

**Manual práctico  
sobre el uso  
de la información  
en programas  
de prevención del  
abuso de alcohol  
en jóvenes**





---

MANUAL PRÁCTICO SOBRE EL USO

---

DE LA INFORMACIÓN EN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

---

DEL ABUSO DE ALCOHOL EN JÓVENES

---



**COORDINACIÓN TÉCNICA:**

Ana Palmerín García

**REDACCIÓN:**

M<sup>a</sup> Victoria Carrero Berzal  
Eduardo Hidalgo Downing  
Manuela Matellanes Matellanes  
Javier Moreno Arnedillo  
Ana Palmerín García

**EDITA:**

Colegio Oficial de Psicólogos  
C/ Conde Peñalver 45, 5<sup>a</sup> planta.  
28006 – MADRID  
Tfno. 91 444 90 20  
Fax. 91 309 56 15  
E-mail: secop@correo.cop.es

**DISEÑO Y MAQUETACIÓN:**

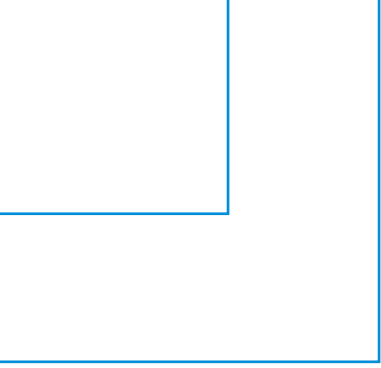
José Sobrín / Amelia García

**IMPRIME:**

Gráficas Gonyfer, S.A.

Depósito Legal: M-17440-2003

Este trabajo ha sido financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas



## INDICE

Presentación .....	9
1. Introducción .....	11
1.1. Metodología de trabajo .....	14
2. Panorama actual del uso de la información en prevención .....	17
2.1. Criterios para la revisión de los programas .....	19
2.2. Conclusiones .....	20
3. Programas preventivos y modelos teóricos .....	31
3.1. La necesidad de partir de modelos teóricos en el diseño de programas de prevención de drogodependencias. ....	33
3.2. Criterios para la selección de modelos teóricos .....	34
3.3. Evolución histórica de los modelos teóricos utilizados en prevención.....	35
3.4. Una visión general de los modelos teóricos utilizados en prevención de drogodependencias .....	37
3.5. Modelos que responden fundamentalmente a la pregunta de qué variables explican el consumo de drogas, y por lo tanto nos orientan acerca de sobre qué variables debemos intervenir en prevención (teorías explicativas propiamente dichas). ....	41
3.6. Modelos que responden fundamentalmente a la pregunta de qué etapas es útil considerar en el inicio y consolidación del consumo, y por lo tanto nos orientan en los objetivos de la intervención preventiva en función de esa perspectiva procesual (teorías descriptivas).....	61
3.7. Modelos que responden fundamentalmente a la pregunta de qué estilo de intervención es más eficaz, y por lo tanto nos orientan sobre el tipo de abordaje a realizar. ....	64
3.8. Modelos que responden fundamentalmente a la pregunta de quién debe intervenir y por lo tanto nos orientan sobre los agentes de intervención más idóneos. ....	65
3.9. Algunas conclusiones sobre la revisión de modelos teóricos utilizados en prevención de drogodependencias y sus implicaciones para las estrategias informativas .....	67
4. Criterios prácticos de utilización de la información en los programas preventivos .....	71
4.1. Definición del concepto de "estrategia informativa" .....	73
4.2. Fases de un programa .....	76
4.3. Aspectos a tener en cuenta en relación con el emisor de los mensajes .....	80
4.4. Aspectos a tener en cuenta en relación con el grupo diana o receptor .....	89
4.5. Aspectos a tener en cuenta en relación con poblaciones específicas .....	98
4.6. Aspectos a tener en cuenta en relación con los contenidos del mensaje .....	103
4.7. Aspectos a tener en cuenta en relación con el estilo de los mensajes .....	109
4.8. Aspectos a tener en cuenta en relación con el canal o material transmisor .....	119
4.9. Criterios de evaluación .....	128
5. Conclusiones .....	141
6. Bibliografía .....	145
7. Páginas web de interés .....	151
8. Anexos .....	155
Anexo 1: ficha de evaluación de los programas .....	157
Anexo 2: cuestionario de opinión para los informantes clave .....	158
Anexo 3: lista de informantes clave .....	159





## PRESENTACIÓN

*El presente monográfico “Manual Práctico sobre el Uso de la Información en Programas de Prevención del Abuso de Alcohol en Jóvenes”, pretende ofrecer una herramienta útil para los profesionales interesados en la prevención del abuso del alcohol y de todas las drogas en general, así como sensibilizar a la población juvenil ante los programas de prevención del abuso de alcohol, que cuenten con un apoyo teórico y empírico ampliamente contrastado.*

*El interés del Colegio Oficial de Psicólogos en el tema de las drogodependencias es conocido por todos, el motivo de la realización de este monográfico se debe a los datos de las Encuestas realizadas sobre Drogas a la población escolar en el año 2000, como en el Informe sobre el Alcohol y los Jóvenes, realizado en mayo de 2001 y elaborados ambos por el Observatorio Español sobre Drogas para el PND, en las que se constata que el alcohol es la droga más consumida en España por los jóvenes, con el 86% de los españoles entre 15-29 años que lo han probado alguna vez y el 65,5% que lo han consumido en los últimos treinta días; de éstos el 53% son jóvenes de 15 a 19 años. Asimismo, se producen cambios cualitativos que establecen diferencias en el patrón de consumo de los jóvenes con respecto al de los adultos: se origina esencialmente en contextos lúdicos y durante los fines de semana (un 40% de los jóvenes declaran que sólo beben los fines de semana), se consumen bebidas de mayor graduación, se produce una equiparación de los consumos entre sexos, sobre todo en edades tempranas, y se asocia frecuentemente su uso a conductas de riesgo.*

*Señalar que cuando a los jóvenes se les pregunta sobre su grado de información sobre el consumo de alcohol y sus riesgos y si esta información les parece suficiente, contestan afirmativamente; a pesar de esto no se consiguen objetivos preventivos de manera clara (mayor percepción del riesgo y cambios en los patrones de consumo). La cuestión, por tanto, no es proporcionar más información sino optimizarla, analizando y mejorando todos sus elementos, aplicando estrategias informativas en los programas de prevención.*

*Por último, agradecer y manifestar nuestra gratitud a la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por su labor de impulso y estímulo en el ámbito de la prevención del abuso de alcohol en los jóvenes, y sin cuyo apoyo no hubiera visto la luz la presente publicación.*

*Francisco Santolaya Ochando  
Decano-Presidente  
Colegio Oficial de Psicólogos*



---

---

# **1. INTRODUCCION**

---

---



En los últimos años se ha generado una gran alarma social e institucional, a veces distorsionada por los medios de comunicación, en torno a la relación que los jóvenes mantienen con el alcohol. El año 2002 fue prolijo en actividades profesionales con la finalidad de profundizar en este vínculo generando, a su vez, alternativas eficaces. Así, en febrero de ese año se celebró el Congreso “Jóvenes, noche y alcohol” auspiciado por el Plan Nacional Sobre Drogas (PND), que reunió el trabajo y debate que desde numerosos organismos tanto públicos como privados y los distintos sectores de la población implicados, habían mantenido previamente con el propósito anterior. A este interés se sumó el Colegio Oficial de Psicólogos (COP) organizando el “Seminario sobre el uso recreativo del alcohol entre los jóvenes: estrategias informativas”, cuyas conclusiones se expusieron en el Congreso realizado por el PND y que constituyen el origen de este Manual.

Numerosos datos (PND, 2001, 2002) indican que la percepción de los jóvenes sobre los riesgos asociados al alcohol es menor que en el conjunto de la población, y cuanto menor es el riesgo percibido de una sustancia mayor es su consumo. Por otro lado, el número de programas preventivos entre cuyos objetivos se encuentran el de incrementar dicha percepción, va siendo cada vez más numeroso. Estos programas utilizan la información en mayor o menor medida, aplicándola en contextos nuevos y con códigos diferentes. Aún así, la mayoría de ellos carecen de elementos metodológicos que nos permitan comprobar la eficacia de este componente.

De ahí, el interés creciente por utilizar y desarrollar adecuadamente aquellos recursos que, en prevención, tienen como objetivo proporcionar una mayor sensibilización y un cambio de actitudes ante los problemas del abuso del alcohol, como es el fin último de las llamadas estrategias informativas o de influencia. (Martínez Higuera y Salvador, 1999).

La necesidad de conocer cómo optimizar la información para aumentar su eficacia surge, también, de la constatación de que la relación entre información y prevención no es tan simple y unívoca como podría parecer. Los distintos marcos teóricos considerados, insisten precisamente en esta cuestión, y lo hacen a partir de la existencia de datos que demuestran que la transmisión de conocimientos sobre las sustancias y sus riesgos puede resultar, en ocasiones, ineficaz para prevenir su consumo y, en algunos casos, incluso contrapreventiva. Sin llegar a ese extremo (no tan infrecuente, por desgracia), parece obvio que la eficacia de la información está fuertemente condicionada por diferencias, a menudo sutiles, en alguno de sus numerosos componentes: objetivos, contenidos de los mensajes, canal, emisor, contexto, receptor, etc., así como por las distintas combinaciones entre ellos.

Pero esta exigencia en su desarrollo no se impone únicamente por un criterio de eficacia, también por su importancia cuantitativa mensurable en términos de frecuencia, de esfuerzos, de recursos humanos y económicos implicados..., ya que no debemos olvidar que suele ser un eje central en la mayoría de las actuaciones preventivas y, en muchas ocasiones el único ingrediente, especialmente en el caso de las campañas y programas de sensibilización.

El objetivo propuesto para este Manual es el de proporcionar y unificar criterios y procedimientos prácticos para el manejo de la información, con la finalidad de sensibilizar a la población juvenil en programas de prevención del abuso de alcohol, que cuente con un apoyo teórico y empírico contrastado, y que establezca condiciones particulares de aplicación, especialmente en población de riesgo.

Parece obvio que, con independencia de que la prevención sea una tarea donde están implicadas distintas disciplinas, compete a la Psicología, Ciencia del Comportamiento, la dilucidación de los criterios y procedimientos que optimizan nuestra capacidad para influir sobre las conductas de los jóvenes. Queremos apresurarnos a aclarar, sin embargo que, aunque su elaboración ha corrido a cargo de una comisión formada a tal efecto por el COP, sus destinatarios potenciales no son únicamente los profesionales de la Psicología, sino todos aquellos que, con independencia de su titulación académica, intervienen en el diseño o ejecución de programas o actuaciones preventivas. Por este motivo el enfoque dado contenidos viene condicionado al menos de dos maneras:

- En primer lugar, se ha incluido, previamente a la exposición de las recomendaciones propiamente dichas, una revisión de los principales modelos teóricos de referencia. Su finalidad es permitir encuadrar el uso de la información dentro del conjunto de las posibles actuaciones preventivas, así como fijar para el lector las distintas posiciones teóricas sobre su alcance, limitaciones y condiciones de eficacia. Entendemos que un manual práctico, precisamente por serlo, debe sustentarse en teorías sólidas.
- En segundo lugar, el deseo de que el manual resulte útil a personas de distinta formación académica o que se acercan a la prevención desde un planteamiento no profesional, nos ha llevado a recoger recomendaciones que, en algunos casos, pueden resultar sobradamente conocidas a los psicólogos u otros profesionales que trabajan en el campo de la prevención de las drogodependencias o de la educación para la salud.

## ***1.1. METODOLOGÍA DE TRABAJO***

Para la elaboración de este manual se han utilizado tres procedimientos paralelos:

### **1.1.1. Revisión bibliográfica**

Estudio de los principales modelos teóricos y directrices prácticas de eficacia contrastada en prevención, sobre todo con relación a las estrategias informativas, con el objeto de elaborar una síntesis de los mismos. Si bien, prácticamente, todas las áreas en que se estructura el conocimiento psicológico contienen aportaciones útiles al campo que nos ocupa (Psicología básica, cognitiva, evolutiva, social, comunitaria, clínica...) se ha limitado la investigación a las fuentes con relación más directa a esta cuestión.

### **1.1.2. Revisión de programas**

La revisión bibliográfica sería insuficiente sin contrastar las recomendaciones propuestas por la teoría con las condiciones reales de diseño y aplicación de los programas preventivos del abuso de alcohol. Se trata de partir también del estado de la "cuestión real", que puede no coincidir, al menos en algunos casos, con lo sugerido por las directrices metodológicas o técnicas. Es posible que la deficiencia en el uso de estrategias dirigidas a la información o el cambio de actitudes, no resida (en caso de que exista) en la falta de conocimiento, sino en la divergencia entre éste y su traducción en los programas aplicados. Uno de los objetivos de este trabajo consiste en documentar esa divergencia y contribuir a reducirla, siempre con vistas a optimizar la eficacia y eficiencia de la acción preventiva.

### **1.1.3. Técnica de informantes clave.**

En tercer lugar, las cuestiones a las que trata de responder el Manual han sido planteadas a una serie de informantes clave a través de un cuestionario elaborado, a este fin, por los autores. El cuestionario aparece en el ANEXO 2 y el listado de informantes que respondieron en el ANEXO 3. De los 65 cuestionarios enviados recibimos 23 respuestas.

La técnica de informantes clave permite contar con numerosas aportaciones y, por tanto, con un consenso amplio a la hora de elaborar las conclusiones. Se ha pretendido, además, enriquecer ese consenso incluyendo a informantes cualitativamente diversos, y ello en dos sentidos: en primer lugar, por su posición dentro del proceso de desarrollo de los programas, desde los responsables públicos y los diseñadores hasta los ejecutores finales; en segundo lugar, por su ubicación geográfica en las distintas comunidades autónomas del Estado. El primer criterio permite salir de los despachos y los libros, recogiendo valiosas aportaciones nacidas de la experiencia "a pie de calle" de muchos de nuestros informantes; el segundo ha pretendido (quizá con menos éxito, o quizá la propia realidad es relativamente homogénea) recoger puntos de vista y experiencias surgidas de contextos diferentes.





---

---

## **2. PANORAMA ACTUAL DEL USO DE LA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN**

---

---



## 2.1. CRITERIOS PARA LA REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS

La transmisión de información fue considerada durante mucho tiempo y desde modelos ya superados (modelo médico aplicado en prevención), la estrategia más relevante de los programas preventivos, tal como veremos. Se llegó a admitir, incluso, que el mero conocimiento de un hecho garantizaba el cambio deseado en el comportamiento. Más adelante, y guiados por el movimiento pendular que a veces caracteriza nuestras acciones, se infravaloró juzgando su excesiva utilización, en algunos casos, contra preventiva. A pesar de la revisión y redefinición que de este instrumento se ha venido haciendo nos encontramos actualmente con su uso indiscriminado, sin tener en cuenta aquellas variables que determinan la utilización y rentabilidad, en términos preventivos, de unas estrategias u otras.

Si pretendemos situar las estrategias informativas de manera adecuada en el ámbito de la prevención debemos partir del conocimiento y valoración de lo desarrollado hasta ahora, es decir: diseño y metodología, condicionantes y objetivos, el campo de aplicación y los agentes implicados, etc.; datos que nos permitirán tener una visión general del panorama actual aprendiendo de las equivocaciones y éxitos hasta ahora realizados, habida cuenta de la importancia que cada vez más van adquiriendo los programas donde estas estrategias, de nuevo, tienen un peso fundamental.

A la hora de seleccionar los programas a analizar se han seguido los siguientes criterios:

- Las estrategias cuya utilización determina el desarrollo de los programas elegidos son las estrategias informativas o de influencia.
- Incluir programas de carácter nacional cuyo diseño no exceda los ocho años de antigüedad o, si los sobrepasan, estén aplicándose en la actualidad.
- Programas preventivos dirigidos a jóvenes teniendo como objetivos: retrasar la edad de inicio, evitar el abuso y reducir la incidencia de los problemas asociados al abuso de alcohol (prevención universal, selectiva e indicada).
- Los contextos de aplicación son tanto urbanos como rurales, y el ámbito de intervención se centra fundamentalmente en programas comunitarios, debido a la necesidad de unificar criterios de actuación, sobre todo en aquellos centrados en contextos de ocio y dirigidos al uso recreativo del alcohol. También se revisa la información en los programas escolares más relevantes (PIPES, ORDAGO, Construyendo Salud, Entre Todos, etc.) y en algunas campañas informativas en medios de comunicación (“Controla”, “A tope sin drogas”, “Piensa por ti (...)”) con el fin de ver si en su uso se establecen algunas diferencias con respecto a los programas anteriores, sirviendo de punto de referencia en ocasiones, ya que de estos ámbitos hay revisiones y propuestas metodológicas de eficacia muy elaboradas y útiles (Forjan y Santacreu, 1994; GID, 1997; PND, 2000). Es importante mencionar la inclusión que en el ámbito comunitario hemos hecho de aquellas intervenciones dirigidas a contextos recreativos y lugares de consumo que, aunque obedecen a criterios metodológicos diferentes, no es tenido en cuenta por la

mayoría de los programas que se definen “comunitarios” y donde se pone de manifiesto la falta de consideración de las variables que configuran este concepto. Por nuestra parte, esta diferenciación sí es tenida en cuenta a la hora de elaborar propuestas de actuación en referencia a la información.

- La accesibilidad a los programas ha sido determinante ya que, aunque se solicitaron aspectos metodológicos y de diseño, muchos de ellos no enviaron el material. Sospechamos que en muchas ocasiones carecían de este soporte técnico.

La totalidad de los programas revisados es de 152: 94 programas de ámbito comunitario (incluidos los aplicados en contextos recreativos y de consumo); 40 programas sin soporte teórico y metodológico, es decir, pegatinas, folletos, páginas web y otros materiales gráficos; 12 programas escolares y 6 campañas dirigidas a medios de comunicación. La mayoría de las conclusiones hacen referencia al ámbito comunitario excepto en aquellas ocasiones en las que se mencionan claramente otros contextos.

Con el fin de revisar lo más ampliamente posible estos programas se diseñó una ficha de evaluación de programas que se adjunta en el ANEXO 1. En esta ficha descriptiva se recogen todas aquellas variables relevantes para la comprensión de los programas preventivos. El análisis cualitativo obtenido de esta revisión más las respuestas obtenidas de los informantes clave, permitieron elaborar una serie de conclusiones que se exponen a continuación y donde se constata que a pesar del avance producido, sobre todo en la última década, todavía están sin resolver carencias y errores en los que se lleva tiempo insistiendo desde los análisis que del tema se realizan.

## **2.2. CONCLUSIONES**

Con relación a las variables definidas en la ficha de evaluación de programas se observa:

### **Marco teórico**

- Muchos de los programas, sobre todo en el ámbito comunitario, no tienen un marco teórico de referencia. La mayoría son actividades puntuales o folletos aislados, aunque destacan un número de programas, reducido todavía, preocupados por el rigor metodológico y que empiezan a ser referentes para otros muchos. (“Saber beber”, “Los Potaje”, “En clave Joven”).
- Se asume implícitamente como marco teórico una relación directa entre información y prevención.
- Se mezclan dos planteamientos teóricos frecuentemente: la transmisión de información sobre la sustancia y su abuso, y la información sobre actividades alternativas, ambas como variables que previenen el abuso.

- Los modelos explicativos que establecen las variables sobre las que intervenir, no especifican claramente los modelos teóricos de los que parten. Se confunden a su vez los modelos explicativos con los modelos descriptivos o de estilos de intervención.
- En los programas básicamente informativos se asumen implícitamente los postulados de la Teoría de la Acción Razonada, si bien se incorporan elementos de la Teoría del Aprendizaje Social. Éste último modelo predomina, además, en la mayoría de los programas independientemente de su ámbito de actuación.
- Todavía se realizan programas que en lugar de partir de la secuencia: necesidades-objetivos-modelo teórico-actividades-etc. (fases del diseño de un programa de prevención), parten de un interés ajeno (político) y de unas actividades prefijadas que buscan impacto sobre la opinión pública, indagando después el modelo teórico que las justifique. Cuando se acaba la alarma social que generó la actividad o el presupuesto, se acaba el programa.
- Los programas educativos siguen siendo los mejor dotados a este nivel, sin embargo, en algunos casos se hace referencia a una amalgama de modelos escasamente integrados y que guardan poca relación con el desarrollo posterior del programa tanto en objetivos como en actividades. Los que explicitan estos modelos teóricos desarrollan concretamente la Teoría del Aprendizaje Social y la Teoría de la Conducta Problema (como modelos explicativos eficaces), y en menos ocasiones la Teoría de la Acción Razonada.

### Ámbito de aplicación

- Como se ha dicho con anterioridad, nuestro interés se centra fundamentalmente en los programas que pertenecen al ámbito comunitario. En los programas revisados se incluye en este ámbito aquellos que se desarrollan en lugares de reunión o consumo de los jóvenes, pero donde el resto de la población (agentes sociales, líderes de opinión, padres, asociaciones de vecinos, educadores, etc.) quedan excluidos de la intervención y participación, aunque se cuente para algunas actividades a los vendedores y propietarios de locales donde se sirve alcohol. Esto indica la facilidad con la que se denomina a estos programas sin tener en cuenta la definición y requisitos que el concepto “comunitario” requiere a la hora de su utilización en prevención.
- Aunque muchos no tratan en exclusividad el alcohol y su uso/abuso la mayoría de los programas que se realizan son de ámbito escolar, quizás por: la facilidad de trabajar con un grupo homogéneo en condiciones más controlables que con grupos de calle; los aspectos metodológicos y de aplicación en este ámbito están más desarrollados que en otros, y la edad de la población con la que se puede intervenir es más adecuada para conseguir muchos de los objetivos preventivos. Es interesante señalar cómo desde estos programas se intenta implicar, cada vez más, a otros grupos de la población fundamentales para conseguir los cambios deseados en el uso de alcohol (familias, asociaciones de la zona en “Jornadas Monográficas”, etc.). Un programa que nos llamó la atención fue el llevado a cabo por la Junta de Extremadura (Campaña “Futuro”) en el que los padres constituían la fuente principal de información y trabajo para generar posibles soluciones al problema del abuso de alcohol (“botellón”) por parte de sus hijos.

- En cuanto al ámbito de los medios de comunicación sólo fueron analizadas 6 campañas con suficiente entidad como para servir de muestra representativa en esta materia, ya que nuestro trabajo no se centra en este tipo de programas.

### **Población destinataria**

- El grupo de edad es variable, dependiendo de los objetivos (abstinencia o no abuso). A partir del primer ciclo de la ESO se habla ya de alcohol planteando la abstinencia. En el segundo ciclo se centran más en el no abuso. A partir de esa edad (16 años) se trabaja prioritariamente en el ámbito comunitario. Antes de los 12 años, en la mayoría de los programas, no se hace mención específicamente al alcohol salvo como "hábito no saludable".
- No se describe, en general, correctamente la población a la que se dirigen respecto a variables de: ocupación e intereses, edad, contexto socioeconómico, diferencias culturales, conocimientos previos sobre el tema, etc.
- En lo referente al riesgo asumido por la población destacan los programas universales en el ámbito escolar y de medios de comunicación. En el ámbito comunitario todavía existe una mayoría de actuaciones dirigidas a la prevención selectiva, aunque cada vez más se incorporan los grupos de alto riesgo (prevención indicada), sobre todo desde el fenómeno del "botellón".

### **Materiales de apoyo**

- Existe gran diversidad de materiales donde crece el interés por adaptar estos al grupo diana, sobre todo en los de ámbito comunitario, buscando estéticas más acordes con los jóvenes, material más interactivo, novedoso (recursos multimedia), etc.
- La mayoría es material gráfico (dípticos y trípticos fundamentalmente), de los que se puede destacar:
  - La masiva utilización de los folletos en la reducción del daño, promocionando un consumo controlado.
  - Hay contenidos mas o menos estándar:
    - Información sobre pautas de consumo moderado
    - Información sobre actividades alternativas
    - Información sobre la red de transporte urbana
    - Tablas de equivalencia
    - Información sobre el alcohol como sustancia y sus efectos en la salud

- Aparece otro tipo de folletos orientados a generar la reflexión individual, tomando como contenidos valores que son importantes para los adolescentes (ser uno mismo, madurez,...), aunque estos son mínimos.
- La estética ha ido modificándose con el tiempo intentando adaptarla a los nuevos referentes culturales, sin embargo todavía existen muchos materiales no diseñados por los jóvenes, con dibujos muy infantiles o institucionalmente “correctos”.
- Materiales de muchos colores, con referencias siempre a botellas, vasos, copas... Suelen ser de tamaño bolsillo la mayoría y muy sencillos, aunque se aprecia un cambio en los programas más actuales, dotándoles de alguna utilidad (calendarios, marcadores de libros, etc.).
- Podríamos diferenciar dos tipos:
  - Los que tienen poco texto, con dibujos y mensajes muy claros
  - Los que además de dar los mensajes anteriores, añaden información en la línea de actividades complementarias, datos sobre líneas de transporte, servicios de urgencia, etc., en los que hay mucho texto con demasiada información.
- El material audiovisual presenta características muy similares, destacando la importancia de cuidar tanto el diseño como el lenguaje juvenil. Este tipo de material escasea todavía por su gran complejidad, utilizado casi exclusivamente por instituciones públicas o entidades privadas con altas dotaciones presupuestarias.

## Contenido

- En los programas escolares existen contenidos referentes a comportamientos saludables en general, sin referencia concreta al alcohol, sobre todo en edades inferiores a los 11 ó 12 años. A partir de esta edad el contenido relativo al alcohol se hace más específico y explícito, asociando esta sustancia al tabaco y, en edades superiores, al cannabis.
- En el ámbito comunitario los programas de prevención selectiva e indicada, sobre todo, hacen referencias a contenidos mucho más claros sobre el consumo de alcohol.
- Los medios de comunicación utilizan mensajes más inespecíficos, sin referencias concretas al alcohol y dirigidos a los jóvenes en general.
- Existen contenidos en función del programa:
  - Promoción y educación para la salud:
    - información sobre actividades alternativas al consumo
    - recomendación de abstinencia
    - efectos negativos del consumo



- datos sobre la sustancia y efectos de la misma
- Programas de prevención selectiva e indicada:
  - recomendaciones sobre pautas de consumo controlado
  - recomendaciones de uso para evitar efectos negativos relacionados con el abuso de alcohol (accidentes de tráfico, conductas sexuales de riesgo, etc.)
  - instrucciones en casos de embriaguez.
- El estilo del lenguaje de algunos materiales busca acercarse a los jóvenes a través de sus expresiones y códigos de comunicación.
- Pocos programas hacen referencia a las consecuencias positivas del consumo (“Entre Todos”, “Construyendo Salud”), y cuando se tienen en cuenta se hace de forma algo imprecisa.
- En otros programas se distingue el consumo normalizado del abuso, exponiendo las consecuencias positivas del consumo normalizado.
- Las consecuencias negativas del consumo, sin embargo, aparecen con mayor frecuencia, utilizando en ocasiones el “recurso al miedo” buscando generar impacto emocional en el receptor. Esto provoca que la información no se corresponda con la experiencia del receptor, disminuyendo su eficacia.
- El tipo de consecuencias negativas en las que se incide son inmediatas, sin embargo, es desalentador encontrar todavía mensajes referidos a consecuencias muy negativas a largo plazo y relacionadas con secuelas físicas.
- En algunos casos no se adecuan los contenidos ni el lenguaje a la edad del grupo diana, ni a las diferencias culturales o de género, obviando un análisis previo de la población tan importante a la hora de diseñar los mensajes.
- La mayoría de los programas de ámbito comunitario actuales están incorporando a los contenidos específicos sobre la sustancia, actividades alternativas de ocio y facilitando recursos que posibiliten su puesta en marcha.
- Los programas buscan el incremento de conocimiento sobre el alcohol, al menos en aquellos de ámbito escolar y comunitario. Lógicamente el contenido y el número de mensajes varían en función del formato elegido. Cuando sólo se diseñan pegatinas, tarjetas, etc. se busca principalmente un eslogan que llame la atención del receptor, sin aportar nada nuevo a su grado de información sobre el tema.
- No se parte de la información que ya tienen los receptores. No se flexibiliza ni individualiza la información, desarrollando el mismo formato de programa en otros contextos y grupos sin analizar su idoneidad. Los jóvenes son considerados como un colectivo sin tener en cuenta su enorme heterogeneidad.

## Metodología de la elaboración y transmisión de la información

- El proceso de elaboración de la información no suele especificarse en los programas. Hay algunas excepciones interesantes tanto por el método elegido como por sus resultados (Programa “En clave Joven”; “Saber beber”...).
- Básicamente se dan dos formatos en este proceso: la elaboración del material corre a cargo de los propios jóvenes, o bien es elaborada por grupos de expertos. Es difícil conocer la eficacia de una y otra acción porque este proceso no es tenido en cuenta como variable a evaluar.
- Si bien los modelos teóricos inciden en la importancia de la transmisión de la información (formato, contenidos, mensajero, interactividad con el transmisor, etc.), en la práctica el mismo programa puede variar el agente de transmisión de la información sin que exista una evaluación previa de esta variable (voluntarios, iguales, profesores, padres, etc.). Es obvia la importancia de este factor en programas donde las estrategias informativas son esenciales, por lo que deberían evaluarse las diferencias que se producen en función de quién transmite esa información.
- La metodología de la transmisión de la información debería variar en función de las poblaciones y los contextos en que se realiza, sin embargo la adaptación no siempre se ejecuta. Cuanto más estructurados son los programas más diferenciada está la información dirigida a uno u otro colectivo.
- Otra cuestión que casi nunca se contempla es la posibilidad de interactividad con el transmisor, y este aspecto aseguraría la eficacia de la información recibida. De ahí la importancia que cobra la variable “emisor” en este tipo de programas.
- Por último indicamos, en el proceso de transmisión de información, la relevancia del lugar elegido para proporcionar conocimientos, ya que no se produce ni la misma participación ni asunción de la información cuando esto ocurre en un lugar con un significado u otro para el joven (escuela, parque, lugares de diversión, etc.). Esta variable tampoco es evaluada en los programas preventivos, ni se tiene en cuenta en muchas ocasiones a la hora de diseñar material y contenidos.

## Mediadores

- Se constata la existencia de una gran cantidad de campañas preventivas referentes al uso y abuso de alcohol, que no van más allá de la edición de materiales en soporte escrito (trípticos, carteles, etc.), sin llegar a formar parte de un programa propiamente dicho. Evidentemente, en estos casos, la figura del mediador resulta ser prácticamente inexistente, pues la actividad preventiva se reduce a ofertar el acceso a estos materiales en distintos lugares públicos (instituciones, asociaciones, etc.), sin contar con la presencia de una persona de referencia. Como única opción de contacto personalizado, se contempla, en consecuencia, la posibilidad de remitirse a un número de teléfono, una página web o a la dirección de alguna entidad de carácter preventivo.

- En no pocos casos, los programas de prevención del uso y / o abuso de alcohol omiten hacer una referencia explícita a la figura del mediador. A partir de las características del programa, se intuye que en algunas ocasiones esto es así debido a que efectivamente no cuentan con la participación de esta figura. En otros casos, sin embargo, parece evidente que la campaña utiliza mediadores de algún tipo, y el hecho de que no lo especifiquen ni lo señalen, podría atribuirse a la tendencia relativamente generalizada de realizar programas preventivos puntuales, sin intención de continuidad ni de difusión o calado en el mundo profesional de las drogodependencias.
- Algunos programas utilizan mediadores con nula formación en drogodependencias y con muy escaso conocimiento e implicación en la campaña. El caso paradigmático es el de los camareros de locales de ocio juvenil como pubs, bares y discotecas, a los que simplemente se les pide facilitar el acceso a materiales preventivos como dípticos y carteles o colaborar en promociones del tipo “dos refrescos sin alcohol al precio de uno”. La utilización de este tipo de mediadores vendría determinada por la idoneidad del marco de actuación (el lugar de consumo) y por ser referentes claros y con gran facilidad de contacto con el público juvenil. No obstante, su labor suele ser, en general, notablemente pasiva, carecen de los recursos específicos para realizar una función preventiva más allá del simple acceso a los folletos y normalmente no existe un seguimiento cercano y riguroso de la actividad que realizan realmente ni de los resultados que se obtienen.
- Existe algún programa que utiliza mediadores poco habituales, como puede ser el caso de los actores de teatro o campañas que cuentan con la colaboración de cantantes o grupos musicales de moda, buscando maximizar el impacto de los mensajes preventivos gracias a la popularidad de los artistas o a las posibilidades que ofrecen los recursos dramáticos (ocio, diversión, etc.).
- Entre los programas que hacen referencia explícita al uso de mediadores, son bastante aquellos que cuentan con la participación del voluntariado. En estos casos, vuelve a ser habitual no explicitar el perfil básico de los voluntarios. Es decir, aún cuando parece percibirse que existe la tendencia a utilizar a jóvenes de la misma edad que el público destinatario y a ser posible con similares características a nivel de referentes sociales, estéticos, musicales, etc., muchas veces, no se señala si cuentan con una formación previa (educación social, trabajo social, etc.) o una formación específica para la campaña.
- Una modesta proporción de los programas indica, explícitamente, utilizar como mediadores a personas claramente relacionadas con el ámbito profesional, bien sean educadores, trabajadores sociales, monitores o psicólogos. Otros refieren utilizar expertos en drogodependencias, aunque no es fácil dilucidar si tal apelativo se refiere realmente a personas tituladas como tales o simplemente a personas con alguna o mucha experiencia profesional en el ámbito de las drogodependencias o con alguna o mucha formación en este campo.
- Por último, son muchos los programas preventivos sobre el uso y / o abuso de alcohol que hacen una referencia explícita al uso de los profesores como mediadores. Nuevamente, se constata una vez más una gran variabilidad a la hora de señalar

si tales profesores cuentan o no con una formación previa, si se les ofrece materiales de apoyo específicos, etc.

## **Duración de los programas**

- Los programas escolares suelen tener una mayor duración, al menos el curso lectivo, e incluso muchos de ellos contemplan la necesidad de continuidad a través de la elaboración del material adaptado a la edad. La dificultad, en muchas ocasiones, reside en la falta de mecanismos de asesoramiento a los educadores o control posterior del programa, así como a otros factores ajenos al programa como es la movilidad del profesorado de un curso escolar a otro, con lo que la formación y motivación habría que iniciarla de nuevo.
- En el ámbito comunitario la duración no se suele especificar. La tónica general ha sido la de hacer actividades puntuales o limitadas en el tiempo. Sin embargo, se aprecia con respecto a programas anteriores, una mayor tendencia a la continuidad, ampliando el número de actividades y utilizando las estrategias informativas junto a otras estrategias (formativas, de desarrollo de competencias, de control de la oferta, etc.), siempre que condicionantes no técnicos (presupuestarios, institucionales, de recursos humanos, etc.) lo permitan.
- Otros programas, cuya única actividad es de la repartir material informativo a los jóvenes, dependen exclusivamente de eventos o fiestas puntuales sin determinar objetivos temporales y, desafortunadamente hemos encontrado muchos que se desarrollan en esta línea.
- En cuanto a las campañas en los medios de comunicación se observa un tiempo limitado, ya que suelen apoyar a otras acciones preventivas. Aquí los condicionantes no técnicos, mencionados anteriormente, adquieren mayor relevancia.

## **Definición de objetivos**

- La definición de objetivos sigue siendo confusa en programas de ámbito comunitario. No cumplen los criterios de operatividad que luego permitirán realizar la evaluación. Se confunden aún los objetivos generales con los específicos, no adecuándose las actividades.
- Gran variabilidad en los programas a la hora de plantearse los objetivos con referencia al no uso y / o abuso. Así, nos encontramos que programas en los que se especifican condiciones similares en cuanto a población diana, estrategias, actividades, metodología de proceso, etc. presentan unos el objetivo de la abstinencia y otros el uso controlado. Esto indica la falta de consenso a la hora de definir los objetivos y los condicionantes que los determinan. Sin embargo, parece que la tendencia de los últimos años es la de asumir el consumo no problemático del alcohol por parte de los jóvenes, planteando objetivos dirigidos al no abuso sea cual sea el ámbito de aplicación del programa.

- En los programas educativos se tiende hacia el no uso. Los programas comunitarios suelen dirigirse a una población más específica por lo que cuesta menos definir los objetivos, aunque estos se muestren poco operativos.
- Los objetivos son muy maximalistas, intentan abarcar mucho (cambios de conducta) con la utilización sólo de información. No son objetivos ajustados a la realidad. No se elaboran objetivos intermedios.

### **Lugar de aplicación.**

- Cada vez los programas van abarcando más espacios donde desarrollar las estrategias informativas que no son el aula. Se aprecia un mayor acercamiento a los lugares de ocio y reunión de los propios jóvenes, tanto si estos espacios son abiertos (plazas o parques) como cerrados (pubs, discotecas, bares, etc.).

### **Contexto de aplicación**

- El contexto hace referencia al lugar que ocupan las actividades que surgen a partir de las estrategias informativas en relación con otras actividades, formando todas parte de programas preventivos amplios y con objetivos diversos.
- Un amplio número de programas revisados se centra exclusivamente en el desarrollo de actividades puntuales: entrega de material gráfico (folletos), y sesiones informativas aisladas en Centros de reunión de jóvenes (asociaciones juveniles, colegios, centros de salud para jóvenes, etc.).
- Existen otros programas, escasos, que sí cubren objetivos más amplios, encuadrándose en metodologías comunitarias, y que proponen el desarrollo de alternativas de ocio saludables, intervenciones relacionadas con el control y limitación de la oferta y trabajo con la comunidad en cuanto al cambio en la percepción del riesgo del uso del alcohol (tanto en jóvenes como en adultos).
- Es difícil encontrar en programas de prevención comunitaria, intervenciones que realmente puedan denominarse así, donde se implique a diferentes colectivos, el esfuerzo se dirija a cubrir un mayor número de objetivos, la duración no dependa de la urgencia social y política, los recursos materiales y humanos sean apropiados y donde se utilicen estrategias, no sólo informativas, sino en plena armonía y sinergia con otras estrategias.

### **Costes y financiación**

- Prácticamente la totalidad de los programas revisados están financiados con recursos públicos, sobre todo municipales. Sin embargo destaca la falta de aclaración, en muchos de ellos, de este punto. La cuantía tampoco suele especificarse, así como los recursos humanos y materiales con los que se cuenta para su desarrollo.

## Evidencia de evaluación

- Es escaso el número de programas evaluados. Muchos de ellos no presentan diseño de evaluación, ni indicadores o instrumentos que permitan sospechar que es un aspecto tenido en cuenta en el programa.
- Existe gran número de actividades puntuales, lo que dificulta el proceso de evaluación.
- Cuando se especifica la evaluación sólo se hace referencia a la evaluación de proceso, pero rara vez se mencionan datos de los resultados o del impacto del programa. Tampoco se realizan evaluaciones parciales que permitan valorar la relevancia e idoneidad de algunos aspectos del programa como los materiales presentados o la elección y formación de los emisores elegidos.

## Conclusiones de los informantes clave

Para finalizar esta revisión, nos gustaría comentar brevemente las respuestas de los informantes clave ante las preguntas realizadas sobre los puntos fuertes y débiles de los programas actuales con relación a la información. Como se recordará, los informantes trabajan en las diferentes fases por las que pasa un programa: diseño, desarrollo y ejecución. Su opinión está fundamentada, por tanto, en la realidad del trabajo a pie de calle y sus aspectos prácticos, no sólo teóricos.

- Como puntos fuertes de los programas señalan:
  - ◆ Mayor esfuerzo por adaptar los programas al grupo diana.
  - ◆ Lenguaje más próximo al estilo juvenil, buscando estéticas más adecuadas e información más objetiva.
  - ◆ La información se presenta argumentada, señalando la dicotomía consumo / no consumo como una relación coste-beneficio y no como una opción “malévola”.
  - ◆ Mayor número de programas multicomponentes, utilizando diferentes estrategias para abarcar más objetivos preventivos.
  - ◆ Aumento de los programas dirigidos a la reducción del daño, con el fin de aproximarnos a la problemática real del joven.
  - ◆ Utilización de gran cantidad de espacios y contextos como medio de llevar a cabo los programas.
- En cuanto a los puntos débiles destacan:
  - ◆ Abuso del lenguaje “alarmista”, no haciendo distinción entre uso, abuso y dependencia.
  - ◆ Objetivos muy ambiciosos y confusos en ocasiones.

- ◆ Todavía muchos programas responden a intereses políticos o de urgencia social, lo que favorece el uso de actividades puntuales y descontextualizadas.
- ◆ Poco esfuerzo dirigido a elegir el mediador más adecuado, no prestando atención a su formación ni a los prejuicios y estereotipos con los que afronta su labor.
- ◆ Carencias importantes y fundamentales en modelos teóricos y en evaluación, dos aspectos básicos de un programa.

---

---

### **3. PROGRAMAS PREVENTIVOS Y MODELOS TEÓRICOS**

---

---





### **3.1. LA NECESIDAD DE PARTIR DE MODELOS TEÓRICOS EN EL DISEÑO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS.**

El campo de la prevención de las drogodependencias ha experimentado una evolución muy sustancial en los últimos años en nuestro país. Aunque la realidad, tal como se ha podido comprobar en la revisión de los programas que hemos efectuado, no es homogénea, podemos afirmar que han quedado atrás los tiempos de las acciones voluntaristas, aisladas y descontextualizadas, consistentes en la transmisión de una información sesgada, parcial y alarmista a cargo de supuestos expertos médicos o ex-adictos. La situación actual puede caracterizarse por lo que Calafat (1998) denomina “prevención institucionalizada y científica”. El avance en la utilización de modelos científicamente contrastados en prevención va paralelo a la asunción decidida por parte de la administración de directrices metodológicas claras, que pueden sintetizarse, siguiendo a la propia Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1997), en tres exigencias:

- Deben ajustarse a la valoración previa de necesidades.
- Deben cumplir unas exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación.
- Deben estar basados en teorías contrastadas.

El cumplimiento de estas exigencias es lo que distingue los programas de prevención de las drogodependencias de las meras actividades de sensibilización o concienciación social que no llegan a constituir un programa.

La exigencia de estar basados en teorías contrastadas, se apoya, como señalan Acero y Moreno (2002), en la necesidad de “señalar o acotar los aspectos clave sobre los que debe trabajarse, tanto para la determinación de los componentes del programa como para el establecimiento de los criterios y directrices del estilo de intervención”.

Es decir, el análisis previo de la realidad sobre la que vamos a operar (primero de los requisitos señalados) debe estar guiado por una representación conceptual de esa realidad, de las variables que la conforman y de cómo interactúan; como dice Moncada (1997), “si no contamos con esa representación no sabremos exactamente qué aspectos hay que analizar y no podremos, por lo tanto, establecer las necesidades ni determinar los aspectos sobre los que intervenir”, y mucho menos en qué sentido hacerlo.

En otros términos, la cuestión más relevante, tanto en el campo de la prevención de las drogodependencias como en cualquier otro ámbito en que deseamos intervenir sobre la realidad para modificarla, no es la de los instrumentos que vamos a utilizar (qué herramienta, qué actividades) sino ante todo qué es lo que deseamos conseguir (sobre qué variable intervenir y en qué sentido), lo cual implica disponer previamente de una representación conceptual sobre los principios que rigen esa parcela de la realidad sobre la que trabajamos.

Si, además, disponemos que herramientas diversificadas y de eficacia probada para conseguir nuestros objetivos, mucho mejor, pero no es esta la cuestión nuclear.

Pero, además, otra de las funciones de los modelos teóricos es dotar de unidad a distintos programas y permitir así evaluar la eficacia y efectividad relativa de distintos enfoques.

Los programas pueden diferir notablemente en sus contenidos, en sus procedimientos o estrategias; de hecho, esto sería lo deseable como resultado de la exigencia científica de adaptación a la realidad sobre la que trabajan y por lo tanto de eficacia, y también de la necesidad de atractivo y novedad; pero su fundamento conceptual, por ser común entre distintos programas, permite agrupar éstos en diferentes familias, lo cual posibilita comparar su eficacia y efectividad relativas. Esta evaluación es el mecanismo que potencia el avance en la depuración y mejora de las actuaciones, desterrando planteamientos ineficaces o poco efectivos.

La definición del modelo teórico permite integrar los datos de la experiencia e incrementar así los conocimientos. Es decir, la teoría condiciona la práctica, pero esta a su vez realimenta y modifica la teoría. El mero dato, la mera constatación de una regularidad entre fenómenos no sirve para incrementar el conocimiento científico a no ser que esas regularidades se integren en teorías. El resultado es una progresiva depuración teórica que a su vez dará lugar a actuaciones más ajustadas y coherentes.

### **3.2. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE MODELOS TEÓRICOS**

Establecida la necesidad de partir de modelos teóricos explícitos, y habida cuenta de la diversidad de teorías existente, la siguiente cuestión es la de qué criterios deben cumplir esos modelos para ser válidos.

De un modo general, un modelo es válido cuando su formulación se apoya en una base empírica amplia, de modo que permite explicar y predecir con la mayor exactitud posible la diversidad de fenómenos del campo al que se aplica, y cuando da lugar a actuaciones eficaces. Existen además otros criterios de validez, pero, y centrándonos ya en los modelos que inspiran programas de prevención de las drogodependencias, probablemente estas dos cuestiones son las cruciales:

1. Que el modelo integre todas las variables que condicionan el consumo de drogas y su consolidación, evitando planteamientos simples, parciales o reduccionistas.
2. Que el modelo sea operativo, que esté orientado hacia la práctica, que se refiera a factores sobre los que es posible intervenir.

### **3.3. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS MODELOS TEÓRICOS UTILIZADOS EN PREVENCIÓN.**

Es sumamente esclarecedor para entender el panorama actual comenzar por establecer que los distintos enfoques teóricos no surgen de modo simultáneo como visiones contrapuestas o alternativas de la misma realidad. Por el contrario, la progresiva complejidad de los modelos es un producto histórico construido a partir de la integración de nuevas variables. Así, siguiendo a Martín (1994), que a su vez parte de una clasificación de Botvin y Botvin (1990), la evolución temporal de las estrategias preventivas puede sintetizarse en las siguientes fases:

1. Las primeras actuaciones en prevención se inspiraban en un planteamiento denominado racional-informativo, fuertemente vinculado al modelo médico y a una concepción del comportamiento según la cual éste es el resultado de decisiones libres de los individuos a partir de los conocimientos de los que disponen, de modo que la prevención se planteaba como una labor esencialmente informativa, asumiendo, ingenuamente, que el conocimiento de los riesgos que comporta el consumo de sustancias implicaría necesariamente su rechazo por parte de los individuos.

No es difícil encontrar evidencias de la ineficacia de este modelo para prevenir el consumo de sustancias. Piénsese, por ejemplo, en la alta prevalencia del consumo de tabaco entre médicos y enfermeros (hasta hace pocos años, por encima de la media poblacional), es decir justamente entre aquellos que por su profesión están mejor informados sobre los efectos dañinos del tabaco. En cuanto a las investigaciones que evalúan la eficacia de las estrategias informativas, todas son coincidentes en subrayar que, en el mejor de los casos, producen un incremento de los conocimientos objetivos sobre las sustancias, pero esto no se traduce en un cambio en las actitudes y éste, si se produce, no da lugar a cambios de comportamiento. Pueden servir, cuando forman parte de programas más amplios y están orientadas hacia los objetivos de sensibilización previa y / o difusión de los recursos existentes.

Es importante destacar que este planteamiento, a pesar de su parcialidad y su ineficacia manifiesta, está lejos de ser desechado en la práctica preventiva, y persiste en numerosos programas y actuaciones. Entre las razones de su persistencia, aparte de la simplicidad de las acciones que inspira, no hay que descartar precisamente el hecho de que es un planteamiento bien acogido por el discurso social por estar en sintonía con el concepto cartesiano, de tan hondas raíces e implicaciones en nuestra cultura, de que las creencias, las ideas y las decisiones "libres" son la guía de nuestro comportamiento.

2. Posteriormente, en los años 70, surgieron estrategias denominadas de educación afectiva. Este enfoque parte de la necesidad de superar el simplismo del modelo racional-informativo y, aunque conserva la importancia concedida a la transmisión de información, subraya la necesidad de abordar el problema del consumo de drogas relacionándolo con variables intrapersonales como déficits de personalidad, la

autoestima, la autoaceptación o la asunción de responsabilidades, dentro de un planteamiento con raíces psicodinámico-humanistas.

Al margen de una cierta vaguedad conceptual en la definición de sus objetivos y de una cierta indefinición sobre qué es y qué no es prevención, y que por lo tanto dificulta la evaluación de los resultados de estas estrategias, estos, cuando han sido medidos, no han demostrado su eficacia en la prevención de la conducta de consumo.

3. Las estrategias denominadas de generación de alternativas, utilizadas profusamente en los programas tanto escolares como comunitarios, parten de la premisa de que la iniciación y el mantenimiento en el consumo de drogas u otras conductas desviadas está condicionada fundamentalmente por la implicación o no del adolescente en escenarios y actividades que se suponen alternativos, antagónicos o incluso incompatibles con ese comportamiento. La formulación que suelen adoptar estas estrategias suele adoptar típicamente la forma de "la prevención de la drogodependencia a través de...". Entre esas actividades pueden citarse el deporte, el voluntariado, el excursionismo, los grupos de encuentro, etcétera.

Este planteamiento tiene la virtud de buscar los condicionantes del consumo de drogas no "dentro de la cabeza" de los sujetos, sino en su interacción con el entorno. Entiende que los comportamientos no surgen de modo aislado e independiente del contexto, de los hábitos y del estilo de vida de los individuos. De hecho, un componente esencial e irrenunciable en la prevención y en la deshabituación de las conductas adictivas es el enriquecimiento de los escenarios y las actividades posibles. Las insuficiencias de este planteamiento parecen residir, una vez más, en la parcialidad y en el excesivo apriorismo: en primer lugar, la posible descontextualización de estas iniciativas, asumiendo, al menos implícitamente, que la generación de alternativas es condición suficiente para la prevención; en segundo lugar, la ingenuidad, demostrada fehacientemente, de suponer que ciertas actividades como el deporte o el voluntariado son, casi por principio, antagónicas al consumo de drogas.

4. El planteamiento más reciente es el basado en el aprendizaje de competencias, especialmente habilidades sociales y personales. Este enfoque está basado esencialmente en los postulados de la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura 1977; Becoña 1999) y en el Modelo de Potenciación (Costa y López, 1996), a los que nos referiremos más adelante.

Este modelo ha ido experimentando, desde sus primeros desarrollos en la prevención de las drogodependencias, un proceso de generalización de objetivos. Inicialmente se planteó la adquisición de habilidades específicas de resistencia. A partir del importante papel condicionante sobre el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas de determinadas fuentes de presión, sobre todo el grupo de iguales y la publicidad, los objetivos se dirigieron al aprendizaje de habilidades de resistencia específica hacia esa presión: aprender a decir no, aprender a tomar decisiones, aprender a cuestionar críticamente los mensajes publicitarios, etcétera. A medida

que han transcurrido los años y se ha documentado la efectividad de estas estrategias, los objetivos se han rediseñado hacia el aprendizaje de habilidades genéricas para enfrentarse a distintas situaciones de la vida, y no sólo a situaciones de presión para el consumo.

Estas ideas se han ido concretando en distintos programas de aplicación escolar o en otros contextos, estructurados, adaptables a numerosas realidades, que implican a diferentes agentes educativos y a padres, y que cuentan en la actualidad con un fuerte apoyo institucional. Se dirigen al aprendizaje de la habilidades sociales (decir no, hacer y recibir críticas, expresión de emociones, manejo de conversaciones, relación con el sexo opuesto...), resolución de problemas y toma de decisiones, pensamiento crítico e independiente, autocontrol emocional, promoción de alternativas, etc. Cumplen por lo general los requisitos metodológicos a los que nos referíamos más arriba, incluyendo habitualmente un diseño de la evaluación de resultados. Su número es elevado, constituyen la materialización del nivel metodológico y de institucionalización al que nos referíamos anteriormente, y el lector interesado puede revisar, muchos de ellos, en el Catálogo de Programas de Prevención del Abuso de Drogas de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

### ***3.4. UNA VISIÓN GENERAL DE LOS MODELOS TEÓRICOS UTILIZADOS EN PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS***

Una vez establecida la necesidad de partir de referentes teóricos, y considerados los criterios básicos de calidad de los mismos, el diseñador de un programa se enfrenta a la tarea de elegir uno u otro.

En cuanto a los criterios de elección de los modelos teóricos, conviene no ser ingenuos. En esta elección intervienen no sólo consideraciones teóricas o de adecuación a la realidad, sino otras variables, nada desdeñables, que podríamos denominar externas al proceso formal del diseño de un programa preventivo, como la profesión de los responsables de los programas, su preparación profesional, la financiación del programa, las presiones o intereses de los responsables políticos, o el hecho de que las actuaciones propuestas estén en sintonía ya sea con el discurso social, ya sea con el propio discurso científico (que también está sujeto a modas), para que sean valoradas positivamente, etc.

Pero al margen de esta cuestión, sobre la que volveremos, el panorama que nos encontramos es de una diversidad importante de teorías, como fruto precisamente de la necesidad de que estas existan y den lugar a actuaciones cada vez más eficaces. La elaboración de teorías nuevas siempre es un elemento positivo, sobre todo cuando la comunidad científica asume, afortunadamente (y esto no ha sido ni es universalmente aceptado) que el criterio último de validez de una teoría es su contrastación empírica.

En esta diversidad de modelos teóricos que inspiran los programas de prevención vamos a intentar un cierto orden, que aparece en el cuadro 1. Apresurémonos a aclarar que la clasificación que proponemos no es ni pretende ser en absoluto completa ni exacta; en primer lugar, existen otras teorías que responden a otras preguntas; en segundo lugar, las categorías que proponemos no son estancas. No obstante, en la revisión realizada se aprecia una cierta confusión teórica, y la taxonomía que proponemos, aunque tentativa, puede servirnos para desbrozar el bosque y establecer criterios sobre qué sirve y qué no sirve como modelo teórico.

*Cuadro 1: Modelos teóricos utilizados en los programas preventivos del consumo de alcohol y otras drogas.*

**1. Modelos que responden fundamentalmente a la pregunta de qué variables explican el consumo de drogas, y por lo tanto nos orientan acerca de sobre qué variables debemos intervenir en prevención. Son las teorías explicativas propiamente dichas.**

1.1. Teorías generales del comportamiento.

*Teoría del Aprendizaje Social de A. Bandura.*

*Teorías de la Acción Razonada y de la Conducta Planificada de Azjen y Fishbein.*

1.2. Teorías de conducta desviada.

*Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor.*

*Modelo integrador de Elliot.*

*Modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins.*

*Teoría del autorrechazo de Kaplan.*

*Teoría del autocontrol de Hirschi et al.*

*Teoría interaccional de Thornberry.*

*Teoría del desarrollo precoz de Newcomb.*

1.3. Teorías específicas del consumo de drogas y conductas no saludables.

*Modelo médico.*

*Modelo de creencias de salud de Rosenstock et al.*

*Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis.*

*Modelo de las "7 esferas" de Costa y López.*

**2. Modelos que responden fundamentalmente a la pregunta de qué etapas es útil considerar en el inicio y consolidación del consumo, y por lo tanto nos orientan en los objetivos de la intervención preventiva en función de esa perspectiva procesal. Son teorías descriptivas.**

*Modelo transteórico de las fases de cambio de Prochaska et al. y modelo de etapas motivacionales multicomponente de Werch y DiClemente.*

*Teoría multietápica del aprendizaje social de Simons et al.*

*Modelo secuencial de Kandel.*

*Modelo de reducción de daños.*

**3. Modelos de que responden fundamentalmente a la pregunta de qué estilo de intervención es más eficaz, y por lo tanto nos orientan en el tipo de abordaje a realizar.**

*Modelo de Potenciación de Costa y López.*

**4. Modelos que responden fundamentalmente a la pregunta de quién debe intervenir, y por lo tanto nos orientan sobre los agentes de intervención más idóneos.**

*Modelo de la influencia de iguales*

*Modelo comunitario.*

En primer lugar, hemos dividido los modelos en función de la pregunta fundamental a la que trata de responder. Aunque los distintos modelos tienen implicaciones sobre la mayor parte de las cuestiones, en principio no se refieren a lo mismo.



Así, por ejemplo, en modelo de los estadios de cambio de Prochaska et al., reformulado posteriormente por Werch y DiClemente (1994) para su adaptación al inicio del consumo y a la prevención, citado como referente de algunos programas, es un modelo descriptivo del proceso de cambio en las conductas adictivas, que plantea sin duda importantes implicaciones sobre la acción preventiva (véase Becoña 1999), pero no es propiamente un modelo explicativo de las variables que condicionan el inicio y consolidación del consumo, por lo que resulta insuficiente como soporte teórico. Los propios autores, al hacer referencia a las estrategias preventivas a utilizar, señalan que estas dependen del constructo teórico explicativo del que se parta, proponiendo el modelo de creencias de salud, la teoría del aprendizaje social y la teoría del autocontrol conductual, y asumiendo por lo tanto una posición que ellos mismos denominan transteórica.

Además de esta distinción en función de las preguntas, hemos subclasificado los modelos propiamente explicativos según un criterio de especificidad. Obviamente caben otros criterios, como los que utiliza Becoña (1999), pero una vez más, al igual que ocurría con la taxonomía en función de las preguntas, nos interesa subrayar más lo que los distintos modelos tienen de complementario y compatible que lo que tienen de alternativo; en buena parte, las diferencias entre los planteamientos tienen que ver con su molaridad, desde teorías muy generales del comportamiento hasta modelos específicos del consumo de drogas.

Finalmente, dentro de cada nivel de especificidad reseñamos los principales modelos, y especialmente aquellos que cuentan con evidencia empírica y han dado lugar a programas preventivos. En este punto las diferencias entre las teorías tienen que ver con los pesos relativos de distintas variables que condicionan el inicio y consolidación del consumo de drogas y los procesos específicos que intervienen.

Vamos a repasar brevemente los modelos teóricos que aparecen en el cuadro, siguiendo la clasificación propuesta. Nos extenderemos un poco más en los más comprensivos e integradores, y especialmente en las implicaciones que se derivan sobre las estrategias preventivas y, dentro de ellas, el papel de la información. Existen revisiones más exhaustivas de estos y otros modelos en Becoña (1999), Luengo et al. (1999), Costa y López (1996) y Graña (1994).

### **3.5. MODELOS QUE RESPONDEN FUNDAMENTALMENTE A LA PREGUNTA DE QUÉ VARIABLES EXPLICAN EL CONSUMO DE DROGAS, Y POR LO TANTO NOS ORIENTAN ACERCA DE SOBRE QUÉ VARIABLES DEBEMOS INTERVENIR EN PREVENCIÓN (TEORÍAS EXPLICATIVAS PROPIAMENTE DICHAS).**

#### **3.5.1. Teorías generales del Comportamiento.**

##### **3.5.1.1. Teoría del Aprendizaje**

La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977, 1986) constituye sin duda el marco teórico más sólido, coherente, comprensivo y fructífero de cuantos sirven como base a los programas preventivos y asistenciales sobre drogodependencias, y en general en todas las actividades dirigidas a la modificación de los comportamientos en el campo de la salud o en otros.

No se trata de una teoría sobre el comportamiento adictivo, sino de una teoría general del comportamiento humano que sirve de marco y que es compatible con modelos más específicos sobre determinadas constelaciones de conductas, como los que luego veremos. Integra como elementos explicativos los postulados del condicionamiento clásico y del condicionamiento instrumental u operante, junto con los principios, establecidos por la investigación del propio Bandura, del aprendizaje vicario u observacional, y los llamados modelos mediacionales o cognitivos.

Esencialmente, la Teoría del Aprendizaje Social plantea que los comportamientos de las personas, y también el comportamiento de consumir drogas, son el resultado de procesos de *aprendizaje* a través de *la interacción entre el individuo y su entorno*. Es en esta interacción donde surge y se mantiene la conducta, y es ahí donde debe remitirse siempre el análisis explicativo.

La conducta manifiesta, a su vez, modifica el entorno del individuo y sus variables personales. En lugar de una causación lineal del ambiente (como planteaban los primeros modelos conductistas) o de determinadas variables personales (como plantean los modelos mentalistas y los modelos cognitivos en general) sobre el comportamiento, Bandura plantea un *determinismo recíproco entre ambiente, persona y conducta*.

Este aprendizaje, sobre todo en el caso de comportamientos complejos, se inicia generalmente mediante la observación de modelos que se comportan de una determinada manera y obtienen por ello unos determinados resultados; se adquieren así expectativas sobre qué conductas producirán qué efectos en qué situaciones; aquellas conductas que produzcan efectos deseables en determinadas situaciones tenderán a ser imitadas, y tanto más cuanto más motivado se encuentre el sujeto de cara a conseguir el resultado esperado.

Así, por ejemplo, en el caso del tabaco o del alcohol, suelen ser modelos de consumo los padres, los amigos y los medios de comunicación. Se adquiere, por ejemplo, la expectativa de que fumar favorece la diversión, mejora la imagen que damos a los demás, ayuda a afrontar problemas, ayuda a formar parte del grupo de amigos...

Una vez que la conducta ha sido ejecutada, puede mantenerse o no dependiendo de los resultados que produzca : aquellas conductas que producen resultados deseables para el sujeto tienden a ser repetidas; aquellas que producen resultados negativos tienden a desaparecer. Al primer fenómeno le llamamos reforzamiento de la conducta.

Así, los primeros consumos de alcohol o tabaco en el grupo tenderán a repetirse si producen los efectos esperados: facilitar la pertenencia y el contacto, relajar, divertirse...

Pero la probabilidad de que una conducta sea reforzada depende de la situación en la que se produzca. Así, por ejemplo, contar un chiste en una reunión de amigos es una conducta que suele ser reforzada (con la atención o la risa de los demás), pero la misma conducta en mitad de un funeral no suele serlo. De este modo, a través de la repetición, determinadas situaciones quedan asociadas o condicionadas a determinadas conductas, es decir, adquieren el poder de activar determinados comportamientos (condicionamiento clásico o pavloviano). Hablamos entonces de hábitos; un hábito es una asociación entre una situación determinada y un comportamiento de alta probabilidad en esa situación porque ha sido repetidamente reforzado en el pasado.

Ahora bien, el efecto del modelado y de la posterior ejecución y, en su caso, consolidación de la conducta observada a través de los procesos de condicionamiento clásico e instrumental, no es automático ni universal, sino que está modulado por determinadas variables personales (expectativas, normas, valores, habilidades y destrezas) que a su vez son el resultado de la interacción pasada y actual entre el individuo y el entorno.

Llegados a este punto el hábito puede continuar a pesar incluso de las consecuencias negativas que produce, y ello por varios motivos: en primer lugar, por los poderosos condicionamientos que se han llegado a establecer entre determinadas situaciones y el consumo de la sustancias, hasta el punto de que la situación desencadena automáticamente el ansia de consumir; en segundo lugar, por el progresivo empobrecimiento del repertorio de conductas del individuo para afrontar de otro modo la misma situación; en tercer lugar, por la pérdida de expectativas de autoeficacia que se produce en el individuo sobre su capacidad para manejar la situación de otro modo; en cuarto lugar, por la aparición de la dependencia física; en quinto lugar, porque el propio consumo continuado genera nuevas fuentes de estrés de tipo familiar, laboral, sanitario o económico cuyo impacto emocional puede ser aliviado con más consumos, cerrando así el círculo.

A partir de este planteamiento general, la investigación empírica ha ido estableciendo la contribución de las principales variables que condicionan el comportamiento, tanto del individuo como del entorno y de la interacción entre ambos. Estas variables constituyen, según la Teoría del Aprendizaje Social, los elementos hacia los que dirigir las actuaciones preventivas.

Aun a riesgo de parecer prolijos, consideramos de interés un breve repaso a las principales de ellas, precisamente para destacar la complejidad del fenómeno, la necesidad de no caer en reduccionismos y simplificaciones y la variedad de estrategias preventivas que se desprende de este enfoque.

## **Variables del entorno próximo**

### *Modelos*

Los bebedores, fumadores o consumidores de otras drogas presentes en el entorno del adolescente ejercen una función de modelos de comportamiento, por lo que su existencia incrementa las probabilidades de que el sujeto observador se inicie en el consumo de tabaco. Los principales modelos son los padres, los hermanos mayores, los profesores, los ídolos y líderes juveniles y los amigos del grupo.

El modelado provoca varios efectos. Uno de ellos es incrementar la probabilidad de que el observador lleve a cabo la conducta que observa. No todos los modelos son igual de eficaces; el modelado es más eficaz si:

- El modelo es parecido al observador.
- El modelo presenta características deseables para el observador.
- El modelo obtiene consecuencias positivas del comportamiento que modela.
- El observador es reforzado por poner en práctica la conducta observada.

### *Presión del grupo*

La pertenencia a un grupo es quizá uno de los motivadores más potentes del comportamiento del adolescente y uno de los elementos más necesarios para el desarrollo por su papel modulador de la conducta, de la afectividad y del autoconcepto. No existe adolescencia sin grupo. Por ello, la presión del grupo constituye una influencia poderosa sobre el comportamiento de los miembros individuales.

Los primeros consumos de tabaco o de alcohol tienen lugar dentro del grupo de amigos, porque se trata de comportamientos que obtienen el reconocimiento

social del grupo y proporcionan al individuo la percepción de que pertenece al mismo.

Será, pues, más probable el inicio en la medida en que el grupo valore positivamente el consumo de estas sustancias y en la medida en que el individuo carezca de recursos para afrontar la presión del grupo. Se ha encontrado que este es uno de los condicionantes fundamentales del inicio en el hábito de beber alcohol y fumar, y uno de los objetivos esenciales de la actuación preventiva.

#### *Disponibilidad de la sustancia*

Cuanto más accesible y más barata resulta una sustancia, mayor probabilidad existe de que se produzca el consumo y de que continúe. Las restricciones legales sobre la venta de alcohol o tabaco, y el aumento de su precio a través de los impuestos tienen como consecuencia una reducción del consumo. Los países donde se ha llevado a cabo una política decidida de aumentos importantes de precio del alcohol y el tabaco han obtenido un descenso proporcional de su consumo entre los adolescentes. Ahora bien, tal como predicen las leyes del aprendizaje, las subidas de precio, cuando se producen de modo escalonado, suelen ser absorbidas mejor por los consumidores, y por lo tanto resultan menos eficaces que las subidas bruscas.

#### *Valores y normas sobre el consumo*

Las normas sobre el consumo de alcohol o tabaco que existan en el entorno próximo al adolescente (familia, escuela) constituyen otro poderoso condicionante de la probabilidad del inicio del inicio. Se trata, además, de un elemento íntimamente unido a otros como la presencia de modelos fumadores en el entorno, las creencias sobre la relación entre tabaco y enfermedad, o la sobreestimación sobre el proporción de fumadores. Todas estas variables son significativamente diferentes entre el colectivo de jóvenes abusadores de alcohol frente al de no bebedores.

#### *Alternativas de ocio*

Buena parte de la oferta de actividades de ocio dirigida a los adolescentes está mediada por intereses comerciales y se caracteriza por la pasividad (escuchar música, ver imágenes) y el consumo (igualmente de música o imágenes, y también de productos como las bebidas alcohólicas o el tabaco). La inexistencia o inaccesibilidad de alternativas de ocio es otro poderoso condicionante del abuso de alcohol. A menudo la oferta de actividades de ocio no sujetas a intereses económicos es más escasa y plantea gratificaciones menos atractivas a corto plazo que el escape y el “desparrame” pasajero que, fin de semana tras fin de semana, propone el consumo de sustancias frente a las tensiones de la semana escolar.

## **Variables del entorno amplio**

### *Publicidad*

La publicidad es uno de los factores decisivos en la inducción al consumo de alcohol y tabaco. La publicidad de estos productos está limitada legalmente, pero llega de todos modos a los adolescentes a través de la publicidad indirecta o de productos de camuflaje, o por puro y simple incumplimiento de la normativa.

Se trata de una publicidad escasamente informativa y muy elaborada, cuya estrategia básica consiste en evocar estilos de vida atractivos asociados supuestamente al alcohol y tabaco. La limitación de la publicidad constituye un elemento esencial en el cambio del discurso social hacia la idea de que fumar no es una conducta inocua o irrelevante.

### *Aceptación social del consumo*

Es evidente que el consumo de una sustancia se ve favorecido cuando el mismo es aceptado y considerado normal en el entorno del individuo. Más aún cuando es percibido no sólo como normal, sino incluso como elemento de integración en determinados entornos. Es evidente también que la consideración social del alcohol y el tabaco es distinta de la de las drogas ilegales. Se bebe y se fuma en los medios de comunicación, en público, lo hacen personas conocidas, el tabaco y el alcohol se asocian al deporte... Nada de esto sería concebible en el caso de las drogas ilegales. En general, se transmite la sensación de que beber y fumar son comportamientos aceptables socialmente, si bien es cierto que se ha avanzado mucho en cuanto a la sensibilización hacia el papel que cumple la exhibición de estas conductas por parte de modelos en la escuela, los centros sanitarios o los líderes públicos.

### *Valores sociales*

La interacción entre el individuo y el entorno incluye, de modo muy especial, los aspectos valorativos propios de cada entorno particular. El consumo de alcohol y tabaco, como el de cualquier droga, no se produce de modo aislado e independiente de los valores imperantes en la sociedad. Al contrario, esos valores pueden ser profundamente favorecedores del consumo de tabaco y drogas en general. Entre ellos, el valor del éxito social, la juventud, la belleza, el placer inmediato, el "presentismo" o el consumismo.

### *Intereses económicos*

En último término, una variable que condiciona poderosamente los problemas de abuso de alcohol es la existencia de intereses económicos.

En primer lugar, también el del ocio es un mercado. El tiempo de ocio de los adolescentes es amplio, y su capacidad adquisitiva considerable, por lo que este ámbito constituye en la actualidad un atractivo mercado al que la industria ofrece sus productos. No hay que olvidar que los jóvenes consumen alcohol casi exclusivamente en situaciones recreativas o de ocio, y que el consumo de tabaco es notablemente más elevado, también, en estos contextos. Buena parte del presupuesto semanal de los adolescentes españoles se dedica a la compra de bebidas alcohólicas y tabaco, y la estrategia publicitaria de la industria busca precisamente asociar el disfrute del tiempo libre con el consumo de estas drogas.

Por otra parte, millones de familias en el mundo, incluyendo a la propia Unión Europea, dependen económicamente de la producción, venta o publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco. En nuestro país, es un sector del que depende una parte sustancial de la economía de las regiones productoras.

En nuestro país, además de los cuantiosos intereses privados, la comercialización del alcohol y tabaco supone para el Estado una importante vía de ingresos a través de los impuestos especiales que lo gravan. Indudablemente, esta situación condiciona poderosamente la intensidad de los esfuerzos preventivos que puedan llevarse a cabo desde las distintas administraciones.

## **Variables del individuo**

### *Edad*

Se trata de un factor cuya relación con el inicio del consumo de alcohol, y sobre todo de tabaco, es muy obvia. Las edades de inicio en el consumo de alcohol y tabaco suelen seguir un patrón previsible en cada momento y entorno; también es bien conocido el proceso que se inicia en las drogas legales y continúa, en su caso, con el cannabis y a partir de ahí, en su caso, con el resto de las drogas ilegales. Podemos afirmar que el inicio del consumo de tabaco, alcohol u otras drogas es un fenómeno típicamente adolescente. También es un fenómeno típicamente grupal. No es posible entender el comportamiento de los adolescentes sin referirlo a la influencia del grupo. En este contexto es donde puede iniciarse el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. En la medida en que el consumo de estas sustancias puede ser reforzado socialmente por el grupo, y más aún si ese consumo es señal de identidad o condición “sine qua non” para formar parte del grupo, el consumo se hace más probable.

### *Habilidades y recursos personales*

Según la Teoría del Aprendizaje Social, a partir de la interacción con el entorno, de la influencia de modelos de conducta y de las contingencias que el entorno proporciona para los propios comportamientos, se adquieren y se consolidan determinadas destrezas para el afrontamiento exitoso de distintas situaciones:

habilidades de relación social, habilidad para resistir la presión del grupo, asertividad, habilidades para tomar decisiones y resolver problemas, estilos de diversión y utilización del tiempo de ocio...

Sabemos que los adolescentes que consolidan el consumo de alcohol y tabaco son más deficitarios de estos recursos que los que no lo hacen.

Así, las presiones directas o indirectas que experimenta el adolescente para que consuma alcohol o tabaco (presión del grupo de amigos, presión publicitaria, modelos...) darán como resultado el inicio en el consumo en función del repertorio de habilidades de afrontamiento de esas presiones por parte del individuo. La probabilidad de que se produzca el inicio en el consumo depende, por lo tanto, del peso relativo de esas dos variables.

### *Expectativas de autoeficacia*

Las expectativas de autoeficacia consisten en la percepción que el individuo mantiene sobre su capacidades para afrontar situaciones específicas. Según la Teoría del Aprendizaje Social, constituyen uno de los predictores fundamentales del éxito en la consecución de distintos objetivos, y correlacionan negativamente con la probabilidad del inicio del abuso de alcohol u otras drogas en las situaciones a las que se refieren. Se trata de una variable cognitiva central en la Teoría del Aprendizaje Social, y a ella nos referiremos un poco más adelante.

### *Creencias y expectativas sobre la sustancia y sus efectos*

Si bien la mayoría de las campañas preventivas tradicionales han consistido básicamente en transmisión de información sobre las consecuencias nocivas del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, según la Teoría del Aprendizaje Social la falta de estas informaciones no constituye un determinante necesario ni suficiente. En general, la amenaza de consecuencias nocivas es percibida como algo lejano, improbable y poco motivador frente a la inmediatez y la importancia de las consecuencias reforzantes que se derivan del consumo.

No obstante, es cierto que determinadas ideas equivocadas o lagunas de conocimiento sobre el consumo de alcohol y tabaco pueden contribuir al inicio. En primer lugar, sabemos que es común en adolescentes que abusan del alcohol y que fuman la sobreestimación que realizan sobre el número de personas que fuman a su alrededor o sobre la cantidad de bebidas alcohólicas que se beben habitualmente; también es habitual la infraestimación sobre las actitudes negativas hacia el alcohol y el tabaco o la minimización de la naturaleza adictiva del beber o fumar. Por otra parte, en Estados Unidos existe evidencia de que las campañas sobre las consecuencias del tabaco sobre la salud sí tienen cierto impacto en los jóvenes. Finalmente, algunos estudios muestran que una buena parte de los jóvenes aducen como motivo para no fumar o no abusar del alcohol el miedo a las consecuencias



sobre su salud, junto a la pérdida de atractivo y en rendimiento físico, lo que habla con claridad a favor de la eficacia de las acciones informativas y sensibilizadoras.

El concepto de autoeficacia es un elemento central en la explicación del comportamiento desde la Teoría del Aprendizaje Social. Bandura entiende por autoeficacia la percepción del individuo sobre su capacidad para adoptar un comportamiento determinado en un campo específico. Se trata de un concepto específico para tareas concretas, diferente del concepto de autovaloración o de autoestima, que son más globales. Se distingue además del concepto de expectativas de resultados porque este último se refiere a la expectativa del individuo de que su conducta va a producir el resultado deseado.

La percepción de autoeficacia del individuo correlaciona positivamente con la probabilidad de éxito en una tarea específica (como el abandono del alcohol o el tabaco), porque favorece la persistencia y el esfuerzo en esa tarea. Incrementar las expectativas de autoeficacia de los individuos es, por lo tanto, un objetivo central de las actuaciones terapéuticas o preventivas.

Lo más interesante del concepto de autoeficacia, y lo que distingue a este constructo de otras variables internas propias de otros modelos es que, si bien la percepción de autoeficacia contribuye de modo causal a la conducta, es a su vez la propia conducta manifiesta el principal determinante de las expectativas de autoeficacia. Es a través de la propia experiencia, de la propia actuación con el entorno, de la cual se desprenden unos resultados, como el individuo adquiere la percepción de ser o no ser competente en ese dominio de actividad. Existen, como señala Bandura, otras fuentes de la autoeficacia (la experiencia vicaria que observa el sujeto o la persuasión verbal de otras personas), pero todas ellas, para producir expectativas de eficacia sólidas, deben pasar por la prueba de realidad de la propia experiencia.

Por lo tanto la intervención, tanto en el tratamiento como en la prevención de conductas adictivas o de otro tipo, debe organizarse de modo que provea al individuo de experiencias de éxito en su entorno real como forma de adquirir expectativas de autoeficacia, que son a su vez predictoras de competencia futura en el manejo de situaciones asociadas, por ejemplo, al consumo de sustancias.

La autoeficacia no es, pues, causa primera del comportamiento. La autoeficacia se construye y remite, en última instancia, a la actuación o interacción del individuo con su entorno. Esta es una diferencia esencial con otras variables explicativas de tipo cognitivo propias de otros modelos.

La Teoría del Aprendizaje Social es una teoría general del comportamiento humano que debe ser complementada, para ser operativa, con modelos más específicos del consumo de alcohol y otras drogas. La Teoría del Aprendizaje Social establece unos principios (el determinismo recíproco, las leyes del aprendizaje, el aprendizaje vicario, el papel de la autoeficacia) y un conjunto de variables cuya contribución debe ser investigada en orden a construir teorías más específicas, algunas de las cuales revisaremos más adelante.

Es importante destacar, para los propósitos de este trabajo, el papel que la Teoría del Aprendizaje Social concede a la información en la prevención de las drogodependencias. La conducta de consumo no está dirigida, según este modelo, por variables como el conocimiento racional de los riesgos y beneficios, las intenciones, las expectativas o los valores. Estas variables, en primer lugar, no son en este modelo explicaciones últimas, sino que surgen principalmente de la propia interacción del individuo con su entorno; en segundo lugar, interactúan, para la determinación de la conducta, con los condicionamientos adquiridos previamente por el individuo, con los repertorios de destrezas con los que cuenta (o de los que carece), con el estado motivacional y con los elementos de la situación específica. Las estrategias preventivas, y entre ellas la información, deben ir dirigidas a facilitar a los individuos actuaciones competentes en los entornos reales, que produzcan resultados ventajosos que a su vez consoliden las conductas alternativas al consumo. La información, en este contexto, es un instrumento más, necesario pero no único ni preferente.

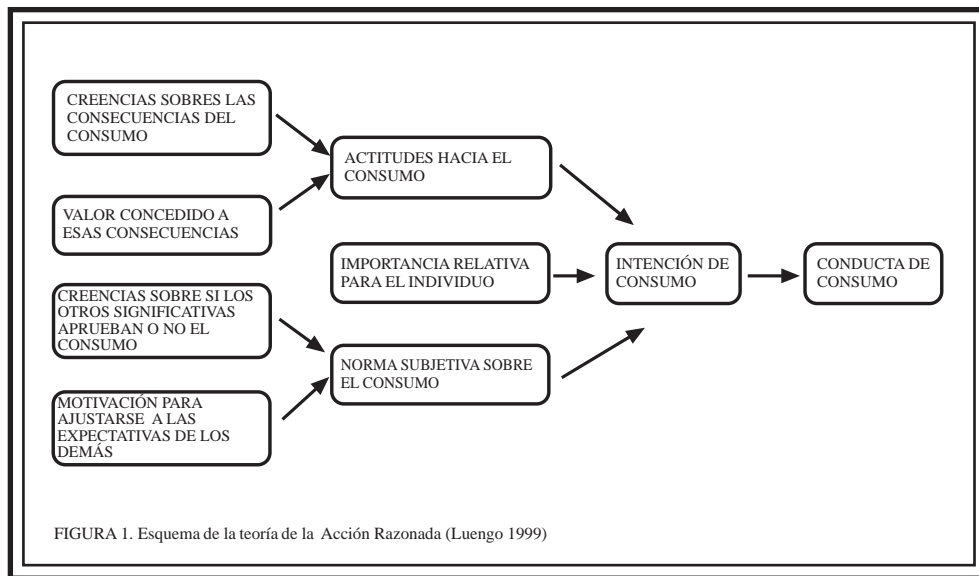
### **3.5.1.2. Teorías de la Acción Razonada y de la Conducta Planificada de Azjen y Fishbein.**

La Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Azjen, 1975) y la Teoría de la Conducta Planificada (Azjen, 1988) constituyen sin duda el principal sustento teórico en el que se apoya el uso de las estrategias informativas en prevención, y como tal aparece, explícita o implícitamente, en numerosos programas.

Estos modelos se centran en el análisis de los determinantes más inmediatos y directos del consumo, sin abordar por lo tanto las variables, más lejanas e indirectas, de los que los primeros pueden ser función. Estos determinantes inmediatos son de tipo cognitivo: intenciones, creencias y actitudes.

La Teoría de la Acción Razonada plantea, en concreto, que el determinante más inmediato de la conducta de consumo de sustancias es la llamada intención de consumo. Esta intención depende, a su vez, de dos variables: las actitudes hacia el consumo y las normas subjetivas en relación al mismo. Estas dos variables tienen una importancia relativa diferente en la aparición de la intención de consumo en función de los individuos. Las actitudes surgen a su vez como resultado de dos variables: las expectativas sobre las consecuencias del consumo de drogas y el valor que esas consecuencias tengan para el sujeto. En cuanto a la norma subjetiva, depende también de dos elementos: las creencias sobre si las otras personas significativas aprueban o no el consumo, y la motivación del individuo para adaptarse a esas expectativas de los demás.

Representamos gráficamente estas variables en la figura 1.



En una formulación posterior, la Teoría de la Conducta Planificada (Azjen, 1988), se incluye una variable más en la determinación de la intención de consumir: la percepción del individuo sobre su capacidad para controlar la conducta y las variables asociadas a ella (la ejecución misma del consumo, la obtención de la sustancia o la presión de los amigos para el consumo); así, si el individuo se percibe poco competente para enfrentarse a los incitadores del consumo, la probabilidad de éste aumenta.

Las teorías de la Acción Razonada y de la Conducta Planificada se encuadran en las llamadas teorías actitud-conducta. Estas teorías asumen un modelo racional del comportamiento: las personas se comportan en función, en último término, de la información que poseen. Sus implicaciones para la prevención son evidentes: el objetivo de la prevención es la modificación de las actitudes que favorecen el consumo, como medio para prevenir este. En este planteamiento las estrategias informativas, desde distintos canales y por distintos procedimientos, son el elemento central. En el apartado dedicado a las conclusiones nos detendremos en los aspectos críticos de este planteamiento.

### 3.5.2. Teorías de la Conducta Desviada.

#### 3.5.2.1. Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor.

A diferencia de las teorías del Aprendizaje Social y de la Acción Razonada, que son modelos generales del comportamiento, la teoría de la Conducta Problema pretende explicar un grupo de conductas específicas que, según sus autores, responden a similares determinantes y, por lo tanto, van normalmente unidas. Por este motivo, es un modelo compatible o encuadrable con enfoques más generales, y particularmente con la teoría del Aprendizaje Social.

Según Jessor y Jessor (Jessor y Jessor, 1977; Jessor 1992; Luengo et. al., 1999; Becoña, 1999) las conductas problema, entre las cuales se encuentra el consumo de drogas, constituyen un "síndrome de desviación" completo. Definen con esta etiqueta a aquellas actividades que están socialmente definidas como problemáticas y que generan, por lo tanto, algún tipo de respuesta de control social (consumo de drogas, delincuencia, conductas sexuales de riesgo...).

Según este modelo, la conducta, sea desviada o sea conforme a las normas sociales, es el resultado de la interacción entre factores personales y factores socioambientales, interacción que tiene lugar, como telón de fondo, en un contexto donde operan unos factores sociodemográficos (estructura familiar, ocupación y educación de los padres) y unos factores de socialización (ideología parental, clima familiar, medios de comunicación...).

A su vez, cada uno de estos dos factores principales (denominados *sistema de personalidad* y *sistema de ambiente percibido*) está constituido por diferentes variables, algunos de los cuales pueden favorecer las conductas problema y otros pueden favorecer las conductas de conformidad social. Dentro del sistema de personalidad, Jessor incluye tres conjuntos de variables: en primer lugar, la llamada *estructura motivacional*, que hace referencia al valor que el individuo concede al rendimiento académico o a la independencia; en segundo lugar tendríamos la *estructura de creencias personales*, que se refiere a las creencias sobre la sociedad o uno mismo, a la autoestima, al inconformismo o al lugar de control; en tercer lugar se incluyen las actitudes específicas hacia la desviación. En cuanto al sistema de ambiente percibido, los autores incluyen en él dos tipos de variables: unas distales donde se encuentra el apoyo o el control percibido por el adolescente por parte de los padres y de los amigos, y otras más próximas como la prevalencia y la aceptación de la conducta problema dentro de los contextos donde se desenvuelve el sujeto.

Así, a partir de este modelo, se favorece la conducta problema si:

- La independencia de los padres es una motivación importante, si se valora poco el rendimiento académico o si tiene bajas expectativas de éxito en éste.
- El sujeto mantiene una actitud crítica frente a la sociedad, su autoestima es baja y no percibe la relación entre conducta convencional y recompensa o entre conducta desviada y castigo.
- El sujeto mantiene una actitud de tolerancia hacia la desviación.
- El sujeto está más influido en su conducta por los amigos que por los padres.
- El sujeto se relaciona con contextos donde se refuerzan las conductas desviadas.

Se trata, por lo tanto, de un modelo sumamente complejo, abierto e influyente sobre buen número de programas preventivos. En él se incluyen numerosos factores de riesgo y de protección. De particular interés es la importancia que el modelo concede, de modo creciente a lo largo de sus distintas versiones, al contexto socioeconómico como

condicionante de la aparición de las conductas desviadas y por lo tanto a la necesidad de incorporar en las políticas preventivas acciones encaminadas a combatir la pobreza, la desigualdad y la discriminación. De este modo el modelo se desmarca de otros que inciden en la responsabilidad del individuo y sus condicionantes internos y se integra en el grupo de aquellos que buscan las explicaciones en la interacción entre individuo y contexto (entendiendo este tanto en sentido restringido como en sentido amplio).

A partir de estas premisas, se comprende que el papel de las estrategias informativas es limitado en la prevención. Las actitudes y expectativas hacia las drogas se construyen en la interacción con el entorno y no en base a la información disponible. La eficacia de la información está muy condicionada por elementos del contexto y por otros elementos individuales.

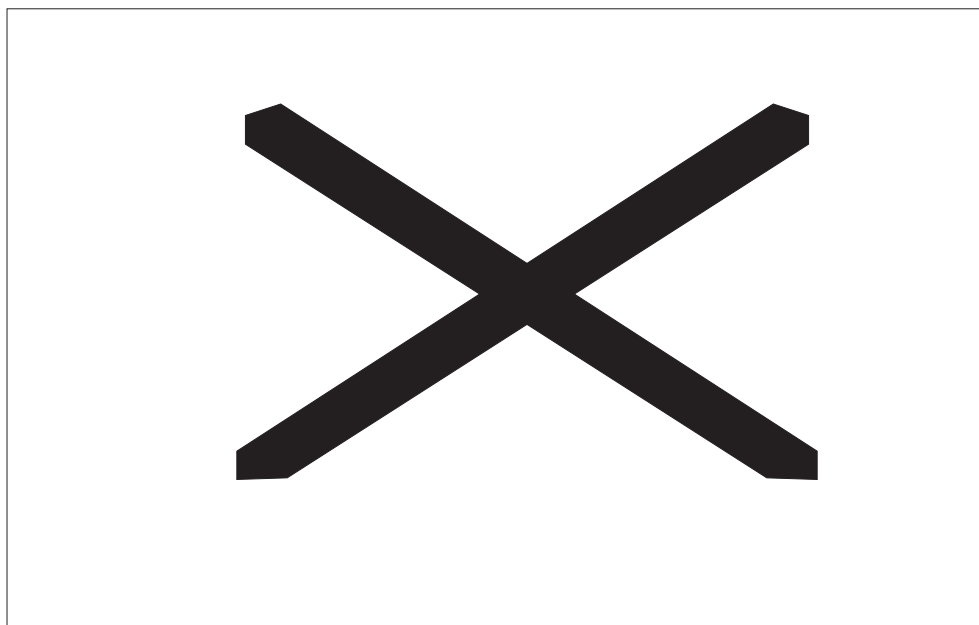
### **3.5.2.2. Modelo integrador de Elliot.**

Elliot et al. (1985) proponen un modelo que, como el anterior, engloba el consumo de drogas dentro de una categoría más amplia de conducta desviada. El eje de su modelo lo constituye la debilidad de los vínculos del sujeto con la sociedad convencional. En la explicación de esta debilidad, Elliot recoge tres elementos:

- La llamada tensión estructural o disparidad entre las metas de los individuos y los medios para conseguirlas.
- La desorganización social, o situación de dificultad socioeconómica, pertenencia a grupos conflictivos o escasez de lazos comunitarios.
- La socialización inadecuada por parte de la familia o la escuela.

Además de la debilidad de los vínculos con la sociedad convencional, Elliot añade una variable más para explicar la conducta desviada: el contacto con grupos que induzcan y refuercen la ejecución de conductas problema. Para Elliot, esta sería la variable más inmediata asociada a la conducta problema.

En la figura 2 representamos este modelo.



El interés del modelo radica, principalmente, en que llama la atención una vez más sobre el papel central de la interacción individuo-contexto, y particularmente del contexto, en la génesis del consumo de drogas. Como todas las teorías de la conducta desviada, es discutible su aplicabilidad en la explicación de los nuevos patrones de consumo, de tipo recreativo.

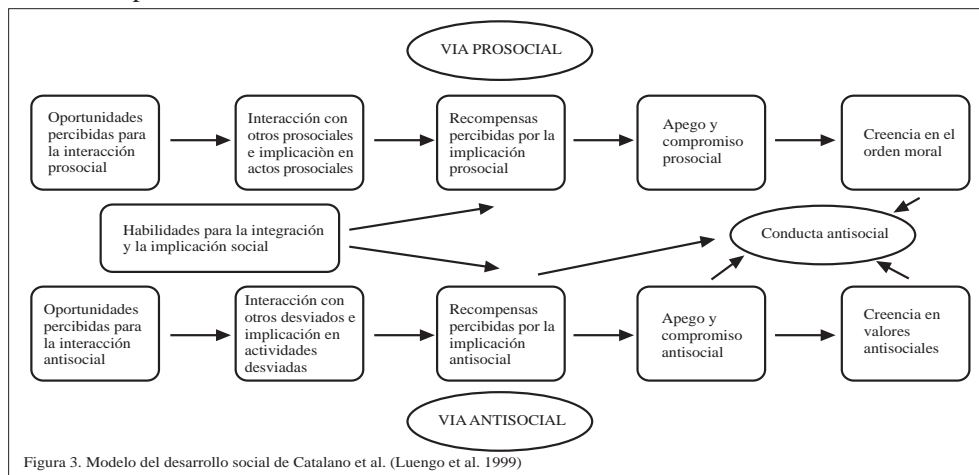
### 3.5.2.3. Modelo del Desarrollo Social de Catalano y Hawkins.

También el modelo del Desarrollo Social (Catalano y Hawkins, 1996; Catalano et al., 1996) se enmarca dentro de los modelos de la conducta problemática en general. Para Catalano y Hawkins, la implicación del individuo en conductas antisociales o prosociales dependerá de la fuerza de los vínculos que vaya estableciendo con entornos favorecedores de uno u otro tipo de conductas. Si la vinculación predominante se establece con entornos prosociales, aparecerá un comportamiento prosocial; si la vinculación predominante se establece con entornos antisociales, aparecerá un comportamiento antisocial. Por lo tanto, lo decisivo no es la fuerza del vínculo, sino las características del entorno con el que se vincule (con lo cual la fuerza de los vínculos familiares no es un elemento necesariamente preventivo, a diferencia de lo que postulan las teorías del control social).

La cuestión, así planteada, es: ¿de qué depende la existencia de vínculo con uno u otro tipo de entornos? Para los autores, depende de:

- Las oportunidades percibidas por el sujeto para implicarse en uno u otro entorno. No basta con que las oportunidades existan, el sujeto debe percibirlas.

- La interacción real con uno u otro entorno.
- La existencia en el repertorio del sujeto de habilidades personales para desarrollar esas interacciones.
- Las contingencias de reforzamiento que el sujeto perciba que se deriven de esas implicaciones.



Las implicaciones para la prevención consisten en la puesta en práctica de actuaciones multicomponentes, dirigidas a las distintas variables y ajustadas al momento evolutivo del sujeto. Particularmente se insiste en el aprendizaje de habilidades para lograr un funcionamiento competente en entornos prosociales (habilidades sociales, toma de decisiones, autocontrol).

Con su énfasis en el proceso de socialización y las variables que lo condicionan, se trata de un modelo muy compatible con los postulados de la Teoría del Aprendizaje Social y con el Modelo de Potenciación como estilo de intervención. Comparte también con ellos el escaso énfasis puesto en las estrategias informativas en la prevención de las drogodependencias.

### 3.5.3. Teorías específicas del consumo de drogas y conductas no saludables.

#### 3.5.3.1. Modelo médico.

El modelo médico de las conductas adictivas parte, como es sabido, de una diferencia cualitativa esencial entre la dependencia de la sustancia y la no dependencia. La primera es una "enfermedad", una situación a la que se asigna de modo acrítico el mismo modelo de la enfermedad orgánica, y la segunda no. Esta separación exige contar con

criterios unívocos que permitan diagnosticar cuándo existe y cuando no existe "enfermedad", criterios que van cambiando a lo largo del tiempo y que se reflejan en las sucesivas ediciones de los catálogos de criterios diagnósticos (principalmente el de la OMS y el de la Asociación Psiquiátrica Americana).

Este planteamiento dar lugar a numerosos problemas tanto para la prevención como para el tratamiento de las conductas adictivas (Heather, 1999):

- El concepto de enfermedad, y por lo tanto de "todo o nada", restringe los esfuerzos de tratamiento y de prevención a unos pocos individuos, aquellos que cumplen los criterios diagnósticos establecidos.
- Se ignora la diversidad de problemas asociados al abuso de alcohol. La dependencia puede existir de distintas formas y en distintos grados; además, son problemáticas las conductas asociadas al abuso, al margen de la dependencia: accidentes, agresiones, absentismo laboral, problemas escolares... La atención se restringe sólo a los problemas tipificados en las clasificaciones de enfermedades.
- Esta separación radical entre salud y enfermedad, este planteamiento de "todo o nada", está muy presente en el discurso social, donde en general se mantiene un concepto estrecho de dependencia, lo cual impide a muchas personas asumir que el consumo de alcohol es un problema en su vida, con el argumento de que "yo no soy alcohólico".
- Se hace recaer el problema, cuando existe, sobre los individuos. Es el individuo el que está "enfermo". Se desvía así la atención de los factores del contexto que pueden contribuir, a menudo a gran escala, a la existencia de estos problemas, fomentando así un cierto conservadurismo social.
- Sobre todo, y esto es especialmente grave para la prevención, se aísla la conducta-problema (que además se restringe, como hemos visto) de los factores que la condicionan, con lo cual el modelo médico no tiene ninguna virtualidad preventiva. En realidad el modelo médico es un no-modelo porque asume un planteamiento radicalmente ateoórico; interesa identificar un síndrome que permita clasificar a un individuo dentro o fuera de él; la pregunta por sus causas excede el planteamiento médico. Otra cuestión es que de hecho la medicina se pregunte por estas causas, pero para responder a esta pregunta se toman prestados otros modelos (genético, sistémico, psicodinámico, conductual, etc.) dando lugar a veces a extraños eclecticismos.

Nos interesa hacer referencia al modelo médico, porque, a pesar de sus insuficiencias especialmente visibles en el campo de la prevención, numerosos responsables de los planes y programas preventivos son profesionales formados en el campo de la medicina. Este hecho produce como consecuencia una cierta inconsistencia teórica en numerosas actuaciones, al margen de que siguen existiendo programas que definen su objetivo general como "reducir la probabilidad de alcoholismo" o que definen la su población objetivo por ser "población de riesgo" (implícitamente, de riesgo de acabar "padeciendo la enfermedad" en cuestión).



También esta situación tiene implicaciones sobre el uso de las estrategias informativas en la prevención. El recurso a la información como herramienta preventiva básica, tan habitual en el campo de la medicina, no debe entenderse como resultado de un modelo teórico, sino más bien como reflejo de la ausencia de modelo, situación ante la cual se utiliza el modelo más compatible con el discurso social y el más simple de llevar a cabo, es decir, el racional-informativo.

### **3.5.3.2. Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock et al.**

Otro modelo que concede especial importancia a los aspectos cognitivos en la puesta en práctica de comportamientos saludables es el modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1974; Masur, 1981; Costa y López, 1986). Como resultado de su historia de aprendizaje, el individuo aprende determinadas expectativas que son los mediadores directos de la probabilidad de su implicación en comportamientos no saludables como el consumo de drogas u otros. Estas expectativas o creencias de salud son:

- Las creencias sobre la gravedad del riesgo en cuestión (¿qué importancia tiene?)
- Las creencias sobre los costes y beneficios de comportarse de modo saludable (¿qué pierdo y qué gano?)
- Las creencias sobre la vulnerabilidad personal en relación con el riesgo en cuestión (¿hasta qué punto me puede pasar a mí?).

La prevención del consumo de drogas, y la promoción de comportamientos saludables en general, deberá incluir por lo tanto entre sus objetivos el incremento de la percepción del riesgo y la vulnerabilidad personal, mediante estrategias informativas y sensibilizadoras. Existen evidencias de que la percepción de riesgos correlaciona significativamente con la no implicación en prácticas de riesgo.

Este modelo es especialmente importante en la justificación de programas preventivos basados en las estrategias que aquí nos ocupa, sobre todo en aquellas actuaciones dirigidas a intervenir en contextos recreativos y de ocio.

### **3.5.3.3. Teoría de la Influencia Triádica de Flay y Petraitis.**

Flay y Petraitis (Petraitis et al. 1995) proponen un modelo integrador de distintas aportaciones parciales, dirigido a la explicación de la conducta de consumo de drogas y las conductas no saludables en general, que parte del concepto de determinismo recíproco entre ambiente, variables personales y conducta, compartiendo así el planteamiento de fondo de Teoría del Aprendizaje Social.

Se trata, más que de un nuevo modelo, de una ordenación y sistematización del conjunto amplio y complejo de variables (el puzzle, utilizando su propia expresión) que a juicio de los autores intervienen en la determinación de la conducta de consumo de

drogas. Tiene, sin duda, el valor de superar planteamientos excesivamente simplificadores y generalistas propios de otros modelos, e insiste en el concepto de multideterminación a distintos niveles y de modo diferente en distintos individuos.

En esa ordenación, los autores establecen tres tipos de variables en la explicación de la conducta de consumo: las variables del individuo, las variables del ambiente cultural y las variables del contexto social. En cada uno de estos grupos considera, a su vez, distintos niveles de influencia; en principio, existen factores más indirectos y alejados, de partida, de los que depende la existencia de factores más directos e inmediatos en la determinación de la conducta. Esta sistematización puede observarse gráficamente en la figura 4.

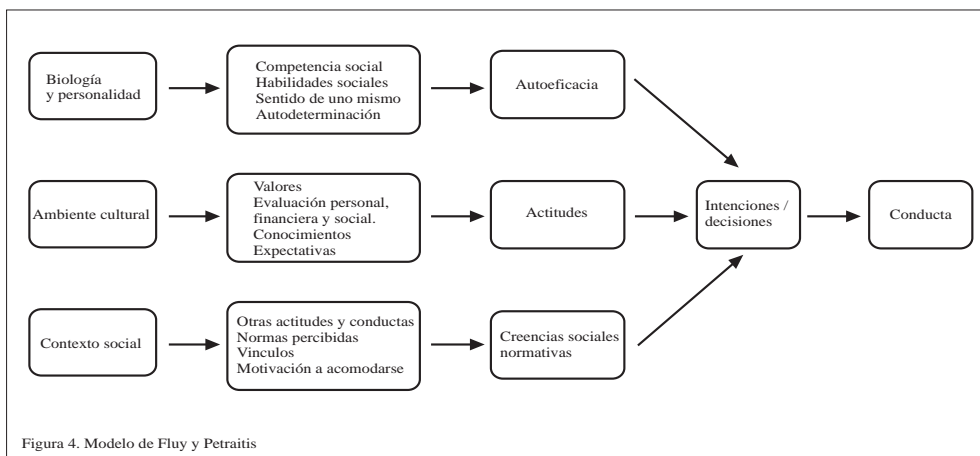


Figura 4. Modelo de Fluy y Petraitis

Más que desarrollar “in extenso” el modelo (puede revisarse en Becoña 1999), lo que nos interesa es destacar su amplitud, complejidad y operatividad. Recoge de modo sistemático aportaciones bien asentadas de otros modelos y obliga a realizar, en cada situación particular, un análisis de la influencia de las distintas variables e intervenciones a la medida y con distintos niveles posibles de profundidad dependiendo de que se actúe sobre variables de influencia más o menos inmediata sobre la conducta.

### 3.5.3.4. Modelo de las "7 Esferas" de Costa y López.

Costa y López (1996) plantean un modelo, al que denominan didácticamente Modelo de las 7 esferas, dirigido a la comprensión del origen y mantenimiento de los comportamientos y prácticas con implicaciones sobre la salud, y que se ofrece como guía estratégica para diseñar acciones coherentes y eficaces en Educación para la Salud, incluyendo las orientadas a la prevención del uso o abuso de drogas.

Se trata de un desarrollo de la Teoría del Aprendizaje Social, si bien incluyen aportaciones del Conductismo Social de Staats (1979) y del Modelo Interconductual de Kantor y Ribes (Kantor, 1978; Ribes, 1985; Bayés, 1980; Segura et al., 1991). Parte, además, de la enorme experiencia de los autores en la planificación, diseño y ejecución de programas de

Educación para la Salud, en distintos campos. En pocos casos como en este se conjugan la experiencia práctica en primera línea, prolongada y fructífera, el rigor teórico y metodológico, tan alejado del “todo vale” al que tan a menudo asistimos en nuestra práctica, la capacidad didáctica y, además, la cercanía de las estrategias planteadas a nuestra realidad sociocultural, por tratarse de un modelo desarrollado en nuestro país (como no podía ser de otro modo en un modelo que defiende precisamente la naturaleza histórica y ecológica del “mundo cognitivo”).

El modelo de las 7 esferas enfatiza el concepto de *interacción recíproca e histórica entre individuo y entorno como instancia explicativa última de la génesis y el mantenimiento de los comportamientos*.

En esa interacción, el entorno funciona de dos maneras: como señal o activador de determinados comportamientos (en función de la historia de aprendizaje del sujeto) y también como proveedor de resultados o consecuencias de los mismos; *esta relación entre la conducta y sus resultados* es la responsable última de su mantenimiento o abandono.

Dentro de la interacción entre individuo y entorno, el modelo considera dentro del individuo cinco esferas en interacción recíproca entre sí y con el entorno. Dos de ellas constituyen el medio de contacto con el entorno: por un lado, la dimensión de *atención/percepción*, íntimamente asociada a las señales del entorno; por el otro, la dimensión *actuación*, íntimamente asociada a los resultados o cambios sobre el entorno. Las otras tres esferas personales son la constituida por la biología, la dimensión cognitiva (pensar, conocer) y la dimensión emocional (sentir emociones). Las cinco esferas personales se condicionan mutuamente. De este modo, los individuos *no sólo regulan su comportamiento por la interacción con el entorno, sino que además se autorregulan*.

Representamos gráficamente el modelo en la figura 5.

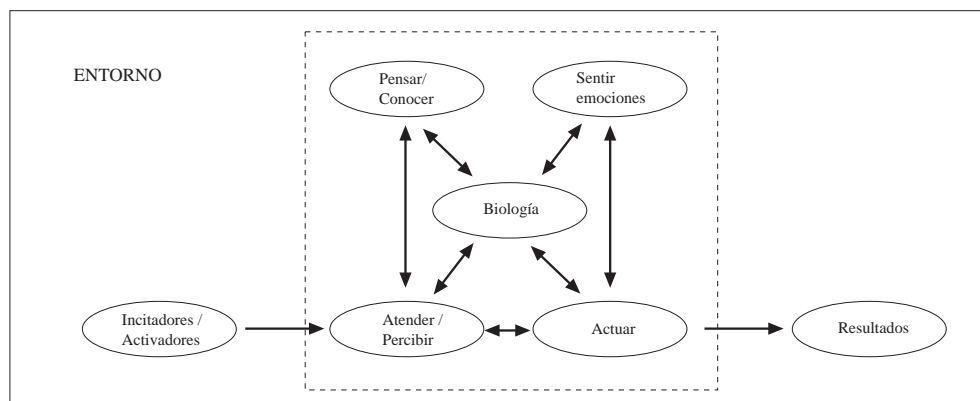


Figura 5. Modelo de las 7 esferas de Costa y López (1996).

Una exposición detallada del modelo excedería los propósitos de este trabajo, y en ningún caso sería más clara que la fuente original. Nos limitaremos por lo tanto a llamar la atención sobre algunas implicaciones para el diseño de programas de prevención del consumo de drogas:

- Se trata de un modelo *comprehensivo*, que se opone frontalmente a los distintos *reduccionismos* que han pretendido encontrar “la” explicación del consumo de drogas en una sola de las esferas, ya sea el reduccionismo sociologicista (la explicación está en el entorno), el reduccionismo biologicista (la explicación está en la biología de los individuos) o, sobre todo, el reduccionismo cognitivista o mentalista (la explicación está en las creencias, expectativas, déficits de información o actitudes).
- Las esferas que condicionan los comportamientos son el resultado de la interacción histórica del individuo con el entorno. Es en esa interacción presente y pasada donde hay que rastrear en último término la explicación de la conducta, y por tanto es sobre la interacción donde es necesario actuar. Las acciones dirigidas a la promoción de comportamientos saludables (y entre ellas los programas de prevención de drogas) deben orientarse siempre, por distintos procedimientos, a proporcionar a los sujetos experiencias reales de comportamientos alternativos de los cuales de desprendan consecuencias valiosas para ellos. Se trata de *un modelo fuertemente orientado a la acción*, que se opone frontalmente por lo tanto a aquellas actuaciones preventivas que pretenden modificar elementos internos de los individuos sin ninguna relación inmediata con acciones reales.
- Los programas de prevención son más eficaces cuantas más esferas movilicen, tanto del entorno (esfera indicadores / activadores y esfera resultados) como de los individuos (dimensiones atender / percibir, biología, pensar / conocer, sentir emociones y actuar).
- Cada situación de consumo obedece a una constelación particular de relaciones entre las esferas, por lo que los programas preventivos deben partir del conocimiento previo de la realidad particular sobre la que van a intervenir. El modelo no plantea

una explicación única del fenómeno del consumo de drogas, sino un marco teórico general que permite establecer hipótesis y diseñar actuaciones particulares a la medida de la realidad a la que nos enfrentemos.

- El modelo insiste en la necesidad de promover modificaciones en los distintos entornos o escenarios que condicionan el comportamiento de los individuos (familia, escuela, grupo de amigos, redes de apoyo social, medios de comunicación u otros) para que se eliminen barreras y costes y constituyan oportunidades y reforzadores de comportamientos saludables.
- Por el lado de las esferas personales, la prevención debe orientarse a la adquisición y potenciación de las habilidades, recursos y destrezas que permitan, en su aplicación en interacciones reales con el entorno, obtener resultados valiosos que consoliden los nuevos comportamientos alternativos al consumo de drogas. Estos aprendizajes deben orientarse siempre a la acción, y deben ajustarse a las características de los individuos y las situaciones particulares. Los autores insisten en no utilizar destrezas estandarizadas u “ortopédicas”.
- El modelo es particularmente crítico con los modelos actitud-conducta, que priorizan la dimensión cognitiva en la determinación de los comportamientos e impulsan por lo tanto el uso de estrategias informativas en la prevención del consumo de drogas:

*“... resulta sorprendente el peso relativo que en numerosos programas de EpS se sigue dando al suministro de información como fuente de conocimiento y como potencial determinante de las acciones de salud, suscribiendo, al menos implícitamente, la creencia idealista de que la acción es fruto del conocimiento o de que cambiando lo que la gente conoce, cambiará lo que la gente hace” (Costa y López, 1996, p. 151).*

- Frente a los modelos actitud-conducta, el modelo de las 7 esferas (y la Teoría del Aprendizaje Social en general) enfatiza la necesidad de intervenir sobre las situaciones (como activadoras de la acción y como proveedoras de resultados) y sobre las habilidades personales, focalizando así la actuación en conseguir las condiciones para acciones efectivas, que produzcan resultados ventajosos y den lugar a los cambios actitudinales correspondientes. Las actitudes cambian como consecuencia del cambio de actuación, y no al revés. Este planteamiento no implica no reconocer el papel de las actitudes y las creencias como un elemento más que condiciona los comportamientos, y cuya modificación debe ser optimizada (al igual que en el caso de las otras esferas) mediante el uso de estrategias informativas eficaces.

**3.6. *MODELOS QUE RESPONDEN FUNDAMENTALMENTE A LA PREGUNTA DE QUÉ ETAPAS ES ÚTIL CONSIDERAR EN EL INICIO Y CONSOLIDACIÓN DEL CONSUMO, Y POR LO TANTO NOS ORIENTAN EN LOS OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN FUNCIÓN DE ESA PERSPECTIVA PROCESUAL (TEORÍAS DESCRIPTIVAS).***

**3.6.1. *Modelo Transteórico de las Fases de Cambio de Prochaska et al. y Modelo de Etapas Motivacionales Multicomponente de Werch y DiClemente.***

El Modelo Transteórico de las Fases de Cambio en las conductas adictivas de Prochaska et al.(1983, 1992, 1993) es sin duda uno de los modelos más citados y más influyentes en los últimos años en el campo del abordaje de las conductas adictivas. Werch y DiClemente (1994) adaptaron posteriormente el modelo a la descripción del proceso del inicio en el consumo de drogas, si bien este modelo no ha alcanzado los niveles de aceptación e influencia de original referido al abandono de las adicciones.

Este modelo plantea una sucesión de estadios por los que atraviesa el individuo desde la situación de no consumo en absoluto hasta la situación de consumo regular. Estas fases son las mismas que habían sido postuladas anteriormente por Prochaska et al. para el abandono del consumo, y son las siguientes:

1. Precontemplación: el individuo no considera el uso de drogas.
2. Contemplación: el individuo considera la posibilidad de iniciar el consumo.
3. Preparación: el individuo tiene planes concretos para iniciar el consumo en un futuro inmediato.
4. Acción: el individuo ha iniciado el consumo.
5. Mantenimiento: el individuo consume de modo habitual o regular.

Del mismo modo que el modelo original, referido a las fases de abandono del hábito, implicaba la necesidad de adaptar los objetivos de la intervención terapéutica en función de la fase en la que se encontrara el individuo, este modelo preventivo subraya la necesidad de adecuar la actuación a la etapa del inicio del consumo en la que se encuentra el joven, y también a la sustancia concreta que consume. En función de estas variables el objetivo de la prevención puede dirigirse a la abstinencia absoluta, el consumo controlado o la reducción de daños.

Los autores combinan su modelo descriptivo con tres modelos explicativos de las variables implicadas en el paso de una fase a otra: el modelo de creencias de salud, la teoría del aprendizaje social (ambos comentados en este mismo texto) y el modelo del autocontrol de Kanfer (1975). De ellos extraen los principios explicativos y, consecuentemente, las estrategias preventivas que proponen (Becoña, 1999).

Es importante subrayar que el modelo propuesto por Werch y Prochaska para la prevención, al igual que el modelo matriz de Prochaska y cols. para la intervención, constituye únicamente un marco descriptivo de un proceso, en este caso el proceso de inicio en el consumo de drogas. No es, sin embargo, un modelo explicativo porque no se refiere a qué variables modifican la probabilidad de que aparezca y se consolide el consumo. Los propios autores señalan la necesidad de complementar, como hemos visto, su modelo con otras teorías compatibles que sí son explicativas.

En resumen, el proceso así descrito tiene importantes y valiosas implicaciones para la intervención terapéutica o preventiva, y especialmente la necesidad de adaptar los objetivos a la fase del proceso en la que se encuentran los receptores, pero no constituye en sí mismo un fundamento teórico suficiente para la prevención.

En cuanto al uso de la información o de otras estrategias en la prevención, se trata de una implicación que no se deriva propiamente del modelo, sino de las teorías explicativas que a juicio de los autores lo complementan. Así, plantean el uso de estrategias esencialmente informativas como medio para incrementar la susceptibilidad y la severidad percibidas del riesgo del consumo (variables centrales en el modelo de Creencias de Salud), pero igualmente plantean estrategias de modificación de los entornos y aprendizaje de habilidades, especialmente de habilidades de autocontrol (aportación propia de la teoría del Aprendizaje Social y del modelo de autocontrol de Kanfer).

### **3.6.2. Teoría Multietápica del Aprendizaje Social de Simons et al.**

La aportación de Simons et al. (1988) podríamos considerarla una descripción de las fases por las que atraviesa el individuo desde los primeros contactos con el alcohol hasta la consolidación del consumo dependiente del alcohol u otras drogas, y los distintos factores implicados en cada una de esas fases.

En concreto, Simons et al. asumen los factores y procesos postulados por la Teoría del Aprendizaje Social, y plantean tres etapas:

- Una primera etapa de contacto inicial con las drogas, que suele comenzar por el alcohol. En esta etapa son tres los factores predisponentes: los valores del sujeto (centrados en la obtención del placer a corto plazo), las características del medio familiar (falta de calidez y prácticas disciplinarias inadecuadas) y el consumo de drogas en la familia.

- Una segunda etapa de aproximación a grupos de amigos consumidores, una vez que el individuo ya se ha iniciado en el consumo, favorecido por déficits de habilidades sociales para implicarse en entornos no desviados.
- Una etapa final de consumo habitual, favorecido por factores como el consumo en la familia, el consumo de los amigos, el malestar emocional y la falta de habilidades de afrontamiento. Las propias consecuencias derivadas del consumo habitual, además, suponen nuevas y más graves fuentes de estrés, lo cual favorece que el consumo se agrave.

Las implicaciones preventivas del modelo son las derivadas de la Teoría del Aprendizaje Social, insistiendo especialmente en el aprendizaje de competencias de autocontrol emocional, resolución de problemas y habilidades sociales.

### **3.6.3. Modelo Secuencial de Kandel.**

A partir de la observación de amplias muestras de consumidores norteamericanos, Kandel (1980) plantea un modelo descriptivo que asume que el consumidor de drogas ilegales atraviesa cuatro etapas secuenciales:

1ª Consumo de bebidas de baja graduación (cerveza y vino).

2ª Consumo de bebidas de alta graduación (licores).

3ª Consumo de cannabis.

4ª Consumo de otras drogas ilegales.

De este modo, cada etapa de consumo es un factor de riesgo para pasar a la siguiente fase, si bien la mayoría de los que se encuentran en una fase no pasan a la siguiente.

Además, Kandel plantea, dentro de un planteamiento del Aprendizaje Social, la importancia diferencial de los distintos factores en función de la fase del proceso en la que se encuentra el individuo. En general, los factores sociales son más importantes en las dos primeras fases (modelo de los padres, relación con ellos, grupo amplio de amigos), y los factores individuales y del entorno social íntimo cobran más peso en las dos últimas.

Dado que, según observa Kandel, la probabilidad de pasar a la tercera y la cuarta fase es mayor cuanto más temprana es la iniciación en la fase primera, el modelo insiste en la importancia de dos objetivos en la prevención; por un lado, retrasar la edad de inicio; por otro, prevenir el consumo de drogas legales.



### **3.6.4. Modelo de reducción de daños.**

En su aplicación al ámbito de la prevención, el modelo de reducción de daños trata de prevenir no el consumo, sino los riesgos asociados a él: intoxicaciones graves, dependencia, accidentes de tráfico o laborales, absentismo laboral, agresión, conducta sexual no segura, empobrecimiento personal, etc. En nuestro medio se suele aplicar a la prevención del abuso de alcohol, y se subraya precisamente que su objetivo es la prevención del abuso (entendido genéricamente como aquella pauta de consumo que provoca consecuencias indeseables de algún tipo) y no del uso. Asume como imposible o no deseable la abstinencia de alcohol en ciertos contextos, en función de los usos culturales tradicionales de los países de nuestro entorno, y enfoca sus esfuerzos hacia el objetivo de aprender a beber, trabajando con individuos que ya son bebedores pero no son dependientes. En la revisión efectuada encontramos numerosos programas planteados de este modo. Sus actuaciones se desarrollan en entornos próximos a los del consumo, a veces en el seno del propio grupo de amigos, y combinan las estrategias sensibilizadoras e informativas sobre los riesgos con la promoción de actividades alternativas a la bebida.

Parece deseable que los programas dirigidos a la prevención del abuso de alcohol definan claramente si su objetivo es la abstinencia, el retraso en la edad de inicio, el aprendizaje de pautas de consumo de bajo riesgo o todo ello a la vez dependiendo de la edad de los individuos. A menudo no está claro. No hay que olvidar que el consumo es la variable dependiente principal, cuya definición y medición es condición previa para evaluar los resultados.

## ***3.7. MODELOS QUE RESPONDEN FUNDAMENTALMENTE A LA PREGUNTA DE QUÉ ESTILO DE INTERVENCIÓN ES MÁS EFICAZ, Y POR LO TANTO NOS ORIENTAN SOBRE EL TIPO DE ABORDAJE A REALIZAR.***

### **3.7.1. Modelo de Potenciación de Costa y López**

El Modelo de Potenciación (Costa y López, 1996), anteriormente denominado Modelo de Competencia (Costa y López, 1986; Albee, 1980) plantea un estilo de intervención que se desprende de los postulados del Modelo de las 7 Esferas (y de la Teoría del Aprendizaje Social) de los mismos autores. Se trata, pues, de un marco que define el cómo estructurar y orientar la intervención en la práctica, y no a explicar los factores implicados en la génesis y mantenimiento de los problemas de salud.

La Teoría del Aprendizaje Social y el Modelo de las 7 Esferas plantean el consumo de sustancias y las conductas no saludables en general como resultado de la interacción entre las demandas del entorno y los repertorios personales de competencias, habilidades o destrezas para su manejo; a partir de este enfoque, el Modelo de Potenciación, partiendo de la creencia en la capacidad de los niños y adolescentes para aprender competencias nuevas y optimizar las existentes, se orienta hacia los medios

para promover esos aprendizajes. Las competencias se refieren a la relación social con el entorno, el autocontrol emocional, el manejo de la presión del grupo, la búsqueda de información y apoyos, la resolución de problemas y la toma de decisiones, principalmente. Con esta concepción, el modelo de Potenciación se opone frontalmente al modelo tradicional, centrado en los déficits de los individuos.

Por otra parte, se trata de un modelo decididamente orientado a la acción. El aprendizaje de competencias sólo es significativo si da lugar a actuaciones reales exitosas, las cuales incrementan las expectativas de autoeficacia de los individuos, que son a su vez el mejor predictor de actitudes de afrontamiento activo y competente.

No es este el lugar para extendernos en las implicaciones del modelo. Sí nos interesa destacar lo que se refiere al posible uso de las estrategias informativas en prevención. Sobre este punto sus autores insisten, como ya señalábamos al tratar del modelo de las 7 esferas, en señalar su insuficiencia y la ingenuidad que subyace en los modelos que consideran que son los elementos cognitivos (creencias, expectativas, actitudes) los determinantes fundamentales de los comportamientos, lo cual no niega la necesidad de su utilización y la necesidad de optimizar los procesos que condicionan su eficacia.

### **3.8. *MODELOS QUE RESPONDEN FUNDAMENTALMENTE A LA PREGUNTA DE QUIÉN DEBE INTERVENIR Y POR LO TANTO NOS ORIENTAN SOBRE LOS AGENTES DE INTERVENCIÓN MÁS IDÓNEOS.***

#### **3.8.1. Modelo de la influencia de iguales**

*El modelo de la influencia de iguales ("peer education")* constituye un enfoque por el cual se utiliza a una minoría de un grupo para informar e influir activamente en el comportamiento de la mayoría. Parte de la base de que las intervenciones y los mensajes deben ajustarse a las características de cada grupo, por lo cual es importante que los agentes preventivos sean percibidos como personas que comparten los valores, normas, lenguaje y problemas del grupo al que se dirige. Por otra parte, el planteamiento tiene la ventaja de que permite acceder a los jóvenes fuera de entornos formales como la escuela.

El modelo define una estrategia, que se combina con distintas teorías explicativas, fundamentalmente la Teoría del Aprendizaje Social y la Teoría de la Acción Razonada. Se trata, sin duda, de uno de los planteamientos más utilizados, al menos fuera de los entornos formales como la escuela o la familia.

Un elemento central en el modelo es la utilización de líderes naturales, definidos como personas que son percibidas como fiables y creíbles, como agentes del cambio. A partir de la influencia de los líderes naturales, se trata de constituir una onda expansiva de influencia que alcance a todos los individuos.

Sobre la optimización de las estrategias informativas en prevención, el modelo de la influencia de iguales plantea precisamente la cuestión de la eficacia diferencial de las distintas fuentes de las que parte la información, y defiende la conveniencia de utilizar a los propios iguales como fuente.

### **3.8.2. Modelo comunitario.**

San Martín y Pastor (1984) definen la Salud Comunitaria como "el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto con el apoyo, el acuerdo y la participación activa de la comunidad". Se trata de un modelo que surge a partir de la abrumadora evidencia sobre la relación entre la salud y los comportamientos y estilos de vida de las personas, los cuales a su vez se originan en la interacción con las circunstancias de su entorno.

Costa y López (1986) destacan las siguientes dimensiones como propias del enfoque comunitario:

- *Dimensión ecológica.* La salud es una cuestión individual, sino ecológica; surge de la interacción entre el individuo y los contextos en los que se comporta y de desarrolla su vida. La intervención debe dirigirse a promover modificaciones en los contextos y las organizaciones que favorezcan comportamientos saludables.
- *Dimensión participación.* Se promueve la participación activa de las organizaciones comunitarias en todos los estadios de desarrollo de las acciones de salud, la descentralización y la desprofesionalización; el protagonismo recae en las organizaciones de la propia comunidad, y no en expertos. Parte de los objetivos del modelo comunitario consiste precisamente en la promoción de organizaciones competentes. Se trata de una dimensión íntimamente unida a la anterior en la medida en que el protagonismo de la comunidad asegura que las medidas adoptadas estén adaptadas a la realidad ecológica en que se van a aplicar, así como la continuidad temporal de la mismas.
- *Dimensión prevención y promoción de la salud.* Se promueve la necesidad de acciones preventivas, mediante cambios en los contextos (las organizaciones, los escenarios, las instituciones) y en los comportamientos de los individuos de modo que estos sean más competentes.

Se trata de un modelo íntimamente asociado al Modelo de Potenciación como estilo de intervención y a la Teoría del Aprendizaje Social como modelo explicativo. En la

prevención de las drogodependencias, supone asumir la posibilidad y la pertinencia misma de la prevención, y la participación social a pie de calle como condiciones de su eficacia.

Son numerosos los programas de prevención que asumen formalmente estos planteamientos. Sin embargo, el concepto de programa comunitario es utilizado a menudo como una especie de cajón de sastre cuyo contenido se define negativamente como todo aquello que se dirige a ámbitos distintos del escolar o del familiar. Lo sustancial del modelo comunitario no está, sin embargo, en el ámbito hacia el que se dirige (por ejemplo, los parques donde se produce el fenómeno del "botellón") sino en el protagonismo de la comunidad en su diseño y ejecución. A este respecto, el propio Plan Nacional sobre Drogas (2000) define las intervenciones comunitarias como aquellas que están "destinadas a propiciar la movilización y la participación de instituciones y organizaciones de la propia comunidad en la definición de sus necesidades y la elaboración de las respuestas".

El enfoque comunitario tiene implicaciones importantes para todos los componentes que intervienen en las estrategias informativas para la prevención del consumo de drogas. Tiene implicaciones sobre las fuentes más idóneas (de ahí la importancia del concepto de mediador social), sobre los contenidos, sobre los procedimientos, sobre los canales, sobre los objetivos y sobre los contextos de la información. De todo ello trataremos en el punto siguiente.

### **3.9 ALGUNAS CONCLUSIONES SOBRE LA REVISIÓN DE MODELOS TEÓRICOS UTILIZADOS EN PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y SUS IMPLICACIONES PARA LAS ESTRATEGIAS INFORMATIVAS**

- A pesar de la aparente disparidad de teorías, en el sustrato existen un evidente consenso de mínimos que nos atrevemos a sintetizar en:
  - ◆ El inicio y mantenimiento del consumo debe entenderse como resultado de la interacción entre contexto (amplio y próximo) e individuo, desechando reduccionismos tanto biológicos (modelo médico tradicional) como sociológicos que, o bien aíslan la conducta problema del conjunto de factores que la condicionan o se pierden en discursos excesivamente genéricos y poco operativos.
  - ◆ La influencia de las distintas variables puede establecerse a distintos niveles, desde los más inmediatos y cercanos al comportamiento de consumo (como puede ser la intención conductual) hasta los más lejanos (como puede ser el sistema económico).
- Todos los modelos teóricos defienden la pertinencia y la necesidad de llevar a cabo intervenciones específicamente dirigidas a modificar los condicionantes cognitivos (actitudes, expectativas, creencias, déficits de información...) de la conducta de consumo de drogas, y por lo tanto de optimizar los componentes que contribuyen a su eficacia, porque estos elementos aparecen de modo

consistente en la investigación sobre factores de riesgo y factores de protección. La diferencia entre los distintos modelos, en lo que se refiere a este punto, reside más bien en la importancia relativa de esta variable en relación con otras, y en su estatus de causa o de efecto condicionante del comportamiento de consumo.

- Ahora bien, el uso privilegiado de la información como medio para modificar o prevenir comportamientos se apoya esencialmente en tres bases conceptuales: el modelo que podríamos denominar del discurso social, el modelo médico y el modelo de la Acción Razonada, que comparten un planteamiento racional-informativo del comportamiento. De estos tres apoyos, sólo el último (y sus desarrollos) constituye formalmente un modelo.
- Desde la Teoría del Aprendizaje Social y los modelos que se apoyan en ella se cuestionan los postulados de la Teoría de la Acción Razonada, con base en los siguientes argumentos:
  - ◆ En primer lugar, la relación entre la intención conductual y la conducta no es tan clara. No siempre se puede predecir lo que haremos a partir de nuestras intenciones. Esta discrepancia es mayor si:
    - El individuo no ha pasado por experiencias previas en la situación concreta, con lo que la estimación de lo que será su conducta (intención conductual) puede no ser realista. Una cosa es calcular lo que haré en una situación desconocida y otra muy distinta lo que haré realmente.
    - El individuo carece de destrezas o habilidades para ejecutar realmente la conducta que tiene intención de ejecutar, con lo cual esa ejecución será imposible con independencia de cuál sea la intención.
    - Las circunstancias reales con las que se enfrenta el individuo son muy diferentes de las circunstancias descritas verbalmente.
  - ◆ Si la relación entre la conducta y la intención conductual no siempre es tan predecible, menos aún lo es la relación entre la conducta y una variable más alejada como es la actitud. De hecho, el valor predictivo de las actitudes sobre la conducta real puede ser muy bajo. En la realidad juegan otras variables a la hora de condicionar el comportamiento.
  - ◆ Los modelos actitud-conducta no tienen en cuenta el poder condicionante de la situación particular en la que el individuo se comporta. Postulan que el comportamiento surge fundamentalmente a partir de variables del individuo. Sin embargo, la conducta real siempre surge de la interacción entre individuo y contexto. En determinadas situaciones pueden operar variables como condicionamientos previos, presión social, contingencias de reforzamiento, déficits de habilidades específicas, etc., que pueden dar lugar a comportamientos por completo alejados de los previsibles a partir únicamente de las actitudes del individuo.
  - ◆ Los modelos actitud-conducta tampoco tienen en cuenta los repertorios o déficits conductuales del individuo a la hora de predecir los comportamientos. Las habilidades o destrezas de enfrentamiento a la situación son el resultado

de la historia de aprendizaje de los individuos. Pueden existir o no, y pueden ser funcionales o no. En cualquier caso, difícilmente se podrá ejecutar un comportamiento (hablar francés, preparar una paella o rechazar las incitaciones al consumo de tabaco) si no se sabe cómo hacerlo.

- ◆ Las propias actitudes, creencias o expectativas, o la percepción de competencia a la que se refiere la teoría de la conducta planificada, como variables que condicionan, en interacción con otras, el comportamiento, son a su vez el resultado histórico de la interacción pasada del individuo con su entorno. No son causa primera explicativa. Un individuo se siente competente para desarrollar un comportamiento sobre todo si lo ha ejecutado antes con éxito. Las "causas" habría que remitirlas siempre, en el análisis, a las experiencias de aprendizaje del individuo con el entorno.
- ◆ Por el mismo motivo, si las actitudes y la percepción de competencia se construyen en las actuaciones reales del individuo en su entorno, de las cuales se obtienen unos resultados, las actitudes y la percepción de competencia son el resultado de la conducta real, y no al revés. Desde el punto de vista práctico, por lo tanto, la mejor forma de modificar las actitudes es precisamente promoviendo en los individuos conductas reales de enfrentamiento que produzcan resultados favorables que consoliden las nuevas conductas, que incrementen la percepción de competencia, y den lugar a las actitudes o evaluaciones correspondientes. Así, por ejemplo, la modificación de las actitudes racistas es más eficaz a través de la promoción de interacciones reales con personas de otras razas que a través de debates, mensajes sensibilizadores o informaciones en ausencia de interacción real.
- El éxito del modelo actitud conducta puede verse favorecido porque las consideraciones teóricas no son los únicos (ni a menudo los principales) condicionantes de la elección de las estrategias.

Así, ocurre que los administradores políticos, que son, en último término, los responsables de la existencia de los medios humanos y materiales para la implementación de los programas, se rigen a menudo en su actuación a partir de situaciones de alarma social, en buena parte magnificadas o distorsionadas por los medios de comunicación, a las que deben dar respuestas inmediatas y supuestamente eficaces, esto es, electoralmente rentables. Esta situación da lugar a varios efectos; uno de ellos es cierta excesiva prisa o la búsqueda del impacto mediático sobre la opinión pública a la hora de poner en marcha actuaciones, lo que se traduce en programas informativos o de sensibilización. Estos responden a un modelo teórico racional que conecta bien con el discurso social predominante, e incluso con el discurso médico, según los cuales es la prevención exige esencialmente información y sensibilización sobre los riesgos del consumo de drogas. No hay que olvidar, además, que buena parte de los responsables de los programas son profesionales de la medicina.

Por otra parte, la financiación de los programas está sujeta también a menudo a los vaivenes de intereses ajenos por completo a los mismos, y su mantenimiento depende de presupuestos que se elaboran en plazos cortos. El resultado es que

con mucha frecuencia los programas se terminan cuando se termina el dinero. Es obvio que este condicionante favorece también la adopción de estrategias a corto plazo, típicamente informativas y sensibilizadoras.

En tercer lugar, los objetivos de sensibilización, cambio de actitudes o aumento de conocimientos, habituales de los programas basados en modelos racionales, son más fácilmente evaluables, y en un plazo más corto, que los objetivos de modificación de comportamientos y estilos de vida, habituales de los programas basados en los modelos de aprendizaje social, lo que les permite cumplir más fácilmente con la exigencia metodológica de la evaluación.

- Los distintos modelos, tanto los explicativos como los de procedimiento, tienen implicaciones particulares sobre la optimización de las distintas variables que intervienen en las estrategias informativas (contenido, fuente, canales, estilo, etc.), de ahí la utilidad de esta revisión teórica con el fin de situar correctamente estas estrategias, adscribiendo su desarrollo y uso a diferentes modelos teóricos dotando, así, de sentido y rigor metodológico a los programas preventivos en cuya utilización se basan sus actividades.
- Se aprecia una necesidad de contar con modelos teóricos específicos para el consumo de alcohol y otras drogas en contextos recreativos (Calafat et al., 2001). En ellos existen peculiaridades notables que hacen que no puedan aplicarse modelos propios de los años 70 u 80. Estas peculiaridades se refieren a la tipología de los consumidores, las motivaciones para el consumo, los tipos de sustancia, el papel de la búsqueda de sensaciones, el papel de la subcultura surgida en los entornos recreativos o el papel de la industria del ocio dirigido a los jóvenes.

---

---

**4. CRITERIOS PRÁCTICOS DE  
UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN  
EN LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS**

---

---





#### 4.1. DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE "ESTRATEGIA INFORMATIVA"

Uno de los criterios de clasificación de los programas y las actuaciones preventivas (además de otros tan relevantes como el de los objetivos, la población a la que se dirige, la droga principal cuyo consumo se trata de prevenir, etc.) es el de las estrategias utilizadas.

Sobre la clasificación de las actuaciones preventivas en función de las estrategias utilizadas existe un consenso ciertamente amplio.

En primer lugar, cabe establecer la distinción entre estrategias orientadas a la prevención o limitación de la oferta de sustancias y estrategias orientadas a la prevención de la demanda. Entre las primeras se incluye el incremento de precios, la represión de la producción o tráfico, la prohibición de la publicidad, las normas que restringen su venta o su consumo, etc.

Entre las segundas figuran todas las medidas que enumeraremos más adelante, y entre ellas, y dado que la demanda de drogas es siempre resultante de la interacción, presente o pasada, entre individuos y entornos, puede ser útil distinguir entre aquellas estrategias que actúan sobre el entorno (familiar, laboral, recreativo, normativo) y aquellas otras que intervienen sobre los individuos. Entre estas, las más habituales son:

- *Estrategias informativas*
- *Estrategias dirigidas a modificar aspectos emocionales-afectivos*
- *Estrategias dirigidas al aprendizaje de habilidades y competencias*
- *Estrategias dirigidas a promover comportamientos alternativos*

*Esta taxonomía de estrategias se representa en el siguiente cuadro:*

Estrategias de reducción de la **oferta**

Que actúan sobre el **entorno** (físico, social, normativo...)

Estrategias de reducción de la **demanda**

Que actúan sobre los **individuos**

Estrategias informativas

- Estrategias dirigidas a modificar aspectos emocionales-afectivos
- Estrategias dirigidas al aprendizaje de habilidades y competencias
- Estrategias dirigidas a promover comportamientos alternativos

Entendemos por estrategia informativa aquella que, por distintos procedimientos, se dirige a la difusión de conocimientos y a la modificación de actitudes relacionadas con el alcohol u otras drogas, su consumo u otros aspectos asociados, partiendo de la asunción de que estas variables condicionan, en mayor o menor medida y entre otros factores, la conducta que se trata de prevenir.

Habitualmente la estrategia informativa se refiere a conocimientos sobre los efectos de las drogas, los condicionantes de su consumo o las alternativas al mismo en los momentos o situaciones en que se suele consumir.

Una buena forma de delimitar el concepto de estrategia informativa consiste en oponerlo a lo que no lo es. Sobre este punto existen distintas clasificaciones, pero entre ellas existe un importante grado de concordancia.

Así, El Plan Nacional sobre Drogas (1996) establece la siguiente clasificación:

- Estrategias de tipo informativo.
- Estrategias de generación de alternativas.
- Educación afectiva.
- Entrenamiento en habilidades.

Por su parte, Tobler (NIDA, 1997) establece siete categorías que coinciden básicamente con subdivisiones de la taxonomía del PND, y manteniendo igualmente una categoría específica para el "conocimiento - información":

- Conocimiento - información.
- Afectividad.
- Habilidades de rechazo.
- Habilidades genéricas.
- Habilidades de seguridad.
- Actividades extraacadémicas.
- Otras.

En otra clasificación citada con frecuencia, y utilizada por ejemplo por Martínez Higuera y Salvador (1999) en su "Catálogo de Programas de Prevención del abuso de Drogas", Torjman Sherri (1986) establece la siguiente taxonomía, de cuyas cuatro categorías sólo las dos primeras se refieren a actuaciones dirigidas a los individuos, y que se solapan esencialmente con las anteriores:

- Estrategias de influencia, dirigidas a incrementar los conocimientos y cambiar las actitudes de los individuos respecto a las drogas.
- Estrategias de desarrollo de competencias, dirigidas a mejorar los recursos y habilidades personales para afrontar las situaciones diarias de la vida
- Estrategias de control, dirigidas a modificar las normas escritas o tácitas, los códigos, las actitudes y los comportamientos públicos en relación con las drogas.
- Estrategias de diseño ambiental, dirigidas a modificar los entornos inmediatos en los cuales los individuos viven.

Así pues, y aunque puedan existir matices diferentes, en todas las clasificaciones se reserva una categoría específica para esta cuestión, que puede denominarse "información", "conocimientos", "actitudes", "aspectos cognitivos", etc., existiendo diferencias en todo caso en el resto de las estrategias, diferencias que se refieren más bien al grado de especificidad de los contenidos de cada categoría. Se trata, por lo tanto, de un tipo de estrategia que está siempre *presente* y que además tiene una entidad *conceptual* relativamente bien delimitada de la del resto.

## **4.2. FASES DE UN PROGRAMA**

Hemos de partir de la base de que el diseño y puesta en marcha de un programa de prevención de consumo de sustancias debe nacer tanto de la existencia de un problema como de la explicitación de la necesidad de solucionar tal problema. Es decir una necesidad sentida y expresada. Es por esta razón que el primer paso a seguir ha de ser un buen diagnóstico de necesidades. Esta etapa del proceso debe realizarse previamente a la elección de la estrategia preventiva, dado que sus resultados nos van a orientar sobre la estrategia más idónea.

### **4.2.1. Evaluación de necesidades**

Desde nuestro punto de vista esta etapa de proceso debe perseguir diferentes objetivos, pero uno de ellos entendemos prioritario es el de contextualizar el problema en la realidad en que se produce. Este proceso debe proporcionarnos información relevante acerca de los siguientes aspectos:

- Conocer las características de la población objetivo y población intermedia
- Conocer el entorno donde se va a desarrollar el programa (organizaciones sociales, instituciones, etc.)
- Conocer las personas claves del entorno que pueden facilitar o entorpecer el desarrollo del programa

Para llegar a este nivel de información pueden utilizarse diferentes técnicas (entrevistas a informantes clave, cuestionarios, etc.), pero es importante realizar una adecuada recopilación y revisión bibliográfica en torno al contexto de aplicación de nuestro programa, y en este sentido nos parece interesante la distinción de D: Comas (2001) entre revisión temática y revisión territorial. La primera de ellas hace referencia a revisar cómo se ha trabajado en este tema en otros lugares, posibles investigaciones, y este no debe significar, tal y como señala el autor “copiar” lo que han realizado en otros lugares, pero sí nos puede servir de reflexión y análisis de nuestro proyecto. En cuanto a la segunda, esto es la territorial tiene que ver con todas las características relevantes de la población sobre la que vamos a intervenir.

Una vez realizado este proceso de evaluación de necesidades estaremos en disposición de abordar el diseño del programa, y para ello debemos en primer lugar elegir un modelo teórico de partida, y en base a este y a la evaluación realizada explicitar las hipótesis de trabajo.

Estas hipótesis pueden desarrollarse bien en torno a la etiología de la conducta de consumo y sus consecuencias, o bien alrededor de los llamados factores de riesgo o protección (también podemos encontrarlos en la literatura como factores asociados).

#### **4.2.2. Establecimiento de metas de prevención**

En principio en esta etapa debemos establecer metas que se ajusten a la solución del problema detectado en la evaluación de necesidades. Estas metas no sólo deben proponerse hacia la población objetivo, sino que también deberían incluir las poblaciones intermedias y las instituciones claves del entorno de desarrollo del programa. No olvidemos que cada uno de ellos (asociaciones, entidades, instituciones, etc.) va a tener una diferente visión del problema, así como una diferente propuesta de solución para el mismo.

#### **4.2.3. Establecimiento de objetivos**

La diferencia entre las metas y los objetivos tiene que ver con el alcance de unos y otros, mientras que las metas deben formular resultados finales de un programa, los objetivos deberían expresar logros concretos en un periodo de tiempo determinado.

Así podemos diferenciar entre objetivos generales y objetivos específicos. Los generales hacen referencia a resultados esperados tras nuestra intervención. Han de ser coherentes con las metas y con los objetivos específicos. Los objetivos específicos deben describirse del modo más claro posible, realistas, esto es con expectativas de ser alcanzados, y medibles y/o cuantificables. También podemos formular objetivos operativos, esto es referidos a las actividades concretas a desarrollar.

En cuanto a los tipos de objetivos existen múltiples clasificaciones y descripciones, pero desde el punto de vista práctico, nos resulta interesante la propuesta realizada por F. Alvira (1999) que distingue entre objetivos de resultados que tienen que ver con “el qué del programa” y los objetivos relacionados con el “cómo, con los medios, con los procedimientos o métodos” para lograr los resultados, siendo estos objetivos de proceso.

Asimismo al igual que las metas, deberían programarse objetivos generales y específicos en diferentes planos o niveles, tanto en relación con la población objetivo, poblaciones intermedias, como con el contexto de la intervención.

#### **4.2.4. Planificación y establecimiento de estrategias de cambio**

El grado de descripción de esta etapa debe ser máximo, dado que consiste en definir cada una de las estrategias o actividades a desarrollar en el programa para conseguir los objetivos planteados inicialmente.

Estas actividades deben aparecer por escrito detalladas y ordenadas cronológicamente, esto es debemos realizar un temporalización ordenada de las mismas.

#### **4.2.5. Identificación de Recursos**

Hemos de precisar con claridad con qué recursos humanos, materiales y presupuestarios vamos a contar. Es importante dentro de los recursos humanos determinar no sólo las personas que van a participar, sino también el nivel y los tiempos de dedicación de las mismas.

Asimismo deberíamos saber con cierto grado de precisión con qué recursos comunitarios podemos contar en la colaboración con el programa. Esto es un aspecto importante que ya hemos recogido en la evaluación de necesidades.

Una vez realizado esto, hemos de organizar el ajuste entre lo que tenemos y lo que necesitamos, y a su vez compara con metas y objetivos.

#### **4.2.6. Implementación**

Una vez superadas las etapas anteriores, estaríamos en disposición de poner en marcha el programa. En esta fase hemos de comprobar:

- El cumplimiento de los objetivos planteados en los plazos previstos
- La realización del seguimiento de las tareas asignadas a los miembros del equipo
- La valoración de la suficiencia de los recursos movilizados

Asimismo no hemos de olvidar los posibles obstáculos que pueden surgir y que podrían dar al traste con nuestro programa, entre otros:

- Disponibilidad de los recursos previstos (humanos, materiales y presupuestarios)
- Adecuada coordinación y comunicación entre los elementos del programa, así como con las instituciones y organizaciones implicadas en el desarrollo del programa.
- Apoyo político, institucional y de la comunidad en que se desarrolla nuestra actividad.
- Participación e implicación de las poblaciones (objetivo, intermedia y comunidad en que se implementa el programa).

#### **4.2.7. Evaluación del Programa**

Si bien está colocada siempre como última etapa, realmente el diseño de la evaluación debe realizarse al principio del diseño del programa, tal y como veremos en el capítulo dedicado a la evaluación.



### **4.3. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN CON EL EMISOR DE LOS MENSAJES**

#### **4.3.1. Introducción**

Una misma información puede ser poco o muy eficaz en términos preventivos, dependiendo de quién la emita. A continuación, trataremos de señalar los atributos básicos que caracterizan a los buenos emisores, después señalaremos cuales son los emisores más y menos indicados según las circunstancias y el tipo de población diana. Por último, haremos referencia a las formas más adecuadas y eficaces de transmitir la información y finalizaremos señalando las necesidades básicas de formación de cada emisor en concreto.

#### **4.3.2. Características del “buen emisor”**

- *Motivado*: El “buen emisor” aprecia su labor y disfruta haciéndola. Desea dar información y asume la utilidad de darla. Cree en la veracidad y adecuación de lo que dice y de los materiales que utiliza.
- *Seguro*: confía en su capacidad como emisor de información y la ofrece de forma fluida y convincente, sin llegar a mostrarse prepotente o desconsiderado.
- *Adaptable*: se adapta a las características (posicionamientos, creencias, actitudes, necesidades, intereses, etc.) de su público destinatario.
- *Creíble*: la población diana le considera digno de credibilidad, en cuanto le ve Sincero (no muestra intención deliberada de persuadir, no tiene afán de lucro ni intereses específicos relacionados directamente con la información que proporciona, es capaz de hablar en su propia contra, etc.) y Competente (es riguroso, está bien formado, tiene experiencia y prestigio entre su audiencia, etc.).
- *Semejante*: resulta cercano para su público en cuanto tiene puntos en común con su público, desde características tales como la edad, el sexo, el grupo étnico, etc., hasta otras como estilo de vida, referentes estéticos y culturales, actitudes, intereses, etc.
- *Confiable*: es percibido como honesto, honrado y desinteresado, y asegura la confidencialidad del feedback que pueda recibir de su audiencia en forma de información personalizada sobre los hábitos de consumo de alcohol de cada destinatario.
- *Agradable*: ya sea por sus características físicas (atractivo), ya sea por su forma de ser, de comportarse o de expresarse, la población diana le recibe con agrado y emociones positivas.

### 4.3.3. Emisores

- *Padres*: si existe un emisor que cumple las características del emisor ideal (credibilidad, confianza, cercanía, etc.), esos son los progenitores de los niños y niñas, al menos hasta llegar a la adolescencia o preadolescencia. La transmisión de información preventiva sobre el alcohol habrá de iniciarse, por lo tanto, en el seno de la familia y cumpliendo, evidentemente, los requisitos básicos de adaptarse a la edad y etapa evolutiva de los hijos.
- *Profesores*: los profesores, al igual que los padres, cuentan con numerosos puntos a su favor de cara a realizar una eficaz transmisión de la información de carácter preventivo, tanto durante la primera infancia como durante etapas más avanzadas. Es por ello, que al igual que la familia, la escuela constituye uno de los ejes centrales sobre los que debería sustentarse la actividad preventiva y la correcta transmisión de información.
- *Expertos (psicólogos, educadores, trabajadores sociales, etc.)*: por su competencia y conocimientos, la figura del experto es fundamental en la transmisión de información preventiva referente al alcohol. No obstante, no debe entenderse que en todo y para todo deba contarse con un experto como emisor directo de la información. Resulta evidente, que cualquier campaña o programa preventivo debe contar con la figura del experto y este deberá participar activamente en la elaboración de la información a transmitir, sin embargo, muchas veces no tiene por qué ser el emisor idóneo y su labor habrá de centrarse más en cuestiones de coordinación, organización y asesoramiento, funcionando como un referente al que puedan acudir los emisores directos (padres, profesores, voluntarios, etc.). Evidentemente, cuando en la figura del experto confluyan otras características del “buen emisor”, como son la semejanza y cercanía, estaremos ante un emisor con un potencial especialmente válido, como muchas veces es el caso de los educadores. Cuando todas estas circunstancias no confluyan en una misma persona, la actuación del experto como emisor directo de información habría de restringirse más bien a momentos puntuales integrados dentro de un conjunto de intervenciones (p. Ej.: una o más sesiones dentro de todo un programa preventivo en la escuela) o a intervenciones específicas en ocasiones especiales o señaladas (p. Ej.: transmisión de información en medios de comunicación ante situaciones de interés o alarma pública, o colaboración en secciones específicas de salud en medios de comunicación escritos o audiovisuales).
- *Pares y Voluntarios*: especialmente a partir de la adolescencia, los padres y los profesores pierden relativamente su valor como referentes (creíbles, confiables, etc.) y su lugar es ocupado, en gran medida, por el grupo de pares. Por lo tanto, la transmisión eficaz de la información preventiva referente al alcohol y otras drogas contando con la implicación y participación de los pares, es una prometedora alternativa que de un tiempo a esta parte está siendo especialmente valorada y explotada, especialmente en el ámbito de los programas dirigidos a la prevención del abuso y a la reducción de los riesgos asociados al uso de alcohol. En estos programas, bien utilizando líderes naturales para la transmisión de información entre sus iguales, bien integrando voluntarios dentro de intervenciones dirigidas al medio abierto (entornos de ocio), se trata de potenciar que sea la propia

población diana la que acabe tomando las riendas y la iniciativa de una actividad preventiva realizada por ella misma y para ella misma.

- *Instituciones públicas y Asociaciones:* muchas veces, como emisor directo de la información, figura una Institución o Administración pública (Ayuntamientos, Municipios, etc.), lo cual es perfectamente comprensible pero no necesariamente lo más recomendable. En no pocas ocasiones, el público joven y adolescente recibe (justificada o injustificadamente) con desconfianza, incredulidad y desagrado, la información proveniente de instituciones públicas, estatales o gubernamentales, lo cual llega a anular la efectividad preventiva por muy bien elaborada que esté esa información. En este sentido, lo más recomendable sería que cuanto más específico sea el programa (en términos contextuales y poblacionales), menos relevancia se le otorgara a la institución que financia o subvenciona la actividad preventiva, y más a relevancia se le diera a las asociaciones y grupos aceptados e integrados en el entorno (barrio, municipio, espacios de ocio).
- *Grupos o entidades políticas o religiosas:* en ocasiones, quien emite la información sobre alcohol, bien en formato escrito bien mediante interlocutores presenciales, es un grupo con una determinada y definida orientación ideológica o religiosa, un ejemplo entre muchos otros podrían ser Diabética o los Testigos de Jehová. La adecuación de este tipo de materiales y emisores queda restringida exclusivamente a entornos y públicos diana concretos que comparten esas mismas orientaciones, siendo absolutamente inapropiados en ámbitos ajenos a esas creencias y posicionamientos, pues por muy respetables que puedan ser, carecen en general de los requisitos básicos de cercanía y adaptación a las actitudes, creencias e intereses del público destinatario.
- *Productores y distribuidores de bebidas alcohólicas:* la implicación de la industria del alcohol en el manejo de información con fines preventivos ha sido hasta ahora un área poco explotada, posiblemente debido, entre otras cosas, a un conflicto de intereses. No obstante, su participación como emisor de información podría ser especialmente interesante en programas comunitarios dirigidos a la prevención del abuso y a la reducción de riesgos asociados al uso de alcohol, dando la posibilidad, por ejemplo, a utilizar los propios envases (botellas, latas, etc.) para introducir información veraz, objetiva y presentada en un estilo publicitario que tan bien dominan. No obstante, también cabe considerar que la implicación de este sector puede resultar confuso e incluso contraproducente si no viene acompañada de una concienciación y un posicionamiento más sincero, global y profundo en consonancia con los intereses de la prevención del abuso de alcohol, cuidando especialmente otros aspectos relacionados precisamente con sus estrategias publicitarias y evitando el contrasentido de la situación actual en la que a la vez que directa o indirectamente se incita al uso y al abuso, se lava manos apelando a la responsabilidad individual (Bebe con moderación. Es tu responsabilidad).
- *Personajes públicos:* famosos, cantantes, actores, etc., han sido utilizados en diversas ocasiones para transmitir información preventiva sobre el alcohol u otras drogas, especialmente en campañas dirigidas a la población general. La lógica de su utilización reside en su popularidad les convierte en claros referentes, en

principio positivos, especialmente para el público juvenil. La experiencia, sin embargo, nos lleva a desaconsejar esta práctica, en cuanto muchos ídolos juveniles pueden depararnos sorpresas desagradables respecto a sus hábitos de consumo de alcohol u otras drogas, que acaben por desvirtuar toda la campaña (baste recordar simplemente los célebres casos de los futbolistas Maradona y Julio Alberto o del boxeador Poli Díaz).

- *Alcohólicos, exalcohólicos y sus familiares:* sus testimonios han sido y siguen siendo utilizados (en comunicación directa o en soporte escrito) en diversos ámbitos de la prevención. En líneas generales, se desaconseja también su participación, en cuanto la población diana tiende a verlos como ajenos a su propia realidad y codifica sus mensajes como alarmistas y excesivamente dramáticos.
- *Personal de hostelería (camareros, porteros de discoteca, etc.):* en determinados programas que tratan de incidir en el uso de alcohol actuando en el propio lugar de consumo, se ha contado con la colaboración del personal de hostelería, muchas veces delegando todas las funciones del emisor en camareros, relaciones públicas, etc. Nuevamente, su utilización se justifica en el hecho de ser claros referentes del público juvenil en los locales de ocio nocturno. No obstante, más allá de la simple publicidad del programa (que den a conocer su realización), su utilización como emisores vuelve a ser desaconsejable, en cuanto es de esperar una motivación muy variable y superficial, una escasa implicación real, debido entre otras cosas a los requerimientos de su actividad profesional, y una deficiente formación en prevención. Una prometedora excepción a estas consideraciones, sería el caso de camareros o relaciones públicas integrados e implicados activamente en asociaciones juveniles de carácter preventivo o en programas específicos de intervención en espacios de ocio, así como el caso de programas del tipo de los Health Club europeos en los que las propias salas y el personal laboral en su conjunto se implican en actuaciones preventivas concertadas con Administraciones y ONGs, recibiendo una formación previa y estableciendo una colaboración mutua y continuada.
- *Medios de Comunicación:* Actualmente, a través de los medios de comunicación, se transmite gran parte de la información que tenemos sobre cualquier fenómeno, así como se configura la opinión que tenemos del mismo. En consecuencia, los medios de comunicación constituyen un emisor, en principio idóneo, para transmitir información preventiva sobre el alcohol. No obstante, muchas veces, los intereses preventivos están reñidos con los intereses, las prácticas y las estrategias de los “mass-media”, siendo frecuente el caso de que la información difundida por esta vía entre en clara contradicción con los objetivos de una prevención global. Sería deseable que esta situación quedase subsanada por parte de los “mass-media” mediante el seguimiento de unas simples pautas de manejo de la información, como las señaladas en la publicación “Actuar es Posible” del Plan Nacional Sobre Drogas, y por parte del ámbito preventivo mediante la colaboración continuada y la transmisión de información rigurosa y actualizada. Los medios de comunicación, en todas sus variantes, presentan un enorme potencial y una gran versatilidad a la hora de poder transmitir información de contenido preventivo, pudiendo utilizarse tanto para emitir mensajes de prevención universal (p. Ej.: diarios de tirada nacional),

como para difundir la información de programas específicos e indicados (p. Ej.: revistas de música techno, secciones específicas de salud, consultorios, etc.).

#### **4.3.4. Condiciones para informar eficazmente**

- Conocer las creencias, actitudes, necesidades y objeciones de la audiencia. Adaptarse a ellas.
- Aceptar al público destinatario, no juzgar.
- Utilizar un estilo no coercitivo, sino amable y conciliador.
- Explicitar y justificar los objetivos y conceptos que serán abordados.
- Ordenar la información. Simplificarla y dar información concreta y específica.
- Emitir en primer y último lugar aquella información que se considere más relevante.
- Subrayar la importancia de determinada información transmitida. Repetir y pedir que la audiencia repita información especialmente importante.
- Comprobar que la información ha sido entendida.
- Suscitar preguntas e interrogantes. Suscitar la demanda activa de información por parte de la población diana.
- Facilitar la escucha y la discusión.
- Dar pie a la participación y la interactividad.
- Preguntar a la audiencia si desea más información.
- Proporcionar información resumida en formato escrito.
- Emitir conclusiones.
- Utilizar ejemplos y evitar las estadísticas.
- Evitar la jerga técnica.
- Utilizar el sentido del humor.
- Personalizar la información.

#### **4.3.5. Formación básica**

Para transmitir adecuadamente información preventiva sobre el alcohol, no es necesario ser un experto titulado ni un especialista en la materia, sin embargo resulta necesario contar, al menos, con una formación básica o unos conocimientos mínimos, que serán de

mayor o menor envergadura según el tipo de emisor en concreto o el tipo de intervención que se pretenda emprender.

- *Padres:* sería deseable que los progenitores contasen con unos conocimientos básicos pero rigurosos sobre cuestiones tales como: los diversos tipos de bebidas alcohólicas existentes, sus efectos directos y sus principales riesgos asociados a corto, medio y largo plazo, los diferentes tipos de consumo y sus riesgos relativos, así como qué información dar según la edad de los hijos y las formas más adecuadas de darla. Este tipo de conocimientos deberán de obtenerse de fuentes realmente fiables y, en este caso, el referente de los expertos es fundamental. Para obtenerlos, lo más recomendable es acudir a centros o instituciones especializadas en esta área (instituciones preventivas de ámbito municipal o nacional) o acceder directamente a las publicaciones que estas mismas entidades editan en formato de pequeñas guías (Drogas: Guía Para Padres, del PNSD, Adolescentes y Drogas: para padres que no quieren ser los últimos en enterarse, de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, etc.) o en sus páginas web.
- *Profesores:* el caso de los profesores es similar. No es necesario que se conviertan en expertos en el alcohol, pero es conveniente que cuenten con una información básica pero rigurosa. Para ellos, también existen publicaciones específicas en formato escrito o accesible a través de Internet (Actuar es posible del PNSD) así como programas de prevención escolar que cuentan con guías y material de apoyo para el profesor, pudiendo acceder a ellos a través de las instituciones preventivas de la localidad.
- *Voluntarios:* la figura del voluntariado tiene un papel fundamental dentro de numerosos programas que manejan información sobre el alcohol con un contenido preventivo. El voluntario, por su cercanía con el público destinatario en cuanto a semejanza de edad, inquietudes, referentes, estéticos, etc., tiene mucho ganado a la hora de ser un “buen emisor”, no obstante, es primordial que cuente también con una formación básica sobre el manejo de información sobre esta sustancia. Le corresponderá a él mismo el interés en recibirla y le corresponderá a la entidad, en la que el voluntario se ha integrado, ofrecerla. El voluntario deberá contar con información rigurosa sobre las sustancia (efectos, riesgos asociados a cada tipo de consumo, etc.) y sobre los modos más adecuados de transmitirla según el público destinatario y la situación en concreto. Para ello, deberá recibir una formación inicial al integrarse en la asociación y deberá poder contar con formaciones de actualización periódica. Es necesario que cuente siempre con un experto o técnico de referencia que le pueda asesorar, orientar y supervisar. Asimismo, deberá recibir un entrenamiento inicial y continuado, al principio con técnicas de simulación (role-playing, etc.) y más adelante mediante la actuación en situaciones reales con el apoyo y la supervisión de compañeros experimentados.
- *Expertos:* Evidentemente, la formación del experto (educadores, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) deberá ser la más rigurosa y profunda posible, no sólo de cara a la emisión directa de información al público destinatario sino también como asesor, orientador, coordinador y elaborador de la información

que puedan transmitir otros emisores (padres, profesores, voluntarios, etc.). Será necesario que el experto cuente, por lo tanto, con una información pormenorizada y actualizada de todos los aspectos relacionados con la sustancia y su consumo, accediendo a ella a través de publicaciones especializadas (ejemplo: ) así como a través de cursos de formación específicos sobre prevención del uso y abuso de alcohol. Será aconsejable, también, que el experto reciba un entrenamiento específico en el manejo de la información y de los grupos, familiarizándose con las técnicas y estrategias que han demostrado ser más eficaces (discusiones dirigidas, role playing, juegos, tormenta de ideas, philips66, etc.).

- Medios de comunicación: ya se ha señalado que el manejo adecuado de información rigurosa por parte de los medios de comunicación sería algo enormemente beneficioso de cara a alcanzar los objetivos de la prevención del uso y abuso de alcohol. En este sentido, volvemos a repetir que las consideraciones básicas respecto al adecuado manejo de la información en este ámbito en concreto, están perfectamente recogidas en la respectiva publicación del Plan Nacional Sobre Drogas, Actuar es Posible.

## **PUNTOS PRINCIPALES SOBRE EL EMISOR DE LOS MENSAJES**

### **Características del “buen emisor”**

- Motivado: cree en lo que hace y disfruta haciéndolo.
- Creíble: es visto como sincero y competente.
- Cercano: es visto como semejante por apariencia, actitudes, creencias e intereses.
- Acepta y no juzga su público, no es coercitivo.
- Promueve la participación y la interactividad.

### **Se desaconseja la participación como emisores de información a**

- Los personajes públicos famosos (ídolos juveniles).
- Los alcohólicos, ex-alcohólicos y sus familiares.
- El personal de hostelería, a no ser que su actuación se integre realmente en programas amplios, bien estructurados y supervisados.
- Los grupos o entidades con claras y definidas orientaciones ideológicas o religiosas, a no ser que el público destinatario específico comparta las mismas creencias y posicionamientos.
- El otorgar excesivo peso a las instituciones que patrocinan el programa (logotipos de instituciones, etc.), especialmente cuanto más específico sea en términos contextuales y poblacionales.

### **Se aconseja la participación como emisores de información a:**

- Los padres y profesores, especialmente hasta la adolescencia y preadolescencia.
- Los grupos de pares y el voluntariado bien entrenado, a partir de la adolescencia.
- Los expertos como referentes, orientadores, coordinadores y organizadores de la actividad preventiva y la elaboración de la información, delegando la emisión directa de información siempre que se cuente con emisores más idóneos por semejanza, credibilidad y cercanía con el público destinatario (padres, profesores, voluntarios, etc.).



- Las asociaciones integradas y bien consideradas en el barrio, municipio, etc.
- Los medios de comunicación, siempre y cuando asuman criterios de actuación consonantes con los señalados por el PNSD en la respectiva publicación de Actuar es Posible.
- Las empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas, así como la industria del ocio, siempre que se pueda establecer un diálogo previo y sincero, basado en el consenso y la mutua colaboración.

**Se requiere:**

- Una formación básica sobre la sustancia y sobre como transmitir adecuadamente la información (Actuar es Posible, etc., etc.).
- La presencia de un experto referente que asesore, coordine y supervise la actuación del emisor, especialmente en programas amplios, complejos y continuados.
- La explicitación del perfil del emisor utilizado en el programa, de cara a su posible implantación por otros profesionales, asociaciones o entidades.

#### **4.4. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN CON EL GRUPO DIANA O RECEPTOR**

##### **4.4.1. Variables para el análisis del grupo receptor**

Una vez definida nuestra estrategia de intervención, en éste caso la estrategia informativa, nos encontraríamos ante el momento de realizar un segundo análisis más específico. Nuestro objetivo será definir de una manera más precisa el perfil del grupo destinatario.

El conocer a nuestra población diana nos tiene que servir para:

- Definir nuestros objetivos
- Establecer el canal de transmisión más idóneo
- Elegir el estilo de comunicación y la estética

Los patrones de consumo de alcohol de la población juvenil española actual están asociados al fin de semana y a los espacios de ocio, lo que no quiere decir que todos los consumos sean iguales ni respondan a las mismas motivaciones. No consumirán ni las mismas cantidades ni de la misma manera grupos de adolescentes de las grandes ciudades que los de los núcleos rurales, al igual que otras variables como la procedencia cultural o el género determinarán en gran medida sus pautas.

Por ello será muy importante que tengamos bien definida nuestra población diana para poder concretar mejor las acciones.

A continuación exponemos algunas de las variables a tener en cuenta:

- **Edad de la población a la que nos dirigimos:** Los programas de prevención deben estar adaptados al nivel de desarrollo de la población a la que están dirigidas (Becoña, 1999). El tener en cuenta la edad de la población, algo que parece bastante obvio a primera vista, debe servirnos por un lado para fijar que tipo de objetivos nos planteamos, si el “no uso” o el “uso responsable” del alcohol. Según la encuesta del Plan Nacional publicada en Julio de 2002 la edad de inicio del consumo de alcohol se sitúa en entorno a los 13,6 años, es decir, en torno a 2º y 3º de la E.S.O. Esto no quiere decir que tenga que ser a partir de esta edad necesariamente cuando nos planteemos el uso responsable sino que puede empezar incluso antes ya que el alcohol está demasiado presente en nuestra sociedad como para penalizar su *uso*.

El contar con la edad de los destinatarios también nos va a permitir adaptar la información en función de las capacidades correspondientes a su periodo evolutivo.

Por ejemplo, si estamos trabajando con adolescentes deberemos evitar caer en contradicciones o adoptar actitudes paternalistas, y podremos utilizar técnicas grupales de discusión, (ver el capítulo de estilos del mensaje) mientras que si trabajamos con infancia nos podremos plantear actividades más lúdicas y de desarrollo de competencias.

- **Género:** Tradicionalmente, el uso de drogas, entre ellas el alcohol, ha estado mucho más extendido entre los varones. Sin embargo, estas diferencias en relación al género, parecen haber ido difuminándose en las últimas décadas, hasta el punto de que hoy en día, la prevalencia del consumo de alcohol es más elevada entre las adolescentes que entre los adolescentes.

Este fenómeno debería ser tenido en cuenta a la hora de realizar labores informativas de contenido preventivo, en cuanto si resulta fundamental adaptarse en la medida de lo posible a la características del público al que nos dirigimos, resulta lógico pensar que las diferencias de género habrían de ser un factor importante a tener en cuenta a la hora de adaptar contenidos y diseño, más aún cuando es sabido que existen diferencias importantes tanto en lo referente a cuestiones de tipo fisiológico (metabolización del alcohol en mujeres y hombres, tolerancia, etc.) como psicosociales (aceptación social del uso de alcohol en hombres y mujeres, etc.). Este tema será abordado con más detalle en el capítulo dedicado a Poblaciones específicas.

- **Situación familiar:** Son varios los factores asociados al ámbito familiar que influyen el consumo tanto experimental como ocasional de alcohol. En concreto, y más relacionado con las estrategias informativas nos interesará especialmente la actitud de los padres hacia el consumo de sustancias y el control familiar que se ejerza.

Un control familiar adecuado y una actitud más prohibicionista (Calafat et al., 2201) va a colaborar a que los adolescentes sean más conscientes de los riesgos a los que se exponen con sus consumos de alcohol. Quizá por ello las estrategias basadas en la transmisión de información sobre los efectos sean más eficaces con este tipo de población donde no es necesaria una intervención inicial dirigida a trabajar sobre las argumentaciones que justifican el riesgo como estilo de vida.

- **Nivel educativo:** Es interesante conocer el nivel educativo del grupo al cual nos dirigimos. Si, por ejemplo, se trata de una población con un nivel cultural alto podemos presuponer que la estrategia informativa será más eficaz ya que dispondrán de una mayor capacidad para elaborar y asimilar la información que se les proporcione. Si, por el contrario, se trata de un grupo con un nivel cultural más bajo tendremos que tener cuidado en no utilizar términos muy complicadas, o quizá apoyarnos más en las imágenes y la estética que en los mensajes escritos.
- **Cultura:** Según los principios de prevención recogidos por el Plan Nacional (Becoña, 1999) se aconseja que los programas sean sensibles culturalmente. En España se han desarrollado materiales de prevención dirigidos hacia la

población gitana, por ser un colectivo con unas características culturales diferentes. Más adelante desarrollaremos este punto.

- **Pautas de consumo:** Si nos encontramos ante una población consumidora tendremos que plantearnos objetivos más encaminados a dar pautas sobre un consumo responsable que centrarnos en dar solamente información sobre la sustancia. A veces existe recelo en diseñar programas para adolescentes dirigidos hacia una reducción del daño y dirigimos más nuestras actuaciones hacia una población abstemia o no consumidora. Una revisión de programas europeos en espacios de ocio (Burkhart, 1999) basados en estrategias informativas concluyó que la mayoría de ellos iban dirigidos a no consumidores o abstemios más que a consumidores habituales.

El alcohol está tan aceptado socialmente que no sería lógico plantearnos objetivos encaminados hacia un no uso. Pero el hecho de que su consumo sea tan normalizado no quiere decir que podamos asumir que los objetivos preventivos vayan a ser iguales para todos los segmentos de la población. Así, hay grupos de adolescentes que sí tienen consumos abusivos de alcohol mientras que otros hacen un uso más “normalizado”. Por ello, los objetivos con ambos grupos deberían variar, en el primero encaminando nuestros objetivos hacia una reducción del daño y en el segundo hacia reforzar ese consumo normalizado.

- **Nivel de riesgo:** Al hablar de nivel de riesgo nos referimos ya no tanto al consumo que esté realizando esa población sino a los diferentes factores de riesgo que confluyen en ella. Si estamos tratando con una población con un alto nivel de riesgo tendremos que esforzarnos con mayor intensidad y comenzar con las campañas preventivas a edades más tempranas. Un ejemplo claro de poblaciones de alto riesgo sería las residencias de protección de menores o de reforma, los barrios con niveles socioeconómicos bajos, los centros de reforma,... En estos casos, aunque decidamos intervenir con colectivos de adolescentes con consumos de alcohol elaborando estrategias informativas, tendremos que tener en cuenta a la población de edad inferior para comenzar antes con nuestros programas preventivos.
- **Motivaciones hacia el uso (tanto positivas como negativas):** Nos conviene conocer cuales son las motivaciones y expectativas que los jóvenes depositan en la bebida para saber que función están cumpliendo en la vida de los adolescentes. Las motivaciones esgrimidas por los adolescentes para consumir alcohol (PND, 2002), por orden de preferencia son el sabor, la diversión y el placer obtenidos, la evasión de los problemas personales y la superación de ciertos problemas como la timidez o la dificultad de relación.
- **Conocimientos previos:** La gran mayoría de los adolescentes percibe que tienen una gran cantidad de información sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados. Pero sin embargo eso no ha servido por el momento para aumentar la percepción del riesgo, lo cual puede estar asociado a varios factores relacionados con el canal, las fuentes, el estilo del mensaje o el haber realizado un mal análisis inicial.

Muchas veces se tiende a dar mucha información ya que se cree que así vamos a cumplir mejor con nuestros objetivos. Debemos investigar tanto sobre la cantidad como la calidad de la información que manejan para, a partir de ahí, seguir avanzando. Será importante conocer qué mitos tienen asociados al consumo de alcohol para dar información que ayude a modificarlos

Puede que estemos dando una información muy pobre para sus conocimientos o poco interesante, o por el contrario, que estemos dando por hecho que son grandes expertos en la materia y por tanto la información sea excesiva y compleja.

El analizar qué tipo de información pueden demandar nos servirá también como elemento motivador a la hora de desarrollar la actividades. Muchas veces la información proporcionada por los profesionales puede que, sencillamente, no sea considerada útil (“para nada me sirve saber mi grado de alcoholemia en sangre, y menos aun voy a ser capaz de calcularlo cuando esté completamente borracho”). El presentar información novedosa y que les pueda ser útil va a hacer que se interesen más.

- **Espacios utilizados para el ocio:** Nos va a resultar muy beneficioso a la hora de elaborar materiales conocer los códigos y centros de interés de los adolescentes. Esto nos va a permitir que la información que trasmitamos sea percibida como algo perteneciente a su mundo y no al mundo adulto.

Algunos programas de ocio alternativo están diseñados con el objetivo de ser una alternativa al botellón, pero muchas de las actividades que se diseñan o la estética que se utiliza no responden a las necesidades y gustos de esa población por lo que al final, los jóvenes que acuden a dichas actividades no suelen tener consumos de alcohol, son buenos deportistas, tienen buen rendimiento académico, etc... es decir, no son hacia los que va dirigido el programa.

- **La percepción del riesgo:** En la última encuesta (PND,2002) se señala como ha descendido la percepción del riesgo asociada al uso habitual de alcohol y cannabis y como además existe una disonancia entre la percepción del riesgo y el rechazo hacia los consumos.

“Las principales razones por las que consideran problemático el uso de alcohol son las consecuencias sobre la salud (75.2%), por que su consumo provoque muchos accidentes (70.7%) y porque crea adicción (53,6%)” (PND,2002).

Es decir, a pesar de ser conscientes de los problemas asociados al consumo de alcohol no lo rechazan. Las razones que alegan suelen estar lejos de su experiencia diaria. Y aún así, reconociendo los riesgos, muchos adolescentes utilizan argumentos que les sirven como justificación de sus conductas.

- **Argumentos utilizados para justificar las conductas de riesgo:** Si conocemos que tipos de argumentos utiliza nuestro grupo diana para justificar su consumo podremos plantearnos si realmente es necesario una estrategia informativa o quizá tengamos que plantearnos unos objetivos iniciales más encaminados a contraargumentar esas ideas.

El uso de la información como estrategia preventiva se utiliza con la finalidad de aumentar la percepción del riesgo que tienen los consumidores hacia el uso de determinada sustancia. Asociada a la percepción del riesgo va la percepción de control que se tiene sobre determinadas situaciones, en éste caso, el consumo de alcohol. Los adolescentes disfrutan de la sensación de control que tienen sobre sus “situaciones de riesgo”, aunque la mayoría de las veces esta idea de control no está desarrollada del todo y su toma de decisiones no va asociada a un proceso de análisis de las ventajas e inconvenientes, sino que responden más a un impulso. Así, los consumidores, muchas veces adoptan estrategias para justificar ante ellos mismos y ante los demás que tienen “controlada la situación”. Su objetivo es hacer compatible en sus vidas la idea del riesgo y el control del mismo. Algunas de estas estrategias son (Calafat et al., 2001):

<b>ACTITUD</b>	<b>TIPO DE ARGUMENTO</b>
Corredor de riesgos	Me gusta correr riesgos, la vida sin riesgo no merece la pena
Fatalista	Siempre hay riesgos en la vida y no podemos hacer nada por evitarlos
Automedica-ción	Lo uso para solucionar mis problemas
Proyección	El peligro no está en la droga sino en su adulteración. Lo que yo tomo es bueno, lo que no, no
Hedonista	Las drogas dan placer, Solo las uso por lo que espero de ellas
Rebelde	Tomar drogas te ayuda a ir contra el sistema.
Controlado	Yo controlo, solo tomo dosis pequeñas
Negación	Los peligros son exagerados. Mucha gente toma drogas y no veo el problema

En el caso del alcohol existen otros argumentos añadidos que facilitan que los jóvenes desarrollen más actitudes que interfieran en la percepción del riesgo de consumir alcohol. La sociedad ha establecido una diferenciación clara entre drogas ilegales e legales y ha existido para éstas últimas toda una extensa cultura que ha permitido su uso no problemático.

Relacionado con esto se ha establecido una diferenciación clara entre la vida de lunes a viernes y el fin de semana, siendo aceptado el llevar una “doble vida”.

Los jóvenes también manejan el argumento que minimiza los consumos de fin de semana mientras que sanciona los que se producen entre diario.

En teoría, la información tendría que aumentar esa percepción pero la mayoría de las veces no lo hace e incluso puede llegar a tener el efecto contrario (reactancia cognitiva, Brehm, 1966). Hemos de tener en cuenta que la información no se procesa tal cual y que va acompañada de elementos simbólicos y afectivos que pueden interferir en su procesamiento. En muchas campañas se utilizan códigos demasiado infantiles o estereotipados que los adolescentes no identifican como suyos lo que suele producir rechazo.

- ***Evaluar la percepción que tiene la población receptora acerca de las estrategias preventivas:*** Para empezar, la lógica que guía la prevención puede ser contradictoria a los intereses personales del receptor (pasarle bien, relacionarme con mis amigos, transgredir las normas adultas...), y normalmente es percibida como algo perteneciente al mundo adulto. (Calafat et al., 2001). Si además la información es presentada con un carácter sancionador es mucho más probable que se produzca ese rechazo. Muchas veces la simple transmisión de información por parte de un adulto o profesional puede ser interpretada como intrusiva o manipuladora, siendo más fiable para el receptor la información que le proporciona su grupo de iguales o la obtenida por su propia experiencia.

#### 4.4.2. Algunas ideas sobre como realizar el análisis

A la hora de seleccionar las técnicas para realizar el análisis nos decantaremos por unas u otras según el tipo y tamaño de población con el que trabajemos. Las técnicas son múltiples y aunque no es el tema de este manual señalaremos alguna de ellas:

- ***La revisión de datos cuantitativos y estadísticos:*** Nos puede proporcionar información más general sobre la población destinataria a nivel de datos sociodemográficos, o más específicos, como serían las investigaciones desarrolladas por organismos como el PND
- ***La encuesta:*** Nos puede servir tanto para grandes poblaciones como para grupos más pequeños, aunque lo más adecuado en este caso es utilizar otras técnicas de análisis grupal.
- ***Entrevistas*** con agentes cercanos a ellos que nos puedan suministrar información relevante sobre las variables anteriormente expuestas.
- ***Encuentros informales y observación:*** Más propio de una dinámica de intervención en calle. Al igual que con las técnicas grupales el propio análisis forma parte ya de la intervención. La idea es estar presente para ir conociendo poco a poco a la población para cuando realmente necesiten de tú colaboración. Conviene no insistir ni ponerse muy pesado con el tema de “las drogas”. Los adolescentes son mucho más que los problemas que no hace ver la sociedad.

Interesarse por otros aspectos de su vida y venir con la actitud de “solucionador de problemas” nos beneficiará el acercamiento.

- *Técnicas de análisis de problemas en grupo:* Una premisa importante a la hora de trabajar con grupos es la de concebir el momento del análisis como momento ya de intervención. Por ello es interesante plantear desde el principio que el grupo destinatario analice cómo perciben ellos el “problema” y ver qué posibles soluciones plantean. El que los propios destinatarios se vean como responsables de su propia prevención, e incluso diseñadores de su propia campaña, tiene muchas ventajas:
  - ◆ Nos va a permitir adaptarnos mejor a las necesidades del grupo por la interacción constante entre mediador y destinatario
  - ◆ El grupo va a marcar su propio ritmo y las preferencias en los contenidos
  - ◆ Vamos a contar con una alta motivación ya que adoptando esta estrategia se les implica en la toma de decisiones sobre cuestiones que les afectan directamente
  - ◆ Los propios destinatarios van a descubrir por ellos mismos la utilidad de la información
  - ◆ Al elaborar ellos mismos los mensajes van a estar más adaptados a la población destinataria

No vamos a extendernos mucho más sobre el trabajo con grupos. Solo señalar que tendremos que seleccionar la metodología y las técnicas en función de diferentes criterios:

- *Tipo de grupo:* No será lo mismo trabajar con grupos naturales (amigos, familia,...) que con grupos secundarios (amigos, asociaciones,...). Los procesos grupales variaran en ambos, sobre todo al inicio de la actividad, ya que la cohesión y la confianza grupal no será la misma según con quien trabajemos.
- *Objetivos perseguidos:* Habrá que adoptar las técnicas al objetivo del grupo, en general, y al momento del proceso en particular. Así, según el momento y el objetivo utilizaremos técnicas más encaminadas a la iniciación grupal (presentación, afirmación, ...), a la producción grupal (Phillips 66, grupos de discusión, lluvia de ideas,...), a la mediación o evaluación (cuestionarios, barómetros,...) o a la simple transmisión de información (reuniones, exposiciones,...).
- *Madurez y entrenamiento del grupo:* A menor madurez y entrenamiento del grupo habrá que utilizar técnicas que exijan menor cohesión, atención e implicación personal,...
- Tamaño del grupo



- *Características del medio externo:* Observar el contexto social inmediato en el que se inserta el grupo para no chocar excesivamente con el medio externo, no solo en metodología, sino también en contenidos.
- *Características de los miembros:* Habrá que seleccionar las técnicas teniendo en cuenta también las particularidades de los individuos de cada grupo (características individuales, culturales, nivel educativo...).

Cuando trabajemos a otros niveles, como el de calle, más que hablar de técnicas tendremos que hacer referencia a las habilidades del educador. Así, será importante la capacidad de empatizar con los grupos, sin invadir sus espacios, respetando los tiempos y las necesidades de los adolescentes. El dar información cuando no es demandada puede llegar a ser más contraproducente que positivo.

## PUNTOS PRINCIPALES SOBRE EL GRUPO RECEPTOR

Características a tener en cuenta en el receptor:

- *Edad*: para definir objetivos, materiales y actividades.
- *Género*: analizar si en nuestro grupo diana se dan diferencias de género en cuanto a motivaciones y pautas de consumo
- *Nivel educativo*: nos orientará sobre la elaboración que podamos dar a la información
- *Pautas de consumo*: nos ayudará a concretar aún más los objetivos
- *Expectativas de consumo*: qué función está cumpliendo el alcohol en la vida de los jóvenes.
- El nivel y la calidad de la información que poseen: para saber de dónde partir y hasta dónde llegar
- Espacios utilizados para el ocio: nos dará pistas sobre sus centros de interés y códigos de comunicación, tanto a nivel de lenguaje como de imagen.
- Percepción y justificación de sus conductas de riesgo: si ellos perciben o no algún problema en sus comportamientos, si se van a seguir justificando a pesar de toda la información que proporcionemos
- Como perciben la prevención: Nos dará pistas sobre cómo acercarnos para no ser rechazados, que métodos, mediadores o canales son los más apropiados

Y sobre el cómo...

- Utilizar diferentes medios e informantes claves cercanos al grupo destinatario
- Hacer ver en todo momento la utilidad final de lo que se haga para evitar rechazo
- Posibilitar que los jóvenes sean partícipes de su propia prevención, que no les venga dado de fuera
- Intentar que ellos elaboren la información

## **4.5. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN CON POBLACIONES ESPECÍFICAS**

### **4.5.1. Género**

En general no hay diferencias significativas en cuanto a la edad de comienzo de los consumos entre chicos y chicas, pero sí se encuentran diferencias en otros aspectos.

Por una parte, es mayor la proporción de chicos que consumen drogas ilícitas, mientras que las chicas consumen con mayor frecuencia tabaco, alcohol y tranquilizantes, es decir, sustancias legales. Por otra parte, las motivaciones que alegan ambos para justificar su consumo de alcohol también varían. Así, un 9,2 % de los chicos afirma beber para ligar, frente a un 3,6 % de las chicas, mientras que un 17,5 % de las chicas lo que buscan es olvidarse de los problemas personales frente a un 12,5 % de los chicos (PND, 2002).

Además, algunos estudios parecen indicar, por ejemplo, que las mujeres tienden a establecer unos patrones de consumo de menor riesgo en cuanto a la dosificación, frecuencia y duración de los consumos, así como tienden a prestar más atención a las posibles señales de alarma relacionadas con posibles consecuencias negativas del uso de drogas.

En este sentido, sería interesante tratar de que los contenidos informativos y preventivos incidiesen en lo deseable de que fuesen los varones quienes pasasen a adoptar patrones de consumo hasta ahora propios de las mujeres y no al contrario (Calafat et al, 2001). Asimismo, convendría tener en cuenta que, en caso de hacer excesiva referencia al riesgo o al control a la hora de informar sobre el alcohol, podríamos estar dirigiéndonos, principalmente, hacia la población masculina, ya que las chicas suelen tener menos problemas con ese tipo de comportamientos.

En cualquier caso, las consideraciones relativas a las cuestiones de género continúan siendo una cuenta pendiente no sólo de la práctica preventiva habitual sino incluso de la mismísima investigación básica. Es esperable, no obstante, que cada vez reciba una mayor atención y que termine por convertirse en un elemento más a tener en cuenta a la hora de diseñar las diferentes actuaciones preventivas.

### **4.5.2. Inmigrantes**

Según los principios de prevención establecidos por el PND (Becoña, 1999) los programas de prevención, además de ser específicos a la edad de los individuos y apropiados a su nivel de desarrollo, han de ser sensibles culturalmente. Esto quiere decir que tendremos que tener en cuenta los valores, normas y pautas de conductas de los diferentes colectivos

a la hora de diseñar nuestros programas para que nuestros objetivos y actuaciones no se vean obstaculizados por factores de este tipo.

Sin embargo, algo que debemos evitar es caer en el error de tomar como variable principal el pertenecer a un colectivo cultural determinado. Debemos tomarlo como una variable más dentro de nuestro análisis inicial. A veces, se cae en el error de “problematizar” las culturas y achacar los consumos excesivos de ciertas sustancias a una pauta cultural.

Al igual que con cualquier tipo de población, si deseamos poner en marcha campañas de prevención que sean efectivas, tendremos que realizar un análisis de la misma siguiendo las mismas pautas que con cualquier otro. Hay ciertas variables que serán de especial relevancia en estos colectivos:

- En primer lugar, la edad a la que se produjo la inmigración tendrá un papel importante en las diferencias que encontremos dentro de la población. Es decir, no será lo mismo un chico ecuatoriano o marroquí que lleve viviendo en el país de acogida toda su vida que otro recién llegado. El primero se habrá socializado bajo las mismas pautas que otro niño autóctono, y la única diferencia es que se darán en él la confluencia de las dos culturas.
- Los jóvenes que llegan al país en la edad de preadolescencia y adolescencia sí que necesitan de un apoyo especial debido a la situación familiar y de desajuste que viven. Muchos de ellos vienen sin estar de acuerdo con el proyecto migratorio de sus padres, y en una etapa que es vital para la socialización de la persona. Sus padres, muchas veces, no pueden ejercer las tareas socializadoras que les corresponden ya que están todo el día trabajando, o simplemente no son válidos debido a que inmigraron antes y llevan mucho tiempo sin estar en contacto con sus hijos. Esto hace que muchos de ellos pasen una gran cantidad de tiempo en la calle, quedando expuestos a un mayor número de riesgos y sin ningún adulto cercano que les marque normas y límites.
- Por otro lado, la adaptación en la escuela la mayoría de las veces no es la adecuada. A los problemas de lenguaje y de desajuste académico se les une, muchas veces, el rechazo por parte de sus iguales justo en un momento evolutivo donde esa aceptación se convierte en algo vital para la construcción de su identidad.

Es decir, nos encontraremos ante unos adolescentes en los que confluyen varios factores de riesgo que los hace más vulnerables al consumo de sustancias, no tanto por el hecho de pertenecer a un determinado colectivo, si no más bien por las circunstancias socioeconómicas que les rodean. Estos factores no los encontraremos, al menos de forma tan marcada, en los hijos de inmigrantes que han vivido siempre en el país de acogida, ya que por un lado, han sido educados bajo la interrelación de ambas culturas y, por otro, no han vivido la inmigración ellos mismo.

Si nos proponemos trabajar con menores no acompañados, la mayoría de ellos marroquíes, nos será muy útil conocer el proyecto migratorio de cada uno de ellos y como vivían

en su país de origen. Así, podemos encontrar tres tipos de motivaciones por las que han inmigrado:

Por su propia iniciativa, con la intención de ayudar a su familia en su país de origen

- Presionados por su familia para conseguir dinero
- Son menores que ya vivían en la calle y han decidido inmigrar para probar suerte en España

A la hora de elaborar programas no será lo mismo dirigirnos a un joven que ha vivido una situación de marginalidad en su país de origen que a otro procedente una situación de pobreza pero arropado por una familia. Al primero le resultará más difícil adaptarse a lugares y situaciones más normativas que al segundo, lo cual puede interferir bastante en el desarrollo de cualquier actividad.

En inmigrantes musulmanes el papel de la religión tendrá especial importancia en el consumo de alcohol. Una de las normas del Islam es la prohibición de beber alcohol. La conservación de los valores más tradicionales será un factor de protección. La posibilidad de transmisión de estos valores a las generaciones siguientes, según se ha visto en estudios realizados en los Países Bajos (Dottinga, A. et al., 1989), viene determinado por la región de origen de las familias, siendo los de regiones más tradicionales los que mayor dedicación muestran por mantener estas tradiciones. Para ellos el honor y el respeto son importantes valores sociales y personales que se esfuerzan en mantener, y el consumo de alcohol representaría una ofensa para sus familias. También es cierto que con el tiempo, los hijos de esos primeros inmigrantes van adoptando costumbres occidentales que van provocando una gradual pérdida de influencia del Islam. Así, los hijos de inmigrantes musulmanes se presupone que tendrán un factor de protección más ante el consumo de alcohol como es la religión. Este fenómeno también se está produciendo con otras religiones y colectivos, como es el caso de los Sudamericanos y el culto Evangelista.

En relación con los mediadores utilizados se tiende a pensar que serán más eficaces si pertenecen a su misma cultura ya que se supone que el acercamiento y la empatía van a ser mayores. Esto es cierto, pero un requisito más importante que el de la cercanía cultural es el de la capacidad del mediador para trabajar como tal. Si no tiene las habilidades necesarias, puede que su actuación sea más contraproducente que efectiva.

A la hora de elaborar los textos o desarrollar las actividades es interesante que introduzcamos elementos de las diferentes culturas que componen los grupos con la finalidad, por un lado, de atraer la atención de los jóvenes y, por otro, el de favorecer la integración de los mismos y así evitar el rechazo de su propia cultura y de ellos mismos. Por supuesto, si se trata de inmigrantes procedentes de países no hispanohablantes tendremos que evaluar su nivel de comprensión para asegurar una buena transmisión de los mensajes.

Aquí solo pretendemos hacer un apunte sobre este tema ya que tampoco hay mucha literatura ni programas al respecto. Lo que sí queremos dejar claro es que, aunque haya que hacer adaptaciones, no debemos tomar la pertenencia a un colectivo de inmigrantes como primera variable a partir de la cual desarrollar el programa.

### **4.5.3. Población juvenil de centros residenciales**

Hay una serie de instituciones que por sus especiales características conforman comunidades de convivencia con determinados grupos de población que hacen que necesiten de intervenciones específicas de prevención. Algunas de estas instituciones son las residencias estudiantiles, los centros penitenciarios, espacios juveniles,... En concreto, en este apartado vamos a hacer una pequeña referencia a los centros de protección y reforma de menores. El perfil de los jóvenes internados en dichos centros, por un lado, y los sistemas de internamiento actuales, por otro, debieran hacer de esta población uno de los principales objetivos de intervención tanto para la reducción de daños como para la prevención del consumo de drogas.

El grupo de edad mayoritario de estos centros oscila entre 13 y 15 años (Bravo, A. et al.) seguido del de 10 a 12. Es decir, se encuentran en un periodo evolutivo especialmente delicado a lo que hay que añadir los problemas derivados de la realidad familiar, social y personal que han vivido y están viviendo, y los problemas derivados de su separación familiar y su institucionalización.

Los motivos de internamiento en un centro de protección de menores son señal ya de graves problemas en el desarrollo evolutivo de los jóvenes. Desde el maltrato físico, negligencia en los cuidados mínimos, conducta problemática, carencias económicas graves que imposibilitan el hacerse cargo del menor, situación ilegal, abusos sexuales,... nos dan información de las situación familiar que han sufrido y de sus consecuencias. Estos menores suelen tener graves carencias afectivas, baja capacidad de empatía, baja autoestima, escasa responsabilidad sobre sus conductas, baja tolerancia a la frustración, desconfianza radical en el mundo adulto y una gran falta de hábitos y normas.

Existen diferencias entre los niños que han llegado a la adolescencia en una residencia y los que han ingresado en la etapa adolescente. Los primeros tiene menos recursos personales (habilidades sociales y relacionales), una menor autonomía y mayor dependencia de los adultos ya que estos le suelen solucionar sus problemas, desde las rutinas diarias (comida, vestido, transporte,...) hasta sus conflictos con otras personas o con la autoridad. Los que han ingresado en la etapa adolescente suelen sentirse liberados por el conflicto que tenían en casa y tienen más habilidades adquiridas.

Aunque la convivencia grupal en los centros tendría que ser una ventaja para trabajar la adquisición de muchas habilidades personales, lo cierto es que muchas veces constituye un factor de riesgo. Como hemos señalado anteriormente muchos de los menores no tienen las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones de presión de grupo, y menos

aún en un contexto dónde los iguales cobran mayor relevancia que en situaciones normalizadas. Además, por las situaciones familiares y sociales vividas, el acceso a sustancias ilegales es mucho más fácil, por lo que los menores estarán expuestos a más situaciones de riesgo.

Todos estos factores hacen que nos encontremos ante una población con una percepción del riesgo asociados a las drogas menor que la del resto de la población ya que el consumo se ve como algo normalizado (cannabis en especial) y el riesgo es valorado como algo positivo, como una forma de hacerse valer ante el resto de los compañeros.

Las motivaciones para el consumo también variarían con respecto a la población general, buscándose en este caso más los efectos relacionados con la evasión de la realidad y la abolición de responsabilidades. En el caso del alcohol, y debido a la historia familiar de muchos de ellos, han aprendido a utilizarlo como recurso para evasión de los problemas y para disminuir la ansiedad y el malestar.

Un trabajo previo en estos centros sería el de conocer su sistema de valores respecto a la salud y el riesgo. Muchas veces pensamos que todos tenemos el mismo ideal de salud y bienestar, pero en estas poblaciones, donde predomina una baja autoestima (son frecuentes los episodios autolíticos), el hecho de ver perjudicada su salud (y su vida) no tiene porque tener el mismo sentido que para el resto.

Al estar más en contacto con diferentes tipos de sustancias y al haber tenido más experiencias de consumo es de especial relevancia con esta población que la información que se transmita sea veraz, objetiva y esté muy bien fundamentada para evitar caer en contradicciones.

Debido a sus historias de vida e institucionalización han sido objeto de mas intervenciones dirigidas a la prevención que el resto de la población, por lo que muchos de los mensajes habrán perdido efectividad. Por este motivo aquí cobra mayor relevancia el trabajo desde los iguales y desde sus propias experiencias.

Por todas estas razones la prevención del consumo de drogas debería formar parte importante de los proyectos educativos tanto de los centros de protección como de reforma. Para ello sería necesario dotar de formación específica y un mayor apoyo a los profesionales que trabajan en estos centros ya que muchos de ellos carecen de la cualificación y los conocimientos necesarios. El transmitir los mensajes evitando caer en “moralinas”, el conocimiento real sobre las sustancias y el máximo aprovechamiento de los espacios que proporcionan la vida diaria y la convivencia puede beneficiar el aumento de la percepción del riesgo como paso previo a una modificación de conducta.

La prevención debería iniciarse de forma temprana, tanto elaborando programas desde el centro como integrando a los niños en actividades normalizadas dentro de la comunidad. Con los adolescentes tendríamos que plantearnos en primer lugar objetivos encaminados a trabajar la asunción de riesgos y la valoración que hacen del mismo, intentando aprovechar al máximo al grupo de iguales y sus experiencias personales.

#### **4.6. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN CON LOS CONTENIDOS DEL MENSAJE**

El contenido de un programa preventivo, al igual que otros aspectos del mismo, debe supeditarse a una serie de variables que van a determinar, en gran medida, los temas a tratar, su extensión y el grado de profundización de los mismos. Entre estas variables cabe destacar: los objetivos del programa, las características de la población a la que nos dirigimos y el ámbito de aplicación. Estos factores están a su vez condicionados por otros lo que permitirá, si se tienen en cuenta, lograr la coherencia en el diseño del programa.

El cambio en el patrón de consumo de alcohol en la población española está modificando los mensajes que transmitimos a nuestros jóvenes. El que estos no conozcan pautas de uso contextualizadas acordes con nuestra cultura, el que se asocie con otras conductas de riesgo (prácticas sexuales de riesgo, accidentes de tráfico, comportamientos agresivos o intolerancia, etc.), su incorporación, de manera abusiva, en edades tempranas, la mezcla con otras pautas culturales (inmigración), y la ambivalencia en cuanto a los mensajes referidos al alcohol que mantiene la sociedad, hace necesario un planteamiento serio, por parte de los profesionales, hacia lo que es necesario transmitir. Últimamente se aprecia, en este sentido, cierta confusión en el discurso que estamos elaborando hacia los jóvenes, y que contribuye a un mayor desconcierto que se extiende también a sus familias, a las que tampoco transmitimos pautas claras sobre cómo intervenir desde su función de agentes socializadores.

##### **4.6.1. Grupos homogéneos**

En los grupos homogéneos (intervención en el aula principalmente) sus características, contextos muy definidos y la permanencia en el tiempo del programa, permiten desarrollar con mayor profundidad los temas a tratar así como su número. Los programas escolares han sido y están siendo objeto de mayor investigación, esto permite que las fases de diseño, ejecución y evaluación estén sujetas a un mayor rigor metodológico que en otros ámbitos.

Cualquiera de nosotros puede consultar numerosos Manuales (Macià, 1995; Alonso et al. 1996; PND, 1996) que nos permiten conocer en mayor profundidad su desarrollo, no sólo en aspectos generales sino también referidos a programas concretos, por lo que no es necesario que nos extendamos en este punto. Sin embargo podemos subrayar algunos aspectos comunes, en cuanto a contenidos de los mensajes en este ámbito, que hay que tener en cuenta:

- El alcohol debe estar unido a otras sustancias fundamentalmente tabaco, sobre todo si las edades a las que va dirigido el programa abarca el intervalo cronológico en el que se inician estos consumos, entre 12 y 14 años (PND Informe nº 4, 2001),



abordando, así, los aspectos comunes en el inicio y mantenimiento de estos comportamientos.

- El contenido, si las edades a las que nos dirigimos son inferiores (infantil, primaria), no versará específicamente sobre estas sustancias, sino que se abordará desde los hábitos de salud a desarrollar correspondiente a su periodo evolutivo. Si por el contrario el programa contempla edades mayores (últimos ciclos de la ESO y Bachillerato), al alcohol y tabaco se les une el cannabis como droga ilegal de especial trascendencia en la juventud española.
- Los contenidos a tratar desarrollan básicamente:
  - ◆ Los efectos fisiológicos y conductuales del consumo de alcohol, tanto positivos como negativos, y sus consecuencias. Hacer especial hincapié en las consecuencias negativas del consumo, sobre todo de forma inmediata o a corto plazo.
  - ◆ El tratamiento de mitos o creencias erróneas sobre el alcohol y los aspectos culturales que marcan su consumo.
  - ◆ La influencia de determinados aspectos culturales y sociales sobre nuestro proceso de decisión, sobre todo, la publicidad y la asunción del consumo de alcohol entre los jóvenes como parte de su proceso de socialización (“normalidad”) desarrollando, desde los programas de prevención, comportamientos críticos ante ambos factores.
  - ◆ La importancia de distinguir entre uso / abuso, teniendo como objetivo prioritario no dirigirnos tanto hacia la abstinencia como al uso moderado del alcohol, aunque para ello se tendrán en cuenta determinadas variables (edad de la población y riesgo asumido por la misma).
  - ◆ El desarrollo de contenidos que potencien los factores de protección y minimicen los factores de riesgo, a saber: autoestima, toma de decisiones, control emocional, presión de grupo, habilidades sociales, alternativas de ocio, etc. Los factores de riesgo y protección se han revelado de gran utilidad en los programas preventivos, comprobando su influencia en el inicio de otros comportamientos no saludables o disfuncionales (violencia, intolerancia, problemas de la alimentación, etc.) (Botvin, 1995 y Becoña, 1999).

## **4.6.2. Ámbito comunitario e intervenciones en contextos lúdicos y de consumo**

### **4.6.2.1. Algunas consideraciones previas**

Muchos de los aspectos mencionados anteriormente son comunes con el ámbito que aquí más nos preocupa desarrollar por su falta de concreción y por la importancia y expansión que últimamente se le está concediendo, es decir, el ámbito comunitario. En este ámbito incluimos, como venimos haciendo en todo el Manual, aquellos programas en los que se interviene en el contexto recreativo y los lugares de consumo.

- *Los objetivos* en este contexto tienen que estar claramente definidos y dirigidos fundamentalmente hacia el no abuso (aunque en programas universales se plantee también retrasar la edad de inicio como objetivo) (Calafat, 1999). En los programas de prevención indicada el objetivo, en principio, será el mismo pero resaltando el carácter asistencial hacia el que puede derivar la intervención y donde los objetivos se diseñarán en función de cada caso.
- Los *contenidos* deben ser mucho más concretos y significativos que en el ámbito escolar ya que el espacio no favorece, en muchas ocasiones, la continuidad y homogeneidad de las intervenciones lo que puede mermar la eficacia de las acciones si no se tiene en cuenta .
- Los *temas* no deben establecerse de manera estandarizada o rígida. Para que los mensajes sean altamente significativos hay que tener en cuenta algunas características de la población que los definen:
  - ◆ La demanda de información, por parte de la población hacia la que intervenimos: cantidad y temas. Este aspecto nunca debe obviarse para no proporcionar datos y contenidos que no tengan relación con sus experiencias cercanas o duplicar conocimientos que ya poseen, limitando así su proceso atencional.
  - ◆ La utilización, en la medida de lo posible, de los propios jóvenes para elaborar la información, no sólo en la forma sino también en el contenido a desarrollar.
  - ◆ El riesgo asumido por ese grupo, entendido éste como la probabilidad de generar o no conductas abusivas de alcohol.
  - ◆ El tipo de consumos y sus características (en caso de que ya se haya producido): situación en la que se produce, cantidad y tipo de alcohol, utilización en grupo o en solitario, aparición de otras sustancias, etc.
  - ◆ La percepción del riesgo asociado al alcohol.
  - ◆ La presencia de otros comportamientos disfuncionales en ese grupo, se dé o no abuso de esta sustancia.
  - ◆ El lugar que ocupa el alcohol en su tiempo de ocio.
  - ◆ La aparición de consecuencias negativas (físicas, familiares, sociales, escolares, laborales o personales), y el grado de importancia que tienen para los jóvenes.
  - ◆ La presencia de minorías étnicas, teniendo en cuenta sus pautas culturales y los patrones de consumo propios.
  - ◆ La edad de la población, condicionando ésta el grado de complejidad del contenido.
- Otras variables más distales al contenido pero que también actúan como determinantes son:

Los objetivos generales del programa y criterios básicos de actuación.

El soporte elegido para transmitir la información.

La duración del programa.

#### 4.6.2.2. Temas a desarrollar

Aún admitiendo como una característica a considerar de los programas preventivos la flexibilidad y adaptabilidad de los contenidos, se pueden elaborar temas generales con el fin de exponer en los programas de ámbito comunitario y en contextos lúdicos:

- Información sobre la sustancia y sus consecuencias (fisiológicas conductuales, emocionales, etc.), e incluir los efectos positivos y negativos. Las consecuencias deben ser próximas a su experiencia, sobre todo si ya se han producido los primeros consumos.
- Datos epidemiológicos generales sobre el uso del alcohol en nuestro país, minimizando la creencia de normalidad y favoreciendo el aumento en la percepción del riesgo. Hacer hincapié en que no forma parte del “ritual” de inicio de la adolescencia (“sentirse mayor”).
- Diferencias entre uso/ abuso/ dependencia, entendiendo este intervalo no sólo desde una perspectiva cuantitativa sino cualitativa.
- Estrategias que favorezcan el uso responsable. Éstas deben ser claras y fácilmente practicables.
- Recursos personales (objetivo prioritario a considerar en los programas de prevención indicada) para evitar que los jóvenes lleguen a estados de embriaguez por el papel que ésta juega en la facilitación de otras conductas de riesgo o aparición de consecuencias negativas (conducción peligrosa de vehículos, agresiones físicas, prácticas sexuales de riesgo, ...). De ahí la importancia de señalar en estos programas:
  - ◆ La incidencia del abuso de alcohol en estos comportamientos, que permitirá no sólo reducir la probabilidad de que ocurran sino también la relevancia de los mensajes que proporcionamos.
  - ◆ La eficacia de actuaciones alternativas ante la embriaguez en los demás (ej.: permanencia de un joven sin beber que será el que conduzca, autocontrol y asertividad ante agresiones verbales y físicas, etc.)
  - ◆ Las pautas sanitarias posibles ante estos estados.
  - ◆ Los recursos de urgencia más cercanos.
- El desarrollo de alternativas de ocio al consumo que sean asequibles, practicables y atractivas. Los programas basados exclusivamente en estas actividades están creciendo en número y presupuesto, siendo muy apreciados institucionalmente,

sobre todo en los municipios, sin embargo no existe una evaluación exhaustiva de estos programas por lo que es difícil establecer su valor preventivo. Parece que logran captar a jóvenes ajenos a los consumos de alcohol, pero no son atractivos para aquellos considerados de alto riesgo o que ya utilizan esta sustancia (Calafat, 2002). Estos programas deberían acompañar o reforzar otras estrategias (control de la oferta, desarrollo personal, etc.)

- La información sobre la red de atención para aquellos jóvenes que ya presenten problemas relacionados con el abuso de alcohol o, aún sin presentarlos, quieran asesorarse sobre cuestiones que les preocupen en relación con esta sustancia.
- Los aspectos relacionados con la publicidad y como ésta condiciona los mensajes que, a nivel social, se admiten y se transmiten a los jóvenes. Es importante desarrollar en ellos una actitud crítica ante esta influencia, ya que la publicidad es capaz de modificar pautas y patrones de consumo en la población asociando, por ejemplo, el consumo de alcohol con diversión.(Edwards et al., 1997).
- El proceso de decisión que implica el acto final de beber o no beber, en el que cobra especial relevancia la influencia del grupo de iguales y la de los agentes socializadores más cercanos (familia, profesores, personajes significativos para ellos, etc.). Sobre ambos condicionantes se debe intervenir, pero aquí las estrategias informativas no son suficientes, por lo que actúan apoyando y reforzando el trabajo de otras estrategias (sobre todo de aquellas dirigidas al desarrollo de competencias).
- Los mitos o falsas creencias que alrededor del alcohol circulan y que deben modificarse, ya que están en la base de algunas actitudes positivas respecto al uso y abuso del alcohol (ej.: “el alcohol es un estimulante”, “el alcohol es una droga poco perjudicial porque es legal”, “si tienes frío, el alcohol te calienta” “el alcohol favorece las relaciones sexuales”, etc.)

## IDEAS PRINCIPALES SOBRE EL CONTENIDO DE LOS MENSAJES

- Definir claramente el mensaje que queremos transmitir: no uso o no abuso.
- Resaltar la concreción y significación de los contenidos en el ámbito comunitario.
- No estandarizar los mensajes, teniendo en cuenta para su establecimiento las siguientes características de la población:
  - La demanda del grupo diana.
  - Los jóvenes como creadores y seleccionadores del contenido.
  - El riesgo asumido por esos jóvenes (prevención universal, selectiva e indicada).
  - El análisis del patrón de consumo en ese grupo (si es que éste se produce).
  - La edad y los factores culturales.
  - La importancia del alcohol en sus actividades recreativas y consecuencias del consumo.
- Valorar otras variables ajenas a la población: objetivos del programa, canal de transmisión de los mensajes y duración del programa.
- Al margen de estos factores, se pueden establecer algunos temas generales a desarrollar:
  - Consumo de alcohol y sus consecuencias.
  - Estereotipo de “normalidad” en el consumo y su influencia.
  - Diferencias entre uso, abuso y dependencia.
  - Estrategias para desarrollar el uso responsable.
  - Consumo de alcohol y otras conductas asociadas.
  - Alternativas de ocio al consumo.
  - Información sobre la red de servicios de urgencia y de tratamiento o asesoramiento.
  - Toma de decisiones: influencia del grupo de iguales, otras personas significativas y la publicidad.
  - Normas de actuación ante estados de embriaguez.
  - Desmitificación creencias erróneas.

## **4.7. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN CON EL ESTILO DE LOS MENSAJES**

### **4.7.1. El grado de amenaza del contenido del mensaje debe ser suficientemente intenso**

Parece obvio que la *percepción del riesgo* del abuso de alcohol o del consumo de otras drogas es una de las variables que condiciona la práctica de estas conductas; por este motivo, es necesario transmitir información orientada a incrementar esa percepción del riesgo. De hecho, todos los mensajes preventivos contienen al menos una referencia, siquiera implícita, a los peligros y riesgos de ese consumo.

La cuestión a dilucidar no es, por lo tanto, si utilizar o no mensajes amenazantes, sino en qué *grado*, bajo qué condiciones y con qué contenidos.

La primera cuestión es la *intensidad de la amenaza* que se transmite. De ella depende la capacidad de reclamo de la atención del receptor, como condición previa para que, posteriormente, el contenido del mensaje sea procesado y produzca los efectos deseados. Sobre este punto, parece claro que la atemorización que busque el mensaje debe situarse en un *punto medio*. En principio, debe ser suficientemente intensa para suscitar la atención del receptor. Hay que tener en cuenta, además, que en la vida moderna, y más en los ámbitos donde se comportan los jóvenes, existe una enorme variedad de estímulos que reclaman la atención, por lo que el mensaje preventivo debe provocar cierto impacto. Pero no debe ser de una intensidad tan elevada que provoque una *respuesta defensiva o de rechazo*; en este caso el individuo ni siquiera procesaría el contenido del mensaje.

### **4.7.2. La información amenazante debe ir acompañada de información sobre las conductas a adoptar para evitar la amenaza**

Cuando la amenaza se presenta de modo no sólo intenso e impactante, sino además incontrolable, es probable que provoque angustia y rechazo del mensaje. Por este motivo, el mensaje amenazante debe ir acompañado de *información sobre las conductas que el sujeto puede adoptar para evitar de modo eficaz esa amenaza*, conductas que además debe ser capaz de realizar.

En otras palabras, se trata de que el sujeto, ante el mensaje, realice dos evaluaciones: en primer lugar, que la conducta en cuestión implica un *riesgo grave*, y, en segundo lugar, que a pesar de la gravedad del riesgo *este es evitable* si se llevan a cabo determinadas conductas alternativas.

#### **4.7.3. La información sobre el riesgo debe ser creíble y significativa para el destinatario**

En tercer lugar, la información amenazante es eficaz sólo si es *verosímil* y *relevante* para la persona que la recibe. Deben evitarse por completo mensajes que puedan ser percibidos como tergiversados, manipuladores, parciales, interesados, incongruentes o incompatibles con la experiencia del receptor o con sus principios morales, porque destruyen su credibilidad y provocan rechazo. Este principio es coherente, además, con el de *adaptación de los contenidos* a transmitir a las características de la población o grupo a los que van dirigidos, y con la necesidad de adoptar un *estilo participativo*. Implica, además, desde el punto de vista estratégico, y en orden a conseguir esa percepción de credibilidad, la conveniencia hacer una referencia empática en los mensajes a los *efectos positivos del consumo* o percibidos como tales.

Finalmente, tal vez convenga recordar en este punto que la utilización de información amenazante no es incompatible con la que no lo es, es decir, con aquella que se centra en los aspectos positivos del no consumo o del no abuso.

#### **4.7.4. Evitar magnificar situaciones**

Se trata de un error que se puede encontrar con cierta frecuencia en los programas, con más facilidad en las "campañas" consistentes en la diseminación de materiales informativos, y, sobre todo, en los mensajes que provienen de los medios de comunicación de masas, cuyo alcance e impacto potencial, no hay que olvidarlo, suele ser incomparablemente superior al de cualquier programa.

Hay que tener en cuenta que los medios de comunicación están sometidos a una lógica de mercado en la que se trabaja con "noticias", es decir, con mensajes que deben ser planteados como novedosos, a veces sobredimensionados, incluso amenazadores, que deben cambiarse continuamente, y que además estén en sintonía con las opiniones y el discurso previo de la "audiencia" con el fin de captar su atención.

Nos referimos en este punto, por ejemplo, a la magnificación de la importancia del consumo de éxtasis, cuestión que estuvo de moda hace algunos años. La impresión que a menudo se transmitía y se sigue transmitiendo es la de que buena parte de los adolescentes y jóvenes consumen éxtasis regularmente y que el fenómeno alcanza proporciones de problema social, cuando sabemos que en realidad se trata de un porcentaje muy reducido, y en todo caso incomparablemente inferior al de consumidores de otras sustancias como el alcohol o el tabaco.

Las consecuencias de esa magnificación son, por un lado, y tal como señalábamos en el punto anterior, una incongruencia con la experiencia de los receptores que resta *credibilidad* y *eficacia* a los mensajes preventivos y, por otro lado, un desvío de la atención (y de los recursos) de problemáticas que acaso sean más prioritarias.

#### **4.7.5. Evitar connotaciones indeseables**

Para conseguir que el mensaje sea relevante y creíble, y adecuado a los objetivos que se persiguen, debe ponerse atención no sólo a los contenidos explícitos, sino incluso a posibles connotaciones que puedan reforzar estereotipos que resten eficacia. No debe, por ejemplo, hablarse de "la droga" porque, al margen de su indefinición semántica, es una expresión que encierra connotaciones que nos remiten a realidades distintas de aquellas sobre las que queremos intervenir; todavía la expresión "la droga" nos evoca el mundo de la heroína y la marginalidad, y por ese motivo no sirve para hacer referencia a sustancias, contextos o motivaciones de consumo que nada tienen que ver con aquella realidad. Por el mismo motivo, hay que tener cuidado con el *uso de imágenes* que puedan reforzar asociaciones de ese tipo, como dibujos de jeringuillas o de delincuentes para ilustrar materiales informativos.

#### **4.7.6. Utilizar mensajes que sean compatibles con la experiencia del receptor, incluyendo en su caso la referencia a aspectos funcionales del consumo.**

Sabemos por los estudios sobre comunicación persuasiva, de larga tradición dentro de la Psicología Social, que una variable que condiciona poderosamente la eficacia de los mensajes que buscan producir cambios en la conducta de los receptores es el hecho de que contengan o bien únicamente argumentos a favor de la conducta propuesta (por ejemplo, votar a un determinado partido político, o moderar el consumo de alcohol), o bien que recojan también los argumentos de la parte contraria.

Al parecer la eficacia de uno u otro estilo depende sobre todo de la actitud previa de la audiencia. Si la audiencia es de antemano favorable a la propuesta del emisor (caso, por ejemplo, de un mitin electoral del partido A ante votantes del partido A, o de una charla sobre los beneficios de no fumar a individuos no fumadores) son más eficaces los mensajes unívocos, que solo se refieren a las ventajas de la conducta propuesta. En este caso, presentar los argumentos de la parte contraria, aunque sean refutados después, puede provocar el efecto de que la audiencia tome conciencia de determinados aspectos positivos de la otra parte que previamente no se había planteado. Por el contrario, cuando la audiencia es manifiesta previamente opiniones, actitudes o comportamientos contrarios a los de la propuesta que se plantea (caso de un mitin del partido A ante simpatizantes del partido B, o de una charla sobre la nocividad del tabaco a individuos fumadores) es más eficaz presentar tanto los argumentos de la otra parte como los argumentos propios que refutan los primeros. Si no se hace así, el comunicante puede ser percibido como parcial, interesado y manipulador por ocultar información o puntos de vista que el receptor conoce. Por el contrario, empezar recogiendo los razonamientos de la otra parte para a continuación exponer las ventajas de la conducta o la opinión que se quiere promover aumenta la credibilidad del comunicante y del mensaje. Estos principios son sobradamente conocidos y utilizados en la publicidad comercial o en la propaganda política.

Esto significa que es más eficaz hacer referencia, en los mensajes preventivos del abuso de alcohol, a los efectos positivos que el individuo experimenta cuando consume,



especialmente cuando esos mensajes van dirigidos a sujetos que ya han tenido experiencia previa con el alcohol.

No hay que negar, por lo tanto, los efectos positivos del consumo de alcohol o tabaco para divertirse, para sentirse capaz de realizar determinadas conductas, para integrarse en un grupo, para sentirse mayor, etc. No hay que negar esos efectos porque son reales. El enfoque debe dirigirse más bien a hacer ver que existen otros efectos indeseables a largo plazo y que existen alternativas.

Así, por ejemplo, cuando se aborda la cuestión de los "mitos" sobre el alcohol, no puede sin más afirmarse que "el alcohol no sirve para combatir el frío", porque lo que el receptor ha experimentado es que el alcohol sí sirve para calentarse, independientemente de que esta percepción subjetiva tenga o no fundamento objetivo; habrá más bien que aclarar los motivos de esa discrepancia.

En resumen, los mensajes totalmente unívocos, que sólo presentan argumentos en contra, chocan con la experiencia del receptor y no resultan creíbles.

Uso de la empatía, especialmente con las dificultades y objeciones.

Uno de los principios más sólidamente establecidos en los estudios sobre comunicación persuasiva es que el uso de mensajes empáticos aumenta la credibilidad y la confianza que despierta el comunicante, y por lo tanto la receptividad hacia sus mensajes. Este principio tiene implicaciones prácticas en todos aquellos ámbitos en que un comunicante trata de influir sobre el comportamiento de un receptor.

Entendemos por empatía el reconocimiento explícito de las dificultades y problemas que pueda plantear el receptor hacia el mensaje. El efecto que produce es comparable al de una vacuna que neutraliza posibles objeciones antes de que se planteen. Puede expresarse en mensajes del tipo:

“Entiendo que te extrañe...”

“Es posible que tus amigos piensen...”

“Mucha gente cree que...”

#### **4.7.7. Utilizar un lenguaje sencillo y adaptado al lenguaje del receptor, evitando la jerga técnica o el argot.**

Es evidente que el mensaje sólo puede llegar al receptor si éste entiende cada uno de los términos que se utilizan. Debe, por lo tanto, evitarse el uso de jerga técnica, que a veces

se utiliza para causar una impresión de autoridad científica, y que en muchas ocasiones disfraza la dificultad para expresar contenidos relevantes.

Pero, en lo que de algún modo puede considerarse el extremo opuesto, hay que tener cuidado también en no caer en un lenguaje de “*colegas*” o de *argot*, y ello por varias razones:

- Los términos de argot suelen ser poco precisos, a menudo incapaces de expresar matices.  
Es poco informativo decir de una sustancia que es “*chungu*”, por ejemplo.
- El comunicante debe adoptar un estilo cercano, pero en ningún caso pretender pasar por un igual. Su papel es diferente, puede aportar conocimientos o apoyos que no puede aportarle un igual. Esta diferencia, que es compatible con la cercanía, debe apoyarse también en el uso de un código lingüístico diferente.
- Determinados lenguajes de argot están fuertemente asociados a contextos muy específicos, en los que se consumen sustancias, y cuyo abandono conviene promover. Difícilmente lo conseguiremos si utilizamos un lenguaje propio precisamente de ese contexto.
- El argot es un conjunto de códigos muy específico y muy cambiante en el tiempo. Es difícil que el comunicante lo domine, y por este motivo su uso puede conducir al ridículo y a la pérdida de credibilidad y de capacidad de influencia.

#### 4.7.8. Utilizar frases cortas

Conviene tener cuidado con la sintaxis. La comprensión de los mensajes se favorece si se utilizan construcciones sintácticas breves y simples, de modo que cada frase encierre una idea. Así, es más comprensible el párrafo:

*“El alcohol engancha más y más. A veces parece que no puedes divertirte sin él. Además, beber demasiado tiene otros peligros.”*

Que el párrafo:

*“Está fuera de duda que el alcohol genera una dependencia progresiva, hasta el punto incluso de que muchos adolescentes refieren que sienten la necesidad de beber para divertirse, al margen por supuesto de las conductas de riesgo que están asociadas generalmente a su consumo...”*

#### **4.7.9. Enunciar las ideas en positivo.**

Se ha comprobado también que la comprensión y el recuerdo de los mensajes son mejores éstos son enunciados en términos positivos. Se entiende mejor la frase :

*“El alcohol produce dependencia.”*

Que la frase

*“No es verdad que el alcohol no produzca dependencia”.*

#### **4.7.10. Utilizar el sentido del humor, hacer reír, pero sin banalizar el contenido del mensaje.**

La receptividad hacia los mensajes mejora notablemente si la situación es amena y divertida. Una comunicación que aburra o sea tediosa es con seguridad ineficaz. Conviene, por lo tanto, utilizar el sentido del humor, pero siempre con cuidado para evitar el riesgo de banalización del contenido del mensaje. La idea a transmitir es que tratamos de asuntos de suma importancia, aunque son divertidos y los tratamos de forma divertida.

#### **4.7.11. Apoyarse en ejemplos cercanos y en pequeñas fábulas**

Los ejemplos constituyen un recurso muy eficaz en la transmisión de información. Toda idea debe transmitirse apoyada en una traducción práctica. Si los ejemplos provienen, además, de experiencias reales de los receptores, aumenta notablemente no sólo su capacidad para comunicar conceptos, sino también la probabilidad de que las ideas den lugar a los cambios de comportamientos que deseamos, esto es, que se produzca *la generalización de los aprendizajes a la vida práctica*.

Las fábulas o pequeños cuentos son otro apoyo inestimable, similar al de los ejemplos, para transmitir de modo eficaz unas ideas que pueden ser complejas. La fábula se utiliza proporcionando después al receptor la oportunidad de que él mismo extraiga las conclusiones pertinentes. Por supuesto, debe ser breve, atractiva y adecuada tanto al objetivo que se desea conseguir como a la audiencia.

Estos recursos pueden utilizarse como apoyos momentáneos dentro de cualquier actividad, pero también existen programas enteros que organizan sus actividades en torno a ellos. Un ejemplo son los programas que parten de ver películas de cine sobre las que después se realiza un debate dirigido, o los programas “Ulises” y “Hércules” (Comas, Moreno y Moreno, 2002), que parten de las peripecias de personajes mitológicos para el aprendizaje de habilidades.

#### **4.7.12. Presentar los mensajes de forma novedosa**

El primer objetivo de un mensaje es que sea capaz de captar la atención, como condición previa a que sea comprendido, recordado y dé lugar a cambios de comportamiento.

Nuestra atención sólo deja pasar por su filtro los estímulos que son novedosos, intensos o motivacionalmente significativos. Por lo tanto, la eficacia de los mensajes aumenta si éstos se presentan de modo novedoso y variado. Esta condición a menudo no suele ser fácil de cumplir. Hay que tener en cuenta que los mensajes preventivos deben competir en el enorme “mercado de estímulos” que reclaman constantemente nuestra atención a base de buscar la novedad, la intensidad o el impacto motivacional. En cualquier caso, los jóvenes están habituados a distintos canales y formatos de presentación de la información, por lo que conviene explorar las posibilidades del video, internet o las presentaciones multimedia.

#### **4.7.13. Buscar la participación activa del receptor**

Los procesos de transmisión de conocimientos y de sensibilización aumentan considerablemente su eficacia cuando cuentan con la participación activa de los destinatarios, en lugar de limitarse estos a ser meros receptores pasivos. Somos más receptivos a las informaciones cuando estas surgen como respuesta a una demanda, una curiosidad o una inquietud previa, que por supuesto puede ser suscitada, por distintos procedimientos, por el propio comunicante. También asimilamos más eficazmente la información cuando esta ha sido elaborada por nosotros mismos, o cuando después de recibirla existe la posibilidad de plantear dudas u objeciones, o cuando el comunicante la plantea de tal modo que exige al receptor el esfuerzo de elaborar sus propias conclusiones y contrastarlas.

Este fenómeno encierra importantes implicaciones sobre la elección de los canales más idóneos para la transmisión de información, que serán precisamente aquellos que permitan la máxima participación activa posible, como se señala en el apartado correspondiente.

Otras implicaciones prácticas de este principio son:

- Utilizar procedimientos didácticos dirigidos a hacer pensar al destinatario antes de informarle.
- Utilizar procedimientos de búsqueda activa de la información por parte del receptor.
- Empezar las exposiciones planteando interrogantes y dejando tiempo para que cada uno busque las respuestas, tal vez mediante técnicas de trabajo grupal como el método Phillips 66 u otras similares.

- *Intercalar preguntas durante la exposición, del tipo de:*
  - ◆ Cuáles son los motivos por los que algunos jóvenes consumen...?
  - ◆ Qué otros factores influyen en ese consumo...?
  - ◆ Qué efectos buscan...?
  - ◆ A la larga, qué otros efectos aparecerían...?
  - ◆ Cuánta gente pensáis que consume...?
  - ◆ Qué consecuencias puede tener el consumo sobre...?
  - ◆ Cómo ha cambiado la forma de consumir a lo largo del tiempo...?
  - ◆ Qué alternativas existen...?
  - ◆ Qué ventajas tendría hacer...?
  - ◆ Qué pasaría si...?
- Pedir periódicamente feedback sobre la información transmitida.
- Permitir que el receptor extraiga sus propias conclusiones y las exponga.
- No utilizar folletos con información preelaborada, salvo que esté bien establecida su idoneidad en función de los objetivos y los destinatarios, y a ser posible que exista la posibilidad de debatir posteriormente sobre el contenido.

#### **4.7.14. Enfatizar la importancia de lo que se va a transmitir**

El comunicante debe suscitar un estado motivacional previo que lleve al receptor a prestar atención al mensaje. En orden a conseguir este objetivo, además de utilizar procedimientos de participación activa a los que nos hemos referido anteriormente, es eficaz realizar una introducción que enfatice la trascendencia de aquello que se va a tratar. El asunto será percibido como tanto más importante cuanto más relevantes y más personalizados sean los motivos de esa importancia.

#### **4.7.15. Ordenar y categorizar la información, comunicando primero lo más importante**

Los mensajes preventivos, especialmente cuando son largos, son más atractivos y más fácilmente comprendidos cuando están bien estructurados. Un recurso eficaz para conseguir mantener la atención del receptor consiste en comenzar exponiendo un pequeño índice de los contenidos que se van a tratar. Por ejemplo:

*"Voy a explicar tres cosas: primero, qué es el alcohol; segundo, que efectos produce; tercero, por qué la gente a veces abusa de él..."*

La atención del receptor suele ser más alta al principio de una comunicación prolongada (efecto de primacía), y se suele recordar mejor lo primero y lo último que se recibe (efecto de recencia). Por este motivo es conveniente comunicar en primer lugar lo más importante, aquello que se desea que el receptor recuerde, y realizar un pequeño resumen enfático al final.

## PUNTOS PRINCIPALES SOBRE EL ESTILO DE LOS MENSAJES:

- ¿La información sobre los riesgos es tan escasamente amenazante que no capta la atención? ¿Es tan excesivamente amenazante que provoca rechazo?
- ¿La amenaza es percibida como inevitable, o queda claro qué conductas son útiles para evitarla?
- ¿La amenaza es verosímil? ¿Es objetiva? ¿Puede percibirse como exagerada, sesgada, parcial, interesada?
- ¿Los riesgos que se exponen, al margen de su objetividad, son significativos y relevantes para el receptor?
- ¿Se incluyen referencias a los aspectos positivos de la conducta a modificar (abusar del alcohol, consumir otras sustancias...)? ¿Choca frontalmente el mensaje con la experiencia del receptor, de modo que resulta poco creíble?
- ¿Encierra el mensaje, los elementos gráficos o algún otro elemento aspectos connotativos que puedan reforzar estereotipos no deseables?
- ¿Se incluye el reconocimiento empático de las dificultades u objeciones ante las conductas planteadas?
- ¿Se evitan tecnicismos? ¿Se evita el argot?
- ¿La sintaxis de los mensajes es simple y breve? ¿Los enunciados se formulan en positivo?
- ¿Se busca hacer reír? ¿El mensaje es ameno, divertido?
- ¿Se incluyen ejemplos, cuentos, fábulas, alegorías... o por el contrario se enuncian principios generales sin referencia a situaciones específicas?
- ¿La presentación es novedosa? ¿Consigue captar la atención del destinatario?
- ¿Se busca la participación activa del receptor? ¿Se utilizan procedimientos que hacen pensar, que suscitan dudas o feedback, que le permitan elaborar sus propias conclusiones, que le lleven a buscar activamente más información?
- ¿Se ha enfatizado la importancia del contenido transmitido?
- La información se ofrece de modo ordenado y categorizado?
- ¿Se comunica en primer lugar la idea central? ¿Se realiza un pequeño resumen al final?

#### **4.8. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN CON EL CANAL O MATERIAL TRANSMISOR**

Denominamos canal informativo a la vía o soporte mediante el cual el emisor transmite el mensaje al receptor.

Como cualquier otro elemento implicado en los procesos de comunicación, el canal tendrá una importancia fundamental a la hora de facilitar o dificultar la adecuada transmisión y recepción de la información, pudiendo determinar, en gran medida, que este proceso se ejecute eficaz o ineficazmente.

De cara a lograr una óptima eficacia preventiva, habremos de tratar, por lo tanto, de utilizar el canal idóneo para transmitir la información que queremos al público que hayamos establecido como destinatario.

##### **4.8.1. Objetivos que cubre el canal**

La finalidad más evidente del canal es precisamente la de servir de vehículo informativo, es decir, la de ser el soporte o vía mediante el cual transmitimos la información. Ahora bien, más allá de esta simple función de soporte, el canal puede funcionar, si es bien utilizado, como un reclamo o un incentivo que haga más atractiva tanto la información en sí misma como la actividad preventiva en su conjunto.

El uso de un canal idóneo, tiene el potencial para posibilitar que la población diana esté más receptiva a recibir la información, incluso que la demande y se interese activamente por ella. Un folleto atractivo o una gorra con un eslogan informativo simpático, pueden actuar, por ejemplo, como un primer estímulo para que los jóvenes se acerquen a demandarlos, obteniendo así una primera información preventiva que desde ese momento podrá ser complementada con información adicional transmitida por otras vías (oralmente, guías preventivas, etc.). Del mismo modo, esa misma gorra, ese folleto o una camiseta, pueden ser utilizados como incentivo, por ejemplo, como premio o gratificación por haber participado en una actividad preventiva determinada.

Por lo tanto, un canal o soporte atractivo y sugerente, al actuar como reclamo, podrá facilitar el acercamiento y la demanda de información por parte de la población diana, y dar pie a realizar una labor preventiva de mayor calado y profundidad, favorecerá el impacto emocional positivo en los destinatarios en los casos en que actúe como incentivo, ayudando, además a la ulterior difusión de la información, especialmente cuando se trate de soportes perdurables que pueden ser mostrados a amistades y conocidos. Actuará, finalmente, como recordatorio y resumen informativo de actividades preventivas complejas.



#### **4.8.2. Cuándo utilizarlo**

La decisión sobre cuándo utilizar un determinado canal dentro de todo el proceso de actuación preventiva, vendrá determinado precisamente por la función que hayamos decidido darle a dicho material, es decir, como reclamo, vehículo informativo o como incentivo. Esto, vendrá determinado, a su vez, por las características propias de cada material y de cada actividad en concreto. Una camiseta con un eslogan informativo podrá ser utilizada bien como reclamo para favorecer que los jóvenes se acerquen a hablar con nosotros, bien como incentivo por haber participado en determinada actividad preventiva. Un folleto atractivo podrá actuar como reclamo en una intervención en espacios de ocio, podrá ser utilizado como recordatorio y resumen informativo tras un taller preventivo, e incluso podrá servir como incentivo para personas especialmente interesadas. En cualquiera de los casos, es importante tener en consideración que el atractivo e interés del canal no debe jamás eclipsar a la información y la finalidad preventiva. Es decir, la adecuación y aceptación del canal o material transmisor por parte del público diana, no es un fin en sí mismo sino que debe ser entendido y utilizado como elemento facilitador de la adecuada transmisión de la información y favorecedor de la eficacia preventiva.

#### **4.8.3. Selección del canal**

A la hora de seleccionar el canal o material transmisor a utilizar, deberemos tomar en consideración, una vez más, el público al que nos dirigimos y el contexto en el que actuaremos.

De cara a público, el canal deberá adaptarse, al igual que la información en sí misma, a las características de los destinatarios: edad, estilo de vida, gustos, bagaje cultural, etc.

En cuanto al contexto, deberemos tomar en consideración las posibilidades que cada entorno nos ofrece en cuanto a tiempo, interacción, continuidad y cercanía, pudiendo utilizar materiales más exhaustivos y estructurados en entornos como la escuela, más escuetos y esquemáticos en lugares como los espacios de ocio nocturno (folletos) y de término medio en el ámbito familiar (guías informativas básicas).

Tanto en unos como en otros, es deseable que, en la medida de lo posible, se pueda contar con la opinión e incluso la participación de la población diana a la hora de escoger el canal o material, de tal manera que se facilite precisamente su óptima adecuación a las características y gustos de los destinatarios.

La selección de uno u otro canal, vendrá determinada, igualmente, por factores como los objetivos específicos y generales que se pretendan cubrir (sensibilización de la población general o asesoramiento pormenorizado a población en riesgo, por ejemplo) y por cuestiones como los presupuestos con los que contamos. Referente a los presupuestos, conviene tener en cuenta que, muchas veces, la relación coste beneficio puede resultar mucho más positiva en el caso de la adquisición de materiales ya elaborados y utilizados por otras instituciones

o entidades, en lugar de hacernos cargo de la elaboración total de materiales nuevos.

#### **4.8.4. Canales**

##### **4.8.4.1. Folletos**

El folleto es un material transmisor ampliamente utilizado, en cuanto resulta relativamente sencillo y notablemente versátil, pudiendo utilizarse casi en cualquier tipo de entorno y con cualquier tipo de población. El soporte gráfico nos asegura la perdurabilidad de la información, y las posibilidades de diseño e ilustración, permiten un mayor impacto, énfasis y adaptabilidad al público destinatario.

Resulta un canal extremadamente útil cuando es utilizado como apoyo de intervenciones preventivas de más amplio calado en las que se favorece la comunicación con el interlocutor también por otras vías (por ejemplo: mediante el contacto directo), pero su alcance es bastante limitado cuando todo el peso de la intervención se deposita casi exclusivamente en la transmisión de un folleto. Uno de sus principales inconvenientes, reside precisamente en que, al igual que otros canales gráficos, no permite por sí mismo la interactividad, ofreciendo información de modo unidireccional a no ser que se cuente con otras vías de interacción complementarias.

Por otra parte, en la elaboración de folletos y otros soportes gráficos, resulta especialmente conveniente contar con la participación de una muestra representativa de la población diana, que valore, evalúe e incluso haga aportaciones directas respecto a la adecuación del formato, el diseño y los contenidos para el público al que se dirigen.

##### **4.8.4.2. Flyers**

Los flyers son las tarjetas y cuartillas que utilizan los organizadores de fiestas y los dueños de locales de ocio para dar publicidad a sus eventos. Inicialmente su utilización se circunscribía a los entornos de música electrónica, aunque actualmente su uso se ha generalizado, tanto que incluso se utilizan como soporte de información y mensajes preventivos. Ahora bien, conviene tener en cuenta que los flyers han sido tradicionalmente unos soportes de estética muy cuidada y vanguardista, siendo realizados habitualmente por buenos diseñadores gráficos claramente implicados en la cultura de ocio juvenil. Por lo tanto, en caso de que se escoja la utilización de flyers como material transmisor, resulta conveniente cuidar al máximo los aspectos relativos a la estética y el diseño, solicitando, si es preciso, la colaboración de profesionales del sector, con el fin de asegurarnos la adecuación al público destinatario y con el fin de no echar a perder la utilidad de este canal por haber utilizado referentes estéticos inadecuados o deficitariamente elaborados.

#### **4.8.4.3. Pósteres**

Los pósteres, aunque no son tan utilizados como los folletos y los flyers, (excepto en campañas de difusión general que manejan únicamente eslóganes preventivos), tienen también una gran versatilidad y potencial para transmitir información adaptada a las características de la población diana. En este sentido, podría considerarse que se trata de un canal escasamente explotado pero con amplias posibilidades, en cuanto trabajando adecuadamente los contenidos y el diseño, constituye un material transmisor que puede tener una excelente aceptación en entornos tan dispares como el hogar, la escuela, las asociaciones y centros juveniles e incluso los propios espacios de ocio nocturno.

Tiene, además, la ventaja de que la relación coste / beneficio resulta en última instancia bastante positiva, en cuanto la información transmitida en un solo póster tiene el potencial para llegar a muchas personas.

#### **4.8.4.4. Calendarios y Agendas**

Una forma efectiva de asegurar la perdurabilidad de la información que transmitimos, consiste en utilizar un canal transmisor que tenga una utilidad específica, como puede ser el caso de una agenda, un marcador de libros o un diario. Se trata de una excelente opción que no obstante puede tener como inconveniente la cuestión presupuestaria (que en algunos casos puede elevarse bastante), y requiere también de la confirmación previa de que el material es percibido realmente como útil, práctico y atractivo por parte de la población diana.

#### **4.8.4.5. Camisetas y gorras**

Camisetas, gorras, pegatinas, llaveros, mecheros, bolígrafos, yo-yos, etc., pueden servir de canal transmisor de información preventiva. Generalmente, por su formato, suelen dar cabida únicamente a pequeñas frases tipo slogan, por lo que más bien, su utilidad se centra en publicitar la campaña y transmitir una idea principal de contenido preventivo (sensibilización). Como ya señalamos en su momento, se trata de un canal útil y eficaz para ser utilizado como reclamo e incentivo, debiendo ser complementado con una transmisión de la información más profunda por medio de otros canales.

Como en el caso de las agendas, el componente presupuestario, hace que no siempre sean la mejor opción en términos de coste / beneficio.

#### **4.8.4.6. CD-Roms**

El uso de CD-Roms presenta la ventaja de que puede aportar información en profundidad, bastante más de la que aportaría un típico folleto informativo. Por otra parte, posibilita

la interactividad, dando la oportunidad a que el receptor tome parte activa en el proceso de comunicación y de transmisión y recepción de la información, lo cual es siempre algo positivo. Más aún, la adecuada transmisión de la información puede verse facilitada y potenciada en eficacia y aceptación, al utilizar formatos y formas de presentación lúdicas y divertidas en las que la cuestión informativa y preventiva se presenta al usuario como un elemento secundario frente al principal que es el de pasar un buen rato jugando. Como desventaja, los CD-Roms pueden ver reducido su ámbito de aplicación en cuanto requieren de material informático y de tiempo, lo cual los hace más aptos para el entorno educativo o el familiar, aún cuando existe la posibilidad de utilizarlos incluso en entornos de ocio nocturno, como hace por ejemplo el grupo Energy Control, que utiliza un ordenador portátil en el que se inserta el CD-Rom y aquellos jóvenes que desean obtenerlo tienen que contestar primero 3 preguntas relativas a la sustancia que deseen.

#### **4.8.4.7. WEB**

Internet ha pasado a convertirse en una de las principales fuentes a la que recurren los jóvenes en busca de información, habiendo llegado a sustituir, en gran medida, a otros métodos tradicionales como las enciclopedias y los libros. Es por ello, que desde el ámbito preventivo resulta fundamental explotar esta herramienta, entendiéndola como un espacio importante donde realizar intervenciones preventivas especialmente centradas en los recursos informativos. Actualmente, Internet es una herramienta ampliamente explotada por todo tipo de colectivos y personas individuales pero relativamente abandonada por las instituciones y las asociaciones dedicadas a la prevención, que en caso de tener páginas web, las hacen poco atractivas para el público joven, tanto en lo que respecta a los contenidos como al diseño. En este sentido, para su elaboración, sería recomendable recurrir a auténticos profesionales relacionados, una vez más, con el entorno juvenil y no tanto con el entorno institucional.

Más allá de las páginas web, Internet ofrece la posibilidad de ofrecer información mediante el correo electrónico, ya sea individualizado, a sea mediante foros de discusión y listas de correo. Estas herramientas permiten ofrecer información de forma bidireccional, haciendo y contestando preguntas, dudas, comentarios y opiniones, así como permiten una continuidad en las labores preventivas que no la posibilitan otros ámbitos de actuación. Es por ello, que deberían pasar a convertirse en un espacio más para llevar a cabo labores informativas de carácter preventivo. De hecho, nos atrevemos a vaticinar que acabarán siendo unas herramientas ampliamente utilizadas y que Internet terminará por convertirse en un destacado espacio de intervención preventiva, que contará con personal laboral contratado y profesionalizado para realizar sus labores.

#### **4.8.4.8. Videos**

El uso de nuevos canales de difusión de mensajes e información preventiva es algo relativamente poco explotado pero que ofrece interesantes posibilidades. Un ejemplo sería el caso concreto de los videos, especialmente útiles en determinados contextos como los entornos de ocio nocturno. En estos lugares, es habitual que las grandes salas

(discotecas) cuentan con pantallas en el que se retransmiten imágenes que acompañan a la música. Estas pantallas pueden ser utilizadas para proyectar videos en los que se introduce información preventiva a través de breves mensajes que se superponen a las imágenes. Esta metodología de trabajo ha sido utilizada con bastante éxito y aceptación por el grupo Energy Control en espacios de ocio nocturno.

#### **4.8.4.9. Programas de Radio y TV**

Los programas de radio e incluso los de televisión (especialmente los de las televisiones locales) pueden ser utilizados igualmente para la transmisión de información preventiva, al estilo de cómo se hace en otros ámbitos relacionados con la salud o la sexualidad.

En este sentido, resultan especialmente interesantes los programas de radio especializados en determinados tipos de música (electrónica, heavy, etc) y dirigidos, por lo tanto a poblaciones muy específicas. Este tipo de programas, pueden dar cabida a breves espacios de 5-15 minutos en que se aborden cuestiones preventivas relacionadas con el alcohol u otras drogas, ya sea mediante la transmisión de información unidireccionalmente, ya sea contestando a preguntas y dudas de los oyentes.

#### **4.8.4.10. Obras de teatro, cine, seriales, documentales**

Obras de teatro, películas, etc., pueden ser utilizados para la transmisión de información con fines preventivos, ya sea utilizando el contenido de las mismas como hilo conductor de talleres preventivos (Video-Forums), ya sea introduciendo información preventiva en la misma obra o película, al estilo de cómo se ha hecho en ámbitos como la prevención del VIH en países como Sudáfrica, introduciendo información al respecto en series de amplia aceptación popular.

La difusión de documentales informativos es otra opción interesante, tal vez escasamente utilizada por cuestiones presupuestarias y organizativas, como sucede con las películas, series, etc.

#### **4.8.4.11. Revistas y otras publicaciones**

Al igual que los otros medios de comunicación de masas, las publicaciones como las revistas de tirada mensual o semanal, pueden ser utilizadas para transmitir información de tipo preventivo, ya sea introduciendo secciones específicas (salud, consultorio, etc.), ya sea creando revistas específicas para públicos concretos, al estilo de la revista Interzona, de la Asociación Bienestar y Desarrollo, dirigida a público consumidor de drogas de síntesis que desea información en profundidad sobre las sustancias que consume.

#### **4.8.4.12. Marquesinas y vallas publicitarias**

Resultan interesante su utilización porque posibilitan una amplia difusión de la información que se ofrece en ellas, no obstante, por sus características únicamente dan opción a informaciones muy escuetas, generalmente tipo slogan, por lo que su utilidad se centra más en el ámbito de las campañas de sensibilización de la población general, normalmente acometidas por grandes organismos institucionales (PNSD, etc.) y no tanto por asociaciones o instituciones más modestas.

#### **4.8.5. Criterios de valoración para establecer la idoneidad de los materiales destinados a los programas de prevención de las drogodependencias**

La utilización de materiales adecuados es una condición necesaria para optimizar los resultados obtenidos a través de la realización de los programas de prevención de las drogodependencias. El trabajo realizado para mejorar la calidad de estos materiales (el Ministerio de Educación y Cultura ha recopilado y analizado más de 800 materiales de todo tipo) nos permite, en la actualidad, avanzar una serie de condiciones que deberían reunir dichos materiales para poder ser considerados como adecuados:

- Los materiales explicitarán en su presentación el marco teórico preventivo en el que se sustentan sus objetivos y las condiciones generales de aplicación características de los destinatarios, edad, nivel sociocultural ...-.
- Se tipificarán en función de los objetivos, contenidos y actividades que presentan y su estructura será coherente con el marco de las actuaciones de prevención de las que forman parte.
- La utilización de los materiales durará lo necesario para conseguir los objetivos que se propone y tendrá previstos mecanismos de mantenimiento y refuerzo de los resultados obtenidos.
- Los materiales presentarán modelos vitales positivos y atractivos, sin recurrir innecesariamente a imágenes relacionales con el consumo y sin incluir información sobre procedimientos de adquisición y utilización de drogas.
- Los contenidos estarán científicamente actualizados. Se recogerán referencias a textos y otros materiales de ampliación así como información completa sobre instituciones y ámbitos de información y ayuda complementarios.
- Los contenidos evidenciarán, sobre pruebas fundadas científicamente, hasta qué punto las drogodependencias son perjudiciales individual y socialmente.
- Los materiales incluirán procedimientos de evaluación de los resultados respecto de los objetivos y, en su caso, de los procedimientos así como mecanismos correctores.

En el ámbito educativo, además de los criterios mencionados, cabría plantear, dada la especificidad de los programas de prevención de las drogodependencias en dicho ámbito, las siguientes condiciones añadidas para la adecuación de los materiales:

- El material podrá ser utilizado tanto porque se ajusta a las exigencias curriculares -especificando a qué niveles educativos se dirigen- cómo, porqué conviene a intervenciones derivadas de situaciones prioritarias o de coordinación comunitaria extra-escolar. La tipificación del material para una edad y un nivel sociocultural concreto será congruente con el contenido y las actividades propuestas por ese material.
- Los materiales se ajustarán a los requerimientos pedagógicos comunes (comunicación entre alumnos, técnicas didácticas variadas, información por diversos canales, autoevaluación y fundamentación en los conocimientos previos), pero equilibrando este ajuste en relación al cumplimiento de las condiciones anteriormente mencionadas.
- La estructura y contenido de los materiales se configurarán en función de conseguir el objetivo prioritario de disminuir la vulnerabilidad psicológica de los niños, pre-adolescentes y adolescentes.
- La estructura de los materiales permitirá a los alumnos reconocer en sí mismos tales mecanismos de vulnerabilidad y, generar así, actitudes de prevención y de búsqueda de compromisos positivos.
- La estructura de los materiales será coherente tanto con los programas de prevención de la comunidad como con los de formación de padres y profesores.
- Los materiales se complementarán con guías de uso para profesores y tutores, coherentes con los materiales y adaptadas a las posibilidades reales de tiempo y medios de los centros y también con guías de apoyo para las familias, adaptadas a las condiciones socioculturales reales del grupo familiar.

Puede concluirse que aquellos materiales que cumplan estos requisitos- entendiendo que no se ha pretendido la exhaustividad en este documento- y que se utilicen siguiendo criterios de coherencia en relación a los programas de prevención de las drogodependencias, tendrán una mayor probabilidad de optimizar los resultados perseguidos por los mencionados programas.

## PUNTOS PRINCIPALES SOBRE EL CANAL DE LOS MENSAJES

- El canal o material transmisor puede servir como vehículo informativo, incentivo o reclamo.
- A la hora de seleccionar el canal deberemos considerar el objetivo que pretendemos cubrir con él (las camisetas serán útiles como incentivo y los folletos como vehículo informativo, por ejemplo).
- En la medida de lo posible, será recomendable la utilización de canales que favorezcan la interactividad y la participación. En este sentido, puede ser especialmente interesante el uso de canales relacionados con las nuevas tecnologías.
- El material deberá estar adaptado a las características del público diana y es recomendable que su utilización no sea un fin en sí mismo sino que sirva para realizar labores informativas y preventivas de más amplio calado y profundidad.



#### **4.9. CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

La situación de la evaluación de programas de prevención de una forma sistemática y rigurosa dista mucho de ser satisfactoria, dado que aún existen pocos programas evaluados y publicados, tal y como recoge G. Burkhart en la revisión realizada a través de la base de datos del Observatorio Europeo de Drogodependencias (OEDT), en la citada revisión aparecen 26 programas de los que sólo una parte son programas preventivos. Ahora bien la situación española no parece ser sustancialmente peor que la europea.

Una primera cuestión interesante a revisar es la confusión existente entre programas para la comunidad y programas comunitarios, estos son diseñados y evaluados con la implicación sustancial de los miembros de una comunidad concreta. De hecho existen múltiples campañas publicitarias que hacen referencia a lo comunitario, cuando realmente únicamente son acciones dirigidas a una comunidad.

Por otra parte, una de las peculiaridades de las intervenciones comunitarias es el hecho de ser acciones descentralizadas, y por esta razón no se recoge información a nivel nacional. Se trata de acciones locales, difíciles de estandarizar y la información recogida depende mucho del estilo de los responsables del programa y por tanto también difícil de intercambiar con otros profesionales. Por esta razón una cuestión importante, además de la promoción de una cultura de evaluación, es la de crear un sistema de descripción de los proyectos que permita poder comparar y replicar. En esta línea viene trabajando el Observatorio Europeo sobre Drogas a través del Sistema de información EDDRA.

El Sistema EDDRA es una base de datos que contiene información detallada sobre programas de reducción de la demanda en todos los países miembros de la Unión Europea.. Esta base de datos se nutre de la información que introducen lo que denominan puntos focales nacionales. Este sistema mantiene unos criterios de calidad e integridad de la información, superando diferentes filtros, lo que garantiza la seriedad con que son tratados los programas. En cuanto a las exigencias del sistema (G. Burkhart, 2000) se trata de descripciones breves sobre las siguientes cuestiones:

- Situación inicial (análisis de necesidades)
- Objetivos generales y específicos
- Bases teóricas para los objetivos
- Características y métodos utilizados para la evaluación
- Indicadores utilizados para la evaluación
- Instrumentos y recursos para la evaluación

- Resultados en relación con los objetivos y los indicadores
- Resultados cualitativos
- Resumen

Todos estos componentes los recogemos, pues entendemos que se trata de las cuestiones mínimas que debe tener un programa de prevención de drogodependencias, tanto si se utilizan estrategias informativas, formativas, participativas o mixtas, diferenciándolo claramente de lo que son las memorias de los programas, cuya presentación se adapta a la institución que lo financia o solicita.

Nos parece interesante destacar del sistema EDDRA la posibilidad no sólo de consulta de los diferentes programas que se van notificando a la red sino también la posible inclusión de nuestros programas.

#### **4.9.1. ¿Qué es evaluación?**

Existen infinidad de definiciones sobre evaluación pero por elegir una de ellas, podemos definir evaluación de una intervención o un programa como la recogida, análisis e interpretación sistemática de la información relativa a su funcionamiento y a sus posibles efectos. Evaluar significa por tanto realizar un juicio sobre una actividad, o un resultado basado en un criterio estándar de referencia, que permitirá tomar decisiones, bien acerca de cómo mejorar nuestras intervenciones, o bien si deben ampliarse o abandonarse determinadas actividades.

Básicamente la evaluación debería responder a dos preguntas esenciales: ¿cuál es la naturaleza y alcance del problema? Y ¿a qué grupo objetivo debe dirigirse la intervención?.

La respuesta a estas preguntas debería permitirnos saber qué intervenciones son eficaces y cuáles no. Esta diferenciación no sólo incrementará la calidad de nuestras intervenciones, sino que también será la base sobre la que se tomarán decisiones por parte de los responsables de la financiación de los proyectos. Por tanto resulta imprescindible comprobar la “productividad” (A. Tinarelli, 2001), de nuestras intervenciones de cara a la inversión que realizarán los responsables políticos sobre prevención

#### **4.9.2. Tipos de evaluación**

Existe una amplia variedad de clasificaciones y denominaciones de la terminología utilizada en evaluación. Una posible clasificación es la que hace referencia a la temporalidad, esto es, en qué momento realizamos la evaluación, antes, durante o después de realizar el programa (a. Silva, 1994).

Si tomamos como referencia el momento anterior al inicio del programa, tendremos:

- *Evaluación de necesidades.* Este tipo de evaluación hace referencia al estudio, diagnóstico e identificación del problema. Incluye numerosos análisis, que más adelante revisaremos, y que fundamentalmente orientará el diseño y la planificación del programa.
- *Evaluación estratégica.* Hace referencia a la pertinencia teórica y práctica de una determinada actuación para alcanzar los objetivos propuestos.
- *Evaluación de diseño.* Hace referencia a la idoneidad de programa. Este tipo de evaluación ha de contemplar los mecanismos que posibilitarán la evaluación del programa.

Durante la realización del programa:

- *Evaluación sobre estructura.* Evalúa fundamentalmente los recursos, infraestructuras, funcionamiento del programa.
- *Evaluación de procesos.* Hace referencia al inicio y ejecución del programa. Básicamente guía el funcionamiento del programa en su realización permitiendo reajustes. Dentro de ella está incluida la evaluación de cobertura, pues esta pretende conocer a qué cantidad de la población objetivo hemos alcanzado.

Evaluación al final del programa:

- *Evaluación de resultados.* Hace referencia al grado de consecución de los objetivos del programa, así como a los efectos tanto previstos, como no deseados. Esta evaluación debería permitirnos conocer tanto la eficacia de la intervención (consecución de objetivos propuestos) como la eficiencia (costes de esta consecución de objetivos).
- *Evaluación de impacto.* Hace referencia al impacto de nuestro programa en un círculo más amplio de la población sobre la que hemos intervenido (barrio, comunidad, etc.).

Si por otra parte consideramos la variable ¿quién evalúa? Obtendremos tres tipos de evaluación: interna, externa y mixta. Esto es, si es realizada por los propios agentes del programa, bien por evaluadores ajenos, o bien mixta en el sentido de un equipo de evaluación conjunto, agentes internos y externos al programa. La indicación de unos u otros parece estar más relacionada con el tipo de evaluación que se realiza, así muchos expertos señalan que la evaluación de proceso puede ser realizada por agentes internos que conocen a fondo el programa, y sin embargo la evaluación de resultados es más aconsejable que se realice por agentes evaluadores externos.

### 4.9.3. Pasos en la evaluación

A continuación vamos a tratar de desarrollar los pasos que entendemos han de darse para conseguir un adecuada evaluación de programas preventivos. Nuestra referencia básica va a ser la Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias” (C. Kröger et al., 1998), del Observatorio Europeo de Drogodependencias, disponible en español en la página web del Observatorio. Todo ello está formulado a través de preguntas , tal y como se recoge en la guía referenciada, pues entendemos se trata de un método fácil de seguir y sumamente productivo.

#### 4.9.3.1. Evaluación de la planificación

Hace referencia al momento en que se planifica el programa. Durante esta etapa se define el problema y los objetivos. El inicio de esta etapa requiere de una descripción pormenorizada de la naturaleza del problema especificando las características de las personas afectadas por él, entre otras cuestiones. Es la etapa de la evaluación de necesidades.

Este tipo de evaluación permite analizar la coherencia del programa previo a su puesta en marcha. Coherencia que estableceremos a varios niveles.

Coherencia entre los objetivos y la descripción del problema, los conceptos en los que se basa la estrategia del programa, los indicadores para la evaluación y los resultados esperados. La coherencia entre los elementos deberá seguir su orden cronológico, esto es , en función de las necesidades planteadas nos planteamos un objetivo general que se dividirá en objetivos generales, específicos y operativos que sean alcanzables, realistas y medibles. Estos objetivos se apoyarán en teorías o conceptos definidos que explicarán al observador externo por que estos objetivos están ligados al objetivo general, al problema descrito y a la estrategia del programa.

Del mismo modo los indicadores elegidos deberán medir fielmente los objetivos específicos propuestos.

Respecto a la cuestión de la coherencia podríamos plantearnos una serie de preguntas que hemos de responder, siguiendo a F. Alvira (1999):

Respecto a la coherencia interna del programa:

- Se han previsto los recursos suficientes
- Se dispone de un calendario de aplicación
- Los objetivos están bien jerarquizados. Hay coherencia entre objetivos generales y específicos

- Hay coherencia entre actividades previstas y objetivos a conseguir.

Respecto a la coherencia con la evaluación de necesidades:

- Responden los objetivos a las necesidades detectadas
- Está bien conceptualizado el problema objeto de intervención
- Está definida la población destinataria

Respecto a la coherencia entre modelo y estrategia de intervención

- El programa tiene una base teórica y empírica adecuada
- Hay relación adecuada entre actividades previstas y modelo de intervención
- Hay relación lógica entre objetivos previstos y modelo de intervención
- Teniendo en cuenta evaluación de necesidades el modelo teórico y de intervención elegidos son los mejores.

#### 4.9.3.1.1. *Evaluación de Necesidades*

A lo largo de esta evaluación de necesidades debemos establecer las fuentes y procedimientos a través de los cuales vamos a obtener la información, obtener la información suficiente sobre la realidad como para poder fijar objetivos, y transformar los elementos esenciales de esta búsqueda en la base del diseño del programa.

Respecto a los elementos claves sobre los que entendemos debe girar la información recogida, básicamente podrían ser acerca de:

- Población a la que va dirigido el programa
- Conocer el contexto en el que se va a desarrollar el programa
- Conocer las personas claves del entorno en que se va a desarrollar el programa

Una vez realizado este proceso deberíamos estar en disposición de responder las siguientes preguntas:

- ¿Qué fenómeno se desea prevenir o modificar con la intervención prevista?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las personas afectadas por el fenómeno en comparación con las no afectadas?
- ¿Dónde se produce el fenómeno y dónde no?
- ¿Cuánto tiempo hace que se conoce el fenómeno?
- ¿Ha cambiado su dimensión, repercusión y su importancia con el tiempo?

#### 4.9.3.1.2. Base Conceptual

Una vez descrito el problema, es necesario esbozar la base teórica que subyace a las opiniones respecto a la causa, modificación y control del problema. Debemos responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo explicaría este fenómeno?
- ¿Qué factores son responsables de su mantenimiento?

#### 4.9.3.1.3. Grupo Objetivo

Debe definirse con claridad el grupo al que van a dirigirse nuestras intervenciones. Ahora bien deben distinguirse dos tipos de grupos, el grupo objetivo afectado por el fenómeno y el grupo intermedio como son los padres, profesores, a quienes se pide que actúen como mediadores en actividades dirigidas al grupo objetivo. En esta etapa deberíamos responder a las siguientes preguntas:

- ¿Se ha elegido grupo objetivo y/o grupo intermedio?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del grupo objetivo, la escala del fenómeno y el tamaño del grupo?
- ¿Por qué se ha elegido este grupo?
- ¿A cuántas personas se prevé alcanzar con la intervención?
- ¿Dónde y cómo se pretende contactar, incorporar y motivar al grupo objetivo?
- ¿Cómo se prevé garantizar el compromiso de los miembros del grupo con la intervención?

#### 4.9.3.1.4. Objetivos

Es necesario establecer con claridad los objetivos de la intervención, definiendo además los efectos previstos en la conducta de consumo de sustancias y en las variables mediadoras. También debe reseñarse la repercusión de la intervención respecto al grupo intermedio. Debemos responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo afectará la intervención a la conducta de consumo de sustancias?
- ¿Cómo afectará la intervención a las variables mediadoras relacionadas con la conducta de consumo (conocimientos, actitudes, intención de consumo, normativa...)?

- ¿Qué objetivos se plantean con respecto a otras variables mediadoras (habilidades, factores de riesgo, factores de protección, comportamientos problemáticos, cambios en el estilo de vida, hábitos culturales)?
- ¿Qué relación existe entre las variables mediadoras y la conducta de consumo de sustancias?
- ¿Cuáles son los objetivos respecto al grupo objetivo intermedio?
- ¿Cuáles son los objetivos respecto al grupo objetivo intermedio y el grupo objetivo?.

#### 4.9.3.1.5. Métodos

Hemos de asegurarnos que las estrategias y los métodos utilizados son coherentes con los objetivos. Deben exponerse en el programa los datos empíricos sobre los que se apoyan, así como estrategias, calendario y duración previstos para la intervención. Debemos responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué estrategias, componentes y métodos se utilizarán en la intervención?
- ¿Quién participará en el programa?
- ¿Tiene conocimiento de datos empíricos con los que se pueda fundamentar el éxito de los métodos elegidos?
- ¿Cuánto durará la intervención?
- ¿Cuál es el calendario previsto para la intervención (numero de actividades, duración y frecuencia de cada una de ellas)?
- ¿Está previsto comprobar la viabilidad de la intervención?

#### 4.9.3.1.6. Recursos

Deben analizarse los recursos disponibles, entre otras cuestiones es importante recoger el tiempo con el que cuenta el personal asignado al programa, asimismo deben tenerse en cuenta las posibles barreras en la disponibilidad de los recursos que pueden afectar a la aplicación o a la evaluación. Las cuestiones a plantear serían las siguientes:

- ¿Qué miembros del personal llevarán a cabo la intervención y que cualificación se requiere?
- ¿Cuál será el tiempo de dedicación de cada una de estas personas?
- ¿Cuál es el presupuesto y quien lo financia?
- ¿De qué otros recursos se dispone?
- ¿Qué puede dificultar la aplicación o la evaluación?

#### 4.9.3.1.7. Planificación de la Evaluación de Proceso

Al desarrollar la evaluación de la fase de planificación deben tenerse en cuenta las fases siguientes. Debe decidirse si se realizará una evaluación de proceso y quién se encargará de la misma. Debemos responder a lo siguiente:

- ¿Se prevé la realización de una evaluación de proceso?
- ¿De que recursos se dispone para llevarla a cabo?
- ¿Quién será el encargado de realizarla?

#### 4.9.3.1.8. Planificación de la Evaluación de Resultados

Del mismo modo que en el caso anterior, la evaluación de proceso, debemos responder a las preguntas:

- ¿Se prevé la realización de evaluación de resultados?
- ¿De qué recursos se dispone para llevarla a cabo?
- ¿Quién se encargará de realizarla?

### 4.9.3.2. Evaluación del proceso

Este tipo de evaluación nos proporciona información acerca del funcionamiento del programa. Esto nos permite la comparación con la evaluación de la planificación, esto es, con lo que estaba previsto, de ahí que podamos adaptarlo introduciendo cambios y mejoras, ya sea en la organización, en los recursos, etc.

#### 4.9.3.2.1. Planificación de la evaluación del proceso

En la evaluación de proceso se valora la aplicación de una intervención y las reacciones de los participantes. En esta etapa se tomarán decisiones acerca de la selección de variables y los indicadores que se van a medir. Las preguntas que debemos responder son las siguientes:

- ¿Qué variables e indicadores proporcionarán información útil sobre la forma en que se ha desarrollado la intervención? ¿Qué tipo de información cualitativa y/o cuantitativa desea valorar al evaluar el proceso?
- ¿Qué métodos e instrumentos se utilizarán? (entrevistas, cuestionarios, observación, etc.)
- ¿Dónde, cuándo y con qué frecuencia se recogerán datos sobre el proceso?
- ¿Quién va a suministrar la información para la evaluación de proceso?
- ¿Cómo se prevé analizar los datos?



#### 4.9.3.2.2. Aplicación de la intervención preventiva

Al describir esta parte del proceso deben analizarse todas las actividades desarrolladas en la práctica, con independencia de que estas hayan sido acordes con el plan original o no, respondiendo a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué estrategias, componentes y métodos se aplicaron en la práctica?.
- ¿Que fuentes de datos e instrumentos se utilizaron para medir la aplicación de la intervención?. Comparar las respuestas con el capítulo planificación de la evaluación de proceso, del capítulo de planificación.
- ¿Que recursos se utilizaron en la práctica?. Compara las respuestas con el capítulo recursos, de la planificación.

#### 4.9.3.2.3. Grupo Objetivo

Es necesario comprobar se ha alcanzado al grupo objetivo. Se debe informar acerca del numero de participantes, sexo, edad, estudios, y variables importantes. Como el punto anterior se debe hacer una comparación con el capítulo grupo objetivo de planificación. Las cuestiones a responder son las siguientes:

- ¿A cuántas personas ha alcanzado la intervención?
- ¿Cuáles eran las características sociodemográficas de las personas a las que se ha dirigido la intervención?
- ¿Cómo se han recogido estos datos?

#### 4.9.3.2.4. Exposición

Tiene que ver con la medida en que la intervención preventiva ha alcanzado al grupo objetivo, Las cuestiones son:

- ¿Cómo se ha medido la exposición? ¿Qué fuentes de datos, instrumentos e indicadores se han utilizado?
- ¿Cuánto ha durado la intervención y cuantas actividades de prevención se han llevado a cabo? Compara las respuestas con el plan original en el apartado métodos
- ¿En qué medida ha alcanzado la intervención al grupo objetivo? Compara las respuestas con el apartado grupo objetivo, del plan inicial.

#### 4.9.3.2.5. Calidad de la intervención

Es necesario evaluar la eficacia del proceso. La calidad de la intervención puede expresarse en función de las reacciones y actitudes del grupo objetivo respecto a la misma (grado de identificación, participación, beneficio personal, etc.) . Las cuestiones a responder serán las siguientes:

- ¿Quién ha suministrado la información sobre la calidad de la intervención?
- ¿Qué indicadores e instrumentos se han utilizado para evaluar la calidad de la intervención?
- ¿Qué resultados se han obtenido al medir la calidad?

#### 4.9.3.2.6. Análisis de los resultados de la evaluación de proceso

Estos resultados deben compararse con los obtenidos por otras evaluaciones y estudios, este análisis debe incluir también las propuestas de futuro. En cuanto a las preguntas que debemos formular son las siguientes:

- Comparando los planes de intervención, la intervención práctica y la evaluación ¿qué diferencias existen y cuáles son las posibles razones que las explican?
- ¿Qué repercusión tienen estas diferencias en la intervención?
- ¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles de la aplicación? Debe compararse este resultado con los de otras intervenciones
- ¿Cuáles son las propuestas respecto al futuro en una aplicación similar?
- ¿Cuáles con las propuestas respecto a futuras evaluaciones del proceso de este tipo de intervención preventiva?.

### 4.9.3.3. Evaluación de resultados

Esta evaluación se centra en los efectos conseguidos con nuestra intervención. Se trata de un proceso imprescindible en los programas de prevención, puesto que va a permitir conocer cuáles son eficaces y cuáles han de ser abandonados.

#### 4.9.3.3.1. Planificación de la Evaluación de Resultados

Es fundamental que el diseño de la evaluación de resultados comience antes de la intervención, puesto que ambas pueden influirse. Debemos responder a las siguientes preguntas:

- Qué indicadores se han elegido respecto de los resultados y cómo se prevé medirlos

- ¿Se propone adoptar un planteamiento cuantitativo o cualitativo para recabar información sobre los resultados?
- ¿Qué indicadores e instrumentos se van a utilizar para recoger los datos?. La organización podría ser la siguiente:
  - ◆ Indicadores e instrumentos para medir la conducta de consumo de sustancias del grupo objetivo.
  - ◆ Indicadores e instrumentos que miden variables mediadoras relacionadas con la conducta de consumo
  - ◆ Indicadores e instrumentos que miden otras variables mediadoras del grupo objetivo.
  - ◆ Indicadores e instrumentos que miden objetivos respecto al grupo intermedio.
- ¿Qué conocemos de la calidad de los instrumentos (fiabilidad, validez)?
- ¿De qué fuentes, cuándo y con qué frecuencia se prevé recoger información acerca de los resultados?
- ¿Cómo se prevé analizar la información recogida?

#### 4.9.3.3.2. Realización de la evaluación de resultados

Una vez realizado el paso anterior debe prestarse especial atención a las modificaciones llevadas a cabo en su realización, y debemos estar en disposición de responder a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué diseño se ha utilizado en la evaluación de resultados?
- ¿Qué instrumentos se han aplicado?
- ¿Cómo se han recogido los datos, quien se ha encargado de esta tarea, cuando se ha llevado a cabo y en que circunstancias?
- ¿Cómo se han procesado los datos y que análisis estadísticos se han realizado?.

#### 4.9.3.3.3. La muestra

Debemos responder a las siguientes cuestiones:

- ¿Cómo se constituyó la muestra?
- ¿Cuáles eran las características demográficas, tamaño, etc. de la muestra?
- ¿Qué diferencias existen entre éstas y las características del grupo global?
- ¿Se detectaron abandonos? En tal caso, ¿qué características tenían las personas que abandonaron?

#### 4.9.3.3.4. Los resultados

Hace referencia a los efectos conseguidos por nuestra intervención. Deben responderse las siguientes preguntas:

- ¿Cómo afectó la intervención a la conducta de consumo de drogas del grupo objetivo?
- ¿Cómo afectó la intervención a las variables mediadoras relacionadas con el consumo de sustancias?
- ¿Cómo afectó la intervención a otras variables mediadoras en el grupo objetivo?
- ¿Cómo afectó la intervención a los objetivos fijados respecto al grupo intermedio?
- ¿Afectó la intervención de forma distinta a diferentes subgrupos (eje. hombres/mujeres, grupos de edad, clase social, grupos de riesgo, etc.)?

#### 4.9.3.3.5. Análisis de las conclusiones de la evaluación de resultados

Es necesario comparar los resultados con los de otras evaluaciones y estudios, y realizar propuestas de futuro. Debemos responder a las siguientes preguntas:

- ¿Los resultados han sido los previstos? Han de valorarse las diferencias entre lo previsto y los resultados, señalando las posibles razones.
- ¿Cuáles han sido los resultados más significativos? Comparar con otros estudios.
- ¿Hasta qué punto estamos seguros de que nuestra intervención ha generado los resultados esperados? ¿hay otras razones alternativas que puedan explicarlos?
- ¿Qué explicación tenemos para los resultados negativos?
- ¿Tenemos propuestas de futuro para intervenciones similares?

#### 4.9.3.4. Comunicación de resultados

Debemos responder a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué personas deben conocer los resultados?
- ¿Cuándo necesitan la información?
- ¿En qué información están interesados?
- ¿Qué formas de comunicación escrita utilizaremos?
- ¿Qué formas de comunicación oral utilizaremos?

## PUNTOS PRINCIPALES SOBRE LA EVALUACIÓN

- No olvides respetar los pasos ordenados de la evaluación
- En la Planificación debes comprobar:
  - ◆ Qué queremos abordar
  - ◆ Cómo explicamos el problema
  - ◆ Qué personas está previsto que participen
  - ◆ Con qué recursos contamos
- En la Evaluación de proceso:
  - ◆ Cómo vamos a medir el funcionamiento del programa
  - ◆ Qué ocurrió durante la intervención
  - ◆ Cuántas personas se han visto afectadas por la intervención
  - ◆ Qué proporción hemos alcanzado del grupo objetivo (cobertura)
  - ◆ Cómo ha sido la calidad de la intervención
- En la Evaluación de resultados:
  - ◆ Cómo vamos a medir los resultados
  - ◆ Cómo se ha desarrollado la evaluación de resultados en comparación con lo previsto.
  - ◆ Qué efectos ha tenido la intervención sobre el grupo objetivo.
  - ◆ Qué nivel de consecución hemos conseguido de los objetivos planteados

---

---

## **5. CONCLUSIONES**

---

---



Los programas de prevención del consumo de alcohol dirigidos a poblaciones de riesgo o alto riesgo, utilizando como eje principal la información y ejecutados en lugares próximos a los jóvenes, han proliferado en nuestro país en los últimos años. Sin embargo, hay pocos análisis que indiquen la eficacia o no de estos programas, habida cuenta que muchos de ellos, como hemos visto, carecen de un proceso de evaluación definido.

A lo largo de esta guía hemos pretendido no sólo hacer un breve recorrido por estos programas sino también, y más importante, abrir vías de trabajo que nos permitan mejorar y rentabilizar las estrategias informativas como recurso preventivo, con el fin de apoyar en su trabajo a los diferentes profesionales implicados en su diseño, desarrollo y evaluación.

Estas aportaciones y / o reformulaciones de los aspectos más importantes de lo expuesto en este Manual pueden resumirse en:

- Los programas preventivos del uso / abuso del alcohol deben cumplir unos requisitos metodológicos básicos, en los que además de explicitarse los objetivos y actividades, se definan con claridad el modelo o modelos teóricos en los que se fundamenta el programa, así como el proceso de evaluación que se establecerá desde el inicio.
- La necesidad de proponer y desarrollar modelos teóricos propios que den respuesta al consumo recreativo de alcohol por parte de los jóvenes, y que no se adscriba sólo su uso a modelos explicativos de conductas desviadas.
- Los programas deben adaptarse y flexibilizarse en función a la población destinataria ya que es un error considerar al colectivo juvenil como un todo homogéneo. Las características del grupo en cuanto: riesgo asumido por ellos, pautas de diversión, nivel de conocimientos, aspectos relevantes de sus valores y cultura, etc., deben determinar todos los aspectos del programa (objetivos, mediadores, contenidos, canales de transmisión de información,...).
- Los objetivos deben definirse claramente aceptando el uso del alcohol como parte de nuestra cultura y contexto social, encaminándonos hacia un retraso en la edad de inicio y el no abuso y dependencia de esta sustancia. El control de estos consumos debe abordarse desde una relación coste-beneficio para el propio joven no utilizando, para conseguir este objetivo, mensajes moralizantes y estigmatizantes. Mientras que no se den condiciones macro y micro sociales que permitan avanzar en otras direcciones, hay que ser realista en nuestros planteamientos preventivos. Evitar, por tanto, adaptar programas anglosajones o alejados de nuestros referentes culturales, por muy eficaces que sean, sin tener en cuenta los condicionantes y valores de nuestros jóvenes y nuestra sociedad.
- El conocimiento y análisis del grupo van a determinar el lenguaje o estilo de comunicación. Es fundamental, en la elaboración de los mensajes y contenidos de los programas, contar en la medida de nuestras posibilidades con los propios jóvenes. Esto permitirá dotar de significado y relevancia la información que les



proporcionemos favoreciendo el proceso atencional, tan importante en la asunción de los mensajes emitidos.

- Los mediadores, para desarrollar estos programas, deben ser referentes cercanos culturalmente (educación de iguales), sin olvidar la preparación y formación de estos como un aspecto prioritario para garantizar la idoneidad de los mensajes, evitando que las propias actitudes de los mediadores “contaminen” nuestros objetivos.
- El canal no debe ser nunca un fin en sí mismo, sólo un instrumento del que nos servimos para conseguir las metas propuestas. Si olvidamos nuestros objetivos y nos centramos en la actividad, el programa carece de valor preventivo y sólo adquiere cierta notoriedad oportunista (social o política).
- La evaluación es un elemento esencial y debe considerarse un proceso, es decir, iniciarse con el programa y finalizar con el mismo, respetando sus tiempos, sus objetivos, sus instrumentos, etc. Es importante no sólo evaluar el proceso, también otros elementos “menores” del programa (mediadores, material, estilo de comunicación...) y, sobre todo, los resultados con el fin de establecer el camino a seguir.
- Los programas comunitarios deben cumplir todos los requisitos para ser denominados como tal. Hay que huir de las actividades puntuales donde la información camine en solitario. Ésta cubre unos objetivos determinados y necesarios, pero no suficientes. Para que adquieran su mayor grado de optimización deben acompañarse de otras estrategias preventivas (en mayor o menor medida), asegurando, así, el logro último de la prevención.
- Los informantes clave refieren en sus opiniones, casi total unanimidad en lo que no se debe hacer, pero surge la confusión y ambigüedad en cuanto a lo que podría ser correcto. Esto indica que, aunque el avance en prevención sea un hecho, así como el esfuerzo por conseguir programas preventivos del uso y abuso de alcohol más eficaces, todavía queda un largo recorrido hasta conseguir nuestros objetivos, sobre todo, si nos empeñamos en repetir los mismo errores una y otra vez.

---

---

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

---

---



- Acero, A. y Moreno, J. J. (2002): *Modelos teóricos en prevención de drogodependencias*. En *La prevención de las Drogodependencias en el tiempo libre*. Madrid. Deporte y Vida. Plan Nacional sobre Drogas.
- Albee, G. W. (1980): *A competency model to replace the defect model*. En M. S. Gibbs, J. R. Lachenmeyer y J. Sigal, *Community Psychology*. New York. Gardner Press.
- Alonso, D; Freijo, E y Freijo, A (1996): *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Álvarez, Y., Palacios, F. A. y Fuertes, J. C. (1999): *Adolescentes y Drogas: para padres que no quieren ser los últimos en enterarse*. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Alvira, F. (1999): *Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del abuso de Drogas*. Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga.
- Azjen, I. (1988): *Attitudes, personality and behavior*. Homewood, Illinois. Dorsey Press.
- Bandura, A. (1977): *Social learning theory*. New York. Prentice-Hall (traducción castellana: *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid. Espasa-Calpe, 1982).
- Bandura, A. (1986): *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall (traducción castellana: *Pensamiento y acción*. Barcelona. Martínez Roca, 1987).
- Bayés, R. (1980): *Una introducción al método científico en psicología*. Barcelona. Fontanella.
- Becoña, E. (1999): *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Botvin, G. y Botvin, E. (1990): *School based and community based prevention approaches*. Prevention and Education.
- Bravo Arteaga, A.; Fernandez del Valle, J. *Evaluación de objetivos en programas de acogimiento residencial*. Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo.
- Burkhart, G (1999): *New Study on Synthetic drugs*. En DrugNet Europe
- Calafat, A. (1998). *Hacia una prevención institucionalizada y científica*. Adicciones, 10, 4, 291-298.
- Calafat, A. (2002): *Estrategias preventivas del abuso de alcohol*. En *Adicciones: Monografía de alcohol*, 4, 1, 317-335
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M. A., Bohrn, K., Hakkarainen, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P. y Zavatti, P. (2001): *Risk and control in the recreational drug culture. Sonar project*. Irefrea.
- Catalano, R. F. y Hawkins, J. D. (1996): *The social development model: a theory of antisocial behavior*. En J. D. Hawkins (ed.): *Delinquency and crime. Current theories*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Catalano, R. F., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Newcomb, M. D. y Abbott, R. D. (1996): *Modeling the etiology of adolescent substance use: a test of the social development model*. *Journal of drug issues*, 26, 429-455.
- Cembranos, F et al. (1992) : *La animación sociocultural: una propuesta metodológica*. Madrid
- Cirigliano, G.F.J. y Villaverde, A. (1966). *Dinámica de grupos y educación*. Ed. Humanitas, Colección Guidance. Buenos Aires, Argentina
- Comas, D. (2001): *La evaluación de programas de ocio alternativo de fin de semana*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Injuve.

- Comas, A., Moreno, G., y Moreno, J. (2002): “*Ulises. Programa de aprendizaje y desarrollo del autocontrol emocional*”. Asociación Deporte y Vida. Madrid.
- Costa, M. y López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Madrid. Martínez Roca.
- Costa, M. y López, E. (1996): *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid. Pirámide.
- Dotinga, A.; Van Den Eijnden, R.; San José, B.; Garretsen, H.; Bosveld, W. (1989). *Alcohol y emigración: los problemas de medición en la investigación sobre el consumo de alcohol entre inmigrantes marroquíes y turcos*. En *Adicciones: Monografía sobre Alcohol*. Palma de Mallorca. Irefrea
- Edwards, G. Et al. (1997): *Alcohol y salud pública*. Barcelona: Prous Suence
- Elliot, D. S., Huizinga, D. y Ageton, S. S. (1985): *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, California. Sage.
- Fishbein, M. y Azjen, I. (1975): *Belief, attitude, intention and behavior*. Reading, MA. Addison-Wesley.
- Froján, M. X., y Santacreu, J. (1994): *Evaluación de programas de prevención del consumo de drogas*. *Adicciones*, 6, 3, 283-299.
- Froján, M. J. Santacreu, J. (1993): *Guía de actuación para la prevención del consumo de drogas*. Promolibro. Valencia.
- Fuertes Rocañín, J. C. (1998): *El Alcohol: Una Droga Muy Dura*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.
- Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) (1997): *Revisión histórica de los programas de prevención de las drogodependencias en España*. Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Gottfredson, M. R. y Hirschi, T. (1994): *A general theory of adolescent problem behavior: problems and prospects*. En R. D. Ketterlinus y M. E. Lamb (eds.): *Adolescent problem behaviors*. Hillsdale, New Jersey. Erlbaum.
- Graña, J. L. (ed.) (1994): *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Debate.
- Heather, N. (1999): *Más allá del alcoholismo. Perspectivas actuales de la adicción al alcohol y sus problemas*. *Adicciones*, 11, 2.
- Injuve, Revista de estudios de Juventud, (Septiembre 2001). *La noche: Un conflicto de poder*. Madrid
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977): *Problem behavior and psychosocial development*. New York. Academic Press.
- Jessor, R. (1992). *Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action*. En D. E. Rogers y E. Ginzburd (eds.): *Adolescent at risk: medical and social perspectives*. Boulder, CO. Westview Press.
- Kandel, D. B. (1980): Developmental stages in adolescent drug involvement. En D. Lettieri, M. Sayers y H. W. Pearson (eds.): *Theories on drug abuse*. Rockville, Maryland. National Institute on Drug Abuse.
- Kanfer, F. H. (1975): *Self management methods*. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein: *Helping people change: a textbook of methods*. New York. Pergamon Press.
- Kantor, J. R. (1978): *Psicología Interconductual*. México. Trillas.
- Kaplan, H. B. (1972): *Toward a general theory of psychosocial deviance: the case of aggressive behavior*. *Social science and medicine*, 6, 593-617.

- Kaplan, H. B. y Peck, B. M. (1992): *Self-rejection, coping style and mode of deviant response*. Social science quarterly, 73, 909-919.
- Kröger, C, Winter, H, Shaw, R, (1998): *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias*. IFT Institut für Therapieforschung. Munich. Alemania.
- Leukefeld, C, Bukoski, W. (1995): *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*. Centro de Estudios de Promoción de la Salud.
- Luengo, M. A., Romero, E., Gómez, J. A., Guerra, A. y Lence, M. (1999): *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela*. Universidad de Santiago de Compostela.
- Luft, J.: *La interacción humana*. Madrid. Ed. Morova (1976)
- Luft, J: *Introducción a la Dinámica de los grupos: Los pequeños grupos y su rol en la práctica social y educativa*. Barcelona Ed. Merder (1975)
- Macià, D. (1995): *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.
- Manchón, A. *El rol del psicólogo con el menor. Actuación en riesgo social*. En *Psicología jurídica del Menor*. Ed. Fundación Universidad-Empresa
- Martín, E. (1994): *La prevención comunitaria: avances y límites en drogodependencias*. Intervención psicosocial, III, 7, 21-34.
- Martínez González, F. (2001): *La prevención del abuso de drogas en Castilla y León: análisis descriptivo de los programas desarrollados entre 1986 y 1998*. Adicciones, 13, 3, 263-277.
- Martínez Higuera, I. y Salvador Llivina, T. *Catálogo de Programas de Prevención del abuso de Drogas*. Madrid. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga.
- Masur, F. (1981): *Adherence to health care regimens*. En C. K. Prokop y L. A. Bradley: *Medical Psychology. Contributions to behavioral medicine*. New York. Academic Press.
- Moncada, S. (1997): *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Prevención de las Drogodependencias: Análisis y propuestas de actuación*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Newcomb, M. D. (1996): *Pseudomaturity among adolescents: construct validation, sex differences and associations in adulthood*. Journal of Drug Issues, 26, 477-504.
- Pascual, F.(2002) : *Percepción del alcohol entre los jóvenes*. En Adicciones: Monografía de alcohol, 4, 1, 123-131.
- Petraitis, J., Flay, B. R. y Miller, T. Q. (1995): *Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle*. Psychological Bulletin, 117, 67-86.
- Pineault, R. , Daveluy, C. (1990): *La Planificación sanitaria*. Ed. Masson.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996): *Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996): *Actuar es Posible: La Prevención del Consumo de Drogas en la Familia*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Prevención de las Drogodependencias: Análisis y propuestas de actuación*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

- Plan Nacional sobre Drogas (2001): *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 4*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002): *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 5*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Pons, J. y Berjano, E. (1999): *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la Psicología Social*". Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983): *Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992): *Stages of change in the modification of problem behaviors*. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (eds.), *Progress in behavior modification*. Newbury Park, California, Sage.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1993): *Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas*. En Casas y Gossop (eds.): *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona, Ediciones en Neurociencias, Citran.
- Ribes, E. (1985): *Teoría de la Conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México. Trillas.
- Rosenstock, I. M. (1974): *The health belief model and preventive health behavior*. Health Education Monographs, 2, 354-386.
- San Martín, H., y Pastor, V. (1984): *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid. Díaz de Santos.
- Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. (1991): *Análisis funcional de la conducta. Un modelo explicativo*. Universidad de Granada.
- Silva, A. (1994): *La evaluación de programas en drogodependencias*. Grupo Interdisciplinar de Drogodependencias.
- Simons, R. L., Conger, R. D. y Whitbeck, L. B. (1988): *A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse*. Journal of Drug Issues, 18, 293-315.
- Staats, A. W. (1979): *Conductismo social*. México. El Manual Moderno.
- Thornberry, T. P. (1987): *Towards an interactional theory of delinquency*. Criminology, 25, 863-891.
- Werch, Lepper, Pappas y Castellon-Vogel (1994): *Use of theoretical models in funded college drug prevention programs*. Journal of College Student Development, 35, 359-363.
- Werch, C. E. y DiClemente, C. C. (1994): *A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use*. Health Education Research, 9, 37-46.

---

---

## **7. PÁGINAS WEB DE INTERÉS**

---

---





Son numerosas las páginas web en las que existe información exhaustiva sobre todos los aspectos relacionados con la prevención y temas afines. No obstante, la estructura en red de estos recursos permite acceder a todos ellos de modo ágil a través de uno o algunos pocos portales que se vinculan a la práctica totalidad de los recursos. Como, por otra parte, se trata de una fuente en constante crecimiento y renovación, nos limitaremos por tanto a recomendar aquellos que posibilitan acceder a más información actualizada:

*Plan Nacional sobre Drogas: . [www.mir.es/pnd](http://www.mir.es/pnd)*

*Instituto para el Estudio de las adicciones: [www.ieanet.com](http://www.ieanet.com)*

*National Institute on Drugs Abuse (NIDA): [www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov)*



---

---

## **8. ANEXOS**

---

---



## **ANEXO 1: FICHA DE EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS**

1. Marco teórico.
2. Ambito de aplicación.
3. Población destinataria
  - Edad
  - Riesgo.
4. Materiales de apoyo: estética (atractivo, novedad), adaptación al grupo, interactividad, exigencia de participación, multimedia...
5. Contenido.
  - ¿Existen contenidos referentes a comportamientos saludables en general, sin referencia concreta al alcohol?
  - ¿Existen referencias a las consecuencias positivas del consumo?
  - ¿Y negativas? ¿Existe recurso a la atemorización, busca el impacto emocional? ¿Choca la información con la experiencia del receptor? ¿En qué tipo de consecuencias negativas se incide, en las inmediatas o en las demoradas?
  - ¿Existe referencia a recursos y actividades alternativos?
  - ¿Existen contenidos que buscan el incremento de conocimiento sobre la sustancia?
6. Metodología de la elaboración y transmisión de la información.
7. Mediadores
8. Duración
9. Definición de objetivos (¿no consumo? ¿prevención del abuso?).
10. Lugar de aplicación
11. Contexto de aplicación
12. Actividades complementarias.
13. Costes y financiación.
14. Evidencia de evaluación.

## **ANEXO 2: CUESTIONARIO DE OPINIÓN PARA LOS INFORMANTES CLAVE**

### **Datos de identificación**

Nombre y apellidos.

Institución para la que trabajan (pública o privada).

Experiencia profesional.

### **Datos del cuestionario**

1. ¿Qué cuestiones consideras que deben incluirse en un manual sobre el uso de la información en los programas preventivos del abuso de alcohol en población juvenil?
2. ¿Qué importancia crees que tiene la información como estrategia preventiva?
3. ¿Qué puntos fuertes, en relación a las estrategias informativas, tienen los programas que conoces?
4. ¿Y qué puntos débiles?
5. ¿Cuáles son los objetivos que debe cubrir la información sobre el alcohol en los programas preventivos?
6. ¿Qué elementos hay que considerar para elaborar la información?
7. ¿Quién o quiénes son los mediadores más eficaces para transmitir la información? (Educadores de calle, expertos en prevención, monitores, profesores, grupo de iguales...).
8. ¿En qué espacios se debe transmitir la información? (Espacios de ocio, el colegio, la familia, los medios de comunicación, lugares de reunión...).
9. ¿Qué tipo de contenidos consideras que deben transmitirse?
10. ¿Qué tipos de mensajes consideras que nunca deben ser utilizados?
11. ¿Qué características debe reunir el material para que resulte más eficaz?
12. ¿Qué criterios de evaluación deben utilizarse?
13. Sugerencias sobre modelos teóricos de referencia más adecuados:

**ANEXO 3: LISTA DE INFORMANTES CLAVE**

Angeles Prieto Marina

Nieves Herrero Yuste

Carlos Sánchez Rodríguez

Buenaventura Augusto Díaz

Isabel Martínez Higuera

Dolores Portillo Morales

Carlos Alonso Sanz

Axel Moreno

Asunción Pau García

Susana Marcelo García

Juan José Rabanal Cabrerizo

José Martínez Peralta

Ana Medina Marina

Jordi Bernabeu i Farrús

Nuria Calzada Alvarez

Alvaro Soto Pantoja

Fernando Caudevilla Galligo

Gorka Moreno Arnedillo

Enrique Gil Carmena

Esteban César Ollero Martín

Alvaro Hernando Fraile

María del Carmen Fernández García

Ana Isabel Corchado Castillo