitar que la participación en la actividad se pueda convertir en un motivo de segregación y/o estigmatización, así como explicar el origen y la finalidad del programa.

Lo adecuado es llevar a cabo un análisis de las barreras y los reforzadores de la población seleccionada para acudir y mantenerse en el programa. Sobre todo, cuando no se puede integrar como una actividad normalizada, como ocurre en el medio escolar o en otros medios muy institucionalizados.

Pensando en la participación de las familias, hay que valorar dificultades objetivas propias de la población adulta tales como horarios, gastos, trasportes, atención a niños/as pequeños/as y a personas dependientes, accesibilidad del recurso, imagen del mismo, etc. y resistencias subjetivas tales como prejuicios referidos al origen de la actividad, al programa, a los/las participantes, a los/las profesionales o a uno mismo ("*yo no sirvo para esto*"). También es recomendable contar con la colaboración de algún padre o madre que conozca el programa, ya que suele ser un reforzador muy eficaz.

- **Mantenimiento o la adherencia al programa**

En el mantenimiento o la adherencia al programa, además de los elementos mencionados, influyen los contenidos, las características técnicas y metodológicas del mismo, si el programa está o no adaptado al nivel de los/asl participantes, a su estilo relacional y comunicacional, si refuerza o no su participación, si fomenta

la escucha activa, si tiene en cuenta sus dificultades… y si ofrece un contexto acogedor, alejado de las críticas en el que resulte fácil participar.

Antes de la puesta en marcha del programa es conveniente revisar el circuito completo desde cómo se produce la invitación, hasta la participación en todas y cada una de las fases del programa.

También es importante comprobar cuál es la información que se ofrece sobre el origen del programa o la actividad, pues, aunque no haya sido el resultado de una demanda por parte de la población participante, puede haber sido una demanda por parte de terceros (dirección, orientación escolar, vecinos/as, servicios sociales, etc.) y los/las participantes tienen derecho a saberlo. La transparencia puede desactivar prejuicios y evitar sentirse objeto de una etiqueta.

El reto de la adherencia consiste en saber cómo llegar al grupo de personas seleccionadas e invitarlas a participar en un programa que les resulte suficientemente atractivo y no suponga un coste disuasorio.

Diseño de la evaluación

Finalmente, conveniente comprobar si el sistema de evaluación del que dispone el programa está diseñado de manera que los resultados se puedan incorporar al análisis del propio programa de cara a su mejora continua.

Así pues, a la hora de seleccionar un programa de estas características, el/la TLP, además de cerciorarse de que goza de suficiente grado de evidencia, debería plantearse algunas preguntas sobre la evaluación del contexto donde se va a aplicar y sobre los criterios de implementación del propio programa:

¿Existe una evaluación previa del contexto donde se va a aplicar el programa (del espectro de riesgo y del abanico preventivo)? ¿Cómo encaja el nuevo programa en el conjunto de las necesidades y cursos del contexto? ¿Se han detectado otros subgrupos que requieren del programa en el mismo medio? ¿Forma parte de un plan de prevención, una escuela promotora de salud o un conjunto de medidas preventivas? ¿Se trata de un programa multinivel y/o multicomponente? y, en caso negativo, ¿se puede complementar con otras medidas? ¿Se puede adaptar?

Y también…

¿Ofrece indicaciones sobre cómo debe ser la convocatoria de los/las participantes? ¿Qué reforzadores y obstáculos hay que tener presente? ¿Qué instrumentos hay que emplear? etc.

Apéndice Nº 2 Propuestas para la elaboración de guías y protocolos de prevención indicada.

Los protocolos y las guías de detección y atención precoz son procedimientos estructurados que ayudan a los/las profesionales a tomar decisiones y desarrollar sus actuaciones paso a paso. Son particularmente necesarios en sectores profesionales en contacto con la población diana que, teniendo encomendadas funciones de detección precoz, no se sienten con la suficiente confianza como para llevarlas a cabo.

Las guías y los protocolos están diseñados, entre otras cosas, para facilitar la coordinación intersectorial en prevención indicada. Como mínimo prevén la colaboración entre la unidad de prevención territorial, el sistema de que se trate y el centro de tratamiento de referencia, pero puede incluir otros recursos y servicios como veremos más adelante.

Están compuestos por uno o varios métodos de detección, por un menú de actuaciones ajustado a dichos procedimientos y un sistema de seguimiento y evaluación adaptados a los diferentes ámbitos de actuación.

Sus objetivos son: brindar a el/la profesional medios para detectar la conducta problema (o índice para la detección), ofrecer opciones de intervención, articular un procedimiento de asesoramiento con la unidad de prevención de referencia y facilitar la derivación/ acompañamiento en los casos que sea necesario.

Que se trate de una guía o de un protocolo depende de hasta qué punto se puedan detallar y especificar los pasos y las tareas que constituyen el procedimiento en cada caso.

A la hora de diseñar ambos procedimientos hay que tener muy presente la situación específica de cada sector, ámbito o recurso. Por ejemplo, en algunos de ellos, como educación o deportes, se puede realizar una actividad preventiva continuada, pero en otros, como la policía local o las urgencias de hospitales, hay que diseñar procedimientos ágiles y operativos adaptados a las intervenciones puntuales que éstos llevan a cabo.

Las guías tienen un carácter más general y abierto que los protocolos, ofrecen recomendaciones, recogen las posibilidades de intervención tanto oportunistas como sistemáticas en cada sector y pueden ir acompañadas de un módulo formativo.

Para su elaboración se podría tomar como referencia las que editó el PNSD bajo la denominación "Actuar es posible", pero dirigidas específicamente a la prevención indicada, la detección y la atención precoz en cada ámbito o sector.

En cuanto a los protocolos, hay que entenderlos como procedimientos más cerrados y operativos. Su propósito es tipificar de la manera más precisa posible los casos sobre los que intervenir y las modalidades de intervención, especificando los pasos, los recursos, los instrumentos, etc.

Características de los procedimientos (guías y protocolos) de prevención indicada

El procedimiento debe permitir a cada profesional saber qué hacer con los casos de prevención indicada que se presentan, ya sean como resultado de una demanda por parte de una/a joven o de una actitud proactiva de el/la profesional; ya sean como resultado de una actividad preventiva oportunista o de la aplicación de pruebas estandarizadas.

- El procedimiento debe ofrecer una definición operativa de los objetivos adaptados al sector o ámbito en el que se aplica. Hay que tener en cuenta que los objetivos operativos de las urgencias hospitalarias no serán iguales que los de las escuelas deportivas municipales, aunque compartan el objetivo general de la prevención indicada.

- El procedimiento debe aportar una definición operativa del modo o los modos de intervención y de los criterios de aplicación, adaptados a los procedimientos y al lenguaje del ámbito o sector.

  En ATP, por ejemplo, se pueden realizar a) intervenciones oportunistas cuando se presenta la ocasión en la consulta con un adolescente (o con sus padres/madres) para hablar sobre tabaco, cannabis o consumo de alcohol en los botellones durante los fines de semana y b) también se pueden realizar pruebas de detección individualizadas (en la consulta) o generalizadas con una determinada población escolar en colaboración con la escuela.

- El procedimiento debe facilitar el acceso a los materiales técnicos. Lo ideal es que disponga de materiales propios.

  Los materiales para la intervención oportunista facilitan la detección a partir de la observación de factores de riesgo en la conducta de la persona y la intervención a través de técnicas que facilitan la conversación en torno a dichos factores. Puede incluir técnicas de entrevista (motivacional), cuestionarios, árbol de decisiones, folletos, fichas, tarjetas, etc.

- Si se opta por la aplicación de pruebas de precribado y cribado, conviene tener en cuenta, además de la validez y fiabilidad del instrumento, que disponga de un menú de actuaciones realista adaptadas al medio.
- El procedimiento debe especificar los/las profesionales que participan. En algunos casos, como en el de la policía local o las urgencias hospitalarias, serán los/as

propios/as policías y personal de urgencias quienes llevarán a cabo la tarea, pero en otros, como en el sector educativo, habrá que contar con el profesorado, las tutorías, la orientación escolar y la dirección.

La ecuación resultante puede incluir más de un servicio como por ejemplo policía local, servicios sociales y técnico/a de prevención.

El procedimiento también puede incluir la participación de otros/as agentes preventivos como mediadores/as, voluntariado y agentes de prevención entre iguales.

- El procedimiento debe especificar las competencias, funciones y responsabilidades de cada profesional, especialmente cuando implique la participación de profesionales pertenecientes a sistemas o servicios diferentes.
- El procedimiento debe determinar la participación del equipo de prevención (TLP), estableciendo los contenidos y los límites de dicha participación.
- El procedimiento debe describir en qué consiste el circuito de la intervención y los recursos de apoyo, si es que se emplea alguno, y determinando los criterios que se emplean para su utilización.

En el caso de colaboración entre la policía local y los servicios sociales, el circuito puede consistir, por ejemplo, en que la policía actúe a partir de la detección del consumo de determinada sustancia en la vía pública por parte de un/a menor, haciendo llegar un aviso a la familia y una recomendación para acudir a los Servicios Sociales municipales, donde se habrá dispuesto un dispositivo de atención para los chicos, las chicas y sus familias. Dicho dispositivo puede realizar una intervención evaluadora (para descartar/identificar casos graves), pero sobre todo informativa y motivadora. A su vez, el dispositivo estará en contacto directo con el equipo de prevención (TLP) para los casos o situaciones que requieran asesoramiento.

Ese tipo de intervención en los Servicios Sociales es lo que se puede considerar como un dispositivo de apoyo y la acción coordinada de la policía local, los Servicios Sociales y el equipo preventivo, es lo que se puede considerar como el circuito de intervención.

El recurso de apoyo hay que entenderlo como un servicio que se presta desde un recurso de ATP que ya existe. No se trata de crear dispositivos nuevos, ni mucho menos de carácter asistencial.

- El procedimiento debe establecer el modo en que se lleva a cabo la derivación/ acompañamiento de los casos que lo necesiten.

  Los programas de prevención indicada no deberían concentrarse en la detección de casos graves o difíciles, pero hay que disponer de un procedimiento adecuado para cuando se presentan.

En primer lugar, tienen que facilitar la realización de un diagnóstico que confirme o descarte trastornos clínicamente significativos, y cuando resulta positivo, tienen que asegurar que la persona recibe la atención adecuada.

El procedimiento se puede establecer de diversas maneras dependiendo de los servicios de asistencia y de prevención del territorio.

a. El servicio preventivo puede facilitar la derivación del/a joven al servicio asistencial para la realización del diagnóstico. Es importante que el chico o la chica y su familia se sientan acompañados en todo momento, ya que es muy frecuente que "*se echen atrás*" cuando son derivados/as a un centro de adicciones. También es relevante si el recurso asistencial local dispone o no de un programa de acogida para menores o jóvenes diferenciado del de adultos y crónicos. Cuando la imagen social del centro se relaciona con personas adultas con problemas de integración y/o de marginalidad, puede despertar resistencias en jóvenes, menores y en sus familias.

b. El servicio asistencial puede colaborar con el equipo de prevención para llevar a cabo determinadas pruebas diagnósticas en el contexto de los programas preventivos que se desarrollan en el medio, desplazándose a los institutos u otros recursos cuando sea necesario. Las ventajas de esta opción son evitar los riesgos de estigmatización, la pérdida de casos durante la derivación y cumplir el objetivo de acercar los servicios a los/las ciudadanos/as, especialmente a los más jóvenes.

c. Existe una tercera posibilidad. En algunas localidades existen programas de intervención psicosociales o socioeducativos dirigidos a jóvenes y adolescentes con objetivos claramente terapéuticos o reeducativos. Pueden depender de los servicios sociales, de salud mental, de servicios públicos o concertados de adicciones, de ONG, de servicios privados, etc. En esos casos hay que valorar su posible participación en el programa, la inclusión del recurso en el circuito y en el proceso de derivación.

La derivación y el acompañamiento deben considerarse como una de las actividades que puede llevar a cabo el equipo de prevención.

- El procedimiento debe determinar el sistema de registro, seguimiento y evaluación de la actividad, así como ofrecer herramientas e instrumentos que faciliten la tarea. No hay que registrar solamente los casos que asesora el equipo de prevención (TLP), sino el conjunto de la actividad que se desarrolla a través del protocolo.

Finalmente conviene tener presentes determinados criterios generales que son de aplicación para todos los sectores y circunstancias. Son los siguientes:

Tener un enfoque motivador (no acusatorio), que promueva la escucha activa y la confianza, que respete la confidencialidad dentro de unos márgenes razonables, que promueva la participación de la familia y de su red social (cuando sea necesario y en la medida de lo posible), que desarrolle estrategias colaborativas con otros/as profesionales, que promueva un enfoque sistémico y un enfoque positivo en el sentido de normalizar la mirada sobre los adolescentes, como propone Funes, J. (2010).

Veamos algunos ejemplos para visualizar como se puede introducir la prevención indicada en distintos sectores.

En la consulta de atención primaria (ATP)

Imaginemos una consulta en la que la médica de familia o el pediatra preguntan al menor o a la joven con qué frecuencia participa en el botellón, cuánto suele beber o cuantos porros fuma a la semana y dependiendo de las respuestas, ofrece información, refuerzo o sugiere un cambio de conducta. Para desarrollar adecuadamente este tipo de intervención es recomendable recibir entrenamiento en las modalidades de entrevista motivacional e intervención breve.

En otras circunstancias, las preguntas pueden dirigirlas a los progenitores o a uno de ellos: ¿Participa su hijo/a en el botellón, con qué frecuencia lo hace? ¿qué le parece la cantidad que bebe? Y dependiendo de sus respuestas establecer con ellos una breve reflexión sobre los riesgos de dicho consumo o quedar en tratar el tema con el/la hijo/a, o bien, indicarle a el/la hijo/a que hable directamente con el/la médico. Nos encontraríamos ante una actividad de prevención indicada, adaptada a la atención primaria de salud.

Lo habitual es que, aunque la intervención sea puntual y oportunista (aprovechando la asistencia a la consulta por otro motivo), también exista un menú de actuaciones posibles dependiendo de las respuestas (información, entrevista, entrega de folleto, etc.) como ofrece el ya mencionado programa SBIRT García-Couceiro, N. et al (2021).

Este tipo de intervenciones se encuadran en la metodología de la entrevista motivacional y de las intervenciones breves, cuyo uso sería necesario promover con formación entre profesionales.

También se pueden realizar acciones programadas como una prueba de pre/cribado o cribado para todos/as los/as jóvenes que cumplen una determinada edad desde ATP o en colaboración con los institutos de la localidad o de una zona.

Mientras exista una gran presión asistencial, las acciones preventivas de este tipo tienen que estar simplificadas al máximo, de forma que su aplicación sea lo más sencilla y breve posible, para hacerlas factibles.

Por ejemplo, en el caso del tabaco con adultos, el protocolo se suele resumir en tres sencillas preguntas: ¿Fuma? ¿Ha pensado dejarlo? ¿Desea información sobre los recursos de los que dispone para hacerlo? Realizar esas tres simples preguntas tiene un efecto positivo a medio plazo, porque, aunque la persona no quiera abordar en este momento su adicción al tabaco, una actitud de disponibilidad por parte del personal sanitario, puede impulsar el proceso de toma de decisión. Desde el enfoque Transteórico, lo importante es pasar de una fase a la siguiente en la decisión de abandonar un hábito o una conducta, y las preguntas y el interés de el/la médico/a o el/la pediatra, pueden facilitarlo.

Con la policía local

Imaginemos ahora que la policía local ha instaurado un protocolo DAP que establece diversos tipos de actuaciones cuando sorprende a jóvenes consumiendo drogas ilegales o alcohol en la vía pública, particularmente dirigido a menores. El protocolo prevé diversas posibilidades de intervención dependiendo de las circunstancias de cada persona: Minoría de edad, reincidencia, tipo y cantidad de sustancia, legalidad o ilegalidad de la misma, etc. Las medidas pueden consistir en facilitar información y advertencia al/a menor; en un aviso a la familia con la recomendación de acudir a un recurso de apoyo; en una sanción administrativa cuyo pago podrá ser sustituido por la realización de determinadas actividades en favor de la comunidad, etc., aunque lo adecuado, desde el punto de vista preventivo, es que sean medidas informativas y educativas.

Si el protocolo de actuación prevé un dispositivo de apoyo donde ofrecer información y orientación es conveniente que esté ubicado en un servicio de carácter generalista y con competencias en la materia como los servicios sociales, pero también podría estar ubicado en salud. Lo importante es que cumpla con determinadas condiciones como las que se han mencionado anteriormente:

a. Que la función esté dentro de sus competencias.

b. Que sea un servicio de atención primaria y así sea visualizado por la población (no un servicio asistencial para adictos o enfermos mentales adultos). Si las circunstancias de la localidad aconsejan que el servicio se preste desde un recurso especializado,

el programa debería dotarse de unas características que permita identificarlo como preventivo y orientado a población joven mediante la selección de un horario, una imagen y/o un personal adecuados.

c. Que forme parte del protocolo y del circuito de prevención indicada compuesto, en éste caso, por la policía local, el servicio en cuestión y el equipo de prevención o TLP (policía+servicios sociales+prevención, por ejemplo).

Si un protocolo de esas características se aplica a una parte importante del conjunto de menores y jóvenes que consumen en la vía pública, los factores de riesgo de la mayoría de los/las detectados/as serán leves o moderados, precisamente el tipo de riesgo que más se puede beneficiar de recibir un "*toque de atención*". Un porcentaje menor corresponderá a chicos y chicas con historial de riesgos en los servicios sociales o en la propia policía, lo cual ofrecerá una oportunidad para retomar el caso mediante una intervención conjunta de los servicios implicados. Finalmente, algunos pocos casos pueden requerir un diagnóstico clínico y una intervención asistencial en un servicio especializado, al que serán acompañados/as por el equipo de prevención, tras haber sido valorados/as en el servicio de información y orientación.

El protocolo DAP o la Guía de prevención indicada describiría todas las modalidades de intervención, el circuito, las funciones de cada uno de los servicios que intervienen y de los profesionales, el sistema de registro y evaluación, etc.

Intoxicaciones en urgencias

Cualquier día puede llegar a un servicio de urgencias una persona intoxicada por drogas, pero durante los fines de semana, las fiestas locales y la temporada estival en determinados focos turísticos, puede producirse un aumento de consultas urgentes, en los servicios de urgencias por intoxicaciones etílicas y por drogas. Algunas de estas consultas pueden ser graves, pero otras se corresponden con jóvenes y menores que "se han pasado esa noche" y que, en principio, no presentan otros riesgos añadidos. Lo cual no quiere decir que no se trate de una circunstancia muy favorable para recibir una actuación de carácter preventivo.

La actuación, en primer lugar, trataría de complementar la asistencia sanitaria que se presta en el servicio de urgencias, con otras medidas de tipo psicosocial y de información para la familia. El protocolo puede contemplar aviso a la familia (no conformarse con la presencia de un amigo/a o hermano/a), información sobre las consecuencias de las intoxicaciones, aunque sean puntuales, información general sobre consumo y adolescentes (folleto), recomendación de visitar un recurso de apoyo, ubicado dentro del hospital o en recursos externos pero coordinados con el servicio de urgencias. A partir de ahí se abren las mismas posibilidades que en los supuestos

anteriores dependiendo de la gravedad de la situación.

También en este caso es conveniente que el servicio de información y asesoramiento se pueda prestar desde un recurso de los que disponga el hospital (equipo social o psicosocial) y, en su defecto, desde uno externo (servicios sociales, ATP, pediatría), pero coordinado con el hospital y el equipo de prevención.

Teniendo en cuenta la presión asistencial a la que suelen estar sometidos los servicios de urgencia, un protocolo DAP para urgencias tiene que ser compatible con las condiciones y rutinas de trabajo del servicio, así como con sus modelos de registro y evaluación.

En el medio escolar

La prevención indicada puede llevarse a cabo en el medio escolar por parte del profesorado, las tutorías y la orientación de manera oportunista, en el desempeño cotidiano de su labor educativa y orientadora o de forma programada mediante la aplicación sistemática de pruebas y menús de actuaciones.

El profesorado juega un papel fundamental en la detección y en la desmitificación de las fantasías de control resaltando los signos y cambios que nota en el alumno, en muchas ocasiones sin necesidad de mencionar el consumo, solo evidenciando los cambios. Otro punto clave es la vigilancia en el recreo y el abordaje constructivo con el alumno, el profesional especializado en prevención y la familia en lugar de recurrir a la expulsión.

En el medio escolar es particularmente importante determinar el sistema de colaboración entre los recursos del centro y del equipo de prevención. ¿Quién puede realizar la detección? ¿Qué papel jugará la tutoría? ¿La orientación será la encargada de ponerse en contacto con el servicio de prevención y supervisar los casos de prevención indicada? O sea, ¿El/la orientador/a jugará el papel de servicio de apoyo de información, orientación y valoración?

Un procedimiento habitual es el siguiente: 1º) El/la profesor/a o el/la tutor/a puede realizar cuantas intervenciones puntuales y oportunistas crean convenientes (mediante intervención mínima, breve o entrevista motivacional) 2º) Los casos que le planteen dudas puede consultarlos con el servicio de orientación 3º) A su vez, éste/a, debe estar conectado/a con el equipo de prevención o TLP para los casos que considere oportuno.

Pero los centros escolares pueden estar organizados de manera que los/as tutores/as jueguen un papel más relevante. En todos los casos habrá que contar con el apoyo o el visto bueno de la dirección.

En los programas deportivos y socioculturales

Participar de forma habitual en actividades deportivas, socioculturales, de ocio, etc. tiene un componente preventivo por sí mismo, particularmente cuando éstos comparten los objetivos de las llamadas habilidades para la vida, pero cuando se presentan determinadas situaciones que a el/la monitor/a o a el/la entrenador/a le parecen que entrañan ciertos riesgos, deberían disponer de los medios para saber cómo actuar sin tener la sensación de extralimitarse en sus funciones, ni tener que inhibirse.

En esos casos, disponer de un protocolo que le ofrezca pautas sobre cómo mantener una conversación con un/a deportista joven o un/a menor, sobre cuando debería hablar con los progenitores y sobre cómo solicitar la ayuda profesional del equipo de prevención puede representar la diferencia para hacer algo o no hacer nada.

Es importante resaltar el papel que juegan como modelos de salud los/as entrenadores/as y monitores/as, así como la potenciación indirecta de la prevención de adicciones a través de la educación en los valores que el deporte comparte con la prevención.

En los servicios sociales

En atención primaria de servicios sociales, se podría establecer un protocolo similar al de salud en el sentido de incluir determinadas preguntas en los cuestionarios o las entrevistas que se llevan a cabo con jóvenes y adolescentes o con sus familias. ¿Con qué frecuencia practica el botellón? ¿Cuánto suele beber? ¿Fuma? ¿Consume porros? ¿otras drogas? ¿Algún comportamiento adictivo o compulsivo: juegos, apuestas, móvil, etc?

También se pueden introducir criterios de detección y atención precoz en los programas preventivos grupales que los Servicios Sociales desarrollan con menores y adolescentes.

En la calle, en el patio o en el botellón (prevención entre iguales)

Los/las jóvenes formados como agentes de salud o agentes de prevención pueden llevar a cabo una importante labor de detección precoz siempre que dispongan de unas pautas muy claras sobre cómo actuar, comprendiendo muy específicamente cuáles son los contenidos, pero también los límites de su intervención con otros/as iguales (incluido el correcto manejo de la confidencialidad). También deben disponer de un sistema de apoyo con la suficiente disponibilidad como para poder recurrir a él en caso de necesidad.

Lo natural es que esté organizado desde algún dispositivo de atención primaria, pero también podría ser impulsado por el equipo de prevención, aunque contando con otros/as colaboradores/as.

http://si.easp.es/activossaludcomunitaria2017/modules/request.php?module=oc_proceedings&action=view.php&id=175&file=1/175.pdf&a=Accept

Resumiendo, algunos de los criterios generales que habría que tener en cuenta a la hora de diseñar las guías y protocolos (además de los procedimientos específicos reseñados) son los siguientes: Emplear los recursos existentes en el territorio, preferiblemente de atención primaria, respetando sus funciones y competencias, manteniendo criterios preventivos sin entrar en actuaciones asistenciales, sin sustituir a otros profesionales, prestándoles apoyo y manteniendo una actitud facilitadora. Hay que tener en cuenta que la función del/la técnico/a de prevención está condicionada por la no pertenencia al mismo sistema que los/as profesionales que deben llevar a cabo la detección y la atención precoz, por lo que debe asumir un modelo de influencia, facilitación y colaboración.

Apéndice Nº 3 Una estrategia para impulsar la prevención indicada a nivel local

Finalmente, para completar el desarrollo de la prevención indicada, la detección y la atención precoz queremos aportar también una propuesta para impulsar su desarrollo territorial.

Los objetivos de la prevención indicada se pueden alcanzar de distintas maneras. La opción que aquí se presenta es una estrategia territorial basada en que los equipos de atención primaria de salud, educación, servicios sociales, deportes, juventud y policía local realizan la detección y primera atención; mientras que los equipos de prevención de adicciones asumen las funciones de coordinación y de asistencia técnica. No se contempla la existencia de un dispositivo específico de prevención indicada al que derivar los casos, sino que es mediante la colaboración entre el equipo de prevención y el personal de los recursos generales en contacto con menores y jóvenes, como se llevan a cabo las diversas estrategias de prevención indicada. El equipo de prevención también acompaña la derivación a los servicios especializados de adicciones cuando es necesario.

La estrategia se basa en cómo actuar preventivamente de manera individualizada a través de profesionales que están en contacto con jóvenes y adolescentes pertenecientes a los sistemas generales y complementariamente, a través de personas pertenecientes a programas de voluntariado o de prevención entre iguales, ya sean jóvenes, padres o madres que han recibido una formación específica.

Como para desarrollar la estrategia es necesario contar con la colaboración de profesionales y/o voluntarios/as se emplean tres tipos de elementos para estimular su participación: Informativos, motivadores y facilitadores de la acción.

En su diseño, vamos a emplear un cuadro de doble entrada elaborado por Marc Coulombé denominado "*Caja de herramientas de la prevención*" Coulombé, M. (1993).

En el eje vertical de la caja de herramientas se sitúan los elementos que favorecen el cambio desde el punto de vista informativo (saber), motivacional (querer) y práctico (poder); mientras que en el eje horizontal se colocan los actores y las actrices a quienes se dirige la estrategia.

Con dicho procedimiento se pretende, por una parte, visualizar el "reparto" de actores y actrices participantes en la obra y, por otra, saber de qué recursos informativos, motivacionales y prácticos disponemos, para desarrollar una prevención indicada adaptada a este escenario concreto.

La caja de herramientas se puede aplicar a un sector como el escolar para discriminar lo que necesitan: profesor/as, tutores/as, orientadores/as, alumnos/as, directivos/as, padres, madres, personal no docente, etc., y también puede servir para discriminar otros/as participantes de otros sectores comunitarios más allá del sector educativo.

"*Caja de Herramientas de la Prevención de las adicciones*"

	Técnicos/as deportivos/as	Personal de atención primaria	Comunidad escolar	Policía local
Saber (Información)				
Querer (Motivación)				
Poder (Facilitar la acción)				

Recordemos que la estrategia de prevención indicada incluye promover medidas preventivas cotidianas de carácter oportunista y la posibilidad de implantar procedimientos de detección y atención precoz en cada uno de los sectores.

El objetivo del equipo de prevención, según el modelo que aquí se propone, es el de facilitar la implantación de la estrategia en un municipio o una zona mediante la propuesta de diversas medidas adaptadas a cada sector, aunque advirtiendo que se trata de una estrategia de adscripción voluntaria, en la que participan recursos que pertenecen a administraciones diferentes.

De forma muy esquemática se podrían resumir las metas de la estrategia de la siguiente manera:

- Integrar la prevención indicada (oportunista) en el día a día de la actividad profesional de todos los sectores en contacto con jóvenes y adolescentes (de una zona) adaptando el contenido de la prevención indicada a cada uno de dichos sectores.

- Fomentar la aplicación de procedimientos de detección y atención precoz (DAP), adaptados a cada uno de los sectores o ámbitos de intervención, en los que se especifiquen: Quién realiza la detección, cómo, con qué instrumentos, los pasos a seguir, el circuito de la intervención, la colaboración con otros sectores, el modo de registro y de evaluación de la actividad, etc.

Cada cuadrícula de la Caja de Herramientas debería completarse con información específica de cada sector, pero existen elementos comunes que permiten establecer recomendaciones generales sobre información, motivación y aspectos prácticos a tener en cuenta en la estrategia local.

Aunque algunos son difíciles de ubicar y otros participan de varias categorías a la vez, se pueden resumir de la siguiente manera:

Elementos informativos. Saber

Las gafas de la prevención.

Existe una tendencia general a fijarse en las situaciones más graves, confundiendo los casos de asistencia con los de prevención, por eso es importante entrenar la mirada en todos los grados de riesgos y ponerse las gafas de la prevención, entendidas como un instrumento que nos permite contemplar el arco completo de los riesgos y de la prevención (el espectro de riesgos)

Información adaptada al sector o ámbito.

Hay que adaptar los contenidos a las necesidades y exigencias de cada sector. Un policía local tiene unas necesidades y unas circunstancias muy diferentes a las de un/a técnico/a deportivo/a. El/la policía querrá saber cómo actuar en el contexto de un botellón y el/la técnico/a deportivo/a como introducir contenidos preventivos en los entrenamientos o iniciar una conversación sobre consumo con un chico o una chica participante en un programa deportivo. Además, el hecho de que el material esté adaptado y emplee el lenguaje del sector, le otorga un plus de credibilidad.

Actuaciones oportunistas y sistemáticas.

Hay que dejar claro estas dos modalidades de intervención en prevención indicada. Hay que saber cómo establecer una conversación preventiva con un/a adolescente o un/a menor sobre su conducta de riesgo (entrevista motivacional) en cada contexto y también hay que conocer los diversos tipos de pruebas (cribados + menús de actuación) que son aplicables en el medio de que se trate.

Primero auxilios preventivos o intervención mínima.

Es importante que los/las profesionales conozcan cual es modo más básico o mínimo de intervención preventiva en su sector. Esta información tiene un efecto informativo y motivador, porque cuando alguien sabe exactamente lo que tiene que hacer a un nivel muy básico, es más probable que lo haga, como ocurre con los primeros auxilios. Evitar expectativas exageradas y/o negativas sobre las consecuencias de nuestra intervención también ayuda a intervenir. Los primeros auxilios preventivos casi siempre se basan en procedimientos tan básicos como la escucha activa y en manifestar disponibilidad.

Elementos motivadores. Querer

En prevención indicada todo comienza por no mirar para otra parte, por no inhibirse, por plantearse qué hacer si se observa un cambio de conducta en un chico o en una chica, si vuelven del recreo ausentes o irritables; si se aprecia un descenso en su rendimiento escolar o deportivo asociado a ausencias injustificadas y cambio de amistades; si se observan conductas de consumo…etc. Desde ese punto de vista hay que considerar motivador todo lo que facilite la intervención o elimine obstáculos. Para intervenir, en primer lugar, hay que querer hacerlo, todo lo demás se puede aprender, pero a su vez, aprender a aplicar primeros auxilios, como se ha dicho, puede resultar motivador.

Confianza y empoderamiento.

Ya hemos hablado del superobjetivo de la prevención que consiste en transmitir confianza a familiares, docentes, personal sanitario, etc. sobre su capacidad preventiva. La prevención de primer nivel no es un asunto de especialistas, por eso todas las medidas que se adopten en el ámbito de la motivación deben ir encaminadas en el sentido de dar confianza y facilitar el empoderamiento preventivo de los/las profesionales en contacto con jóvenes y adolescentes. Apoyar, no sustituir; esa es la fórmula.

Actuar es posible.

Existe un prejuicio muy extendido entre determinados/as profesionales que afirma que actuar preventivamente es inútil o imposible. Se trata de una idea preconcebida, que no se basa en datos objetivos y suele cumplir la función de justificar la propia inacción. Cuestionar las ideas preconcebidas sobre prevención y apoyar este cuestionamiento con datos, abre paso a la idea de que actuar no sólo es posible, sino también eficaz y rentable a medio plazo.

Un elemento motivador importante es mostrar las ventajas de la prevención en el presente (en el corto plazo) y no solo en el medio y el largo plazo. Los métodos activos, participativos y lúdicos facilitan la consecución de este objetivo.

Identificar y difundir las buenas prácticas.

Por identificar buenas prácticas entendemos tanto dar a conocer los buenos proyectos, como ayudar a descubrir los elementos positivos de nuestra práctica cotidiana. Es motivador conocer experiencias exitosas dentro de nuestro sector y ver difundidas nuestras buenas prácticas.

Contar con gente del sector.

Siempre es útil y enriquecedor contar con profesionales del sector donde se va a intervenir en cualquiera de sus fases: Estudio, elaboración de materiales, formación, presentación de las iniciativas, etc. Su presencia ofrece confianza y credibilidad, además de aportar una dosis de realismo muy necesaria en los programas de prevención.

Medios prácticos. Poder

Entrenamiento en habilidades (para la prevención indicada).

El modo más eficaz de implantar una estrategia de estas características es mediante el entrenamiento en habilidades y competencias, ya que contempla elementos informativos, motivacionales y prácticos, pero teniendo en cuenta que no todos/as los/as profesionales generalistas y de ATP van a recibir un curso intensivo sobre habilidades, habrá que pensar en una estrategia que permita adquirirlas poco a poco a medio plazo, en colaboración con el/la técnico/a de prevención de referencia.

La formación incluiría entrenamiento en entrevista motivacional, métodos de detección y atención precoz, contenidos básicos sobre factores de riesgo y protección, etc.

Una advertencia final sobre prevención indicada

La evaluación de riesgos en prevención indicada no debería concentrase en los casos graves, difíciles y crónicos, no porque no merezcan atención, sino porque no son los candidatos adecuados para la prevención. Hay que realizar un esfuerzo para llegar a las situaciones de menor gravedad, en las que las intervenciones preventivas están indicadas y son eficaces.

Si tras la aplicación de un programa de prevención indicada, detección y atención precoz solo encontramos casos de estas características, habremos de reconocer que hemos fracasado como programa preventivo, porque no hemos sabido llegar a esa franja de población que se encuentra en un tipo de riesgo moderado o leve a la que tanto podría beneficiarse de una intervención preventiva reforzadora.

Ideas clave

Existe una gran necesidad de instrumentos para la evaluación de riesgos aplicado a diversos ámbitos y contextos.

En la actualidad las pruebas que están más desarrolladas son las que se aplican a nivel individual, pero faltan recursos técnicos para el resto de los niveles.

Lo ideal sería disponer de cuestionarios, guías y procedimientos que permitieran evaluar el contexto y ofrecieran un menú de opciones preventivas posibles en función de los resultados.

La mejora progresiva de la clasificación de los riesgos en leves, moderados y graves a través de métodos objetivos puede contribuir a ajustar la oferta preventiva a las necesidades y a mejorar la indicación preventiva.

Junto a la ampliación de los instrumentos de evaluación hay que ampliar y diversificar el repertorio de intervenciones ordenadas por niveles, ámbitos y modos de intervención.

Hay que desarrollar una perspectiva más integral e integradora de la prevención, en la que las medidas se refuercen unas a otras, ya sean individuales o colectivas; universales o de prevención de riesgos.

Hay que potenciar la colaboración entre la figura del/a referente de prevención territorial y los sectores profesionales en contacto con la población.

Hay que ampliar y mejorar el bagaje de recursos técnicos de prevención selectiva e indicada de los/as TLP desarrollando programas grupales de habilidades y competencias, diversificando las problemáticas que atienden y los ámbitos donde se aplican, potenciando los programas de prevención selectiva desde las perspectivas ambiental y comunitaria, desarrollando protocolos y guías de detección y atención precoz, profundizando en la metodología de intervención basada en el itinerario personalizado de prevención y en los recursos técnicos en los que se apoya.

Convendría revisar el modo en que se están diseñando y evaluando actualmente los programas. Los resultados de la evaluación podrían mejorar si incluyeran criterios relacionados con el contexto y la implementación de los programas.

Para saber más

- Sobre catálogos de buenas prácticas (seis en la actualidad) de la FEMP visitar su página web:

  https://drogodependencias.femp.es/documentos

- Sobre recursos relacionados con la salud comunitaria, visitar la página de la Alianza de Salud Comunitaria:

  http://www.alianzasaludcomunitaria.org/glosario/

- Sobre la iniciativa de Ciudades Saludables:

  https://recs.es/

- Sobre la Red Andaluza de Planes Locales de Salud.

  https://www.redlocalsalud.es/wp-content/uploads/2017/03/Planes_Locales_de_Salud2_indice_final.pdf

- Sobre actividades comunitarias de atención primaria organizadas por una asociación como la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), visitar su página:

  https://www.semfyc.es/actividad/actividades-semfyc/

- Sobre metodología para la elaboración de planes locales de adicciones consultar:

  La "*Guía para la elaboración de planes locales para la prevención de las drogodependencias*" de Alvira. F y Silva, A. (2001).

  El "Manual para la elaboración de planes municipales de drogas" de la FEMP (2007).

  La guía "*Actuar localmente en drogodependencias. Guía para la elaboración de estrategias, planes y programas municipales*" de Ramírez de Arellano, A. (2002).

- Sobre criterios de buenas prácticas en prevención local, visitar la página de la FEMP:

  http://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/VI%20Buenas%20Practicas%20DroDep.pdf

- Sobre programas universales en el medio escolar.

  En la Comunidad Autónoma de Andalucía los programas son Creciendo en salud que se aplica en infantil y primaria, con dos líneas de acción: Uso Positivo de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación y Prevención del Consumo de Sustancias Adictivas y Forma Joven en el Ámbito Educativo, dirigido a secundaria, también con una línea dedicada a las tecnologías y otra a la Prevención de Drogodependencias: Alcohol, Tabaco, Cannabis y otras drogas y se encuentran alojados en la siguiente página

  https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/drogodependencia/prevencion/paginas/prevencion-educativa.html

- Sobre programas de prevención universal (y otros) basados en la evidencia consultar las páginas del Observatorio Europeo de drogas y adicciones:

  https://www.emcdda.europa.eu/best-practice_es

- Del PNSD:

  http://www.buenaspracticasadicciones.es/

- De la FEMP:

  http://recs.es/wp-content/uploads/2018/08/VI-Buenas-Practicas-DroDep.pdf

- De las grandes entidades del sector que se dedican a la prevención como La FAD, PDS, SyC, ATENEA, CEP, etc.

- Sobre programas de seguimiento infantil y adolescente visitar la página de (AEPap):

  https://www.aepap.org/biblioteca/libros/programa-de-salud-infantil.

- La Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA):

  https://www.adolescenciasema.org/

- El Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIAA):

  https://si.easp.es/psiaa/

- Sobre prevención ambiental visitar la página del PNSD sobre el Ágora nº 7 sobre prevención ambiental (ya mencionado anteriormente):

  https://pnsd.sanidad.gob.es/en/noticiasEventos/agoraDGPNSD/2021/Agora7/home.htm

- Sobre programas de prevención entre iguales en universidades andaluzas, PDS lleva a cabo el programa TU PUNTO en siete universidades de Andalucía:

  https://www.tupunto.org/presentacion/

- Sobre prevención de adicciones y prevención en salud mental:

  La guía práctica para adolescentes y sus familias: "*Abre tu mente en modo positivo: Promoción de salud mental en jóvenes*", de Morales, J.; Muñoz, S. y Pérez, S. (2019).

  La página sobre salud mental, promoción y prevención de la Consejería de salud de la Junta de Andalucía, donde se encuentran alojados diversos materiales sobre prevención y promoción de la salud mental.

  https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/salud-mental-promocion-y-prevencion

- Sobre guías de actuación.

  https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CcoleccionActuaresposible.htm

- Sobre habilidades para la vida visitar la página:

  https://habilidadesparalavida.net/habilidades.php

  Las habilidades para la vida pueden resumirse en las diez siguientes: Empatía, manejo de emociones y sentimientos, manejo de tensiones y estrés, autoconocimiento, toma de decisiones, pensamiento crítico, pensamiento creativo, comunicación asertiva, relaciones interpersonales y manejo de problemas y conflictos.

- Sobre propuestas de detección precoz en atención primaria consultar:

  Manual de Educación para la Salud de Pérez Jarauta, M.J. (2006)

- Sobre programas de prevención familiar.

  Bajo el enfoque que podríamos denominar como "*Escuela de familias*" se han desarrollado múltiples programas preventivos dirigidos a las familias (a todos los niveles). Por poner algunos ejemplos se pueden señalar: El manual de Prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito de las familias de la Junta de Andalucía.

  https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/drogodependencia/prevencion/paginas/drogodependencia-familias.html

- Programa EN FAMILIA de la FAD:

  https://www.campusfad.org/programa/en-familia-educar-para-la-vida/

- Programa PROTEGO de PDS:

  http://www.pdsweb.org/es/protego-entrenamiento-familiar-en-habilidades-educativas-para-la-prevencion-de-las-drogodependencies/

- Sobre elementos que determinan la adherencia a los programas familiares según una revisión sistemática llevada a cabo por Carvalho, J. N. et, al. (2020).

Capítulo 8

8. Alternativas locales para la prevención de adicciones

8.1. Aterrizando en el ámbito local

Durante los capítulos precedentes se ha ofrecido una visión de conjunto del fenómeno de las adicciones y de la evolución de su prevención en nuestro país. Una evolución que se puede resumir en: Un cambio de enfoque que sustituye las drogodependencias por las adicciones; un renovado interés por la prevención selectiva e indicada; un gran desarrollo de los programas basados en habilidades y competencias, en la educación en valores y la toma de decisiones; el reconocimiento de las semejanzas con otros programas preventivos (bullying, violencia, discursos del odio, problemas psicosociales y de salud mental); la creciente importancia de las medidas de prevención ambiental, comunitarias y de promoción de la salud; la incorporación del enfoque de género; así como la necesidad de mantener la prevención de adicciones bajo el paradigma de la evidencia científica y de las buenas prácticas.

Ahora se trata de integrar esos cambios y esas perspectivas dentro de la óptica local, porque como dijimos en la introducción, los/as principales destinatarios/as de este libro son los/as técnicos/as y los/as agentes locales y porque, como veremos a lo largo del capítulo, son las más realistas dadas las circunstancias.

Ahora bien, para impulsar la política de prevención en el ámbito local es necesario que se cumplan algunas condiciones: La primera consiste en ser capaces de integrar los contenidos preventivos en el conjunto de las delegaciones municipales de las corporaciones locales (las de urbanismo y fiestas mayores, por ejemplo, tienen mucho que decir sobre prevención ambiental), y la segunda, en dotar a la prevención de una organización territorial.

Si queremos que las delegaciones de consumo, policía local, servicios sociales, deportes, juventud, fiestas locales, etc., se impliquen en la prevención desde sus respectivos ámbitos y con sus propios recursos, es necesario ajustar los medios preventivos (guías, protocolos, programas) al funcionamiento ordinario de dichas delegaciones. La clave para hacer más fáciles estas opciones preventivas es la adaptación. La mayoría de los recursos preventivos están enfocados al sector educativo, pero queda mucho por hacer en otros ámbitos que son competencia directa de los ayuntamientos.

El paso de abrir las delegaciones a la prevención le corresponde darlo a la administración local, aunque debería contar con la colaboración de la autonómica y central para la elaboración de los nuevos recursos.

La segunda condición, la de organizar territorialmente la prevención, requiere un modelo que vertebre la actividad preventiva en todo el territorio del Estado integrando a las corporaciones locales. La iniciativa, en este caso, corresponde a las tres administraciones: autonómica, central y local. El resultado debe ser un plan lo suficientemente operativo como para entrar en detalles organizativos, de reparto de competencias y de distribución del presupuesto. Podría ser una modalidad de plan concertado como el que impulsó los servicios sociales

8.2. Revisando conceptos básicos de la prevención local

La prevención local también ha experimentado importantes cambios durante las últimas décadas, por lo que resulta conveniente revisar algunos de los conceptos en los que se apoya.

¿Qué entendemos actualmente por prevención municipal, comunitaria y local?, ¿En qué consiste la organización territorial de la prevención?, ¿Quiénes son los técnicos y las técnicas locales de la prevención (TLP)? ¿Cuáles son sus necesidades? o ¿Cómo participa la prevención local del enfoque de la evidencia y las buenas prácticas? son algunas de las preguntas que requieren respuestas actualizadas.

Es inevitable que algunos de estos conceptos se hayan mencionado anteriormente al hablar de recursos preventivos y de metodologías de intervención, pero, aún a riesgo de repetir alguna idea, volvemos a traerlos aquí por su fuerte vinculación con la prevención local.

De la **prevención comunitaria** ya se ha dicho que es un modo de prevención que toma como referencias un territorio y una comunidad y que emplea una determina metodología de intervención. No es algo que tenga que ver con un espacio físico como la calle o con la presencia de público, como se ha dado a entender en demasiadas ocasiones. De hecho, considerar comunitarias iniciativas como una carrera popular o una *performance*, simplemente porque se desarrollan en la vía pública y/o congregan a mucha gente, es lo que ha convertido lo comunitario en un "*cajón de sastre*".

Veamos un ejemplo relacionado con las adicciones como puede ser el "*trapicheo de drogas en un barrio*" y/o de "*venta de alcohol a menores*". Un problema de estas características se puede abordar desde una vertiente exclusivamente policial con el propósito de hacer

cumplir la ley (legítimo por otra parte), desde la perspectiva de la protección de menores de los servicios sociales o desde la programación sociocultural que promueve alternativas de ocio saludable, pero ninguna de ellas, por sí sola, representa una opción comunitaria, sólo si se interviene contando con la participación de todos/as, incluidos/as los/as interesados/as y sus familias, con el propósito de una mejora de la convivencia y la integración social del barrio (cambio social) podría hablarse con propiedad de una intervención comunitaria.

Los ayuntamientos juegan un papel fundamental en el desarrollo de las iniciativas comunitarias, hasta el punto de que, aun en los casos en los que no son sus promotores, son necesarios para su desarrollo. Su participación es necesaria, no solo por ser la administración más próxima a los/as ciudadanos/as, sino porque los representa a nivel local. La presencia de los ayuntamientos aporta legitimidad los proyectos comunitarios. Ahora bien, eso no quiere decir que todo lo que haga el ayuntamiento en materia de prevención tenga que ser comunitario.

Esto, que puede parecer una obviedad para las personas que trabajan en la administración local, no siempre lo es para quienes lo hacen en otras administraciones, que siguen identificando la prevención municipal básicamente con medidas comunitarias y con el refuerzo de la prevención escolar.

La prevención municipal hay que entenderla como aquella que el ayuntamiento despliega a través de sus programas preventivos, cuyos contenidos dependen de las delegaciones municipales a las que pertenecen. Los programas que más se han impulsado históricamente han sido los de educación, pero poco a poco se van desarrollando otros como los de educación en valores a través del deporte, los de fiestas locales saludables, los programas dirigidos a adolescentes en riesgo, los de prevención y seguridad (como el programa "*Agente Tutor*"), los de prevención y consumo dirigidos a profesionales de la hostelería (como el programa "*Servicio Responsable*"), los de ocio nocturno libre de abuso y violencia de género (como el "*Proyecto Malva*") y los talleres sobre parentalidad positiva impulsados por diversas delegaciones municipales.

Estos nuevos campos de intervención representan el futuro de la prevención municipal, tanto por su carácter innovador, como porque forman parte de sus competencias directas, mientras que las tradicionales de salud y educación pertenecen a las CCAA. Esto no quiere decir, en modo alguno, que los ayuntamientos tengan que dejar de colaborar con los centros escolares y los centros de salud ubicados en su término municipal, pero sin olvidar que la responsabilidad de la prevención que en ellos se desarrolla depende en última instancia de la administración que los gestiona, mientras que la que se desarrolla a través de las delegaciones municipales depende del propio ayuntamiento.

Cuando el ayuntamiento desarrolla programas a través de varias de sus delegaciones, colabora con otros/as agentes sociales e institucionales presentes en

el territorio se dota de un sistema de participación y de un órgano de coordinación, puede decirse que dispone de los elementos necesarios para un plan municipal de prevención de adicciones, que como se ha explicado, es el modo recomendado por los/las expertos/as para intervenir localmente en adicciones.

La **organización territorial** hace referencia a la forma en que se organizan y se distribuyen los recursos en un territorio. Los recursos pertenecientes a los sistemas universales de educación y de salud, se reparten según unos criterios poblacionales y territoriales cuyo objetivo es asegurar una distribución racional y equitativa.

Desgraciadamente no se puede afirmar lo mismo de la prevención, ya que la falta de un modelo consensuado, hace que sus escasos recursos se repartan de manera desigual. El resultado es que algunos municipios disponen de recursos profesionales dedicados a la prevención y otros no; que algunas comunidades autónomas disponen de equipos profesionales dedicados a la gestión y la coordinación territorial de la prevención y otras no.

Es verdad que en España las competencias sobre la prevención de adicciones no dependen de una sola administración, lo cual no facilita su gestión, pero esa circunstancia no debería influir hasta el extremo de impedir un desarrollo territorial equilibrado.

Así, teniendo en cuenta la doble adscripción de la prevención a la administración local y autonómica y el hecho de que la administración central también promueve iniciativas preventivas, lo razonable sería, como se ha dicho, que se impulsara un plan concertado entre de las tres administraciones para esta materia.

La prevención ambiental. De este modelo de intervención también se ha hablado en capítulos anteriores, lo que lo vincula tradicionalmente a la prevención local es su aplicación a contextos de fiesta, ocio y consumo de sustancias en la calle, ya que una de las competencias de los ayuntamientos es la posibilidad de sancionar el consumo de alcohol y drogas en la vía pública a través de sus ordenanzas municipales y la de ofrecer alternativas educativas y de servicio a la comunidad a las personas sancionadas en vez de multas económicas.

El uso de esta facultad es una contribución fundamental de los ayuntamientos a la prevención de las adicciones, pero teniendo en cuenta la definición de prevención ambiental como: las estrategias que alteran las normas y los ambientes físicos, sociales y económicos sin basarse en la persuasión, cabe imaginar la participación de nuevos actores y actrices municipales, hasta ahora bastante ausentes del reparto, como la gerencia de urbanismo o la delegación de consumo, y abriendo un campo muy prometedor de innovación local

Por ejemplo, existen experiencias muy interesantes que vinculan el urbanismo con la promoción de la convivencia ciudadana y la prevención del delito. Pensando en el futuro, no hay que descartar una mayor participación de los municipios en las políticas sociales y de prevención, si como propone la FEMP (con motivo de su 40 aniversario), el proceso de descentralización del Estado Español debería completarse a través del poder local.

¿Quiénes son los técnicos y las técnicas de la prevención local (TLP)?

Podemos distinguir tres sencillas categorías para clasificar a los/las profesionales que se dedican a la prevención de adicciones en nuestro país:

1ª) Investigación/docencia/estudios.
2ª) planificación/programación/gestión.
3ª) Intervención.

En la primera categoría se encuentran todas aquellas personas que trabajan en el estudio, la docencia y la investigación de las adicciones.

En la segunda categoría entrarían todas aquellas personas que se encuentran en puestos de planificación, programación y/o gestión de la prevención en diversos niveles de la Administración.

La tercera categoría está compuesta por todas aquellas personas que se dedican profesionalmente a la intervención, ejecutando los programas o haciendo que se ejecuten en sus respectivos territorios. Es la categoría que acoge a los profesionales de primera línea y que, a falta de mejor nombre, denominamos como técnicas y técnicos locales de prevención de adicciones (TLP).

Los/as TLP no forman un grupo homogéneo en cuanto a recursos, ratio, funciones, dedicación, competencias, perfiles profesionales y salarios, ni si quiera respecto a su adscripción laboral. La mayoría pertenece a la administración local, pero algunos dependen de la autonómica y otros de ONG. El denominador común es su función de aplicar o de hacer que se apliquen los programas en el territorio.

No podemos dejar de mencionar a los/las profesionales que hacen prevención en el día a día de su trabajo en atención primaria, en la enseñanza o en los servicios sociales, que denominamos agentes preventivos, sin cuya colaboración no se podrían aplicar la mayoría de los programas de prevención.

Es importante mantener claras las diferencias entre todas estas categorías a la hora de analizar el papel de los/las profesionales en las políticas preventivas de adicciones.

8.3. Políticas locales basadas en la evidencia y en las buenas prácticas.

Para avanzar en prevención, como en cualquier otro campo del conocimiento, es necesario que sus productos estén basados en la evidencia y que el desempeño profesional esté sometido a los criterios de las buenas prácticas. Sin olvidar que existen diversos grados de evidencia (según el desarrollo de cada disciplina) y que el avance del conocimiento científico es progresivo y acumulativo.

8.3.1. ¿Qué significa que algo esté basado en la evidencia?

Si tomamos como referencia la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), comprobamos que su objetivo es la integración de la experiencia clínica con el mejor conocimiento científico disponible. Trata de optimizar la toma de decisiones del/a profesional mediante la selección de la mejor información disponible, integrando los datos procedentes de las investigaciones con los de la práctica.

La principal herramienta de la MBE es la Guía para la práctica clínica, que consiste en un conjunto de lineas o recomendaciones dirigidos a ayudar a profesionales y pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud más apropiados en circunstancias o escenarios clínicos específicos.

De esta definición interesa destacar los conceptos de "*recomendaciones*", "*toma de decisiones compartidas*" y "*diversos escenarios*", porque una herramienta de estas características no consiste en un programa cerrado que exige ser aplicado de forma rígida para asegurar su eficacia, sino que es un instrumento que acerca el conocimiento más depurado a los/las profesionales, para que éstos puedan tomar las mejores decisiones en condiciones reales.

Un aspecto interesante de la MBE es que pone a el/la profesional en el centro de la estrategia. Son ellos/as quienes toman las decisiones (en dialogo con sus pacientes), por lo que el proceso de obtener y depurar evidencia está concebido para ponerlo a su servicio (y no al revés, como si se tratase de un dogma).

Otra manera de trasladar este enfoque teórico y práctico a la prevención es utilizando la evidencia disponible en el diseño de programas, como hemos visto en el capítulo anterior referido a los basados en habilidades y competencias. En su caso, se trataba de combinar una serie de contenidos y metodologías avalados por la evidencia con una serie de criterios sobre su correcta implementación que incluían la evaluación del contexto, la selección, el reclutamiento y el mantenimiento de los participantes en los programas.

Ahora bien, no todos los actores y actrices involucrados en la prevención de adicciones tienen el mismo rol. Todos tienen que contribuir a que los programas de prevención estén basados en el mejor conocimiento científico disponible y se adapten a los criterios de buenas prácticas en su aplicación, pero asumiendo cada uno la responsabilidad que le corresponde.

Las funciones que le corresponden a los/as TLP son la elección y la aplicación de los programas, protocolos, guías, herramientas o cualquier otro producto siguiendo las especificaciones del propio producto y las recomendaciones de las buenas prácticas profesionales. El diseño, la evaluación, la homologación, la producción y distribución de los diversos recursos no entran dentro de sus responsabilidades salvo que participen como un miembro más en los equipos que las llevan a cabo.

O sea, las funciones de los/as TLP son la correcta elección de los recursos que mejor se adapten a las necesidades locales (dentro de la gama de los acreditados) y velar por su correcta ejecución.

La aplicación efectiva de los programas también le puede corresponder a los/as agentes preventivos asistidos por los/as TLP de su territorio.

Es importante tener presente esta distribución de roles a la hora de juzgar la calidad científica de los programas y de evaluar las responsabilidades de cada parte en relación con el grado de eficacia alcanzado.

8.4. La necesidad de una alianza entre profesionales e investigadores/as

En todos los ámbitos del saber se pueden producir tensiones entre el mundo académico/investigador y el de la práctica profesional; en todos se pueden cruzar acusaciones de "*demasiado teórico*" y de "*poco científico*" respectivamente. La prevención de adicciones no es ninguna excepción en este sentido, pero al contrario de lo que ocurre en otros ámbitos donde el sector profesional tiene mucho peso, aquí está descompensado en favor de gestores/as e investigadores/as, que son los que protagonizan el discurso preventivo en España, mientras que el sector profesional apenas consigue hacer oír su voz, salvo en medios como **Lasdrogas.info.**

Quizá como consecuencia de ese desequilibrio se ha llegado a difundir la idea de que el mayor problema que padece la prevención en nuestro país es el de la falta de evidencia científica o de la calidad científica de sus programas ("*el discurso de los/las investigadores/as*", por así llamarlo). En nuestra opinión se trata de una afirmación bastante desafortunada por varios motivos:

- Ha sembrado la confusión en el sector al no distinguir entre las competencias y responsabilidades de cada una de las partes que intervienen en él. Muchos y muchas TLP han interpretado que se les reprochaba su bajo nivel científico/investigador, cuando su primera obligación debe ser mantener un alto nivel "profesional" en la aplicación de recursos y programas preventivos.

- Desprecia el principio básico de la comunicación en salud que recomienda construir los mensajes en positivo, lo que en este caso implicaría el uso de expresiones constructivas relacionadas con la búsqueda constante de la mejor evidencia disponible.

- Teniendo en cuenta el carácter acumulativo del conocimiento científico, su avance experimentado en las últimas décadas, la existencia de diversos grados de evidencia y de diversos métodos para obtenerlas, resulta más ajustado a la realidad expresar el mensaje en términos de mejora constante de la calidad en vez de falta de evidencia.

- Poner el acento exclusivamente sobre el déficit de evidencia científica, ha oscurecido los otros grandes problemas que afectan al sector profesional de la prevención como la precariedad y la falta de un modelo organizativo territorial, que implican un obstáculo objetivo para obtener la prevención de calidad que todos/as deseamos.

Es cierto que, visto en su conjunto, el paradigma de la evidencia implica a todo/as, desde los/las investigadores/as de laboratorio hasta los profesionales que implementan los programas, pero poner el acento en la falta de evidencia sin describir el contexto del sector, puede dar lugar a una información sesgada.

Actualmente nadie del sector profesional apoya programas que carezcan de las mínimas bases científicas. Otra cosa es que existan malas prácticas e incluso fraudes, como ocurre en otros sectores. Véase, por ejemplo, la polémica en torno a las pseudoterapias y la medicina basada en la evidencia.

8.5. Reflexionar sobre el modelo actual de evaluación de programas

También cabe plantear una reflexión sobre el actual sistema de evaluación de programas y tratar de hacer alguna aportación desde punto de vista de la práctica profesional.

Las necesidades y los medios con los que cuenta la investigación y la práctica profesional son tan diferentes, que cabe la posibilidad de que algunos programas con un buen potencial preventivo queden fuera del campo de observación de la investigación.

En palabras de Domingo Comas:

> "*Los estándares consensuados de evidencia científica, no se pueden cumplir… salvo tener una financiación continua y adecuada. Algo a lo que solo acceden (algunos) programas de investigación. El resultado es una invisibilización de los programas de prevención*" Comas, D. (2016).

Con el propósito de acercar la investigación y la prevención aplicada cabría plantearse algunas alternativas:

- Nuevos métodos de búsqueda y selección de programas.
- Crear incentivos para que los/as profesionales publiquen sus experiencias (los/as investigadores ya los tienen).
- Estimular la formación de equipos mixtos de profesionales e investigadores/as.
- Incluir como objeto de estudio e investigación necesidades de la prevención aplicada.
- Creación de un fondo para la innovación en prevención local que oriente los intereses de los instigadores hacia temas locales.
- Plantear investigaciones en términos de búsqueda de mejoras (no solo de exigencia) como la llevada a cabo por David Pere (2021) con el nombre de «*Espacios de mejora de los planes locales de prevención de adicciones*».

Históricamente la investigación se ha concentrado en aspectos técnicos y metodológicos de los programas, dejando un poco de lado los relacionados con el contexto y la implementación. Tal vez prestando mayor atención a estos aspectos mejoren algunos resultados.

En cualquier caso, hay que hacer un esfuerzo para que la investigación sea más sensible con las necesidades de la prevención aplicada y para que la practica incorpore los criterios y las recomendaciones que la ciencia pone a su servicio.

8.6. ¿Es posible otra alternativa?

Como se ha dicho anteriormente, el fuerte impulso que experimentó la política sobre drogas en España con la creación del PNSD de 1985, estimuló considerablemente el desarrollo de la asistencia y de la lucha contra el narcotráfico, pero no tanto el de la prevención y la incorporación social.

¿Qué pasó con la prevención de adicciones en España? ¿Por qué, junto a la incorporación social, no experimentó un desarrollo tan importante como otras

áreas? ¿Exigían una coordinación intersectorial e interinstitucional más compleja? ¿No disponía el PNSD de 1985 de un modelo alternativo para la prevención que se practicaba en esas fechas?

Junto a la relativa inhibición del Ministerio de Educación frente a la participación más decidida de los Ministerios de Salud e Interior y la mala financiación que ha padecido históricamente la administración local española, hay que reconocer que la tarea era más compleja. Si bien la asistencia y la lucha contra el narcotráfico podían organizarse de una manera más o menos sectorial incrementando los recursos destinados a los mismos, la prevención exigía una coordinación intersectorial mucho mayor, que implicaba como mínimo a salud, educación, servicios sociales y a la administración local. Una coordinación que solo podía alcanzarse mediante el desarrollo de una política integral; un tipo de política para la que la Administración Española no se ha mostrado particularmente eficaz.

En España ha existido la tendencia a gestionar las políticas sociales en función de colectivos (personas discapacitadas, adictas, enfermas mentales, sin hogar, ex-reclusas, paradas de larga duración, minorías étnicas, inmigrantes) abordándolos como si se trataran de compartimentos estanco. El resultado ha sido que el Estado ha destinado medidas específicas de protección social, de prevención y de promoción a cada uno de ellos, pero las dirigidas a unos no siempre han alcanzado a los demás. Ramírez de Arellano, A. (2015). La atención a las personas con problemas derivados de las drogas y adicciones no ha escapado a esta tendencia.

Respecto a si existía un modelo alternativo, la respuesta es afirmativa. Al igual que el PNSD disponía de un modelo público y profesional, alternativo a las granjas y centros dirigidos por ex-adictos de la época, también tenía un modelo preventivo alternativo a las malas prácticas basadas en los testimonios vitales de ex-adictos/as, la exageración del poder adictivo de las sustancias y la "*La guerra contra la droga*".

Desde su origen el PNSD dispuso de un enfoque adecuado para diseñar una política integral de prevención, el problema es que no se vio acompañada de los medios materiales y organizativos necesarios para su desarrollo.

¿En qué consistía el enfoque?

El modelo estaba basado, y lo sigue estando, en el supuesto de que se cuenta con la participación de los sistemas educativo y sanitario (dos de los pilares del estado del bienestar), con los servicios sociales, con los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado y con un cuerpo especializado en prevención de adicciones. Todos ellos, junto

a los ayuntamientos y los servicios destinados al ocio, la cultura y el deporte, serían los principales actores encargados de desarrollar un plan integral de prevención.

Sus argumentos eran y son incuestionables: a) Sólo el sistema educativo tiene la capacidad de organizar una prevención universal basada en las habilidades para la vida, continua y progresiva, adaptada a cada etapa del ciclo escolar durante la escolarización obligatoria. b) Solo los servicios pediátricos y ATP tienen la capacidad de implementar programas de seguimiento de salud infantil (PSI) a lo largo de la edad pediátrica y adolescente, así como programas de detección precoz dirigidos a toda la población. c) Solo una estrecha colaboración entre el sistema educativo, la atención sanitaria infanto/juvenil, los servicios sociales y los servicios de prevención, podría garantizar la cobertura de la prevención selectiva, indicada, la detección y la atención precoz. d) Solo un fuerte compromiso de los servicios relacionados con el deporte, la cultura, la ocupación del tiempo libre… podrían ofrecer alternativas saludables al ocio basado en el consumo de sustancias y actividades adictivas.

El problema es que, siendo una propuesta muy coherente, es más teórica que real, porque los sistemas a los que hace referencia no han asumido globalmente la prevención de adicciones, ni la prevención de otros problemas psicosociales y de salud mental de niños y jóvenes. Y no se ha creado un cuerpo especializado de prevención de adicciones distribuido de forma racional y equitativa en el territorio.

La consecuencia más grave de esta falta de desarrollo de la prevención es que después de tantos años siguen sin resolverse los problemas que pesan sobre el sector profesional de la prevención. Nos referimos a las dificultades de financiación, cobertura, delimitación de competencias, composición de los equipos básicos, perfiles, titulaciones, acreditación, salarios, homologación de programas y de planes de formación, estabilidad laboral, etc., que no solo no se resuelven, sino que muchos de ellos, ni siquiera están planteados como una prioridad.

8.7. Como desarrollar una estrategia local

Si queremos desarrollar una estrategia preventiva más realista habría que diseñarla contando con los recursos disponibles sobre el terreno, que vistos desde una óptica local ofrecen una imagen muy diferente que desde la óptica estatal.

La debilidad más importante desde la perspectiva territorial es la distribución irregular e inestable de los recursos profesionales (falta un modelo organizativo y recursos), pero, a su vez, su mayor fortaleza son esos mismos/as profesionales/as y los recursos de los que disponen.

A saber:

a. Los recursos del propio ayuntamiento.

b. Buenos contactos con entidades, agentes sociales y ciudadanos.

c. La colaboración de profesionales sanitarios y educativos de su zona.

d. Una cantidad variable de colaboradores de los servicios sociales.

Además de...

e. Un buen suministro de recursos preventivos en forma de programas, publicaciones, estudios y herramientas por parte de la Comunidad Autónoma y del PNSD en colaboración con entidades especializadas del sector.

f. Convocatorias de certámenes y subvenciones para entidades locales y asociaciones sectoriales dependientes de las CCAA, de la FEMP y del PNSD, así como un número variable profesionales de las mismas dedicados a la gestión y a la coordinación de programas.

g. Unidades investigadoras/docentes comprometidas con la prevención de algunas universidades y de algunos hospitales situados en el entorno, junto a los diversos másteres sobre adicciones y alguno específico sobre prevención con los que establecer diversas modalidades de colaboración.

Si sustituimos el eslogan de la lucha contra la droga, por el de la lucha por la prevención, la propuesta de un plan integral se parecería a una ofensiva nacional, mientras que la propuesta basada en los activos locales, se parece más a la guerra de guerrillas. En favor de esta última hay que decir que la guerrilla ha demostrado ser la estrategia más eficaz cuando el Estado no ha sabido dar una respuesta nacional en diversas circunstancias históricas. Además, las ciudades siguen siendo los laboratorios donde se experimentan las fórmulas innovadoras.

"*Las ciudades y los territorios son los lugares donde viven las mujeres y los hombres, las niñas y los niños, donde los ciudadanos trabajan para sacar adelante sus hogares y donde se originan los sueños. Allí es donde deben solucionarse la pobreza y las desigualdades, donde se proporcionan los servicios de educación y sanidad, donde se protegen los ecosistemas y donde deben garantizarse los derechos humanos*". (Agenda Habitat III la conferencia de las Naciones Unidas sobre vivienda y desarrollo urbano sostenible, se celebró en Quito, Ecuador, del 17 al 20 de octubre de 2016).

Es posible que a quien no se encuentre sobre el terreno, pueda parecerle que la fotografía no refleja la realidad o que solo recoge una parte de ella, en cualquier caso,

es el resultado de las respuestas obtenidas de los propios/as TLP cuando se les ha preguntado directamente GID (1996) y Fundación Atenea (2013).

Actuar como si se dispusiera de unos medios de los que se carece es una mala opción. Las políticas también deben estar basadas en las evidencias y no en discursos retóricos.

¿Cómo organizar la estrategia local?

- **Adaptando el discurso preventivo.**

  La prevención local tiene que hacer un esfuerzo por traducir los mensajes preventivos a las necesidades de la gente de la calle, conectándolo con sus preocupaciones cotidianas. Tiene que dejar a un lado la retórica institucional de la prevención y concentrase en mensajes claros y concretos… y en escuchar

  La prevención depende en gran medida de valores compartidos, de normas de convivencia escritas y no escritas, de hábitos, de costumbres y tradiciones. Las relaciones sociales y las fiestas forman parte de ellas, y en nuestro país están fuertemente ligadas al alcohol y en menor medida, pero también, a otras drogas y conductas adictivas. El discurso preventivo tiene que hacer ver que las normas y costumbres las creamos y sostenemos en comunidad, por lo que la comunidad también puede cambiarlas. El consumo de drogas asociado a las relaciones sociales y a la fiesta tiene un componente social que puede ser abordado comunitariamente.

  En el ámbito comunitario, aún es posible ejercer cierta influencia como ciudadano/a y como colectividad. Esta capacidad de agencia personal y colectiva, junto a la percepción de autoría constituyen por sí mismas factores de protección. Son lo contrario de los riesgos de la anomia y la indefensión.

  No se trata de hacer una cruzada sobre el no a las drogas, el alcohol y otras conductas, mucho menos contra la diversión. Más bien se trata de desmontar algunos mitos y dogmas, como que sea imposible pasarlo bien sin sustancias, o que "*lo normal*" sea beber o drogarse para integrarse y divertirse, porque eso convierte a los que no lo hacen literalmente en "*no-normales*". Un primer paso sería considerar que pasarlo bien sin sustancias y sin consumismo también es normal, que no tiene por qué ser una condición de integración.

  Las señas de identidad cultural, la fiesta y las relaciones sociales vinculadas con las drogas y el alcohol son buenos temas de discusión preventiva. Contemplar el consumo de alcohol, de drogas y las conductas adictivas como una "imposición cultural" puede ser una línea preventiva interesante para trabajar con jóvenes y adolescentes que les disgustan las imposiciones.

También debería ser objeto de reflexión colectiva el efecto modelador de padres y madres en el consumo de sustancias y en el uso de tecnologías como los móviles.

El discurso preventivo tiene que fomentar el empoderamiento individual y colectivo y múltiples formas de convivencia y diversión (sin necesidad de recurrir a sustancias o conductas adictivas).

- **Ampliando el discurso y entroncando con otros:**

Como acabamos de ver uno de los discursos más arraigados culturalmente es el que vincula el consumo con el ocio y la diversión. La prevención de adicciones puede alinearse con los discursos que cuestionan esa imposición cultural y trabajan activamente por disfrutar de otras alternativas. Tener una sola alternativa (para pasarlo bien y socializar) es muy pobre. La prevención no debería ir contra el placer, sino fomentar un discurso del placer basado en la diversidad, en vez de vincularlo exclusivamente con el consumo. Los conceptos de placer y salud no deben permanecer enfrentados por más tiempo. Comer sano, realizar actividades físicas y deportes, respirar aire limpio, participar en actividades grupales culturales, lúdicas, deportivas… etc. no debería ser concebido como un sacrificio, si no como un placer, enlazando con el *discurso de la promoción de la salud.*

Pero si consumir para pasarlo bien indica una gran pobreza cuando se convierte en la única alternativa, *consumir para no pasarlo mal*, entraña aún más riesgos. Cuando el consumo se emplea para lidiar con la ansiedad o la insatisfacción, para no aburrirse, para poder relacionarse, para poder relajarse o poder dormir, entraría dentro de la categoría de la automedicación o autoterapia y su discurso entroncaría con el de *salud mental*.

El consumo de sustancias legales, ilegales y psicofármacos, así como la práctica compulsiva de determinados juegos o tecnologías pueden ofrecer un alivio temporal de la ansiedad y un simulacro de control. Este modo de gestionar la ansiedad, la frustración, el aburrimiento o la insatisfacción representa una "*estrategia de afrontamiento*" muy extendida y consonante con el modelo de la sociedad de consumo.

Existen otras estrategias de afrontamiento que se deberían hacer visibles. Nos referimos a técnicas básicas que facilitan el control del estrés y la ansiedad mediante la respiración y la relajación, así como a un conjunto de habilidades socioemocionales que mejoran la gestión de las emociones y las relaciones sociales. No se trata de poner en terapia a la población, se trata de fomentar una serie de competencias y habilidades para el desarrollo humano que ofrecen un gran potencial preventivo. Se trata de adquirir hábitos saludables también desde un punto de vista psicológico; se trata de higiene mental.

Frente al discurso de la "*patologización de las emociones*" que experimentamos ante las adversidades de la vida cotidiana y "*la medicalización de los sentimientos*" a través de psicofármacos fuertemente adictivos, hay que oponer el discurso de la "*alfabetización emocional*".

Aceptar las emociones, ponerles nombre, expresar claramente lo que se necesita, compartir sin competir, experimentar empatía, etc. no son objetivos terapéuticos, sino de desarrollo humano, salvo que se esté tan lejos de ellos que para alcanzarlos haga falta una terapia.

Hay que aprender a integrar adecuadamente los sentimientos desde pequeños, empezando por saber distinguirlos para poder gestionarlos. La sociedad en su conjunto saldría ganando si las personas aprendiéramos a gestionar mejor nuestras emociones.

El discurso sobre la alfabetización y la inteligencia emocional es más estimulante que el del control de los impulsos. El primero parte de una idea positiva de los sentimientos, mientras que el segundo muestra cierta sospecha sobre los impulsos.

En la práctica, los factores de riesgo y de protección en población infanto/juvenil son los mismos desde la perspectiva de la salud mental y de las adicciones, así como los recursos preventivos que se emplean. Sobre todo, si se tiene en cuenta el arco completo de los trastornos que acompañan a las adicciones y no solo los relacionados con la impulsividad como venía siendo tradicional.

Otro discurso con el que enlazar es el de la parentalidad positiva que se reivindica desde tantos sectores diferentes. Cuando los/as niños/as son pequeños/as las medidas preventivas hay que dirigirlas al conjunto de la familia y particularmente a los padres. En el sector de las adicciones, las metodologías dirigidas a los progenitores se han centrado mucho en el binomio compuesto por apoyo y control (afecto y límites) en el sentido de querer a los hijos incondicionalmente y controlarlos condicionalmente (ver apartado sobre factores de riesgo y de protección familiares).

En oposición a los discursos que favorecen el odio, el bullying, la violencia, los comportamientos machistas y las relaciones basadas en la dependencia afectiva, la prevención de adicciones enlaza con los discursos que hablan de solidaridad, de empatía, de habilidades socioemocionales, de la toma de decisiones en condiciones de presión social, de asertividad, de autonomía y de un posicionamiento ético ante los abusos y las injusticias (educación en valores).

La prevención de adicciones (y de otros trastornos psicosociales) comparte con la educación física y el deporte de niños y jóvenes una serie de valores fundamentales: Cooperación, resiliencia, compañerismo, capacidad de esfuerzo, empatía, trabajo en equipo, autonomía, (administración adecuada de los propios límites y de los propios recursos). En definitiva, se puede hacer prevención de adicciones mediante la educación en valores a través del deporte cuando se practica con una determinada metodología y unos determinados valores.

- **Traduciendo el discurso al idioma adolescente. Épica y romanticismo.**

Los/as adolescentes son un sector preferente de los programas de prevención, pero la prevención de adicciones no es uno de sus temas favoritos. Por lo que sí muestran interés los/as adolescentes es por sus propios sentimientos, por su cuerpo (su aspecto), por el placer (pasarlo bien) y por sus relaciones, como corresponde a la etapa llena de energía y de cambios físicos, psicológicos y sociales por la que atraviesan.

Afortunadamente en relación con estos intereses disponemos de un arsenal preventivo basado en habilidades sociales, gestión emocional y gestión de placeres y riesgos, muchos de ellos englobados bajo los epígrafes de inteligencia emocional, habilidades y competencias psicosociales.

Un aspecto que destaca en este grupo de edad es la importancia que le concede a la integración en el grupo de iguales. Entre los adolescentes se produce un fenómeno denominado audiencia imaginaria que viene a significar algo así como sentirse observado desde la perspectiva de lo que creen que es normal en el grupo de iguales. También puede implicar sentirse impulsada/o a hacer lo mismo que los demás para pasar desapercibido. En definitiva, se trata de una especial preocupación por la "*normalidad*". El problema surge cuando lo que se considera normal es "*colocarse*" para pasarlo bien o adoptar determinadas conductas o actitudes poco respetuosas, insolidarias o violentas para integrarse en el grupo. En este punto es importante ofrecer los datos de consumo que representan a la mayoría, no a la minoría. Por ejemplo, en el caso del cannabis se puede insistir en el 73% que no consume, más que en el 27% que si lo ha hecho.

Los/as adolescentes también muestran preocupación por las "*injusticias*". Casi todos sus conflictos con los/las adultos/as son definidos en términos de "*eso no es justo*", lo que significa que, de algún modo, están interesados por la ética. Cuando las antiguas normas infantiles no sirven y algunas de las que provienen del grupo de iguales son contradictorias con las de la familia, el conflicto está servido.

La preocupación por la audiencia imaginaria, la crítica a las injusticias, a las incoherencias y a la doble moral sobre drogas y adicciones de los/las adultos/as, giran en torno a lo normativo.

Otro concepto relevante en la adolescencia implicado en la prevención es el de la autoestima. Durante mucho tiempo se ha considerado como un factor de protección, pero hoy la cuestión no está tan clara, dependiendo de si la prevención se dirige a jóvenes normalizados o vulnerables. Hay dudas sobre si fomentar la autoestima en jóvenes normalizados que no padecen un déficit en esta faceta de la personalidad es preventivo o puede ser contraproducente si lleva a la persona a sentirse invulnerable ante los riegos.

Además, se ha producido cierta tergiversación del término. A veces se oye hablar de la autoestima como si se tratase de un depósito que puede llenarse o vaciarse (tiene la autoestima baja, se oye decir), pero la autoestima no es algo que se pueda suministrar desde fuera; es algo que hay que construir. Se construye con decisiones y las decisiones coherentes con una ética personal son una de las fuentes de la autoestima. La autoestima no es un concepto exclusivamente psicológico, sino también ético.

Si se quiere desarrollar un discurso que llegue a los/las jóvenes y adolescentes tiene que poder hablar de gestionar los impulsos, el placer y los sentimientos, y no rehuir el debate ético en su aspecto más crudo: ¿Qué significa actuar con valor o ser un cobarde? ¿Qué significa ser uno mismo en situaciones de presión social (invitación al consumo, violencia, bullying)? ¿Cómo resolver el conflicto entre la lealtad a los compañeros/as y a las figuras de autoridad?, ¿Es posible sentirse bien sin ser coherente con uno/a mismo/a?, etc. También debe hablar sobre cómo desafiar las normas grupales cuando no nos convencen. Los adolescentes quieren integrarse, pero también quieren ser ellos/as mismos/as... como cualquiera.

- **Acercándose al discurso de género**

El discurso preventivo puede destacar aquellos aspectos en los que las drogas y las adicciones repercuten de manera especialmente negativa sobre las mujeres: Las mujeres como víctimas del consumo de alcohol y drogas de sus agresores; los abusos y acosos que se producen contra las mujeres en contextos de fiesta y consumo de sustancias; el mayor consumo femenino de ansiolíticos (con sus implicaciones sobre el sistema de atención de salud mental) y el mayor número de dependencias emocionales; el estigma que pesa sobre las mujeres adictas; la invisibilidad de determinados perfiles de riesgo femeninos en los que no están presentes la impulsividad, ni el comportamiento antisocial, pero si lo están la inhibición y la distimia junto al consumo de psicofármacos, las tecnologías o el alcohol, etc.

El discurso preventivo comparte con el discurso de género el apoyo de la autonomía y el empoderamiento, la gestión de la presión de grupo, el análisis crítico de la publicidad y de determinadas normas sociales, la crítica de algunos valores tradicionales, el fomento de las relaciones de cooperación en oposición a las de dependencia, la asertividad, etc.

Profundizar en los valores implícitos en la prevención de adicciones y el análisis de sus discursos, permite acercarlo a la gente y enlazar la prevención de adicciones a la de otros problemas y trastornos. En este sentido, la prevención de adicciones se puede entender como un discurso a favor de la emancipación, la autonomía, el desarrollo humano y el cambio social.

- **Situando la figura del/la TLP en el centro del tablero.**

  Para meterse en la piel de un técnico o una técnica local de prevención (TLP), debemos ubicarlo en su escenario natural. Normalmente se trata de un/a empleado/a del ayuntamiento, un/a técnico/a de una entidad social (ambos en condiciones laborales precarias) o un/a técnico/a de prevención de un centro de atención de adicciones (CAD). Su misión se divide entre aplicar programas propios con la colaboración de otros agentes preventivos y colaborar con otros para que apliquen sus programas compatibles con los propios/as.

Tienen que lidiar con muchos frentes a la vez:

a. Las áreas y concejalías del ayuntamiento (salud, educación, servicios sociales, policía, fiestas, deportes, etc.), porque en todas ellas se pueden introducir elementos preventivos en sus actuaciones o, dicho en términos de guerrilla preventiva, "*se los puede sumar a la causa*".

b. Recursos territoriales de la administración autonómica o central relacionados con el bienestar social que disponen de programas preventivos compatibles y complementarios con los propios. Los más habituales son los de Salud, Servicios Sociales, Educación y CCFFSE.

c. Asociaciones locales, entidades nacionales del tercer sector con actuaciones locales y agentes sociales relevantes en el territorio.

d. Medios de comunicación, redes sociales, líderes de opinión que pueden influir en la percepción del fenómeno y en el discurso preventivo.

e. El programa o la entidad a la que pertenecen como profesionales (Ayuntamiento, ONG, servicio de adicciones, etc.).

   Los y las TLP suelen ocupar un lugar subordinado en la organización, pero a la vez disponen de cierto margen de autonomía para decidir o proponer programas y contenidos socialmente relevantes. Esto es así, en parte, porque casi nadie entiende del tema y en parte, porque sus acciones pueden tener consecuencias sobre aspectos socialmente sensibles a nivel local como las fiestas, el ocio nocturno o la convivencia. No hay que olvidar que las fiestas locales son uno de los acontecimientos más importantes de la vida local, en las que el ayuntamiento

invierte muchos esfuerzos y recursos. Lo que se haga durante la fiesta local tendrá mucha visibilidad y repercusión.

El lugar que ocupan les permite aprovechar los avances técnicos y programáticos que le ofrecen las diversas administraciones y entidades y tratar de alinearlos con los recursos locales. Su labor es más efectiva cuando consiguen introducir ingredientes preventivos en diversas políticas municipales y en los recursos territoriales de salud y educación que cuando se dedican a la aplicación intensiva de un programa en un centro educativo de la localidad, como ha ocurrido demasiadas veces en el pasado. Conviene no olvidar que la prevención integral en la escuela es responsabilidad del sistema educativo y no del técnico o la técnica local, aunque puedan y deban colaborar con ella.

Su posición es compleja, pero también privilegiada. Si son capaces de situarse en el centro del tablero colaborando con unos y con otras en la promoción de la prevención local, aportando conocimientos, técnicas, contactos, materiales, infraestructuras para la realización de actividades, etc., desarrollando lo que podríamos denominar como promoción preventiva estará adoptando una posición estratégica. Algunas de sus funciones concuerdan con las que se atribuyen a la animación sociocultural, aunque poniendo más énfasis en la salud que en lo cultural: Programar, organizar, dinamizar, y evaluar proyectos de intervención social encaminados al desarrollo social, aplicando técnicas de dinámica de grupos y utilizando recursos comunitarios, culturales y de ocio y tiempo libre. Muñoz J. (2012)

Una de sus funciones más importante es la relacional. Esta función tiene dos dimensiones. La primera deriva de su posición estratégica que le permite crear tejido conjuntivo (redes) entre profesionales, representantes institucionales y de la ciudadanía, y la segunda tiene que ver con la función de empoderamiento de colectivos y de la ciudadanía. Este empoderamiento hay que entenderlo como el proceso mediante el cual las personas, las organizaciones y las comunidades logran control sobre sus asuntos, tanto en el sentido de adquirir o incrementar su poder de influencia social y política, como en el sentido psicológico de tener mayor control sobre la propia vida (de la persona o la organización), así como mayor percepción de autoeficacia, elementos que, por sí mismos, constituyen activos preventivos muy poderosos.

Hablando de empoderamiento, conviene recordar que las relaciones entre profesionales y clientes, usuarios, pacientes o estudiantes, no son neutras. Siempre están sometidas a una geometría según la cual, relaciones pueden ser más o menos verticales u horizontales; más o menos asistencialistas o empoderadoras.

También entra dentro de su ámbito de competencias la selección de los materiales y programas preventivos de calidad cuya aplicación promoverá en el territorio, velando

por su correcta ejecución. O sea, no son solo mediadores entre los diversos agentes del territorio, también lo son entre los avances del conocimiento científico en forma de programas preventivos y su aplicación en el territorio.

Como profesionales comarcales o provinciales también pueden jugar un papel de asesoramiento y de coordinación.

Resumiendo, los técnicos y las técnicas locales de prevención son los actores y las actrices de la prevención en el territorio de nuestro país; son la infantería de la prevención de adicciones.

Tienen que fomentar la prevención dentro de las diversas delegaciones municipales facilitándoles medios y recursos preventivos adaptados a su realidad. También tienen que impulsar la prevención en el territorio mediando entre los agentes que operan en él y los recursos disponibles de prevención de adicciones.

También podrían considerarse como responsables de la prevención comunitaria, si no fuera por el desgaste que ha sufrido el término "*comunitario*" en las últimas décadas.

Su contribución al proceso de la evidencia consiste en la selección de programas y materiales de calidad y en la supervisión de su correcta aplicación en el territorio siguiendo criterios de buenas prácticas.

Sus funciones principales son las de promoción y asesoramiento técnico, que se traducen en acciones formativas, divulgadoras, sensibilizadoras y de asistencia técnica directa a la población diana y a los profesionales en contacto con ella.

Los/as TLP son los/as referentes de las políticas locales de prevención de adicciones, y cuando no ejercen ese papel, no es porque no les corresponda, es porque hay una confusión en sus funciones o existe una mala práctica.

Como profesionales responsables de la prevención local en el territorio deberían estar en el centro de la estrategia preventiva.

- **Reorganizando los recursos.**

  Habría que alinear los recursos destinados a investigación, formación, diseño de programas, comunicación, seguimiento y evaluación, teniendo en cuenta a los municipios y la figura de los técnicos y técnicas de prevención local TLP.

Recursos para la monitorización de la evolución del fenómeno

Unos de los logros del PNSD ha sido la creación de una serie de instrumentos para el conocimiento de las adicciones y de su evolución a nivel nacional. En este sentido hay que conservar lo conseguido. Nos referimos fundamentalmente a las encuestas EDADES y ESTUDES, así como al TDI (Indicador de demanda de tratamiento) y a los diversos informes monográficos que realiza el OEDA (Observatorio español de Drogas y Adicciones), aunque deberían mejorar la capacidad de ofrecer datos filtrados por municipios o territorios.

Herramienta de diagnóstico local

Si los sistemas mencionados no son capaces de ofrecer datos filtrados por municipios o territorios habría que crear un procedimiento capaz de ofrecer una imagen sobre la evolución del fenómeno y su atención dentro del contexto local.

Para completar esta información, hay que disponer de herramientas que permitan conocer las necesidades y los recursos locales. Pueden tratarse de guías adaptadas al tamaño de los municipios que indiquen paso a paso cómo realizar el trabajo de campo.

El objetivo sería disponer de las herramientas adecuadas para obtener los datos localmente relevantes, sin necesidad de tener que realizar un estudio empezando de cero en cada localidad o encargarlo a un equipo especializado.

Hay mucho por desarrollar en este campo. La universidad y las entidades innovadoras del sector podrían adaptar las herramientas que ya existen o crear otras nuevas, con la premisa de que sus usuarios finales son los/as técnicos/as locales de prevención.

Herramientas de seguimiento y evaluación

La prevención local tiene verdadera necesidad de herramientas y procedimientos para el registro, seguimiento y evaluación de la actividad preventiva. Pero tienen que ser instrumentos adaptados a sus necesidades y que faciliten su labor cotidiana.

En este punto conviene aclarar un malentendido. Como venimos sosteniendo a lo largo de todo el texto, la responsabilidad de la prevención aplicada (local) consiste en seleccionar y aplicar correctamente los programas avalados por la evidencia y a ser posible acreditados por la autoridad competente. Estos programas (ya evaluados), requieren ser aplicados de una determinada manera (buenas practicas) que incluye su propio sistema de registro de la actividad y de los resultados. La

prevención local se encarga pues, de su correcta aplicación (que incluye aplicar la evaluación que proporciona el propio programa), pero la evaluación que dio origen al programa y a su validación, es una tarea que no le corresponde.

En cambio, existe una gran cantidad de procesos y de actividades que los ayuntamientos desarrollan para llevar a cabo su política preventiva local, que no siempre encuentra métodos adecuados para su evaluación. Nos referimos a las actividades relacionadas con el diagnóstico de las necesidades y los recursos locales, con la participación y creación de redes, con el grado de involucramiento de las diversas delegaciones municipales, con la forma de medir la evolución de la percepción pública del fenómeno y de las medidas que se adoptan, con la introducción de medidas ambientales, etc. Este tipo de medidas requieren métodos de evaluación diferentes (evaluación de políticas) a los que se aplican a los programas convencionales.

Tanto la Universidad como las ONG punteras del sector, en colaboración con el PNSD, podrían jugar un papel importante suministrando los métodos más adecuados de evaluación de este tipo de medidas ahondando en las necesidades locales.

Recursos preventivos adaptados a las delegaciones municipales

Para realizar un plan municipal de prevención es fundamental diversificar los contenidos de los programas, con objeto de que se puedan adaptar al mayor número de delegaciones municipales posibles, desde la de deportes hasta la de urbanismo.

Algunos programas tendrán un carácter universal y de promoción de salud, pero otros pueden desarrollar protocolos de detección y atención precoz adaptados a los diversos escenarios donde trascurre la vida de los jóvenes y las adolescentes apoyándose en los profesionales que están en contacto con ellos/as. Así mismo se pueden desarrollar programas de prevención selectiva e indicada dirigidos a población vulnerable en colaboración con los servicios sociales tales como: programas de habilidades socioemocionales dirigidos a adolescentes en riesgo, talleres de estrategias de afrontamiento psicológico de la ansiedad dirigidas a población de diversas edades y género en situación de vulnerabilidad, programas de parentalidad positiva dirigidos a padres y madres de jóvenes en programa de prevención selectiva, etc.

Otros recursos técnicos preventivos

El conjunto de los recursos preventivos tales como guías, protocolos, programas, manuales, herramientas, propuestas técnicas y metodológicas han de tener un enfoque claramente local o, si se prefiere el término, aplicado.

Prevención y comunicación local

El ayuntamiento dispone de varios medios para intervenir en prevención a través de la comunicación: El gabinete de comunicación municipal, los medios locales de comunicación locales o la sección local de los medios autonómicos o nacionales, las redes sociales, los agentes clave, los líderes de opinión locales e influencers. También puede establecer alianzas con el sector profesional del periodismo y la comunicación, dependiendo del tamaño del municipio.

El gabinete de comunicación puede ser un aliado importante de la prevención, por lo que es relevante conocer su mecánica de funcionamiento, sus necesidades, su forma de elaborar las notas de prensa, etc. También es importante que sus profesionales dominen algunos conceptos importantes sobre drogas, adicciones, representación social del fenómeno, prevención, etc., para que no reproduzcan los mitos y tópicos sobre las drogas y las adicciones.

Por lo que es importante disponer de materiales dirigidos específicamente a estos recursos locales.

Fomento de la investigación y la innovación en prevención local

Desde el 2003 existe un certamen de buenas prácticas locales en drogodependencias patrocinado por la FEMP, que a través de la publicación de sucesivos catálogos ha dado a conocer las experiencias exitosas locales en esta materia. Los criterios empleados para evaluar las buenas prácticas que aparecen en las bases del certamen son una aportación muy interesante para medir la calidad de planes y programas municipales de prevención de adicciones.

La iniciativa se podría complementar con la creación de un fondo para la investigación y la innovación en prevención local que orientara los intereses investigadores de entidades sociales y universidades hacia las necesidades locales en temas tales como:

» Programas preventivos adaptados a las diversas delegaciones.

» Herramientas de estudio y diagnóstico de microentornos y centros (educativos, de salud, de juventud, etc.

» Procedimientos de seguimiento y evaluación.

» Metodología de intervención del Itinerario Personalizado de Prevención (IPP).

» Protocolos de detección y atención precoz (DAP) adaptados a diversos sectores.

» Guías de buenas prácticas preventivas aplicadas a diversos sectores y escenarios.

Desde el PNSD, las CCAA, y la FEMP se podría fomentar el encuentro entre investigadores y profesionales; así como entre las propias unidades locales mediante encuentros y jornadas que faciliten el intercambio de buenas prácticas, la creación de redes de conocimiento y grupos de innovación intermunicipales.

Los/as TLP pueden participar en la investigación y el diseño de programas formando parte de los equipos de innovación e investigación. La creación de equipos mixtos de investigadores y profesionales puede ser una buena fórmula para soslayar las dificultades relacionadas con la transferencia de conocimiento y la aplicabilidad de los programas.

La Formación ¿Escuela de oficiales o comandos operativos?

A la luz de los cambios que ha experimentado la prevención en las últimas décadas y las necesidades que manifiesta la prevención local, entendemos que se abren nuevas áreas de conocimiento y nuevos contenidos para los profesionales de la prevención, por lo que una pregunta muy pertinente es: ¿Qué formación requieren los profesionales de la intervención?

En este apartado solo podemos apuntar algunas de las necesidades que plantean los nuevos retos de la prevención local que la formación podría ayudar a cubrir. No se trata de una propuesta de un plan de estudios, sino de llamar la atención sobre algunos ítems que los planes de estudio deberían tener en cuenta.

Dominar el discurso técnico de diversas disciplinas. (Hablar idiomas)

En nuestro país existen diversos sistemas públicos profesionales que comparten un mismo objeto de intervención, sin que la responsabilidad y las competencias estén del todo claro a quien corresponden. Nos referimos fundamentalmente a adolescentes que padecen una serie de riesgos psicosociales y a los sistemas de salud mental, promoción de salud, servicios sociales, adicciones y educación. La colaboración entre todos comienza por conocer el idioma preventivo que hablan cada uno de ellos.

Controlar la narrativa de la prevención.

Con cierta frecuencia, se convierten en noticias determinados problemas relacionados con las adicciones: Incautación de alijos, muertes por sobredosis, intoxicaciones y comas etílicos, consumo infantil, botellón, negligencia parental, legalización del cannabis, nuevas drogas, sumisión química y abusos sexuales, chemsex, uso abusivo del móvil, TIC, dependencias emocionales, etc. En esas circunstancias es muy conveniente disponer de argumentos con los que participar en el debate público reforzando la prevención.

"*Es importante que el/la técnico/a de prevención tenga una formación básica en comunicación y que disponga de recursos técnicos necesarios que le permitan influir sobre la narrativa local de las adicciones y su prevención.*" Martín, J. (2010)

Interpretar mapas y datos.

Muchos organismos gubernamentales y sociedades científicas ponen a disposición de los profesionales información muy valiosa en forma de datos y estudios sobre tendencias, consumo, asistencia, salud, servicios sociales, etc. Es importante conocerlos y saber interpretarlos.

Técnicas de investigación social

Para obtener un buen diagnóstico local, además de disponer de datos cuantitativos es necesario introducirse en el territorio y escuchar a la gente. A tal efecto es útil conocer algunas técnicas cualitativas básicas de investigación social: Entrevista en profundidad, grupo de discusión, grupo focal, mapeo colectivo, Delphi, observación participante, investigación acción, story-telling, etc.

Es importante saber qué tipo de resultados se puede esperar de cada técnica, porque en ocasiones se llevan a cabo estudios cuyos resultados ya se conocen (porque reproducen los nacionales y autonómicos) o no guardan relación con los problemas que se pretenden resolver o con las decisiones que hay que tomar.

No se trata de convertir a los/las TLP en sociólogos/as o en psicólogos/as sociales, sino ayudarles a que puedan tomar buenas decisiones en ese campo (aunque tengan que encargar el trabajo a otros profesionales) y de adoptar una posición como la que defiende la Alianza por la Salud Comunitaria para el conocimiento de la comunidad. Ver **Para saber más.**

Los/as decisores políticos/as locales necesitan propuestas que entronquen con las necesidades sentidas de su localidad. Los informes que son capaces de reflejar el sentir de la gente tienen más posibilidades de prosperar.

Tecnologías de la participación.

Si no queremos que el trabajo comunitario se convierta en una sucesión de reuniones interminables, es necesario dominar ciertas técnicas que hagan la participación más ágil y eficaz. El mejor aliado en este sentido son las técnicas participativas. También en este caso el sector de la promoción de la salud ha incorporado técnicas que facilitan el trabajo participativo de la comunidad mediante procedimientos lúdicos y creativos como la foto-relato, el mapa emocional, la tertulia de café, mapping parties y la investigación narrativa.

En la línea de las nuevas formas de participación, J. M. Melero (2016) considera imprescindible "*el conocimiento y manejo de plataformas tecnosociales que favorezcan procesos participativos que complementen los formatos presenciales*".

Técnicas y procedimientos de prevención selectiva e indicada.

Si se quiere avanzar en el campo de la prevención de riesgos conviene conocer algunos instrumentos y herramientas para la evaluación preventiva (cribados colectivos y entrevistas individuales), para la realización de entrevistas motivacionales y colaborativas; para la aplicación de protocolos de detección y atención precoz (DAP), para la realización de intervenciones breves e intervenciones sistémicas en contextos no clínicos; así como técnicas de coaching, counseling, de conducción de grupo y de programas de habilidades socioemocionales. No hay porqué ser especialista en cada una de estas técnicas, pero es bueno conocerlas para saber cuál se ajusta mejor a cada contexto y ocasión, aunque en ocasiones haya que acudir a ayuda externa.

Técnicas de monitorización y evaluación

Es necesario incorporar técnicas y conocimientos sobre monitorización y evaluación a la formación de los TLP, recordando que estamos hablado de gestión local de la prevención, no de investigación y evaluación académica de la prevención.

Habilidades psicosociales

Otras habilidades que diversos/as autores/as han señalado como necesarias para desempeñar adecuadamente el rol de TLP son las siguientes: inteligencia emocional, empatía, competencia relacional, capacidad para gestionar conflictos, pensamiento crítico, creatividad, etc., así como el dominio de las tecnologías de la información/comunicación a un nivel suficiente

Conocimiento de otros planes

Si la prevención local es capaz de alinear sus objetivos con el plan estratégico de su ayuntamiento o de la entidad en la que trabaja, con otros planes de la entidad como el de género o el de protección de la infancia y con el de ordenación urbana con los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) y la Agenda 20/30 contará con muchos aliados.

Si no se reconoce previamente la legitimidad de un espacio para la prevención municipal, con todas las peculiaridades y los ámbitos de competencias que les son propios, nunca se desarrollarán los recursos preventivos necesarios de ese nivel de intervención. Nos referimos a los estudios, los programas, las herramientas de diagnóstico y de evaluación locales. Ni siquiera el lenguaje preventivo recogerá la variedad de experiencias que se desarrollan a nivel municipal, por lo que se seguirá juzgando como un ámbito desde el que se presta apoyo a la prevención escolar y donde se desarrollan actividades comunitarias que se confunden con las que se realizan en la calle o en los medios de comunicación.

Ideas clave

Para avanzar desde la situación en la que se encuentra, la prevención se enfrenta a la disyuntiva de seguir apostando por medidas que, aunque bien intencionadas, no han funcionado hasta el momento, o probar otras nuevas.

Este capítulo está dedicado a resumir un conjunto de propuestas para el desarrollo de la prevención desde la perspectiva local, basadas en la adaptación de los recursos técnicos al ámbito local, en la integración de las medidas preventivas en cada una de las delegaciones municipales que componen las corporaciones locales y, principalmente, en poner en el centro de la estrategia a los técnicos y las técnicas de la prevención local de adicciones, sin los/as cuales la prevención profesional dejaría de existir en nuestro país.

España necesita programas de prevención basados en la evidencia, una organización territorial capaz de aplicarlos racional y equitativamente y los recursos necesarios (técnicos y humanos) para una adecuada implementación profesional.

Para saber más

- Sobre urbanismo, convivencia ciudadana y prevención de delitos.

  CPTED (Prevención del Delito a través del Diseño Urbano). Ver: «*III Congreso Internacional de Seguridad Ciudadana de la UMVN: Nuevas Ideas, Actores y Políticas en Seguridad Ciudadana en un contexto de incertidumbre. Debatiendo sobre Territorio, Capital Social y Cohesión Social*".

  https://www.unvm.edu.ar/noticias/destacadas/iii-congreso-internacional-de-seguridad-ciudadana/

- Sobre los programas Agente Tutor, Servicio responsable y proyecto Malva:

  https://drogodependencias.femp.es/que-es-un-agente-tutor

  https://www.servicioresponsable.org/

  https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/drogodependencia/prevencion/paginas/servicio-responsable.html

  https://www.drogasgenero.info/malva/

- Sobre guías de práctica clínicas.

  https://portal.guiasalud.es/

- Sobre buenas practicas locales en prevención de adicciones.

  https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/VI%20Buenas%20Practicas%20DroDep.pdf

- Sobre técnicas cualitativas y participativas de promoción de la salud.

  http://www.alianzasaludcomunitaria.org/

- Sobre la propuesta de Domingo Comas sobre evidencia científica para profesionales.

  https://fundacionatenea.org/http:/fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2014/06/que-es-la-evidencia-cientifica-domingo-comas.pdf

- Sobre la Alianza para la salud Comunitaria.

  https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.s3294 /

Capítulo 9

9. Diez desafíos de futuro para la prevención

El capítulo que se suele reservar para las **conclusiones** hemos preferido sustituirlo por el de los desafíos, en parte, porque cada capítulo resume sus propias conclusiones y, en parte, porque los desafíos las llevan implícitas e invitan a la acción

1. Profundizar en un modelo de prevención cada vez más comprensivo (con y sin sustancias) y especializado.
2. Superar el modelo de atención por colectivos, avanzando en la plena integración de las adicciones y de su prevención en los sistemas generales de salud, servicios sociales, sistema educativo, etc.
3. Desarrollar una organización territorial que permita aplicar los programas preventivos con garantías de una manera homogénea, equitativa y ordenada.
4. Reconocer la existencia de un espacio propio de la intervención preventiva local con los ámbitos de competencias que le corresponden (más allá de la prevención comunitaria y el apoyo a la prevención escolar).
5. Desarrollar recursos y programas adaptados a las diversas delegaciones y áreas municipales.
6. Continuar con el desarrollo de la prevención selectiva, indicada, detección y atención precoz adaptadas al ámbito local (pruebas, programas, herramientas, guías y protocolos).
7. Apostar por la evidencia y las buenas prácticas reconociendo el rol de cada uno/a de los actores y actrices que participan en el proceso, fomentando la colaboración entre profesionales e investigadores/as.
8. Acometer los problemas históricos del sector de la prevención: Financiación, ordenamiento de competencias, homologación de la formación y las titulaciones, ratios territoriales/poblacionales, catálogo básico de servicios preventivos, infraestructuras, apoyo al sector profesional de la prevención, etc.
9. Un plan concertado entre las tres administraciones que impulse programas de prevención basados en la evidencia, una organización territorial que permita aplicarlos racionalmente contando con la administración local y los recursos necesarios (técnicos y humanos) para una adecuada implementación profesional.

10. Alcanzar un acuerdo con los demás sectores que intervienen en la prevención de riesgos psicosociales infanto/juveniles sobre los contenidos básicos de una prevención universal centrada en las habilidades para la vida y en las etapas del desarrollo , convirtiendo la prevención en un derecho universal.

10. Bibliografía

- Alianza de Salud Comunitaria. Glosario

  http://www.alianzasaludcomunitaria.org/glosario/

- Alianza para la Protección y la Prevención del Riesgo Psicosocial en Niños, Niñas y Adolescentes (2019). "*Guía para una intervención integral en prevención de los riesgos psicosociales en niños, niñas y adolescentes*".

  https://www.fad.es/wp-content/uploads/2019/05/Gu%C3%ADa-para-una-intervenci%C3%B3n-integral-en-prevenci%C3%B3n-de-los-riesgos-psicosociales-en-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes.pdf

- Alonso, C., Salvador, T. y Suelves, J.M. (2004). "*La Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas*". Centro de Estudios sobre Promoción de Salud (CEPS).

- Alvira. F. Silva, A. (2001). "*Guía para la elaboración de planes locales para la prevención de las drogodependencias*". Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

- Antonovsky A. (1993) *Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility.* Soc Sci Med. 1993; 37: 969-81.

- Antonovsky A. (1993). *The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Science and Medicine* 6:725-733, 1993.

- Bandura, A. (1997). "*Self-efficacy. The exercice of control*". Nueva York: Freeman.

- Becoña, E. (2002). "*Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*". Ministerio del Interior. DGPNSD.

- Becoña, et al (2008). "*Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*". Socidrogalcohol. Barcelona.

- Betelheim, B. 2010. "*No hay padres perfectos*". Crítica. Barcelona.

- Bimbela, J.L. (1995). "*Cuidando al cuidador: counseling para profesionales de la salud*". Granada. EASP.

- Botvin, G. (1995). "*Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos*". Psicología Conductual, 3, 333-Flay, BR y Petraitis, J. (1994) "*The theory of triadic influence: A new theory of heath behavior with implications for preventive interventions*". Advances in Medical Sociology, 4, 1944..356

- Bowlby, J. (1998). "*El apego*". Tomo 1 de la trilogía "*El apego y la pérdida*". Barcelona, Paidós.

- Burkhart, G. (2011). *Prevención ambiental de drogas en la Unión Europea. ¿Por qué es tan impopular este tipo de prevención? Adicciones*, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 87-100, jun. 2011. ISSN 0214-4840.

  https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/151

- Cano-Vindel, A. Et al. (2016). "*Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy Versus Treatment as Usual in Adult Patients With Emotional Disorders in the Primary Care Setting (PsicAP Study): Protocol for a Randomized Controlled Trial*". JMIR Research Protocols, 5(4), e246.

  https://doi.org/10.2196/resprot.6351

- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

- Cardeillac, V. *Cannabis y esquizofrenia. Revisión de la literatura de los últimos 15 años*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Volumen 80 N° 1 Setiembre 2016|página 33

- Carvalho, J. N. et, al. (2020). *Revisión sistemática de programas de prevención familiar universal: Análisis en términos de eficacia, retención y adherencia. Adicciones.* [S.l.], v. 33, n. 4, p. 359-368.

- Clayton, R. R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. In M. D. Glantz & R. W. Pickens (Eds.), Vulnerability to drug abuse (pp. 15–51). American Psychological Association.

  https://doi.org/10.1037/10107-001

- Collins, Michell (18, octubre, 2018). "*España puede ser líder en Europa si legaliza el cannabis*". El País. Recuperdo 16-mayo-2022

  https://elpais.com/sociedad/2018/10/16/actualidad/1539701213_352883.html

- Comas. D. (Comas (1994). "*La familia española y las drogas. Una perspectiva generacional*". Primer congreso internacional de la Asociación Proyecto Hombre. Vitoria-Gasteiz. 18 de nov 1994.

- Comas y Aguinaga (2006). "*La generación premeditada*". Temas para el debate. ISSN 1134-6574, N°. 138 (mayo), 2006, págs. 23-28

- Comas, D. (2016). "*Una aproximación histórica a las prácticas preventivas en el campo de las drogodependencias*". Revista española de drogodependencias. ISSN 0213-7615, N.º 2,2016, 48-68.

- Comas, D. (2018). "*Una propuesta de futuro para la acción preventiva*" en "*Repensando la prevención*"/ Gonzalez de Audikana, M. coord, Deusto Digital págs. 39-68

- Comunidad Autónoma de Murcia (2010). "*Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de adicciones basada en la evidencia*"

  http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG_Buenaspracticasprevencion_Murcia.pdf

- Coulombé, M. (1993). "*¿Es posible la prevención sin recursos de apoyo?*" En "*Materiales y recursos para la prevención del uso indebido de drogas*". Vitoria-Gasteiz. Servicio de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Cyrulnik, B. (2005). "*Bajo el signo del vínculo*". Editorial Gedisa. Barcelona.
- Cyrulnyk, B. (2005). "*Los patitos feos, la resiliencia una infancia infeliz no determina la vida*". Editorial Gedisa, 5ª ed. Barcelona.
- Chico, E. (2000) "*Búsqueda de sensaciones*". Picothema.2000.Vol 12, nº2, pp 229-235.
- De Pablo J.J. (1998). "*Técnicas y herramientas para la intervención psicosocial con grupos desde un enfoque centrado en soluciones*". Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo –SEPTG–, nº 14, año 1998, págs. 102–122.
- DGOJ (2015). "*Prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España*".

  http://www.ordenacionjuego.es/es/estudio-prevalencia

- DGOJ (2022). "*Mercado de juego on line estatal*"

  https://www.ordenacionjuego.es/es/noticia-mercado-juego-online-estatal-2020.

- Dominguez-Gomez, A. y García, B. (2022). "*La percepción social de riesgos asociados a las adicciones en la provincia de Huelva*".

  http://www.diphuelva.es/export/sites/dph/agenda/informe-cualitativo-4.0-def-para-Alfonso.pdf

- EASP (2017). "*Manual para la elaboración de planes locales de salud*".

  https://www.redlocalsalud.es/wp-content/uploads/2017/03/Planes_Locales_de_Salud2_indice_final.pdf.

- EDADES (2021).

  https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf

- El Público (19-03-22). "*La pandemia propicia que España sea el mayor consumidor de tranquilizantes del mundo por segundo año consecutivo*". Recuperado el 19-05-22

  https://www.publico.es/sociedad/pandemia-propicia-espana-sea-mayor-consumidor-tranquilizantes-mundo-segundo-ano-consecutivo.html.

- ENSD (2018). *La Estrategia Nacional sobre Adicciones* 2017-2024.

  PNSD https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm.

- ESTUDES (2021).

  https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf.

- Escohotado, A. (1990). "*El libro de los venenos*". Mondadori.

- EUROPOL

  https://www.europol.europa.eu/

- FAD (2-junio-2022). "*Barómetro Juvenil. Salud y Bienestar*".

  https://www.fad.es/notas-de-prensa/los-jovenes-espanoles-sienten-que-su-salud-mental-empeora-cada-vez-mas/

- FEMP (2007) "*Manual para la elaboración de planes municipales de drogas*". FEMP. Madrid.

- Festinger, L. (1962). *Cognitive Dissonance. Scientific American*. 207(4): pp. 93 – 106.

- Funes, J. (2010). "*9 Ideas clave para educar en la adolescencia*" 2010. Editorial Graó. Barcelona.

- García-Couceiro, N. et al (2021). "*El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes*". Rev Esp Salud Pública. 2021; Vol. 95: 19 de mayo e1-20.

- Garrido, L. (7-05-2021). "*Las casas de apuestas aumentan un 24% el gasto en marketing.*"

  https://www.marketingdirecto.com/marketing-general/marketing/las-casas-de-apuestas-aumentan-un-24-el-gasto-en-marketing

- Gil, E. (2014). "*El síndrome de dependencia familiar como encuadre de la agenda juvenil*". Revista Metamorfosis: Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud. ISSN-e 2341-278X, Nº. 0, 2014, págs. 47-64.

- Giskes K, Kunst AE, et al (2007). *Applying an equity lens to tobacco-control policies and their uptake in six Western-European countries.* J Public Health Policy. 2007 Jul;28(2):261-80. doi: 10.1057/palgrave.jphp.3200132. PMID: 17585326.

  https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17585326/

- Gonzalez, B. (1, 0ctubre. 2010). "*El error de legalizar las drogas*". El País. Recuperado 16 -mayo-2022.

  https://elpais.com/diario/2010/10/01/opinion/1285884010_850215.html

- Gonzalez-Bueso, V. et al. (2018). "*Dependencia emocional en mujeres: Una revisión de la literatura empírica*". Psicosomática y psiquiatría, ISSN-e 2565-0564, Nº. 5, 2018, 40-53.

  http://psicosomaticaypsiquiatria.com/wp-content/uploads/2018/06/psicosom_psiquiatr_2018_5_40_53.pdf

- Gordon R. (1987). *An operational classification of disease prevention.* In: Steinberg J.A., and Silverman M. M. Eds. Preventin Mental Disorders. Rockville, MD: U.S Department of Health and Human Services.

- Haley, H (1992). "*Trastornos de la emancipación juvenil*". Amorrortu. Buenos Aires.

- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R. y Hill, K. G. (1999). "*Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood*". Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 153, 226-234.

- Hofstede, G. (1999). "*Culturas y Organizaciones. El Software Mental. La Cooperación Internacional y su Importancia para la Supervivencia*". Alianza Editorial, S.A. Madrid.

- Instituto Deusto de Drogodependencias (2018). "*Repensando la prevención*". Deusto Digital.

- INFOCOP (8-06-2017). "*El declive de la atención en las adicciones*"

  Recuperado 19-05-2022 http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6869

- Jessor, R. (1991). "*Risk behavior in adolescente: A psichological framework for understanding and action. Journal of Adolescent Health*", 12, 597-605.

- JIFE (2021). Informe 2021.

  https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2022/Informe_JIFE_2021.pdf

- Junta de Andalucía (2006). "*Manual para la prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones en Andalucía*"

  https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/MANUAL_PREVENCION_COMUNITARIA.pdf

- Junta de Andalucía (2008). "*Prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito de las familias*"

  https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencia_Prevencion_Prevencion_Familiar_FAMILIA_PRIMERA_PARTE.pdf

- Laespada, I. Iraurgi y E. Aróstegi (Eds). (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV.* Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto).

- Lloret, D. et al (2020). *Programa ¿Qué te juegas?*

  Recuperado 20 de mayo de 2022 http://www.e-drogas.es/edrogas/portal/qtj.jsf

- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. (2000). "*The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work*". 2000;71(3):543-562.

- Markez, I. et al (2004). "*Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria*". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (91), 37-61.

  http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300004&lng=es&tlng=es

- Martín, Javier (2010). "*Buenas prácticas de los medios de comunicación en materia de drogas*". RIOD. 2010-Buenas-prácticas-de-los-MMCC-en-materia-de-drogas-RIOD-web.pdf

- Mc Millen, S. (2013). "*El parque de las Ratas*"

  https://www.stuartmcmillen.com/es/comic/el-parque-de-las-ratas/

- Miller W y Rollnick, S. (1996). "*Qué es la entrevista motivacional*" RET: revista de toxicomanías, ISSN-e 1136-0968, Nº 6,1996, 3-7.

- Miller, W. R. y Rollin, S. (2015). "*La entrevista motivacional. Ayudar a la gente a cambiar*". Paidos.

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España (2017). Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019.

- Molina-Sanchez, C. y Cantos-Vicent, R. (2018) "*Drogas y Género. Consumo de hipnosedantes. Análisis histórico desde la perspectiva de género*". Fundación Atenea.

- Moral, M. y Sirvent, C. (2008) "*Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles*" Interamerican Journal of Psychology, vol. 43, núm. 2, 2009, pp. 230-240 Sociedad Interamericana de Psicología Austin.

  hhttps://www.redalyc.org/pdf/284/28412891004.pdf

- Morales, J.; Muñoz, S. y Pérez, S. (2019). "*Abre tu mente en modo positivo: Promoción de salud mental en jóvenes*". Asociación de Salud Mental de Molina y Comarca.
- Morgan, A. & Ziglio, E. (2007). *Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education*, 2, 17-22.
- NIDA. (2011) "*¿Cuáles son los costos con relación a los beneficios de los programas de prevención comunitarios?*"

  https://nida.nih.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-3-como-se-aplican-los-principios-de-la-prevencion-a-los-programas/costos-beneficios
- OMS (1999). "G*uidelines: Life Skills Education Curricula for Schools"*. Ginebra, Suiza.
- Onfray, M. (2008). "*La fuerza de existir. Manifiesto hedonista*"; Barcelona; Anagrama.
- Pere, D. (21-02-2022). "*¿Qué funciona en prevención?*". Las drogas Info.

  https://www.lasdrogas.info/opiniones/que-funciona-en-prevencion/
- Pere, D. (2021). «*Espacios de mejora de los planes locales de prevención de adicciones*» Episteme. Diputación de Barcelona.
- Pidgeon, N. et al. (1992). "*Risk Perception*", en The Royal Society (eds.), Risk: Analysis, Perception and Management. Report of a Royal Society Study Group, The Royal Society, Londres.
- PNSD (2009). "*Instrumentos de apoyo a profesionales de atención primaria en la detección precoz y abordaje inicial del consumo de drogas en familias de menores en situación de riesgo. Guía de aplicación y cuestionario de elaboración del perfil de riesgo*".

  http://cepssalud.es/
- Porta, M. (2020). "*Public Health Is Not Afraid of Pleasure*", American Journal of Public Health 110, no. 2: pp. 133-133.

  https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305496.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.

  https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390
- Prochasca et al (1994). "*Como cambia la gente. Aplicaciones en el comportamiento adictivo". Revista de Toxicomanía.* ISSN-e 1136-0968, Nº. 1, 1994, págs. 3-14.
- Ramírez de Arellano, a (2002). "*Actuar localmente en drogodependencias. Guía para la elaboración de estrategias, planes y `programas municipales*". GID.

- Ramírez de Arellano, A. (2009). "*El placer de no fumar*". Diario de Sevilla. 25/03/2009.

  https://www.diariodesevilla.es/opinion/articulos/placer-fumar_0_244176232.html

- Ramírez de Arellano, A. (2012). "*Coaching para adictos. Integración y exclusión social*". Fundación Atenea.

- Ramírez de Arellano, A. (30 de febrero de 2015). *¿Qué hacer con la exclusión?.* Huffington Post.

  https://www.huffingtonpost.es/alfonso-ramirez-de-arellano/que-hacer-con-la-exclusion_b_7887172.html

- Ramírez de Arellano, A. (2020). "*Dramadependencia. El teatro, clave de nuestra comunicación*". Fundamentos.

- Recalcati, M. (2014) "*El complejo de Telémaco*". Anagrama. Barcelona.

- Rial, A. y García-Couceiro, N. (2020)."*Alcohol y adicciones sin sustancias Herramientas de detección*" del 17 Congreso de la AEPAP.

- Rochon, A. (1991) "*Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto*". Masson Barcelona.

- Rodríguez-Martos, A. (2002). *Efectividad de las técnicas de consejo breve. Adicciones*, 14(Supl 1), 337-352.

- Seligman, M. E., & Maier, S. F. (1967). *Failure to escape traumatic shock. Journal of Experimental Psychology*, 74 (1), 1

  https://doi.org/10.1037/h0024514

- SIIS (Mayo 2017). "*Tendencias y buenas practicas en la atención a la infancia en situación de riesgo social*".

  Recuperado el 23-05-22 file:///tmp/mozilla_aramirez0/Dialnet-TendenciasYBuenasPracticasEnLaAtencionALaInfanciaE-5984571.pdf

- Sluzki. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica.* Gedisa. Barcelona.

- Stakic, S. (2003). "*La educación entre iguales en el marco de las teorías y los modelos de cambio de conducta*" Entre Nous. Revista europea sobre salud sexual y reproductiva N 56. 2003. (OMS).

- Stanton y Todd (2009). "*Terapia familiar de abuso y adicción a las drogas*". Gedisa. Barcelona.

- Suárez Coord. (2008). "*La financiación local en España: Radiografía del presente y propuestas de futuro*". FEMP. Madrid

- Torres, M. A. et al. (2009) ."*Historia de las adicciones en la España contemporánea*". Monografía. Revista Adicciones

  https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf

- Urra, J. (2006). "*El pequeño dictador*". La esfera de los libros. Madrid.

- Zeldin, T. (2014). "*Conversación*". Plataforma actual. Barcelona.

- Zuckerman, M. (1979). "*Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousa*l". Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sinopsis

"Gramática de la prevención de adicciones" es un recorrido por las últimas décadas de prevención en nuestro país, una radiografía de su situación actual y un conjunto de propuestas de futuro.

Está escrita desde la perspectiva pragmática de quien tiene que aplicar programas de prevención en el territorio contando con los ayuntamientos, los diversos sistemas profesionales que intervienen en la materia, los agentes sociales, los medios de comunicación y los agentes clave locales.

Partiendo de un análisis crítico de la situación de la prevención y de los desafíos que tiene planteados, propone una serie alternativas locales que pueden impulsar su desarrollo en los próximos años.

Alfonso Ramírez de Arellano ha trabajado como psicólogo clínico de adicciones y psicoterapeuta de familia durante más de treinta años. Ha publicado diversos libros sobre adicciones: Actuar localmente en (drogo)dependencias. Pistas para la elaboración de estrategias, planes y programas municipales (GID), Coaching para adictos. Integración y exclusión social (Atenea), Dramadependencia. El teatro clave de nuestra comunicación (Fundamentos); así como uno en clave de irónica autoayuda titulado Manual de supervivencia del empleado público o como defenderse del político de turno (Almuzara). Colabora regularmente con medios de comunicación generalistas a través de artículos de opinión y divulgación sobre temas sociales y de salud. Desde hace algunos años dirige el Servicio de Prevención Social de la Diputación de Huelva. Ha recibido varios premios por su labor divulgadora, ensayística y de dirección de proyectos.

"Gramática de la prevención de adicciones"

Documento técnico para la prevención local de las adicciones

Edita

Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo

Responsable de la edición

CEPS

redpre red de prevención red de protección