

PREVENCIÓN EFECTIVA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN CHICOS Y CHICAS ADOLESCENTES. Una Revisión Actualizada de la Materia



Publicación realizada por: COLEGIO OFICIAL DE
PSICÓLOGOS DE LAS PALMAS

Promovida y financiada por: FUNDACIÓN CANARIA PARA
LA PREVENCIÓN E INVESTIGACIÓN DE LAS
DROGODEPENDENCIAS (FUNCAPID)- CONSEJERÍA DE
SANIDAD. GOBIERNO DE CANARIAS

**PREVENCIÓN EFECTIVA DEL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN CHICOS Y
CHICAS ADOLESCENTES. Una Revisión
Actualizada de la Materia**

AUTORA:

Lourdes M. García Averasturi

COORDINADOR:

Francisco Javier Sánchez Eizaguirre

AGRADECIMIENTOS:

A los responsables y técnicos de la FUNCAPID y de la DIRECCIÓN GENERAL DE DROGODEPENDENCIAS por la revisión del manuscrito y atinadas observaciones

AI COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LAS PALMAS, especialmente a su Decano, Francisco Javier Sánchez Eizaguirre, por su valioso apoyo en la preparación y elaboración de esta publicación y a Ma. Luisa Betancor Reyes por su importante contribución en las gestiones administrativas.

PREVENCIÓN EFECTIVA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSIOACTIVAS EN CHICOS Y CHICAS ADOLESCENTES. Una Revisión Actualizada de la Materia

AUTORA: Lourdes M. García Averasturi

COORDINADOR: Francisco Javier Sánchez Eizaguirre

EDICIÓN: Febrero de 2010

EDITOR:

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LAS PALMAS

C. Carvajal 12, Bajo, Trasera

35004 Las Palmas de Gran Canaria, Islas Canarias

Teléfono: 928 24 96 13

Web: www.coplaspalmas.org

Correo-e: dpalmas@cop.es

PORTADA:

HH Publicidad

IMPRESIÓN Y MAQUETACIÓN:

Imprenta Pelayo

Depósito Legal: GC-68-200

ISBN: 978-84-692-9036-1

© del texto: Lourdes M. García Averasturi

© de la edición: Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas

DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY

No se autoriza su utilización comercial o lucrativa

PRÓLOGO

La prevención del consumo de drogas es uno de los ejes de acción fundamentales de la Fundación Canaria para la Prevención e Investigación de las Drogodependencias (FUNCAPID), entendiéndose que las actividades, acciones y programas implementados con este objetivo deben centrarse en la persona, fomentando su participación activa, creando conciencia de corresponsabilidad social, reforzando los elementos de protección frente al consumo y disminuyendo los factores de riesgo.

Según recientes estudios realizados por diferentes instituciones y organismos, en la Comunidad Autónoma de Canarias se observa todavía un elevado número de escolares adolescentes que consumen sustancias psicoactivas. De ahí que se haya planteado la necesidad de disponer de un conocimiento especializado sobre aquellas políticas, estrategias e intervenciones preventivas que han resultado efectivas cuando han sido evaluadas con métodos de rigor científico, y que han demostrado ser exitosas a la hora de lograr una disminución del consumo de sustancias entre chicas y chicos adolescentes.

Este ha sido precisamente el propósito de la publicación que ahora presentamos, en la que se brinda información científica actualizada acerca del contenido y metodología de aquellas intervenciones preventivas universales que han resultado efectivas para reducir los índices de consumo.

Este trabajo, realizado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas con financiación de FUNCAPID, nos permitirá poner al alcance de los profesionales de la salud, la educación, los medios de comunicación y otros colectivos involucrados en el trabajo con jóvenes y adolescentes una amplia bibliografía actualizada, que en su mayor parte no estaba disponible en español, lo que supone un importante avance en la divulgación de material científico y metodológico desde una perspectiva de género.

Por todo ello, quiero expresar mi agradecimiento a las instituciones y profesionales que han colaborado en la elaboración de este interesante trabajo, que nos permitirá contar con una herramienta más para seguir mejorando la salud y calidad de vida de los jóvenes canarios y de la sociedad canaria en su conjunto.

Mercedes Roldós Caballero

Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias

Presidenta de la Fundación Canaria para la Prevención e Investigación de las
Drogodependencias

PRESENTACIÓN

El Ilustre Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas (COP LP), en estrecha colaboración con entidades públicas encargadas de las políticas sanitarias y sociales de la Comunidad Canaria, ha realizado, publicado y re-editado desde 2002, investigaciones que pueden enmarcarse en el área de “Género y Drogas”. Se han llevado a cabo dos estudios en la población femenina adulta: “Adicciones Ocultas” y “Adicciones en Mujeres” y se ha desarrollado una línea de investigación con la población adolescente, de crucial importancia para los fines preventivos del consumo de sustancias adictivas.

En este sentido, la publicación que ahora presentamos da continuidad y se deriva de dos investigaciones: “Consumo de Sustancias en Chicas Adolescentes”, realizada en 2002 con co-financiación del Instituto Canario de la Mujer (ICM) y Fondo Social Europeo y re-editada con financiación de la Fundación Canaria para la Prevención e Investigación de las Drogodependencias (FUNCAPID)-Consejería de Sanidad en 2008 y, “Sustancias Adictivas y Adolescencia” financiada por la FUNCAPID -Consejería de Sanidad, llevado a cabo en 2008. Los resultados de dichos estudios pusieron de manifiesto la necesidad de contar con estrategias preventivas efectivas que pudieran lograr una reducción del consumo de sustancias adictivas en la adolescencia, actuando sobre todos los ámbitos en que se enmarca este importante problema social y de salud. Un paso importante para ello lo constituye el tener una información actualizada de las experiencias con intervenciones que han funcionado, recogidas en la literatura especializada, a fin de orientar adecuadamente las prácticas preventivas.

En esta revisión de la bibliografía, la autora recoge los aportes recientes más importantes sobre las “mejores prácticas”, es decir, sobre intervenciones que han resultado exitosas en reducir el consumo de sustancias en la adolescencia basadas en la evidencia científica. Se describen programas, medidas, estrategias e intervenciones que abarcan el centro escolar, la participación de padres y madres, la comunidad local, así como los medios de comunicación, la publicidad, las etiquetas de advertencia y las leyes y regulaciones. De especial interés resulta el capítulo sobre las estrategias efectivas específicas de género, de reciente inclusión en los programas preventivos.

Esperamos que esta modesta contribución del COP LP resulte de utilidad para potenciar de modo exitoso los esfuerzos preventivos en relación al consumo de sustancias psicoactivas en nuestros adolescentes y jóvenes. Representa el compromiso de esta Corporación Profesional en poner nuestra ciencia y nuestra profesión al servicio de la investigación y de la promoción de salud de la población.

Agradecemos grandemente a FUNCAPID- Consejería de Sanidad, que han hecho posible hacer realidad la aparición de esta publicación.

Francisco Javier Sánchez Eizaguirre
Decano del Colegio Oficial
de Psicólogos de Las Palmas



INDICE

| | |
|--|----|
| I Introducción | 1 |
| 1.1. Magnitud y Características del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria en España | 1 |
| 1.2. Prevención Efectiva del Consumo de Sustancias en la Adolescencia | 6 |
| 1.2.1. Antecedentes. La Prevención: de Arte a Ciencia | 6 |
| 1.2.2. Organismos e Instituciones Internacionales y Regionales y la Implementación de Intervenciones Preventivas Efectivas con Jóvenes | 7 |
| 1.2.3. Tipos de Intervenciones Preventivas del Consumo de Consumo de Sustancias Adictivas | 10 |
| 1.2.4. Conceptos de Eficacia, Efectividad, Evidencia Basada Científicamente | 12 |
| | |
| II Programas de Prevención Universal Efectivos Basados en la Escuela | 14 |
| 2.1. Justificación de la Educación en Sustancias en el Medio Escolar | 14 |
| 2.2. Contenido de las Intervenciones | 16 |
| 2.2.1. Enfoque Solamente-Conocimiento/Información | 16 |
| 2.2.2. Enfoque Solamente-Afectivo | 18 |
| 2.2.3. Enfoques Psicosociales | 18 |
| Entrenamiento en Habilidades para la Vida | 19 |
| Habilidades sociales | 19 |
| Habilidades Personales | 21 |
| La Educación Normativa | 23 |
| | |
| Resumen de Aspectos de Contenido que han Resultado Efectivos en la Educación en Drogas Basada en la Escuela | 26 |



| | |
|---|----|
| 2.3. Características de la Impartición de las Intervenciones | 27 |
| 2.3.1. Programas interactivos, orientados a la actividad | 27 |
| 2.3.2. Sesiones de Repetición (<i>sesiones 'booster'</i>) | 28 |
| 2.3.3. Enfocar el cambio de conducta- más que el conocimiento y/o las actitudes | 28 |
| 2.3.4. Dirigidos al multi-consumo de sustancias o al consumo de una sola sustancia | 29 |
| 2.3.5. Interacción con Iguales/Líderes Iguales | 30 |
| 2.3.6. Momento ideal de las intervenciones | 31 |
| 2.4. Programas Basados en la Escuela que Involucran a los Progenitores | 33 |
| 2.4.1. Ejemplos de Programas Preventivos con Implicación de los Progenitores | 34 |
| Resumen de Aspectos de la Impartición y Estructura que han Resultado Efectivos en la Educación en Drogas Basada en la Escuela | 39 |
| Mejores Prácticas que se Difunden en la Unión Europea | 40 |
| III Estrategias Ambientales Efectivas | 41 |
| 3.1. Definiciones y Ventajas de las Estrategias Ambientales | 41 |
| 3.1.2. Ambientes Individualizados y Ambientes Compartidos | 41 |
| 3.1.3. Ventajas de las estrategias de prevención ambiental | 42 |
| 3.2. Utilización de los medios de Comunicación Masiva | 44 |
| 3.3. Etiquetas de Advertencia de Daños para la Salud | 49 |
| 3.4. Política de la Escuela | 50 |



| | |
|---|-----------|
| 3.5. Leyes y Regulaciones | 53 |
| 3.5.1. Impuestos | 54 |
| 3.5.2. La Edad Mínima para Comprar | 54 |
| 3.5.2. Enfoques Regulatorios para Prohibir las Ventas a Menores | 54 |
| 3.5.3. Las Políticas Antitabáquicas en Espacios Cerrados | 55 |
| 3.6. Estrategias Efectivas a Nivel de la Comunidad | 59 |
| 3.6.1. Definiciones. Enfoques fuertemente basados en la ciencia, enfoques basados en la ciencia de modo limitado, enfoques basados en la lógica y enfoques simbólicos | 59 |
| 3.6.2. Criterios empleados por la OMS para identificar la efectividad de intervenciones basadas en la comunidad. | 60 |
| 3.6.3. Intervenciones Comunitarias Específicas: Alternativas al Consumo de Sustancias | 63 |
| 3.6.4. Enfoques de Comunidad Multi-componentes o Integrales | 64 |
| 3.6.5. Ejemplos de Proyectos Comunitarios Integrales Efectivos | 66 |
| Resumen de lo que funciona para prevenir y detener el consumo de sustancias en la adolescencia | 69 |
| IV Estrategias Preventivas Efectivas Específicas de Género | 71 |
| 4.1. Justificación de la prevención universal específica de género | 71 |
| 4.2. Intervenciones Preventivas Efectivas del Consumo de Sustancias en Chicas Adolescentes | 80 |
| 4.3. Estrategias Específicas de Género en la Unión Europea | 83 |
| Resumen de Prevención Efectiva Para Chicos y Chicas | 86 |
| V Bibliografía | 87 |



I INTRODUCCIÓN

1.1 MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA EN ESPAÑA

La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias que se realiza cada dos años en España (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 'ESTUDES 2008', 2009) permite conocer la magnitud y características del problema del consumo de sustancias psicoactivas en chicas y chicos escolares entre 14 y 18 años, incluyendo, por supuesto, a la Comunidad Canaria. Entre otras cosas, sus resultados brindan información sobre la prevalencia por sexo y edad del consumo de cada una de las sustancias, tanto una vez en la vida, como en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. Este estudio se viene realizando desde 1998, por lo cual podemos comparar los resultados a través de los años y observar las tendencias que va presentando el consumo de cada sustancia por ambos sexos.

Merecen destacarse algunos resultados relevantes que contribuyen a la mejor comprensión de la magnitud y particularidades que reviste este problema en el estudiantado de Enseñanza Media en España.

En la Tabla 1 se presenta la proporción de chicos y chicas escolares entre 14 y 18 años que ha consumido cada una de las sustancias en los últimos treinta días.

Como se observa, la sustancia que ocupa el primer lugar es el alcohol, que una mayoría lo ha consumido en los últimos treinta días, seguida del cigarrillo (alrededor de la tercera parte) y en tercer lugar, el cannabis.

Llama la atención algo que se manifiesta como una tendencia hace años y es que las chicas están fumando tabaco en mayor proporción que los varones. Asimismo, el alcohol, que últimamente se venía consumiendo en



proporciones similares por ambos sexos, o ligeramente menos por las chicas, en 2008 aparece con un mayor consumo por parte de ellas. El cannabis presenta un consumo algo superior por los varones, mientras que en el resto de las sustancias ilegales, de mucho menor consumo por ambos sexos, los chicos más que duplican a las chicas en porcentaje de consumidores.

TABLA 1. PREVALENCIA POR SEXOS EN % DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS ENTRE LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14 a 18 AÑOS, ESPAÑA, 2008

| | MASCULINO | FEMENINO |
|--------------|------------------|-----------------|
| Alcohol | 57,7 | 59,4 |
| Tabaco | 30,9 | 33,8 |
| Cannabis | 23,0 | 17,2 |
| Extasis | 1,5 | 0,6 |
| Alucinógenos | 1,7 | 0,7 |
| Anfetaminas | 1,5 | 0,8 |
| Cocaína | 2,7 | 1,2 |
| Heroína | 1,4 | 0,5 |

Fuente: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2009) ESTUDES 2008

En relación con el consumo de sustancias por escolares en nuestra Comunidad Canaria, además de su representatividad en la Encuesta estatal, los resultados de la Encuesta de 2006 del Gobierno de Canarias (2007) reflejan una situación similar del consumo de sustancias, en cuanto a prevalencia en ambos sexos, si bien se obtuvieron cifras algo más bajas que las presentadas en la Encuesta Estatal.

Complementando esta información sobre prevalencia de consumo de sustancias, la Encuesta Estatal ha encontrado que la proporción que consume tabaco diariamente es del 13,3% para los chicos y del 16,4% para las chicas. (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 'ESTUDES 2008', 2009).

Esta Encuesta nos ofrece también importante información sobre aspectos del consumo de alcohol. La prevalencia de borracheras en los últimos 30



días es similar en varones (29,4%) y en chicas (28,7%), y aumenta en gran medida con la edad (13,4% a los 14 años y 45,2% a los 18 años).

Con relación al “atacón” de alcohol (*‘binge drinking’*) un 41,4% del alumnado (38,3% de chicas y 44,7% de chicos) han bebido alguna vez durante los últimos 30 días, 5 o más cañas/copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión o en un intervalo aproximado de dos horas. El 15,2% lo ha hecho más de 4 días el último mes.

En relación con esto, es de señalar que la Encuesta nos revela que el alumnado valora poco los riesgos del consumo de alcohol, básicamente del “atacón”, que se ha demostrado ser un abuso de elevada nocividad para el cerebro de chicas y chicos adolescentes.

Es necesario destacar también los resultados de la Encuesta con respecto al marco de ocio y características en que se desarrolla el consumo de alcohol de chicas y chicos entre 14 y 18 años. El consumo de alcohol se concentra en el fin de semana y se bebe, sobre todo, en bares o pubs, en espacios abiertos (calles, plazas, parques) o en discotecas. Del alumnado que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, prácticamente la totalidad (99,8%) ha bebido en fin de semana, aunque un 39,3% lo ha hecho en días laborables. Un 23,0% del conjunto de chicas y chicos encuestados bebe todos los fines de semana.

Esta situación conlleva una conducta arriesgada ante el volante en parte de la población adolescente estudiada, al encontrarse que el 9,5% declara haber conducido en los últimos doce meses un vehículo (coche, moto) bajo los efectos del alcohol, cifra que asciende a un 23,5% a los 18 años.

De otra parte, es importante señalar que, según nos muestra la Encuesta Estatal, la población estudiantil adolescente de Enseñanzas Secundarias se inicia en el consumo de sustancias a una edad temprana. En 2008 el tabaco, el alcohol y el cannabis comenzaron a consumirse entre los 13 y los 14 años.

También se constató en la Encuesta Estatal el hecho conocido del policonsumo de sustancias psicoactivas. Un 96,2% del alumnado que ha fumado tabaco en los últimos 12 meses ha bebido también alcohol en el



mismo período, y en un 64,7%, ha consumido cannabis. (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 'ESTUDES 2008', 2009).

Paradójicamente, la Encuesta también evidenció otro hecho conocido, que, a pesar del elevado consumo de sustancias adictivas en la población estudiantil de 14-18 años de edad, la gran mayoría de chicos y chicas afirma que están muy bien informados acerca de los efectos y problemas que las mismas les pueden ocasionar.

Por otra parte, la Encuesta Estatal arroja información de valor sobre las normas, disponibilidad y regulaciones del consumo de sustancias en España. En cuanto al centro escolar, la permisividad con el hábito de fumar tabaco, tanto por el alumnado, como por el profesorado, (que debe ser modelo a imitar), está presente en una buena proporción de casos. Un 24,5% del alumnado refiere haber visto fumar a *profesores* dentro del recinto de la escuela, más de la mitad de los días, (en los 30 días previos a la encuesta), cifra que va, desde el 18,7% a los 14 años, a 32,4% a los 18 años. La proporción era bastante más elevada en la enseñanza pública (28,7%) que en la privada (15,6%).

Asimismo, un 52,6% había visto fumar a *estudiantes* dentro del recinto del centro educativo, más de la mitad de los días, en los 30 días previos a la encuesta, cifra que va desde el 41,6% a los 14 años, a 61,2% a los 18 años. En este caso, la proporción era algo más elevada también en la enseñanza pública (57,4%) que en la privada (41,9%).

Con respecto a la disponibilidad percibida de sustancias, en 2008, al igual que en años anteriores, las drogas percibidas por el alumnado como las más disponibles o accesibles eran las de comercio legal y el cannabis. En este sentido, un 90,8% pensaba que le sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisieran, y un 63%, el cannabis. Es de señalar cuán accesibles son también el resto de las drogas ilegales, si se tiene en cuenta que casi la tercera parte de estudiantes percibe facilidad en la obtención de cocaína, más de la cuarta parte considera fácil conseguir alucinógenos, anfetaminas y éxtasis y casi la cuarta parte, la heroína.

Se puede concluir, entonces, de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias, una realidad ampliamente conocida acerca de las normas de aceptabilidad de las sustancias legales y del cannabis, su amplia disponibilidad, el acceso a otras sustancias



ilegales y la poca aplicación de las regulaciones y legislaciones, que conforman el contexto en que viven y se desarrollan los chicos y chicas adolescentes españoles estudiantes de enseñanza media de 14 a 18 años, incluida la población adolescente de nuestra Comunidad Canaria.

Ante la realidad descrita en relación al consumo de sustancias psicoactivas en población adolescente estudiantil y la evolución que ha tenido la problemática, todo indica que las campañas de información y comunicación de riesgos dirigidas específicamente a la población joven y las medidas y acciones preventivas puestas en práctica en forma de intervenciones en la escuela y la comunidad, y de políticas, legislaciones, normativas para reducir la oferta y la demanda de sustancias legales e ilegales, no han logrado reducir con mayor celeridad esta preocupante realidad.

Ello se agrava, si tenemos en cuenta la acumulación creciente de nueva evidencia científica acerca de la nocividad del consumo de tabaco, alcohol y cannabis para el organismo adolescente, señalando los nuevos daños y riesgos que comportan para chicas y chicos la iniciación temprana y el abuso de las sustancias, al estar su cerebro todavía en desarrollo y no haber alcanzado la madurez completa (Breyer, J. et al. 2005) (López, B. 2008). Existen también nuevos resultados que refuerzan lo encontrado sobre la mayor vulnerabilidad del organismo de las mujeres y de las chicas, en particular, a los efectos y peligros del tabaco, el alcohol y el cannabis, y en general, su mayor susceptibilidad a la nocividad y toxicidad de todas las drogas y peores consecuencias de su uso y abuso (Buddy, T., 2003).

Por todo lo anterior, se hace necesario diseñar e implementar medidas e intervenciones “que funcionen”, las llamadas “mejores prácticas” basadas en la evidencia científica, que resulten exitosas en disminuir entre nuestros chicos y chicas adolescentes el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. Se requiere también, un enfoque de género que tenga en cuenta las necesidades, particularidades y especificidades de ambos sexos ante el consumo de sustancias psicoactivas.

A continuación, luego de presentar aspectos históricos, definiciones y conceptos básicos sobre prevención universal efectiva, se ofrece una panorámica de lo que ha demostrado éxito en reducir el consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia en el ámbito de la escuela, la familia, la comunidad y la sociedad en general, obtenida de una revisión de



la bibliografía actual que describe experiencias validadas que están disponibles. El capítulo final se dedica al abordaje de las diferencias de género, aspecto de muy reciente inclusión en esta temática.

1.2. PREVENCIÓN EFECTIVA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA: Antecedentes históricos, organismos internacionales implicados y definiciones

1.2.1. Antecedentes. La Prevención: de Arte a Ciencia

Sloboda Z. (2008) hace un recuento del desarrollo investigativo que permitió fundamentar científicamente las intervenciones y programas preventivos del uso y abuso de sustancias psicoactivas legales e ilegales en la adolescencia y juventud. Plantea que antes de los años setenta había poco conocimiento sobre el cual basar el desarrollo de los programas preventivos en la Unión Europea. Los esfuerzos para prevenir o demorar el inicio del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales carecían de una base de investigación. Sin embargo, expresa que, con la creación en 1974 del National Institute on Drug Abuse (*NIDA, siglas en inglés*) comenzó un período de investigaciones importantes que sirvieron de base para mover la prevención, de un arte, a una ciencia. En efecto, se financiaron estudios de cohorte longitudinales que siguieron a menores y adolescentes a través del tiempo y encuestas nacionales que fueron administradas en intervalos regulares. Estos esfuerzos investigativos, no solamente brindaron evaluaciones más exactas de tendencias en el consumo de sustancias, sino que, también, pudieron identificar aquellos factores biológicos, individuales, familiares, escolares, de los iguales y de la comunidad, que aumentaban la susceptibilidad de algunos chicos y chicas al consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas. Además, los estudios de cohorte longitudinales mostraron una progresión de las sustancias “legales” (tabaco y alcohol) a las drogas ilegales (cannabis y cocaína). Estos hallazgos epidemiológicos influyeron grandemente en la comunidad científica y en el personal profesional que desarrollaban programas de prevención (Sloboda Z. 2008).

La mayor parte de los programas de prevención del abuso de sustancias que fueron evaluados y encontrados efectivos nacieron de la investigación sobre el inicio del consumo. Como tal, estos programas van dirigidos a toda la población adolescente, no importa su nivel de susceptibilidad y se



dirigen específicamente al consumo de tabaco y alcohol, así como de cannabis y otras drogas ilegales.

Según continúa planteando Sloboda Z. (2008), la transición desde la etapa de examinar los elementos o principios de prevención, a una etapa de programas y prácticas, comenzó cuando NIDA patrocinó la primera conferencia sobre prevención de abuso de drogas en 1996. La meta de la conferencia fue introducir los resultados de la investigación en prevención en un estilo dirigido al sector profesional. El enfoque aplicado fue presentar “principios” de prevención relacionados con contenido, estructura e impartición.

El impacto positivo de implementar estrategias con resultados exitosos demostrados ha hecho a las comunidades más responsables y, de esta forma, más preocupadas en impartir estrategias de prevención que hayan demostrado éxito. No sólo ha habido un fuerte énfasis en seleccionar estrategias “basadas en la evidencia”, sino que la financiación depende también de demostrar la necesidad, o de definir el problema de abuso de drogas que tiene la comunidad en particular (Sloboda, Z. 2008).

1.2.2. Organismos e Instituciones Internacionales y Regionales y la Implementación de Intervenciones Preventivas Efectivas con Jóvenes

Desde comienzos de este siglo XXI, los organismos internacionales y regionales europeos relacionados con la salud y, específicamente, con el control de las sustancias psicoactivas, se han implicado de modo decisivo en orientar y solicitar de los Estados miembros la colaboración en la prevención efectiva del consumo de sustancias en la adolescencia y juventud. A continuación se hace referencia a los más relevantes:

Organización de Naciones Unidas (ONU):

Comisión de Estupefacientes del Consejo Social y Económico de las Naciones Unidas (UNCND siglas en inglés)

En el informe de la UNCND: **‘Reducción de la Demanda de Drogas: Situación mundial en relación al abuso de drogas, en particular entre menores y jóvenes’** (UNCND, 2001), se plantea: “Como ya se ha discutido, las décadas pasadas se han caracterizado por variadas



tendencias en el abuso de drogas en menores y jóvenes. En muchos casos el abuso de drogas ha aumentado en mayor o menor medida. Al mismo tiempo, existen indicaciones de que los esfuerzos de prevención funcionan si son implementados de acuerdo a principios clave basados en experiencias validadas que están disponibles. A pesar de que ciertamente se están implementando en el mundo muchos programas y actividades preventivas innovadoras y efectivas, en su mayoría son esfuerzos aislados y pocos países pueden beneficiarse de dichas experiencias. Si se documentara ejemplos de programas efectivos, analizados y diseminados (las llamadas buenas prácticas) sería de enorme beneficio para todos aquellos implicados en reducir la demanda general de drogas entre los jóvenes, incluyendo, no solamente los propios jóvenes y los programas que se dirigen a ellos, sino también los Estados miembros y las organizaciones internacionales” (UNCND, 2001).

Oficina de Naciones Unidas para las Drogas y el Delito (UNODC, siglas en inglés)

En el documento “Prevención del Consumo de Drogas” de la Oficina de Naciones Unidas para las Drogas y el Delito (UNODC, 2005), se plantea que “se asiste a los Estados miembros en desarrollar actividades de prevención que ofrecen a las personas, particularmente a los jóvenes, información y habilidades, así como oportunidades para hacer elecciones saludables, incluyendo la opción de evitar consumir drogas ilegales.”

Se expresa que “prevenir el consumo de drogas entre los jóvenes funciona”. Establecen que los programas para prevenir el consumo de drogas son efectivos cuando:

- responden a las necesidades de una comunidad
- implican a todos los sectores relevantes
- se basan en la evidencia
- los programas efectivos deberían también incorporar fuertes componentes de monitoreo y evaluación.

Se continúa afirmando en el documento que esos programas también son coste-efectivos. “Se ha mostrado que, para cada dólar invertido, los buenos programas de prevención del consumo de drogas para los jóvenes



pueden ahorrar hasta nueve dólares. Si otros costes para la sociedad pudieran contarse, tales como, los costes derivados del delito, del desempleo y de la mala salud, el coste-efectividad de los programas buenos de prevención del consumo de drogas probablemente sería mayor.” (UNODC, 2005).

Se concluye en el documento que UNODC ha estado trabajando por muchos años para identificar las buenas prácticas. Con la ayuda de otros expertos (personal académico, profesionales de la salud y representantes de las agencias de Naciones Unidas) han identificado lo que funciona en prevención y lo que no funciona. (UNODC, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS)

En marzo de 2001, la OMS comenzó un proyecto de colaboración para examinar “lo que funciona” en la prevención del daño relacionado con las sustancias. La culminación de dicho proyecto fue la publicación **“Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Una Revisión Seleccionada de lo que Funciona en le Área de la Prevención”** (WHO, 2002). Tuvo el propósito de documentar la evidencia para intervenciones en el área de prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Fundamentan el trabajo afirmando que “la disponibilidad de información compilada es un paso fundamental para la contribución de un cuerpo creciente de evidencia que, consecuentemente, debería ayudar en el desarrollo de programas basados en la evidencia. La diseminación de los resultados de investigaciones puede motivar a los profesionales de la salud y de otros sectores sociales a comprender su significado y llevar a cabo investigación local que pueda prepararlos finalmente para hacer programas preventivos y seleccionar estrategias que aborden de modo efectivo las necesidades y problemas de la juventud.” (WHO, 2002).



Organismos de la Unión Europea

Centro de Monitoreo Europeo para las Drogas y la Adicción a las Drogas (EMCDDA, siglas en inglés)

El Centro de Monitoreo Europeo para las Drogas y la Adicción a las Drogas (EMCDDA) fue inaugurado en Lisboa en 1995 y ofrece al sector político una base de evidencia científica que es necesaria en los Estados miembros de la Unión Europea para dictar leyes y establecer estrategias que ayuden a profesionales e investigadores a que seleccionen las mejores prácticas y nuevas áreas de análisis. En este sentido, se ha creado en 2007 el Portal de las Mejores Prácticas (EMCDDA 2009), como respuesta al Plan de Acción contra las Drogas de la Unión Europea (2005-09) que brinda orientación para una “diseminación efectiva de las mejores prácticas evaluadas.”

1.2.3. Tipos de Intervenciones Preventivas del Consumo de Sustancias Adictivas

Intervenciones dirigidas a las personas

En 1994 el Instituto de Medicina de EE.UU. propuso un nuevo marco para clasificar la prevención en intervenciones universales, selectivas e indicadas, lo cual remplazó los conceptos previos de prevención primaria, secundaria y terciaria. El principio orientador de esta clasificación es la población diana en lo concerniente a sus riesgos para el abuso de sustancias (Sloboda, Z. 2008).

Las estrategias de *prevención universal* se dirigen a toda la población (nacional, local, comunitaria, escolar) y su propósito es prevenir o demorar la aparición del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Se les ofrece información y habilidades necesarias para prevenir el problema a todos los individuos, sin tamizaje alguno.

La *prevención selectiva* va dirigida a grupos que se conoce que son consumidores de drogas o que tienen un elevado riesgo de desarrollar problemas de abuso o dependencia de sustancias. Estos subgrupos pueden distinguirse por características tales, como edad, género, historia familiar o status económico.



La *prevención indicada* implica un proceso de tamizaje y tiene el propósito de identificar a los individuos que exhiben signos tempranos de abuso de sustancias y otros comportamientos problema. Los factores que se identifican incluyen, repetición de cursos, problemas conocidos de consumo, o trastornos de conducta, alienación de los progenitores, de los grupos de la escuela, de grupos de iguales positivos, etc.

Intervenciones dirigidas al ambiente

Las *estrategias ambientales* son estrategias de prevención dirigidas a alterar los ambientes inmediatos culturales, sociales, físicos y económicos en donde las personas toman sus decisiones sobre el consumo de sustancias (Fisher D. 1998).

Esta perspectiva tiene en consideración el hecho de que las personas no se implican con las sustancias solamente en base a sus características individuales. Más bien, son influidas por un conjunto complejo de factores en el ambiente, tales como, lo que se considera normal, esperado o aceptado en las comunidades en donde viven, las reglas o regulaciones, los impuestos de sus Estados, los mensajes publicitarios a los cuales están expuestas y la disponibilidad de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Debido a que el abuso de sustancias es considerado como un producto del sistema general, *el objeto de las estrategias de prevención ambientales es la comunidad en su totalidad como diana.*

Más allá de aspectos de coacción y restricción, existen elementos de promoción en las estrategias ambientales: en el sentido de ofrecer oportunidades, estímulos y ánimo para los cambios, tanto a nivel escolar, como comunitario (Fisher, D. 1998).



1.2.4. Conceptos de Eficacia, Efectividad, Evidencia Basada Científicamente

En el apartado “Evidencia de Eficacia de las Intervenciones” del portal “Mejores Prácticas” (EMCDDA 2009) se explican los conceptos siguientes:

Mientras que las buenas prácticas y las mejores prácticas pueden no tener una evidencia basada científicamente, las *prácticas basadas en la evidencia son intervenciones que muestran consistentemente evidencia científica*.

La evidencia de la eficacia de las intervenciones es la información basada en la evidencia sobre la efectividad de intervenciones en reducir el consumo de sustancias integrando material disponible de expertos individuales (opiniones de los expertos) con la mejor evidencia externa disponible de la investigación sistemática.

La investigación sistemática se dirige a establecer la eficacia de la intervención.

La eficacia es una medida de cuán bien funciona una intervención bajo condiciones ideales de investigación. La eficacia está determinada idealmente por llevar a cabo ensayos controlados, o ensayos controlados empleado la selección al azar (**investigación de nivel primario**).

En años recientes, se ha comenzado a analizar estos ensayos en revisiones sistemáticas o meta-análisis (**nivel secundario de investigación**), debido al número creciente de ensayos controlados y ensayos controlados con asignación al azar que se han publicado. Las revisiones sistemáticas explicitan métodos para identificar, seleccionar y evaluar críticamente los ensayos mencionados y para recoger y analizar los datos resultantes. Estos resultados son incluidos, entonces, en la revisión. Pueden ser empleados o no los métodos estadísticos (meta-análisis) para analizar y resumir los resultados de los estudios bajo consideración.

Para poder sintetizar la evidencia disponible posteriormente, los investigadores valoran de modo crítico las revisiones sistemáticas relevantes disponibles y los meta-análisis. Estos constituyen el **nivel terciario de investigación** (revisión de revisiones) y también aplican un



método sistemático y explícito para identificar las revisiones sistemáticas disponibles y/o los meta-análisis.

La efectividad se refiere a si las intervenciones son efectivas en condiciones “del mundo real” o escenarios “naturales”. El término efectividad se emplea también para describir si un programa logra las metas establecidas y produce resultados medibles (EMCDDA 2009).

La OMS recomienda que la efectividad de un programa debería basarse en su capacidad de cambiar las conductas relacionadas con el consumo de sustancias. El personal científico y de evaluación deberían asegurar que, al evaluar programas, se mantuviera una metodología de investigación apropiada (WHO, 2002).



II PROGRAMAS DE PREVENCIÓN UNIVERSAL EFECTIVOS BASADOS EN LA ESCUELA

2.1. JUSTIFICACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN SUSTANCIAS EN EL MEDIO ESCOLAR

Se reconoce que las escuelas son un punto popular de comienzo para la impartición de muchos esfuerzos de educación social y de prevención dirigidos a una variedad de fenómenos sociales, como el consumo de sustancias, la delincuencia, la actividad sexual y el embarazo adolescente no deseado. Las escuelas son consideradas una plataforma apropiada y conveniente desde donde lanzar esfuerzos en prevención de sustancias psicoactivas. Las escuelas tienen la capacidad de llegar a un número grande de escolares y los programas que se implementan en el horario escolar son relativamente fáciles de poner en práctica, comparados con otros programas no basados en instituciones, como programas con la familia, o basados en la comunidad (Soole et al. 2008).

Según Sloboda, Z. (2008) la escuela es un marco apropiado para las estrategias preventivas por un número de razones. La más obvia es que en los países desarrollados es en la escuela donde la población adolescente emplea la mayor proporción del tiempo. Además, la escuela permanece siendo una institución fundamental de socialización para reforzar los valores, normas y conductas aceptables de la sociedad. La escuela es un ambiente protector para el alumnado. Traducir estos aspectos de la escuela a la prevención plantea varios enfoques que pueden realizarse. Como agente socializador, la escuela le brinda a la población estudiantil el conocimiento y las habilidades para ser ciudadanos competentes y refuerza las actitudes y comportamientos pro-sociales. Como ambiente protector, la mayoría de las escuelas se supone que estén libres de sustancias o drogas y que tengan actividades para relacionar a progenitores y familias con el personal docente.

Los programas basados en la escuela comprenden una amplia variedad de intervenciones. Algunas son estructuradas y utilizan el aprendizaje por los iguales como una forma de comprometer al alumnado en una forma interactiva. Otras buscan construir habilidades de resiliencia altamente específicas, mientras que existen otras intervenciones que son más



pasivas y aspiran simplemente a ofrecer a la juventud información educativa. Los programas de prevención basados en la escuela también varían por el grado en que se imparte el programa, el nivel de intensidad e interacción y el tipo de actitud o conducta que el programa busca modificar (Paglia et al. 1998).

Sloboda, Z. (2008) plantea que la fundamentación de los programas basados en la escuela para la prevención general universal es convincente. Es económica porque se llega a una población grande, mientras que son amplios los objetivos de salud: evitar consumir tabaco, alcohol, drogas y la obesidad, por ejemplo. Al dirigirse a jóvenes, los programas basados en la escuela intervienen en una población donde la prevalencia es la más elevada y los beneficios potenciales para la vida futura son los más elevados. Sin embargo, en la Unión Europea, continua Sloboda, Z. (2008), la investigación económica del coste-efectividad de la prevención permanece siendo rara y quizás, políticamente sensible.

Para presentar este capítulo de las intervenciones universales preventivas efectivas en la escuela, se ha tomado información de los documentos de las revisiones más importantes de la literatura existentes sobre el tema:

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

World Health Organization. (2002) Prevention of Psychoactive Substance Use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention.

Evans-Whipp. T.; Beyers, J.F.; Lloyd, S; Catalano, R.F. (2004) A review of school drug policies and their impact on youth substance use. *Health Promotion International Vol. 19. No. 2 Oxford University Press*

McGrath, Y. et al. (2006) Drug use prevention among young people: a review of reviews. National Institute for Health and Clinical Excellence.

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



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

EMCDDA (2009) Best Practice Portal. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence>

2.2.CONTENIDO DE LAS INTERVENCIONES

2.2.1 Enfoque Conocimiento/Información Solamente

La incorporación de conocimientos es el contenido más popular de las intervenciones de prevención. El supuesto que lo fundamenta es que las personas podrían cambiar su conducta cuando estén informadas sobre el grado y la naturaleza del daño asociado con un comportamiento dado (Paglia et al. 1998).

En base a que “el conocimiento es poder” se supone que una falta de conocimientos deja a las personas expuestas al consumo de sustancias, mientras que una conciencia de los hechos relevantes, les permite elegir patrones de estilos de vida saludables.

Los primeros abordajes de la educación en sustancias brindaban información sobre el alcohol, el tabaco y las drogas ilegales, basados en el supuesto de que la juventud (y los adultos) se comportan de forma racional y, dada la nueva información, van a alterar consecuentemente su comportamiento. En la actualidad está claro que esa estrategia es inefectiva. Aunque el brindar información aumenta el conocimiento y la conciencia de los efectos adversos de las drogas y puede producir actitudes negativas hacia las mismas, no tiene un impacto sobre la conducta del consumo de sustancias. Para la prevención universal, la impartición de información sola no se encontró que haya sido un componente efectivo en ningún estudio y puede ser contraproducente en el sentido de que, el ofrecer información sobre los peligros y riesgos puede atraer a la juventud que busca la aventura y también provocar curiosidad (Paglia et al. 1998).



Sin embargo, como se plantea en todas las revisiones sobre este tema, la impartición de conocimientos siempre debe ser una parte necesaria de los programas efectivos de prevención de drogas.

La información sobre las sustancias debe balancearse y ser relevante para la realidad social de la juventud. Por ejemplo, la información sobre los *efectos a corto plazo y los efectos sociales*, (incluyendo los efectos cosméticos, tales como, el efecto sobre la piel, el olor, el aliento, los dientes por el tabaco, así como la conducta ridícula por el alcohol, la falta de control de la agresividad por la cocaína, etc.), debería ser más enfatizada que aquélla sobre los *efectos para la salud a largo plazo*.

Se concluye que, aunque el enfoque de solamente información no es suficiente para afectar el consumo de sustancias, ofrecer hechos es un componente necesario de cualquier currículo de educación en sustancias (Pagial et al. 1998).

“Conocimiento de Utilidad”

En el documento de revisión de la OMS (WHO, 2002) se señala que la impartición de conocimientos como parte de un enfoque de entrenamiento en habilidades es un aspecto importante de un programa. El tipo de *conocimiento ofrecido, sin embargo, necesita ser relevante para chicas y chicos, necesita ser aplicable a las experiencias de sus vidas y necesita ser de un uso práctico inmediato para dicha población adolescente*.

Un término empleado para este tipo de conocimiento es “conocimiento de utilidad.” El papel del conocimiento de utilidad en un programa refuerza la necesidad de asegurar que la planificación del programa incorpore el aporte del alumnado para ayudar a identificar las cuestiones de conocimiento relevantes para chicas y chicos.

Se plantea, asimismo, que *la información de utilidad necesita estar directamente vinculada al desarrollo de habilidades*.

Se recomienda, entonces, que el conocimiento sea relevante a las necesidades de chicas y chicos y que esté vinculado al desarrollo de habilidades y a las metas del programa (WHO, 2002).



2.2.2 Enfoque Solamente-Afectivo

El modelo afectivo de educación en sustancias asume que aquellas personas que consumen sustancias tienen problemas personales, como, baja autoestima, habilidades sociales inadecuadas y valores escasos/confusos.

Los componentes de autoestima se basan en desarrollar sentimientos individuales de su propia valía. En las intervenciones que abordan estos aspectos, a chicas y a chicos se les enseña a que acepten y escenifiquen fracasos y dificultades. Se desestimula el auto-etiquetarse como fracasado o fracasada. Por el contrario, se estimula una apreciación de las fortalezas naturales o aquéllas que están desarrolladas. Se incluyen en esta categoría tópicos de programas de auto-conocimiento y auto-imagen, los cuales, aunque no van estrictamente dirigidos a mejorar la autoestima, son incluidos en esta categoría. Los programas de autoestima a menudo se basan en discusión y actividades en cuadernos de trabajo. Se incluye a veces un reforzamiento por parte del grupo de las cualidades personales que poseen (EMCDDA, 2009).

A pesar de su popularidad, su valor para la prevención universal del consumo de sustancias es bajo. Los meta-análisis de los programas de prevención no encontraron influencia de los componentes de autoestima en la efectividad de las intervenciones preventivas. Por el contrario, con frecuencia existe una relación positiva entre la autoestima y el inicio del consumo de sustancias.

Esto puede deberse a la baja correlación entre baja autoestima y consumo de sustancias, o porque esos programas no relacionan explícitamente la formación de habilidades con situaciones específicas de consumo de sustancias (EMCDDA, 2009).

2.2.3. Enfoques Psicosociales

Estas estrategias pertenecen al modelo de influencia social- que, según se señala en las revisiones, es el modelo más promisorio de todos los modelos de prevención del consumo de sustancias. La premisa básica es que las chicas y chicos adolescentes que consumen sustancias lo hacen debido a las presiones sociales de los iguales, la familia y los medios, así



como a las presiones internas (deseo de ser popular). Junto con un componente de información sobre las consecuencias sociales y sobre la salud, estos programas buscan enseñar métodos para contrarrestar esas presiones e intentan motivar a chicos y a chicas a que se resistan a dichas presiones.

Estas estrategias psicosociales comportan dos grandes áreas: el **'Entrenamiento en Habilidades para la Vida'** y la **'Educación Normativa'**.

Entrenamiento en Habilidades para la Vida

Las 'Habilidades para la Vida' incluyen 'Habilidades Sociales', más 'Habilidades Personales', más 'Conocimientos'.

En el portal "Mejores Prácticas" del Observatorio Europeo de Consumo de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA 2009) se describe y analiza este enfoque con cierta amplitud. A continuación se presenta un resumen de dicha información:

Habilidades Sociales

Las habilidades sociales son probablemente el componente más importante de los programas de influencia social. Las habilidades sociales pueden llevar a la juventud a implicarse en actividades de no consumo de drogas y pueden implicarse en nuevos tipos de redes sociales que contengan iguales o pares de bajo riesgo, en vez de iguales de alto riesgo. Las habilidades más incorporadas en los programas han sido la *asertividad*, las *habilidades de comunicación* y las *habilidades de resistencia a la presión de los iguales/habilidades de rechazo*.

La Asertividad

Es la habilidad o conjunto de habilidades necesarias para expresar sentimientos, pensamientos y opiniones, en el momento oportuno y de la forma adecuada, sin despreciar los derechos de las demás personas. Para comportarse de modo asertivo se requiere el desarrollo de algunas capacidades: distinguir entre aserción, agresión y pasividad, para expresar de modo sincero un afecto y sentimientos positivos hacia los demás



(asertividad positiva), mostrar reacciones negativas, sentimientos de desacuerdo con otras personas (asertividad negativa) o, expresar deseos y sentimientos y, todo ello, habiendo analizado la situación y los sentimientos de las demás personas. En la medida en que las habilidades asertivas puedan aumentarse con un adecuado entrenamiento, muchos programas de prevención de sustancias incluyen en sus componentes entrenamiento en asertividad, con el objetivo de ayudar a chicas y chicos adolescentes a mantener su decisión de no consumir sustancias, aún frente a la presión de iguales.

Habilidades de comunicación

Ejemplos de habilidades de comunicación serían: rechazar adecuadamente ofrecimientos de cigarrillos, alcohol, cannabis, hacer cumplidos, mostrar empatía, mostrar capacidad para escuchar, coquetear, 'ligar', hacer contactos, comportarse en ambientes sociales desconocidos (estar solo/a en una fiesta, en una aula nueva, etc.). (Por ejemplo, se ha encontrado que existe una falta típica de capacidades en los varones para conquistar a las chicas, lo cual explica parte de los patrones intensivos de consumo alcohol/cannabis para poder ser capaces de conquistar a las chicas). El entrenamiento en habilidades para 'ligar' también es considerado actualmente en Europa un ingrediente relevante. (EMCDDA 2009).

Habilidades de resistencia a la presión de los iguales/Habilidades de rechazo

El entrenamiento en habilidades de resistencia es uno de los componentes clásicos de los programas de Habilidades para la Vida. Cuando se aplican al abuso de sustancias en chicas y chicos, se supone que el grupo de iguales pone presión para conformarse a las normas del grupo, que pueden incluir el consumo de sustancias. La persona objeto de la supuesta presión es considerada como influida fácilmente y como pasiva frente a la presión activa. El concepto ha contribuido al desarrollo de estrategias de prevención primaria que enfatizan el entrenamiento en habilidades para rechazar el ofrecimiento de sustancias.

Recientemente, han existido dudas y críticas de si este elemento es realmente un componente efectivo.



Un punto de crítica es que, demasiada atención al concepto de “presión de iguales” da la idea de que el consumo de sustancias por adolescentes y jóvenes es enteramente, o, en gran medida, una cuestión de influencia de iguales “dañinos”, sin tener en cuenta que la selección de amistades y el sentimiento de pertenencia a un cierto círculo de iguales es un proceso más complejo e interactivo que simplemente sucumbir a la presión de los demás, debido a un déficit personal.

Habilidades Personales

Habilidades de Toma de Decisiones

Los programas de toma de decisiones enseñan un proceso de preguntarse sobre decisiones racionales con respecto al consumo de sustancias. Típicamente, enseñan a chicas y chicos una estrategia para identificar problemas, crear soluciones y elegir entre alternativas. Puede también abordarse el tomar decisiones sobre cuestiones más generales de la vida. Los marcos de toma de decisiones pueden o no aplicarse directamente al consumo de sustancias. Los procesos mediadores que se esperan cambiar como resultado de programas de toma de decisiones son las habilidades para tomar decisiones racionales y la aplicación de procedimiento racionales para manejar situaciones problema.

Establecimiento de Metas

Los programas de establecimiento de metas enseñan habilidades para establecer y obtener metas y animan a la adopción de una orientación hacia el logro. Existe un énfasis en identificar el consumo de drogas y alcohol como incongruente con estas metas. El ‘Establecimiento de Metas’ puede colocarse dentro de un marco realista de recursos, habilidades, tiempo y recompensas. Los programas de ‘Establecimiento de Metas’ utilizan una variedad de técnicas de instrucción, incluyendo instrucciones didácticas y ejercicios en cuadernos de trabajo. Chicas y chicos pueden completar proyectos fuera del aula, o pueden monitorear su ejecución para una variedad de metas. Puede haber recompensas por los logros. Las chicas y chicos también pueden ser entrenados en recompensarse por el logro. Los programas de ‘Establecimiento de Metas’ son postulados para efectuar cambios en el consumo de drogas y alcohol a través del desarrollo de una orientación al logro y de una motivación para luchar por el logro.



Auto-Eficacia

La auto-eficacia es la percepción de control sobre el completamiento exitoso de una conducta en particular. Juega un papel crucial e independiente en conformar las intenciones comportamentales. La 'Auto-Eficacia para el Consumo' representa la habilidad para obtener drogas: algunas chicas y algunos chicos consumirán drogas simplemente porque pueden obtenerlas. Por el contrario, la 'Auto-eficacia de Rechazo' representa la habilidad de resistir la presión social para consumir drogas. Los componentes que abordan la auto-eficacia han sido recomendados para su uso en programas para estudiantes mayores dirigidos a aumentar la competencia académica y social. Existe alguna evidencia de un impacto a largo plazo sobre la conducta del consumo de sustancias.

Auto-Control

La desinhibición neuroconductual comprende un conjunto de tendencias emocionales, síntomas conductuales y problemas en la función cognitiva que indican que una chica o un chico no han desarrollado adecuadamente el auto control psicológico, una capacidad que depende del desarrollo neurológico normal. En estas condiciones, la conducta desinhibida está crónicamente fuera de la realidad con respecto a las demandas de la situación. El chico o la chica pasan un mal rato satisfaciendo los requerimientos del aprendizaje escolar y no se relacionan fácilmente, ni con los adultos, ni con los iguales. Pueden implicarse en "conductas de exteriorización", típicamente a través de una conducta llamativa y desorganizadora en clase, agresión no provocada, desafío a la autoridad o delincuencia. Esta conducta está también marcada por impulsividad y por una incapacidad para persistir en perseguir sus metas. Los componentes que abordan el auto-control han sido recomendados para su uso en programas con estudiantes de primaria dirigidos a mejorar el aprendizaje académico y socioemocional para abordar los factores de riesgo para el consumo de sustancias, tales como, la agresividad temprana, el fracaso académico y la deserción escolar.



La Educación Normativa

El apoyo de la comunidad científica al componente normativo de los enfoques de influencias sociales en la educación en consumo de sustancias es mayor que para el componente del entrenamiento en habilidades de resistencia, por ejemplo. Se plantea que la incorporación de la educación normativa debe implicar una valoración detallada de las creencias de los grupos-diana para los tipos diferentes de sustancias y se deben desarrollar estrategias para contrarrestar estas creencias normativas (EMCDDA 2009).

Se reconoce por los resultados de las investigaciones, que la educación normativa parece más importante en un enfoque de influencia social que el entrenamiento en habilidades de resistencia; sin embargo, se reconoce que surgen problemas cuando los datos de prevalencia funcionan en la dirección opuesta a los propósitos de programas de abstinencia, particularmente para el alcohol, y cuando chicas y chicos se van haciendo mayores.

Actitudes, educación normativa y clarificación de valores

Especialmente para chicas y chicos, las percepciones de lo que es normal socialmente, por ejemplo, la prevalencia del consumo de cannabis experimental (prevalencia en la vida) y de la aceptación social (por ejemplo, baja percepción de riesgo, disponibilidad percibida de sustancias) juegan un papel fundamental en determinar sus valores y conductas.

Creencias normativas que corrigen sobreestimaciones de consumo en los iguales

Tal como se continúa planteando en el portal “Mejores Prácticas” del Observatorio Europeo de Consumo de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA 2009) abordar las creencias normativas significa corregir la creencia muy generalizada en la adolescencia de que el consumo de sustancias entre los iguales es normal y frecuente. Ello se lleva a cabo ofreciendo información de los datos de encuestas que muestran las tasas de prevalencia real y a través de discusiones guiadas en el aula sobre las opiniones acerca de las sustancias. La educación normativa busca socavar las creencias populares de que el consumo de drogas está generalizado y es aceptable. Se incluyen los componentes de poner de relieve las



normas sociales anti-drogas y se intenta conformar normas de no consumo, discutiendo formas alternativas para lograr los beneficios percibidos del consumo de sustancias.

También se deben exponer las tácticas de la publicidad de alcohol y tabaco y se enseñan los contra-argumentos a esos mensajes. El corregir esas falsas percepciones es potencialmente una poderosa estrategia para cambiar el consumo de alcohol y drogas entre chicas y chicos. Además de cambiar las creencias normativas individuales, puede también ser posible hacer lo mismo dentro de los grupos. Los grupos que son referentes en cuanto a normas y los líderes de opinión de su entorno, de ambos sexos, de la misma edad, pueden ser objeto de las intervenciones para establecer una norma conservadora de consumo como parte de la identidad del grupo.

Las creencias normativas son especialmente importantes en la población juvenil que consume cannabis, ya que tienden a extrapolar el nivel de consumo de sus iguales inmediatos hacia la “normalidad”, y por ello sobreestiman la prevalencia del consumo de sustancias. Esto puede suceder especialmente a través de procesos de seleccionar iguales que consumen sustancias. (EMCDDA 2009).

Clarificación de Valores y Discrepancia Cognitiva

Corrección de Mitos

Algunos mitos comunes sobre el consumo de sustancias pueden llevar a creencias erróneas. Por ejemplo, la gente joven cree que el consumo de sustancias va a crear aceptación en el grupo o les ayudará a afrontar los problemas, cuando en realidad, el consumo de sustancias les evita manejar activamente estas cuestiones. De hecho, la investigación reciente ha mostrado que estas creencias erróneas constituyen un predictor psicosocial fuerte del consumo de sustancias. El hacer una lista de los pasos lógicos implicados en la construcción del mito del consumo de sustancias puede ayudar a destruir su impacto en la conducta, descubriendo las partes falsas del mito.



Perspectivas actitudinales y reforzamiento con argumentos

Una actitud puede definirse como una predisposición general que se adquiere a través del tiempo, que es empleada para juzgar a una persona, evento o situación y por la que se actúa consecuentemente. Por ejemplo, el punto de vista general de una persona joven hacia el consumo de sustancias se desarrolla a través del tiempo, pero también es probable que sea un resultado de la actitud que poseen la familia o el grupo de iguales, por lo que, si la familia o el grupo de iguales tienen una actitud positiva hacia el consumo de sustancias, es probable que el chico o la chica tengan una actitud también positiva, lo cual puede considerarse como un factor de riesgo para consumir sustancias. A tal efecto, muchos programas de prevención han incluido componentes que abordan el cambio en las actitudes hacia el consumo de drogas, aunque reconocen que una actitud es una predisposición/sesgo establecido que puede ser difícil de modificar.

No obstante, muchos chicos y chicas que comienzan con actitudes negativas hacia el consumo de alcohol y drogas, raramente tienen que dar una explicación de sus actitudes hacia estas conductas y, por ello, cuando son desafiados, sus actitudes son fácilmente socavadas.

Existen varias indicaciones de que la educación normativa y la clarificación de valores son componentes muy potentes para la prevención universal. Sin embargo, no han tenido mucho uso en Europa hasta el momento (EMCDDA, 2009).



Resumen de Aspectos de Contenido que han Resultado Efectivos en la Educación en Drogas Basada en la Escuela (Paglia A. et al.1998)

- Los enfoques de solamente-conocimientos y solamente-afectivos no cambian las actitudes o la conducta.
- Discutir las razones del por qué las personas consumen drogas, qué esperan obtener y otras formas en que esto puede alcanzarse; presentar conductas alternativas que permitirán a los jóvenes recibir esos beneficios.
- Presentar material honesto de hechos; si no hay respuestas, debe admitirse; presentar tanto los peligros como los beneficios de consumir y de no consumir sustancias, con discusiones enfocadas en los efectos a corto plazo; si la información impartida es percibida por chicas y chicos como contradictoria a sus experiencias personales o reflejando una exageración y una histeria adulta, entonces no se le hará caso.
- Junto con el ofrecimiento de información, discutir y corregir percepciones con relación al consumo normativo.
- El desarrollo de habilidades para la vida puede también ser beneficioso (asertividad, toma de decisiones y técnicas de comunicación).



2.3. CARACTERÍSTICAS DE LA IMPARTICIÓN DE LAS INTERVENCIONES

A continuación se presenta la información básica sobre estos aspectos contenida en la revisión de la OMS (WHO, 2002):

2.3.1. Programas interactivos, orientados a la actividad

Los programas interactivos son, como mínimo, dos veces más efectivos que los programas no interactivos y hasta cuatro veces más.

Se ha encontrado que el intercambio de ideas y experiencias por parte del alumnado, la oportunidad de practicar nuevas habilidades y de obtener retroalimentación sobre la práctica de las mismas, actúan como un catalizador del cambio, más que cualquier rasgo de contenido crítico del programa. Se plantea que, si los programas actuales fueran remplazados por programas interactivos, la efectividad de la educación en consumo de sustancias en las escuelas aumentaría en un 8,5%.

Los beneficios de los programas interactivos han sido reforzados en estudios recientes. Se ofrecen algunas consideraciones prácticas importantes relacionadas con la implementación de programas interactivos a nivel de escuela y a nivel de aula. Se plantea que los programas interactivos son más difíciles de enseñar o de facilitar que los no interactivos y que requieren que el profesorado posea habilidades especializadas en enseñar y en manejo de la clase. Si no han recibido entrenamiento en técnicas interactivas, entonces no es probable que el personal docente implemente esos programas de modo efectivo.

La OMS recomienda que los programas educativos de consumo de sustancias sean interactivos, implicando el intercambio de ideas y experiencias en la población estudiantil a la que van dirigidos. El desarrollo de habilidades, la práctica de habilidades y la retroalimentación son también elementos importantes de los programas educativos en consumo de sustancias (WHO, 2002).



2.3.2. Sesiones de Repetición (sesiones ‘booster’)

Se considera de valor incorporar sesiones de repetición durante un número de cursos académicos a través de los años escolares. Las sesiones de repetición ofrecen la oportunidad de reforzar y construir mensajes durante un número de años adaptados a la edad y desarrollo del alumnado (WHO, 2002).

El número de sesiones identificado en la literatura varía, *pero comúnmente implica un mayor número de sesiones en el año inicial y menos sesiones en los siguientes años*. Se plantea que la intensidad del programa sea de una duración de 15 o más horas, incorporando 10 sesiones en el primer año, seguidas de, por lo menos, 5 sesiones en el segundo año. En otras publicaciones se sugieren menos sesiones en general, abarcando cuatro, cinco, hasta ocho sesiones iniciales, seguidas de tres, cinco u ocho sesiones de repetición y posiblemente una tercera fase de repetición cuando los datos de prevalencia indiquen un aumento en el consumo, o cuando el contexto de consumo cambie.

Se recomienda que los programas de educación en consumo de sustancias en la escuela deberían conducirse por un número de años y construir habilidades, conocimientos y experiencias en chicas y chicos en la medida en que progresan a través del tiempo. Generalmente, un mayor número de sesiones debe ofrecerse el primer año (4- 10 sesiones) con seguimiento de 3-8 sesiones y de 5-8 sesiones en años siguientes.

Es importante que los programas sean sostenidos a través del tiempo para la efectividad del cambio de comportamiento (WHO, 2002).

2.3.3. Enfocar el cambio de conducta- más que el conocimiento y/o las actitudes

El determinante clave de los programas exitosos de educación en sustancias en las escuelas es que el programa sea capaz de impactar significativamente en la conducta de consumo de sustancias en chicos y chicas.

Se muestra en la literatura revisada una preocupación general por el hecho de que los efectos comportamentales se limitan a menudo a un



subgrupo de la población de interés y frecuentemente decaen con el tiempo. En algunas revisiones se argumenta que el impacto reducido de un programa en los años siguientes a su implementación no necesariamente es una cosa negativa, puesto que el período en el que está teniendo un impacto ofrece una ventana añadida de oportunidades de prevención que no hubiera sido posible sin dicho programa. Además, el alumnado objeto de las intervenciones puede tener mayor capacidad para abandonar el consumo y puede haber una mortalidad y morbilidad disminuida como resultado de este periodo de consumo reducido o aplazado (WHO, 2002).

Por otra parte, se señala también en este documento de la OMS, que no es sorprendente que los efectos de programas en educación en el consumo de sustancias decaigan, dadas la baja intensidad y duración de muchos programas. Quizás es ingenuo esperar que la educación en el aula impacte más en la conducta del alumnado, que el tiempo en que está implementado, particularmente, si se consideran las numerosas variables externas a la escuela que influyen en la conducta de consumo de sustancias. Aún así, en algunos casos, los efectos del programa se extienden más allá de la implementación. Algunos estudios muestran efectos comportamentales en, por lo menos, un año después de que se ha completado la implementación de sesiones repetidas. Estos resultados refuerzan el empleo de sesiones regulares de repetición que sean apropiadas a la etapa de desarrollo de la población escolar y que estén basadas en la realidad de los grupos-diana.

Se reconoce que la pobre metodología de investigación ha contribuido al pequeño número de estudios que han aceptado revisar la efectividad de los programas.

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

Según se plantea en la revisión de la OMS (WHO, 2002), en algunos documentos se apoya la idea de adoptar programas dirigidos a una sola sustancia, porque sus resultados indicaron que los programas contra el tabaco eran tres veces más efectivos que los programas que se dirigían a múltiples sustancias dentro del mismo programa. Los programas anti-alcohol, aunque no son tan exitosos como los programas antitabáquicos,



resultaron más exitosos que los programas multi-sustancias. Estos resultados son particularmente pertinentes al alumnado de más de doce años de edad; la población escolar menor puede beneficiarse de una educación general en sustancias. Existen otras opiniones, sin embargo, de que esto debe ser guiado por los datos locales de prevalencia. Se argumenta también que, por la diferente etiología del consumo de sustancias en la juventud, los programas deben desarrollarse para tipos individuales de sustancias; sin embargo, esta sugerencia puede crear dificultades para las escuelas en relación con la hora del currículum.

Otra cuestión que puede orientar el desarrollo de los programas es la sustancia que causa el mayor daño y costes en la comunidad y la que sea más consumida (WHO, 2002).

2.3.5. Interacción con Iguales/Líderes Iguales

Varias revisiones han identificado el papel potencial de los iguales en educación de sustancias basada en la escuela. Se ha encontrado que los programas con estudiantes de la misma edad eran más efectivos que los programas sin esos iguales.

Existen dificultades asociadas con iguales como líderes que faciliten la actividad de la clase, incluyendo: la selección de chicas y chicos líderes de grupos sociales que ya existen entre el alumnado; el entrenamiento y el tiempo requerido para su adecuada preparación; el currículo escolar ya demandante que ofrece poca oportunidad para introducir a iguales de más edad de otros sitios. Se necesita mucha investigación en la evaluación de los procesos y de los resultados que puedan esperarse de iguales líderes, en comparación con otras alternativas. Se requiere antes, que su inclusión sea aceptada como parte de una educación regular en consumo de sustancias en las escuelas.

Actualmente en algunos estudios se plantea que la presencia de iguales líderes en una clase no hace un programa de iguales, sino que, más bien, la interacción entre iguales es el componente clave del éxito. Es importante que chicos y chicas tengan la oportunidad de interactuar en actividades en pequeños grupos, para probar e intercambiar ideas de cómo manejar las situaciones de consumo de sustancias y ganar retroalimentación del grupo de iguales acerca de la aceptabilidad de sus



ideas, en un ambiente seguro, donde el líder, sea de uno u otro sexo, actúe como facilitador, manteniendo la conducta dirigida a una tarea, maximizando la oportunidad para el intercambio entre iguales, ofreciendo información de utilidad, corrigiendo falsas concepciones y ofreciendo práctica en habilidades.

La OMS, resume sus recomendaciones planteando que los programas deberían brindar a chicos y chicas gran cantidad de tiempo para interactuar e intercambiar ideas durante actividades dirigidas a la tarea (WHO, 2002).

Se afirma también en este documento de la OMS, que se necesita más investigación antes que sea recomendado el empleo de chicas y chicos que actúen como líderes iguales facilitadores como parte de programas educaciones de uso de sustancias.

Las chicas y chicos que funcionen como líderes iguales pueden participar, por ahora, bajo la facilitación general del personal adulto ejecutor de los programas (WHO, 2002).

2.3.6. Momento Ideal de las Intervenciones

En la revisión de la OMS (WHO, 2002) los expertos consideran que los programas deberían ofrecerse en un momento apropiado del desarrollo adolescente y, particularmente, cuando las intervenciones tengan la mayor probabilidad de impactar el comportamiento de chicas y chicos. Potencialmente existen tres períodos críticos en el desarrollo de la conducta en que los efectos de las intervenciones pueden optimizarse más:

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

Los programas deben también ser *relevantes para las experiencias* en la vida de chicas y chicos durante el período en que la mayoría esté experimentando una exposición inicial al consumo de sustancias. Esta fase de *relevancia* temprana asegura que la participación en programas ocurra



cuando es más probable que la información y las habilidades tengan significado y aplicación práctica.

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

Los programas pueden ser mejor diseñados para un grupo poblacional usando datos de prevalencia local. Los datos de prevalencia ofrecen información sobre la edad común de iniciación, la edad en que la mayoría de los jóvenes comienza a experimentar y las tasas de consumo a través del tiempo para varias sustancias y regiones, en diferentes períodos de tiempo. Esta información puede entonces ser usada para satisfacer los momentos críticos mencionados anteriormente en la historia del consumo de drogas de chicos y chicas y puede por ello adaptarse a fluctuaciones en prevalencias a través del tiempo para las nuevas poblaciones de jóvenes.

Como resumen, en el documento de la OMS (WHO, 2002), se recomienda *ofrecer una combinación de fase de inoculación y de fases de relevancia temprana y posterior guiada por datos de prevalencia local*.

En algunos estudios (Fisher D.1998) se plantea que la evidencia de un 'grupo de edad óptimo' para la prevención no está clara, aunque los resultados de la intervenciones en la adolescencia tardía (>17 años) generalmente son más débiles. También sugieren que, como los patrones problemáticos de consumo aparecen típicamente en la adolescencia media (15-16 años), los intentos de modificar la conducta en esta edad pueden ser más productivos. Requeriría más investigación un posible gradación en campañas de prevención (edades tempranas: abstención, grupos mayores: menos consumo y abandonar el consumo).



2.4. PROGRAMAS BASADOS EN LA ESCUELA QUE INVOLUCRAN A LOS PROGENITORES

En una evaluación de programas que involucran a padres y madres (Shepard y Carlson, 2003) se ofrece una panorámica de la evidencia para la efectividad de los programas basados en la escuela que incorporan un componente de implicación parental. Existe una variedad de formas en que padres y madres pueden participar en los programas de prevención de sustancias, que incluyen:

- Educación de padres y madres
- Entrenamiento en habilidades parentales
- Actividades progenitores-hijos
- Actividades sociales
- Servicios de aconsejamiento
- Aconsejamiento o solución de problemas en la casa
- Grupos de padres y madres
- Discusiones profesorado-progenitores
- Boletines informativos periódicos para la familia

A pesar de que los autores introducen un número de estrategias preventivas que incluyen a los progenitores, su efectividad relativa no ha sido examinada. De manera que la relativa efectividad de estas intervenciones en prevenir el consumo de drogas o la conducta antisocial no se conoce.

Los autores ofrecen alguna evidencia para un valor añadido de implicación parental en programas multi-componentes, pero expresan que se necesita más investigación debido a que factores, tales como, las tasas de abandono y los sesgos de selección, pueden afectar los resultados del programa.

Las descripciones de la metodología no están suficientemente detalladas para conocer si los grupos experimental y control fueron comparables en la línea base.



2.4.1. Ejemplos de Programas Preventivos con Implicación de los Progenitores:

Ejemplo 1. Programa: *Ensayo Europeo de Prevención del Abuso de Drogas (EU-Dap, siglas en inglés)*

El Ensayo Europeo de Prevención del Abuso de Drogas (EU-Dap, 2006) comenzó en 2003 y continúa actualmente. El programa del curriculum llamado “Desconectados” se creó por un equipo de profesionales de salud pública y de la investigación europeos, conocidos como el Grupo de Planeación de la Intervención EU-Dap. El programa se basa en el *Modelo Integral de Influencia Social* y se dirige a la prevención universal.

Nueve centros en siete países coordinaron el estudio en sus respectivas regiones. No se incluyó a España. Un mínimo de 15 escuelas fueron reclutadas por cada centro. Un total de 150 escuelas y más de 700 estudiantes participaron en el Ensayo EU-Dap.

El proyecto EU Dap va dirigido a brindar a las escuelas y autoridades de salud europeas información útil para implementar intervenciones efectivas para la prevención del consumo de sustancias y con un método para evaluar la efectividad de esas intervenciones basadas en la escuela. El programa probado estuvo diseñado específicamente para las escuelas europeas, empleando aquellos principios y métodos probados como más útiles en prevenir el consumo de drogas.

Los resultados de la evaluación de la fase I demostraron que el programa EU- Dap fue efectivo en reducir la aparición del hábito de fumar, la borrachera y el consumo de otras drogas.

Los resultados han mostrado que los programas integrales de influencia social ayudan a prevenir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. A continuación se presenta una información resumida sobre dicho proyecto:

El programa “Desconectados” se administró a escuelas tomadas al azar



para la intervención, mientras que las escuelas control transcurrieron sin el programa.

Las escuelas del grupo de intervención combinaron también la implicación de padres y madres o el liderazgo de iguales del aula.

Se implementaron tres combinaciones en tres grupos de escuelas con intervención:

- Currículo básico: programa “Desconectados”, conducido por el personal docente con el alumnado
- Componente parental: programa “Desconectados”, además de la implicación de padres y madres
- Componente de Iguales del Aula: El programa “Desconectados” más la implicación de los iguales.

El currículum “Desconectados” consiste en 12 lecciones de una hora, administrado por el personal docente de la escuela entrenado en una sesión de formación de dos días y medios de duración.

Las doce lecciones:

1. Abriendo “Desconectados”
2. Estar o no estar en un grupo
3. Elegir- Alcohol riesgo y protección
4. Tus creencias, normas e información. ¿reflejan la realidad?
5. Fumando la sustancia tabaco. Infórmate
6. Exprésate
7. Levántate y párate
8. Tigre de la fiesta
9. Drogas- infórmate
10. Habilidades de afrontamiento
11. Solución de problemas y toma de decisiones
12. Establecimiento de metas

El currículum (12 horas de clases) se condujo por **personal docente entrenado** en las clases de intervención. Recibieron el manual para el profesor.



El Componente de los Progenitores incluía tres seminarios por las noches, conducido por una persona experta de fuera del colegio, que fue seleccionada por el personal coordinador local de EU-Dap.

El Componente Iguales del Aula se realizó por estudiantes designados en cada aula con una supervisión mínima de los profesores.

Las lecciones del programa “Desconectados” fueron impartidas durante el año escolar 2004-2005.

La implementación del programa, las dificultades experimentadas por el personal docente en la aplicación de las unidades y las posibles sugerencias para mejorar se registraron con modelos específicos de monitoreo durante toda la fase de implementación.

La evaluación. El programa pretendía reducir el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas. El equipo de investigación examinó las diferencias entre consumo inicial y habitual entre los jóvenes en las escuelas del grupo de intervención y del grupo control por medio de un cuestionario autoadministrado.

Empleando el mismo cuestionario, una segunda evaluación tuvo lugar tres meses después de completar el programa “Desconectados” (mayo-junio 2005). Un año después del primer seguimiento (septiembre-octubre 2006) tuvo lugar un seguimiento para poder evaluar la efectividad a largo plazo del programa “Desconectados”.

El programa “Desconectados” fue encontrado efectivo en prevenir la aparición del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Los componentes parental y de iguales no añadieron ninguna efectividad adicional al programa “Desconectados”. Sin embargo, la retroalimentación anecdótica de progenitores y personal docente indica que el componente parental añade valor al programa.



Ejemplo 2. Programa: ¡Ordago!. El desafío de vivir sin drogas. Evaluación de la aplicación en la Comunidad Valenciana

Desde su creación en el País Vasco en 1995, a partir de la traducción y adaptación al castellano del programa de origen canadiense PAVOT, ¡ÓRDAGO! (Melero, J.C., 2003) ha revelado un dinamismo que hace que en la actualidad sea uno de los programas preventivos dirigidos a la etapa de Educación Secundaria Obligatoria, que conoce una mayor consolidación en España. El programa alimenta en estos momentos iniciativas preventivas en ocho comunidades autónomas.

¡ÓRDAGO! articula sus aprendizajes en diversos ejes:

- Conocimientos sobre las drogas
- Desarrollo de valores y actitudes
- Adquisición de competencias de resistencia a la presión grupal
- Entrenamiento en procesos de toma de decisiones razonadas

Puesto que los objetivos del programa se dirigen esencialmente a desarrollar habilidades, es necesario que chicas y chicos sean sujetos activos de su propio aprendizaje, y que las actividades se basen, por tanto, en métodos participativos: lluvia de ideas, grupos de discusión y debate, *role playing*, análisis de noticias, etc.

Estos aprendizajes se suceden a lo largo de los cuatro años de la ESO, y se concretan en un total de 20 sesiones, de una hora lectiva, a dinamizar por el profesorado.

¡ÓRDAGO! ofrece una vía pedagógica paralela y vinculada a la que siguen los escolares, a través de cuatro encuentros dirigidos a los padres y madres, centrados en los siguientes contenidos:

- Información sobre drogas
- Reacciones emocionales ante el tema
- Reflexión acerca de las presiones que padecen
- Ayudarles a tomar decisiones



En la evaluación que se hizo después del curso 2001/2002 se encontró que: el 26% de los escolares que se declaran fumadores, afirma haber modificado su consumo de tabaco, ya sea por haberlo dejado (8%) o por haberlo reducido (18%). Otro tanto cabe afirmar respecto al consumo de alcohol, siendo el 22% de los escolares que se declaran consumidores quienes afirman haber eliminado su consumo (3%) o haberlo reducido (19%). El 19% de los escolares que dice consumir cannabis afirma haber modificado su consumo, ya sea eliminándolo (6%) o reduciéndolo. (Melero, J.C., 2003).



Resumen de Aspectos de la Impartición y Estructura que han Resultado Efectivos en la Educación en Drogas Basada en la Escuela (Paglia A. et al. 1998) (NIDA, 2003)

- El programa debería ser continuo, desde el pre-escolar hasta el último año de bachillerado y debería ser especialmente intensivo en la secundaria, justo antes de la mediana de edad del comienzo del consumo.
- Los programas de corta duración no funcionan.
- Las sesiones de repetición pueden ayudar a la efectividad, particularmente para el cannabis.
- Una intensidad más elevada del programa (10 lecciones o más) ofrece poco beneficio añadido.
- Se deberían emplear deferentes enfoques para varios subgrupos (diferente sofisticación con las drogas, niveles de consumo, grupos demográficos) cuando sea posible; estas estrategias con objetivo deberían estar basadas en investigación formativa.
- Los enfoques de habilidades sociales son generalmente más efectivos, aunque el entrenamiento en habilidades de resistencia ofrece poca evidencia de efectividad.
- Implicar a los estudiantes en la planificación e implementación del currículo
- Proporcionar una atmósfera tolerante, libre de tácticas moralizantes y de temor; debe haber un diálogo abierto, no evaluativo entre la persona que conduzca el programa y el alumnado.
- Enfatizar el aprendizaje activo sobre los efectos de las drogas, no descansar en conferencias pasivas y películas; los mejores son los métodos interactivos de impartición, tales como, grupos de discusión pequeños y juego de roles.
- La persona que conduzca el programa, o líder, debe ser alguien en quien el alumnado confíe, el cual presentará los hechos de modo exacto y de forma no sesgada; el personal docente puede ejercer un liderazgo efectivo, con la asistencia de líderes iguales.



Mejores Prácticas que se Difunden en la Unión Europea (OEDT, 2002).

1. Los países que han abordado expresamente la prevención en las escuelas, mediante la inclusión de objetivos concretos en sus estrategias nacionales y que cuentan con una rigurosa organización logística de la ejecución y financiación de las medidas de prevención, son los que han obtenido los resultados más prometedores.

2. Los programas que arrojan buenos resultados se centran en el fortalecimiento de las aptitudes interpersonales de los jóvenes y de su capacidad crítica para tomar decisiones razonadas y con fundamento sobre las drogas. La enseñanza interactiva ha demostrado ser más eficaz.

3. Las acciones a corto plazo, de carácter aislado y «moralizadoras» son contraproducentes.

4. El enorme margen de mejora del contenido de las medidas de prevención de las drogodependencias en los centros escolares de la UE reside en la formación intensiva de profesionales y personal docente en habilidades de prevención, de acuerdo con los logros suficientemente documentados en algunos Estados miembros de la UE.

5. Los Estados miembros que disponen de sistemas de información sobre el alcance de las medidas de prevención en sus centros escolares pueden utilizar los datos recopilados para orientar e intensificar sus políticas de prevención.

6. Con arreglo a un análisis comparativo de la experiencia adquirida a nivel europeo, los ámbitos prioritarios de las políticas de prevención son, la coordinación estrecha de las instituciones y el establecimiento de sistemas de acreditación de proyectos de prevención claramente basados en pruebas y que sólo requieren un mínimo de evaluación y de presentación de informes.



III ESTRATEGIAS AMBIENTALES EFECTIVAS

3.1. DEFINICIONES Y VENTAJAS DE LAS ESTRATEGIAS AMBIENTALES

3.1.2. Ambientes Individualizados y Ambientes Compartidos

El marco conceptual en el cual se desarrollan las estrategias ambientales plantea que una forma de categorizar las estrategias de prevención es considerar aquéllas que intentan alterar los ambientes en donde crecen, aprenden y maduran las personas como *individuos (ambiente individualizado)* y aquéllas que intentan alterar el ambiente en donde chicas y chicos encuentran amenazas a su salud-incluyendo las drogas ilegales, el alcohol, el tabaco (*ambiente compartido*) (U.S. Dpt. of Health and Human Services, 2000).

Los agentes de cambio en los *ambientes individualizados* pueden incluir las familias, las escuelas y los servicios sociales y de salud. Generalmente, las estrategias en este nivel buscan *socializar, instruir, guiar y aconsejar* a chicas y chicos en formas que aumenten su resistencia a los riesgos para la salud. Como se ha visto hasta ahora, existen programas específicos que pueden entrenar en habilidades parentales a padres y madres o en habilidades para la vida a chicas y chicos, educar a los progenitores y menores sobre los riesgos para la salud, comunicar reglas y expectativas, o brindar servicios especializados a la población adolescente y joven en alto riesgo. Todas estas estrategias individualizadas buscan preparar y asistir a chicas y chicos en afrontar un sin fin de tentaciones y amenazas potenciales a su salud y bienestar. Estas son las amenazas a su salud en el *ambiente compartido*. El ambiente compartido puede ser un barrio, pueblo, ciudad, Estado, o la nación como un todo. Diseñado y manejado de modo apropiado, el ambiente compartido puede *apoyar* la conducta sana y *bloquear* la conducta arriesgada para toda la población joven, *sin tener en cuenta cuán bien preparada puede estar por los ambientes individualizados.*

En cuanto a los factores que conforman el comportamiento en el ambiente compartido se señalan tres factores que moldean, tanto las conductas positivas (saludables), como las negativas (que comprometen la salud): *Normas, disponibilidad y regulaciones.*



Las normas son orientaciones básicas relativas a “lo correcto o incorrecto”, la aceptabilidad o no aceptabilidad y/o la desviación de conductas específicas para un grupo específico de personas.

Por ejemplo, es *incorrecto* para *cualquiera* emplear drogas ilegales; es *correcto* para los *adultos* beber alcohol con moderación. Las normas son la base de una variedad de actitudes específicas que apoyan o socavan las estrategias de prevención particulares que se desea implementar.

La disponibilidad puede definirse en términos de cuánto tiempo, energía y dinero debe ser invertido en obtener un producto (alcohol, cannabis, cigarrillos). Mientras se requieran más recursos, menor es la disponibilidad.

Las regulaciones son leyes, reglas y políticas formalizadas que sirven para controlar la disponibilidad y codificar normas y que especifican las sanciones por las violaciones de las mismas. Las regulaciones pueden ser instituidas por gobiernos, agencias públicas (policía, sistemas escolares, etc.), o por organizaciones privadas.

La probabilidad de un comportamiento que comprometa la salud disminuye en la medida en que existan regulaciones que desestimen dicho comportamiento y normas que lo desapruében, y cuando los productos necesarios para implicarse en la conducta no estén fácilmente disponibles.

De este modo, la probabilidad de que la población adolescente consuma alcohol se reduce cuando los miembros de la comunidad desapruében fuertemente que los adolescentes beban (normas), cuando los establecimientos que expenden sustancias chequeen regularmente los documentos de identidad de los menores (disponibilidad) y cuando las políticas de la policía apoyen una aplicación de obligatoriedad rigurosa de la venta a menores y demás leyes y regulaciones.

3.1.3. Ventajas de las estrategias de prevención ambiental

Fisher, D. (1998) ofrece los argumentos esenciales para considerar las ventajas de las estrategias de prevención ambiental. Plantea que las mismas, como clase, ofrecen un complemento promisorio a las estrategias preventivas dirigidas a los individuos. Considera que, debido a



que su propósito es cambiar los procesos contextuales subyacentes que contribuyen al consumo de sustancias, tienen el potencial de generar mayores efectos que la prevención dirigida a los individuos, porque impactan mayor número de personas y pueden producir resultados más sostenibles a bajos costes.

Comparada con la prevención enfocada en el individuo, que busca reducir el riesgo individual interviniendo y creando cambio en una persona a la vez, las estrategias enfocadas en el ambiente tienen la capacidad de llegar a poblaciones enteras y reducir el riesgo colectivo. Al alterar el sistema comunitario, pueden producirse pequeños cambios extendidos en la conducta de grandes poblaciones que resultan en beneficios netos para la sociedad en términos de problemas reducidos (Fisher, D. 1998).

La prevención que se dirige al ambiente también ofrece la oportunidad de producir reducciones más duraderas en el riesgo, creando condiciones que apoyan el no consumo de las sustancias ilegales y el consumo responsable de las legales. Los programas que abordan en sus intervenciones a la población juvenil sin considerar los ambientes en donde dicha población vive, pueden encontrar su efectividad severamente mermada por procesos en el ambiente externo que son inconsistentes con los mensajes del programa. Por ejemplo, programas que enseñan a la juventud habilidades de resistencia pueden estar socavados en la medida en que chicas y chicos estén expuestos a mensajes que le dan 'glamour' al consumo de alcohol, pueden fácilmente adquirir alcohol y percibir que no existen penalidades para la población adolescente que bebe alcohol. *Es más probable que se consigan reducciones sustanciales y sostenidas en el consumo cuando las influencias ambientales son consistentes y mutuamente reforzadoras de los mensajes formales de prevención dirigidos a la población adolescente y joven.* (Fisher, D. 1998)

En la medida en que los procesos que influyen sobre el consumo de sustancias son alterados exitosamente, los enfoques ambientales tienen el potencial de efectividad a largo plazo y a corto plazo. *Los cambios en las circunstancias legales, económicas y sociales alrededor del consumo pueden fomentar cambios importantes en actitudes que desestimulen el consumo. Los efectos sinérgicos de las barreras ambientales al consumo, unidos a un cambio normativo ampliamente extendido, pueden resultar en la creación de un sistema sustancialmente modificado, que ofrece menos*



oportunidades y presiones a consumir sustancias para las generaciones actuales y futuras. Aún cuando las estrategias dirigidas a la juventud fueran efectivas en crear cambios duraderos en chicas y chicos, por el hecho de que fracasan en cambiar los procesos fundamentales que las apoyan, deben repetirse para cada nueva generación.

Además de la efectividad potencial, los enfoques ambientales tienen los beneficios de ser comparativamente fáciles de mantener y quizás menos costosos que las estrategias dirigidas a poblaciones. Una vez que las leyes y políticas estén en su lugar, pueden requerirse relativamente poco esfuerzo o gastos para que funcionen. Mientras que la efectividad potencial de cualquier política decae con el tiempo debido al inferior cumplimiento o a inferior regulación o aplicación, las políticas continúan teniendo algún efecto, aún sin refuerzo (Fisher, D. 1998).

3.2. UTILIZACIÓN DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA

Durante varias décadas han sido utilizadas campañas en los medios masivos de comunicación en un intento de disminuir el consumo de sustancias en adolescentes y jóvenes. Ciertamente, las campañas tienen el potencial de ser herramientas efectivas de comunicación y educación, ya que se ha encontrado que la juventud reporta obtener la mayor parte de la información sobre las drogas en la televisión, seguida de los progenitores y de los medios impresos y que pueden también ser abordados los subgrupos que son difíciles de alcanzar (por ejemplo, los que abandonan la escuela) (Paglia A. et al.1998).

En el documento de la OMS (WHO 2002) se revisan ampliamente los resultados de las campañas de comunicación masivas dirigidas a desestimular el consumo de sustancias:

Se plantea que los medios de comunicación de masas han sido un medio popular entre los encargados de las políticas para influir sobre el consumo de sustancias, sean legales o ilegales. Sin embargo, a pesar de ser muy populares, en parte por su amplia aceptación, ha sido menos fácil demostrar su coste- efectividad. Ha habido relativamente pocos estudios en donde se hayan registrado mediciones adecuadas pre-campaña y en donde los efectos de la campaña, si es que se han registrado, puedan ser atribuidos a la misma con confianza. En parte, esto refleja la dificultad en



obtener poblaciones de control adecuadas cuando se trata de algo tan amorfo como los medios de comunicación y, en parte, refleja también, el hecho que las campañas en los medios (si transcurren sobre un marco de tiempo necesario), raramente son las únicas influencias que recaen sobre la población-diana. A pesar de sus limitaciones, es probable que los medios de comunicación masiva continúen siendo empleados en los intentos de modificar el consumo de sustancias. Por ello es apropiado resumir algunas de las conclusiones que pueden sacarse de un examen de la literatura de investigación en esta área (WHO 2002).

Las campañas en los medios pueden tener una variedad de objetivos para los cuales son apropiadas diferentes estrategias y diferentes audiencias-diana. Han mostrado ser efectivas en aumentar el nivel general de toma de conciencia en relación a las sustancias y al consumo de sustancias y en ofrecer apoyo a iniciativas de políticas en esta área. *Su efectividad en precipitar cambios en el comportamiento de las personas está menos claramente demostrada.*

Los cambios en la conducta individual parecerían requerir, *tanto, la provisión de información exacta, como la reducción de información equivocada.* En el caso de las sustancias legales, particularmente el alcohol y el tabaco, la publicidad de estas sustancias concurrente y omnipresente representa una influencia contraproducente, cuando no hostil, cuya consecuencia puede ser que modifique los efectos de cualquier mensaje de salud, si es que no los anula. En parte, debido a la proliferación de los medios y a la existencia de influencias contraproducentes, las expectativas de los resultados de campañas mediáticas deben ser realistas y evaluadas separadamente.

La influencia de la publicidad y las prohibiciones sobre publicidad en la percepción y consumo de sustancias legales ha sido objeto de investigación extensa. Se ha encontrado que la publicidad de productos del alcohol, particularmente de la cerveza y, especialmente si está asociada con fortaleza deportiva, influye en las percepciones e intenciones futuras de beber en la audiencia de menores en edades no autorizadas para beber, particularmente en varones. *Las prohibiciones en la publicidad por radio y televisión de alcohol han mostrado estar asociadas con un consumo per- capita inferior y menos accidentes de vehículos de motor.*



A pesar de las restricciones sobre la publicidad del alcohol en audiencias de adolescentes y jóvenes, en algunos países los estudios han mostrado que esas audiencias son conscientes de los anuncios de alcohol. *La percepción positiva de estos anuncios se asocia con la intención de beber y de beber fuertemente en una etapa posterior. Esta tendencia es más aparente para varones que para mujeres.*

Un número de revisiones integrales de la literatura en esta área ha identificado cuáles son los ingredientes efectivos de cualquier campaña de medios de comunicación (WHO 2002). Incluyen:

- la necesidad de un grupo- diana bien definido;
- la realización de una investigación formativa pre-test para comprender la audiencia diana y para los materiales de campaña;
- el uso de mensajes que aumenten el conocimiento actual de los audiencias y que satisfagan necesidades y motivos pre-existentes;
- dirigirse al conocimiento y creencias que impiden la adopción de la conducta deseada;
- un plan de medios garantizado para asegurar la exposición a la campaña; y,
- un compromiso a largo plazo con esa campaña.

Tal como se plantea en otro documento revisado (Paglia A. et al.,1998), de modo general, los estudios han mostrado que *las campañas contra el consumo/abuso de sustancias han tenido el mayor impacto en aumentar el conocimiento y la toma de conciencia, pero un éxito modesto en afectar las actitudes y las conductas.* Se plantea que los mensajes a través de los servicios públicos han fracasado en cambiar conductas debido a lo siguiente:

- fracaso en llegar a la audiencia;
- mensajes que son dirigidos a segmentos de la audiencia no identificados;
- se basan en demasía en el temor y los mensajes morales;
- la población que consume drogas y en riesgo de consumir tienden a evitar los anuncios antidrogas públicos típicos; y,
- una carencia de capacidad para estimular las discusiones interpersonales en cuando al tema en cuestión.



Existe coincidencia en considerar que una influencia directa de los mensajes mediáticos, aunque plausible, es muy difícil de confirmar; los medios tienden a ser más efectivos cuando se emplean como mecanismos para establecer una agenda. Los medios pueden utilizarse para aumentar la conciencia de la comunidad y la motivación para participar en programas a nivel de comunidad (por ejemplo, asesoramiento, servicios de 'línea caliente'), para aumentar el apoyo para nuevas políticas.

En resumen, las siguientes son generalizaciones de cómo los medios de comunicación masiva pueden ser usados con mayor efectividad en promover la conducta en salud en los jóvenes: (Paglia A. et al., 1998)

- Usar múltiples medios ayuda a promover una norma de estilo de vida.
- Combinar las campañas mediáticas con varios otros esfuerzos preventivos para ayudar a cambiar normas.
- Utilizar los medios para estimular la discusión interpersonal sobre el tema.
- Utilizar programar el ocio con otra forma de evitar "la venta dura" y promover normas de estilo de vida.
- Dividir la audiencia (por ejemplo, subgrupos demográficos) y basar los mensajes en investigación formativa con subgrupos para poder comprender sus creencias, actitudes y valores.
- Evitar las tácticas de temor y morales, evitar utilizar el logo de la agencia de salud cuando sea posible; ser cauteloso con los mensajes humorísticos- mientras que gustan a la juventud han probado ser inefectivos.
- No usar personajes célebres, puesto que la juventud es escéptica de que sean genuinos.
- Los mensajes deberían presentar información de manera honesta y ofreciendo datos, enfatizando las consecuencias negativas a corto plazo, más que a largo plazo. En ciertos casos, los efectos positivos del consumo deberían ser reconocidos, brindando formas alternativas de alcanzar esos beneficios.

Las campañas en los medios contra el consumo de tabaco en particular, han sido más evaluadas.



En el “Portal de Mejores Prácticas” (EMCDDA 2009), se analizan los resultados de un estudio que se relaciona predominantemente con el tabaco, con abordaje muy escaso del alcohol y nada sobre drogas ilegales. El estudio aludido recomienda:

- Emplear campañas en los medios para acompañar cualquier otra medida, no aisladas.
- Las campañas en los medios masivos en combinación con otros componentes (programas basados en la escuela, basados en la comunidad y nacionales) tienen efectos preventivos sobre el comportamiento del consumo (en relación con el tabaco).
- Las campañas de los medios de comunicación aisladas no reducen el consumo (de tabaco). Las campañas en los medios orientadas a la juventud son más efectivas como parte de programas nacionales, que como parte de programas comunitarios.
- Las campañas de los medios tienden a ser más influyentes en prevenir el comienzo de fumar tabaco, que en promover el cese de fumar y también tienden a ser más efectivas con jóvenes en la franja menor de edad.
- Los factores que influyen en el éxito de las campañas en los medios de comunicación son: género, influencias de los ambientes sociales, intensidad de la campaña y la presencia relativa de publicidad pro-tabaco vs. contra tabaco.

Las medidas efectivas en las campañas contra el consumo de tabaco tienen las características siguientes: (EMCDDA 2009),(Shar, E. 2006).

- desarrollan imágenes fuertemente emocionales
- no son humorísticas
- no hacen planteamientos ambiguos
- no confrontan a la juventud con la decisión de consumir o no consumir
- ponen al descubierto las maquinaciones de la industria tabacalera
- sus mensajes son transmitidos por voceros jóvenes (en relación al tabaco)
- introducen nueva información persuasiva o nuevas perspectivas sobre los riesgos para la salud en personas fumadoras y no fumadoras
- emplean formatos de testimonios personales o dibujos gráficos que la juventud encuentra emocionalmente comprometedores, pero no autoritarios



- ofrecen una adecuada exposición a los mensajes mediáticos durante períodos significativos de tiempo

3.3. ETIQUETAS DE ADVERTENCIA DE DAÑOS PARA LA SALUD

En la revisión realizada por la OMS (WHO, 2002), se plantea que se ha llevado a cabo un gran número de estudios en cuanto a la efectividad de las advertencias de salud colocadas en los paquetes o en vallas. Si bien se ha encontrado que es una forma efectiva de comunicar los peligros asociados con ciertas sustancias legales, en cuanto a la población consumidora habitual, que es la que debe tener mayor exposición a esas advertencias, su efecto sobre la misma es menos efectivo, que el de otras iniciativas económicas o ambientales.

Poner advertencias de daños a la salud en los paquetes de cigarrillos y envases de bebidas alcohólicas es otra estrategia con intención de, por lo menos, educar al público sobre las consecuencias potenciales del consumo. Al igual que otros enfoques de información, la comunicación de riesgo es un objetivo intermedio, mientras que el alterar la conducta se considera la meta última.

Se ha encontrado que las advertencias en las botellas de bebida, como medida aislada, no tienen efecto sobre el consumo de alcohol.

Existen muy pocos estudios que evalúen la efectividad de las advertencias en los paquetes de cigarrillos entre la juventud. Generalmente los resultados han mostrado que los mensajes han tenido algún impacto positivo sobre la juventud. Son considerados una herramienta efectiva para dar información, ya que se encontró una relación positiva entre advertencias altamente recordadas y conocimiento de los correspondientes problemas de salud.

Las etiquetas de advertencias puede que no sean un enfoque único preventivo fuerte. Sin embargo, su empleo puede, por lo menos, servir para informar al público y puede potenciar otros abordajes, si se emplea como parte de un programa integral, combinado con otras iniciativas económicas y ambientales (WHO, 2002).



3.4. POLÍTICA DE LA ESCUELA

En el artículo de revisión de Evans et al. (2004) sobre las políticas escolares contra el consumo de drogas y su impacto sobre el consumo de sustancias en la población estudiantil, se trata sobre el papel de la prevención en la escuela y se identifican las políticas efectivas en reducir el consumo de sustancias en la población estudiantil. Se plantea que, históricamente, la prevención del consumo de sustancias basada en la escuela ha sido sinónimo de currícula dirigidos a afectar el conocimiento, las actitudes y la conducta estudiantil. Al haberse apreciado de modo creciente el impacto sobre el consumo de sustancias en la adolescencia, las escuelas ahora están siendo más reconocidas no solamente como los “lugares” para la impartición de esos programas, sino también como importantes ambientes sociales. Las escuelas ofrecen a la población estudiantil modelos de comportamiento, oportunidades para vínculos con personas que tienen diferentes expectativas sobre el consumo de sustancias y acceso a las mismas. “*Las Escuelas Promotoras de Salud*”, un marco patrocinado por la OMS (WHO 1995) ampliamente apoyada actualmente en Europa y Australia, reflejan las creencias de que *las escuelas deberían promover el desarrollo sano en la adolescencia tan activamente como promueven el aprendizaje y, que las escuelas son idóneas para influir sobre una amplia gama de áreas del desarrollo del alumnado.* Las ‘escuelas promotoras de salud’ adoptan muchas estrategias para fortalecer la capacidad de las mismas como recintos saludables, incluyendo los currícula, las prácticas docentes y las políticas que promuevan el bienestar físico, mental y social de la población estudiantil.

Tanto los currícula sobre educación en sustancias, como las políticas escolares, se consideran componentes importantes de una promoción de salud escolar amplia; sin embargo, el desarrollo, implementación y evaluación de las políticas escolares frente al consumo de sustancias han recibido mucha menos atención empírica que los currícula y programas de educación en sustancias. Las políticas que influyen sobre el ambiente social de la escuela juegan un papel crucial en establecer normas de conducta y guías para el control de la conducta estudiantil.

En la revisión de Paglia A. et al. (1998) se plantea que una política uniforme sobre el consumo de sustancias y la posición de las mismas en el



centro escolar es un componente importante para una estrategia preventiva integral para la juventud.

Existen varios enfoques disciplinarios potenciales adoptados por las escuelas para el consumo de sustancias por la población escolar:

- 1) Un enfoque 'laissez-faire', estipulando que, a menos que trastorne el orden en el aula o amenace la seguridad de los demás, la escuela no tiene autoridad sobre chicos y chicas para que no consuman sustancias.
- 2) No se toma ninguna acción disciplinaria por nada que suceda fuera del centro escolar.
- 3) Las escuelas pueden prohibir la posesión, venta o distribución de las sustancias, castigar a los traficantes y ser menos duros con el alumnado que consume.
- 4) Un enfoque general de línea dura que identifique a todos aquellos chicos y chicas que consuman (mediante análisis de orina y búsquedas en los baños), que les expulse y/o que requieran reportes de consumo a la policía.

Los resultados de los estudios plantean que las políticas punitivas escolares no han logrado prevenir o reducir el consumo de sustancias. El imponer sanciones para el consumo puede también alienar a los estudiantes que ya están “en la periferia de la comunidad escolar” (por ejemplo, grupos en riesgo) y puede desestimular la búsqueda de ayuda por aquellos chicos y chicas con problemas relacionados con las drogas. Las políticas escolares punitivas en relación al consumo juvenil de cigarrillos y alcohol pueden también servir para reforzar el “status de adulto” de esas conductas llevando, por ello, a un aumento en la curiosidad, búsqueda de sensaciones o deseo de probar “la fruta prohibida”.

Según Sloboda, Z. (2008), un área nueva interesante para la prevención examina las políticas relacionadas con el consumo de sustancias dentro del centro escolar. Los elementos comunes o principios de los enfoques efectivos de políticas escolares incluyen:

- reducir o eliminar el acceso y la disponibilidad de tabaco, alcohol y otras drogas;
- abordar las infracciones de las políticas, brindando asesoramiento o tratamiento y servicios especializados a chicos y chicas, más que castigarlos con suspensión o expulsión;



- seleccionar políticas que no interrumpen el funcionamiento escolar normal y,
- enfoques que aborden toda la gama de conductas de consumo de drogas, desde la iniciación hasta la progresión, al abuso, la dependencia y la recaída; especificación de las sustancias que son abordadas y que reflejen otros esfuerzos de prevención comunitaria.

Existe una gran escasez de estudios que evalúen los efectos de la política escolar y generalmente se ciñen a políticas anti-tabaco.

Por ejemplo, un estudio de casi 5 000 escolares de séptimo curso en tres distritos escolares de California (citado por Evans et al. 2004). definieron las políticas escolares antitabáquicas integrales mediante los siguientes cuatro componentes:

- No se permite fumar en el recinto escolar.
- Se restringe el fumar cerca de los terrenos escolares.
- Al alumnado no se le permite abandonar el recinto escolar durante el día.
- El desarrollo de un plan de educación en prevención del fumar.

El estudio mostró que las escuelas con esas políticas escolares integrales antitabáquicas tuvieron tasas de prevalencia inferiores de reportes de fumar por parte del alumnado y cantidades promedio inferiores de fumar por cada chico o chica que fumaba, comparadas con las escuelas con tres o menos de los componentes anteriores.

Los pocos estudios sobre impacto de políticas plantean que las políticas escolares más integrales y que obligan más a su cumplimiento se asocian como menos tabaquismo en la población estudiantil de enseñanza secundaria.

Los estudios revisados también plantean que, cuando las políticas escolares tienen un impacto, tienden a afectar un conjunto circunscrito de conductas de consumo. Específicamente, parecen disminuir las violaciones abiertas de las políticas, pero no las encubiertas, y parecen disminuir la frecuencia del fumar (por ejemplo durante la semana), pero no la prevalencia del consumo de cigarrillos.



Finalmente, Evans et al. (2004) plantean que hay mucho más que aprender sobre lo que comprende las políticas efectivas escolares para limitar el consumo de sustancias en la población escolar adolescente y que se necesitan investigaciones que utilicen datos longitudinales para investigar simultáneamente los efectos de múltiples componentes de políticas hacia sustancias específicas sobre una variedad de resultados en el consumo de sustancias en la población estudiantil.

En resumen, aunque existe una información insuficiente acerca de qué componentes de la política escolar son más efectivos para prevenir y reducir el consumo de sustancias entre chicas y chicos adolescentes, los expertos parecen estar de acuerdo en que las escuelas deben tener y aplicar activamente algún tipo de política integral. *Las escuelas deberían también ofrecer programas de abandono, así como asesoramiento a los chicos y chicas que abusan de las sustancias, o, por lo menos, cuando sea necesario, propiciar remisiones a servicios especializados.* (Paglia A. et al. 1998)

3.5. LEYES Y REGULACIONES

Existe consenso en las revisiones sobre estrategias ambientales de que los enfoques legislativos y regulatorios pueden ser efectivos en prevenir/reducir el consumo de sustancias en la juventud, así como en reducir daños asociados. Existen varias políticas que han logrado uno o ambos de estos objetivos. Éstas incluyen:

- aumentar los impuestos
- aumentar la edad legal mínima
- establecer leyes de ventas a menores y,
- reducir el límite legal de alcohol en sangre en los chicos y chicas que conducen vehículos automotores.



3.5.1. Impuestos

La población adolescente y joven tiende a ser particularmente sensible a los precios. Por tal razón, aumentar el precio del alcohol y de los cigarrillos ha sido una forma efectiva de reducir el consumo, especialmente la iniciación y otros daños entre la juventud.

3.5.2. La Edad Mínima para Comprar

En la literatura revisada se ofrece el ejemplo de lo sucedido en Estados Unidos de América. Durante la década de los ochenta, la edad legal de beber alcohol en ese país fue incrementada hasta los veintiún años. Los estudios han mostrado que este aumento en la edad legal, no sólo afectó positivamente la conducta de beber, sino que también redujo otros problemas relacionados con el alcohol en la juventud, como los suicidios y las lesiones. Además, el consumo de cannabis no suplantó al consumo de alcohol, como se piensa comúnmente que suceda cuando el alcohol se hace menos disponible.

3.5.3. Enfoques Regulatorios para Prohibir las Ventas a Menores

Generalmente, la investigación demuestra que, por lo menos, a corto plazo, establecer ordenanzas restringiendo las ventas a menores y/o brindar educación, pueden reducir el número de ventas y se ha encontrado en algunos estudios que se ha producido un consumo reducido de tabaco entre la juventud. Otros estudios han evidenciado que chicos y chicas adolescentes encuentran otras vías de obtención del tabaco o el alcohol, por lo que la eficacia de las leyes de prohibición de ventas a menores todavía no tiene resultados consistentes en cuanto a su efectividad en disminuir el consumo de sustancias.

Por ello, la eficacia en hacer valer las leyes de ventas a menores, en términos de reducir el consumo de tabaco en la juventud, permanece equívoca en estos momentos. (Paglia A. et al. 1998)



3.5.4. Las Políticas Antitabáquicas en Espacios Cerrados

En años recientes se han publicado estudios que ponen de manifiesto los efectos positivos en disminuir el consumo de tabaco en la juventud gracias a las leyes que prohíben el fumar en espacios cerrados y lugares como bares y restaurantes.

Wakefield M. et al. (2005) analizan la evidencia creciente de nuevos beneficios de leyes sobre espacios interiores sin humo en relación a la reducción del consumo de tabaco en la adolescencia.

Plantean que, así como ha crecido la evidencia de los riesgos a la salud de la exposición pasiva al humo del tabaco, también han aumentado las leyes y políticas para proteger de la misma al personal laboral, a menores y a otros miembros de la comunidad. Las leyes de espacios libres de humo gradualmente han devenido más comunes, inclusive en lugares tradicionalmente difíciles de modificar, tales como los restaurantes y bares y, en países como Irlanda, Noruega, Italia, la mayoría de los estados australianos y estados y ciudades de Estados Unidos de América, han promulgado leyes que eliminan el fumar dentro de interiores en esos lugares públicos. Además de que son buenas noticias para proteger la salud de la población no fumadora, se ha comenzado a documentar, asimismo, otras consecuencias menos obvias, pero muy positivas, en modificar las circunstancias en que las personas pueden fumar libremente. *Se ha demostrado que estas regulaciones han reducido el consumo de tabaco en chicas y chicos. Relacionan este fenómeno con el cambio que estas restricciones producen en las normas sociales sobre el hábito tabáquico.* (Wakefield M. et al. 2005).

En efecto, se plantea que, quizás más que cualquier otra estrategia de control del tabaco, limitar el dónde las personas pueden fumar en la comunidad, modifica sustancialmente las normas sociales para el consumo de tabaco. Las normas sociales se relacionan con las percepciones más amplias de la comunidad con respecto al comportamiento aceptable, difiriendo de la influencia más directa (e importante) de la familia y las amistades. Con la excepción de las políticas escolares, las leyes y políticas que crean ambientes libres de humo se diseñan principalmente para regular la conducta tabáquica de los adultos. *Romper el nexo entre la*



libertad para fumar y la adultez puede contrarrestar la asociación normativa de fumar como una conducta adulta aceptable.

El fumar sin restricciones en lugares públicos puede influir sobre el fumar en la adolescencia de cuatro formas: (Wakefield M. et al. 2005)

Primero, los adultos que pueden fumar libremente en cualquier lugar aumentan las oportunidades de actuar como modelo de roles para la juventud. En segundo lugar, en esos ambientes, la juventud es expuesta a más oportunidades para fumar. Se sabe bien que las políticas de espacios libres de humo limitan las oportunidades de fumar cigarrillos.

En tercer lugar, como consecuencia del punto Segundo, el fumar sin restricciones permite oportunidades de intercambio social o no comercial de cigarrillos entre la juventud. Los estudios han mostrado repetidamente que los otros chicos y chicas son la fuente más importante de cigarrillos. Las restricciones formales sobre dónde pueden fumar, así como la desaprobación social del fumar en público, reduce sus oportunidades de fumar en grupo.

Finalmente, si el fumar se permite libremente, se comunica implícitamente que el fumar es un comportamiento aceptable para los miembros de una sociedad. Consecuentemente, mientras más visible sea el fumar, más es percibido por chicos y chicas como normal y socialmente aceptable. *Por ello, las leyes de locales libres de humo que incluyen espacios sociales como restaurantes, pueden tener influencias indirectas sobre el fumar en la adolescencia, mediante una influencia sustancial sobre el patrón del fumar adulto en una comunidad.*

De modo más general, se ha demostrado que las mediciones de normas sociales relacionadas con el tabaco, tales como, la aceptabilidad social percibida del fumar y la prevalencia percibida del hábito de fumar son predictores significativos del consumo de sustancias en la adolescencia. (Wakefield M. et al. 2005).

Por otro lado, Siegel, M. et al. (2005) publicaron los resultados del estudio que examinó el efecto de las leyes antitabáquicas en los restaurantes sobre las diferentes etapas del proceso de iniciación del consumo de tabaco. Empleando un modelo jerárquico de mediciones repetidas que



examinó los factores individuales y contextuales que influyen en la iniciación del consumo de tabaco, encontraron, *no solamente que las regulaciones fuertes antitabáquicas en los restaurantes estuvieron asociadas con una disminución significativa en la probabilidad de progresión a un hábito de fumar establecido, sino también que esta asociación fue específica a la transición de la experimentación, hacia el hábito establecido.* Además, los efectos de las regulaciones antitabáquicas parecieron ser más fuertes para las chicas y chicos en edades comprendidas entre los doce y los diecisiete años.

Estos resultados tienen un número de implicaciones importantes de políticas de salud pública. En primer lugar, plantean que las leyes antitabáquicas en los restaurantes pueden hacer disminuir en la juventud el comenzar a fumar tabaco. Estos resultados se extienden al período de seguimiento del estudio preliminar hasta cuatro años y mejoran el poder general de lo análisis estadísticos. El 40% de reducción observado en las probabilidades de progresión al hábito de fumar establecido en los pueblos donde existen prohibiciones de fumar en los restaurantes locales, plantearía que las políticas sobre espacios libres de humo pueden ser la intervención disponible más efectiva para reducir el consumo de cigarrillos en la juventud (Siegel, M. et al., 2005).

Hamilton, W. et al. (2008), de otra parte, plantean también que se ha mostrado que el comportamiento tabáquico es influido por las percepciones de las personas acerca de las normas sociales sobre el consumo de esa sustancia. Su estudio examina si las regulaciones locales con relación al prohibir fumar en espacios interiores y el acceso de la juventud al tabaco están asociados con las percepciones posteriores de las normas acerca del consumo tabáquico. Los datos se obtienen de encuestas a adultos y jóvenes del Estado de Massachusetts, EE.UU, y de los registros de las políticas locales de control del tabaco. Los índices de normas percibidas sobre el consumo de tabaco se basaron en la prevalencia del consumo y la aceptación comunitaria percibidas del hábito tabáquico.

Se probó la asociación entre las normas percibidas y la presencia de regulaciones locales fuertes en cuatro áreas de políticas:



- prohibiciones de fumar en los restaurantes
- restricciones del consumo en otras áreas
- aplicación de leyes que prohíben la venta a menores, y
- restricciones en el mercado orientadas a la juventud.

Los resultados mostraron que los chicos y chicas percibían las normas comunitarias significativamente más “antitabaco” si vivían en una ciudad con fuertes regulaciones en solamente tres de las cuatro áreas. Para los adultos, el tener fuertes regulaciones en una o dos áreas, se asoció con el percibir las normas comunitarias como significativamente más anti-tabaco. El implementar regulaciones locales y hacerles publicidad puede ayudar a conformar percepciones de normas comunitarias hacia el consumo de tabaco.

Las regulaciones antitabáquicas en los restaurantes parecieron ser menos efectivas para la población juvenil mayor de 18 años (Hamilton, W. et al., 2008).

Siguiendo esta línea de estudiar el efecto de las regulaciones y leyes sobre el consumo de sustancias en la adolescencia, Botello-Hurbaum, M.T. et al, (2009) examinaron el efecto de las políticas antitabáquicas que limitan la venta de cigarrillos a menores y las políticas que restringen el fumar en lugares públicos, como estrategias para detener a la juventud en su acceso y consumo de cigarrillos. *Encontraron que, comparados con estudiantes que viven en estados con regulaciones estrictas, las chicas y chicos que viven en estados con ninguna o mínimas restricciones, particularmente estudiantes de enseñanza secundaria, tendieron más a fumar diariamente.*

Se concluye en este trabajo que la legislación de control estricto del tabaco podría disminuir el potencial de la juventud que experimenta con cigarrillos o que adquieran el hábito tabáquico. *Los resultados son consistentes con la hipótesis de que las políticas antitabáquicas, particularmente las de espacio libre de humo, reducen la prevalencia de fumar cigarrillos en la población adolescente de enseñanza secundaria (Hamilton, W. et al., 2008).*



3.6. ESTRATEGIAS EFECTIVAS A NIVEL DE LA COMUNIDAD

3.6.1. Definiciones. Enfoques fuertemente basados en la ciencia, enfoques basados en la ciencia de modo limitado, enfoques basados en la lógica y enfoques simbólicos

En el portal “Mejores Prácticas” (EMCDDA 2009) se expone el fundamento conceptual de las estrategias efectivas a nivel de comunidad. A continuación se presenta la información resumida que se plantea al respecto:

Se considera que un componente importante es la aplicación de la ciencia de la prevención al nivel de la comunidad, es decir, la implementación de estrategias en el ambiente compartido que la investigación haya mostrado que son **efectivas**.

Una fuerte evidencia científica es aquélla que apoya un número de iniciativas que las comunidades pueden implementar *para reducir el consumo en la juventud de alcohol, tabaco y drogas ilegales*. Existen otras estrategias para las que la evidencia científica positiva existe, pero que **no han sido extensivamente** o rigurosamente estudiadas como *enfoques fuertemente basados en la ciencia*. Constituyen los enfoques basados en la ciencia de modo limitado.

Las comunidades deben apoyarse con fuerza en los *enfoques basados fuertemente en la ciencia* y en los *enfoques basados en la ciencia de modo limitado*.

Sin embargo, otros dos tipos de enfoques del ambiente compartido han sido también importantes para la consideración de las comunidades. En primer lugar, están las estrategias que, aunque no están basadas en la investigación, reciben apoyo de una lógica convincente. Por ejemplo, la lógica sugiere que la venta y consumo de cerveza en un área monitoreada en una feria reducirá el número de jóvenes que no llegan a la edad legal de consumir. Por supuesto, se necesitaría una investigación para determinar con certeza que esta estrategia funciona y explorar las posibles consecuencias. Pero, hasta que esa investigación no se realice, las comunidades pueden desear considerar esas estrategias basadas en la lógica. Esas estrategias son referidas como *enfoques basados en la lógica*.



Finalmente, existen estrategias que la lógica o la ciencia sugieren que probablemente tengan poco o ningún efecto. Sin embargo, estas estrategias pueden servir un propósito simbólico, demostrando la solidaridad y decisión de la comunidad para abordar el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en la juventud. Esos *enfoques simbólicos* incluyen marchas, carreras, distribución de camisetas, etc. Es importante señalar que, en algunas comunidades, un enfoque simbólico es todo lo que pueden realizar inicialmente. Sin embargo, esos primeros pasos pueden ser cruciales. Por ejemplo, la asociación de dueños de bares puede resistirse a un entrenamiento a los empleados, pero pueden acceder a colgar en el local carteles acerca de las ventas a menores en sus establecimientos. A su vez, este primer paso puede llevar a un diálogo en lo concerniente a enfoques más sustanciales (EMCDDA 2009).

3.6.2. Criterios empleados por la OMS para identificar la efectividad de intervenciones basadas en la comunidad.

El documento de la OMS (WHO 2002) en la sección de estrategias comunitarias revisa la literatura de la efectividad de los programas basados en la comunidad diseñados para prevenir o reducir el daño relacionado con el consumo de sustancias. Según se plantea en el documento, uno de los requisitos principales para seleccionar literatura para esta sección lo fue el identificar programas efectivos que han sido conducidos en una variedad de marcos, para poder identificar aquellos componentes efectivos que podrían ser potencialmente generalizables a una gama de contextos. “Comunidad” fue interpretada en un amplio sentido, incluyendo comunidades geográficas, sociales y culturales.

Se consideraron enfoques ‘de arriba abajo’, o ‘de abajo a arriba’ (o una combinación de ambas estrategias) y mediciones de efectividad que incorporaran la construcción de capacidades, sostenibilidad o institucionalización de aquella intervención que demostrara efectividad, tanto a nivel científico, como a nivel comunitario.

En el documento se resumen los siguientes resultados:

Los programas comunitarios son parte de un todo integrado. Es un enfoque “sistémico”. Dentro de estas perspectivas, los problemas son considerados, no solamente como resultado de la conducta individual, sino también como consecuencia del ambiente comunitario. Las intervenciones



basadas en la comunidad implican típicamente una relación entre la policía, los líderes comunitarios, los servicios de salud, los sistemas de justicia y una diversa gama de organizaciones comunitarias. Las intervenciones que constituyen una respuesta comunitaria pueden llevarse a cabo simultáneamente, haciendo difícil de determinar la eficacia sobre las personas, como sucede con la ausencia frecuente de cualquier control comunitario o, aún, de datos de línea base.

Como resultado, esos enfoques, con notables excepciones, en el mejor de los casos, son descritos como promisorios, más que como ejemplares, siendo muchos de los artículos revisados más proclives a recomendar cómo se deben realizar las intervenciones comunitarias, que en demostrar su eficacia.

Aunque existen pocos estudios que permiten una aseveración confiable de éxito, hay un amplio acuerdo en cuáles son las características de programas exitosos, aunque habría que preguntar sobre qué base de éxito se asegura: (WHO 2002)

a) Que **la iniciativa parta de la comunidad- diana** parecería ser el ingrediente de éxito más importante.

Esa propiedad incluirá la implicación de líderes clave de la comunidad, un reconocimiento de las prioridades derivadas localmente, respeto y participación local en la implementación del programa. Más que favorecer los enfoques de ‘arriba abajo’ o de ‘abajo arriba’, la literatura plantea que el mejor enfoque es, a menudo, una combinación de esos enfoques adaptados a las circunstancias locales.

La propia elección de la comunidad es un ingrediente importante de éxito, con algunas comunidades caracterizadas por bajo apego, desorganización, elevados grados de transición y baja capacidad, que presentan dianas particularmente difíciles para el cambio.

b) Un segundo ingrediente en los enfoques comunitarios exitosos es la determinación de **construir capacidad, al mismo tiempo que se hace uso de las redes y de los vínculos existentes entre las organizaciones comunitarias, tanto gubernamentales, como no gubernamentales**.



De particular importancia es la necesidad de asegurar la sostenibilidad de la iniciativa a través de la institucionalización de los enfoques tomados.

Un número de cuestiones de proceso se han identificado como importantes (WHO 2002). Incluyen:

- la necesidad de ser flexibles, tanto en establecer metas, como en los métodos empleados
- una disposición a aprovechar las oportunidades que se brindan, permitiendo suficiente tiempo para la consulta y negociación con la comunidad, y
- un mecanismo para manejar el conflicto y la tensión.

La literatura plantea que no es infrecuente que el personal de investigación y las personas líderes comunitarios tengan diferentes percepciones de lo que funciona (las políticas de reducción de la oferta de productos, por ejemplo, raramente son populares con las comunidades), sugiriendo la necesidad de establecer una visión compartida de las metas de los proyectos y de las mediciones de resultados.

Se ha encontrado que, una adherencia demasiado rígida al dictado metodológico de demorar cualquier retroalimentación de la comunidad hasta que el proyecto esté completo, socava la participación comunitaria, planteándose *que es necesario compartir y diseminar la información más flexible en el transcurso del proyecto.*

Se señala en el documento de la OMS (WHO, 2002), que la evaluación de intervenciones basadas en la comunidad plantea problemas particulares. La naturaleza múltiple de las intervenciones llevadas a cabo, la modificación de esas intervenciones en el curso del proyecto, la dificultad de asegurar controles adecuados (sean comunidades tomadas como control, o datos de base antes de comenzar las intervenciones), la necesidad de hacer evaluación en un período de tiempo y la necesidad de combinar, tanto datos cuantitativos, como cualitativos, hacen de la evaluación una tarea particularmente compleja.

De modo general, las iniciativas comunitarias han sido más exitosas en influir sobre la percepción pública de los problemas, su base de conocimiento y aceptación de alternativas de políticas, que en efectuar



cambios en los niveles individuales de consumo, planteando la necesidad de mediciones de impacto y mediciones de resultados (WHO, 2002).

Aunque el enfoque comunitario incluye los problemas individuales dentro del contexto de una comunidad, hay que reconocer que las comunidades están situadas en ambientes sociopolíticos más amplios. Puede ocurrir que algunas de las iniciativas que una comunidad pueda favorecer y considere que son efectivas, pueden no estar dentro de sus posibilidades de actuación (por ejemplo, cambios en las leyes sobre el alcohol), poniendo en evidencia la necesidad de un enfoque realista en el establecimiento de metas. Por otro lado, las comunidades pueden favorecer enfoques que la evidencia sugiere que van a ser inefectivos, precisamente porque son indiscutibles, *por lo que se necesita considerar iniciativas que estén basadas en la evidencia, más que aquéllas que meramente disfrutan del apoyo popular.* (WHO, 2002).

3.6.3. Intervenciones Comunitarias Específicas: Alternativas al Consumo de Sustancias

Según Paglia A. et al. (1998), los programas basados en las alternativas ofrecen actividades que son consideradas incompatibles con el consumo de sustancias. Estos programas ofrecen actividades estructuradas, así como información sobre drogas e incentivos para participar en actividades alternativas. Los programas basados en las alternativas pueden prevenir el desarrollo del consumo de drogas reduciendo el tiempo de exposición a las situaciones de riesgo y brindando las habilidades necesarias para buscar actividades saludables que son incompatibles con el consumo de sustancias. En teoría, chicas y chicos derivarían disfrute y satisfacción personal de llevar a cabo actividades saludables y socialmente aceptadas y, por ello, no necesitarían recurrir al consumo de drogas. *Sin embargo, ofrecer ocupaciones que ofrecen alternativas en tiempo de ocio en sí mismas, no han probado efectos preventivos.*

No obstante ello, el éxito de los programas basados en alternativas parece depender del tipo y nivel de las actividades implicadas. Por ejemplo, no es probable que la participación en una actividad única de ocio vaya a afectar el conjunto de sustancias; sin embargo, *si las actividades de ocio se integran en un enfoque de comunidad más amplio, ello puede tener un efecto en reducir el consumo de sustancias.* Mientras más jóvenes sean



los chicos y chicas cuando se impliquen en enfoques basados en alternativas, más probable es que se incorporen a actividades alternativas en sus estilos de vida adolescentes y adultos. *Sin embargo, los programas basados en las alternativas son típicamente complejos, haciendo difícil identificar y evaluar los componentes clave de tal programa.*

Asimismo, las actividades alternativas pueden servir un propósito social más general, al ofrecer oportunidades de desarrollo personal a jóvenes “de alto riesgo” que tendrían menos oportunidades y, puede fortalecer los factores protectores, tales como el vínculo pro-social; cualquier posible efecto sobre el consumo de sustancias sería secundario a este propósito social general.

Los **grupos juveniles** pueden ser considerados como una subcategoría de programas de actividades alternativas que contribuyen a prevenir el uso y abusos de sustancias. Generalmente esos grupos toman parte en varias actividades recreativas, proyectos de servicios comunitarios y campañas de sensibilización escuela/comunidad, al mismo tiempo que ofrecen educación en sustancias.

Se señala que es necesario tener cuidado en los estudios de evaluación con el problema metodológico de la auto-selección de chicos y chicas, tanto para programas de actividades alternativas, como para grupos juveniles, *pues pueden ya presentar predisposición a un estilo de vida sano antes de participar en los mismos* (Paglia A. et al. 1998).

3.6.4. Enfoques de Comunidad Multi-componentes o Integrales

Se argumenta que los programas a gran escala o integrales son más promisorios que las estrategias preventivas únicas o aisladas. Este tipo de programa requiere la integración y participación de varios sectores: escolares, familiares, de centros laborales, el gobierno y los medios de comunicación.

En el portal “Mejores Prácticas” en marcos no escolares (EMCDDA, 2009a) se resumen las conclusiones de diferentes autores acerca de la efectividad del enfoque basado en la comunidad, integral, multi-componente.



Se plantea que, desde una perspectiva teórica, el enfoque más convincente es la prevención basada en la comunidad, sistema transversal, pero que hasta la fecha, *han sido llevados a cabo muy pocos estudios relevantes para producir cualquier valoración de su efectividad basada en la evidencia para este tipo de intervención*. Los resultados de los pocos estudios a gran escala, de alta calidad, que han sido realizados, son inconsistentes. Revisando los resultados de la literatura evaluativa relacionada con otros campos de intervención, se puede especular sobre las razones de la inconsistencia. De una parte, **los enfoque integrales** (empleando, por ejemplo, tanto contextos escolares, como familiares) y los enfoques que implican componentes adicionales, parecen demostrar su valor, *sugiriendo que los proyectos comunitarios deberían ser efectivos*.

La complejidad para evaluar las muchas iniciativas que conforman cualquier intervención basada en la comunidad ha significado que muy pocas de esas intervenciones hayan sido evaluadas rigurosamente. Aquéllas que han sido evaluadas tienden a enfocarse en un número pequeño de variables de salida discretas, como las convicciones sobre conducir habiendo bebido, y las que han empleado comunidades apareadas o análisis de series de tiempo. Se han observado con mayor frecuencia cambios en áreas, tales como, aceptación de políticas orientadas hacia la salud y un aumento del conocimiento. Para que dichos cambios sean sostenidos, se requiere que sean institucionalizados, lo cual en sí mismo garantiza que las iniciativas sean apoyadas por las agencias comunitarias relevantes (EMCDDA, 2009a).

Resumiendo, la teoría y la investigación plantean que las estrategias integrales pueden ser las más promisorias para prevenir o demorar el uso y abuso de sustancias en la adolescencia. *Los mensajes simultáneos y consistentes de varios sectores sociales, incluyendo las intervenciones de políticas en la disponibilidad, así como los enfoques educativos y persuasivos, pueden ser los más efectivos. Esto probablemente se deba a los cambios en las normas sociales aceptables y valores. Sin embargo, todavía tienen que determinarse las estrategias clave específicas necesarias para lograr estos cambios sociales más amplios.*



3.6.5. Ejemplos de Proyectos Comunitarios Integrales Efectivos

Ejemplo 1. El Proyecto Northland

El **Proyecto Northland** (Project Northland, 2006) es un ensayo investigativo de prevención del consumo de alcohol en toda la comunidad, que se fundamenta en la investigación de las dos décadas pasadas sobre la prevención primaria del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en chicos y chicas adolescentes.

- Es el ensayo comunitario mayor con asignación al azar (comunidad control y comunidad con intervención) que se haya realizado para la prevención de consumo de alcohol en la adolescencia, involucrando 24 distritos escolares y 28 comunidades adyacentes en el noreste de Minnesota, Estados Unidos de América.
- El primer ensayo de prevención que vincula sistemáticamente y estudia los currícula en las escuelas, los programas de implicación parental, liderazgo extracurricular por parte de los iguales y esfuerzos de la comunidad en su conjunto para adolescentes de 6to. a 8vo. cursos.

Los chicos y chicas escolares de la clase de 1998 de 24 distritos escolares fueron el foco de la evaluación del Proyecto Northland. Los distritos escolares y las comunidades fueron seleccionados al azar a la condición intervención, o control, en 1991. La primera fase del Proyecto Northland tuvo lugar en las escuelas y comunidades de la intervención desde 1991 hasta 1994. Las escuelas y comunidades de referencia emplearon sus propios programas antes de recibir los programas del Proyecto Northland en 1994.

Después de tres años de las actividades del Proyecto Northland, cuando los chicos y chicas estaban al final del 8vo curso, el beber alcohol mensualmente se redujo un 20% entre los de los distritos escolares de intervención, comparados con la población escolar de los distritos de control, y el beber alcohol semanalmente se redujo un 30%. El Proyecto Northland ofrece un apoyo importante para los programas de prevención primaria que involucran sistemáticamente a adolescentes, progenitores, iguales y miembros de la comunidad (Project Northland, 2006).



Ejemplo 2. “Comunidades que se Preocupan”

El Sistema Preventivo “**Comunidades que se Preocupan**” (SAMHSA, 2005) que forma parte del ‘Estudio de Desarrollo de la Juventud en la Comunidad’. (Hawkins, J.D. et al. 2008), compara a la población adolescente que vive en 12 pares de pueblos de tamaño mediano a pequeño en varios estados de EE.UU. Con este proyecto les están dando seguimiento a más de 4 400 estudiantes durante cinco años.

El sistema preventivo “Comunidades que se Preocupan” está fundamentado en la investigación. Las áreas principales de investigación son:

- El enfoque de salud pública: un enfoque de la prevención integral, de la comunidad en toda su amplitud
- Factores demostrados de conductas problema y resultados positivos en la juventud. Factores protectores organizados por la Estrategia de Desarrollo Social y factores de riesgo.
- Programas, políticas y prácticas efectivas probadas.

El enfoque comunitario es efectivo porque afecta a todo el ambiente social:

- Influye en los valores, prácticas y políticas que promueven una comunidad segura y sana.
- Cambia las condiciones que ponen en riesgo a menores que se encuentran en riesgo de problemas de salud y de comportamientos problema en la adolescencia.
- Desarrolla una amplia base de apoyo y trabajo en equipo.
- Debido a que todos los segmentos de la comunidad están involucrados todos tienen su papel que jugar.
- Trae resultados duraderos.
- Los programas, políticas y prácticas son integradas en servicios y actividades de las organizaciones e instituciones existentes.



- Establecen que el desarrollo de la juventud y la prevención son un importante parte de la misión de la comunidad.
- Amplía la capacidad de la comunidad de desarrollar una iniciativa exitosa, porque la financiación es ampliada más allá de una agencia u organización única.

El resultado más importante en la evaluación es el relacionado con el “atracción” de alcohol. Asimismo, reportaron niveles inferiores de consumo de las siete sustancias medidas y las diferencias fueron estadísticamente significativas para el alcohol. Hubo una reducción de un 23 por ciento de adolescentes que bebían alcohol. La población joven en las comunidades empleando el sistema de prevención tendieron significativamente a no comenzar a fumar tabaco, ni a beber alcohol ni cometer actos delictivos entre el quinto y el sexto cursos.

Plantean los autores que lo que hace este sistema diferente de otros esfuerzos preventivos es que brinda a las coaliciones comunitarias herramientas basadas científicamente con las cuales tomar decisiones en lo que es importante para cada pueblo.

El programa ‘Comunidades que se Preocupan’ ofrece un menú de políticas y programas probados y brinda un sistema para la re-evaluación cada dos años, de manera que una comunidad pueda cambiar o modificar su programa para lograr los resultados que desea (SAMHSA, 2005).



RESUMEN DE LO QUE FUNCIONA PARA PREVENIR Y DETENER EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA EN BASE A RESULTADOS DE EVALUACIONES EXPERIMENTALES RECIENTES DE PROGRAMAS E INTERVENCIONES (Tawana, B. et al. 2008)

- **Los programas multi-componentes generalmente funcionan.** Los programas que intentan llegar a adolescentes y jóvenes a través de una variedad de abordajes diferentes, tales como la escuela, la familia, la comunidad, las actividades exteriores sociales y las campañas a través de los medios de comunicación masiva, tienen un impacto en la prevención del consumo de sustancias.
- **Los programas que abordan todas las formas de consumo de sustancias en combinación, generalmente funcionan.** Los programas tienen impacto en el inicio del consumo de todas: alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas ilegales.
- **Cuando se aumenta el conocimiento de las consecuencias para la salud del consumo de sustancias, aumenta la probabilidad de éxito en abandonar el consumo de alcohol y otras sustancias.** Todos los programas revisados que brindaron información sobre las consecuencias y riesgos del consumo de alcohol y otras sustancias tuvieron impactos en el cese del consumo de sustancias.
- **Los programas diseñados para abordar los riesgos del consumo de sustancias que son específicos para poblaciones particulares, tales como aquéllas definidas por edad del desarrollo, género y etnia, tienden a funcionar.** Los programas más efectivos en prevención y abandono del consumo de sustancias son los que se diseñan para poblaciones específicas.
- **La evidencia inicial sugiere que la enseñanza por parte de los iguales funciona cuando se combina con la facilitación por parte de los adultos.** Cuando se utiliza una estrategia de intervención conducida por iguales, ello tiene un impacto sobre el consumo de sustancias, si se combina con la contribución del profesorado o personal facilitador entrenado.



- **Los programas que ponen el énfasis en la resistencia a las drogas y el refuerzo de actitudes antidrogas parece que funcionan.**

Sin embargo, Tawana, B. et al. (2008) señalan que todavía está en su infancia la investigación que se dirige exclusivamente al impacto de los programas experimentalmente evaluados sobre los resultados del consumo en la población adolescente y que muchos programas no han sido evaluados en ninguna medida, y mucho menos valorados como parte de una evaluación experimental de asignación al azar.

Asimismo, plantean que se necesita que la investigación se encamine a las cuestiones siguientes, poco abordadas:

- **La duración óptima de los programas de consumo de sustancias para lograr impactos duraderos:** Las evaluaciones que se examinaron fueron de programas que variaban tanto en longitud, como en duración, pero este elemento no se estudió experimentalmente.
- **La identificación de variables clave que contribuyen a prevenir y detener el consumo de sustancias:** es importante que se identifiquen los rasgos críticos de un programa para ofrecer información para futuras estrategias de intervención.
- **Factores del programa que contribuyan al éxito de una post-intervención a largo plazo:** Deben estudiarse los factores específicos que influyen directamente en el éxito de la intervención a largo plazo.
- **Los determinantes de la transición del consumo al abuso de sustancias y las formas en que las intervenciones de los programas pueden afectar esa transición:** Ninguna evaluación experimental ha abordado hasta el momento las formas en que las intervenciones pueden influir sobre la transición del consumo de sustancias al abuso de sustancias.



IV ESTRATEGIAS PREVENTIVAS EFECTIVAS ESPECÍFICAS DE GÉNERO

4.1. JUSTIFICACIÓN DE LA PREVENCIÓN UNIVERSAL ESPECÍFICA DE GÉNERO

Hasta ahora la revisión general y actualizada que se ha presentado en este documento corresponde a intervenciones preventivas universales efectivas en evitar o reducir el consumo de sustancias en la adolescencia, tomando la información que aparece en las publicaciones más relevantes al respecto. Como se ha observado, estas intervenciones son “neutrales al género”, es decir, van dirigidas a chicas y chicos, considerando que las intervenciones se pueden ajustar igualmente a ambos sexos y que su efectividad puede ser similar. Asimismo, hay que tener en cuenta que en la evaluación de los resultados, aunque se segregan por sexo femenino y masculino, no exploran con profundidad las diferencias encontradas, ni aplican un enfoque de género.

Este ha sido el enfoque generalizado que han adoptado las agencias, organismos e instituciones internacionales, regionales, nacionales y locales al diseñar y poner en práctica la prevención universal del consumo de sustancias en la adolescencia y juventud.

Sin embargo, ya desde comienzos de este siglo XXI, cobra fuerza el reconocimiento de la realidad diferencial que presentan chicas y chicos en cuanto a los efectos de las sustancias sobre sus respectivos organismos biológicos, así como en cuanto a las motivaciones y contextos en que surge, se desarrolla y se mantiene el consumo de sustancias en varones y chicas. (García Averasturi, L. et al., 2008).

Ello trae como consecuencia la necesidad del enfoque “específico de género”, que tome en consideración las particularidades del desarrollo de la identidad femenina y masculina en la adolescencia, el papel que juega en chicas y chicos el consumo de sustancias, así como los factores de riesgo y protección para cada sexo. En este sentido, al diseñar y poner en práctica las intervenciones preventivas universales deben tenerse en cuenta las características y necesidades específicas de chicas y chicos adolescentes, si se quiere aumentar la efectividad de las intervenciones.



Un hecho que le está dando impulso al enfoque “específico de género” es la constatación del creciente y elevado consumo de sustancias por chicas adolescentes en países desarrollados occidentales. Como se ha señalado en la Introducción de este documento, desde hace años se ha revertido el patrón tradicional de un uso y abuso masculino superior de todas las sustancias, hacia un modelo de consumo del tabaco más presente en las chicas que en los varones y, asimismo, ya se observa en España que las chicas estudiantes de escuelas secundarias de 14-18 años beben y se emborrachan casi a la par que los chicos y que se acercan al consumo masculino de cannabis. Por otro lado, para reforzar la necesidad de estrategias preventivas específicas de género, las investigaciones médicas de los últimos años han puesto de manifiesto la mayor vulnerabilidad de las chicas a los efectos de las sustancias adictivas (García Averasturi, L. et al., 2008). Todo esto ha hecho saltar las alarmas y poner ‘sobre el tapete’ la urgencia de valorar a la población adolescente femenina en su especificidad ante el consumo de sustancias, si se pretende reducir dicho consumo.

Uno de los llamamientos más importantes lo fue la declaración de la OMS (2003), en la XII Conferencia Mundial Sobre Tabaco o Salud, celebrada en Helsinki, Finlandia, en que alertó que los fallecimientos por tabaquismo en la población femenina pueden incrementarse “apreciablemente” en el futuro, ante el aumento del consumo de tabaco entre las chicas jóvenes, “que fuman casi tanto como los chicos”, según los responsables de la institución. La OMS apeló a los gobiernos nacionales a afrontar el problema con programas específicamente dirigidos a las mujeres. “Los gobiernos pueden ayudar a afrontar esto a través de programas de concienciación.” Las advertencias de la OMS se basan en la Encuesta Mundial sobre Tabaco y Juventud, en la que han participado un millón de adolescentes de 150 países.

Asimismo, una de las instituciones extranjeras especializadas, el Centro Nacional de Adicción y Abuso de Sustancias de la Universidad de Columbia, EE.UU. (CASA, siglas en inglés) elaboró el informe “CASA Encuentra las Diferencias del Porqué las Chicas y los Chicos Consumen Cigarrillos, Alcohol y otras Drogas” (CASA 2003) en que hace un llamamiento para que se revisen las políticas de prevención y tratamiento. A continuación se presenta la información principal que aparece en dicho informe acerca de la problemática:



Las chicas y mujeres jóvenes consumen cigarrillos, alcohol y otras drogas por razones diferentes de los chicos, sus señales y situaciones de mayor riesgo difieren y son más vulnerables al abuso de sustancias y a la adicción y sus consecuencias. Más chicas están consumiendo sustancias a edades más tempranas, casi tan pronto como los chicos. Desafortunadamente, las chicas sufren consecuencias más allá de la de los varones.

“Los programas preventivos unisex- básicamente desarrollados sin tener en cuenta el género, a menudo con los chicos generalmente- fracasan en incluir a millones de chicas y de mujeres jóvenes. Las mujeres americanas han pagado un terrible precio en muerte prematura y vidas destrozadas por nuestro fracaso en diseñar programas dirigidos a sus necesidades únicas. El lanzamiento de programas de prevención diseñados para chicas y mujeres jóvenes reducirá el número de mujeres que abusan o son adictas a las sustancias. Una reducción del veinticinco por ciento solamente, significaría un ahorro de ocho millones de mujeres adictas al tabaco, un millón al alcoholismo y abuso del alcohol y medio millón de abuso y adicción a drogas ilegales” (CASA 2003).

Entre los riesgos y consecuencias del fumar, beber y drogas, que el informe CASA identifica como únicos para chicas y mujeres jóvenes son (CASA 2003):

- Las chicas que experimentan una pubertad temprana están en un riesgo mayor de consumir antes sustancias, más frecuentemente y en mayores cantidades que sus iguales que maduran más tarde; la pubertad es un momento de mayor riesgo para chicas que para chicos.
- Las chicas tienden más que los chicos a estar deprimidas, padecer trastornos alimentarios o ser abusadas sexual o físicamente, todo lo cual aumenta el riesgo de abuso de sustancias.
- El consumo de sustancias puede caer en abuso y adicción más rápidamente en las chicas y mujeres jóvenes, que en los chicos y hombres jóvenes, aún cuando se emplee la misma cantidad o menos, de una sustancia en particular.
- Las chicas que consumen alcohol y drogas tienden más a intentar el suicidio.
- Las chicas y las mujeres jóvenes tienden más que los chicos y los hombres jóvenes a experimentar consecuencias para la salud más



adversas, tales como mayor daño a los pulmones relacionados con el tabaco. Las mujeres son más susceptibles al daño cerebral inducido por el alcohol, a los problemas cardíacos y la enfermedad hepática, que sucede más rápidamente y con niveles inferiores de consumo de alcohol, que en los varones.

- Las chicas tienden más que los varones a abusar de analgésicos, estimulantes y tranquilizantes.
- Las chicas que se mudan con más frecuencia de una casa o barrio a otro están en riesgo mayor de consumir sustancias que los chicos que se mudan frecuentemente.
- Las transiciones de la escuela primaria a la secundaria, al bachillerato y a la universidad, son momentos de riesgo aumentado para las chicas. Las chicas que hacen transición del bachillerato a la universidad muestran los mayores aumentos en fumar tabaco, cannabis y beber alcohol.
- Las chicas tienden más a que se les ofrezca sustancias por una conocida del sexo femenino, una parienta del sexo femenino o un novio y a recibir ofrecimientos en marcos privados, mientras que los chicos tienden a que se les ofrezcan drogas por conocidos masculinos, un joven pariente masculino o progenitor o un extraño y a recibir estas ofertas en marcos públicos.
- La religión protege más a las chicas que a los chicos. (CASA 2003)

En 2006, esa misma institución, CASA, realiza un análisis de la situación del consumo de alcohol en las chicas adolescentes en EE.UU. (CASA 2006):

En cuanto a lo que motiva a las chicas a beber alcohol:

Las chicas tienden a consumir alcohol o drogas para aliviar estados de ánimo negativos, aumentar la confianza en sí mismas, reducir la tensión, afrontar los problemas, perder inhibiciones, optimizar el sexo o perder peso. Se presenta más información de por qué las chicas beben: (CASA 2006):

- Baja Autoestima: Las chicas adolescentes con baja autoestima o baja confianza en sí mismas tienen dos veces más probabilidad de reportar consumo de alcohol, que aquéllas con una confianza superior en sí



mismas. Esta relación no se ha encontrado en el caso de los adolescentes varones.

- Presión de los Iguales: La presión de los iguales puede estar más fuertemente asociada con el beber en chicas que en chicos. Las chicas de Enseñanza Secundaria que reportan altos niveles de presión de iguales para beber tienen el doble de probabilidad de consumir alcohol que las que reportan menos presión de iguales; esta relación no ha sido encontrada en chicos. Cuando varias de las amistades más cercanas de la chica fuman o beben, tienen siete veces más probabilidades de beber alcohol (mientras que los chicos tienen tres veces más probabilidades).
- Auto-Medicación: Las chicas que consideran que beber alcohol alivia el aburrimiento o les ayuda a manejar la tristeza o la depresión reportan más consumo de alcohol que aquéllas que no. Las chicas parece que están atraídas por los poderes de automedicación del alcohol, aún antes de que comiencen a beber: tan temprano como en el 6to curso, las chicas tienden más que los chicos a considerar que un efecto positivo del alcohol es su capacidad de aliviar los estados de ánimo y sentimientos negativos. Las chicas que beben mucho tienden más que los chicos que lo hacen, a atribuir su consumo de alcohol al deseo de escapar de sus problemas, del enfado o de la frustración.
- Preocupaciones con el Peso y la Apariencia: sin tener en cuenta las propiedades de ganar peso que tiene el alcohol, las chicas que se perciben con sobrepeso, que están tratando activamente de perder peso, o que se implican en comportamientos de hacer dietas excesivas y dañinas, beben más alcohol que las chicas con actitudes y conductas más sanas relacionadas con el peso.

En relación a los factores que aumentan el riesgo de beber de las chicas:

Una historia familiar de abuso de sustancias, exposición prenatal al alcohol, relaciones inadecuadas y comunicación pobre e inadecuada entre progenitores-hijas, trastornos de conducta, rebeldía, depresión, ansiedad, problemas académicos, actitudes positivas hacia el alcohol, estrés y habilidades pobres de afrontamiento, contribuyen al riesgo de que la chica beba alcohol. Otros factores que pueden aumentar el riesgo en las chicas, incluyen (CASA 2006):



- Pubertad Precoz: Las chicas que experimentan pubertad temprana están en riesgo aumentado de implicarse más temprano en consumo de sustancias, con más frecuencia y en mayores cantidades que sus iguales que maduran más tarde.
- Abuso Sexual o Físico: Las chicas que han sido abusadas sexual o físicamente tienen el doble de probabilidad de beber que las que no han sido abusadas.
- La Publicidad y los Medios: Los anuncios publicitarios dirigidos a chicas hacen que el beber parezca divertido y 'sexy'.

Consecuencias del beber para las chicas: Pueden incluir problemas académicos, problemas menstruales, mala salud general, problemas de salud mental, accidentes, así como el desarrollo de dependencia del alcohol y otras drogas. El uso y abuso de sustancias durante la pubertad puede influir adversamente en el crecimiento y la maduración normal de las chicas (CASA 2006).

Otras consecuencias:

- Suicidio. Se estima que el alcohol está implicado en el ocho por ciento de los suicidios de las chicas adolescentes. Las chicas adolescentes que beben frecuentemente tienen seis veces más probabilidad de intentar suicidio que las chicas que nunca beben y las chicas a las que se les diagnostica trastornos del consumo de alcohol, tienen dos veces más probabilidad de haber intentado el suicidio. Un estudio de adolescentes encontró que, para las chicas, los pensamientos y conductas suicidas tendían a llevar al abuso del alcohol, mientras que sucedió lo contrario en los chicos. Debido a que el alcohol es un depresor del sistema nervioso central, puede aumentar el riesgo de suicidio en personas ya deprimidas o suicidas. El beber puede reducir las inhibiciones y deteriorar el juicio de alguien que está contemplando el suicidio, haciendo que los intentos de suicidio sean más probables.
- Violencia: Las chicas adolescentes que beben están en un riesgo aumentado de ser víctimas de violencia de pareja, tal como patadas,



puñetazos y violación. El alcohol también las coloca en riesgo de exhibir conducta violenta; las chicas que se dan atracón de bebida tienen tres veces más probabilidad que sus iguales que no beben, de haberse visto implicadas en peleas físicas recientemente.

- Relaciones sexuales no seguras: el consumo de alcohol es uno de los mejores predictores de actividad sexual y conducta sexual arriesgada entre las adolescentes; aquéllas que beben tienden más a tener relaciones sexuales, tenerlas más temprano y tener sexo con más parejas que las adolescentes que no beben. Las chicas adolescentes que beben tienden más que las que no beben a tener relaciones sexuales no protegidas, lo que las coloca en riesgo de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA (CASA 2006):

Paralelamente, además de instituciones como la anterior, que han realizado una valoración bastante completa del problema del consumo de sustancias en las chicas adolescentes de EEUU, en países como Canadá y Australia, se han realizado estudios importantes para identificar la especificidad de variables que podrían explicar el consumo de sustancias en las chicas adolescentes a diferencia de los varones, particularmente en el caso del tabaco.

Un estudio donde se recogió información de 8 179 estudiantes de los cursos 8vo. a 12vo. en veinte escuelas de enseñanza secundaria de la Columbia Británica, Canadá (Mac Donald, M. et al. 2002), es un ejemplo ilustrativo de este tipo de indagación. Para justificar el estudio, las investigadoras plantean: “Hasta la fecha, pocos estudios han explorado en profundidad las diferencias de género, pero sabemos que los varones y las chicas adolescentes fuman por razones diferentes y que los programas actuales para prevenir el tabaquismo pueden ser efectivos de modo diferente, dependiendo del género”.

Las autoras del estudio exploran el papel del ambiente escolar como influencia importante en el fumar de chicas adolescentes. En tal sentido, el propósito del estudio fue explorar las diferencias de género en las relaciones entre el consumo de cigarrillos y las experiencias de la población estudiantil con relación a la atmósfera escolar y sus relaciones con la escuela y los adultos significativos en sus vidas.



Los resultados demostraron que las chicas adolescentes que fuman cigarrillos tienden más que los varones o que las chicas no fumadoras, a experimentar impotencia en el ambiente escolar y a sentir considerablemente menos apego con la escuela. Las adolescentes fumadoras tienen más que los varones o que las chicas no fumadoras a implicarse en relaciones insatisfactorias, desafiantes, distanciadas con adultos importantes en sus vidas, particularmente, con aquéllos en posiciones de relativo poder y autoridad.

En el estudio realizado en Australia sobre el papel de “la reputación ante los iguales”, el “auto-concepto” y las “habilidades de afrontamiento” (Snow, P.C. et al. 2003), se afirma que es necesario estudiar separadamente a los varones y chicas adolescentes en cuanto a estas posibles variables implicadas en el consumo diferencial de cigarrillos por ambos sexos.

Los resultados de este estudio permitieron elaborar el perfil de las fumadoras de cigarrillos de los cursos 9no y 10mo (en comparación con fumadoras experimentales o no fumadoras)” (Snow, P.C. et al. 2003).

En primer lugar, tienden a tener menos confianza en sí mismas y a creer que gustan menos a sus familias. También tienen menos confianza en términos del auto-concepto físico que las que no fuman y menos confianza, en términos del auto-concepto social. Sin embargo, no difieren de las no fumadoras en términos del auto-concepto con las iguales.

Las fumadoras actuales tienden a emplear más estrategias de afrontamiento no productivas (que pueden ser inefectivas o exacerbar la situación), que las fumadoras experimentales o las no consumidoras.

Las fumadoras actuales también colocan un valor superior en la amistad y en la membresía al grupo.

Las fumadoras actuales tienen mayores tasas de aprobación de las actividades de tipo delictivo y se perciben y desean amistades que las perciban como menos conformistas, que las fumadoras experimentales o las no fumadoras.

Las fumadoras actuales se perciben a sí mismas como “mezquinas y desagradables”, que causan problemas, no acatan reglas y son poco confiables, y desean que ello sea así.



Finalmente, las fumadoras actuales comunican a más personas los eventos negativos en que se han implicado.

Como conclusiones, en el estudio se plantea que las valoraciones cognitivas que las fumadoras adolescentes tienen de sí mismas en relación con su familia, su cuerpo y sus vidas sociales son más negativas que las de las no fumadoras (Snow, P.C. et al. 2003).

Por otro lado, otro estudio (Schinke, SP. et al. 2008), tuvo el propósito de identificar los factores de riesgo para el consumo de sustancias de chicas adolescentes.

En el artículo que describe el estudio se plantea que las tasas inquietantes de consumo de alcohol y drogas en las chicas adolescentes reclaman que se realicen investigaciones originales sobre factores de riesgo y protección específicos de género. Particularmente importantes son los datos sobre factores orientados por la teoría que pueden fundamentar los programas preventivos.

En esta encuesta a 781 chicas adolescentes y sus madres, se encontró una relación entre el consumo de alcohol de las chicas, de inhalantes y medicamentos de prescripción y:

- los lugares a los que acuden después de la escuela
- la imagen corporal
- la depresión
- el consumo de sustancias de la mejor amiga
- la conducta de beber de la madre
- las interacciones madres-hijas y
- las normas familiares alrededor del consumo de sustancias.

Se afirma como conclusión que los resultados del estudio tienen implicaciones para los programas preventivos específicos de género (Schinke, SP. et al. 2008).



4.2. INTERVENCIONES PREVENTIVAS EFECTIVAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN CHICAS ADOLESCENTES

4.2.1. Recomendaciones y Orientaciones

En varios documentos de instituciones especializadas se brindan recomendaciones sobre los componentes de las intervenciones preventivas efectivas del consumo de sustancias en las adolescentes y jóvenes.

La institución estadounidense CASA (2003) ofrece una serie de orientaciones:

- Los programas preventivos deberían dirigirse a las chicas en momentos de mayor riesgo y ser sensibles a las razones del porqué las chicas consumen sustancias, cómo las obtienen y las enfermedades, como la depresión, que aumentan su riesgo.
- Se debería invertir recursos en la investigación, prevención y tratamiento que enfocaran las necesidades especiales de las chicas y las mujeres.
- Los medios deben evitar presentar imágenes glamorosas de mujeres fumando y bebiendo alcohol.
- No deben hacer asociaciones positivas entre el fumar o beber y la delgadez o el atractivo sexual; negarse a aceptar publicidad de alcohol en televisión y en revistas con elevadas proporciones de lectoras femeninas jóvenes, e incluir más programas y artículos que lleven mensajes de prevención contra el tabaco, el alcohol, las drogas ilegales.

En años posteriores, la propia institución CASA (2006) publica un documento en que plantea que, mientras que pocos programas son diseñados alrededor de factores que influyen específica y únicamente en las chicas para refrenarse de consumir sustancias, la investigación sí subraya algunos factores que pueden potenciar la efectividad de los programas preventivos para chicas:



- **La Familia:** aunque la supervisión familiar y el apoyo son importantes en prevenir el consumo de sustancias en chicas y varones, son especialmente importantes para las chicas.
- **La Escuela:** Sentirse conectada con la escuela puede ser un predictor más fuerte de desempeño escolar para chicas en alto riesgo que para varones en alto riesgo. Esto es especialmente significativo cuando se considera que el pobre desempeño escolar en la adolescencia aumenta el riesgo de abuso de alcohol y drogas en la adultez temprana.
- **Modelos de Roles Femeninos.** Los programas que le ofrecen a las chicas modelos de roles femeninos positivos pueden mejorar la efectividad de las intervenciones con las chicas.
- **Habilidades para la Vida:** Puesto que las relaciones y los apegos a otros son centrales al crecimiento y desarrollo de las chicas, la adquisición de habilidades para la vida y de habilidades sociales puede ser de particular importancia en los programas de prevención para chicas.
- **El Momento.** Los programas preventivos que comienzan tempranamente, en los cursos 4to a 8vo., generalmente antes que las chicas hayan comenzado a consumir sustancias, son especialmente efectivos para las chicas. La evidencia sugiere que el lapso de tiempo entre la aparición del consumo habitual de alcohol y la aparición del beber problema es más corto para las mujeres que para los hombres, por lo que la necesidad de la detección e intervención temprana es crítica en el caso de las chicas.

Continuando en esta línea, recientemente se observan más estudios publicados que ponen el énfasis en los programas preventivos para las chicas.

Por ejemplo, en un estudio (Kumpfer, KL, et al. 2008) se plantea que el abuso de sustancias en las chicas adolescentes es algo que ha aumentado dramáticamente. En el artículo revisan las tendencias en las tasas de consumo y las teorías etiológicas por género probadas que sugieren que los factores protectores familiares tienen más influencia en las chicas que en los varones. Plantean que una revisión de la literatura revela que pocos programas preventivos han publicado sus resultados por género o han desarrollado programas específicos



de género. Plantean que, cuando examinaron resultados de toda la nación (EE.UU), encontraron efectos positivos en chicos, pero un aumento del consumo de drogas en chicas adolescentes.

Para estos autores, los programas más efectivos son los que se dirigen a la familia, abordando los vínculos familiares, la supervisión y la comunicación. Los programas específicos de género recientes con resultados positivos abordan el estrés, la depresión, la asertividad social y la imagen corporal.

Los autores recomiendan investigaciones adicionales que pongan a prueba programas por género y específicos de género *versus* versiones genéricas de programas basados en la evidencia, para determinar cómo mejorar la efectividad para las chicas de los programas preventivos (Kumpfer, KL, et al. 2008).

4.2.2. Intervenciones Preventivas Empleando Internet

Resulta novedoso y promisorio la utilización de internet para la educación en sustancias. En nuestra revisión se ha encontrado también que se están desarrollando programas de intervenciones específicas con chicas adolescentes, como el que utilizó la impartición mediante ordenador de intervenciones con madres e hijas para prevenir el consumo de sustancias en chicas adolescentes (Shinke, SP. et al, 2009a y 2009b).

Se escogieron al azar 916 chicas de 12,7 años de edad y sus madres, las cuales fueron asignadas al azar a un grupo de intervención y a otro control. Las chicas del grupo de intervención y sus madres interactuaron con un programa de ordenador dirigido a mejorar las relaciones madre-hijas y a enseñarles a las chicas habilidades para manejar el conflicto, resistir las influencias de los medios de comunicación masiva, resistirse al alcohol y las drogas y corregir las normas de los iguales acerca del beber antes de la edad permitida, del consumo de cigarrillos y de drogas.

Los resultados mostraron que, dos meses después de la impartición del programa, las chicas y madres del grupo de intervención habían mejorado sus habilidades de comunicación madres-hijas y sus



percepciones y aplicaciones de la supervisión materna y del establecimiento de reglas relativas al consumo de sustancias de las chicas. También en el seguimiento, las chicas de la intervención mejoraron el manejo de conflictos y las habilidades de resistencia al consumo de alcohol, reportaron creencias normativas más sanas sobre el fumar en edades no autorizadas, demostraron mayor auto-eficacia sobre su capacidad de evitar el consumo de alcohol, reportaron menos consumo de alcohol en los pasados siete días, treinta días y en el último año y expresaron menos intenciones de beber alcohol como adultas.

En el seguimiento a los dos años, las chicas del grupo de intervención reportaron menos factores de riesgo relevantes y más factores protectores, así como menos consumo en los pasados treinta días de alcohol, de cannabis, y de inhalantes.

Las madres del grupo de intervención mostraron resultados más positivos, dos años después, en variables relacionadas con riesgos reducidos de consumo de sus hijas y las madres reportaron tasas reducidas de consumo de alcohol.

Concluyen los autores del estudio que el programa preventivo impartido para chicas adolescentes y sus madres fue efectivo en modificar los factores de riesgo y protectores y la conducta de consumo de sustancias de las chicas y de las madres. Continúan planteando que los datos tienen implicaciones para el posterior desarrollo de enfoques específicos de género para combatir los aumentos del consumo de alcohol y de otras sustancias en las chicas adolescentes. (Shinke, SP. et al., 2009a y 2009b).

4.3. ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS DE GÉNERO EN LA UNIÓN EUROPEA

En el documento del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías sobre enfoques específicos de género en respuesta al consumo de sustancias en la Unión Europea (EMCDDA 2006^a) se expresa que en todos los Estados miembros, el trabajo de prevención relacionado con el género permanece siendo poco común. Señalan que ello es algo sorprendente puesto que se conoce bien que las chicas y los varones



experimentan diferentes problemas de desarrollo durante la adolescencia y tienen diferentes recursos a su disposición para afrontar estos problemas. Además, continúan afirmando los autores, por lo menos en el caso de la prevención, la especificidad de género a menudo es sinónimo de intervenciones para las chicas; solamente muy raramente se dirigen acciones específicas a los varones, a pesar de su conocido mayor riesgo, tanto de consumir drogas, como de desarrollar problemas. Se considera en ese documento que los chicos pueden representar una buena diana para este tipo de enfoque, puesto que pueden ser más susceptibles a la influencia social y porque parecen tener un umbral más elevado de búsqueda de ayuda. Aunque actualmente están poco desarrolladas, plantean que las intervenciones específicas de género para los chicos representan, por ello, un área importante para la investigación y un área potencialmente valiosa para el desarrollo de los servicios (EMCDDA 2006^a).

En la práctica, la mayoría de los proyectos de prevención específicos de género (en Alemania, Austria y los países nórdicos), toma la forma de talleres o seminarios separados para chicas y varones para estimular una imagen corporal positiva, desarrollo de la identidad, auto confianza y competencia en las acciones y para evitar la reiteración de estereotipos de género. Bélgica y Dinamarca reportan que los proyectos específicos de género son encontrados en su mayor parte dentro del sistema de educación vocacional, en donde los problemas sociales como el consumo de drogas son más frecuentes. En un esquema danés muchos chicos sentían una sensación de alivio al ser capaces de tirar abajo la barrera y hablar sobre sus propias experiencias, sintiendo que ellos no son los únicos con estos problemas. Al comienzo del proyecto, las relaciones de las chicas entre sí en las escuelas eran, en la mayoría de los casos, bastante delicadas, pero durante el proyecto un sentido más fuerte de solidaridad se creó entre las chicas. Varios programas escolares en Alemania y Austria toman en cuenta aspectos específicos de género (EMCDDA, 2006a).

Independientemente de esta descripción de la situación europea, muy recientemente se han publicado los resultados de los efectos específicos de género del Ensayo de Prevención EU-Dap del currículo europeo basado en la escuela 'Desconectados' (Vigna-Taglianti F. et al. 2009) (que describimos anteriormente en el capítulo segundo como ejemplo de



programa preventivo con implicación de los progenitores). Se plantea que los estudios de la efectividad de la prevención del consumo indebido de sustancias basada en la escuela generalmente han pasado por alto las diferencias de género.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: al inicio, los varones tenían más que las chicas a haber consumido cannabis y drogas ilegales, mientras que las chicas tenían una prevalencia más elevada de consumo de cigarillos.

En la encuesta de seguimiento, se encontró para los varones una asociación significativa entre el programa y una inferior prevalencia en todos los resultados de salida, pero no en el caso de las chicas. La edad y la autoestima emergieron como modificadores posibles de estas diferencias de género, pero los efectos no fueron estadísticamente significativos. *Como conclusiones, plantean los autores, que los currícula integrales escolares de influencia social pueden funcionar de modo diferente entre chicas y chicos, debido a factores de desarrollo y de personalidad* (Vigna-Taglianti F. et al. 2009).



RESUMEN DE CONCLUSIONES SOBRE LA PREVENCIÓN EFECTIVA PARA CHICAS Y CHICOS ADOLESCENTES (SAMHSA 2003)

La “Evaluación de los Programas para la Juventud de Alto Riesgo” del ‘Centro para la Prevención del Abuso de Sustancias’ (CSAP *siglas en inglés*) (SAMHSA 2003) ofrece una guía basada en la ciencia para mejorar la política y práctica preventivas. Obtuvieron resultados de una evaluación del programa llevado a cabo con 10 500 jóvenes de ambos sexos. Conclusiones:

En general, los chicos y las chicas responden de modo diferente a la prevención. Los chicos experimentan reducciones significativas en las tasas de consumo de sustancias relativas a las reducciones en los grupos de control a corto plazo (al final del programa y a los seis meses después). Los beneficios para las chicas surgieron después y duraron a través de todo el período del estudio.

Los programas preventivos bien diseñados e implementados empleando componentes múltiples basados en la ciencia, producen reducciones positivas y duraderas en las tasas de consumo de sustancias, tanto para chicas, como para chicos, en relación con los grupos comparativos. Sin embargo, los programas que enfatizan habilidades comportamentales para la vida son particularmente importantes para las chicas. Los métodos interactivos de impartición son particularmente importantes para los varones.

Los programas para chicas solamente, no son más efectivos en reducir las tasas de consumo de sustancias en las chicas que los programas con los sexos mezclados. Los programas sólo para las chicas tienden a enfatizar un contenido afectivo en el programa, lo cual no está asociado con fuertes resultados en cuanto al consumo de sustancias.

Las chicas reportan más supervisión familiar que los chicos, lo cual puede reducir las oportunidades de usar sustancias. El consumo por los chicos adolescentes está más fuertemente relacionado con los ambientes sociales del barrio que pueden aumentar la oportunidad del uso.

La conectividad con la familia y la conectividad con la escuela son factores protectores importantes, tanto para chicos, como para chicas.



V BIBLIOGRAFÍA

Botello-Harbaum, M.T. ; Haynie, D.L. ; Iannotti, R.J. (2009) Tobacco control policy and adolescent cigarette smoking status in the United States *Nicotine & Tobacco Research 2009 11(7):875-885*

Breyer, J.; Winters, K.C. (2005) Adolescent Brain Development: Implications for Drug Use Prevention. En www.mentorfoundation.org/pdfs/prevention_perspectives/19.pdf. Extraído el 5 de mayo 2008.

Buddy, T. (2003) Female Drinking and Brain Damage. En <http://alcoholism.about.com/cs/women/a/aa010219a.htm>. Extraído el 25 enero de 2008.

CASA. (2003) CASA Finds Differences in Why Girls vs. Boys Use Cigarettes, Alcohol and Other Drugs February 5. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. www.casacolumbia.org Extraído el 15 de mayo de 2009.

CASA (2006) Girls and Alcohol. Adapted from *WOMEN UNDER THE INFLUENCE* By The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University The Johns Hopkins University Press . www.casacolumbia.org Extraído el 15 de mayo de 2009.

Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2009) Informe de la encuesta sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias -ESTUDES 2008 http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008_Web.pdf. Extraído, 3 de septiembre de 2009

EMCDDA European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2006a) Gender-specific approaches in responses to drug use. Prevention: universal and selective prevention for boys and girls. Annual Report. Selected issues. <http://issues06.emcdda.europa.eu/en/page018-en.html>, extraído, 18 de noviembre de 2008.



EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2006b) Annual report 2006: Selected issues Gender-specific approaches in responses to drug use <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence> Extraído 18 de noviembre de 2008.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2006c). A cannabis reader: global issues and local experiences. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>. Extraído el 20 de junio de 2009

EMCDDA (2009) Best Practice Portal. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence> Extraído el 14 de julio de 2009.

EMCDDA Best Practice Portal (2009a) Evidence based information on universal prevention in non-school setting—an overview <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence> Extraído el 14 de Julio de 2009.

EU-Dap (European Drug Addiction Prevention Trial) (2006) 'Unplugged' An Effective School-Based Program for the Prevention of Substance Use Among Adolescents. Final Technical Report n.1 <http://www.eudap.net/details.html> Extraído el 2 de junio de 2009.

EU-Dap (2008) Results of the Evaluation of a School-Based Program for the Prevention of Substance Use Among Adolescents. Final Technical Report n.2 <http://www.eudap.net/details.html>. Extraído el 2 de junio de 2009.

Evans-Whipp. T.; Beyers, J.F.; Lloyd, S; Catalano, R.F. (2004) A review of school drug policies and their impact on youth substance use. *Health Promotion International Vol. 19. No. 2* Oxford University Press.

Fisher D. (1998) Environmental Strategies for Substance Abuse Prevention: Analysis of the Effectiveness of Policies To Reduce Alcohol, Tobacco, and Illicit Drug Problems. www.emcdda.europa.eu/.../att_2397



Extraído, 3 de enero de 2008.

FUNCAPID. APRENDE. Enseñando a Crecer. Guía para Padres y Madres. www.funcapid.es. Extraído el 5 de agosto de 2009.

García Averasturi, L.; González González, M.T. (2002) Consumo de Sustancias en Chicas Adolescentes. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. Las Palmas de Gran Canaria. www.cop.es/delegaci/palmas. Extraído el 14 de abril de 2009.

García Averasturi, L.; López Díaz, C; Egea Molina, E. (2008) Sustancias Adictivas y Adolescencia. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. Las Palmas de Gran Canaria. www.cop.es/delegaci/palmas. Extraído el 30 de enero de 2009.

Gobierno de Canarias (2005) II Plan Canario sobre Drogas 2005-2008. www.gobcan.es/sanidad/dgad/documentos/IIPlanCanario.pdf
Extraído el 5 de mayo de 2007.

Gobierno de Canarias (2007) Encuesta sobre Drogas en la Población Escolar del año 2006. En funcapid.es/BC_EXP003Encuestdrog06_08. Extraído el 10 de enero de 2008.

Hamilton, W.L.; Biener, L; Brennan R. T (2008) . Do local tobacco regulations influence perceived smoking norms? Evidence from adult and youth surveys in Massachusetts. *Health Education Research* 23(4):709-722

Hawkins, J.D., Brown, E.C., Oesterle, S., Arthur, M.W., Abbott, R.D., & Catalano, R.F. (2008). Early effects of Communities That Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use. *Journal of Adolescent Health*, 43, 15-22.

Kumpfer KL, Smith P, Summerhays JF.(2008) A wakeup call to the prevention field: are prevention programs for substance use effective for girls? *Subst Use Misuse*. Jul;43 (8-9):978-1001

López, B.; Schwartz, S.J.; Prado, G. (2008) Adolescent Neurological Development and its Implications for Adolescent Substance Use Prevention. *J.Prmi.Prev*.29 ():5-35



MacDonald, M.; Wright, N. (2002) Cigarette Smoking and the Disenfranchisement of Adolescent Girls: A Discourse of Resistance? *Health Care For Women International, Volume 23, Number 3, pp. 281-305(25)*

McGrath, Y. et al. . (2006) Drug use prevention among young people: a review of reviews Evidence briefing update. National Collaborating Centre for Drug Prevention, National Institute for Health and Clinical Excellence www.cph.org.uk/showPublication.aspx?pubid=216 Extraído el 3 de marzo de 2008.

Melero, J.C. (2003) ¡Ordago!. El desafío de vivir sin drogas. Evaluación de la aplicación en la Comunidad Valenciana EDEX, editores.

NIDA (National Institute for Drug Abuse). (2003) Preventing Drug Use Among Children and Adolescents. Second edition. www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf. Extraído 10 de febrero de 2008.

OEDT (Observatorio Europeo para las Drogas y la Toxicomanía) (2002). Las drogas en el punto de mira. La prevención de las drogodependencias en los centros escolares: visión de conjunto. Septiembre-octubre www.emcdda.europa.eu/attachements.../att_33491_ES_Dif05es.pdf Extraído el 5 de mayo de 2004.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2003) XII Conferencia Mundial Sobre Tabaco o Salud, Helsinki, Finlandia <http://www.who.int/es/index.html>. Extraído el 5 de mayo de 2004.

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

Project Northland (2006) <http://www.epi.umn.edu/projectnorthland/> Extraído el 3 de agosto de 2009.

SAMHSA. (Substance Abuse and Mental Health Service Administration). SAMHSA Health Information Network (2003) The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. Making Prevention Effective for



Adolescent Boys and Girls: *Gender Differences in Substance Use and Prevention*. Monograph Series No. 4
<http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/FO36/monograph4.aspx> Extraído el 3 de julio de 2009.

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration). (2005) *Communities That Care Community Planning System*.
<http://ncadi.samhsa.gov/features/ctc> Extraído el 3 de julio de 2009.

Schar, E. (2006) *Tobacco Use Prevention Media Campaigns: Lessons Learned from Youth in Nine Countries*. C.D.C. Atlanta, U.S.A.
www.cdc.gov/tobacco/youth/report/pdfs/youthMedia.pdf. Extraído el 22 de enero de 2008.

Schinke SP, Fang L, Cole KC. (2008) Substance use among early adolescent girls: risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, ;43(2):191-4

Schinke SP, Cole KC, Fang L. (2009a) Gender-specific intervention to reduce underage drinking among early adolescent girls: a test of a computer-mediated, mother-daughter program *J Stud Alcohol Drugs*. Jan;70(1):70-7

Schinke SP, Fang L, Cole KC. (2009b) Computer-delivered, parent-involvement intervention to prevent substance use among adolescent girls. *Prev Med*. Aug 12.

Shepard J. and Carlson (2003) An Empirical Evaluation of School-Based Prevention Programs that Involve Parents. *Psychology in the Schools*, vol 40 n6 p641-56 Nov.

Siegel M; Albers A.B. Cheng D.M. Biener L Rigotti N.A. (2005) Effect of local restaurant smoking regulations on progression to established smoking among youths. *Tobacco Control* ;14:300-306

Siegel, M.; Albers, A.B. ; Cheng, D.M.; Hamilton, W.L; Biener, L. (2008) Local Restaurant Smoking Regulations and the Adolescent Smoking Initiation Process Results of a Multilevel Contextual Analysis Among Massachusetts Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med/Vol 162 (No. 5)*



Sloboda, Z. (2008) EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Moving towards evidence-based practice: school-based prevention of substance use in the USA. In: *A cannabis reader: global issues and local experiences* Chapter 12 <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>. Extraído el 20 de junio de 2009

Snow P.C.; Bruce D.D. (2003) Cigarette smoking in teenage girls: exploring the role of peer reputations, self-concept and coping *Health Education Research, Vol. 18, No. 4, 439-452*

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

Tawana Bandy, B.S., Moore K.A. (2008) What Works for Preventing and Stopping Substance Use in Adolescents: Lessons from Experimental Evaluations of Programs and Interventions. *Childtrends, 2008*

UNCND (United Nations Economic and Social Council. Commission on Narcotic Drugs) (2001). Drug demand reduction: world situation with regard to drug abuse, in particular among children and youth. http://www.unodc.org/pdf/document_2000-12-06_1.pdf. Extraído el 12 de marzo de 2009.

UNODC (United Nations Office for Drug and Crime) (2005) The Global Initiative on Primary Prevention of Substance Abuse <http://www.unodc.org/globalinitiative/index.html>. Extraído el 20 de enero de 2008-

U.S. Dpt.of Health and Human Services. (2000) Integrating Environmental Change Theory Into Prevention Practice. <http://wch.uhs.wisc.edu/docs/PDF-Pubs/envchangetheory.pdf>. Extraído el 5 de marzo de 2009.

Vigna-Taglianti F Vadrucchi S Faggiano F Burkhart G Siliquini R Galanti M R the EU-Dap Study Group (2009) Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender-specific effects in the



EU-Dap school-based prevention trial *Journal of Epidemiology and Community Health* 63:722-728

Wakefield, M; Forster, J. (2005) Smoke-free laws. Growing evidence for new benefit of clean indoor air laws: reduced adolescent smoking *Tobacco Control* 14:292-293

WHO (World Health Organization) 1995 Global School Health Initiative, http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/ Extraído el 10 de enero de 2008.

WHO (World Health Organization). (2002) Prevention of Psychoactive Substance Use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_intro.pdf Extraído el 10 de enero de 2008.