



PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS



Análisis y propuestas de actuación

Plan Nacional sobre Drogas



PREVENCIÓN

DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Análisis y propuestas de actuación

Plan Nacional sobre Drogas

MINISTERIO DEL INTERIOR

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Secretaría General Técnica

ISBN: 84-8150-172-7

NIPO: 126-97-020-5

D.L.: M. 44689/1997

Impreso en el B.O.E.

ÍNDICE

Presentación	7
Introducción	9
Análisis de situación	
Revisión histórica de los programas de prevención de las drogodependencias en España	15
Propuestas de actuación	
Bases para una política nacional de prevención <i>Gonzalo Robles Orozco</i> <i>Delegado del Gobierno para el PNSD</i>	49
La prevención en España hoy: Propuestas de consenso institucional, técnico y social <i>Emiliano Martín González</i> <i>Subdirector General del PNSD</i>	67
Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas <i>Sonia Moncada Bueno</i> <i>Jefa del Servicio de Prevención. Delegación del Gobierno para el PNSD</i>	85
Anexos	
Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias	105
Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias (Manual para responsables de planificación y evaluación de programas)	129

Presentación

El consumo de drogas y las consecuencias de todo tipo que conlleva representa, sin duda, uno de los temas que más preocupan a los ciudadanos y una seria amenaza para la convivencia social. De ahí que la cuestión básica que debemos plantearnos es hasta dónde estamos contribuyendo a concienciar a la sociedad española sobre el fenómeno de las drogas, es decir, si el Plan Nacional sobre Drogas está siendo un instrumento eficaz de concienciación y un cauce efectivo de participación social en las tareas preventivas.

Esta preocupación está presente en todas y cada una de las propuestas que recoge este libro, elaborado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que me honro en presentar. Las siguientes páginas se dirigen a analizar y promover los esfuerzos que, desde las instituciones públicas y la iniciativa social, se están aplicando en nuestro país para prevenir el consumo y abuso de drogas. Todo ello desde una perspectiva de cooperación y homologación con las políticas que se están impulsando en los diferentes países que conforman la Unión Europea, porque de este modo aumentaremos la unidad territorial de la lucha contra las drogas.

Desde su función de órgano impulsor y coordinador de las acciones preventivas, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, propone priorizar tres ámbitos fundamentales de actuación: la familia, la escuela y los medios de comunicación. Los tres constituyen instancias básicas de socialización de nuestros niños y jóvenes en un abordaje preventivo fundamentado principalmente en la educación. Una educación destinada a fortalecer los valores y actitudes de la juventud para que sea auténticamente libre, responsable y solidaria; una juventud capaz de enfrentarse con éxito a la falsa alternativa que representa el consumo de drogas.

Entre las propuestas de consenso que esta publicación ofrece a los diferentes actores de la prevención –Planes Autonómicos y Locales, Organizaciones no Gubernamentales, familias, educadores...– quisiera

resaltar especialmente dos: la necesidad de trabajar conjunta y coordinadamente en el desarrollo de la prevención y el empeño por elevar los niveles de calidad de las acciones preventivas.

Estamos convencidos de que sólo mediante el concurso de todos, instituciones y agentes sociales, será posible crear un estado de conciencia colectivo sobre la amenaza que representan las drogas para nuestra sociedad y sobre su capacidad para hipotecar nuestro futuro. Por eso debemos anticiparnos a sus previsibles evoluciones y desenmascarar sus distintas manifestaciones. Sin embargo, también somos conscientes de las dificultades que encierra este reto. La prevención exige un esfuerzo constante y riguroso. Un diálogo permanente entre cuantos nos sentimos preocupados por este grave problema, sustentado en los avances técnicos y científicos que nos ofrecen la práctica preventiva y la investigación.

En este sentido, me gustaría destacar la importancia de los criterios de homologación de los programas preventivos, elaborados por un Grupo de Trabajo del que han formado parte técnicos del Ministerio de Educación y Cultura, de los Planes Autonómicos sobre Drogas y de la propia Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estos criterios se aprobaron en el seno de la Comisión Interautonómica y se recogen en un anexo de este libro. De igual modo, también se incluye un avance de la "Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias", gracias a la generosa colaboración del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. Ambos documentos adquieren un inestimable valor instrumental en la perspectiva de intervención que se plantea en los diferentes capítulos de esta obra.

De todo ello se ocupa esta publicación, que no pretende agotar los conocimientos y virtualidades de la prevención de las drogodependencias sino, muy al contrario, abrir una ventana a la cooperación, al intercambio de procedimientos y al progreso de la acción preventiva. En suma, una invitación a participar activamente en una nueva etapa significada por el fortalecimiento y consolidación de la prevención en nuestro país.

Jaime Mayor Oreja
Ministro del Interior
Presidente del Plan Nacional sobre Drogas

Introducción

El objetivo del presente libro es poner en manos del lector interesado una serie de textos que le permitan conocer las vicisitudes por las que han pasado los programas de prevención en España durante los últimos años, las propuestas de prevención que desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) se hacen para orientar el futuro de esos programas y una serie de documentos que se presentan ya como fruto de las nuevas perspectivas de este tema, tanto dentro de España como en el ámbito internacional.

El libro se estructura en tres partes claramente diferenciadas:

- Una primera, incluye una síntesis con los aspectos más destacados de un estudio realizado por el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) por encargo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, titulado *“Reducción de la demanda de drogas. Prevención del abuso de drogas en España”* (Octubre, 1996).

En él se procede a un análisis histórico de los programas de prevención de las drogodependencias en España, en los últimos quince años, recogiendo el marco institucional de las actuaciones, la evolución de las medidas legislativas, la tipología y los sectores donde se aplican los programas preventivos, y finalmente, a modo de conclusiones, los “puntos fuertes y débiles” de la implantación de esos programas.

- La segunda parte comprende varios artículos que presentan las propuestas de actuación que, desde la Delegación del Gobierno para el PNSD, se ofrecen para mejorar las actuaciones preventivas.

En el primer artículo, “*Bases para una política nacional de prevención*”, el Delegado del Gobierno para el PNSD, Gonzalo Robles, como titular del órgano coordinador de todas las políticas que en esta materia se desarrollan en España, establece que la prevención del uso indebido de drogas, enmarcada en una estrategia más global de promoción de la salud y el bienestar, constituye “el objetivo prioritario del Plan Nacional sobre Drogas”. A continuación, señala los sectores donde esta prevención tiene más posibilidades de éxito en su aplicación (familia, ámbito escolar, medios de comunicación social, etc.) y comenta las estrategias que se están llevando a cabo en los mismos, concluyendo con las perspectivas de futuro en las que se debe avanzar en los próximos años.

El Subdirector General del PNSD, Emiliano Martín, en el artículo *“La prevención en España hoy: Propuestas de consenso institucional, técnico y social”*, tras destacar el papel que cumplen las instituciones y los diferentes agentes sociales en la ejecución de las políticas preventivas en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, presenta lo que denomina “diez propuestas de consenso”. Estas propuestas abarcan desde aspectos genéricos como la necesidad de un desarrollo planificado y programado de las acciones preventivas, hasta puntos concretos que se refieren al significado y alcance de las campañas de prevención dirigidas a la población general, la necesidad de anticipar la edad de los destinatarios de los programas de prevención o la priorización de las poblaciones de alto riesgo entre los sectores a los que deben dirigirse las actuaciones preventivas. Todo ello sin olvidar aspectos tan destacados, y que hasta la fecha han quedado relegados, como la ya urgente necesidad de acometer con decisión la investigación preventiva.

Esta parte se cierra con el artículo de Sonia Moncada, Jefa del Servicio de Prevención de la Delegación del Gobierno para el PNSD *“Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas”*. En él y a partir de un análisis del concepto de factor de riesgo, se estudian estos factores, tanto aquellos de carácter ambiental como otros que atañen al propio individuo y sus relaciones con el entorno. Igualmente, en un apartado dedicado a las estrategias preventivas se presenta una relación de las conclusiones más relevantes aportadas por las evaluaciones llevadas a cabo en distintos programas de prevención.

- Por último, la tercera parte de esta obra recoge como anexos, dos documentos que evidencian claramente la decidida apuesta que en el campo de la prevención ya se ha adoptado, tanto por las instancias nacionales competentes, como por las internacionales.

El primero de esos documentos, *“Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias”* es fruto de la colaboración de una serie de expertos de diferentes Planes Autonómicos de Drogas, del Ministerio de Educación y Cultura y de la propia Delegación del Gobierno, constituidos en Ponencia Técnica. En él se establece un marco consensuado para la realización de las actuaciones preventivas en nuestro país, que sin tener un carácter definitivo, supone un primer paso en el camino para optimizar este tipo de actuaciones a través de las sucesivas revisiones que se vayan realizando en el futuro.

El segundo anexo es un extracto que recoge los principales puntos de un documento elaborado por el Instituto de Investigación Terapéutica de Munich (Institut für Therapieforschung, IFT) a petición del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. Su objetivo es ofrecer una serie de directrices para la planificación y evaluación de la intervención preventiva sobre drogas.

Análisis de situación

REVISIÓN HISTÓRICA DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA

Este texto es una síntesis del estudio “Reducción de la demanda de drogas. Prevención del abuso de drogas en España”, realizado por el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) por encargo de la Delegación del Gobierno para el PNSD (Octubre, 1996)

1. MARCO INSTITUCIONAL DE LAS ACTUACIONES

Durante la década de los 70, el fenómeno del consumo de drogas comienza a ser motivo de preocupación para la sociedad española, lo que da lugar –de forma aislada y puntual– a algunas actuaciones “preventivas”, sobre todo en el ámbito escolar. Ya en los primeros años de la década de los ochenta, se registra una tímida actividad institucional concretada en iniciativas, también aisladas, a cargo de algunos Ayuntamientos, Diputaciones Provinciales y asociaciones privadas. No obstante, puede afirmarse que la Administración carece todavía de una política coordinada y de unos recursos específicamente dedicados a este problema.

En 1974 se elaboró, por iniciativa del Ministerio de la Gobernación, un informe titulado “Memoria del Grupo de Trabajo para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas”, en el que se ofrecían una serie de recomendaciones que no serán tenidas en cuenta hasta varios años más tarde.

En 1978 se crea la Comisión Interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas, con la finalidad de coordinar las acciones que llevaban a cabo los distintos Ministerios, vinculados de una u otra forma a este tema. No obstante, “el propósito de dicha Comisión no pudo cumplirse, ya que ni por sus

competencias ni por los Ministerios que formaban parte de ella, era factible establecer una política global y coordinar acciones, en la mayoría de los casos inexistentes”.

En 1984 se constituye en el Senado una *Comisión de Encuesta sobre Drogas* y, a finales del mismo año, el Congreso de los Diputados aprueba una moción encaminada a la “Elaboración de un Plan de prevención contra la droga en el que se contemple la reinserción social de los drogadictos”. Esta iniciativa se aprobará por el Gobierno en julio de 1985 y se denominará como *Plan Nacional sobre Drogas*.

En aquel momento, el Plan surge como respuesta a la preocupación ciudadana sobre el tema. El Plan contempla medidas alternativas a la asistencia y reinserción de los sujetos drogodependientes, aunque la prevención ocupa un lugar preferente en la configuración del mismo, como queda de manifiesto en la presentación del documento-base, realizada por el entonces Ministro de Sanidad y Consumo: “*Quiero transmitir una convicción profunda: la lucha contra el consumo de drogas tiene que basarse en la prevención, tanto individual como colectiva. Sé que estamos obligados a dar una respuesta ‘de choque’ en el terreno asistencial y de represión del tráfico porque todos lo percibimos como necesario. Pero, ante un problema con el que hemos de aprender a convivir durante años, sólo existen soluciones preventivas a medio y largo plazo*”.

El Plan implica a diversos Ministerios (Educación y Ciencia, Cultura, Interior, Justicia, Sanidad y Consumo –en función de coordinación del Plan, en aquel momento–, Trabajo y Seguridad Social) y sienta las bases para una coordinación –que no igualación– de las políticas sobre drogas de las distintas Administraciones Autonómicas, así como de las distintas instituciones que intervienen en el ámbito de las drogas.

Para el diseño del Plan se tiene en cuenta la opinión de los expertos que hasta la fecha habían trabajado en el tema, así como la de sindicatos, asociaciones profesionales, partidos políticos y diversas instituciones sociales.

En un plano operativo, el Plan se articula en distintas comisiones:

- Interministerial
- Sectorial
- Técnica-interministerial
- Técnica-interautonómica

Criterios generales en torno a la prevención

Para los redactores del Plan, la toxicomanía se entiende, siguiendo la pauta marcada por los documentos de las Naciones Unidas, como un complejo psico-social-cultural.

Se entiende también que los problemas relacionados con las drogas no tienen un carácter pasajero: “La experiencia acumulada en España y en otros países desarrollados permite constatar y afirmar que el consumo de drogas y sus repercusiones sociales persistirán durante largo tiempo, por lo que el conjunto de la sociedad deberá aprender a enfrentarse con este grave problema”.

Las medidas que se toman en orden a prevenir el consumo de drogas –a partir de la definición del Plan– pretenden guiarse por tres criterios:

- Su adecuación a la realidad sobre la que pretenden incidir.
- Su integración en un plan conjunto.
- La coherencia en su desarrollo.

Se reconoce que existen diferentes patrones de uso de drogas –tanto a nivel de los individuos como de las colectividades– y que, por tanto, las respuestas han de ser diversificadas.

Se propugna que la acción preventiva se desarrolle en el marco de una política integral de educación para la salud y el bienestar, sin olvidar que existen un serie de “factores de riesgo” que actúan como facilitadores o inductores hacia la drogodependencia: disponibilidad de las drogas, modelo de sociedad consumista, alternativas poco sugestivas para los jóvenes, paro juvenil, marginalidad social, crisis económica, etc.

Las intervenciones preventivas se van a desarrollar en dos grandes líneas: reducción del consumo –o de la demanda– y reducción de la oferta –o de la disponibilidad–.

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

- La acción se dirigirá preferentemente a los grupos en riesgo de convertirse en toxicómanos y a la población afectada. También se establecen diferencias de matices según se trate de consumidores de sustancias socialmente aceptadas, de sustancias de tráfico ilegal o bien de fármacos. No obstante, en el documento-base se reconoce que la definición respecto al concepto de grupo de riesgo es un problema todavía no completamente resuelto.
- Se indica que “la mayor parte de las medidas preventivas sobre el consumo de drogas no son específicas, sino generales, en el sentido de mejorar las condiciones de vida y prevenir la marginalidad”.
- Las actividades prioritarias a desarrollar se centrarían en “la promoción del bienestar en la población juvenil y la participación de los agentes sociales, dentro de un marco de coordinación entre los servicios escolares, juveniles, sociales y de salud”.

- Mención especial merece la educación sobre drogas en los centros escolares, que “debe enmarcarse en la educación para la salud y la educación integral que la escuela debe facilitar”. Su desarrollo corresponderá “a los propios educadores, asesorados por especialistas cuando sea necesario”.
- Las políticas preventivas requieren de una amplia corresponsabilidad de la sociedad en su conjunto.
- Es necesario que los mensajes sobre drogas que facilita la sociedad sean coherentes entre sí, aunque no sean idénticos. “Se recomienda una gran cautela en el desarrollo de campañas”, que deben tener en cuenta la complejidad del tema y la heterogeneidad de la población destinataria.

2. EVOLUCIÓN DE LAS MEDIDAS LEGISLATIVAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

Líneas maestras de la evolución legislativa

Qualquier problema social instaurado en la sociedad, debido a sus características (impacto social, número de personas involucradas, ...) debe tener y tiene siempre su reflejo a nivel legal. En el terreno de las drogodependencias, ha sido así, con varias singularidades:

- Aunque los problemas relacionados con las drogas son anteriores a 1980, no se aprecia un movimiento administrativo suficiente como para afrontar el problema de una manera eficaz.
- La problemática de las drogas se ha abordado a menudo desde campos diversos, con visiones parciales y bajo la presión de la urgencia.

Las consecuencias han sido:

Una cierta descoordinación de las actuaciones legales, debido a la diversidad de campos en los que las soluciones en relación con las drogodependencias tienen cabida (sociológico, pedagógico, médico, económico, policial, ...).

Ese tratamiento descoordinado, sobre todo en el período anterior a 1986 ha dado lugar, a su vez, a un solapamiento legislativo.

Por otro lado, conforme el problema social avanza, cambia o se transforma, la legislación ha de adecuarse y adaptarse. Así, observamos en un principio una legislación genérica, centrada sobre todo en el control de la oferta, para pasar poco a poco a actuaciones legislativas más específicas, centradas en espacios más delimitados.

Materias sobre las que se legisla

Aunque es difícil sintetizar tanto la normativa estatal como la autonómica, podríamos diferenciar dos bloques temáticos:

A. Aquellas actuaciones cuyo objetivo es hacer que el consumo sea difícil, o por lo menos regulado. Se incluyen temas como:

En materia de **publicidad**

Prohibiciones de publicitar tabaco y alcohol en T.V. y en lugares donde esté prohibida su venta y consumo.

Reglamentaciones acerca del contenido, forma y condiciones de cómo puede realizarse esa publicidad (no usar imágenes de menores, no asociarlo a prácticas deportivas, educativas o sanitarias, no asociarlo a éxito social, rendimiento físico, ...).

Regulaciones en la publicidad de los fármacos, prohibiendo la propaganda dirigida a la población general, no así la dirigida a los profesionales de la salud.

Medidas **represivas** hacia el consumo

Su objetivo es proteger la salud y la seguridad ciudadana. Ha sido a raíz de la creación del Plan Nacional sobre Drogas cuando se ha realizado un reparto de funciones más coordinado entre los diferentes Cuerpos de Seguridad del Estado y con el resto de fuerzas policiales.

B. Aquellas actuaciones que intentan reflejar diferentes aspectos de la sociedad civil, de forma sectorial. Así, distinguimos entre:

- **Legislación civil:** Incluye medidas legales que den respuesta a problemas de pareja (separaciones) relacionados con el consumo de drogas.
- **Legislación educativa:** El ámbito educativo se ha considerado el escenario preventivo por excelencia. De ahí que se haya hecho un esfuerzo para desarrollar la LOGSE como vía para la impregnación de la educación para la salud en los contextos educativos.
- **Legislación sanitaria:** No siempre se ha considerado el problema de las drogodependencias como un problema de salud. Ha sido a raíz de asociarse con otro problema social-sanitario (sida) cuando se ha abierto un campo de actuación mucho más profundo en materia de prevención.
- **Legislación laboral:** Las repercusiones del problema en el ámbito laboral han dado lugar a actuaciones para prevenir o regular las diferentes alteraciones que pueden presentarse en relación con el consumo de drogas.

- **Legislación fiscal:** Impuestos especiales sobre bebidas alcohólicas y tabaco que intentan buscar la reducción de la demanda.
- **Legislación administrativa:** Centrada más en la prestación de servicios a la población (actividades lúdicas, mejora de instalaciones, servicios sociales, ...) que en el control de la oferta (aunque no se descarta).

PRINCIPALES DISPOSICIONES LEGALES SOBRE DROGAS PROMULGADAS EN ESPAÑA DESDE FINALES DE LOS AÑOS SETENTA

(Actualizadas hasta la fecha de edición del libro)

1978

Real Decreto 1100/78, de 12 de mayo sobre publicidad de tabaco y bebidas alcohólicas en RTVE.

R.D. 3032/78 de creación de la Comisión Interministerial para el Estudio de los Problemas derivados del Consumo de Drogas.

1980

Orden de 31 de enero de 1980, del Ministerio del Interior, sobre limitaciones al consumo de alcohol, prohibiendo la entrada y permanencia de menores de 16 años en locales de venta de alcohol.

1981

R. D. 1467/81, de 8 de mayo, que establece la prohibición de conducir con una tasa de alcohol en sangre superior a 0,8grs. por litro.

1982

Real Decreto 709/81, de 5 de marzo, sobre publicidad y consumo de tabaco.

Orden de 30 de abril de 1982, para la creación de los "Grupos de Orientación y Prevención" dentro de las Fuerzas de Seguridad del Estado.

Resolución de 9 de septiembre de 1982, sobre limitación de consumo de tabaco en centros docentes.

1983

Orden de 20 de mayo de 1983, por la que se regulan los tratamientos con metadona.

Real Decreto 2072/83, de 28 de julio, por el que se modifica el R. D. del 5-03-82, sobre publicidad y consumo del tabaco: advertencia sobre su perjuicio.

1984

R. D. 1990/1984, de 26 de septiembre, sobre el empleo racional de los medicamentos y demás productos sanitarios y sobre la prevención de su uso indebido y de su tráfico ilícito.

1985

Ley 7/1985 de 2 de abril, reguladora de Bases de Régimen Local, sobre las competencias a ejercer por los municipios en materia de prestación de servicios públicos que contribuyan a satisfacer necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal.

R. D. 842/1985 de 25 de mayo, sobre las condiciones generales que, para uso doméstico de la población infantil, deben reunir los disolventes, colas, pegamentos, pinturas, tintes, barnices y otros materiales análogos.

Ley 20/1985, de 25 de julio, sobre prevención y asistencia en materia de sustancias que puedan generar dependencia (Comunidad Autónoma de Cataluña).

Orden del 31 de octubre de 1985, por la que se regulan los tratamientos de deshabituación con metadona dirigidos a toxicómanos dependientes de opiáceos.

1986

Circular 2/1986, de 14 de febrero, de la Fiscalía General del Estado, sobre conducción bajo influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes.

1987

Resolución sobre limitación del uso del tabaco en centros sanitarios (circular del INSALUD de 26 de enero de 1987).

Decreto 247/1987, de 20 de julio, por el que se regula la señalización de las prohibiciones de venta y suministro de tabaco y bebidas alcohólicas a los menores de 16 años.

1988

Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población.

Ley Orgánica 1/1988, de 24 de marzo, de Reforma del Código Penal en materia de tráfico ilegal de drogas.

Ley 5/1988, de 24 de marzo, por la que se crea la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas.

Ley 15/1988, de 11 de noviembre, sobre prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias (Comunidad Autónoma del País Vasco).

Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad.

1989

Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal.

Orden de 7 de noviembre de 1989, por la que se prohíbe la venta y distribución de tabaco y bebidas alcohólicas a los alumnos en los Centros escolares públicos dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia.

1990

Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos a personas dependientes de los mismos.

Real Decreto legislativo 339/1990, de 2 de marzo, por lo que se aprueba el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial.

Promulgación de la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (Octubre 1995, LOGSE)

Ley 5/1990, de 19 de diciembre, sobre prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de 16 años.

1991

Ley 10/1991, de 10 de mayo, de modificación de la ley 20/1985, de prevención y asistencia en materia de sustancias que puedan generar dependencia. (Comunidad Autónoma de Cataluña).

Reales Decretos 1006 y 1007/91, de 14 de junio, sobre el establecimiento de las enseñanzas mínimas en la Educación Primaria y la ESO (Educación para la Salud).

1992

Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana.

Real Decreto 510/1992, de 14 de mayo, por el que se regula el etiquetado de los productos del tabaco y se establecen determinadas limitaciones en aeronaves comerciales.

Real Decreto 2816/92, de 27 de agosto, que aprueba el Reglamento General de Espectáculos y Actividades Recreativas y establece la prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de 16 años en los establecimientos, espectáculos y actividades recreativas.

Ley Orgánica 8/1992, de 23 de diciembre, de modificación del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de tráfico de drogas.

1993

R. D. (1079/93 de 2 de julio), por el que se regula la revisión de los servicios administrativos en materia de drogodependencias.

Real Decreto 1573/1993, de 10 de septiembre, por el que se somete a ciertas restricciones la circulación de los productos psicotrópicos y estupefacientes.

1994

Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes (Comunidad Autónoma de Castilla y León).

Ley Orgánica 17/1994, de 23 de diciembre, sobre modificación del Código Penal, con el fin de tipificar la conducción de un ciclomotor bajo la influencia de bebidas alcohólicas.

1995

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

1996

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

Real Decreto 255/1996, de 16 de febrero, por el que se establece el Régimen de Infracciones y Sanciones para la represión del dopaje.

Ley 2/1996, de 8 de mayo, sobre drogas (Comunidad Autónoma de Galicia).

1997

Ley 3/1997, de 16 de junio, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos (Comunidad Valenciana).

Ley 4/1997, de 9 de julio, de prevención y asistencia en materia de drogas (Comunidad Autónoma de Andalucía).

Ley 5/1997, de 6 de octubre, de prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias (Comunidad Autónoma de Cantabria).

Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia).

Conclusiones

Desde esta descripción de la interrelación y evaluación de los términos prevención y legislación, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- El concepto prevención dentro del marco legal se entiende como un amplio espacio donde se incluyen diferentes acciones en una doble vía: reducción de la demanda y la oferta de drogas. Es en este segundo camino donde se centran casi todos los esfuerzos legislativos.
- La gran dispersión legislativa, producto de miradas parciales del problema, hasta la creación del Plan Nacional sobre Drogas. La respuesta legal ha sido bastante sesgada, influenciada no por lo que los técnicos y profesionales proponen, sino más bien por la demanda social de respuestas urgentes ante los problemas inmediatos que causaba el fenómeno de las drogodependencias.
- Esto ha contribuido a que, muchas veces de forma precipitada, se hayan diseñado respuestas normativas que posteriormente ha habido que rectificar, debido a su incumplimiento generalizado (véase la publicidad, la venta de alcohol a menores...).
- Por último, algunas medidas legislativas parecen no haber tenido una adecuada aceptación social (véase la reglamentación del consumo de tabaco, ...).

3. ÁMBITOS SECTORIALES Y TIPOLOGÍA DE LOS PROGRAMAS

Ámbito escolar

De una manera global, las intervenciones e iniciativas preventivas llevadas a cabo en el ámbito escolar durante los años ochenta se podrían caracterizar, a grandes rasgos, de la siguiente forma:

- Abundan las iniciativas puntuales y sin continuidad; estas iniciativas tienen un carácter excepcional y no están integradas en el currículo.

- Las actividades se encuadran en los esquemas de la prevención primaria.
- Tienen un carácter fundamentalmente informativo y, en menor medida, de promoción de alternativas.
- Aunque se abordan todo tipo de drogas, se pone un énfasis especial en las drogas ilegales.
- Se dedica una cantidad significativa de recursos y esfuerzos a la formación y sensibilización del profesorado y de las madres y padres, en base a charlas, escuelas, seminarios, etc., aunque posteriormente no se realiza –por lo general– un seguimiento de la implicación efectiva de los agentes educativos en la elaboración de proyectos, ni en la programación de actividades.
- Las acciones formativas corren a cargo, mayoritariamente, de asociaciones y organizaciones subvencionadas y también de las entidades locales. Se constata la poca implicación del MEC en estos primeros años, lo cual permitió la entrada en los centros de todo tipo de organizaciones, algunas con planteamientos de dudoso carácter preventivo (al menos, en lo relativo a su eficacia).
- Son escasas las estructuras de coordinación entre instituciones y, por tanto, la relación entre los centros educativos y otras instancias de nivel comunitario. Con el ámbito sanitario existe una relación coyuntural, pues es frecuente que se demande a estos profesionales intervenciones aisladas encaminadas a la información, la sensibilización y la divulgación en torno al problema *de la droga*.
- En la segunda parte de la década, abundan también las iniciativas de prevención inespecífica que revierten en los centros en forma de actividades de tiempo libre, oferta de programas deportivos, acciones destinadas a promover el asociacionismo, etc.

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

Ya en la **década de los noventa**, se observan cambios cualitativos y cuantitativos que evidencian un cambio de tendencia en la prevención que se lleva a cabo en el contexto escolar:

- Las iniciativas tienen una mayor continuidad en el tiempo, teniendo bastantes de ellas un carácter plurianual.
- Las actividades no se limitan a la difusión de la información y a la impartición de cursos, sino que se intenta formular programas enmarcados en el concepto de *educación para la salud*, que pretenden la mejora de competencia social y el desarrollo socio-afectivo de los alumnos.
- Se intenta que las actividades se articulen en programas de una cierta amplitud, que pretenden ser completos planes de intervención.
- Se empieza a realizar un seguimiento y un apoyo al profesorado para la realización de proyectos, una vez finalizada su formación.
- El objetivo básico es ahora la elaboración de proyectos de prevención ajustados a la realidad de los centros educativos e integrados en su dinámica cotidiana.
- La puesta en marcha de la LOGSE supone un punto de inflexión en la actividad preventiva escolar, afectando fundamentalmente a los objetivos pedagógicos de las intervenciones y a las estrategias didácticas con las que se abordan; la prevención se integra en el currículo a través del área transversal "Educación para la Salud". No obstante, puede afirmarse que todavía se está en período de ensayo de estos planteamientos, que están encontrando las

previsibles dificultades para su implantación, por lo que cabe hablar de un cambio profundo, pero gradual y no exento de resistencias y dificultades.

- Se aprecia en los programas una visión más integral de la problemática relacionada con el abuso de drogas y con su prevención.
- Se fomenta que las estrategias pongan más énfasis en la formación que en la mera información, lo cual se traduce en trabajar con los educadores aspectos tales como la toma de decisiones, el desarrollo de actitudes positivas hacia la salud, la autonomía, la autoestima, la responsabilidad, los valores, las habilidades sociales, etc. En definitiva, se trata de vincular la prevención de drogodependencias con el desarrollo personal e integral del alumnado.
- Comienzan a aparecer programas centrados exclusivamente en las drogas institucionalizadas, que proliferan en los últimos años, y que constituyen el reflejo de una creciente alarma social por el cambio en las pautas de consumo de alcohol experimentado entre los jóvenes.
- La mayor implicación del MEC en la prevención de drogodependencias se constata en los recursos de todo tipo destinados a este tema. Se crean figuras de referencia en materia de educación para la salud en las direcciones provinciales y territoriales; se firman convenios entre el MEC y el Ministerio de Sanidad y Consumo, las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos. En las Comunidades Autónomas con competencias transferidas en materia de educación, también se promueven este tipo de convenios, a través de las Consejerías de Educación, Sanidad o Servicios Sociales.

- Se aprecia también una mayor voluntad de apertura y coordinación de los centros escolares con otras instancias de nivel comunitario y, en este sentido, despuntan iniciativas interesantes, aunque todavía escasas.
- En cuanto a los resultados obtenidos, es difícil extraer unas conclusiones objetivas pues, aunque la mayoría de los programas declaran la intención de autoevaluarse, son muy pocos los que la llevan a cabo y presentan resultados. Además, estos resultados se refieren casi en exclusiva a aspectos procesales, obviando la referencia a la consecución de los objetivos de mayor calado. Sí parecen estar más extendidas y reunir mayores garantías metodológicas las prácticas evaluativas referidas a la formación para la prevención, de los profesores y las madres y padres.
- Es importante resaltar, también en esta última época, la aparición de gran cantidad de materiales didácticos, muchos de ellos de buena calidad y susceptibles de utilización en todo el territorio español.

Ámbito comunitario

El ámbito comunitario adolece de una cierta indefinición. Ni el sector mismo está claramente definido, ni tampoco hay consenso sobre lo que se acepta por metodología de intervención comunitaria.

La relación con otros sectores debería ser, al menos teóricamente, de inclusión e integración, ya que lo comunitario no es propiamente un sector, sino un ámbito —en el que se dan cita todos los sectores— y una metodología que incluye el trabajo en común.

Sin embargo lo que se autoincluye como sector comunitario es el menos racionalizado en el conjunto de las acciones sobre drogas que se llevan a cabo, aunque en esta afirmación genérica nos encontramos con una

situación ya comentada para el ámbito escolar: la existencia de unas cuantas iniciativas bien articuladas teórica y metodológicamente, que no deben ocultarnos la situación global. Tomando como referencia el conjunto de programas que se llevan a cabo, nos encontramos con una falta de definición –al menos, no gozan de consenso suficiente– en cuanto a los criterios, la metodología y las acciones. Siguen el albur de iniciativas políticas, profesionales y asociativas más o menos espontáneas. No obstante, se invierten notables recursos en este sector, en muchos de los casos bajo el pretexto de una “necesaria información sobre la droga”.

En el momento actual aparecen varias parcelas de actividad vinculadas a este ámbito:

- Campañas de información y sensibilización sobre drogas y sobre temas conexos, promovidas por las administraciones locales –o, menos frecuentemente, por otros niveles de la Administración– y/o por las ONGs.
- Cursos, seminarios, charlas, coloquios, etc.; promovidos por las mismas instancias.
- Planes municipales (unas veces con una fundamentación global, pero otras como la simple suma de actividades realizadas desde diferentes espacios).
- Actividades vaga y presuntamente alternativas al consumo de drogas.

Desde una perspectiva cronológica, también puede observarse una evolución de los planteamientos preventivos experimentada durante la última década.

En la **primera mitad de los ochenta**, empiezan a funcionar algunos planes municipales. En esta época, la actividad se centra en la información/sensibilización y en la formación de los propios equipos, apreciándose un cierto protagonismo de los profesionales sanitarios. Se trata generalmente de programas con grandes objetivos y

finalidades, pero que se limitan al desarrollo de aspectos muy parciales de los mismos. La prevención se orienta básicamente hacia las drogas no institucionalizadas.

Mediada la década se pone en marcha el Plan Nacional sobre Drogas y van surgiendo los sucesivos Planes Autonómicos, lo que va a implicar que a finales de los ochenta, comience a abrirse paso con fuerza el concepto de *educación para la salud*, más comprensivo, globalizador e inespecífico que el de *prevención de las drogodependencias*, al que llega a sustituir en algunos casos.

En la **década de los noventa**, comienza a apreciarse una mayor dispersión y selectividad en los programas de prevención articulados desde las CC.AA. Se realizan planes más concretos, más “pegados al terreno” (barrios, asociaciones locales, distritos, etc.), cuyos objetivos están más acotados.

El volumen de recursos económicos dedicados a la prevención se incrementa, aunque persiste –según la información recogida– una significativa carencia y precariedad en la dedicación de profesionales que de forma específica y estable, se dedican a esta actividad, si bien esta situación no afecta por igual a todas las CC.AA.

Cabe señalar la existencia de algunas contradicciones entre los objetivos y metodologías propugnados por algunos planes y programas y el enfoque de algunas de las acciones realizadas. Así, por ejemplo, parece generalmente aceptado que el acercamiento al fenómeno del consumo debe favorecer su desdramatización, mediante la transmisión de una información veraz, objetiva y contextualizada, y sin embargo estos rasgos no siempre se reconocen en las campañas de información y sensibilización.

En el ámbito comunitario llama la atención la insistencia de los responsables de los programas analizados en la necesidad de una mayor y mejor coordinación. Es esta una idea recurrente y proteiforme: coordinación en los objetivos, coordinación en las estrategias y coordi-

nación en los recursos. En el trasfondo de esta demanda parecen existir varios problemas: una todavía insuficiente definición del papel que los distintos niveles de la Administración han de asumir en relación con este tema (competencias, distribución presupuestaria y nivel de servicios), los cambios en los equipos rectores (que conllevan períodos de ralentización) e incluso las dificultades en la comunicación interpersonal, que –lo hemos comprobado en el estudio de los microentornos– pueden condicionar decisivamente el éxito o el fracaso de una experiencia.

Cabe destacar la ausencia generalizada de la evaluación en los programas, salvo algunas excepciones, consistentes en evaluaciones parciales o acotadas a una parte de la intervención. Otra carencia significativa es la de sistemas de información que recojan de forma estable y rigurosa la actividad que se genera por los municipios y por las organizaciones ciudadanas, y de la que en muchos casos no se conserva registro en los dispositivos locales, provinciales, autonómicos o estatales.

Ámbito sanitario

En la **década de los ochenta** se registra un gran volumen de actividad con intencionalidad preventiva proveniente de este ámbito, aunque, por sus características metodológicas, muy pocas de estas actividades podrían catalogarse como programas.

La característica esencial de estas actuaciones sería su polarización en torno a la transmisión de información en materia de prevención de drogodependencias. Muchas de ellas van encaminadas a los propios profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería, farmacéuticos...), con el objetivo de proporcionarles la formación necesaria en este tema para el manejo de las situaciones particulares que se presentaban en la práctica médica y farmacéutica. Otras se dirigen hacia otros colectivos, tales como los escolares y sus profesores, o hacia asociaciones o, sencillamente, hacia la población

general; muchas de estas actuaciones les son demandadas, reconociéndose explícita e implícitamente a los profesionales de la salud como el referente más autorizado en materia de drogas.

En esta década ya empieza a percibirse una delimitación clara en el tratamiento que recibe el tema drogodependencias, en función de la legalidad o no de la sustancia adictiva. Así, mientras que los temas de alcohol y tabaco se empiezan a trabajar desde el ámbito de los centros médicos del INSALUD –las actuales redes de Atención Primaria y Salud Mental–, de las cuestiones relativas a las drogas ilegales se encargan principalmente los Planes Autonómicos de Drogas, dependientes de las Comunidades Autónomas, en colaboración con los Ayuntamientos, desde espacios específicos de intervención.

Institucionalmente, la prioridad parece venir marcada por dar salida a una demanda asistencial creciente, cuya urgencia se refuerza por el tratamiento que el tema recibe en los medios de comunicación. Las actuaciones preventivas se configuran, pues, como una actividad subsidiaria de la asistencial, incomparablemente más desestructurada y marginal, en cuanto a la provisión de recursos de todo tipo (humanos, económicos, infraestructura, tiempo, etc.).

La mayoría de las intervenciones se concretan en actividades aisladas, adoleciendo de continuidad y basándose fundamentalmente en conferencias, charlas y coloquios.

Son programas que se podrían encuadrar como de tipo específico y de orientación primaria y secundaria. En general, no guardan relación unos con otros y en muchos casos son el resultado de las inquietudes e intereses de determinados equipos de trabajo o de determinadas colectividades. En muchos casos, no cuentan con partidas presupuestarias específicas para su desarrollo y seguimiento.

En los **años noventa**, cambian de manera radical los planteamientos. Los programas de prevención empiezan a ser inespecíficos, globalizadores, pretenden implicar en su desarrollo a la mayor parte de las estructuras sociales y tienden a conseguir un objetivo más general: la adquisición de hábitos de vida saludables (la denominada *educación para la salud*, en la que se considera englobada la prevención de drogodependencias). El sector sanitario, como estructura con un papel social importante, colabora con los demás estamentos en el desarrollo de ese programa global pero sin asumir el protagonismo que anteriormente tenía. La nueva situación puede caracterizarse de acuerdo con los siguientes puntos:

- Las actividades aisladas tienden a disminuir en favor de las actividades coordinadas y planificadas hacia la consecución de objetivos más claros y realistas.
- Los programas abordan tanto las sustancias legales como las ilegales.
- Se dan pasos a favor de una coordinación interinstitucional, todavía lejos de funcionar de forma óptima.
- Aunque los recursos destinados a la prevención han aumentado, no lo han hecho todavía de forma suficiente. Se sigue contando en muchas ocasiones con la voluntad y el interés de profesionales que están dedicados a la asistencia y hay que tener presente que la presión asistencial ha seguido y sigue aumentando constantemente.
- Dentro del ámbito sanitario, en líneas generales se mantiene la compartimentación planteada en la década de los ochenta; es decir, del tema tabaco se encarga la Atención Primaria y las Unidades de Tabaquismo ubicadas principalmente en los hospitales; del tema alcohol se encarga Salud Mental en su vertiente preventiva; y del tema drogas ilegales se siguen encargando las Comunidades Autónomas

y Ayuntamientos, salvo excepciones en las que actúan los dispositivos de Atención Primaria o de Salud Mental. También hay que destacar la actuación de las Organizaciones no Gubernamentales, cuya colaboración y aportación de iniciativas es cada día mayor.

- En cuanto a resultados, es difícil extraer una idea clara y objetiva de si se han conseguido los objetivos que se marcaban los diferentes programas. Por un lado, hay que tener en cuenta la dificultad intrínseca para evaluar intervenciones de esta naturaleza, y por otro, hay que constatar que, al igual que sucede en los otros ámbitos sectoriales, los programas no se intentan evaluar de forma rigurosa y sistemática, por lo que se carece de datos sobre los que fundamentar posibles valoraciones.
- Hay que destacar, por último, el surgimiento de los denominados programas de reducción de daños, encuadrables dentro de los esquemas de la prevención terciaria –más cerca de lo asistencial que de lo profiláctico– y en relación con la explosión del sida y toda la patología infecciosa y transmisible relacionada con esta epidemia.

Ámbito laboral

Lo primero que llama la atención es el bajo número de programas existentes. Como hipótesis sobre las que habría que profundizar, podría aventurarse el hecho de que la actividad preventiva que se registra en los centros de trabajo quizás esté normalizada y diluida, con lo cual no emerge con la categoría de “programas”, así como al hecho de un cierto alejamiento de las empresas respecto de los dispositivos comunitarios específicos de prevención de drogodependencias.

El estudio de los microentornos nos ha proporcionado elementos adicionales para explicar esta baja tasa de actividad preventiva: muchas empresas procuran evi-

tar ser vinculadas con la problemática de las drogas (incluso aunque fuera para ser señaladas como modelo de prevención eficaz); por otro lado, también los trabajadores evitan, en la medida de lo posible, manifestar problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas ilegales en los centros de trabajo, por motivos obvios. El registro del volumen de actividad preventiva resulta ser, por tanto, muy bajo en el ámbito laboral y es suficientemente significativo que en la fase de trabajo de campo, no hayamos sido capaces de recoger información sobre programa alguno en varias Comunidades Autónomas.

Podríamos hablar de dos grandes categorías de programas preventivos:

- Programas con una orientación estrictamente preventiva.
- Programas amplios de intervención en drogodependencias que integran de modo simultáneo intervenciones de carácter preventivo y de tipo asistencial.

Los primeros están promovidos por instituciones y entidades ajenas a las empresas –normalmente inducidos y financiados por la Administración– y corresponden a iniciativas recientes. Los segundos, según hemos podido apreciar, son desarrollados y financiados de forma autónoma por las empresas –con independencia de que puntualmente haya existido alguna colaboración por parte de la Administración, o por parte de entidades aseguradoras, por ejemplo–; son programas algo más veteranos y con planteamientos de mayor continuidad e inciden mayoritariamente sobre drogas legales.

Los contenidos más frecuentes en los programas preventivos del ámbito laboral, son los siguientes:

- Actividades informativas y/o de sensibilización dirigidas al conjunto de los agentes sociales presentes en las empresas (trabajadores, directivos, cuadros intermedios, servicios de salud laboral y representantes sindicales).
- Formación de personas en el rol de mediadores (técnicos de salud laboral, representantes sindicales y cuadros intermedios).
- Actividades para la detección precoz, motivación y derivación a tratamiento dirigidas a trabajadores con consumos abusivos de drogas (sólo en empresas con programas amplios de prevención y atención de drogodependencias).

Los programas con ámbito de actuación en una empresa determinada suelen estar sustentados en acuerdos entre la dirección y los comités de empresa, acuerdos que cuentan con niveles de formalización diferentes (desde acuerdos tácitos, hasta acuerdos reflejados en convenio colectivo).

Otros rasgos a destacar sobre los programas pertenecientes al ámbito laboral, son los siguientes:

- Los objetivos y contenidos de la mayor parte de los programas preventivos son todavía muy limitados, tanto por la naturaleza de sus actuaciones (que se quedan en muchos casos en la información, sensibilización y formación de mediadores), como por el hecho de que gran parte de las actuaciones no aseguren su incidencia sobre la población diana, los trabajadores.
- No suelen partir de una determinación y análisis de los factores de riesgo –personales, vinculados al medio laboral o medio ambientales– presuntamente asociados con los consumos de drogas y, consecuentemente, no proponen intervenciones que incidan sobre ellos.

- Se evidencia una escasa continuidad de dichos programas en el tiempo, con independencia de que, formalmente, no hayan sufrido interrupciones (no es inusual que hayan transcurrido incluso años entre las diferentes actividades).

Puede concluirse afirmando que el desarrollo de los programas de prevención en el medio laboral se encuentra todavía en una fase inicial, en la que de forma incipiente se están llevando a cabo algunas experiencias. A esta realidad no son ajenas las dificultades que tradicionalmente se han atribuido al desarrollo de intervenciones en drogodependencias dirigidas al medio laboral (ausencia de un marco legal adecuado, gran tolerancia social respecto a las drogas con mayores niveles de consumo, temor al deterioro de la imagen de la empresa, temor a que estas intervenciones supongan el incremento de los costes productivos, etc.).

Ámbito de los medios de comunicación

Desde principios de los años ochenta, ha sido constante en España la utilización de los medios de comunicación como soporte de estrategias de prevención. Se trata de un uso que se intensifica a finales de dicha década y que acaba desembocando en una situación en la que se plantea la necesidad de revisión y depuración de algunas actuaciones llevadas a cabo desde este medio.

El proceso podría estructurarse en tres etapas: una primera, que comienza alrededor de 1980 y que se extingue con la década; una segunda que alcanza hasta los primeros años noventa y una tercera, ubicada en el momento presente.

Durante la primera etapa las actuaciones iniciales obedecen al siguiente mecanismo: cuando la opinión pública reclama actuaciones urgentes ante el *problema de la droga* las instituciones reaccionan con campañas, dictadas más por la necesidad de transmitir la impresión de

que se estaba dando una respuesta a dicho problema, que por el análisis del impacto real de los contenidos que se transmiten.

En este período, buena parte de las campañas recurren a mensajes directos en negativo, en los que se habla de la droga en singular. Predomina también la presencia de famosos o caras conocidas, como modelos que se proponen para la identificación con ellos de los sujetos destinatarios del mensaje.

La *información disuasoria* se plantea bajo cierta dosis de utopismo e ingenuidad, exigiéndosele mucho más de lo que puede ofrecer. Revisiones posteriores de la relación entre prevención e información, han puesto de manifiesto que no son términos en absoluto equivalentes en el terreno de las drogodependencias. Parece necesario, pues, matizar el papel de la información en la prevención.

Otras, y serias, son las objeciones que se han hecho a este tipo de campañas:

- La prevención no puede realizarse “a golpe de calendario”, sino que debe presentarse como un proceso continuado, con objetivos graduales pero permanentes, y basándose en estrategias que permitan una presencia constante, no ocasional ni puntual.
- La utilización de los medios de comunicación –sobre todo, los de orientación generalista– choca con el principio de utilización de mensajes selectivos o dirigidos a colectivos concretos; la consecuencia es que se refuerza en sus convicciones a los ya convencidos y no existe control sobre posibles efectos indeseables inducidos sobre otros sujetos.
- La utilización de la información –y, básicamente, la imagen que aporta la publicidad– fuerza a la utilización de mensajes simplificados, tanto en lo textual, como en lo conceptual o en lo iconográfico no favo-

reciendo, en consecuencia, la elaboración de una respuesta razonada, consciente y libremente asumida por el destinatario (que suele ser un adolescente o un joven).

A esta primera etapa le sucede una segunda en la que es característica la presencia en los medios de comunicación de publicidad sobre los dispositivos de la Administración pública relacionados con la intervención en drogas.

A diferencia de la etapa anterior, estas campañas muestran unos contenidos menos voluntaristas, están mejor preparadas técnicamente, profesionalmente más elaboradas, aunque siguen predominando los criterios de impacto publicitario sobre los de búsqueda de cambio de hábitos. La información ya no se muestra como el elemento básico en la prevención y, por el contrario, proliferan las advertencias sobre el uso indiscriminado de la información, o sobre la información fuera de contexto y lanzada hacia colectivos que nunca han sentido el menor interés en el consumo de determinadas sustancias. Por otro lado, la presencia de recursos cada vez más abundantes utiliza la publicidad de servicios como reclamo. Se descarta, por último, la pretensión de convencer o disuadir del uso de drogas a través, exclusivamente, de campañas. Comienza a trabajarse, en consecuencia, en la línea de presentar situaciones en positivo, proponiendo imágenes que sean más atrayentes que las ofrecidas por la propia cultura de las drogas ilegales.

El momento presente aparece marcado por un desplazamiento de la cultura de la heroína y la cocaína y por la presencia de nuevas drogas en el mercado que han roto con la imagen de las anteriores. El desplazamiento del perfil típico del consumidor, junto con la incidencia social de nuevas formas de consumo que hacen añicos las imágenes de la década anterior, provocan la emergencia de actuaciones en prevención, a través de los medios de comunicación social, que desarrollan líneas como las siguientes:

- Iniciativas en las que se habla de drogas y en la que se proponen abanicos de alternativas.
- El desplazamiento gradual de campañas globalizadoras “contra las drogas”, por las actuaciones a favor de la “reducción del daño”, especialmente en el caso de las drogas legales.
- Rechazo casi absoluto a la presencia de personajes y caras conocidas en las campañas, sustituidos por imágenes identificables con el teórico receptor del mensaje.
- El objetivo de las campañas a través de los medios no busca la disuasión, ni utiliza como herramienta principal la información disuasiva del modelo sanitario, sino que pone el acento en la actuación sobre las percepciones sociales y las imágenes.
- La sustitución de una *cultura de sustancias* por una *cultura de usos*. Ya no importa tanto *qué* se consume, sino *cómo*. La “droga” ha dejado de ser una sustancia determinada, para convertirse en una forma de consumo ligada a un estilo de vida.
- Y, sobre todo, la constatación de que las campañas sólo tienen sentido si se realizan como un elemento más de una estrategia, no como único componente (como ocurría en etapas anteriores).

La evaluación de las intervenciones en este ámbito presenta rasgos peculiares, derivados de la naturaleza misma de las campañas y oscila entre dos polos:

- Evaluación en términos estrictamente cuantitativos, en base a datos sobre audiencia o sobre recepción de los mensajes (frecuente, por ejemplo, en las campañas promovidas o participadas por los grandes inversores publicitarios).

- Ausencia total de cualquier tipo de evaluación en la mayor parte de las iniciativas puntuales, dictadas por la “necesidad” de intervenir desde determinados medios.

4. CONCLUSIONES GENERALES: “PUNTOS FUERTES” Y “PUNTOS DÉBILES”

“Puntos fuertes”

Como hemos venido describiendo, en los últimos quince años se ha pasado en España de la práctica inexistencia de políticas de prevención de las drogodependencias a la situación actual, que se caracteriza por un gran volumen de actividad en este terreno, basada en múltiples estrategias y apoyada por muy diversas y variadas instancias. En este sentido, es indudable que se ha producido un importante y significativo avance, que queda de manifiesto en los siguientes aspectos:

- 1. La creación y paulatina consolidación de estructuras, de iniciativa pública y de iniciativa privada, dedicadas total o parcialmente a promover y ejecutar actuaciones cuya finalidad es la prevención del abuso de drogas.*

La Administración, en sus distintos niveles –estatal, autonómico y local–, ha declarado la prevención de las drogodependencias como una de sus principales prioridades, siendo una de las respuestas la creación de estructuras y dispositivos encaminados a la promoción, patrocinio o puesta en práctica de políticas eficaces para este fin.

Por otro lado, la respuesta de la sociedad ha sido cuantitativa y cualitativamente muy importante, y se ha articulado a través de lo que genéricamente se denomina como “Organizaciones no Gubernamentales” . Cabe mencionar también la participación de otros actores sociales, como los sindicatos, las empresas o los medios de comunicación.

2. Se han promulgado disposiciones legales –tanto por la Administración Central, como por las Comunidades Autónomas– destinadas a favorecer la reducción de la oferta de sustancias y a controlar su uso.

Se trata, en general, de medidas que imponen limitaciones al consumo de drogas legales e ilegales, buscando la salvaguardia de los segmentos de población más vulnerables y de los derechos de los no consumidores.

Hay que reseñar también la activa implicación de las corporaciones locales en la vigilancia sobre el cumplimiento de este tipo de medidas.

3. La prevención de las drogodependencias ha sido integrada en el currículum escolar, en los niveles de enseñanza primaria y secundaria.

La Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE), promulgada en 1990, incluye la prevención de las drogodependencias dentro del área transversal Educación para la Salud. De esta forma, se garantiza la adecuada formación inicial en este tema de toda la población escolar.

La concepción del centro escolar como un microentorno dinámico en el que convergen diferentes actores, configurando una comunidad de intereses y valores, ha

propiciado la implicación no sólo de los profesores y alumnos sino también de madres y padres en la prevención.

- 4. De forma similar a lo ocurrido en el ámbito educativo, cabe también destacar el trabajo que se ha realizado en otros sectores con problemáticas específicas. Entre tales sectores se podrían citar el penitenciario o el militar.*
- 5. Se han diseñado y realizado un gran número de programas, campañas y acciones de todo tipo encaminadas a conseguir una reducción en la demanda de drogas y a prevenir su consumo abusivo.*

Desde principios de los años ochenta hasta el momento actual, el número de programas y actuaciones se ha ido incrementando progresivamente, de forma que se podría afirmar que los mensajes preventivos –que fluyen por diferentes vías– están en condiciones de llegar prácticamente a todos los ciudadanos.

Además, con importantes segmentos de la población se trabaja más allá de la información y la sensibilización, proporcionándoles formación específica o procurando la detección y progresiva corrección de factores de riesgo que pueden propiciar la aparición de conductas desadaptadas, tales como el uso problemático de drogas.

- 6. Numerosos profesionales y voluntarios se han implicado en tareas de prevención y se han formado para esta tarea.*
- 7. Fruto del ensayo y la reflexión se ha creado un cuerpo de conocimientos teórico-prácticos específicos sobre prevención, que vienen avalados por la experiencia acumulada a lo largo de estos años de trabajo e intervenciones.*

Se han ensayado múltiples estrategias: específicas e inespecíficas; puntuales o con pretensión de continuidad; dirigidas a sujetos no iniciados en el consumo y a sujetos con pautas problemáticas de uso de drogas; centradas en sustancias legales e ilegales; presenciales y

mediáticas; focalizadas en grupos de población con características peculiares o dirigidas a la población general; globales y locales; etc.

Se han creado foros de discusión y de transferencia de información y de experiencias al tiempo que se ha generado una importante oferta formativa específica dirigida a profesionales con diferentes grados de cualificación o a personas que ocupan diferentes roles en relación a la prevención.

8. Como consecuencia de lo anterior, se dispone de una buena base de materiales preventivos, muchos de los cuales han sido positivamente experimentados.

Es significativo, también, el volumen de producción editorial sobre el tema, la aparición de revistas y boletines especializados, la generación de materiales didácticos muy cuidados en el fondo y en la forma, o la creación de servicios de documentación con la misión de recoger y clasificar información sobre el tema.

9. En el diseño y puesta en práctica de los programas se constata una evolución hacia planteamientos más eficaces y funcionales.

En la medida en que se han ido experimentando estrategias, se ha efectuado, en paralelo, un trabajo de reflexión y discusión, que ha dado lugar a una progresiva depuración de las intervenciones. Cabe afirmar que la respuesta es, hoy en día, más elaborada, matizada y madura, en general, que la que imperaba hace apenas unos años. Algunos rasgos que evidencian esta evolución, son:

- Es comúnmente aceptado que la información, por sí sola, no conlleva prevención y que debe utilizarse respetando una serie de especificaciones.

- Se acepta que las personas, instituciones o entidades que diseñan o ejecutan políticas preventivas deben ser conscientes de que una intervención mal planteada no solamente puede resultar ineficaz, sino que puede generar efectos indeseables.
- Se reconoce que el principal problema de drogas que afecta a nuestra sociedad se refiere a las sustancias legales, por lo que no se concibe su exclusión en los programas preventivos.
- La prevención se enmarca en un concepto de salud comprensivo y positivo, es decir, que engloba dimensiones físicas, mentales y sociales, y cuyo mantenimiento depende de la adopción de estilos de vida saludables por los individuos.
- Se tiende hacia planteamientos con pretensiones de estabilidad, pues existe un amplio consenso al proyectar dudas sobre la eficacia de las acciones puntuales o descontextualizadas.
- Se reconoce que la prevención es tarea de todos y que no debe depositarse exclusivamente en la intervención de profesionales.
- Se asume que vivimos en una sociedad en la que existe, y siempre va a existir, una disponibilidad de sustancias susceptibles de crear dependencia, por lo que se promueve que los individuos sean formados para vivir en esta realidad decidiendo responsable y libremente no consumirlas o, en caso de hacerlo, mantener su uso dentro de unos parámetros (tipo, dosis, frecuencia, oportunidad) que eliminen o minimicen el daño causado a sí mismos o a otras personas (consideradas individual o colectivamente).

10. Se detectan algunas tendencias positivas en los indicadores de consumo de drogas y de actitudes respecto al fenómeno.

Sin llegar a las posturas extremas mantenidas en otros países, se ha creado una actitud de concienciación general acerca de los riesgos asociados al consumo habitual de tabaco. Esta actitud se ha traducido en el abandono del hábito tabáquico por parte de un importante sector de la población (precisamente aquél con el que se identificaba el estereotipo del fumador).

Por otro lado, la actual generación de jóvenes escenifica un cambio de tendencia radical en relación al tabaquismo; se reduce el consumo y el número de adolescentes que se inician en el mismo ha descendido de forma muy importante, asimismo muchos jóvenes fumadores abandonan el hábito.

Se constata también un importante y significativo cambio de actitud en la sociedad hacia una conducta tan arraigada en nuestra cultura como el consumo de alcohol. Tampoco en este caso se propugna, en general, el abandono radical de esta costumbre, sino una reconducción hacia pautas no destructivas. Entre los jóvenes, se ha incrementado de forma notoria el número de abstemios.

Se ha interrumpido de forma muy significativa la tendencia a la incorporación de nuevos sujetos al consumo de heroína, especialmente en sus formas de administración más dañinas, y parece que las cifras de consumidores de cocaína ralentizan su crecimiento.

En cuanto a la percepción del fenómeno por la sociedad y sobre las medidas que se deberían desarrollar para frenarlo o erradicarlo, también cabría hablar de una visión más madura y reflexiva: la estigmatización de los consumidores parece estar lejos ahora de los momentos de mayor virulencia vividos hace pocos años; el fenómeno parece haber entrado en una fase de normalización y las drogas se perciben como un asunto que afecta a individuos de todos los grupos sociales.

“Puntos débiles”

En el otro lado de la balanza, situaríamos los “puntos débiles” que hemos detectado en materia de políticas y actuaciones para la prevención de las drogodependencias, que son los siguientes:

1. Una insuficiencia global de recursos y medios.

A pesar de que las distintas Administraciones con competencias sobre el tema declaran la prevención como su principal prioridad, lo cierto es que estas declaraciones raramente se ven refrendadas por los hechos, pues son otros capítulos los que reciben mayor atención presupuestaria (la comparación, en este sentido, entre los recursos que se dedican a la atención y los que se dedican a la prevención es suficientemente elocuente).

Lo cierto es que muchos programas se mueven en la precariedad de medios, con evidente perjuicio para su eficacia. Las consecuencias son la falta de personal o la desmotivación del existente, las actividades interrumpidas antes de lo previsto, los largos períodos de inactividad o el abaratamiento de costes en aspectos fundamentales para la calidad de las intervenciones (formación, asesoramiento técnico externo, producción de materiales, difusión de las experiencias, evaluación, etc.).

2. Inestabilidad del personal-clave.

Los problemas presupuestarios aludidos provocan la inestabilidad laboral de los técnicos que deberían asesorar, ejecutar los programas o evaluarlos, que se ven forzados a cambiar de actividad buscando entornos profesionales más asentados, desperdiciándose su formación y experiencia.

En el ámbito escolar, específicamente, nos hemos encontrado también con el problema del traslado de los profesores funcionarios, tras haber sido formados y haberse implicado en el diseño y puesta en marcha de programas.

3. Discontinuidad en las iniciativas.

No es infrecuente, por los motivos aludidos, que los programas se interrumpan antes de su conclusión o que se vean inmersos en períodos de inactividad que pueden durar hasta años.

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

El análisis de múltiples experiencias, pone de manifiesto cómo, con demasiada frecuencia, programas que teóricamente habían sido asumidos por instituciones, reposan en realidad en el voluntarismo de una sola persona. Se da así la impresión de que todo un grupo de profesionales participan de unos objetivos y planteamientos, cuando la realidad es muy diferente.

5. Deficiencias de corte metodológico en las intervenciones, que afectan especialmente a su planificación y evaluación final.

En la mayor parte de los casos, los programas carecen de una evaluación inicial o diagnóstico que sirva para orientar la intervención (esto provoca desenfoques, tales como el de articular programas centrados en una única sustancia o el de desarrollar programas de prevención primaria cuando la mayoría de los destinatarios se reconocen como consumidores habituales).

También es posible encontrar todavía muchos casos en los que los objetivos de los programas no existen, o sólo existen en un nivel o están transcritos de otros programas, o no hacen referencia a los destinatarios, etc.

Las escasas evaluaciones finales que se practican se refieren básicamente a aspectos del proceso y suelen limitarse a la constatación de las actividades realizadas

o de la satisfacción de los participantes con su desarrollo. No es exagerado afirmar que las evaluaciones de eficacia o de impacto son prácticamente inexistentes.

Dado que hemos constatado que un alto porcentaje de los programas contienen planes y acciones de formación dirigidos a quienes tienen que implementarlos, se diría que esta formación no hace suficiente hincapié en las cuestiones metodológicas o bien que no está correctamente planteada, puesto que no alcanza plenamente el objetivo de que sus destinatarios sean operativos a la finalización de la misma.

6. Dificultades de coordinación entre las instituciones.

Una de las ideas-fuerza que se repite con insistencia por parte de los informantes que han realizado el trabajo de campo es la demanda de una mayor y mejor coordinación entre las instituciones: coordinación entre las distintas Administraciones, entre éstas y las ONGs y entre las propias ONGs.

7. Se constata la existencia, todavía, de dificultades para trasladar los planteamientos de la LOGSE en materia de prevención de drogodependencias a la actuación de profesoras y profesores.

Por un lado, la LOGSE no ha terminado todavía de implantarse y por otro, en los lugares y niveles en los que sí se ha implantado, se constata una cierta dificultad para poner en práctica el enfoque transversal, debido quizás a su inespecificidad (podría tratarse, también, de un problema de insuficiente asentamiento de la reforma). Para algunos expertos en prevención, esta falta de concreción determina que el planteamiento sea insuficiente para los fines que se pretenden, sugiriendo que, en consecuencia, se articulen medidas y actuaciones complementarias.

8. La inexistencia de mecanismos estables para el registro pormenorizado de las actuaciones preventivas.

Hay que advertir que esta carencia –al igual que las reseñadas anterior y posteriormente– no afecta por igual a todas las entidades y ámbitos que tienen competencia sobre la prevención. En todo caso, la consecuencia es la pérdida de una información muy valiosa para la mejora de los programas o para la puesta en marcha de otras iniciativas similares.

9. La persistencia de actuaciones de dudosa eficacia preventiva.

Siguen llevándose a cabo actuaciones que escapan a los planteamientos supuestamente más evolucionados que enumerábamos en el apartado sobre “puntos fuertes”. En algunas ocasiones, estas acciones de dudosa utilidad preventiva, reciben además un significativo apoyo social e institucional, a pesar de que parecen responder, implícitamente, a prioridades distintas a la de la promoción de la salud.

10. La dificultad para establecer relaciones causa-efecto entre las actuaciones en materia de prevención de drogodependencias y la evolución de los datos de consumo y actitudes ante el fenómeno.

Al concurrir una inexistencia casi generalizada de evaluación en los programas, junto con la actividad simultánea de programas y actuaciones de diversa naturaleza –a veces, contrapuesta, en su trasfondo–, que son ejecutados por muy diversas instancias, el resultado final es que resulta francamente difícil atribuir cambios en las tendencias de consumo y en las actitudes a las estrategias y políticas desarrolladas. No se puede aislar la influencia de un programa de la influencia de otras variables y factores –relacionados con el contexto, con el individuo o con las propias sustancias– y resulta harto difícil tratar de estimar el impacto de los programas a medio y largo plazo. Por todo ello, apenas se puede hablar, en rigor, de la eficacia de los programas o establecer comparaciones entre modelos y estrategias de intervención. Ni se puede afirmar que los cambios en los indicadores se deben a las políticas implementadas, ni lo contrario, ni se puede saber tampoco cual sería la situación actual de no haberse llevado a cabo tales políticas.

Y, como es fácil deducir, estas dificultades de la prevención para demostrar su rentabilidad social no favorecen, desde luego, el incremento de inversión que se demandaba en el punto inicial de este apartado.

Propuestas de actuación

BASES PARA UNA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENCIÓN

Gonzalo Robles Orozco

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

1. LA NECESIDAD DE UNA POLÍTICA DE PREVENCIÓN INTEGRAL

Las estrategias de intervención para la resolución de los problemas de las drogodependencias se configuran a nivel mundial en dos tipos fundamentales: las actuaciones sobre la oferta y las actuaciones sobre la demanda. En los últimos tiempos, el eco que las políticas sobre la oferta tienen en toda la sociedad, por su contundencia y eficacia, había potenciado y consolidado la lucha contra el tráfico y la venta de drogas con un cierto detrimento de las medidas contra la demanda, más específicamente sobre el desarrollo de las políticas de prevención.

En efecto, las posibilidades y concreciones de la reducción de la oferta desde el Plan Nacional sobre Drogas han abierto unas indudables expectativas en el impulso de la lucha contra el tráfico de drogas y las organizaciones criminales que lo sustentan y, consecuentemente, reabren una esperanza de disminución –el ideal sería la completa desaparición– del mercado ilícito de drogas, es decir, de la presencia de estas sustancias al alcance del público y fuera de los controles establecidos legalmente, porque no hemos de olvidar que también existen sustancias que tienen un cauce de distribución legal y una utilización beneficiosa desde el punto de vista sanitario en determinados supuestos.

Las estrategias de control de la oferta se realizan en nuestro país principalmente a través de tres ejes:

1. La actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
2. La adecuación de la legislación represiva a las nuevas formas delictivas del narcotráfico y su aplicación por las instituciones judiciales.
3. De modo cada vez más importante, mediante la colaboración internacional (suscripción de acuerdos internacionales, tratados bilaterales de colaboración con otros países, cooperación de las policías a nivel internacional, etc.).

Sin embargo, es necesario señalar que estas políticas de reducción de la oferta tienen también sus límites. Efectivamente, se ha señalado a menudo que, mientras que haya una demanda de drogas, mientras un sector de la población tenga interés en un consumo que genera importantes beneficios económicos, siempre habrá un mercado ilegal y unas organizaciones criminales que, pese a todas las medidas policiales, legales y judiciales existentes, procurarán atender esa demanda.

Es pues necesario, sin desatender los aspectos relacionados con la reducción de la oferta, acudir a la raíz del problema y establecer una adecuada política de prevención que impida el surgimiento de nuevos consumidores, y en la medida de lo posible, disuada a los que están en una fase inicial de experimentación. La prevención representa sin duda la única estrategia capaz de incidir directamente en las causas generadoras de la drogadicción y resulta, a largo plazo, la solución más eficaz para afrontar esta grave problemática de nuestro tiempo.

Por lo tanto, hemos de reiterar que un país que quiera abordar el tema de las drogas de un modo integral debe articular ambos tipos de medidas, aunque sin olvidar en ningún momento que las prioridades deben dirigirse hacia la prevención ya que se trata, en última instancia, de la alternativa más idónea y que genera el mayor consenso social.

Desde mi nombramiento como Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas he reiterado en incontables ocasiones el mensaje de la prevención y he podido constatar que desde todas las instancias de la Administración, de la participación ciudadana y de la sociedad en su conjunto, la prevención se empieza a vivir no sólo como una prioridad de primer orden sino como una necesidad incuestionable –más del 92% de los españoles la identifican como la medida prioritaria–.

Este mensaje se ha venido sustentado en dos propuestas muy sencillas: hemos de incrementar la prevención y hemos de mejorar la forma de aplicar la prevención. No obstante, todo este tiempo hemos sido plenamente conscientes de las dificultades que conllevan estas propuestas. A menudo no bastan los deseos, por muy nobles y bienintencionados que sean, para remover tantas cuestiones que entran en juego en la prevención de las drogas. Por eso, a la vez que hemos marcado prioridades y, por lo tanto, generado expectativas, hemos ido impulsando iniciativas que se van lentamente consolidando. Porque tengo también la certeza de que ni estos escasos dos años ni los cuatro de una legislatura son periodos suficientes para alcanzar profundas transformaciones en estos temas. La prevención representa un desafío de gran alcance, seguramente el reto de una larga etapa a la que nos gusta denominar “ un nuevo tiempo de prevención”.

Llegados a este punto, también querría matizar que la insistencia en la prevención no conlleva de ningún modo abandonar la asistencia a los afectados. Por el contrario, pensamos que se trataría más bien de reproducir el proceso que en su momento se inició con la atención a los drogodependientes. Si la asistencia hoy precisa de mejoras y avances –básicamente una mayor diversificación en los programas, una progresiva normalización en las redes y más homogeneidad entre los territorios– es porque ya existen en nuestro país unos criterios de consenso, unas redes importantes y unas técnicas terapéuticas relativamente evolucionadas. Aquí estaría, desde nuestro criterio, una de las claves para afrontar el

reto de la prevención: el establecimiento de unas bases firmes que hagan posible la prevención en nuestro país no sólo en un futuro inmediato sino en el medio y largo plazo que exige la prevención para ser efectiva.

Considero imprescindible insistir en estos planteamientos, ya que sin ellos será imposible perseverar en la difícil tarea que representa la lucha contra las drogas. Hemos de ser conscientes de que nuestras mejores armas son el esfuerzo y la constancia. De aquí que no debemos confundir las metas con los medios utilizados. Cada programa que apliquemos, cada campaña, cada acción formativa, cada publicación, etc... constituyen instrumentos, no objetivos en sí mismos. Lo importante es tener la certeza de que, con cada medida, subimos peldaño a peldaño en la dirección correcta. Y pienso que resulta innegable la constatación de los avances.

2. UNA PREVENCIÓN BASADA EN LA EDUCACIÓN

Antes de comenzar a abordar el significado que tienen para nosotros las políticas preventivas, hay que destacar que la prevención del uso indebido de drogas, enmarcada en una estrategia más global de promoción de la salud y el bienestar, constituye el objetivo prioritario del Plan Nacional sobre Drogas.

El problema de las drogas representa una de las principales preocupaciones de la sociedad española y de la comunidad internacional. Este hecho impulsó al Gobierno de la Nación a crear en 1985, a propuesta del Congreso de los Diputados, un Plan Nacional sobre Drogas destinado a desarrollar una política coherente y coordinada frente a esta problemática. Respondiendo a estas mismas razones, se inició en la V Legislatura la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de la Droga.

El informe aprobado por esta Comisión Mixta en diciembre de 1995 destaca que **la prevención frente al consumo indebido de drogas debe ser el objetivo prioritario de la intervención**

pública y ha de ser una tarea del conjunto de la sociedad, de los poderes públicos, de las ONGs, de la comunidad escolar, de la familia y de los medios de comunicación. De aquí que el Plan Nacional sobre Drogas haya incluido el impulso y ordenamiento de las medidas preventivas como la máxima prioridad de actuación, reorientando sus políticas generales hacia el desarrollo de programas preventivos globales, con un desarrollo metodológico riguroso, amplia participación social y susceptibles de evaluación. Tanto es así que, la primera sesión de la Comisión Interautonómica celebrada al inicio de mi mandato, acordó por unanimidad la creación de una ponencia técnica dirigida a establecer los criterios básicos de homologación que deben regir las actuaciones preventivas en el conjunto del Estado.

La prevención que estamos impulsando persigue básicamente dos grandes objetivos:

- Sensibilizar y movilizar a la sociedad para generar una cultura de rechazo a las drogas mediante el fomento de sus propios valores y recursos.
- Informar y educar a nuestros ciudadanos, especialmente niños y jóvenes, para que desarrollen estilos de vida positivos, saludables y autónomos.

En la consecución de estos objetivos debemos trabajar de forma coherente e integrada las distintas Administraciones, las organizaciones sociales, los padres y educadores, los medios de comunicación y, en suma, la sociedad en su conjunto.

Pero es importante dejar claro que estamos hablando de una prevención basada en la educación. Una educación que capacite a los niños y jóvenes para enfrentarse con éxito a la previsible oferta de drogas, dirigida a su maduración emocional y social, basada en el fomento de su capacidad crítica, su autonomía como persona y la clarificación y fortalecimiento de sus valores. Una educación, en suma, que les haga libres y capaces de adoptar decisiones más adecuadas para su proyecto de vida y para su plena integración en una sociedad cada vez más

tolerante y más solidaria. Esta educación debe comenzar en edades muy tempranas y en su desarrollo debe involucrarse la sociedad en su conjunto.

Este concepto de prevención nos remite directamente a las dos instancias educativas por excelencia: la familia y la escuela. De aquí que las acciones que estamos impulsando se sitúen básicamente en los ámbitos que a continuación se exponen.

Ámbito familiar

La familia es, en gran medida, el lugar donde se generan los valores de las personas, y puede decirse que, en cierto modo, imprime carácter, ya que todas las actitudes, prejuicios y predisposiciones emotivas aprendidos durante la niñez probablemente nos acompañarán a lo largo de nuestra vida.

La familia difunde entre sus miembros más jóvenes los valores familiares, pero también les transfiere todos los demás principios de estima. Es en el seno de la institución familiar donde se asimilan tanto los valores privados como los públicos, los religiosos, y los cívicos y políticos. Pero igualmente, la familia transmite tanto unos determinados valores como su ausencia, que se cifra en una confusión de normas. Por tanto, también puede considerarse a la familia como fuente de anomia; en todo caso, ésta generalmente se manifiesta a través de la desorganización familiar. Además, la falta de normas en la infancia puede dejar un vacío que a duras penas se puede colmar con el paso del tiempo, con las consiguientes heridas incurables o difíciles de cicatrizar en la personalidad.

Todos estos procesos tienen lugar a través de los mecanismos de la socialización primaria que, si no es una función que la familia moderna tenga en exclusividad, constituye una de sus notas más características. La socialización familiar es, pues, el foco principal del aprendizaje de los valores. Uno de los rasgos más peculiares de la socialización primaria es que, por decirlo de

forma coloquial, en la familia se predica a través del ejemplo. Mientras que en la socialización secundaria el aprendizaje tiene más bien un carácter técnico y racional, en la primaria cobran una gran importancia los aspectos emotivos y afectivos.

Las funciones de la familia han evolucionado sensiblemente en las sociedades industrializadas incorporando nuevas responsabilidades a las que la caracterizaban tradicionalmente. Así, los lazos de solidaridad y de apoyo familiar ante cualquier coyuntura de crisis son fundamentales en nuestra sociedad actual. Esta función ampliada sobre el papel de la familia tiene su manifestación más clara en la importantísima labor que está desarrollando en la rehabilitación de drogodependientes.

Otra función fundamental del grupo familiar es la contribución en las tareas de prevención, pues la familia es, en definitiva, el primer eslabón en la incorporación del niño a la sociedad. Es en su seno donde el niño, a través del aprendizaje, se va capacitando para vivir en sociedad y para afrontar de manera adecuada las nuevas situaciones que se le presenten. La prevención está encaminada precisamente a dotar de recursos a estas nuevas generaciones que les permitan afrontar con éxito determinados conflictos que se les plantearán a lo largo de su desarrollo, entre los que se encontrarán sin duda los relacionados con el consumo de drogas.

Todo ello comporta valores nuevos que se están incorporando al sistema familiar: diálogo, respeto mutuo, tolerancia, pluralismo, etc.

En este sentido cabría citar unas palabras de Ramón Mendoza, psicólogo que ha escrito abundantemente sobre este tema quien, respecto a la incomunicación señala que "es probable que en las familias donde la comunicación es escasa los hijos tengan mayores dificultades para asimilar una escala de valores coherente y adquirir unas destrezas que les permitan tomar decisiones racionales sobre el uso de drogas".

Diferentes estudios han puesto de manifiesto como primer factor negativo del clima familiar la ausencia de diálogo y en consecuencia, la necesidad de un ambiente que fomente este diálogo como condición indispensable para la convivencia, el respeto y el desarrollo de capacidades, tales como la posibilidad de hablar y exponer los puntos de vista respecto a las drogas.

Sin embargo, es preciso traer a colación unas palabras del profesor Javier Elzo: "Todos los estudios reconocen el papel crucial y clave de la familia y la concomitancia entre las malas relaciones familiares (con los padres o entre la pareja) y el mayor consumo de drogas (...). También los centros de resocialización de drogadictos reconocen este papel fundamental de la familia. Dicho esto, no debe culpabilizarse a los padres que tengan hijos drogadictos, aunque no sea más que por una evidencia científicamente irrefutable: hay familias, tanto unidas como con serios conflictos, en donde hay drogadictos e hijos no drogadictos. La familia es un factor clave, pero no el único".

Si tuviéramos que resumir el papel de la familia en la prevención de las drogodependencias podríamos concretarlo en dos contextos:

1º En el caso de la unidad familiar, apoyando el desarrollo afectivo y psicológico del niño y adolescente y favoreciendo su proceso de independencia y autonomía para la vida adulta. Desde la familia podemos ayudar a nuestros hijos a ser fuertes frente a las drogas:

- Fomentando su autoestima y la confianza en sí mismos.
- Ofreciéndoles modelos saludables.
- Desarrollando en ellos valores firmes y positivos.

- Dotándoles de habilidades para afrontar las dificultades del día a día.

2º En el seno de la sociedad, colaborando como “mediadores sociales” con asociaciones familiares implicadas en iniciativas y programas de prevención de las drogodependencias.

En esta función “mediadora” se desenvuelven las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), que cumplen una labor social que puede denominarse de ayuda, en la medida en que agrupan a personas que, de forma desinteresada, colaboran en actividades en beneficio de otras personas.

Ámbito escolar

La citada Comisión Mixta define al ámbito educativo como **el espacio más idóneo para articular los programas de prevención**. Por lo que, el Ministerio de Educación y Cultura –miembro del Grupo Interministerial del PNSD– y las Comunidades Autónomas con competencias en materia de educación, adquieren pleno protagonismo en el establecimiento de las estrategias preventivas que se desarrollen en el marco de la comunidad escolar.

La necesidad de articular políticas preventivas globales que contemplen a la escuela como un elemento fundamental en la comunidad en la que se integra exige la adopción de mecanismos de coordinación institucional con los restantes sectores implicados en la prevención: sanidad, servicios sociales, empleo, cultura, deporte, protección de menores, etc.

Reconociendo los avances realizados en materia de prevención escolar y en la aplicación de experiencias de coordinación institucional, no se puede considerar que la situación actual sea totalmente satisfactoria. Por ello, se hace necesario un impulso de las políticas preventivas que posibiliten la rentabilización de los recursos desplegados y la “generalización” de la intervención preventiva

dotándola de una metodología eficaz ante los nuevos retos que en el día a día surgen en la lucha contra las drogas.

Los diferentes organismos y especialistas que se ocupan del tema coinciden en resaltar la **ausencia de unos criterios consensuados de actuación** que permitan cohesionar y contrastar las intervenciones preventivas en la escuela de cara a la posterior evaluación y validación de los programas. Desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se plantean las siguientes consideraciones:

- 1ª La escuela constituye un agente primario de socialización y en ella confluyen alumnos, padres y profesores, por lo que supone un medio idóneo para la implantación de los programas preventivos y de promoción de la salud. Por lo tanto, **los equipos docentes adquieren un papel determinante como modelos y como mediadores en el desarrollo de las iniciativas de prevención.**
- 2ª La educación escolar sobre drogas debe tender al pleno desarrollo del individuo. Según el XX Informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia la **“educación es un proceso bilateral en el cual la facilitación del aprendizaje y de la maduración es más importante que la adquisición de conocimientos. Su finalidad es aumentar la capacidad para tomar decisiones, esclarecer los valores, facilitar su puesta en práctica y desarrollar la aptitud para enfrentarse con diversas situaciones”**. La identificación de la prevención con la mera información ha quedado claramente superada.
- 3ª **La estrategia básica de la prevención escolar debe apoyarse en la elaboración a cargo de los centros educativos de su propio programa preventivo enmarcado en el Proyecto Educativo y en los Proyectos Curriculares.** Según la LOGSE, la Educación sobre Drogas se integra en la Educación para la Salud como tema transversal que compromete a toda la comunidad educativa.

Ya que la intervención directa con el alumno debe recaer fundamentalmente en el profesorado, es preciso mencionar también la importancia de la **tutoría** como espacio educativo privilegiado para la Educación sobre Drogas.

Todo ello no debería excluir la opción de desarrollar intervenciones dirigidas a grupos y objetivos definidos que permitan tanto el impulso de programas innovadores como el abordaje de problemáticas específicas, siempre que se respeten, lógicamente, los criterios de normalización expresados.

4ª La escuela debe contextualizarse en el ámbito comunitario. En efecto, a pesar de la indudable importancia de la escuela, resulta inviable una prevención efectiva sin incidir en el entorno social en el que se desenvuelven los alumnos. Se hace pues, necesaria, la incorporación de los grupos, organizaciones e instituciones que operan en la comunidad.

Del mismo modo, tratándose de un fenómeno de etiología multicausal, la prevención del consumo de drogas debe de adoptar una configuración **global**; se hace preciso simultanear varios objetivos, los cuales comprenden al individuo, la familia, el grupo y la comunidad, incluyendo las escuelas, los lugares de trabajo o la vecindad.

5ª Es prioritario contemplar programas de intervención educacional especial para colectivos específicos de alto riesgo. El propio MEC ("Medidas para la calidad de la enseñanza", 1994) hace hincapié en la compensación de las desigualdades de aquellos alumnos que, por sus condiciones económicas, culturales, sociales o personales, parten de una situación de desventaja inicial.

Queremos desarrollar los programas de prevención en la escuela en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura y las Consejerías Autonómicas competentes en esta materia. Los programas escolares se apoyarán en los siguientes criterios de intervención:

- Formación del profesorado.
- Participación y formación de los padres de alumnos.
- Aplicación de proyectos educativos en los centros.
- Actuación preferente con los sectores de población más deficitarios y vulnerables.

Ámbito de la comunicación social

En este ámbito incluimos tanto las campañas dirigidas a informar y sensibilizar a la sociedad, como las acciones específicas de cooperación con los medios de comunicación.

Somos plenamente conscientes de que las campañas no constituyen en sí mismas el eje central de la prevención. Sin embargo, son absolutamente imprescindibles para delimitar el marco de acción prioritario de las instituciones y para impulsarlo y hacer partícipe al conjunto de la sociedad fomentando el debate y la colaboración de los ciudadanos. A estos fines se han dirigido las dos campañas realizadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: potenciar el papel preventivo de la familia e invitar a los jóvenes a divertirse sin necesidad de recurrir a falsas soluciones como el consumo de drogas.

Otros ámbitos específicos

Entre los más significativos podemos citar el ámbito laboral, que exige una actuación sostenida y estructurada acorde con el perfil de la población destinataria: delegados sindicales, representantes empresariales, trabajadores, comités de prevención en el trabajo, etc.

Otros ámbitos importantes de actuación que queremos abordar son el penitenciario y el militar.

3. ESTADO DE SITUACIÓN DE LA PREVENCIÓN EN ESPAÑA.

Pero antes de seguir avanzando en las propuestas es preciso hacer un repaso de lo realizado. A pesar de la insuficiente evolución del tema, hemos de reconocer que existen avances importantes cuantitativa y cualitativamente.

Entre otros logros, poseemos recientes estudios realizados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas que nos permiten disponer de un diagnóstico bastante aproximado de la realidad concreta en cuanto al estado de los programas de prevención.

Entre los principales logros alcanzados podríamos citar los siguientes:

- La prevención sobre drogodependencias ha sido integrada en el currículum escolar, en los niveles de enseñanza primaria y secundaria, a través de una asignatura transversal que se denomina "Educación para la Salud".
- Se han promulgado numerosas disposiciones legales –tanto por la Administración Central como por las Comunidades Autónomas– destinadas a favorecer el control de la oferta de sustancias y a reducir su uso. Entre las más significativas, cabe destacar:

La Ley 36/1995, sobre creación de un Fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados, y el Real Decreto 864/1997, por el que se aprueba el Reglamento que desarrolla esta Ley.

La Ley 3/1996, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas (“precursores”), y el Real Decreto 8657/1997, por el que se aprueba el Reglamento que desarrolla esta Ley.

Esta normativa establece un control administrativo sobre las actividades que tienen por objeto las referidas sustancias, y crea los Registros (General y Especial) de operadores de sustancias químicas catalogadas, determinando los requisitos y el procedimiento para la concesión de licencias de actividad a los operadores obligados a poseerlas, al tiempo que determina las autoridades competentes para recibir la notificación de operaciones sospechosas.

Por su parte, las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivos territorios han aprobado diversas leyes que regulan aspectos relacionados con la prevención, asistencia y reinserción social de drogodependientes: Cataluña (Ley 20/1985, de 25 de junio), País Vasco (Ley 15/1988, de 11 de noviembre), Castilla y León (Ley 3/1994, de 29 de marzo), Galicia (Ley 2/1996, de 8 de mayo), Comunidad Valenciana (Ley 3/1997, de 16 de junio), Andalucía (Ley 4/1997, de 9 de julio), Cantabria (Ley 5/1997, de 6 de octubre) y Murcia (Ley 6/1997, de 22 de octubre).

- Las iniciativas en las que más se ha incidido han sido: programas escolares, campañas en medios de comunicación social, programas municipales y algunas experiencias en el medio laboral. Podrían también mencionarse algunos programas en sectores específicos como el penitenciario y el laboral.

Entre este conjunto de iniciativas, han alcanzado especial relevancia unos pocos modelos de prevención escolar bien desarrollados y suficientemente evaluados, algunas campañas de gran impacto y adecuada planificación y determinadas experiencias comunitarias.

- Se han realizado más de 800 materiales preventivos y una gran producción editorial dirigidos a una variedad de públicos destinatarios.

Sin embargo, también es preciso detenerse en los principales déficits detectados que nos permitirán reorientar y dirigir con más acierto las actuaciones futuras:

- En general, cabe afirmar que los recursos y medios utilizados en prevención no han sido siempre adecuados ni suficientes, habiéndose producido un desplazamiento hacia otros capítulos de la intervención en drogas (sobre todo hacia la asistencia). Ello ha generado que muchos programas se hayan movido en la precariedad ocupando la prevención un lugar subsidiario respecto a otras acciones.
- Se ha producido una discontinuidad en las medidas aplicadas o se ha incidido en medidas puntuales exclusivamente.
- Han existido dificultades de coordinación entre las instituciones –tanto públicas como privadas– con el consiguiente desaprovechamiento de recursos.
- Poseemos claras deficiencias conceptuales y metodológicas: escasez de modelos teóricos sólidos, objetivos poco definidos, una práctica inexistencia de evaluación rigurosa que confirme que lo que hacemos es realmente preventivo, ...

- Insuficiente formación y participación de determinados sectores de la población que resultan claves para la prevención: medios de comunicación social, padres, profesores, profesionales sanitarios y sociales, ...

4. PERSPECTIVAS DE FUTURO

Para superar estas deficiencias y generar unas esperanzadoras perspectivas de futuro en los próximos años, desde el Plan Nacional deberemos ser capaces de promover el consenso necesario en los planos institucional, social, científico y profesional, atrayendo, con nuestros mensajes y nuestra actividad, al mayor número posible de ciudadanos. Nuestros esfuerzos se han de aplicar fundamentalmente desde las siguientes perspectivas:

Perspectiva institucional

Desde esta perspectiva, resaltaría el papel que debe adoptar la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas como auténtica impulsora en la expansión de los programas preventivos. Aunque las competencias en la implementación concreta de los programas corresponda a otras Administraciones, la Delegación tiene la obligación de ostentar el liderazgo y la coordinación de las acciones generando prioridades programáticas y financieras, aportando criterios de actuación y modelos concretos evaluados y eficaces.

A las Comunidades Autónomas, en colaboración con las Administraciones Locales, les corresponde la planificación y ejecución de unas adecuadas políticas regionales y locales así como sus correspondientes apoyos financieros y técnicos.

Pero es preciso definir una política estratégica global que, desde el consenso, posibilite la estabilidad de las actuaciones, su constante evaluación y su progresiva

mejora. Aquí adquiere un valor significativo la necesaria coordinación institucional dentro de los correspondientes niveles competenciales. La mencionada ponencia técnica sobre criterios básicos de los programas de prevención, aprobada en la Comisión Interautonómica, insiste en este sentido y destaca los siguientes aspectos:

- La coordinación institucional desde los marcos competenciales vigentes.
- La implicación de los distintos departamentos de las Administraciones (Sanidad, Educación, Juventud,...).
- La importancia de la territorialidad, en el sentido de que las políticas de prevención las diseñan y ejecutan fundamentalmente las Administraciones más próximas al ciudadano, ya sean regionales o locales.
- La necesidad de contar con una amplia participación social en la aplicación de los programas, destacándose el papel que desempeñan las ONGs.
- La imprescindible implicación en los programas de los sectores sociales a los que se dirigen, tomando en cuenta sus diferentes idiosincrasias.

Entre las fórmulas que se han demostrado más eficaces para garantizar esta coordinación interinstitucional, que suele incluir también la participación del movimiento asociativo, se encuentra la creación de estructuras estables de coordinación a nivel territorial que garantizan la correcta planificación de las acciones y el óptimo aprovechamiento de los recursos desplegados.

Una mención aparte merece la reorientación de los presupuestos que, sin abandonar las importantes aplicaciones realizadas en los últimos años a los programas de rehabilitación, deben primar cada vez con mayor convicción las políticas preventivas. Elevar el porcentaje de las asignaciones presupuestarias destinadas a la pre-

vención debe constituir una meta preferente para las diferentes Administraciones.

También es necesario destacar el papel que cumple la legislación en este tema. Una política preventiva coherente, sistemática y efectiva exige una constante modernización y adecuación del marco legal a la realidad cambiante del fenómeno de las drogodependencias. La normativa legal marca una referencia de enorme significación para todos aquellos sectores sociales que, tanto desde el campo del control de la oferta, como desde el de la reducción de la demanda, están implicados en programas relacionados con las drogodependencias; y por supuesto, orienta a la sociedad en su conjunto respecto a los valores y criterios de actuación que tienen los poderes públicos en esta materia.

Por último, un apartado fundamental es la **cooperación internacional**, tanto de carácter bilateral como con las organizaciones internacionales. Efectivamente, el desarrollo y ejecución de las políticas de drogodependencias en general, así como de las políticas preventivas, trasciende los límites meramente nacionales, y requiere para su mayor éxito, su incardinación en el marco internacional.

Desde una perspectiva multilateral, España participa en diferentes foros internacionales. En el marco de las Naciones Unidas ha incorporado a su ordenamiento jurídico las Convenciones sobre drogas que se han suscrito. Participa también en los períodos de sesiones de la Asamblea General, en la Comisión de Estupeficientes, en el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) y en el Comité Económico y Social (ECOSOC). En estos foros, España promueve la reducción de la demanda y el control de la oferta participando en la adopción de decisiones y resoluciones y contribuyendo a la realización de programas y proyectos técnicos de cooperación.

Otros organismos internacionales con participación española desde la perspectiva de reducción de la demanda, son: el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, agencia de la Unión Europea con sede en Lisboa; el Comité de Prevención de las Toxicomanías en el marco de la Dirección General V de la Unión Europea; el Grupo Pompidou del Consejo de Europa; y las reuniones sectoriales de reducción de la demanda de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CIACAD) de la Organización de Estados Americanos.

Desde una perspectiva bilateral, en el campo de la prevención España ha desarrollado importantes Acuerdos jurídicos con países vecinos como Italia, Francia, Portugal o Marruecos, y países iberoamericanos. También tiene estrechos lazos con la agencia NIDA (National Institute on Drug Abuse) de Estados Unidos.

En el próximo futuro, las prioridades de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en el ámbito internacional son fundamentalmente:

- En la Unión Europea, el objetivo es lograr una mayor presencia activa en los debates que sobre drogas se generen en el marco europeo, apostando decididamente por las iniciativas que fomenten un desarrollo de mejores instrumentos de prevención. Entre estos instrumentos se encuentra la celebración de la Semana Europea de Prevención de las Toxicomanías, actividad organizada a nivel europeo periódicamente.
- En el marco de Naciones Unidas, España ha apostado por mejorar los sistemas de fiscalización internacional de sustancias psicotrópicas, presentando una propuesta de reforma de la Convención Internacional de 1971 con objeto de frenar el incremento de la producción y tráfico de nuevas sustancias sintéticas. 1998 es un año importante en los trabajos que desarrolla Naciones Unidas en la lucha contra las drogas al celebrarse

durante el mes de junio en Nueva York la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas en materia de drogas, fundamental en la definición de la política mundial de drogas para el próximo futuro.

- Iberoamérica tiene cada vez una mayor importancia en el desarrollo de las relaciones internacionales de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. En el ámbito de la prevención, la creación de la Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales especializadas en Drogodependencias, bajo los auspicios de la Delegación del Gobierno, va a suponer la implicación de las Organizaciones no Gubernamentales en el diseño de las políticas nacionales iberoamericanas en materia de drogas, asumiendo un mayor protagonismo en el diseño y ejecución de instrumentos de prevención en drogodependencias. A esto hay que unir la celebración de seminarios, encuentros, proyectos, etc., actividades todas ellas que pretenden una mejor relación de cooperación entre España e Iberoamérica en la lucha contra las drogas.

Perspectiva científica y técnica

Desde esta perspectiva deberemos velar por establecer y mantener unos criterios de calidad técnica que deberán ser tomados en cuenta a la hora de avalar y financiar los programas. En este sentido, las distintas Administraciones Públicas deben establecer cuáles son las necesidades y prioridades de actuación específica con arreglo a su nivel de competencias.

Del mismo modo, los programas de prevención de drogodependencias deberán adecuar sus objetivos y estrategias a esta valoración de necesidades manteniendo así la necesaria coherencia que permita justificar su pertinencia y utilidad. Por último, la evaluación representa un requisito imprescindible para certificar la idoneidad de las intervenciones y la eficacia y eficiencia de los procedimientos empleados.

Entre las medidas a destacar en esta nueva etapa hemos de insistir en la capacitación de los profesionales y del conjunto de mediadores sociales que intervienen en los programas preventivos, así como el incremento de la inversión en investigación en nuevos diseños preventivos a partir de la base de los conocimientos científicos alcanzados.

Una dimensión fundamental es también la mejora de los sistemas de información que nos permitan disponer de una visión global y actualizada del fenómeno de las drogas y nos faciliten la toma de decisiones en las políticas preventivas. En esta tarea adquiere gran importancia el Observatorio Español sobre Drogas (OED). El recientemente creado Observatorio Español se configura como un órgano permanente de recogida y análisis de información de diferentes fuentes, entre las que cabe destacar los Observatorios que se están constituyendo a nivel autonómico por parte de algunos Planes Autonómicos sobre Drogas y el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), entre cuyos objetivos está proporcionar a la Unión Europea y a sus Estados miembros una información objetiva, fiable y comparable a nivel europeo sobre el fenómeno de las toxicomanías y sus consecuencias.

La constitución del Observatorio Español ha supuesto la realización de las siguientes actuaciones:

- Creación de un Consejo Asesor que actuará como elemento consultivo y está integrado por miembros de los grupos sociales, profesionales, técnicos y científicos relacionados con la lucha contra las drogas en nuestro país.
- Elaboración de un "Sistema de Información del OED" que, integrando los indicadores del anterior SEIT, incorpora nuevas fuentes informantes y nuevos indicadores mediante la creación de nuevos subsistemas de información: Sondas de Información Rápida y Servicios Telefónicos de Información y Alerta Inmediata.

- Realización de encuestas anuales dirigidas tanto a la población general como a la población escolarizada.
- Desarrollo de un Centro de Información y Documentación que ponga a disposición de organismos públicos e instituciones privadas, investigadores y público en general los documentos y publicaciones más actualizadas sobre el desarrollo del fenómeno.

Por último, una de las cuestiones que exigirán nuestra atención es, sin duda, la aplicación de las nuevas tecnologías en la elaboración de materiales de prevención más atractivos y basados en un entretenimiento formativo. Con ello conseguiremos hacer más asequible la prevención e incentivaremos la participación de padres y profesores y de los propios jóvenes.

Perspectiva de la concienciación y participación social

En tercer lugar, aunque no menos importante, es preciso **fomentar la concienciación y participación del conjunto de la sociedad civil** y, más específicamente, de lo que denominamos **mediadores sociales**, es decir, de aquellos que por su formación profesional o por su ascendencia social poseen una mayor capacidad de influencia sobre sectores amplios de opinión. La cooperación con las Organizaciones no Gubernamentales, el voluntariado social, los medios de comunicación social, fundaciones, empresas...., todas aquellas instancias que representan a la sociedad civil, constituye la máxima garantía de que los esfuerzos desplegados desde las Administraciones Públicas repercutan eficazmente en los ciudadanos. Verdaderamente la prevención sólo es posible con el concurso de todos.

En España, afortunadamente, disponemos de un importante movimiento asociativo y de una estructura familiar muy fuerte, con un gran componente de solidaridad entre sus miembros. De hecho, la creación de grupos de familiares afectados y la ayuda entre esos

familiares han sido en gran medida el embrión del movimiento asociativo en el campo de las drogodependencias.

Entidades como la UNAD (Unión Española de Asociaciones de Asistencia al Drogodependiente) –que agrupa hoy a casi 300 asociaciones en toda España– surgieron en los años 80 a partir de grupos de padres que necesitaban, por una parte, compartir el problema que afecta a su familia y, por otra, actuar unidos para proponer soluciones ante los responsables públicos.

Existe también un importante movimiento asociativo que dirige sus esfuerzos desde asociaciones y fundaciones destinadas específicamente a la prevención –casos como la FAD, Acción Familiar, CEPS...– y otros que han ejercido un papel pionero en cuanto agentes promotores de servicios de atención a drogodependientes sin haber abandonado en ningún momento la prevención –Proyecto Hombre, Cruz Roja, Cáritas... por citar algunos de los más representativos–. A todos ellos habría que añadir toda una serie de entidades asociativas de carácter más general –asociaciones profesionales, sindicatos– que dedican una parte de sus recursos a la prevención de drogodependencias.

Otras entidades asociativas que están desempeñando y pueden desempeñar todavía en mayor medida un papel relevante, especialmente en el tema de la prevención son las Asociaciones de Padres de Alumnos (APAS). Las APAS, que cuentan con una apreciable capacidad de convocatoria respecto a sus miembros asociados, y que reciben un apoyo de la escuela (traducido en instalaciones y otros servicios) deben afrontar con la mayor decisión un compromiso interno para multiplicar entre los padres, y con los asesoramientos técnicos oportunos, las ocasiones de reflexión y estudio acerca de los factores familiares y sociales de riesgo del uso indebido de drogas y acerca de los recursos que el ámbito familiar puede y debe poner en marcha para neutralizarlos o compensarlos.

En todas las actividades a que acabo de hacer mención, el movimiento asociativo, y de manera destacada el movimiento asociativo familiar, cuenta con el apoyo económico y técnico de las instituciones públicas, tanto a nivel central (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la propia Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) como autonómico y local. Nuestro objetivo es impulsar una mejor coordinación para lograr mayores niveles de eficacia en la meta común de implicar al conjunto de la sociedad en este proyecto nacional de prevención de los problemas ligados al uso y abuso de drogas. Sólo de esta manera conseguiremos una sociedad auténticamente preventiva e integrada por ciudadanos libres que no buscan falsas soluciones ante los problemas y dificultades de cada día sino que eligen en función de sus valores, sus creencias y sus ideas.

LA PREVENCIÓN EN ESPAÑA HOY: PROPUESTAS DE CONSENSO INSTITUCIONAL, TÉCNICO Y SOCIAL.

Emiliano Martín González
Subdirector General del Plan Nacional sobre Drogas.

1. INTRODUCCIÓN

Si nos remitimos a las directrices de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de la Droga, y a las propias prioridades que ha adoptado el Plan Nacional sobre Drogas, la primera de todas ellas se dirige indiscutiblemente a la prevención. Diríamos que estamos asistiendo a lo que cabría llamar un nuevo tiempo de prevención. Incluso la última Encuesta Domiciliaria sobre uso de drogas lo demostraba con absoluta contundencia: más del 92 % de los españoles piensan que las medidas preventivas deben ser las prioritarias en el tema de las drogas.

Por otra parte, en pocas ocasiones ha existido tal nivel de coincidencia en los organismos nacionales e internacionales y en el movimiento asociativo como el que concita la prevención. Parece que, si algo queda claro, es que debemos empezar a responder de forma concreta y sin demora a lo que parece una estrategia inevitable: la prevención.

No obstante, tampoco se nos escapa que, constituyendo la más humanista y eficaz, también es la más complicada, laboriosa y dilatada de las soluciones. Si la puesta en marcha de los programas asistenciales requirió importantes esfuerzos técnicos, institucionales y sociales, más importantes aún serán los que exija la generalización de iniciativas preventivas. A todo ello hay que añadir lo prácticamente inaprensible de sus resultados en el corto plazo y la necesidad de implicar a la sociedad en todas sus fases de desarrollo.

Resulta evidente que existen indiscutibles logros en diferentes ámbitos de intervención – normativa legal, prevención escolar, materiales didácticos...-. Pero también resulta evidente que, sin obviar algunas honrosas excepciones, hemos de partir del reconocimiento de una estrategia en estado embrionario tanto en su implantación como en su desarrollo metodológico; por lo tanto, se impone avanzar con las necesarias cautelas y respondiendo a un cierto procedimiento. El exceso de voluntarismo y la precipitación de los últimos años han conducido a una proliferación de acciones puntuales –actos públicos, edición de materiales varios, cursos de formación sin solución de continuidad, campañas descontextualizadas, etc.– que, sin negar su importancia testimonial y práctica, soportan difícilmente un análisis riguroso de eficacia y eficiencia, y, lo que es más decisivo, han respondido a una diversidad de planteamientos sobre los que no parece factible sustentar una acción prolongada en el medio y largo plazo.

2. EL PAPEL DE LAS INSTITUCIONES Y LOS AGENTES SOCIALES EN EL MARCO DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Una de las exigencias básicas de una adecuada política preventiva es el reparto de funciones y competencias que corresponden a las diferentes instituciones y colectivos concernidos por el tema. Ni todos pueden hacer de todo ni a todos les corresponden las mismas tareas.

Así, a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, como máximo órgano responsable de la ejecución del Plan, le compete definir una política estratégica global que, desde el consenso, posibilite sentar unas bases firmes de actuación y unos procedimientos explícitos de evaluación. Las Comunidades Autónomas, en colaboración con las Administraciones Locales y el movimiento asociativo, tienen la función de planificar e implantar unas adecuadas políticas autonó-

micas y locales mediante sus correspondientes apoyos financieros y técnicos. Precisamente, en el ejercicio de esa capacidad de liderazgo de la Delegación, se realiza esta propuesta de máxima preferencia hacia la prevención, como una nueva etapa donde, sin abandonar todos los otros frentes que tienen que permanecer abiertos, debemos reorientar nuestras prioridades hacia la prevención.

Si tuviéramos que definir de forma más concreta esta apuesta, ¿cómo lo haríamos? Pues bien, las competencias de una Administración como la Central, en este caso de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, son de impulso y de coordinación; es evidente que desde aquí no tendremos la capacidad de ejecutar esas medidas en cada colegio, en cada familia, en cada territorio; eso lo tendrán que asumir otras Administraciones y las organizaciones sociales. Pero sí podemos y tenemos la obligación de definir prioridades y las asignaciones presupuestarias correspondientes, emitir criterios orientadores y articular algunas iniciativas que actúen como referentes o modelos de intervención.

En esta dirección se han dirigido los esfuerzos desplegados en este último año y medio por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en su misión de ordenar e impulsar las políticas preventivas. Revisaremos a continuación algunas aproximaciones que en este breve periodo de tiempo ya se han materializado:

- La primera tarea fue proponer a la Comisión Interautonómica la **generalización de Idea-Prevención**. Este sistema de información especializado en prevención del abuso de drogas, creado y gestionado por el Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS), se había ido expandiendo durante los últimos años con el apoyo de la Delegación y de la mayoría de los Planes Autonómicos. Sin embargo, la renova-

da importancia atribuida a las políticas preventivas exigía un esfuerzo destinado a consolidar y generalizar el sistema.

- Otra de las primeras tareas que la Delegación se planteó nada más asumir sus responsabilidades el equipo actual, fue proponer a la Comisión Interautonómica que, al igual que se hizo en otro época con los programas asistenciales, se hiciera en este momento con los preventivos, y fue emitir una serie de **criterios básicos de intervención que permitan la homologación de los programas preventivos**. Se proponía ofrecer un primer documento de consenso que orientara las acciones de prevención mediante el establecimiento de unas exigencias mínimas para el conjunto del Estado. Entre sus contenidos, se recogen algunas cuestiones tan generales como la definición de lo que significa la prevención y algunas exigencias metodológicas de planificación y evaluación que nos permitan establecer unas bases conceptuales e interventivas compartidas. Cuestiones que podrían parecer menores pero que se sitúan en la génesis de la toma de decisiones de todos aquellos que inician una actuación con pretensiones preventivas. De hecho, la carencia de estos prerrequisitos nos ha conducido hasta el momento presente a no poder disponer ni tan siquiera de unos parámetros capaces de clasificar, valorar y comparar lo ejecutado; lo que nos ha llevado a una situación de indiscriminación, de "todo vale", con el consiguiente despilfarro de recursos y el desconcierto generado tanto en el ámbito profesional como en los sectores sociales que se ocupan del tema.
- Pero, sin duda, la medida más importante ha sido el **acuerdo de colaboración alcanzado con el Ministerio de Educación y Cultura y con el Ministerio de Sanidad y Consumo para el impulso de la educación para la salud en la escuela**. Creo que es un paso de gran transcendencia que, lógicamente, se irá desarrollando año tras año mediante *addendas* concretas. Una de las medidas que incluye, quizás

sea de las más interesantes, es la puesta en marcha de un programa piloto que se está ejecutando en una serie de centros escolares integrados en zonas que hemos denominado de “actuación preferente”. El programa tiene dos fases: una primera intraescolar, de carácter común, lo que nos permitirá evaluar los resultados, y una segunda fase comunitaria, que se sustenta en una política de “centros abiertos” que responde a las especificidades de la población sobre la que se va a incidir. El proyecto incluye la adaptación de un programa aplicado y suficientemente evaluado y pretende, en última instancia, ofrecer un programa amplio de prevención, validado y susceptible de ser utilizado en poblaciones escolares con características similares.

- Otra de las preocupaciones fundamentales ha sido desde el principio la **formación y capacitación de los mediadores concernidos en los principales ámbitos de intervención preventiva: escuela, familia y comunidad**. A este cometido se ha dirigido la edición de tres publicaciones de la colección “Actuar es posible”.

El primero de ellos, “La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar”, ha querido proporcionar a todos los miembros de la comunidad escolar, y muy especialmente al profesorado, una respuesta concreta y operativa a una demanda constantemente planteada ante las dificultades que conlleva la prevención escolar de las drogodependencias.

El segundo se ha orientado a la prevención en la familia, para ofrecer a los padres una herramienta de uso sencillo capaz de facilitar la comunicación entre padres e hijos.

El tercero se dirige a los profesionales de los Servicios Sociales que desempeñan un papel fundamental en el diseño e implementación de estrategias preventivas en el ámbito comunitario en el que se desenvuelven nuestros niños y jóvenes.

- Las dos **campañas destinadas a la población general** han intentado generar un clima social de sensibilización hacia la prevención. Para ello se han emitido dos mensajes institucionales que definen perfectamente el compromiso del Plan Nacional frente a la prevención.

El primero pretende potenciar el papel de la familia como agente preventivo: “Tener un hijo te cambia la vida...perderlo aún más: Evita las drogas. Dialoga con él”. Esta campaña insistía en la importancia del diálogo familiar.

El segundo ha buscado incidir directamente en la población juvenil y la relación que establecen entre las drogas y la diversión con el slogan: “¿A que sabes divertirte sin drogas?”.

- Los dos **seminarios internacionales** realizados, sobre prevención en general y sobre prevención familiar, han reunido a destacados especialistas nacionales y extranjeros junto a responsables de los Planes Autonómicos, para intercambiar y debatir sobre los avances más importantes en investigación preventiva.

Todas estas iniciativas no hacen más que ofrecer marcos, soportes y referentes para propiciar esta nueva etapa orientada al desarrollo y consolidación de la prevención. Sin embargo, tenemos por delante y casi intacto el reto de hacer emerger aquellos principios y actuaciones capaces de aumentar la eficacia de los futuros programas preventivos. Esto significa que deberemos evolucionar desde la mera experiencia práctica hacia la construcción de una auténtica disciplina preventiva.

Por otro lado, todo ello resultaría insuficiente si no logramos la participación del conjunto de la sociedad civil y, más específicamente, de lo que denominamos **mediadores sociales**, es decir, de aquellos que por su formación profesional o por su ascendencia social poseen una mayor capacidad de influencia sobre sectores amplios de opinión. La cooperación con las ONGs, el voluntariado social, los medios de comunicación social, la iniciativa privada..., todas aquellas instancias que representan a la sociedad civil, constituyen la única garantía de que los esfuerzos desplegados desde las instancias profesionales y las Administraciones Públicas repercutan eficazmente en los ciudadanos.

Llegado este punto, no puedo evitar traer a colación una cita de Funes (1997) referida a la incorporación social de los drogodependientes: “La historia reciente del abordaje de las toxicomanías está llena de ortodoxia, monolitismo y tendencia a la imposición de metas máximas y universales para todos”. Termina el autor proponiendo objetivos mínimos y realistas, metas escalonadas, el establecimiento de prioridades, etc. Entiendo que, incorporando aprendizajes como el que aporta esta reflexión, tenemos una ocasión excepcional de evitar los errores acumulados en otros niveles de la metodología estratégica como la atención y la inserción social.

Deberemos ser capaces de armonizar el máximo rigor con el mayor realismo a fin de evitar circunloquios innecesarios. Creo sinceramente que es posible alcanzar dentro de unos años en la prevención niveles similares a los que ya obtenemos en el ámbito de la asistencia. Y no porque entienda que el debate de la asistencia se ha cerrado ni porque se haya llegado a una culminación de objetivos; pero, no cabe ninguna duda de que existe un desfase entre ambas estrategias. Mientras que en la asistencia hay ya toda una serie de elementos de consenso –nadie con una posición razonable dudará de que la asistencia se debe hacer desde redes diversificadas, de la necesidad de los programas de reducción de daños, de la interdisciplinariedad en la

intervención, etc.—, no deja de ser sorprendente que en los temas de prevención sigamos todavía hablando de debates tan estériles como si hacemos una prevención específica o inespecífica, si intervenimos sólo en la escuela, o sobre la validez de las técnicas informativas por sí mismas. Es decir, todavía nos encontramos en una etapa inicial en la que a menudo no se han superado las meras declaraciones programáticas o los discursos teóricos sobre la prevención. Creo que es posible —insisto— que dentro de unos años podamos compartir en la prevención, al menos, el nivel de debate planteado en lo asistencial.

3. DIEZ PROPUESTAS DE CONSENSO

De aquí que consideremos urgente e imprescindible consensuar algunas propuestas que en un espacio no muy largo de tiempo generen, mediante una aplicación sistemática, algunos resultados sobre los que trabajar operativamente. Todo ello nos permitiría romper el actual círculo vicioso, de naturaleza meramente discursiva, centrado en debates teóricos sobre supuestos no contrastados y superar el divorcio existente entre la investigación y la implementación de acciones. No se trata de planteamientos muy novedosos ni de consideraciones sectoriales. Por el contrario, son elementos suficientemente amplios y abiertos para permitir la inclusión de cualquier sector del mundo científico, profesional y asociativo. Elementos que, a nuestro entender, reúnen dos características fundamentales: por una parte, han sido formulados en algún momento por los profesionales e instituciones que se ocupan de la prevención en nuestro país; por otra, encierran propuestas para superar las principales deficiencias en todos los órdenes, tanto en el práctico como en el metodológico y en el investigador.

Por todo ello, consideramos que resulta factible alcanzar un consenso básico y, de este modo, contribuir a superar el actual *impasse* que viene prolongándose innecesariamente en nuestro país.

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

Una primera propuesta, que incide en una intervención sobre la que en España tenemos una tradición dilatada e interesante, hace referencia a las campañas. Se trata de estrategias que permiten aumentar la conciencia pública ante el problema y preparar el campo para otras acciones preventivas con base en las escuelas o las familias, crear imágenes y estilos de vida alternativos al consumo de drogas, mantener informada a la población sobre las acciones y avances de los programas, etc. Cabría pues atribuirles una función como soporte, impulso y refuerzo a estrategias diseñadas y planteadas en el medio/largo plazo, en suma, como un auténtico “paraguas” del conjunto de las acciones aplicadas sobre el terreno, y no como actuaciones puntuales con virtualidades preventivas en sí mismas.

Otro factor de consenso en este tema es la necesidad de establecer mensajes e informaciones específicos sobre cuestiones bien acotadas y dirigidos a grupos de mediadores cualificados que propicien una incidencia controlada. Se propondría, por lo tanto, diversificar las campañas informativas ampliando el público destinatario que no tiene por qué centrarse exclusivamente en la población general, sino abrirse a campañas con destinatarios definidos y limitados.

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

Esta aseveración, consecuencia de la anterior, constituye una dimensión fundamental que permite diferenciar entre las actuaciones esporádicas y las sometidas a unos criterios preestablecidos, una ordenación adecuada y unos procesos de evaluación.

La carencia de planificación y sistematización conforma actualmente el principal déficit de los programas preventivos en nuestro país. Este déficit está provocando dos efectos perversos fundamentales: el primero, el desaliento entre los que aplican estos programas, ya que actúan sin referentes y no reciben retroalimentación de su intervención; el segundo, la percepción de ineficacia de las estrategias preventivas, basadas en el exceso de voluntarismo más que en una propuesta metodológica con objetivos y medidas concretas y, consiguientemente, evaluables.

Como acertadamente matiza Becoña (1995) "...en muchas ocasiones se confunden o se utilizan inadecuadamente los términos de **prevención y programa preventivo**. Mientras que prevención es genérico..., el programa preventivo es específico y será más específico conforme vaya orientado a objetivos concretos o grupos claramente delimitados, lo que permite tomar medidas más directas, hacer diseños más realistas y, lo más importante, evaluar el impacto de dicho programa".

De aquí que resulte imprescindible delimitar con precisión la naturaleza de las iniciativas denominadas "preventivas". No se trata de desestimar plenamente un conjunto de acciones dirigidas a sensibilizar a la población general –tales como concursos, carreras populares, fiestas u otro tipo de acontecimientos de masas– o destinadas a fomentar la implicación de colectivos específicos –mediante jornadas, edición de materiales informativos, etc.–. Estas acciones han tenido sin duda una repercusión en nuestra sociedad y han gozado de una buena acogida en los momentos iniciales del abordaje del problema de las drogas en nuestro país. Pero parece llegado el momento de seleccionar y perfilar estas iniciativas en pro de un mejor aprovechamiento de los recursos que se movilizan y para evitar una posible banalización de su significado. En este sentido, cabría trabajar en dos direcciones:

- Por un lado, intentando su agrupamiento y estudiando su oportunidad para lograr una mayor rentabilidad de los esfuerzos desplegados.
- Por otro, acoplando estas acciones a otras iniciativas de mayor impacto preventivo desde una perspectiva de búsqueda de sinergia entre los diferentes proyectos.

Coincidimos también con Becoña cuando afirma que la prevención es una actitud permanente, diaria, “pero al mismo tiempo hay que saber en cada momento si lo que hacemos es o no prevención, para evitar caer en los abusos del término tanto en el presente como en el futuro, ya que en el pasado se ha abusado, y con creces, del mismo”. Dicho de otro modo, la prevención no puede confundirse con la mera “intencionalidad preventiva”. Esta toma de posición anticipatoria y promotora de salud debe presidir la actuación de los mediadores sociales o los agentes educativos –padres, profesores, etc.–; sin embargo, esto no es suficiente porque no es garantía de una prevención realmente eficaz ni nos permitirá avanzar en una elaboración científica de la prevención. Aún iría más lejos, resulta más que discutible concebir una sociedad imbuida de una actitud preventiva sin un desarrollo riguroso de los contenidos y metodología de la prevención.

Planificar significa poner en marcha “un proceso continuo de previsión de recursos y servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas; esta elección toma en consideración el contexto de dificultades, internas y externas, conocidas actualmente o previsibles en el futuro” (Pineault, 1988). A su vez, por programa se entiende un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios, realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados –en

nuestro caso, impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de drogas— a partir de una población definida.

Una prevención bien planificada debería, por lo tanto, responder a necesidades previamente valoradas, dirigirse a poblaciones perfectamente aquilatadas y definidas, sustentarse en modelos teóricos que estén contrastados y validados, perfilar objetivos realistas y concretos y, lógicamente, ser susceptibles de evaluación.

Considero que no es pedir mucho, diría más, es una cuestión de mínimos por lo que es difícil plantear una acción preventiva que no incluya al menos estos requisitos.

Tercera propuesta: Promover la aplicación de estrategias globales.

La tercera propuesta consistiría en aceptar que las acciones, al igual que lo hacemos en la asistencia, deben ser globales. Si partimos de que la conducta de consumo de drogas es un fenómeno de naturaleza multicausal, cualquier intento de intervención preventiva que prescindiera de uno u otro de sus factores etiológicos sería baldío o, cuanto menos, parcial.

Los numerosos estudios sobre factores de riesgo consideran que "...la comprensión de los procesos que subyacen en la génesis y mantenimiento de las conductas de consumo sólo podrán alcanzarse analizando conjuntamente el interjuego de las variables individuales, micro-sociales y macrosociales que está afectando a todo el desarrollo del individuo" (Luengo y cols., 1990).

Consecuentemente, para lograr la globalidad hemos de aplicar **programas multicomponentes** relacionados con los individuos, la familia, la escuela, los medios de comunicación, las organizaciones comunitarias...De igual modo, deberemos desarrollar programas

integrados por múltiples estrategias dirigidas a las distintas causas que concurren en el consumo de drogas y específicamente en los factores de riesgo que, en cada uno de estos ámbitos, describe la literatura científica.

Existe un cierto consenso acerca de la meta de cualquier acción preventiva que consistiría en el reforzamiento de aquellos factores de protección que impidan un uso inadecuado de las drogas. Por lo que habría que dotar a los niños y jóvenes de conocimientos, actitudes y habilidades para enfrentarse a las situaciones de oferta o disponibilidad de drogas. Así, tendrán que incluirse en los programas medidas preventivas dirigidas al fomento de habilidades personales y sociales –solución de problemas, toma de decisiones, autoestima, comunicación...-. En este marco se plantearía cuidadosamente la información adecuada a la edad y características de la población destinataria, y, como complemento, serían necesarias aquellas medidas capaces de generar alternativas al consumo de drogas mediante el fomento de las relaciones sociales, la adquisición de experiencias, las actividades convivenciales, recreativas, etc.

Cuarta propuesta: Buscar una mayor exigencia metodológica.

En esta dirección apunta muy específicamente la **“Ponencia técnica sobre criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias”**, aprobada hace un año por la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas.

Su contenido incluye referencias a distintos aspectos metodológicos fundamentales como: la evaluación de las necesidades, la definición de los objetivos, la adecuación de las estrategias a los objetivos y a las poblaciones destinatarias, la explicitación de estas poblaciones destinatarias, la evaluación de los procesos y de los resultados, la catalogación de los programas y la valoración de los materiales utilizados.

Todos ellos conforman un instrumento orientador nacido desde el consenso de las estructuras que configuran el Plan Nacional sobre Drogas. Los requisitos que contempla para los programas de prevención de las drogodependencias constituyen una garantía de calidad en cualquier intervención preventiva. Seguramente podrá ser enriquecido desde otros sectores o instituciones, pero sin duda ofrece un punto de partida nítido y consistente desde el que ordenar las acciones preventivas en los próximos años.

Quinta propuesta: Anticipar las edades de los destinatarios de los programas de prevención y promover la participación de la familia.

Creo que deberíamos generar un consenso también sobre la necesidad de anticipar la prevención, o dicho de otro modo, también en este caso hemos entrado en una serie de inercias que convendría revisar en este sentido.

Muchos de los programas que se diseñan y que se aplican están pensados para jóvenes que se encuentran en fases ya bastante avanzadas de la adolescencia. Pero si, como los estudios socioepidemiológicos confirman, los consumos de determinadas sustancias están ya anticipándose a los 12 ó 13 años, es poco realista plantear un programa de prevención primaria a los 14 ó 16.

Por otra parte, los hallazgos de la investigación sugieren que en una etapa tan temprana como el primer año escolar, los niños demuestran comportamientos tales como agresividad o timidez que son predictores del consumo de drogas en adolescentes. Incluso otros hallazgos confirman que existen comportamientos y características de alto riesgo para el abuso de drogas en la etapa primera de la vida y pueden ser utilizados para definir individuos que deben recibir especial atención en las intervenciones preventivas (Cázares, 1994).

Por lo tanto, deberíamos tener la capacidad de anticipar los programas preventivos a edades más tempranas, desde una perspectiva de largo plazo y de un modo más continuado. De igual modo, la etapa evolutiva en la que se encuentra el grupo destinatario es un elemento básico a considerar, tanto en la complejidad de las tareas que se van a desarrollar como en la presentación formal de los elementos del programa. Para ello, es preciso disponer de un entramado de estrategias, basado en estadios, que permita acoplar las intervenciones y los mensajes de prevención al estadio de desarrollo del proceso de cambio de los jóvenes.

De aquí que insistamos en el papel de la escuela y de la propia familia. Lógicamente, en coherencia con el apartado anterior, esto exigiría adecuar las estrategias educativas a cada ciclo evolutivo del niño y definir estrategias específicas diferenciadas para los jóvenes que no han consumido drogas de aquellos que se han iniciado en la experimentación.

Consecuentemente, deberíamos alcanzar otro elemento de consenso en la promoción e integración de la familia como factor imprescindible en los programas preventivos. A este desarrollo de la participación familiar deberíamos atribuirle la máxima importancia y prioridad que nos permita recuperar el evidente atraso en esta materia. Las acciones se han de dirigir en varios sentidos:

- Incrementando en cantidad y calidad las estrategias formativas que permitan que la familia se convierta en eficaz agente educativo durante todo el desarrollo del niño.
- Equiparando en importancia y desarrollo los diseños de intervención familiar a los dirigidos a otros destinatarios: escuela, comunidad,...
- Desarrollando nuevos métodos de captación e incentivando la participación familiar en los programas preventivos.

- Promoviendo avances en la investigación aplicada en este ámbito.

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

Los programas de prevención primaria deben ir acompañados de otros de prevención secundaria (intervención precoz) ya que un buen programa de prevención primaria trae necesariamente a la superficie los problemas de drogas latentes que deberían tener prevista una respuesta inmediata "in situ".

De igual modo, como se recoge en la ponencia técnica del Plan Nacional sobre Drogas sobre criterios básicos de intervención, la prevención de las drogodependencias se debe interesar tanto por la dependencia de las drogas como por otros trastornos de la salud asociados al consumo. Por ello cobra sentido incluir actividades de detección y control de las patologías orgánicas y psicológicas asociadas al consumo y otras encaminadas a prevenir el contagio y transmisión de enfermedades.

Por lo tanto, los trastornos físicos, psicológicos o sociales, producidos por el tipo de sustancia consumida (concentración, adulteración...) o por el modo de consumirla (vía de acceso, condiciones higiénicas, ambientales, etc.) merecen ser tenidos en cuenta en la política de intervención preventiva como elementos complementarios.

Séptima propuesta: Priorizar las poblaciones de alto riesgo.

Este elemento de consenso está estrechamente ligado con la propuesta tercera. Se trata de la necesidad de priorizar e incrementar la intensidad de las intervenciones ante grupos en riesgo, es decir, colectivos o poblaciones con déficits específicos; en suma, lo que

cabría denominar grupos especialmente vulnerables o grupos de actuación preferente. Cuanto mayor sea el riesgo soportado por un grupo o colectivo, más temprano e intensivo debe ser el tipo de intervención propuesta.

Calafat (1995) va incluso más allá cuando plantea que “el conocimiento de los factores de riesgo nos servirá también para saber cómo los grupos sobre los que pensamos actuar no son una realidad homogénea y que por tanto la influencia del programa preventivo variará según el subgrupo que consideremos”.

La importancia de este planteamiento consigue su máxima relevancia en lo que Roger Wheller (1990) denomina los “programas de tercera generación” que se basan cada vez más en procedimientos ajustables a la realidad y que pretenden garantizar que los programas alcancen a dar respuesta a las necesidades, motivaciones y valores existentes en las poblaciones con las que se trabaja, dotándoles de estrategias que identifiquen como apropiadas y útiles en todo el proceso de intervención.

La historia de la prevención de las drogas se ha caracterizado por dos generaciones marcadas por propuestas estratégicas bien diferenciadas. La primera generación asumía que el conocimiento de las consecuencias adversas para la salud sería suficiente para disuadir a los jóvenes de tal comportamiento. La segunda generación planteaba que si los jóvenes adquirían ciertas habilidades intelectuales y sociales, serían capaces de resistir la tentación de tomar drogas. La tercera generación parte de las limitaciones anteriores y aporta un planteamiento más amplio que abarca las necesidades de apoyo general para dar respuesta a las aspiraciones y dificultades de los jóvenes, integradas con el afrontamiento a las situaciones de consumo. A partir de estas premisas, las implicaciones más importantes que adoptan las estrategias de tercera generación son:

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

Octava propuesta: Propiciar la intervención comunitaria.

Querría también hacer referencia a un tema que se encuentra entre los que se han desvirtuado con más frecuencia en la conceptualización de las estrategias preventivas; parecería que, a fuerza de discutir sobre la prevención y de apenas intervenir en ella, se ha conseguido muchas veces deformar los términos. Se ha hecho tal uso y abuso de algunos de ellos que al final no expresan casi nada de lo que originalmente pretendían decir o de lo que, al menos de forma operativa, deberían decir. Me estoy refiriendo concretamente al manido tema de lo “comunitario”.

Se tiene a menudo la impresión de que lo comunitario se identifica con esa actuación complementaria que se desarrolla fuera de los límites de la organización con la que se interviene o bien incorporando a agentes externos de esa organización. Un ejemplo concreto lo constituyen las acciones denominadas “comunitarias” que acompañan a determinados programas escolares: unas charlas para padres, unas salidas a actos culturales o una visita a una asociación de un barrio... Se tratará sin duda de acciones que se desarrollan en la comunidad; forzando las cosas lo podremos conceptualizar así, pero la intervención comunitaria es más compleja y abunda en otro sentido. La intervención comunitaria no consiste en trabajar en la comunidad como un escenario donde aplicamos acciones impulsadas desde un ámbito técnico y/o institucional; intervención comunitaria es

concebir a la comunidad como el vehículo de nuestras intervenciones. No se trata tanto de trabajar “para” la comunidad sino “con” la comunidad, lo que conlleva unos determinados niveles de implicación y corresponsabilización de los técnicos y los representantes comunitarios.

Otro de los conceptos que con más frecuencia se han manejado es el de “mediador social”. Se ha acostumbrado a identificar como mediador social a todo ciudadano que reunía condiciones para actuar potencialmente en un programa comunitario, bien fuera por su rol social o por sus características personales. Según eso, tendríamos un número casi ilimitado de mediadores a los que deberíamos someter a urgentes acciones formativas para proceder a su activación en la comunidad.

Este planteamiento ha desembocado en una carrera desenfrenada por impartir sesiones formativas a teóricos mediadores sociales, sin solución de continuidad y sin tener prevista la aplicación de tales procesos formativos. Sin poner en duda un determinado beneficio social indirecto de tales acciones, e incluso el directo sobre el destinatario a nivel personal, parece obvia la dudosa rentabilidad preventiva de este tipo de iniciativas.

Se impone, por lo tanto, acotar de forma más precisa la figura del mediador social como aquella persona que realmente instrumentaliza la acción de las instancias organizadoras del programa –ONGs, instituciones públicas o privadas, colectivos profesionales...– configurándose como la “representación formal de la comunidad”. Entre sus funciones pueden proponerse: el favorecimiento de la legitimidad y credibilidad de los proyectos, la actuación como agente de transmisión entre la comunidad y los técnicos, la contribución en la activación de los proyectos e incluso la participación directa en su implementación y, de modo muy especial, deben erigirse en las figuras de coordinación de las futuras actividades preventivas que asuma la comunidad.

Por lo tanto, parecería más razonable primar la formación de aquellos mediadores que se encuentren integrados en programas de intervención o dispuestos a hacerlo y establecer los mecanismos que permitan su continuidad. Ellos son, en última instancia, los únicos capaces de garantizar la legitimidad y la persistencia de los programas, los rasgos más característicos e interesantes de la prevención comunitaria.

Desde esta dimensión comunitaria, que a nuestro entender debe orientar los programas, posibilitaremos una auténtica participación activa de los ciudadanos en el proceso de definición de los problemas y en la toma de decisiones y actuación hacia la promoción de la salud.

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

Como cualquier otro avance científico, el desarrollo y consolidación de la prevención es un proyecto colectivo que exige la investigación colaborativa y la universalización de los conocimientos y experiencias mejor validados.

En este sentido, hay que impulsar nuevas medidas pero también tendríamos que invertir ciertas tendencias. En cuanto a las medidas, en nuestro país disponemos de

un instrumento de indudable utilidad como es "Idea-Prevención", un sistema de información sobre prevención que, gestionado por el Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, se ha generalizado ya al conjunto de los órganos que componen el Plan Nacional sobre Drogas.

Se trata del único sistema de información existente en este ámbito en Europa que ha servido como base para el desarrollo del "Sistema Europeo sobre Reducción de la Demanda de Drogas" (EDDRA) que, impulsado por el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, empezó a funcionar de forma piloto en 1996 en cuatro países de la UE, se aplicará de forma piloto durante el ejercicio 1997-98 en todos los países de la Unión y se espera que empiece a funcionar regularmente durante el ejercicio 1998-99.

Como es conocido, Idea-Prevención permite identificar, revisar y seleccionar las informaciones técnicas y científicas más relevantes en prevención de los usos problemáticos de drogas, así como en prevención de riesgos asociados. A través de sus tres instrumentos básicos –boletín, base de datos y su centro especializado en prevención CDOC– difunde información profesional y científica de calidad, incluida información clave sobre modelos teóricos, políticas preventivas, intervenciones desarrolladas en el sector, evaluación de la eficacia y la eficiencia de dichas intervenciones y recursos de soporte disponibles. Constituye, por lo tanto, una herramienta imprescindible en el conocimiento y propagación de los programas preventivos.

Otra de las líneas de trabajo que en este sentido está impulsando la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas es el desarrollo de un programa piloto de prevención escolar, enmarcado en el acuerdo de colaboración con los Ministerios de Educación y Cultura y Sanidad y Consumo al que nos referíamos más arriba. Se trata de la adaptación española de un programa de reconocido prestigio internacional (Programa de Entrenamiento en Habilidades para la Vida, de Botvin y

col.). Se está aplicando en 65 centros escolares y se realizará una evaluación con un diseño pre-post, tanto a grupo experimental como control. El objetivo es poner a disposición de la Comunidad Escolar un programa y unos materiales educativos suficientemente contrastados y adaptados a nuestra realidad concreta.

Esta aproximación, basada en el intercambio científico y profesional, que nos consta están impulsando también algunos Planes Autonómicos, supone quebrar la tendencia bastante frecuente en nuestro país a patrimonializar los programas preventivos, lo que ha llevado en ocasiones a identificar un tipo de programa con una o unas pocas instituciones. Debemos alcanzar el consenso sobre el hecho de que para avanzar en este campo es preciso compartir experiencias, metodologías y evaluaciones con una actitud abierta y colaboradora.

Décima propuesta: Acometer con decisión la investigación preventiva.

Finalmente, me gustaría terminar este decálogo con la reiterada invitación a la investigación preventiva. No consideramos que la mera adopción de estos elementos de consenso propuestos resulten eficaces por sí solos en la compleja tarea de difundir y consolidar la prevención. Pero sí deberían ser al menos suficientes para estimular la intervención. Ahora bien, con la convicción de que intervenir no significa limitarse a la acción por la acción. Como hemos insistido en las páginas anteriores, hay que trascender la mera experiencia práctica hacia una intervención más planificada, con mayor rigor metodológico y permanentemente evaluada.

La propuesta concreta sería procurar, siempre que sea posible, una intervención basada en diseños preventivos con un alcance programático limitado y con unos instrumentos y unos procedimientos de evaluación validados (que permitan una evaluación pre-post, que introduzcan grupos control, etc.). De este modo, partiendo de la base de conocimientos científicos existentes –epide-

miológicos, conductuales, actitudinales....—, podremos ir integrando, paso a paso, los nuevos avances analíticos y metodológicos. Sólo así contribuiremos a acumular los conocimientos necesarios para dotar de una base científica a la prevención.

El reto resulta tan complejo como evolucionar desde el discurso teórico a la acción evaluada, pero tan atractivo como pasar de la incertidumbre a la consciencia de la validez y eficacia de los esfuerzos desplegados.

BIBLIOGRAFÍA

Becoña E. (1995), *Prevención de las drogodependencias: Introducción a algunas cuestiones actuales*. En “Drogodependencias. IV. Prevención.” Universidad de Santiago de Compostela.

Botvin G, Botvin E. (1990), *School Based and Community Based Prevention Approaches*. Prevention and Education.

Calafat A. (1995), *Factores de riesgo como fundamento de programas preventivos*. En “Drogodependencias. IV. Prevención.” Universidad de Santiago de Compostela.

Cázares A. (1997), *Investigación sobre intervenciones preventivas : Enfoque y perspectiva*. En: “Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas”. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid.

Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz (1997), *IV Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Cádiz.

FAD (1997), *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas*. (Monografías de investigación). Madrid.

Funes J. (1997), *La incorporación social de personas con problemas de drogas*. En: “IV Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario”. Cádiz. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.

- Luengo Martín A, y col. (1990), *Factores de Riesgo en el Consumo de Drogas de los Adolescentes*. Serie Estudios Sectoriales 2, Fundación Caixa Galicia.
- Martín E. (1989), *Prevención de las Drogodependencias: Conceptos Generales*. Madrid.
- Martín E. (1987), *Prevención de las Drogodependencias: Marco Comunitario*. Madrid.
- Martín E. (1994), *La prevención comunitaria: Avances y límites en drogodependencias*. Intervención psicosocial. Madrid.
- Pineault R, Daveluy C. (1988), *La Planificación Sanitaria: Conceptos, métodos y estrategias*. Ed. Masson, Barcelona.
- San Martín H, Pastor V. (1988), *Salud Comunitaria, Teoría y Práctica*. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
- US Department of Health and Human Services (1993), *Experiences in the Prevention of Alcohol and other Drug Problems*.
- Wheller R. (1990). *Cómo diseñar y desarrollar programas de educación sobre drogas de tercera generación*. Drug Education Journal of Australia.

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS

Sonia Moncada Bueno
Jefa del Servicio de Prevención

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional
sobre Drogas

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de los distintos capítulos de este libro se han abordado aspectos fundamentales del campo de la prevención de las drogodependencias. A raíz de un análisis de los programas de prevención que se desarrollan en nuestro país se han puesto de manifiesto los problemas y las dificultades que frenan el desarrollo de este campo y se han abordado cuestiones relativas a la organización, aspectos estructurales, criterios de intervención y principios orientadores. Todo ello con el fin, no sólo de impulsar las iniciativas de prevención, sino también de mejorar la eficacia y eficiencia de dichas intervenciones.

Pero, partiendo de dicho análisis, se hace evidente la dificultad de muchos programas en determinar los objetivos operativos que persiguen. La ausencia de marcos teóricos en la base de muchos programas afecta al diseño de los mismos: si no se conocen los factores que subyacen al consumo de drogas será complicado analizar la realidad, ya que no se sabrá qué aspectos de la misma se han de valorar; no se podrán establecer cuáles son las necesidades; difícilmente podrán determinarse los aspectos sobre los que intervenir. En el otro extremo, si imagináramos una situación ideal para el diseño de los programas de prevención ésta tendría las siguientes características: se conocerían cuáles son los factores que causan el consumo de drogas, dispondríamos de instrumentos de análisis de dicha realidad que nos permitirían establecer nuestros objetivos y conoceríamos las estrategias más adecuadas para abordarlos.

Está claro que actualmente queda mucho camino por recorrer para acercarnos a esta situación ideal, por otro lado difícil de alcanzar totalmente, pero parece igualmente claro que el único camino para conseguirlo es apostar por un enfoque científico de la prevención. Este hecho conlleva que el campo preventivo debe estar en continuo desarrollo e incorporar aquello que la investigación va aportando en cada momento. Implica también que los que diseñan dichos programas adopten una perspectiva crítica y consideren la actividad preventiva que desarrollan como una oportunidad de mejorar el campo de la investigación en prevención.

Uno de los puntos de partida en el diseño de programas preventivos es el estudio de los factores de riesgo y protección. Su identificación nos ayudará, no sólo a determinar cuáles deben ser los objetivos de nuestras acciones, sino también, las poblaciones, los grupos o los individuos que se encuentran en situaciones de alto riesgo en relación con el consumo de drogas y que precisan intervenciones específicas.

El estudio de los factores de riesgo y de protección ha generado un gran número de investigaciones. Por una parte, se han formulado teorías que explican no sólo cuáles son dichos factores, sino que proponen el tipo de interrelaciones que pueden darse entre ellos; por otra, se han desarrollado estudios de investigación y de evaluación, con el fin de validar aquello que la teoría propone. Actualmente estamos en una situación intermedia, ya que ha sido posible identificar ciertos factores que aparecen asociados con mayor o menor intensidad a las distintas formas de consumo de drogas, pero aún no contamos con un modelo explicativo completo y validado sino que más bien de lo que disponemos es, como dice Petraitis, de un montón de piezas de un puzzle que aún no sabemos armar.

El concepto de factor de riesgo proviene de la epidemiología clásica y hace referencia a la frecuencia y distribución en la población de ciertos agentes causales relacionados con la aparición de una determinada patología orgánica. Este concepto, trasladado al campo de la

investigación en prevención de las drogodependencias, choca con una serie de dificultades: en primer lugar el fenómeno es complejo, porque no existen causas únicas, sino que se trata de un problema multifactorial; en segundo lugar los diversos factores que aparecen vinculados a los diferentes modos de uso de las drogas se relacionan entre sí, lo que hace difícil aislarlos y explicar el peso de cada uno de ellos por separado. No sólo importan los factores sino cómo se relacionan y se influyen unos a otros.

El campo de la investigación en prevención encuentra, consiguientemente, los siguientes problemas:

1. Frecuentemente en los estudios se consideran un tipo de factores concretos y se dejan de lado otros que si se tuvieran en cuenta podrían modificar las conclusiones de dichos estudios (en consecuencia: ¿se deben las asociaciones encontradas a las variables que hemos manejado o se modificarían los resultados si introdujéramos nuevos parámetros? Por ejemplo, si en un estudio sobre factores de riesgo de la familia no incluimos variables externas a la misma, es posible que el peso de las asociaciones que encontremos se deba a estas carencias).
2. La investigación sobre estos factores tan sólo ha podido demostrar asociaciones entre determinadas situaciones y el uso de drogas, pero no demostrar la potencial causalidad de estos factores.
3. A estas dos dificultades, nada desdeñables, hay que añadirle otra, que consiste en el hecho de la falta de unificación de criterios, tanto en lo que a conceptos se refiere, como a instrumentos de evaluación de los mismos, resultando que bajo una misma denominación se acogen factores que no se corresponden, o que incluyen distintos tipos de variables, o bien que utilizan diferentes indicadores.

No obstante, el campo de la investigación en prevención tiene en cuenta estas dificultades y está dando grandes pasos para superarlas. De forma que, actualmente, disponemos de suficiente información como para poder diseñar los programas de intervención ajustándonos a unos objetivos muy concretos, utilizando instrumentos de análisis que nos ayuden a determinar el grado de vulnerabilidad de una comunidad determinada y los factores sobre los que hemos de intervenir.

Entre las conclusiones aportadas por la investigación al estudio sobre factores de riesgo y protección, vamos a destacar algunas relevantes, tanto por su reiterada validación como por su aplicabilidad:

1. Se puede afirmar que existen factores asociados al uso de las drogas, así como otros que aparecen asociados a la abstinencia de las mismas. Factores de riesgo y protección no son extremos de un continuo; es decir, la ausencia de un factor de riesgo no se considera como un factor de protección ni viceversa. Por ejemplo, aunque el rasgo de personalidad denominado "búsqueda de sensaciones" puede ser considerado un factor de riesgo, la ausencia de esta característica de personalidad no es una condición de protección.
2. Estos factores han sido clasificados en la literatura en factores del individuo y sus relaciones con el entorno (intrapersonales e interpersonales) y factores ambientales o del contexto.
3. A mayor concentración de factores mayor será el riesgo o la protección. Muchos estudios postulan que los factores de riesgo al asociarse incrementan su fuerza de forma exponencial. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. Además parece que el número de factores de riesgo al que los niños están expuestos está fuertemente asociado al descenso de sus competencias individuales.

4. Existen diferentes factores de riesgo para las distintas drogas: por ejemplo un alto nivel de depresión se asocia con el uso de drogas como la heroína o el alcohol, pero no con el consumo de otras como la cannabis. En este sentido los estudios que se han centrado en las motivaciones para el uso también demuestran que estas son muy diferentes según el tipo de droga consumida.
5. Los factores de riesgo del inicio del consumo de drogas y otros niveles de consumo tampoco son los mismos, aunque en general lo que muestran los estudios es una agudización de los factores de riesgo a medida que el sujeto pasa a fases más intensas o más problemáticas de consumo.
6. Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades. Por ejemplo, la vulnerabilidad a la presión del grupo va aumentando con la edad hasta alcanzar su pico a los 15-16 años, momento a partir del cual empieza a declinar, sin embargo otros como las relaciones familiares o la agresividad tienen un efecto más continuo.
7. No todos los factores tienen la misma validez externa,. Por ejemplo, numerosas investigaciones de evaluación han demostrado que la agresividad es un factor de amplio espectro, es decir, válido para una gran parte de situaciones y poblaciones. La prevalencia del uso así como la identificación con la escuela son también factores predictores de amplio alcance.
8. Los diferentes factores muestran mayor o menor correlación con el uso de drogas dependiendo muchas veces de los instrumentos de medida y los indicadores que se utilizan. Por ejemplo, en el

caso de la agresividad las correlaciones más fuertes son aquellas que se centran en la interacción con los pares.

9. Algunos factores son más remotos (*distal factors*); son causas relativamente indirectas de la conducta, aunque no por ello son menos importantes, sino que su efecto está mediado por otros que son más próximos (*proximal factors*). Éstos son altamente predictivos, pero no explican las raíces del problema a largo plazo. Las intenciones de conducta, las creencias y expectativas hacia las drogas son factores inmediatos, asociados con el uso de drogas. Otros factores, como los de personalidad o las pautas educativas son remotos y tienen influencia a largo plazo.
10. Se han encontrado factores de riesgo y protección comunes a una gran cantidad de conductas problemáticas o desadaptadas, tales como los embarazos no deseados, el fracaso escolar, la violencia, la delincuencia juvenil. Algunas de estas conductas, además, predicen el uso problemático de drogas. Por ejemplo, el fracaso escolar o la conducta desadaptada temprana son predictores del consumo de sustancias adictivas.

Hecha esta introducción pasaremos a hablar de los factores de riesgo y protección que la literatura científica señala reiteradamente como relevantes. En primer lugar comenzaremos con los factores relacionados con el contexto. Posteriormente abordaremos aquellos que se refieren al individuo y a las relaciones que mantiene con su entorno.

2. FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES

Centrándonos ya en los **factores ambientales** la literatura científica señala algunos que comentaremos:

2.1. La deprivación social

Las comunidades con un alto grado de deprivación social y económica en las que la delincuencia forma parte de la vida diaria, son consideradas zonas de actuación prioritaria. El riesgo tanto de consumo de drogas como de conductas delictivas es en ellas mucho mayor (Smart y cols., 1994). Pero no hay que confundir deprivación social y económica con pobreza. La pobreza, si no es extrema, no es un factor de riesgo del consumo de drogas (Hawkins y cols., 1992). De hecho algunos estudios muestran como la disponibilidad económica se asocia con el consumo de drogas (Martínez y cols., 1996)

En estos ambientes existen además pocas expectativas de mejora. No obstante, en ellos no todos tienen problemas con las drogas. Estos individuos no consumidores de drogas en ambientes de alto riesgo son un foco importante del estudio de los factores de protección.

2.2. La desorganización comunitaria

Son zonas de alto riesgo, y por lo tanto de actuación preferente, aquellas en las que la comunidad aparece desorganizada, aquellas en las que existen pocos recursos sociales, o bien estos son poco utilizados, así como aquellas en las que los lazos comunitarios son escasos o débiles (Hawkins y cols., 1988). Parece ser que en estas comunidades, al haber pocas posibilidades de crear lazos sociales, los procesos de socialización son inefectivos.

Parece claro que entonces un objetivo de los programas de prevención comunitarios sería el de fortalecer dichas instituciones sociales y facilitar el contacto entre estas y la población, tarea en muchos casos bastante complicada y que precisa contar con la participación de dicha comunidad para su buena marcha. En estas comunidades las iniciativas encaminadas a la creación

de estructuras y lazos estables, a través de la prestación de servicios y la educación social son asuntos prioritarios.

Los lazos que establecen los niños con la sociedad normalizada son fuertes factores de protección tanto para el uso indebido de drogas como para otras conductas desadaptadas (Catalano y cols., 1996). La identificación de la orientación religiosa como un factor de protección tiene que ver con esto: es una de las formas de vincularse con la sociedad convencional. Muchos programas de prevención que trabajan con menores de alto riesgo olvidan o ignoran que uno de sus objetivos últimos es precisamente la creación de estos lazos con la sociedad, y que el desarrollo de competencias es un recurso más, aunque básico, para conseguirlo.

2.3. La disponibilidad y accesibilidad de las sustancias

A mayor disponibilidad de sustancias mayor consumo. Este es un hecho incuestionable y demostrado en numerosos estudios, válido tanto para sustancias legales como prohibidas, y aparece aún a pesar de controlar otras variables (Berenzon y cols., 1996). Las estrategias de control de sustancias a través del incremento de los impuestos o de la restricción legal tienen como consecuencia una reducción del consumo. Además los entornos donde el consumo es elevado suponen un factor de vulnerabilidad (Szalay y cols., 1996). No obstante las medidas de disponibilidad resultan a veces bastante complejas, y lo que en realidad se evalúa en los estudios es la accesibilidad, concretamente la accesibilidad percibida, que parece ser lo realmente relevante, es decir, lo que correlaciona con el uso: a mayor accesibilidad percibida, mayor consumo de drogas.

2.4. La percepción social del riesgo

Cuanto más baja es la percepción del riesgo por el uso de sustancias más se extiende su consumo (Johnston y cols., 1989). Podríamos pensar si la extensión del consumo de ciertas drogas en la actualidad no tiene mucho que ver con esto. Razones no nos faltarían: cada vez hay más jóvenes que banalizan el consumo de derivados de cannabis y otras sustancias como las de síntesis por ser percibidas como inocuas. Este hecho nos recuerda a lo acontecido, por ejemplo, con la cocaína. En sus orígenes la información transmitida por colectivos como el médico hablaban de una droga cuyo uso ocasional no daba problemas y sabemos lo difícil que es modificar las primeras informaciones sobre las sustancias. Además de esto, cuanto mayor es el consumo de sustancias en un determinado contexto, menor es el grado de peligrosidad que se adjudica a las mismas (Berenzon y cols., 1996).

Los adolescentes que creen que el consumo de sustancias tendrá consecuencias negativas las consumen en menor grado que aquellos que piensan lo contrario. Además, la importancia de las creencias sobre las consecuencias del uso de drogas, concretamente de tabaco, aumenta durante la adolescencia.

2.5. La movilidad de la población

Aquellas comunidades con altos índices de movilidad son comunidades de alto riesgo, pero este factor se refiere también a otro aspecto: los momentos de movilidad son momentos de especial vulnerabilidad. No sólo los cambios de residencia, también los cambios de colegio son momentos de riesgo (Hawkins y cols., 1995). Debería de tenerse en cuenta esto a la hora de dirigir los programas de prevención a adolescentes que estén en estas circunstancias.

2.6. Las normas y leyes de la comunidad

Una gran cantidad de investigaciones ponen en evidencia que, cuando éstas son contrarias al uso de drogas, actúan como factores de protección. Esta es una de las razones de que muchos programas de prevención que se dirigen a los colegios o a la comunidad contemplan entre sus objetivos la creación de normas que limiten el uso de drogas. Cuando estas normas no existen, o incluso cuando no están claras, el riesgo de abuso se incrementa. Por otro lado aunque el consumo de sustancias ilegales no es aceptado por la sociedad en general, sí lo es dentro del grupo en el que se relaciona el adolescente consumidor. Las normas de estos subgrupos condicionan la conducta de sus miembros (Hawkins y Fraser, 1985).

Una vez revisados los factores ambientales pasaremos a los factores del individuo y las relaciones que establece con su entorno.

3. FACTORES DE RIESGO DEL INDIVIDUO Y SUS RELACIONES CON EL ENTORNO

Aparte de estos factores que tienen que ver con el contexto, con el ambiente, se citan otros que tienen más que ver con **el individuo y las relaciones personales que establece con su familia y con otros grupos con los que se relaciona**: Se incluyen en este apartado factores biológicos, características de personalidad y variables familiares, escolares y grupales.

Por lo que se refiere a variables familiares destacaremos las siguientes:

3.1. Historia familiar de alcoholismo

Dentro de las investigaciones sobre factores genéticos en la dependencia de sustancias, destacan los estudios sobre alcoholismo.

En la familia, la historia de alcoholismo de alguno de sus miembros, suele citarse como un factor predictor del abuso de drogas. No obstante numerosos estudios apoyan la idea de que los hijos pueden no exhibir un funcionamiento psicosocial perturbado a pesar de tener un progenitor alcohólico (Segrin y Menees, 1996). En un estudio realizado por Goodwin en 1985, se encontró que aproximadamente la mitad de los alcohólicos hospitalizados no tenían antecedentes familiares de alcoholismo. La explicaciones sobre la predisposición genética a desarrollar este tipo de problemas no está clara y en todo caso tan sólo ha sido establecida para los hijos varones, en los que parece que el riesgo de alcoholismo respecto a la población general se duplica (Hawkins y cols., 1992; Jang y cols., 1995; Cadoret y cols., 1995).

3.2. Pautas educativas

En general, las pautas de crianza influyen en el consumo de drogas a largo plazo. Son por tanto factores remotos (*distal factors*). Los déficit o los excesos de disciplina, la excesiva implicación de uno de los padres acompañada del desentendimiento o permisividad del otro, son factores asociados al uso indebido de drogas (Andel DE.; Andrés K.; 1997; Dishion TJ y cols., 1988; Blackson, TC y cols., 1996). Aparecen como características comunes en los padres de adolescentes que abusan de las drogas la baja comunicación familiar, la inconsistencia en las normas, los límites poco claros y las expectativas poco realistas sobre sus hijos (Dishion, TJ. y cols, 1988). También las bajas expectativas académicas de los padres hacia sus hijos predicen el inicio en el consumo (NIDA, 1996). Por otro lado, la supervisión parental (Muhall PF.; Stone D. ; 1996), el fomento del autocontrol y la toma de decisiones por parte de los hijos son factores de protección.

3.3. Actitudes y modelos de conducta por parte de los padres

Las actitudes positivas de los padres hacia el uso de drogas, aparecen asociadas al uso indebido de sustancias por parte de los hijos en numerosas investigaciones. El uso de drogas en el hogar es uno de los mejores predictores de la valoración positiva de los niños hacia el consumo y por lo tanto aumenta sus expectativas de consumir en el futuro, factor que se considera de vulnerabilidad.

3.4. Conflictos familiares

El conflicto familiar predice mejor los problemas de conducta que la propia estructura de la familia. Además, la ausencia de lazos familiares y la baja implicación de la madre hacia sus hijos predice el inicio del consumo de drogas (Brook JS. y cols., 1990; Hoffmann JP., 1995).

En cuanto a las variables personales se señalan las siguientes:

3.5. Los valores

La mayoría de los trabajos realizados en este campo provienen del estudio de la conducta antisocial y tratan de analizar si existe una estructura de valores similar o diferente en sujetos delincuente y en normalizados. Las conclusiones más relevantes que aportan estas investigaciones son que existen diferencias en valores en sujetos delincuentes y no delincuentes. Los primeros muestran tendencias al hedonismo, la búsqueda de placer y la activación, dan más importancia a valores personales que a valores sociales y conceden menos importancia a valores familiares, religiosos o de autotrascendencia (Luengo MA.; Tavares-Filho ET., 1997).

3.6. La agresividad

Una de las conclusiones más interesantes que aporta la investigación es que a nivel individual el riesgo puede ser detectado desde las primeras etapas de la infancia . La agresividad temprana (Martínez y cols., 1996; Kellam y cols. 1983) y sobre todo si se da en niños tímidos es uno de los factores que en estudios longitudinales muestran una asociación más fuerte con el uso problemático de drogas. En el caso de las niñas ninguno de los dos factores se considera predictor del consumo posterior.

3.7. La búsqueda de sensaciones

Otro de los factores que más investigaciones ha generado en este campo ha sido la búsqueda de sensaciones. Algunos estudios han puesto de manifiesto que este rasgo puede deberse a una necesidad real de estimulación derivada de variables bio-fisiológicas que caracterizan a estos sujetos. En todo caso existe evidencia de la asociación que existe entre el consumo de sustancias y este rasgo de personalidad. Aunque aún no hay nada demostrado, parece que los individuos que puntúan alto en este tipo de escala tienen más tendencia a experimentar con drogas. No obstante muchos de los estudios se centran en individuos consumidores con lo cual es difícil determinar el valor antecedente de este factor.

3.8. Otros problemas de conducta

La hiperactividad, la rebeldía, pobre autocontrol, la dificultad para relacionarse, la alienación, la conducta antisocial en la adolescencia, la búsqueda de placer y disconformidad con las normas son, entre otras, características que en numerosos estudios longitudinales muestran ser antecedentes del uso de drogas y de otros problemas de conducta como la violencia y la delincuencia. No obstante, frecuentemente todas estas conductas

problemáticas aparecen asociadas. Los programas de prevención deben detectar precozmente estas situaciones para intervenir de forma preventiva.

3.9. Las actitudes hacia las drogas

Se encuadran dentro de este factor las creencias sobre las sustancias, las expectativas sobre sus efectos, así como las creencias sobre como el entorno responderá al consumo propio y las intenciones de uso. Estos factores han sido señalados reiteradamente por la literatura científica como los más directamente relacionados con el consumo experimental de sustancias. Es decir, se han catalogado como factores inmediatos (*proximal factors*) y muchas intervenciones en prevención han tenido como objetivo modificar este tipo de percepciones en los adolescentes. De todas las variables que incluye este factor una de ellas ha sido señalada como especialmente relevante: las creencias sobre las consecuencias del consumo. Ha podido observarse que los individuos no consumidores valoran negativamente las consecuencias del consumo de sustancias, al contrario de lo que hacen los que las consumen. Además, estas creencias se van modificando en la siguiente dirección: a medida que el sujeto cambia en sus intenciones de uso, es decir, que considera más probable el consumo futuro, también minimiza las consecuencias adversas del mismo y valora más las positivas. Uno de los objetivos de los programas de prevención debería ser el de reforzar las creencias contrarias al uso de drogas en sujetos no consumidores y disminuir las expectativas de que esta conducta sea reforzada por el entorno.

3.10. Fracaso escolar

En el caso de la escuela, todos aquellos factores que alienan de alguna forma al individuo también son factores de riesgo: el fracaso escolar es el principal de ellos. Hacia los últimos grados de la escuela elemental, el fracaso escolar aumenta la probabilidad del uso de

drogas y la delincuencia (Hawkins y cols., 1992; Martínez y cols., 1996; Stevens y cols., 1996). La conducta antisocial temprana es un buen predictor de dicho fracaso, mientras que una buena adaptación escolar en la adolescencia reduce el uso frecuente de drogas (NIDA, 1996). Los problemas de concentración y atención también son precursores del uso de drogas (Cazares, 1994).

3.11. Grupo de iguales

La asociación con pares consumidores es uno de los factores más asociados con el uso de drogas. Es, al igual que el anterior, un factor inmediato. No obstante recientes estudios cuestionan su valor predictivo (Karl y cols., 1996; Iannotti y cols., 1996). En la elección del grupo influyen una serie de variables de diferentes índole: la comunicación familiar y la valoración positiva de los padres hacia los amigos parecen ser clave. No obstante, las creencias sobre cómo individuos significativos responden al consumo, la percepción del consumo por parte de los compañeros y las presiones de los iguales son altamente predictivos, fundamentalmente de los amigos más cercanos (Robin, SS y Johnson, EO. 1996; Iannotti, T., 1996). Corregir la sobreestimación del consumo de drogas de los compañeros debe ser uno de los objetivos de las intervenciones preventivas con adolescentes y jóvenes.

Pero saber únicamente cuáles son los factores sobre los que de forma genérica habría que intervenir no soluciona el problema. Necesitamos disponer de instrumentos que nos faciliten el análisis y la evaluación de dichos factores; que nos permitan identificar comunidades e individuos de alto riesgo, y que nos orienten sobre las estrategias más adecuadas para conseguir nuestros objetivos.

Actualmente la investigación en prevención está tratando de determinar también cuáles son dichas estrategias, según los factores de riesgo y protección presentes en cada caso.

4. LAS ESTRATEGIAS

Intentar ofrecer aquí una revisión sobre las estrategias preventivas resulta un cometido demasiado ambicioso, dada la gran cantidad de trabajos que se han desarrollado hasta la fecha. Existen de hecho en la actualidad revisiones sobre el tema, algunas de ellas especialmente exhaustivas. No obstante se tratará de ofrecer algunas de las conclusiones más relevantes de las aportadas por la evaluación de distintos programas de prevención.

- 1º Es necesario desarrollar programas que aborden diferentes factores de riesgo y protección, es decir, programas multicomponentes. Cada vez se defiende más la idea de que es la acumulación de factores de riesgo en diferentes ámbitos que afectan al individuo, lo que realmente importa; asimismo la acumulación de factores de protección es lo que disminuye la vulnerabilidad.
- 2º Los programas deben adaptarse a las poblaciones a las que se dirijan, si quieren evitarse efectos contrapreventivos. Por ejemplo, los programas de prevención del tabaquismo, cuando se aplican a adolescentes consumidores de tabaco pueden incrementar el consumo, mientras que son efectivos cuando se aplican antes de que esta conducta haya tenido lugar. Hemos de superar el mito de la uniformidad: no todos los programas son efectivos para cualquier población, es más, no adaptar las intervenciones preventivas puede enmascarar los buenos efectos que un programa de prevención podría tener en otras poblaciones.
- 3º Uno de los objetivos de la prevención debe ser priorizar las intervenciones con poblaciones, grupos e individuos de alto riesgo, potenciando los factores de protección. Los programas dirigidos a hijos de consumidores de drogas o los que ofrecen apoyo temprano a familias y niños que viven en condiciones extremas, a las que se oferta diversos servicios

de cuidado infantil y sanitarios, muestran efectos prometedores en la prevención de conductas desadaptadas por parte de estos niños.

- 4º Aumentar el precio de las bebidas alcohólicas, disminuye el consumo ilegal. Restringir el acceso incrementando la edad permitida de venta de alcohol puede reducir los accidentes de tráfico relacionados con el consumo. Enfatizar las normas en contra del uso de drogas incrementa las actitudes negativas hacia el uso de las mismas y hacia los usuarios.
- 5º Muchos de los esfuerzos en prevención se han dirigido al cambio de actitudes hacia las drogas y al desarrollo de habilidades de resistencia. Aunque la evaluación de estos programas han mostrado efectos positivos, esto son limitados en el tiempo, por lo que estos programas no deben ser abordados de forma aislada sino que deben formar parte de otros más amplios, que abarquen diversos sectores y aborden otros factores de riesgo.
- 6º Las intervenciones dirigidas a facilitar las transiciones de la escuela primaria a la secundaria también muestran efectos positivos.
- 7º Los programas escolares dirigidos a fomentar el aprendizaje cooperativo mejoran las actitudes y los lazos que los niños establecen con la escuela, reducen el absentismo escolar, las expulsiones y el fracaso escolar. Además, las intervenciones tempranas con niños de alto riesgo en las que se incluye el trabajo con los padres mejoran el rendimiento académico.
- 8º Debido a la importancia de los lazos sociales como factor de protección los programas de prevención deberían orientarse a la creación de dichos lazos con la escuela, la familia y grupos de iguales normalizados, así como con otras instancias socializadoras. El aprendizaje y desarrollo de habilidades

positivas de socialización desde la escuela y la familia, enseñar técnicas que ayuden a mejorar la interacción de los niños con su entorno parecen estrategias adecuadas, fundamentalmente cuando se orientan a niños de alto riesgo, como es el caso de los niños que manifiestan conducta agresiva desde la primera infancia. En este sentido, el entrenamiento a padres en prácticas educativas y el fomento de la comunicación familiar disminuyen los problemas de conducta de los niños de alto riesgo y ayudan a fortalecer los lazos familiares.

De todo lo visto podemos concluir que es necesaria la implicación de diversos sectores para lograr un impacto preventivo en la población. Es decir, hemos de tender a diseñar planes globales de actuación que abarquen proyectos dirigidos a diferentes medios: los medios de comunicación, la familia, el movimiento asociativo, la escuela, los servicios sociales y sanitarios y otros servicios de la comunidad.

Es asimismo necesario desarrollar intervenciones preventivas ante situaciones de alto riesgo ya sean de carácter ambiental como personal. Las comunidades desorganizadas y deprivadas, aquellas en las que se dan altos niveles de consumo o de tráfico de drogas, los niños con problemas de conducta en la infancia, los hijos de alcohólicos y de otros drogodependientes, constituyen poblaciones de alto riesgo con las que es fundamental trabajar en prevención.

Parece claro que la aportación que deben hacer los programas de prevención no debe quedarse sólo en la mera aplicación de los mismos. El campo en la prevención en general y de la prevención de las drogodependencias en particular es un campo en continuo desarrollo que precisa de cuantas fuentes de información puedan enriquecerlo. La evaluación de los programas preventivos es un elemento crucial para garantizar el crecimiento de un campo de conocimientos que actualmente se encuentra lejos de estar definido, aportando verificaciones a las hipótesis que se generan

a nivel teórico sobre los factores de riesgo y protección, las interrelaciones entre los mismos y las estrategias más eficaces para abordarlos.

BIBLIOGRAFÍA

Adrados JLR. *La influencia de la familia, la escuela y el grupo de referencia en el abuso de drogas de los adolescentes*. Int J Addict. 1995; 30 (11): 1407-1423.

Berenzon S, Medina-Mora ME, Carreño S, Juárez F, Rojas E, Villatoro J. *Los factores relacionados con el uso y el abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media y media superior de la república mexicana*. Salud Mental 1996; 19.

Blackson TC, Tarter RE, Mezzich AC. *Interacción del temperamento infantil y las normas disciplinarias paternas sobre el comportamiento de niños preadolescentes hijos de padres que consumen sustancias psicoactivas y de padres normales*. Am Y Drug Alcohol Abuse 1996; 22 (3): 335-348.

Cadoret RT, Yates WR, Troughton E, y cols. *Estudio sobre adopciones que demuestra dos vías genéticas relacionadas con el abuso de drogas*. Arch Gen Psychiatry, 52.

Catalano RF, Kosterman R, Hawkins JD, Newcomb MD, Abbot RD. *Modeling the etiology of adolescent substance use: a test of the social development model*. Journal of Drug Issues 1996; 26 (2): 429-455.

Cazares A. *Investigación sobre intervenciones preventivas: enfoque y perspectivas*. En: Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas. Monografías de Investigación. FAD, 1997.

Dishion TJ, Patterson JR, Reid JR. *Parent and peer factors associated with sampling in early adolescence: implications for treatment*. En: Adolescent Drug Abuse: Analyses of treatment research. NIDA Research Monograph Series. Nº 77. Rockville, 1988.

Harada S, Okubo T, Tsutsumi M, Takase S, Muramatsu T. *Investigación de factores de riesgo genéticos asociados al alcoholismo*. Alcoholism Clinical and Experimental Research 1996; 2 (9): 293A-296A.

Hawkins JD, Jenson JM, Catalano RF, Lishner DM. *Delinquency and drug abuse : Implications for social services*. Social Serv Rev 1988; 258-284.

Hawkins DJ, Catalano RF, Miller JY. *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention*. Psychological bulletin 1992; 1 (vol. 112): 64-105.

Hawkins JD, Fraser MW. *Social networks of street drug users: A comparison of two theories*. Social work Res abstracts 1985; 21: 3-13.

Hawkins JD, Arthur MW, Catalano RF. *Preventing substance abuse*. University of Chicago, 1995.

Hoffman JP. *Los efectos de la estructura familiar y las relaciones familiares en el consumo de marihuana en adolescentes*. Int. J. Addict 1995; 30(10): 1207-1241.

Iannotti RJ, Bush PJ, Weinfurt KP. *Un análisis longitudinal sobre la percepción de escolares urbanos en relación al consumo de alcohol, tabaco y marihuana de sus amigos*. Addictive Behaviors 1996; 21(5): 615-632.

Jang KL, Livesley WJ, Vernon PA. *Problemas de alcoholismo y drogodependencia. Un análisis multivariante conductual y genético de su comorbilidad*. Addiction 1995; 90(9): 1213-1221.

Johnston L, O'Malley P, Bachman J. *Monitoring the future study: A continuing study of the lifestyles and values of youth*. National Institute on Drug Abuse. DHHS Pub. No (ADM) 89-1638. Washington D.C.: Supt of Docs., U.S. Govt Print. Off., 1989. En : Bukovsky WJ. *Un marco de trabajo para la investigación en prevención del abuso de drogas. Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas*. Monografías de Investigación FAD, Madrid, 1995. AS.

Kandel DB, Andrews K. *Processes of adolescent socialization by parents and peers*. International Journal of the Addictions 1987; (22): 319-342.

Kellam SG, Brown CH, Rubin BR, Ensminger ME. *Paths leading to teenage psychiatric symptoms and substance use: developmental epidemiological studies in woodlawn*. En: Kellam SG. *Verificación de la teoría de la investigación preventiva basada en el enfoque epidemiológico del desarrollo*. En: *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas*. Monografías de Investigación FAD, Madrid, 1995.

Luengo Martín MA, Távare-Filho ET. *La estructura de los valores en delincuentes y no delincuentes: un análisis comparativo en los adolescentes marginados en Manaus*. XXVI Congreso Iberoamericano de Psicología; 1997 Julio 6-11; Sao Paulo, Brasil, 1997.

Martín E. *La prevención comunitaria: avances y límites en drogodependencias*. En: *Intervención Psicosocial* 1992; 7: 21-34.

Mathias R. *Protective factors can buffer high risk youth from drug use*. Nida notes; nº 3 vol. 11. Rockville.

Martínez J, García J, Domingo M, Machín AJ. *Consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes*. Atención Primaria 1996; 18(7): 383-385.

Mulhall PF, Stone D. *Estar solo en casa : ¿es un factor de riesgo para el consumo de drogas entre los escolares adolescentes?*. J. Drug Education 26 (1), 39-48, 1996.

Petratis J, Flay BR, Miller TQ. *Reviewing Theories of adolescent Substance use: organizing pieces in the puzzle*. Psychological Bulletin 1995; 1 (117): 67-86.

Ohannessian CM, Stabenau JR, Hesselbrock VM. *Temperamento y conductas problemáticas en la niñez y la edad adulta y el consumo de sustancias psicoactivas en adultos*. Addictive Behaviors 1995; 20(1): 77-86.

Plan Nacional sobre Drogas, *Memoria 1994*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1995.

Plan Nacional sobre Drogas, *Memoria 1995*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1996.

Plan Nacional sobre Drogas, *Memoria 1996*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1997.

Segrin C, Menees MM. *Impacto de las habilidades de afrontamiento y de la comunicación familiar en las destrezas sociales de los hijos de alcohólicos*. J Stud Alcohol 1996; 57(1): 29-33.

Smart RG, Adlaf E M, Walsh GW. *Factores socio-económicos de barrio en relación al consumo de drogas en estudiantes*. J Child & Adol Subs Abuse 1994; 3(1): 37-46.

Stevens MM, Freeman DH, Mott L, Youells F. *Resultados a tres años de programas de prevención del consumo de marihuana: el estudio New Hampshire*. J Drug Education 1996; 26(3): 257-273.

Szalay LB, Inn A, Doherty KT. *Influencias sociales: efectos del entorno social en el consumo de alcohol y otras drogas*. Substance Use Misuse 1996; 31(3): 343-373.

ANEXOS

Anexo I

CRITERIOS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN
EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN
DE LAS DROGODEPENDENCIAS

– Diciembre, 1996 –

1. INTRODUCCIÓN

El problema del uso indebido de drogas constituye en la década de los noventa una de las principales preocupaciones de la sociedad española y de la comunidad internacional.

Este hecho impulsó al Gobierno de la Nación a crear en 1985, a propuesta del Congreso de los Diputados, un Plan Nacional sobre Drogas destinado a desarrollar una política coherente y coordinada frente a esta problemática. Respondiendo a estas mismas razones, se inició durante la V Legislatura la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de la Droga.

El informe aprobado por la Comisión Mixta en diciembre de 1995 plantea la necesidad de revisar los diferentes objetivos y estrategias del Plan Nacional para propiciar su más eficaz adecuación a las necesidades actuales que genera la problemática de las drogas en nuestro país y destaca que **la prevención frente al consumo indebido de drogas debe ser el objetivo prioritario de la intervención pública y ha de ser una tarea del conjunto de la sociedad, de los poderes públicos, de las ONGs, de la comunidad escolar, de la familia y de los medios de comunicación.** De aquí que el Plan Nacional sobre Drogas haya adoptado el impulso y ordenamiento de las medidas preventivas como la máxima prioridad de actuación, reorientando sus políticas generales hacia el desarrollo de programas preventivos globales, con un desarrollo metodológico riguroso, amplia participación social y susceptibles de evaluación. Tanto es así que en la sesión de

la Comisión Técnica Interautonómica del 2 de julio de 1996 se acordó por unanimidad la creación de una ponencia técnica dirigida a establecer los criterios básicos de homologación que deberán regir las actuaciones preventivas en el conjunto del Estado.

Reconociendo los avances realizados en materia de prevención y en la aplicación de experiencias de coordinación institucional orientadas a este fin, no se puede considerar que la situación actual sea satisfactoria. Por ello, se hace apremiante un impulso de las políticas preventivas que posibiliten la rentabilización de los recursos desplegados y la generalización de la intervención preventiva dotándola de una metodología eficaz ante los nuevos retos que en el día a día surgen en el ámbito de las drogodependencias. Este desarrollo metodológico debe contemplar desde la definición de los contenidos y poblaciones destinatarios, el diseño y la aplicación de las estrategias preventivas hasta su evaluación y, por lo tanto, la constatación de su virtual eficacia.

La necesidad de unificar aquellos criterios de intervención capaces de orientar las políticas de los diferentes órganos de la Administración en sus respectivos ámbitos competenciales, aconsejó una composición amplia del grupo de trabajo. En el mismo han participado representantes de siete Planes Autonómicos, un representante del Ministerio de Educación y Cultura y tres de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Tanto el desarrollo de los contenidos como la metodología de trabajo se han decidido por consenso.

El documento que se presenta a continuación recoge las diferentes aportaciones realizadas por los componentes del grupo de trabajo e incorpora cuestiones que han sido debatidas en las sesiones celebradas. También introduce aportaciones que se han realizado en la Comisión Interautonómica en la que fue presentado y consensuado el primer borrador (24 de octubre de 1996), y por último, aquellas otras realizadas por las Comunidades Autónomas con posterioridad.

En conjunto, podemos señalar con satisfacción que esta *“Ponencia Técnica sobre Criterios Básicos de Intervención en los Programas de Prevención de las Drogodependencias”*, consensúa el marco que, desde el Plan Nacional sobre Drogas, se propone para la realización de las actuaciones preventivas en nuestro país. Este marco, lejos de tener un carácter definitivo, es un primer paso en el camino que lleva a optimizar este tipo de actuaciones a través de las sucesivas revisiones que en el futuro se irán realizando.

Las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de las competencias que les son propias, estimarán en cada caso la oportunidad y aplicabilidad de las propuestas que recoge el presente documento y que en ningún caso tiene pretensiones normativas, siendo su carácter el de instrumento orientador nacido desde el consenso de las estructuras que configuran el Plan Nacional sobre Drogas.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en cumplimiento de las funciones que le corresponde desarrollar y siguiendo las recomendaciones de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de la Droga, entiende que este documento es un instrumento válido para la consecución de la propuesta que dicha comisión realiza ya que los requisitos que contempla para los programas de prevención de las drogodependencias constituyen una garantía de calidad en cualquier intervención preventiva.

2. LA BÚSQUEDA DE UN CIERTO CONSENSO EN PREVENCIÓN

La historia de la intervención ante las drogas en España ha generado un saber y una praxis que permiten disponer en la actualidad de un amplio y coherente abanico de estrategias entre las cuales debe de tener un especial relieve la prevención. Esto hace posible ir consolidando respuestas de calidad, imbricadas en el tejido social, ante las diferentes caras del fenómeno.

Si revisamos lo ocurrido en los últimos años, vemos cómo el interés ha ido secuencialmente centrándose en la heroína y posteriormente en la sucesiva aparición de una inagotable diversidad de sustancias, lo que ha espolcado, de modo intermitente, el interés por la prevención.

Primero la cocaína, después el alcohol y ahora las drogas de síntesis, han ido modulando sucesivamente las estrategias preventivas. Sin embargo, entendemos que una prevención centrada exclusivamente en el producto podría hacer perder de vista lo consustancial de nuestra relación actual con las drogas: la conformación de estilos de vida en los que el uso, más o menos abusivo, de determinadas sustancias es una pieza relevante.

Por ello, a la hora de impulsar una renovada apuesta por la prevención, debemos dirigirnos esencialmente a los modos en que los individuos y los grupos construyen sus estilos de vida, para hacer menos probable el riesgo de que el recurso compulsivo a las drogas forme parte esencial de esos “sus estilos de vida” (todo ello sin obviar las diferentes connotaciones socioculturales que la irrupción de unas u otras drogas puedan representar). Para trabajar con los estilos de vida, la actuación habrá de ser multidimensional y transdisciplinar.

Acorde con este posicionamiento y entendiendo que caben diversas posibles definiciones de prevención, en tanto que modalidad de respuesta ante el mudable fenómeno de los usos de drogas, podemos coincidir en definirla como aquel entramado dinámico de estrategias que tienen como objetivo eliminar o reducir al máximo la aparición de problemas relacionado con el uso indebido de drogas.

Estas estrategias se incardinan en la comunidad y deben propiciar cuotas crecientes de compromiso de la sociedad civil para, contando con la iniciativa de los diversos ámbitos institucionales, profesionales y de participación, poder resolver los conflictos que en

relación con las drogas y sus usos se presentan, posibilitando la mejora de la capacidad de los individuos y los grupos para hacer frente a las dificultades que la existencia de las drogas agudizan.

Una intervención planificada, coherente, que en los diferentes escenarios en que se articula el tejido social cuente con el compromiso de los mediadores sociales adecuados, podrá actuar de una manera específica en cada uno de los espacios oportunos: escuela, familia, empresa, asociaciones, etc.

Son diversos los actores que han de contribuir, cada cual desde su singular esfera de responsabilidad, a la prevención, mediante una actuación organizada que, incidiendo de manera preferente sobre la demanda de drogas, no desatienda la necesaria actuación sobre la oferta y la promoción de los productos.

REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS

Podemos plantear el propósito final de la prevención como aquella situación en que, independientemente de la intensidad con la que el mercado presentara las diversas sustancias susceptibles de abuso, los ciudadanos tuvieran ocasión de responder de manera positiva (opción libre por el no consumo) a la interpelación que las drogas representan, alumbrando estilos de vida en los que el uso de éstas, o al menos el recurso sistemático a las mismas, no tuviera cabida.

Hablamos de estrategias orientadas a la reducción de la demanda en referencia al desarrollo de competencias individuales y sociales útiles para ayudar a prescindir de relaciones problemáticas con las drogas (fomento de la autoestima, información adecuada sobre las drogas y sus pautas de consumo, clarificación de valores, toma de decisiones, generación de alternativas...) Actuaciones, por tanto, encaminadas a enriquecer las posibilidades de desarrollar estilos de vida positivos, saludables y autónomos, que faciliten

diferentes itinerarios de construcción de la propia identidad psicosocial, de los cuales las drogas no formen pilar básico.

Una dimensión en la que se incardinan actuaciones encaminadas a reducir el interés social hacia las drogas, así como a limitar los usos de riesgo entre aquellas personas que, de manera más o menos transitoria, decidieran hacer un uso variable de unas u otras sustancias.

REDUCCIÓN DE OTROS RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

La prevención de las drogodependencias se interesará por evitar tanto la dependencia de una droga como también otros trastornos de la salud asociados al consumo. Por ello cobra sentido incluir actividades de detección y control de las patologías orgánicas y psicológicas asociadas al consumo y otras encaminadas a prevenir el contagio y transmisión de enfermedades.

Los trastornos físicos, psicológicos o sociales, producidos por el tipo de sustancia consumida (concentración, adulteración, etc.) o por el modo de consumirla (vía de acceso, condiciones higiénicas, ambientales, etc.), merecen ser tenidos en cuenta en la política de intervención preventiva como elementos complementarios.

Esto conlleva abordar los programas de reducción del daño bajo la perspectiva de diversificar la oferta de actuaciones, atendiendo las diversas necesidades individuales, acercándonos a cuantos más usuarios mejor, desde su consideración como sujetos y no objetos del proceso. En los casos que se opte por programas de reducción del daño, se negociarán objetivos intermedios y a corto plazo que palien las consecuencias del consumo, mejorando la calidad de vida de los usuarios, siendo el inicio, siempre que sea posible, del camino hacia la abstinencia.

Todo ello obliga también a diversificar los propios programas de reducción del daño, siempre siendo flexibles y adaptándose al tiempo, modas, costumbres, hábitos y diferentes tipos de sustancias y usuarios. Estos pueden ir desde Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) a talleres de sexo seguro pasando por programas socio-sanitarios o de intercambio de jeringuillas.

La consecución de estos objetivos pasa necesariamente por una serie de cambios en la percepción de los propios afectados que han de ser sujetos activos, y no objetos, del proceso terapéutico.

REDUCCIÓN DE LA OFERTA Y DE LA PROMOCIÓN DE DROGAS

Reiteradamente, la investigación ha mostrado la correlación existente entre incremento de la disponibilidad, aumento de los consumos y multiplicación de los problemas asociados.

Una actuación sostenida, y coordinada, con miras a la reducción de la demanda tendrá mayores probabilidades de éxito en unas circunstancias sociales en que la oferta y la promoción de drogas sea inhibida. En tanto en cuanto la presencia de drogas sea indiscriminada y se continúe asociando el consumo a la búsqueda de respuestas a inquietudes personales y sociales (aventura, atractivo, diversión, identidad, etc.), menor eficacia tendrá la prevención.

Debe de mantenerse, por tanto, una dimensión orientada a actuar, tanto desde la comunidad como desde los diferentes niveles de nuestras Administraciones, reclamando el cumplimiento y, en su caso, la actualización de aquellas normas que regulan nuestra vida social en este ámbito: prohibición de venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores de edad, limitaciones a la publicidad, etc.

La prevención debe, a través del compromiso de los diferentes actores de la vida social (padres y madres, educadores, monitores de tiempo libre, jóvenes asociados, etc.), propiciar la menor presencia de sustancias en las calles y la progresiva desactivación de estereotipos incitadores al consumo, lo que, en todo caso, ha de conllevar un menor interés por relacionarse con las mismas.

3. LA ADECUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS A LAS NECESIDADES

Los programas de prevención de las drogodependencias deben de partir de una evaluación previa de necesidades, que sostenga la justificación, pertinencia y ajuste del programa, para dar respuesta a los problemas detectados. La evaluación debe también incluir aspectos relevantes del proceso y aquellos otros relacionados con los resultados.

PRINCIPIOS BÁSICOS

La *prevención de las drogodependencias*, como marco general de actuaciones, queda justificada en sí misma como respuesta a la elevada incidencia y prevalencia del abuso de sustancias en nuestro país; por contra, los *programas de prevención de drogodependencias* precisan, para la justificación de su existencia, del cumplimiento de tres principios:

- 1º Deben tener una adecuada correlación con las características específicas del problema en el seno del colectivo social en el que se desarrolla el programa, debiendo

para ello estar debidamente ajustados a la valoración previa de las necesidades.

2º Deben cumplir unas exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación.

3º Deben estar basados en teorías contrastadas, debiendo estar

considerados, por tanto, como áreas de trabajo científicas.

Hay que realizar un esfuerzo importante, en este sentido, por distinguir los programas de prevención de las drogodependencias de las denominadas actividades de concienciación/sensibilización social, para así posicionar ambas acciones en el conjunto de las estrategias que se desarrollen.