ASOCIACIÓN DIANOVA ESPAÑA. SEGUNDO SEMESTRE 2016 / REVISTA Nº 30

infonova

> revista profesional y académica sobre adicciones

Financiado por:

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

ASOCIACIÓN DIANOVA ESPAÑA

Director Gerente

Santos Manuel Cavero López

Calle Coslada, 18
28028, Madrid
T. (+34) 91 468 87 65
F. (+34) 91 468 87 87
dianova@dianova.es
infonova@dianova.es
www.dianova.es

Edición

Asociación Dianova España

Diseño y maquetación

Departamento de comunicación corporativa y marketing social
Asociación Dianova España

Fotografías

En portada, fotografía ganadora del *2º Concurso de Fotografía Infonova*, de la autora María Dobao Corpas
En el interior, fotografías de Josep María Vilalta y Miguel Ángel García

Imprime

Diseño Sur, SCA

Depósito Legal

M-5821-2014
ISSN 2341-2416

Asociación Dianova España no comparte necesariamente las opiniones expresadas en los artículos publicados. Los únicos responsables son sus propios autores/as

dianova

Índice

CARTA DE LA DIRECCIÓN
Santos Manuel Cavero López 5

EDITORIAL
Rosa Mª Frías Reina 6

INFONOVA EN EL CONTEXTO DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS 2013-2016 7

PREVENCIÓN

Manual de intervención temprana Dianova. Detección precoz de usos problemáticos de drogas y otras conductas adictivas en adolescentes y jóvenes
Asociación Dianova España 9

Avances y retos en la prevención de adicciones en España. Una revisión sistemática
Francisco José Montero Bancalero 35

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

Reseña del informe 2014 "Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada (ADES, 2013)"
Carmen Árbex Sánchez 41

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO 43

SI ESTÁS INTERESADO/A EN PARTICIPAR 44

CARTA DE LA DIRECCIÓN

Santos M. Cavero López

Directo gerente.
Asociación Dianova España

Tengo el orgullo de presentarles el número 30 de la revista INFONOVA, una publicación que se ha consolidado en una posición relevante dentro del ámbito académico y profesional a la hora de tratar el complejo sector de las adicciones. Con una distribución digital de más de 3.000 contactos a nivel nacional e internacional y una tirada de 1.200 ejemplares, INFONOVA es ya un punto de referencia a la hora de compartir el conocimiento y la experiencia que existen sobre adicciones.

Este número de INFONOVA es muy especial, no solo porque llegamos a la treintena sino porque es el primero que ofrecemos en formato bilingüe, en castellano e inglés, con el fin de alcanzar un público más amplio y diverso. Por este motivo, hemos querido hacer coincidir el lanzamiento de INFONOVA #30 con la celebración del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, sumándonos con nuestro número más ambicioso a esta efeméride tan importante.

El propósito de INFONOVA ha sido siempre convertir la revista en un espacio de diálogo, que sea a la vez abierto y reflexivo, sobre las adicciones desde todas las perspectivas posibles, contribuyendo desde la multidisciplinariedad a la comprensión de este problema, y favoreciendo así todo el potencial que poseen estas combinaciones e interrelaciones de disciplinas a la hora de estudiar las adicciones, sus causas, sus consecuencias y sus tratamientos, desde el ámbito de la salud, de lo social y desde el individuo.

En este número los artículos seleccionados se centran en el ámbito de la prevención, siendo ésta el pilar en el que se basa la lucha contra las adicciones. La prevención persigue básicamente dos objetivos: sensibilizar y movilizar a la sociedad para generar una cultura de rechazo a las drogas mediante el fomento de sus propios valores, e informar y educar a la ciudadanía para que desarrollen estilos de vida positivos, saludables y autónomos.

Quiero expresar también mi más profundo agradecimiento a la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas, organismo encargado de coordinar y potenciar las políticas que en materia de drogas se llevan a cabo en nuestro país, y que, con su apoyo financiero e institucional, contribuye a la continuidad y potenciación de INFONOVA, convirtiéndola de esta manera en un instrumento útil en la lucha contra las adicciones.

Estoy seguro de que encontrarán provechosa la lectura de esta nueva edición de INFONOVA, a cuyas páginas les remito ya. Por supuesto, como en cada ocasión, aprovecho la oportunidad para invitarles a que contribuyan con sus sugerencias a la mejora de la publicación. Sin ustedes INFONOVA no sería posible.

Muchas gracias y buena lectura.

EDITORIAL

Rosa Mª Frías Reina

Directora del área de gestión de personas.
Asociación Dianova España

En abril de 2016 tuvo lugar en Nueva York una esperadísima Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS), que reunió a representantes de los países miembros para evaluar y debatir los aspectos centrales de las políticas de drogas que llevan a cabo los diferentes gobiernos.

Entre las conclusiones de este evento histórico quedó patente un llamamiento para implementar intervenciones basadas en la evidencia, incluyendo el tratamiento y la reinserción pero, sobre todo, la educación y la prevención, coincidiendo con lo señalado por el Plan Acción sobre Drogas España 2013-2016 del Plan Nacional sobre Drogas.

Es por eso que en este número 30 de INFONOVA, publicación profesional y especializada sobre el ámbito de las adicciones, hemos querido enfocar en profundidad este campo. Los artículos que van a encontrar en la revista repasan aspectos metodológicos, científicos y técnicos que pretenden alumbrar el estado actual de las tendencias de investigación sobre prevención en adicciones.

Así, en primer lugar, y alineada con la acción 8 del citado Plan Acción sobre Drogas España 2013-2016, definida como “proyecto de mejora de los procesos de detección e intervención precoz con menores en los ámbitos escolar, social y sanitario”, INFONOVA presenta en estas páginas su manual de intervención temprana, que es una de las herramientas de su programa de intervención temprana para la prevención selectiva en materia de adicciones para padres y madres, profesionales y adolescentes en situación de riesgo o que forman parte de grupos en los que se han iniciado las conductas de riesgo.

A continuación, Francisco José Montero Bancalero, profesor de Psicología en la Universidad de Osuna, realiza un análisis empírico, a la par que una revisión bibliográfica, de los programas de prevención indexados en bases de datos específicas.

Finalmente, el coordinador terapéutico de Asociación Dianova España, Antonio Jesús Molina Fernández, se encarga de reseñar la *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva, selectiva e indicada*, escrita, con la colaboración del Plan Nacional sobre Drogas, por Carmen Arbex Sánchez, y que supone un trabajo metodológico destinado a facilitar el diseño, implementación y evaluación de programas preventivos.

En resumen, les ofrecemos un abanico amplio y profundo del estado actual de la investigación en prevención de adicciones. Esperamos que encuentren los contenidos de este número de INFONOVA de su interés y que disfruten de su lectura.

Un cordial saludo.

INFONOVA EN EL CONTEXTO DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS 2013-2016

Asociación Dianova España cuenta con una amplia trayectoria de colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, administración que apoya anualmente el funcionamiento de la entidad, a través de la convocatoria para la concesión de ayudas económicas a entidades privadas sin fines de lucro y de ámbito estatal, para la realización de programas supracomunitarios sobre adicciones. Esta labor se enmarca dentro de las competencias de la mencionada administración, tal y como puede apreciarse en su página web:

> *"Corresponde a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas las funciones de dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas. En el ámbito de las competencias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, bajo la superior dirección del Secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, asume el impulso de las políticas de reducción de la demanda del consumo de drogas y de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción de daños".*

La revista Infonova es una publicación periódica editada por Asociación Dianova España que cuenta con el apoyo de la Delegación de Gobierno sobre el Plan Nacional sobre Drogas, en el marco de la convocatoria de ayudas a entidades privadas sin fines de lucro y de ámbito estatal, con cargo al fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados, en aplicación de la ley 17/2003, de 29 de mayo, para la realización de programas supracomunitarios sobre drogodependencias en el año 2015, resolución de 13 de julio de 2015, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (BOE. nº 176, de 24 de julio de 2015).

Infonova es una iniciativa que se inscribe dentro del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016, dentro del eje 4 de intervención "Mejora del conocimiento básico y aplicado", correspondiendo a la acción número 27 "mejora de la difusión de los datos del sistema de información", que tiene como destinatarios a profesionales, ONG, instituciones y población en general.

Financiado por:

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

dianova

MANUAL DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DIANOVA

DETECCIÓN PRECOZ DE USOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

DIANOVA EARLY INTERVENTION MANUAL

EARLY DETECTION OF PROBLEM DRUG USE AND OTHER ADDICTIVE BEHAVIOUR IN ADOLESCENTS AND YOUTH

Asociación Dianova España

RESUMEN

En los actuales programas de prevención del consumo de drogas, tenemos que contemplar diferentes modelos teóricos que sean capaces de explicar y facilitar el abordaje de problemas tan complejos como el consumo intensivo de alcohol y/o drogas de los/as adolescentes, la aparición temprana de problemas psicológicos y psiquiátricos (y sus predictores), los actuales modelos familiares y su repercusión en la prevención de las adicciones.

El diseño e implementación del programa de intervención temprana Dianova se ha sustentado en los actuales modelos basados en la evidencia científica para desarrollar un programa de prevención selectiva que permita a los/as adolescentes, sus familias y los profesionales tener una herramienta eficaz y actualizada para una detección e intervención temprana sobre los problemas relacionados con las conductas adictivas.

ABSTRACT

In actual programmes about prevention of drug use, we have to consider different theoretical models able to explain and make easier the approach to so complexes problems as binge use of alcohol and drugs, early apparition of psychological and psychiatric disorders (and their predictors), actual family models and their impact in prevention of addictive behaviours.

Design and implementation of early intervention Dianova´s program has been sustained in actual evidence-based models to develop a selective prevention program allows adolescents, their families and professional staff to have an efficient and actualized tool for early detection and intervention about the problems relationed with addictive behaviours.

PALABRAS CLAVE

Conductas adictivas, factores de riesgo/protección, prevención selectiva, intervención temprana.

KEYWORDS

Addictive behaviours, risk/protection factors, selective prevention, early intervention.

INTRODUCCIÓN: LA PREVENCIÓN EN EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS PNSD

"La prevención del uso indebido de drogas, enmarcada en una estrategia más global de promoción de la salud y el bienestar, constituye el objetivo prioritario del Plan Nacional sobre Drogas.

A la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, como máximo órgano responsable de la ejecución del PNSD, le compete definir una política estratégica global que, desde el consenso, posibilite la estabilidad de los programas y actuaciones preventivas, su constante evaluación y su progresiva mejora.

Las comunidades autónomas, en colaboración con las administraciones locales, tienen la función de planificar y ejecutar unas adecuadas políticas autonómicas y locales en esta materia, así como sus correspondientes apoyos financieros y técnicos.

La prevención persigue básicamente:

- Sensibilizar y movilizar a la sociedad para generar una cultura de rechazo a las drogas mediante el fomento de sus propios valores y recursos.

- Informar y educar a nuestros/as ciudadanos/as, especialmente niños/as y jóvenes, para que desarrollen estilos de vida positivos, saludables y autónomos.

En la consecución de estos objetivos deberán trabajar de forma coherente e integrada las distintas administraciones, las organizaciones sociales, las madres y los padres, educadoras/es, los medios de educación y, en suma, la sociedad en su conjunto.

Las acciones y programas de prevención universal, selectiva e indicada se aplican, entre otros, en los siguientes ámbitos: escolar, familiar, laboral, comunitario y ocio."

Área de prevención, Plan Nacional sobre Drogas, PNSD.

1. CRITERIOS INTERNACIONALES DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

"Indicated prevention aims to identify individuals with behavioural or psychological problems that may be predictive for developing problem substance use later in life, and to target them individually with special interventions. Its subcategory 'early intervention' however focuses only and specifically on identifying substance-using individuals to prevent them from progressing into problem drug use. Identifiers for increased individual risk can be dissocial behaviour and early aggression, and alienation from parents, school and peer groups. The aim of indicated prevention is not necessarily to prevent the use of substances but to prevent the (fast) development of a dependence, to diminish the frequency and to prevent 'dangerous' substance use (e.g. moderate instead of binge-drinking)."

"La prevención indicada ayuda para identificar individuos con problemas comportamentales o psicológicos que pueden ser predictores de tardíos desarrollos de problemas con consumo de sustancias. Su subcategoría "intervención temprana" enfoca de cualquier manera solo y específicamente en la identificación de individuos usuarios de sustancias para prevenir su progresión en el uso problemático. Identificadores de aumento de riesgo individual pueden ser comportamientos disociales, agresión temprana, alejamiento de las madres y los padres, la escuela y grupos de iguales. El objetivo de la prevención indicada no es necesariamente prevenir el uso de sustancias, sino el (rápido) desarrollo de una dependencia, disminuir la

frecuencia y prevenir usos "peligrosos" de las sustancias".

EMCDDA Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents (2009).

"El objetivo de estos principios es el de ayudar a las madres y los padres, educadores/as, y líderes comunitarios a ponderar, planificar, e introducir programas de prevención del abuso de drogas con bases científicas a nivel comunitario. Las referencias que siguen a cada principio son representativas de la investigación actual.

Principio 1

Los programas de prevención deberán mejorar los factores de prevención y revertir o reducir los factores de riesgo.

- El riesgo de convertirse en un/a abusador/a de drogas involucra una relación entre el número y el tipo de los factores de riesgo (ej., actitudes y comportamientos desviados) y los factores de protección (ej., el apoyo de las madres y los padres).
- El impacto potencial de factores específicos de riesgo y de protección cambia con la edad. Por ejemplo, los factores de riesgo dentro de la familia tienen un impacto mayor en un/a niño/a más joven, mientras que la asociación con compañeros/as que abusan de las drogas puede ser un factor de riesgo más importante para un/a adolescente.
- Una intervención temprana en los factores de riesgo (ej., conducta agresiva y un auto-control deficiente) a menudo tiene un impacto mayor que una intervención tardía al cambiar la trayectoria de la vida de la persona, alejándola de los problemas y dirigiéndola hacia conductas positivas.
- Aunque los factores de riesgo y de protección pueden afectar a personas de todos los grupos, estos factores pueden tener un efecto diferente dependiendo de la edad, sexo, raza, cultura y ambiente de la persona.

Principio 2

Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas del abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo de drogas legales (ej., el tabaco o el alcohol) por menores; el uso de drogas ilegales (ej., la marihuana o la heroína); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (ej., los inhalantes), los medicamentos de prescripción, o aquellos que no necesitan prescripción.

Principio 3

Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, escoger los factores de riesgo que se pueden modificar, y fortalecer los factores de protección que se conocen.

Principio 4

Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar riesgos específicos a las características de la población o de la audiencia, tales como la edad, el sexo, y la cultura, para mejorar la eficacia del programa.

Principio 5

Los programas de prevención para las familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir habilidades para ser mejores madres y padres; entrenamiento para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias; y la información y educación sobre las drogas.

La compenetración familiar constituye el cimiento de la relación entre las madres y los padres y los hijos e hijas. Se puede fortalecer esta compenetración a través de un entrenamiento para mejorar la capacidad de apoyo entre ellos, su comunicación y la participación de ellos.

• El monitoreo y la supervisión de las madres y los padres son esenciales para prevenir el abuso de

las drogas. Se pueden mejorar estas habilidades con entrenamiento de cómo establecer reglas; técnicas para el monitoreo de actividades; el elogio por conducta apropiada; y la disciplina moderada y consistente que hace respetar las reglas de la familia anteriormente definidas.

• La educación y la información sobre las drogas para los padres y las madres o las/os cuidadores/as refuerza lo que los/as niños/as están aprendiendo sobre los efectos dañinos de las drogas y brinda la oportunidad para la discusión familiar sobre el abuso de sustancias legales e ilegales.

• Las intervenciones cortas enfocadas en la familia y dirigidas a la población en general pueden cambiar positivamente conductas específicas de las madres y los padres que pueden reducir los riesgos futuros para el abuso de drogas.

Principio 6

Se pueden diseñar los programas de prevención para una intervención tan temprana como en los años preescolares que enfoquen a los factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa, y dificultades académicas.

Principio 15

Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y jugando a desempeñar el papel de las madres y los padres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de habilidades.

Principio 16

Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes. Al igual que las investigaciones anteriores, la investigación reciente muestra que por cada dólar invertido en la prevención, se puede obtener un ahorro hasta de 10 dólares en tratamientos para el abuso del alcohol u otras sustancias."

NIDA InfoFacts: Lecciones Aprendidas de las Investigaciones sobre la Prevención

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

"Una toxicomanía clásica era el resultado de un encuentro de un sujeto y una droga. Había pues, en primer lugar elección de tal droga como consecuencia de un hallazgo fortuito o de un propósito deliberado, y después unión entre sujeto y la droga elegida, como un verdadero matrimonio, que llevaba consigo la fidelidad del drogadicto y evolucionaba del encanto de los primeros días a la amargura de los últimos, pasando por muchas crisis, separaciones y retornos de pasión. Todos estos dramas se desarrollaban en familia y se tenía mucho cuidado, como en los matrimonios más burgueses de que nada trascendiese al exterior. Ahora bien, la fidelidad tradicional del toxicómano a su droga ya no existe porque se añade un problema nuevo, el de la asociación de varias drogas. En la búsqueda permanente de nuevas sensaciones y de experiencias diferentes, se realizan las asociaciones menos previsibles y los combinados más temerarios".

Velasco, 2008: 17

A finales de los años 70, y como consecuencia de la alarma creada por el consumo de heroína entre los/as jóvenes, empezaron a generarse las primeras respuestas al consumo de sustancias que, respondiendo a la demanda social del momento, eran de carácter asistencial.

El objetivo de cualquier estrategia, pública o privada, tenía que ver con el tratamiento de la adicción y, especialmente de las consecuencias físicas y sociales. En aquellos momentos, el uso de drogas legales (alcohol y tabaco) entre los/as adolescentes apenas merecía interés, frente a los dramas personales, familiares y sociales que emergían del consumo de heroína y otras drogas ilegales.

Por todo ello, a lo largo de los años 80 la prevención de drogodependencias se caracterizó por la abundancia de iniciativas puntuales y sin continuidad, la mayoría de ellas de carácter informativo, que, en general, incidían sobre ese tipo de sustan-

cias. La creación del Plan Nacional sobre Drogas, PNSD, así como la consolidación y diversificación del panorama asistencial, y la propia evolución de la problemática del consumo de drogas (en cuanto a los cambios de las sustancias, perfiles de los/as consumidores y estilos de consumo), hicieron posible el interés por la prevención y la mejora cualitativa de las estrategias preventivas. La incorporación de la educación para la salud como marco en el que situar las acciones preventivas, y la visión más integral de la problemática relacionada con el consumo de drogas y con su prevención, ha hecho posible un planteamiento de ésta última como una estrategia global enraizada profundamente en el tejido social.

La aparición del PNSD, con categoría de Secretaría de Estado, en el año 1986 fue aplaudida unánimemente al ser una respuesta pública con afán integrador frente a un acuciante problema social como eran las drogodependencias, especialmente la adicción a la heroína por vía parenteral de un grupo de personas muy jóvenes, que comenzaban el consumo en la adolescencia. A este fenómeno juvenil se sumaba la drogodelincuencia asociada a este consumo de sustancias. De hecho, en ese mismo año 1986 las drogas llegaron a suponer el segundo problema en España según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 1986).

En los años 90, la idea de que la prevención del consumo de drogas debería incluir también las drogas legales (alcohol y tabaco), está claramente reflejada en el hecho de que la mayoría de los programas preventivos en nuestro país inciden fundamentalmente en ese tipo de sustancias. Esto está justificado si tenemos en cuenta que, en la adolescencia, las drogas ilegales afectan a un número muy reducido de individuos, y también para evitar, en algunos casos, el fenómeno de la contra-prevención (E. Becoña, 1995). Así lo siguen reflejando hoy día los datos de las diferentes encuestas domiciliarias ESTUDES y las encuestas escolares EDADES realizadas por el PNSD (1994 - 2013), en las que se observa una enorme diferencia entre el consumo de drogas legales e ilegales.

1. CONCEPTOS ACTUALES EN PREVENCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS Y OTROS COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

"(Todos los autores) coinciden en la necesidad de utilizar los resultados de los programas como elementos de evaluación sobre la eficacia de los mismos, es decir, basar las intervenciones en evidencias científicas y no en políticas ideológicas, reclamando que sean estas evidencias científicas las razones para desarrollar políticas y no a la inversa" (Laespada e Iraurgi 2012: 15).

1.1. MARCO TEÓRICO

Cuando nos acercamos a las drogodependencias o nos referimos a otro tipo de adicciones, como las denominadas comportamentales (juego patológico, teléfonos móviles, internet,…) aceptamos la anterior definición de "enfermedad" como "ruptura del equilibrio biopsicosocial, desde un modelo integral". Además, normalmente definimos las drogodependencias y adicciones como un "fenómeno multifactorial" (Martín y Lorenzo, 2003), donde se integran aspectos individuales con factores del contexto social primario (familia y pareja fundamentalmente) a los que se añaden los elementos del contexto macrosocial (entorno social y cultural, incluyendo el contexto socioeconómico). Estos factores interactúan entre sí, generando en ocasiones situaciones de protección y en otras situaciones de riesgo para las personas en las que se integran estos elementos.

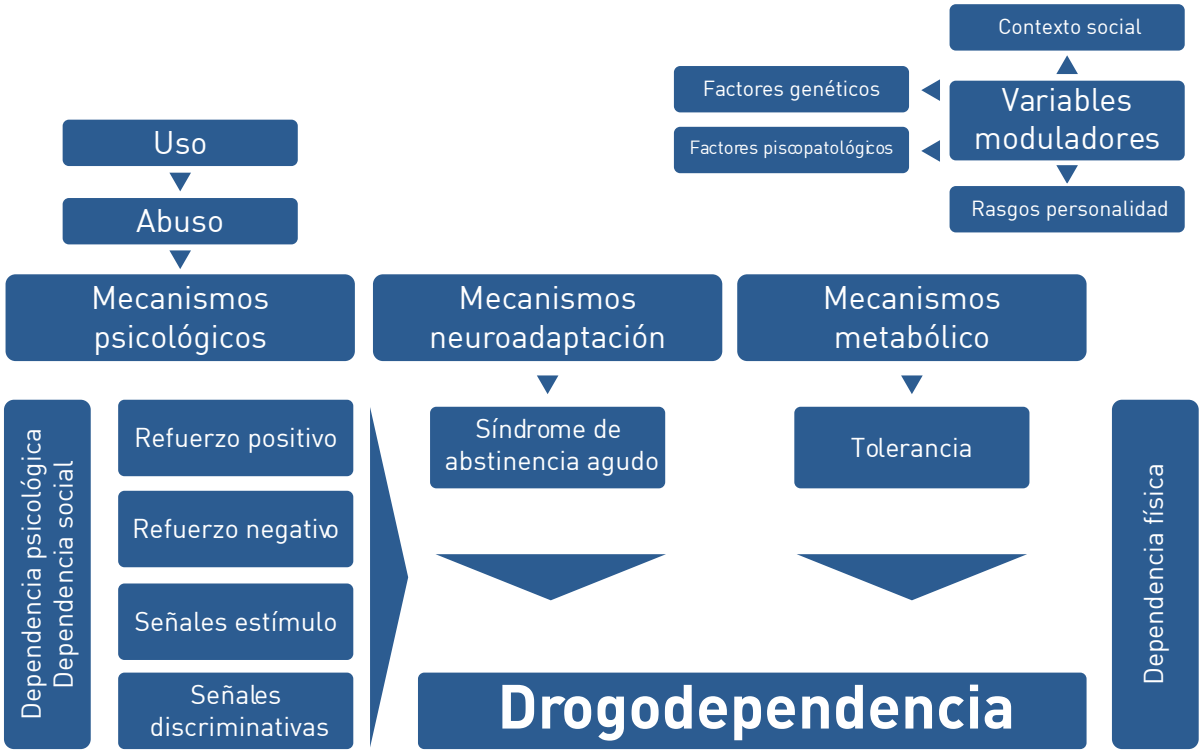
Es en este contexto donde integramos a la familia como factor, ya sea de riesgo o de protección. La familia funciona como la estructura social primaria de los/as adolescentes, en positivo y en negativo. Es en el sistema familiar donde el/la joven aprende y "madura" sus valores, sentimientos, actitudes, comportamientos (Becoña, 1999), especialmente al contrastarlo con las estructuras sociales

complementarias como el grupo de amigos/as y el contexto escolar.

De manera general, podemos considerar el objetivo de la prevención de las drogodependencias y otras adicciones "evitar que los y las jóvenes se inicien en el consumo de sustancias, incluidas las drogas legales (tabaco, alcohol, medicamentos) y las drogas ilegales (cannabis, cocaína, heroína, drogas de síntesis, etc.)"

Y como objetivos específicos:

- Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
- Limitar el número y el tipo de sustancias utilizadas.
- Evitar pasar de probar las drogas al abuso y del abuso a la dependencia.
- Disminuir las consecuencias negativas del consumo (los riesgos asociados).
- Educar para ser capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
- Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo.
- Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y propiciar alternativas de ocio saludable.



Martín y Lorenzo 2003

1.2. DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA A LA PRÁCTICA

La investigación científica y la práctica de la prevención han funcionado de manera tradicional en ámbitos diferentes, diferenciados en muchas ocasiones por los objetivos, las estrategias y los canales de financiación (Bumbarger y Campbell, 2011). Parece fundamental para el desarrollo de estrategias de prevención e intervención temprana poner en marcha grupos de investigación aplicada, con transferencias eficaces de información y diseño de programas, que agilice el tránsito del ámbito investigador a la intervención y desde la intervención a la investigación. Para ello, es necesario desarrollar sistemas de diseño e implementación de dichos programas: deben ser puestos en marcha de manera organizada, planificada, considerando las características psicosociales y sociodemográficas de la población destinataria, deben ofrecerse en un lenguaje adecuado para dichas personas y ofrecer respuestas eficaces y eficientes, basadas en actividades concretas y específicas.

Además, se utiliza información actualizada y relevante sobre los actuales riesgos comportamentales de los adolescentes y jóvenes españoles. Dicha información no se basa tan solo en el consumo de sustancias, sino que ha tenido una intención multifactorial en la que se integraban aspectos personales, microsociales y macrosociales. Dentro de estos factores, se ha prestado especial atención a la combinación de los aspectos del neurodesarrollo y su correlación con el comportamiento social de los/as adolescentes y los/as jóvenes, especialmente en los actuales contextos sociales. Es en estos contextos, con una baja percepción de riesgo en el uso de ciertos comportamientos adictivos (alcohol, cannabis, TIC…) y una alta accesibilidad al uso de sustancias y otras conductas adictivas, en los que tenemos que actuar y debemos evaluar como factores de riesgo y/o de protección.

1.3. DIANOVA Y LA PREVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA.

La investigación científica y la práctica de la prevención han funcionado de manera tradicional en ámbitos diferentes, diferenciados en muchas ocasiones por los objetivos, las estrategias y los canales de financiación (Bumbarger y Campbell, 2011). Parece fundamental para el desarrollo de estrategias de prevención e intervención temprana poner en marcha grupos de investigación aplicada, con transferencias eficaces de información y diseño de programas, que agilice el tránsito del ámbito investigador a la intervención y desde la intervención a la investigación. Para ello, es necesario desarrollar sistemas de diseño e implementación de dichos programas: deben ser puestos en marcha de manera organizada, planificada, considerando las características psicosociales y sociodemográficas de la población destinataria, deben ofrecerse en un lenguaje adecuado para dichas personas y ofrecer respuestas eficaces y eficientes, basadas en actividades concretas y específicas.

Asociación Dianova España presta servicios solidarios y comprometidos de acción social en ayuda de las personas que lo necesitan, ya sea por su situación de vulnerabilidad social o de exclusión social o riesgo, a través de programas y proyectos innovadores llevados a cabo por profesionales y donde la calidad, la evaluación, el control y la transparencia son factores intrínsecos a su intervención y a su filosofía como organización.

Asociación Dianova España es una ONG sin ánimo de lucro, sin pertenencia a partido político ni está instrumentalizada con anclajes ideológicos o corporativistas, sino que su razón de ser y acción se realiza en favor del interés general y el bienestar de las personas.

El artículo 5 de los estatutos sociales vigentes de Asociación Dianova España establece sus fines sociales, y tiene como objetivo el desarrollo de acciones y programas que contribuyan activamente a la autonomía personal y al progreso social, como:

a. Favorecer la integración social y laboral de las personas en situación de exclusión social y/o vulnerabilidad social, especialmente menores, familias, mayores, mujeres, víctimas de violencia, inmigrantes, minorías raciales, personas desempleadas, personas y familias que han perdido sus hogares, con todo tipo de acciones y programas, y promover la convivencia intercultural.

b. Intervenir en la ayuda, acogida e integración integral de personas inmigrantes y nacionales de terceros países, realizar actuaciones de ayuda humanitaria, protección internacional, derecho de asilo, refugio, apatridia, protección temporal y retorno y contribuir a la lucha contra la trata de personas promoviendo el respeto y efectividad de los derechos humanos y las libertades individuales y públicas universalmente reconocidas.

c. Fomentar el empleo a través de la promoción y el desarrollo de programas y proyectos con la finalidad de contribuir a la inserción social y laboral de las personas.

d. Fomentar y promover la cultura y actividad emprendedora y el emprendizaje social.

e. Formar y desarrollar programas y proyectos en los campos de la familia, menores, juventud y educación.

f. Promover y potenciar la cooperación al desarrollo a escala internacional.

g. Fomentar la igualdad de oportunidades, la equidad entre hombres y mujeres y la promoción y defensa de los valores humanos, sociales y profesionales de la mujer.

h. Promover y potenciar el voluntariado solidario.

i. Educación y promoción de la salud.

j. Tratamiento sanitario de la salud mental, incluidas las dependencias a drogas y otras adicciones.

k. Prevención, intervención e integración en los distintos ámbitos relacionados con las adicciones y sus consecuencias.

El actual manual de intervención temprana Dianova utiliza modelos teóricos consolidados. Siendo conscientes del bagaje teórico y práctico que ha acumulado Dianova en los últimos 33 años, se hace necesaria una evolución de dichos modelos para adecuarlos a los requisitos de los actuales agentes implicados. Este compromiso, que es tanto organizacional como técnico, supone un esfuerzo en la consolidación técnica de un modelo revisable, contrastable y con vocación de ser compartido con otras entidades.

1.4. CONCEPTOS Y DEFINICIONES.

Salud. “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (OMS)

Enfermedad. “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. (OMS)

Adicción. “La adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas”. (NIDA)

Prevención. “Tomar medidas para que la enfermedad no aparezca (reducir los factores de riesgo) y detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas” (OMS).

Promoción de salud. “Proceso de capacitar a las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla”. (Otawa, 1986)

La adicción es una enfermedad compleja de naturaleza bio-psico-social. O sea que las causas de la adicción son múltiples e interaccionan de una manera compleja para producir el trastorno adictivo. Su etiología no lineal, multifactorial y sistémica hace difícil comprenderla con una visión lineal o simplista de: una causa – un efecto.

1.5. TEORÍA DEL MARCADOR SOMÁTICO (DAMASIO, 1994; VOLKOW, 2000).

Tradicionalmente se había vinculado el consumo de sustancias a la teoría del placer, especialmente a la activación de mecanismos relacionados con la satisfacción. Desde el año 1994, especialmente a partir de los estudios del NIDA a finales del siglo XX, se ha potenciado la importancia de los mecanismos neuropsicológicos, especialmente los factores cognitivos y emocionales, en la aparición, mantenimiento y consolidación de las adicciones.

Esta hipótesis quedó confirmada a partir de las formulaciones teóricas de Robinson y Berridge (2000, 2003), que a partir de una serie de experimentos con animales demostraron que el consumo compulsivo de drogas estaba vinculado a un mecanismo motivacional ("wanting") pero no hedónico ("liking"). Es decir, a través de un proceso de neuromodulación que denominaron "sensibilización al incentivo", las drogas adquieren la capacidad de hiperactivar los sistemas motivacionales incluso en ausencia de efectos placenteros. Dicho de manera simple, sigues "queriendo" consumir drogas incluso cuando ya ha dejado de "gustarte" tomarlas.

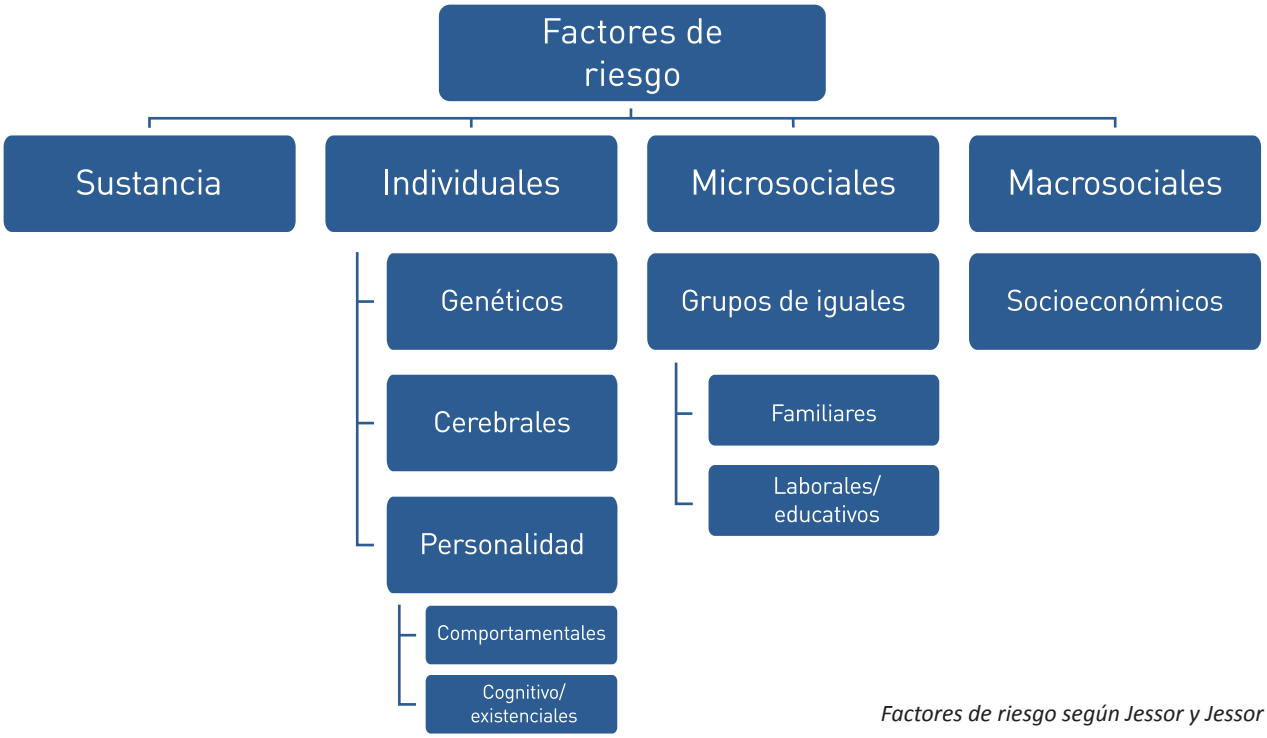
Nos encontramos, por tanto, con dos tipos de modelos:

1. Los que se basan en la descompensación entre el sistema motivacional y el sistema ejecutivo, y
2. los que se basan en la pérdida de protagonismo del sistema de recompensa en favor del aprendizaje de hábitos automatizados.

Posteriormente, diversos estudios realizados sobre la neurobiología de la cocaína (Verdejo, Pérez García et als, 2007), mostraron factores y problemas que no se habían puesto de manifiesto en las consideraciones clásicas de adicciones: el denominado "cerebro moral"(Volkow, 2006), las alteraciones en el control y expresión de las emociones, el bajo control de impulsos y el consiguiente déficit en toma de decisiones de la población drogodependiente.

A partir de los diferentes estudios comienzan a ponerse en duda los términos convencionales sobre toxicomanías, planteándose que deberíamos sustituir los conceptos clásicos en adicciones de tolerancia, dependencia, habituación…, por otras definiciones como síndrome amotivacional, bloqueos afectivos, impulsividad, alteración del sistema de recompensas/gratificaciones a corto plazo, planificación ejecutiva, toma de decisiones y resolución (o no) de problemas.

Además, para complicar o aclarar más la cuestión sobre las adiciones y los determinismos neurobiológicos y genéticos utilizados desde el año 1997 en los análisis de las drogodependencias y adicciones, en la prestigiosa revista "The Lancet Psychiatry", en 2015, se publicó un artículo de revisión llamado "The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises?" ("El modelo de enfermedad cerebral de la adicción: ¿está apoyado por la evidencia y ha cumplido sus promesas?"), que venía a criticar el excesivo reduccionismo y determinismo biologicista aplicado a las adicciones. En este artículo, el grupo dirigido por el profesor Hall de la Universidad de Queensland en Australia criticó la limitación de acceso a programas psicosociales que ha supuesto la sanitarización de las adicciones, así como la necesidad de recuperar el marco amplio multicomponente que incluía los aspectos psicosociales, socioeconómicos, epidemiológicos, farmacológicos, neuropsicológicos, etc., para poder "integrar los nuevos hallazgos científicos que van surgiendo de la investigación en neurociencia con los de la economía, la epidemiología, la sociología, la psicología y la política para disminuir los daños causados por el consumo de drogas y de cualquier tipo de adicción" (Hall et cols 2015:108).



Factores de riesgo según Jessor y Jessor

2. MODELOS ACTUALES DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE ADICCIONES: EL/LA ADOLESCENTE Y SU CONTEXTO ACTUAL

2.1. TEORÍAS UTILIZADAS SOBRE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS Y LOS/AS JÓVENES.

Las teorías clásicas de explicación del consumo de sustancias en los/as jóvenes han enfocado su atención en las sustancias y sus consecuencias. Las más utilizadas son las siguientes:

Teoría de la conducta-problema (Jessor y Jessor, 1977). Esta teoría está basada en la teoría de los factores de riesgo y protección. Hace referencia a que el uso experimental de drogas se produce en el período de la adolescencia; provocando la funcionalidad de expresar rechazo a las normas convencionales, reforzar la integración en el grupo de iguales, etc. El objetivo que se persigue para trabajar con esta teoría sería prevenir las conductas desadaptadas de manera global; haciéndoles conscientes de que es un error pensar que los beneficios de las drogas son mayores que los riesgos derivados de su consumo. Se basa esta teoría en que una conducta de riesgo no se suele producir de forma aislada; sino que va relacionada con otras como uso experimental de drogas, conducta sexual de riesgo, absentismo escolar, rebelión, etc. Estos sujetos tienen menos rendimiento en la escuela, participan menos en actividades de promoción social. Son más propensos a otras conductas de riesgo (delincuencia, conductas sexuales de riesgo…) que los que no consumen.

Un factor de riesgo es cualquier factor asociado con el aumento de la probabilidad de un comportamiento que suele tener consecuencias negativas. Un factor de protección es cualquier factor que reduzca el impacto de un comportamiento de riesgo. Los factores de protección ayudan a las

personas a no involucrarse en comportamientos potencialmente perjudiciales y/o promueven vías alternativas (Spooner, Hall y Lynskey 2001). La investigación y los estudios han identificado determinados factores de riesgo y factores de protección con el fin de determinar cómo el abuso de drogas se inicia y progresa.

Aunque existe dificultad para determinar, hay numerosos estudios que llegan a conclusiones comunes:

1. Existe un consenso generalizado entre los/as profesionales de la prevención y del tratamiento de las drogodependencias en torno a la naturaleza multifactorial del consumo de sustancias.

2. Existen factores del individuo y sus relaciones con el entorno (intrapersonales e interpersonales) y factores ambientales o del contexto.

3. Factor de riesgo y factor de protección no son extremos de un continuo. Es decir, la ausencia de un factor de riesgo no es un factor de protección ni viceversa. Sin embargo, a mayor concentración de factores, mayor será el riesgo o la protección. Es más, muchos estudios plantean que los factores, tanto unos como otros, al asociarse, incrementan su fuerza de forma exponencial.

4. Existen diferentes factores de riesgo para las distintas drogas; una persona con depresión usara con alta probabilidad drogas depresoras del sistema nervioso central, mientras que una persona con energía alta tenderá a usar drogas estimulantes del sistema nervioso central.

5. Algunos factores de riesgo influyen en la persona a lo largo de su desarrollo y otros tienen mayor influencia en la persona en una determinada edad (la edad, por ejemplo, en la adolescencia, es un factor de riesgo porque ésta potencia la vulnerabilidad del o de la menor a la presión de grupo).

6. Se han encontrado factores de riesgo y de protección comunes a determinadas conductas problemáticas (fracaso escolar, embarazos no deseados, violencia…).

La aparición de los primeros consumos de drogas suele tener lugar durante la adolescencia. Esta etapa evolutiva se considera, desde todos los ámbitos, como un momento de especial importancia de cara a la consolidación de la autonomía del individuo.

Modelo ecológico. Este modelo tiene como referencia la psicología ambiental. A nivel preventivo, la estrategia sería la intervención en la relación persona-ambiente, teniendo en cuenta los factores de riesgo y protección que repercuten en el proceder de la persona. Por lo tanto, se debe trabajar para que la familia, la escuela, el grupo de iguales y la sociedad colaboren conjuntamente y de manera coordinada en fomentar la promoción de la salud de la persona.

Modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. El modelo transteórico ayuda a comprender los procesos de cambio y cómo y por qué las personas, con o sin ayuda profesional, se implican en esos procesos. Dicho modelo se integra en estadios, procesos y niveles de cambio. La dimensión de los estadios indica cuándo las personas se deciden a realizar cambios que modifican su conducta. Los procesos de cambio indican cómo se realizan estos cambios al pasar de un estadio al próximo. Los niveles ponen de manifiesto qué es lo que necesitan cambiar las personas para realizar el cambio, una vez decidido. Por lo tanto, este modelo explica muy bien los estadios por los que pasa una persona que comienza a iniciar el abandono de su consumo. Los estadios serían: precontemplación, contemplación, preparación, acción, recaída y mantenimiento.

Teoría de la acción razonada: Fishbein y Azjen. Esta teoría se basa en las diferentes creencias que la persona tiene sobre su conducta, realizando una evaluación de la conducta que están llevando a cabo. Junto con las creencias, se contempla la predisposición hacia el seguimiento de normas y las expectativas que se crean en torno a la posibilidad de obtener control de las conductas. Por lo tanto, la teoría de acción razonada tiene en cuenta las creencias, la predisposición y las expectativas en torno a la utilización de normas para conseguir manejar conductas.

Modelos comprensivos: teoría del desarrollo social. Esta teoría hace hincapié en el concepto de la autoeficiencia como un componente central de la misma y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta. Dicha teoría considera tanto los factores de aprendizaje, los procesos cognitivos y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona.

Teoría del autorrechazo de Kaplan. Se basa en que los y las adolescentes buscan la aceptación y aprobación para sus conductas. Cuando su conducta se desvía de las expectativas de conducta de su familia, docentes y otras personas de referencia; esa situación se convierte en una fuente de malestar psicológico que debe ser resuelto. Cuando pierden el favor de los/as adultos/as que les proporcionan afecto y sus figuras de autoridad, entonces aparecen:

- Actitudes hacia la conducta.
- Creencias normativas.
- Predisposición a la norma.
- Expectativas de control.
- Frecuencia de control.
- Norma subjetiva.
- Conducta.
- Control percibido.
- Intención de conducta.
- Creencias sobre la conducta.
- Evaluación de resultados.
- Sentimientos de autorrechazo que requieren de una respuesta correctiva o compensatoria.

2.2. MODELO DE LA MADUREZ SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS.

Labouvie (1996) plantea un modelo basado en la autorregulación donde algunos de los elementos clave son el control personal y la eficacia. Cuando estos fallan, el individuo responde a sus necesidades inmediatas y a las presiones situacionales. Además, es probable que no tenga metas personales o que éstas sean poco importantes, difíciles, costosas o improbables de conseguir. Esto le puede llevar a la alienación y al estado depresivo. Sus estudios confirman que conforme transcurre el tiempo se produce un descenso en el consumo de sustancias en el individuo y en sus amigos y se incrementa el número de parejas que se casan tanto entre ellos/as como en sus amigos/as. Todo ello indica, en palabras del autor, un incremento en la dirección de una mayor convencionalidad tanto en varones como en mujeres (Becoña, 1999).

El propio Becoña (1999) propone un modelo comprensivo y secuencial de fases para el consumo de drogas que viene a recoger las principales aportaciones en el campo de la etiología del consumo. Entre las múltiples fases que muestra es reseñable la secuencia entre percepción del riesgo y toma de decisiones sobre seguir o no consumiendo una sustancia (1999).

Algunos autores (Calafat y otros, 2004: 109) consideran que los programas interactivos son los únicos que han demostrado eficacia, pero incluso los no interactivos tienen porcentajes de cambio, tal como se puede ver en el artículo de Ennett (Ennett y otros, 1994). Catalano y Hawkins (1996) encuentran una clara relación entre la conducta antisocial, la delincuencia y el consumo de drogas.

2.3. FACTORES QUE INCIDEN EN LA PREVENCIÓN.

2.3.1. Factores con una incidencia positiva en la prevención

- Algunos programas comunitarios y escolares no consiguen detener el inicio aunque sí la intensificación del uso de sustancias (Becoña, 2002: 88).
- Trabajar sobre el ambiente social, la personalidad y los factores de riesgo produce mejores resultados preventivos que trabajar sólo uno de ellos (Becoña, 2002: 100).

- Uno de los factores de riesgo con mayor valor predictivo sobre el abuso de drogas es iniciarse tempranamente en su uso. Es decir, la edad de inicio en el consumo.
- La percepción de riesgo asociada al consumo: existe una alta correlación inversamente proporcional entre la percepción de riesgo y el consumo (Bachmann et al. 2002).

2.3.2. Factores que no contribuyen a la prevención

- En la prevención se ha evidenciado que la información es un requisito necesario en todo programa, pero no suficiente para cambiar actitudes y comportamientos. De hecho, muchas veces los/as consumidores tienen más información que los/as no consumidores.
- Según los mismos autores, la información que se recoge es la que no pone en entredicho al/la receptor/a (Calafat y otros, 2004).
- No se ven eficaces los programas que se basan en lanzar mensajes de miedo y que crean alarma social (Becoña, 2002).
- La mejora de valores y autoestima han tenido poco éxito (Becoña, 2002).
- No siempre existe una vinculación entre el conocimiento, las actitudes y la conducta (modelos racionales) (Becoña, 2002).
- Ofrecer simultáneamente una amplia variedad de actividades relacionadas con la prevención no mejora la efectividad (Becoña, 2002).
- Las actividades preventivas para el alcohol pueden no serlo para otras drogas (Becoña, 2002: 131).

Como podemos contemplar, en muy pocas de estas teorías se utilizan las explicaciones sociológicas como prioritarias, estando más integradas dentro de modelos psicológicos, educativos o sanitarios. Sobre los aspectos culturales del consumo de drogas, o sus matices y diferencias culturales, no encontramos apenas explicaciones integradoras.

3. QUÉ ES LA ADOLESCENCIA: EXPECTATIVAS Y RESPUESTAS FRENTE A LAS DROGAS (Y OTROS COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS)

3.1. TIPOS DE ADOLESCENCIA: ASPECTOS EVOLUTIVOS DE LAS DIFERENTES ETAPAS.

Cuando se habla de adolescencia se suele considerar una amplia franja de edad, que va de los 12/13 años (preadolescencia) hasta los 22/23 años (juventud); en este espacio de tiempo se producen enormes cambios en la persona, tanto físicos como psicológicos, que influirán de forma determinante en la manera de posicionarse en su entorno social.

La necesidad de establecer la propia identidad ante la rapidez de estos cambios y la búsqueda de autonomía e independencia ante el mundo adulto, estimulan en el y la adolescente la aparición de conductas de riesgo, como pueden ser el consumo de drogas y los comportamientos antisociales. Se deben tener en cuenta las peculiaridades de los cambios psicológicos que se producen en la adolescencia para comprender la función que cumple el consumo de drogas en estas edades. Por ella misma, esta etapa de transición genera en la persona una gran incertidumbre ligada a la necesidad de reducir el estrés a través de la experimentación de nuevas “sensaciones” y conductas que le permiten autoafirmarse.

Además, los cambios cognitivos que tienen lugar en la adolescencia, provocan que el/la adolescente tengan una percepción diferente del mundo que les rodea, marcada por su egocentrismo y su sentimiento de invulnerabilidad que, siendo condiciones necesarias para establecer la propia identidad, también pueden estar en el origen de algunas conductas de riesgo. Por otra parte, la influencia del grupo de iguales es determinante, teniendo en cuenta que tienen especial relevancia en el proceso de construcción de la propia iden-

tidad, porque permiten al/la adolescente compararse y conocerse mejor. También aumentan su percepción de vulnerabilidad cuando se enfrentan a situaciones de presión de grupo.

El grupo de amistades adquiere progresivamente más influencia como fuente de determinación de hábitos, actitudes, valores y formas de vida. La búsqueda de una identidad diferenciada de la de su entorno familiar invita a la persona adolescente a compartir experiencias con sus amistades y a buscar en ellas seguridad y apoyo, de manera que el grupo se convierte en uno de los principales entornos de socialización. Los primeros contactos con las drogas se vinculan a situaciones sociales, y es muy poco frecuente que la experimentación inicial se realice en solitario. El grupo de amistades y los contextos de ocio son los ámbitos en que suele aparecer el consumo.

Así pues, en la adolescencia nos encontramos a alguien que desea manifestar su independencia, sensible a las influencias del grupo de amistades, y cognitivamente preparado para relativizar las normas y conocimientos transmitidos por la familia.

3.2. CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS Y AFECTIVAS DE LA ADOLESCENCIA: LA MODULACIÓN EMOCIONAL.

Desde el año 2004 se han introducido otras teorías, más cercanas a las neurociencias sociales, que plantean un "perfil de la persona adolescente con trastorno del neurodesarrollo", como una combinación de:

- Al menos consumo problemático de una sustancia "tradicional" (alcohol, cocaína, cannabis, benzodiacepinas, heroína…), más
- al menos un problema comportamental (redes sociales, apuestas deportivas, juegos de azar, compras compulsivas, vigorexia, ortorexia…), más
- al menos un trastorno mental diagnosticado.

Estas disciplinas establecen un cierto paralelismo entre la incidencia del consumo de drogas y la neuromaduración del/la joven, considerando que estos aspectos están entremezclados con las transiciones fisiologica-cognitivo-afectiva y de personalidad, así como con la consolidación estructural del córtex prefrontal con el área motivacional (núcleo estriado y ganglios de la base) y emocional (amígdala e ínsula).

Según esta teoría, pasaríamos de describir la adicción como una "enfermedad cerebral crónica con tendencia a la recaída" a un "trastorno del neurodesarrollo adolescente" que se convierte en una alteración habitual del comportamiento. Para justificar este planteamiento, se han utilizado diferentes estudios sobre factores premórbidos o de vulnerabilidad, así como definiciones del denominado "endofenotipo"(rasgo predisponente), que se ha asumido de manera generalizada que es la impulsividad/déficit del control inhibitorio. La combinación de impulsividad + desequilibrio en el sistema motivacional + déficit regulatorio = factor de vulnerabilidad.

Sería la combinación de los factores la que facilitaría la aparición y consolidación del trastorno adictivo. Según estas teorías, como predictores neurocognitivos podríamos considerar los siguientes:

- Desinhibición neuroconductual.
- Fracaso escolar.
- Incursión en el sistema juvenil.
- Familias de todas las capas y estratos sociales.

Así, utilizando este esquema pasaríamos de los "problemas de las "drogodependencias" hacia una definición neuropsicológica del "consumo de drogas + comportamiento conflictivos", con correlaciones entre diferentes factores tales como:

- La desinhibición neuroconductual entre los 10-12 años, conduce a un mayor riesgo de consumo intensivo de alcohol-drogas (16-17 años) y al posterior desarrollo precoz de un diagnóstico de dependencia (19 años).
- La correlación entre edad temprana de consumo y fracaso escolar, a pesar de la visión que los/as jóvenes tienen de la ineficacia

de estudiar, hace que tengamos que incluir estrategias de formación alternativas en los planes y programas de prevención.

La estrategia sobre la que se ha seleccionado a los/as adolescentes participantes ha sido la prevención indicada y la intervención temprana con jóvenes y sus familias: se trata de programas específicos donde se interviene de manera particular con un/a adolescente con consumos problemáticos de drogas (u otros problemas adictivos) y su familia. En estos programas no se trabaja en exclusiva sobre el comportamiento adictivo, sino que se pretende analizar y resolver las causas y consecuencias que el problema del consumo ha tenido sobre el/la adolescente y su contexto cercano: agresividad, falta de comunicación, fracaso escolar, hábitos de comportamiento y convivencia… Es por ello que la participación de todo el núcleo familiar es fundamental para el desarrollo de las actividades y objetivos. No son programas terapéuticos como los tradicionales para adultos/as, sino que son programas de tipo educativo-terapéutico, para el/la adolescente y su familia, cuyos objetivos son:

- Dotar a los/as adolescentes de recursos necesarios para potenciar sus factores de protección en las situaciones de riesgo; y
- favorecer los cambios necesarios en la familia para asumir las necesidades de los/as adolescentes y fomentar su desarrollo integral (valores, sentimientos, actitudes, comportamientos…).

3.3. LA ADOLESCENCIA EN EL DESARROLLO SOCIAL: EL GRUPO DE REFERENCIA Y LA RESILIENCIA

Es necesario también, hacer referencia a las características más comunes del consumo de drogas entre los/as adolescentes. Entre ellas destacan su carácter social (consumo en grupo) y recreativo (en contextos de ocio). Los estudios nos dicen que las sustancias legales (tabaco y alcohol) suelen ser el primer paso hacia la utilización de otras sustancias como el cannabis y las drogas de síntesis, para, en algunos casos, continuar con la cocaína u otras drogas. Otro hecho demostrado es que, cuanto más pronto se produce la experimentación con las drogas, más probable será la progresión en el consumo. De aquí que el retraso del inicio sea uno de los principales objetivos de la prevención. Al retrasar el acercamiento al tabaco y el alcohol, se reduce la probabilidad de un consumo problemático de estas u otras sustancias, así como de otros comportamientos adictivos.

3.4. LA ADOLESCENCIA COMO FACTOR DE RIESGO: CONDUCTAS ASOCIADAS (SEXUALIDAD, AGRESIVIDAD…)

Hay que actuar sobre un elevado porcentaje de comportamientos del tipo compulsivo/descontrolado, en un patrón de comportamiento muy basado en desorden conductual y recompensas a corto plazo. El problema puede no estar en las redes sociales ni en los teléfonos, sino en los motivos, la forma y las consecuencias que tiene para las personas que los utilizan.

Se deben analizar y minimizar los factores de riesgo, especialmente en los de control horario, control comportamental, realización de tareas y videojuegos. Hablamos de prevenir un descontrol comportamental generalizado, que obliga a plantear estrategias de reestructuración conductual. Sobre todo, la enorme diferencia entre comportamientos de riesgo para la salud entre unos/as jóvenes y otros/as hace necesaria una recomendación de programas basados en el control de daños y la prevención de recaídas, sobre todo para evitar las consecuencias sociosanitarias más graves del uso de drogas.

Pero no podemos enfocar este patrón de comportamiento tan solo con los aspectos conductuales. La prevalencia de factores emocionales, necesidad de recompensas, repercusión en relaciones sociales, familiares y de pareja, control de ira y emociones negativas nos hace inferir que hay un malestar emocional que se compensa de alguna manera, ya sea mediante explosiones con el entorno social

cercano, ya sea mediante aislamiento físico o afectivo. Para esto, los comportamientos del tipo adictivo/compulsivo son altamente eficaces: sirven para aislarte, desconectar de tu realidad y evitar afrontar tus propios problemas.

3.5. ASPECTOS COMPORTAMENTALES DE LA ADOLESCENCIA: RETO, RIESGO Y REBELDÍA.

Sobre la desobediencia como factor predisponente, esta teoría indica un perfil de vulnerabilidad, fundamentalmente con varones, que presentan conductas "contra las normas", seguido de actos de "vandalismo" y agresión a terceras personas. Eso sí, no se puede negar la existencia de un aumento de actos delictivos protagonizados por chicas/os en edades cada vez más tempranas, reincidentes, de forma violenta y con cada vez mayor número de autores/as. Especialmente, hablamos de actos relacionados con el uso de redes sociales: ciberbullying, acoso sexual en la red. En muchos casos nos encontramos con personas que tienen competencias sociales y académicas bajas, así como trastornos psicopatológicos tempranos, especialmente rasgos de personalidad patológicos del cluster B/emocional (límite, narcisista, antisocial, histriónico) de la personalidad.

Cada vez más, hablamos de un porcentaje minoritario de jóvenes que realizan un amplio cortejo de comportamientos disruptivos, agresivos y, en ocasiones, antisociales. El problema social está no solo en este grupo, sino que este grupo se presenta, en demasiadas ocasiones, como "los/as jóvenes y las drogas". A pesar de que cada vez hay más jóvenes que no abusan de sustancias (y que no presentan otro tipo de conductas de riesgo), nos encontramos con que hay un perfil psicosocial claramente identificado de jóvenes que consume cada vez más tipos de sustancias, tiene peor manejo comportamental, menos control de sus impulsos y lleva a cabo conductas cada vez más peligrosas (ESTUDES 2013).

La correlación entre edad temprana de consumo y fracaso escolar, a pesar de la visión que los/as jóvenes tienen de la ineficacia de estudiar, hace que tengamos que incluir estrategias de formación alternativas para estos/as jóvenes.

Los/as profesionales de la intervención temprana y la docencia/investigación matizan: el estilo de intervención habitual se basa en las "sustancias tradicionales", el lenguaje es más cercano a los que un/a "adicto/a convencional" asimila, estos/as jóvenes con elementos culturales diferentes necesitan modelos de intervención diferentes, por nivel cultural, por acceso a TIC, por sistemas familiares... Sobre las evaluaciones, especialmente las clínicas, los/as profesionales señalan que los instrumentos que se utilizan habitualmente provienen de las epidemias de consumo de heroína y cocaína, no habiendo desde el año 2007 instrumentos nuevos de evaluación multifactorial. Por tanto, los fenómenos posteriores a 2007 no se ven reflejados en sus evaluaciones. En ese sentido, el actual estudio les parece una manera de mostrar una realidad que hasta ahora se había mantenido fuera de sus posibilidades: la influencia de las TIC sobre las adicciones, en positivo y en negativo.

Si vamos a analizar problemas multifactoriales (como en este caso, jóvenes + abuso de sustancias), necesitamos un modelo teórico multifactorial. Como hemos mencionado anteriormente, tenemos que desenfocar del problema de las "drogodependencias en los/as jóvenes" hacia "el consumo de drogas + comportamiento conflictivos": los/as jóvenes utilizan el consumo de drogas como un detonante que hace estallar una carga explosiva mucho más profunda, con malestar familiares y sociales. En la intervención y la prevención hay que contemplar estos problemas y conflictos, no tan solo desde un punto de vista individual, sino en abordaje grupal y de estructura/sistema social. En la práctica, empoderar al sujeto es eficaz a corto plazo, pero es el propio sistema social el que necesita un reajuste. Informar sobre los riesgos de las conductas adictivas es parte de la solución, pero las pautas evolucionan y la información no se actualiza al mismo ritmo. Las TIC pueden ser parte de esa solución, por motivos de eficacia y de identificación cultural para la generación de los/as jóvenes.

4. ENTRENAMIENTO PARA PADRES Y MADRES EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGOS

4.1. MODELOS DE PREVENCIÓN.

En los actuales programas de prevención del consumo de drogas, como hemos mencionado anteriormente, tenemos que contemplar diferentes modelos teóricos, capaces de explicar y facilitar el abordaje de problemas tan complejos como el consumo intensivo de alcohol y/o drogas ("binge use/binge drinking") de los/as adolescentes, la aparición temprana de problemas psicológicos y psiquiátricos (y sus predictores), los actuales modelos familiares y su repercusión en la prevención de las adicciones…

Especialmente, utilizamos en las sesiones el modelo general subyacente o teoría de los factores de riesgo y protección. Hemos comentado en el módulo 2 las bases teóricas de dicho modelo, vamos a explicar a continuación sus aplicaciones más prácticas.

Vamos a definir un factor de riesgo como "cualquier factor asociado con el aumento de la probabilidad de un comportamiento que suele tener consecuencias negativas". Por tanto, un factor de protección es "cualquier factor que reduzca el impacto de un comportamiento de riesgo".

Según la teoría de los factores de riesgo y protección, "los factores de protección ayudan a las personas a no involucrarse en comportamientos potencialmente perjudiciales y/o promueven vías alternativas" (Spooner, Hall y Lynskey 2001). Diversas investigaciones y estudios han identificado determinados factores de riesgo y factores de protección con el fin de explicar y definir cómo se inicia y agrava el abuso de drogas.

Generalizando, con las debidas precauciones y la prudencia que cada caso exige, podemos determinar que:

1. Existe un consenso generalizado en torno a la naturaleza multifactorial del consumo de sustancias.

2. Existen factores individuales y sus relaciones con el entorno (intrapersonales e interpersonales) y factores ambientales o del contexto.

3. Factor de riesgo y factor de protección no son extremos de un continuo. Es decir, la ausencia de un factor de riesgo no es un factor de protección ni viceversa. Sin embargo, a mayor concentración de factores, mayor será el riesgo o la protección. Es más, en diversos estudios plantean que los factores, sean de riesgo o de protección, se asocian, incrementando sus efectos de manera exponencial.

4. Existen diferentes factores de riesgo para las distintas drogas, especialmente los vinculados con los efectos en el cerebro del consumo de drogas, las alteraciones neuropsicológicas y los aspectos cognitivos y comportamentales vinculados.

5. Existen factores de riesgo que influyen en la persona a lo largo de su desarrollo evolutivo y otros tienen mayor influencia en la persona en una determinada edad, como la presión de grupo en la adolescencia temprana.

6. Existen factores de riesgo y de protección que son comunes a diferentes conductas problemáticas (fracaso escolar, embarazos no deseados, violencia,…) y sus consecuencias biopsicosociales, especialmente las del estilo de vida.

4.2. EL ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL

Desde hace años, en la prevención e intervención en consumo de drogas y otros comportamientos adictivos (como las denominadas adicciones sin sustancia, tales como el juego patológico, teléfonos móviles, internet…) hemos llegado al consenso de evitar reduccionismos y abordar este tipo de problemas desde un enfoque biopsicosocial.

"Al hablar de consumo de drogas se están barajando tres elementos interactuantes: la sustancia o sustancias que se consumen, la persona que con-

sume y el contexto en el que se produce el consumo. Obviar este hecho, concediendo un peso desproporcionado o exclusivo a cualquiera de estos tres elementos, supone alterar a priori cualquier análisis riguroso que se realice del problema y cualquier solución que se pretenda aplicar" (Becoña y Martín, 2004).

Especialmente importante nos parece la detección precoz, sobre todo cuando está dirigida hacia la intervención temprana con jóvenes y/o sus familias: se trata de elaborar acciones específicas donde se trabaja de manera particular con un grupo de adolescentes con consumos de drogas (u otros problemas adictivos) y/o sus familias. Estos programas no se basan en exclusiva sobre el comportamiento adictivo, sino que se pretende analizar y resolver las causas y consecuencias que el problema del consumo tiene sobre el/la adolescente y su contexto cercano: agresividad, falta de comunicación, fracaso escolar, hábitos de comportamiento y convivencia…

En el desarrollo, tanto de los/as menores como de las familias en las que crecen, inciden factores estructurales, relacionales e individuales, que generan un amplio abanico de situaciones en las que surgen dificultades, vulnerabilidades que es necesario atender. En la mayoría de los casos en los que existe un problema con el consumo por parte de un menor, se han detectado problemas de comunicación y convivencia, y dificultad para asumir normas y límites en el ámbito familiar.

Es por ello que la participación de todo el núcleo familiar es fundamental para el desarrollo de las actividades y objetivos.

No son programas terapéuticos como los tradicionales para adultos/as, sino que son programas de tipo educativo-terapéutico, para el/la adolescente y/o su familia, cuyo objetivo es dotar a los/as adolescentes y/o sus familias de recursos necesarios para potenciar sus factores de protección en las situaciones de riesgo; así como favorecer los cambios necesarios en la familia para asumir las necesidades de los/as adolescentes y fomentar su desarrollo integral (valores, sentimientos, actitudes, comportamientos…).

Tenemos que destacar que la familia es el entorno donde se desarrolla la persona, siendo considerada en términos generales como la estructura social primaria donde aprendemos normas, límites, responsabilidades, actividades de la vida cotidiana, emociones, modelos… A menudo, por desgracia, nos encontramos con situaciones en las que este contexto no supone un factor de protección, debido a los conflictos y problemas que posteriormente pueden facilitar el desarrollo de un trastorno comportamental y/o adictivo.

Siguiendo el esquema de Del Nogal (Del Nogal, 2012), deberíamos prestar atención a las siguientes variables:

Como variables microsociales (familiares):

- Estilo educativo (autoritario vs laxo).
- Valores sobre el consumo de drogas.
- Modelos de consumo vs modelos de no consumo.
- Apoyo y afecto familiar.

Como variables personales:

- Presentismo.
- Percepción de riesgo.
- Modelos.
- Estados emocionales adversos.
- Expectativas positivas sobre el consumo.
- Búsqueda de sensaciones.
- Presencia de trastornos psicológicos.
- Absentismo escolar.
- Refuerzo social.
- Habilidades sociales.
- Influenciabilidad.
- Impulsividad.
- Conductas disociales.
- Estado psicofísico.
- Información.

La prevención es un intento de influir en la conducta de los/as adolescentes, por lo que para lo-

grarlo, se deben tener en cuenta las numerosas fuentes de influencia que sobre ellos/as actúan: los/as amigos/as, el ámbito académico, el contexto social… Es necesario dotar a los padres y madres de conocimientos y actitudes para evaluar el contexto/entorno en el que el/la adolescente va a desarrollar su actividad diaria, tanto en el ámbito escolar como en el grupo de iguales y en contexto social cercano (barrio, pueblo, ciudad).

4.3. DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN TEMPRANA

En un programa de detección precoz e intervención temprana la manera más eficaz de diseñar y abordar los contenidos es mediante un método participativo, trabajando en profundidad de forma activa los temas, aclarando las dudas y consultas que puedan existir, fomentando la participación activa (y evitando el estilo "alumno/a pasivo/a") mediante grupos de debate sobre los temas de las sesiones y realizando exposiciones de casos y ejemplos prácticos, utilizando técnicas como modelado, moldeado y role-playing.

Para los padres y madres, es muy importante la capacidad de análisis creativo y constructivo sobre las propias pautas de comportamiento, especialmente la capacidad de adecuar esas pautas y modificarlas en función de las necesidades de las diferentes situaciones (moldeado). Ser capaces de cambiar de estrategia, de rol o de posición vital en un momento determinado es un ejercicio sano que facilitar la conexión emocional en un momento tan complejo como es una situación de acción temprana sobre conductas adictivas.

También es muy importante la capacidad de actuar como modelos de referencia, tanto en discurso como en patrones de conducta. Esa habilidad del modelado también se puede trabajar de manera participativa y activa, utilizando una cierta coherencia entre el discurso y la conducta, identificando las propias fortalezas y debilidades y potenciando los recursos positivos mientras se reducen los aspectos negativos. Se busca, en todo caso, una metodología de acción participativa. Este programa no consiste tan sólo en las sesiones grupales: al ser un programa de intervención temprana, se informa a los padres y madres participantes sobre la existencia de tutorías presenciales (también virtuales con los medios anteriormente mencionados) para un mejor asesoramiento y orientación en los casos en que la parte más informativa del programa no sea suficiente.

Para ello, se realizan una serie de grupos de discusión con padres y madres para elaborar los contenidos, darles formato y orientarlos para cubrir las necesidades que tengan los padres y madres, ya estén en situación de riesgo o formen parte de grupos en los que se han iniciado las conductas de riesgo.

4.4. LA PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR

La prevención en el marco de la familia de todo tipo de conductas de riesgo en adolescentes es, sobre todo, una cuestión de valores, de ejemplos y de diálogo familiar.

En el día a día de la familia deben proporcionarse tres condiciones:

- Una relación afectiva cálida, que dé seguridad y estimule la autonomía del/la adolescente.
- Una disciplina que enseñe a respetar normas y límites.
- La disponibilidad de personas adultas con las que establecer una comunicación continua, y a las que recurrir cuando haga falta.

Cualquier entrenamiento dirigido a la prevención en el ámbito familiar debe poner el foco en la importancia de una buena relación afectiva y el saber transmitir límites. Esta combinación de factores es la base de la "autoridad positiva", que no autoritarismo. Es decir, para el adecuado desarrollo de los/as menores, es necesario que en el núcleo familiar se experimente afecto, reconocimiento, valoración, se permita una comunicación coheren-

te, abierta de sentimientos, sincera, de escucha y aceptación, acompañada del establecimiento de unos límites y normas. Estos, dan una estructura, una guía, que encamina y potencia factores de protección.

Proporcionar límites en el comportamiento, es fundamental para que el/la menor adquiera la capacidad de autorregularse, y autocontrolarse, asuma responsabilidades, que aprenda a tolerar la frustración, asimile que no siempre puede obtener lo que desea, ni de forma inmediata.

Establecer este tipo de estilo educativo supone ejercer un comportamiento preventivo, dado que potencia el desarrollo psicoemocional de los/as hijos/as aportándoles herramientas frente a situaciones de riesgo.

La autoridad positiva se caracteriza por estar presente en el crecimiento de los/as hijos/as, por mantener una actitud sensible hacia sus necesidades, prestar atención de forma continuada, expresando su apoyo incondicional; por preferir el refuerzo y la motivación de las conductas inadecuadas, antes que el castigo de las inadecuadas. Si es necesario aplicar castigo, éste está relacionado con la mala conducta que se quiere castigar, y nunca se usa la violencia.

Asimismo, los padres y las madres han ser coherentes y consistentes en su comportamiento y sus actitudes, y no olvidar que son un modelos para sus hijos/as. Cuando existe incoherencia entre el mensaje verbal y el no verbal, es decir, no hay acuerdo entre lo que las personas adultas dicen que hay que hacer y lo que realmente hace, lo más probable es que los/as menores aprendan o interioricen antes el mensaje no verbal, es decir, asumen la información que ofrece la conducta que observan. Por tanto, si los/as menores se mueven en un entorno en el que está presente el consumo de drogas, y sus referentes ofrecen modelos permisivos con el consumo, no se estará facilitando la prevención.

Entrenar este estilo educativo orienta hacia el desarrollo de una mayor autoestima en los/as hijos/as, mayor satisfacción consigo mismos, potencia su capacidad de toma de decisiones, de autonomía y sus competencias sociales. Por el contrario, otras pautas relacionales en la familia pueden dificultar la adquisición de competencias sanas en los/as hijos/as, colocándolos/as en una situación de riesgo. De tal manera que un estilo educativo rígido, autoritario, controlador, en el que amor está condicionado a los resultados, o expectativas, en el que no se expresan las emociones, no hay comunicación, tan solo se imponen normas; propicia el desarrollo de menores inseguros/as, dependientes, con dificultad para tomar decisiones y defender sus necesidades, o bien, hijos/as con conductas desobedientes, problemáticas con reacciones agresivas.

Por otro lado, un estilo educativo permisivo, en el que no hay límites claros ni estables, en el que falta una atención y una guía por parte de los/as adultos/as, en el que se permite que los/as niños/as rijan su comportamiento y cumplan sus apetencias, hace que sea el/la menor quien adquiere el control sobre los padres y las madres, adoptando un papel que no le corresponde y que precisamente no facilitará el desarrollo de competencias emocionales, si no que probablemente, presentará inmadurez, inseguridad, dificultad para socializarse, bajo autocontrol, agresividad, etc.

Así, en la labor preventiva en el seno familiar, por un lado los padres y madres han de estar atentos a su propia conducta, a su modo de relacionarse e interactuar, y por otro han de estar atentos al comportamiento y las emociones de sus hijos e hijas. Lo cual va a facilitar una intervención precoz.

Conocer las características propias de la adolescencia, y estar atentos a ciertas variables como: impulsividad, intolerancia a sensaciones displacenteras, estilo de afrontamiento inadecuada ante las dificultades, baja estado de ánimo, falta de relaciones sociales, débil cohesión familiar…, son herramientas que orientan hacia una intervención precoz. Una vez se detectan ciertos factores de riesgo, se podrán poner en marcha mecanismos de entrenamiento para reducirlos.

De tal manera, que si se observa que el/la menor se siente triste, se aisla, está irritable, etc. habrá que facilitar el acercamiento hacia él/ella, respe-

tando su espacio, a la vez que mostrando afecto y apoyo. Los padres y las madres, mediante una adecuada comunicación han de conocer las razones que explican las conductas y emociones que manifiesta el/la menor, qué las está manteniendo y ofrecer alternativas. Entre éstas, fomentar un ocio saludable y alternativo, fomentar el contacto social, reconocer sus habilidades, sus logros, sus fortalezas, facilitar su seguridad a la hora de tomar decisiones, potenciar sus habilidades para resolver conflictos, implicarse en su ocio y en su rendimiento escolar… En definitiva, la familia ha de poner en marcha habilidades que faciliten la maduración personal y social de los/as menores, potencien sus aptitudes para enfrentarse a los problemas de su vida cotidiana y fomenten su autonomía personal.

Ha de evitarse considerar al/la adolescente como "el problema", dado que este se va a sentir incomprendido/a y va a tener a asilarse más o a intensificar conductas de riesgo o agresivas. El foco ha de estar en cuidar las relaciones familiares, en comunicarse con afecto, en ofrecer sostén, escucha, respeto mutuo, aceptación, afecto y en establecer límites.

Los padres y las madres están haciendo prevención cuando están atentos a la vida de sus hijos/as, cuando conocen su entorno, sus amistades y se interesan por su ocio. Eso no significa que les sometan a un control exhaustivo y diario, sino que mediante la comunicación con ellos/as se acercan a su realidad. Ni la sobreprotección ni la evitación del conflicto garantizan una adecuada protección ni prevención.

Asimismo, hacen prevención cuando se informan sobre el consumo de drogas y hablan sobre ello de forma veraz y con normalidad con sus hijos/as.

Existe la falsa creencia de que informar es incitar y no es así. Informar es prevenir. Es importante primero conocer qué sabe el/la adolescente del consumo, qué creencias tiene sobre él, qué opina, y ofrecer información adaptada a su nivel, orientarle, ofrecerle alternativas. Nunca desde la imposición, la amenaza, o la prohibición. Dado que este tipo de conductas solo va a provocar una reacción contraria a la deseada. El/la adolescente va a cerrar la comunicación. Insistir en la visión catastrofista de las consecuencias del consumo de las drogas no va a garantizar que el/la adolescente se aleje de ellas. De hecho, tenemos que tener en cuenta que por la etapa del ciclo vital en la que se encuentran, no tiene la misma percepción de riesgo que los/as adultos/as, por lo que minimizan esas consecuencias.

Para llevar a cabo ese proceso de educación e información a los/as hijos/as es necesario que previamente los padres y las madres se hayan formado sobre las distintas drogas, los efectos de éstas, y conozcan los aspectos que pueden hacer pensar que los/as hijos/as están iniciando el consumo. Tener este conocimiento les permite abordar de forma más segura y con mayor objetividad el tema.

4.5. REGLAS E INDICIOS PARA LA PREVENCIÓN

Como indicios que pueden orientarnos que ha comenzado un consumo problemático de sustancias u otro tipo de problemas comportamentales, se pueden tener en consideración los siguientes (Del Nogal, 2012):

- Disminución del rendimiento académico o cambio de actitud hacia los estudios.
- Absentismo laboral/escolar.
- Problemas de disciplina.
- Conflictos familiares.
- Desinterés por las actividades y aficiones que antes le gustaban.
- Cambios bruscos de comportamiento y estado de ánimo.
- Cambios de hábitos de sueño.
- Quejas frecuentes de enfermedad o cansancio.
- Cambios en el apetito y el peso (especialmente disminución de ambos).
- Cambios en el grupo de amigos/as y evitación de que los padres y madres conozcan a los/as nuevos.

- Altercados, broncas, peleas, vandalismo.
- Retraso en la hora de llegada a casa.
- Desapariciones de dinero u objetos.
- Cambios sobre el dinero: tener más de lo habitual o pedir continuamente.

Tal y como dice Del Nogal, estos indicios no son sino pistas o indicadores de que algo sucede. De manera frecuente se relacionan con el uso de conductas adictivas, pero pueden deberse a otro tipo de problemas (o a una combinación de factores, como hemos expuesto en el módulo 2).

Como reglas para abordar esta situación problemática, seguiremos asimismo las indicaciones de Del Nogal, que señala las siguientes:

- Esperar el momento adecuado para abordarle.
- No criticar, no juzgar, no culpar.
- No emplear tonos de voz recriminatorios.
- Hacer explícitas las consecuencias que se están derivando de sus consumos.
- Hacer explícito el cambio de patrón de consumo a los largo del tiempo.
- No emplear etiquetas.
- Estar a su lado.
- No dar ultimatums ni prometer nada que no vayamos a ser capaces de cumplir posteriormente.
- Utilizar “mensajes yo”.
- Uso de la fórmula “tú y yo sabemos”.
- Cambiar de estrategia.
- No sentirnos culpables, es su decisión.

Hay que evitar por todos los medios la denominada “tríada perversa”: el sobreproteccionismo, la crítica y la hostilidad, muy analizado en el ámbito de las psicosis. Se trata de evitar el “buenismo” y las ”buenas intenciones” para conseguir el cambio de comportamientos, actitudes, aptitudes y estilos de vida. De manera que ha de afrontarse con responsabilidad y serenidad.

Por último cabe señalar la participación de las familias en la propia comunidad, como otra forma de hacer prevención y disminuir de los factores de riesgo. Implicarse en aquellos programas sociales que se proponen por parte de distintas entidades públicas y privadas (asociaciones vecinales, benéficas, ampa…) encaminados a atajar el problema de las drogrodependencias y fomentar estructuras sociales de apoyo y ocio alternativos, ayuda a mejorar las condiciones del contexto y asumir responsabilidades y modelos adaptativos y funcionales para los/as adolescentes.

5. PLANES DE ACCIÓN EN LA PREVENCIÓN Y FACTORES DE PROTECCIÓN

5.1. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PLANES PREVENTIVOS EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Para adecuar las estrategias y técnicas a las necesidades de cada participante, se establecen planes educativos individuales PEI, con análisis específicos, diseño de planes de acción y metodologías de abordaje adaptadas a cada caso, siguiendo un esquema de diseño de caso único, utilizando instrumentos estandarizados para mejorar la evaluación cuando sea necesario (como el T-ASI o el SDQ). El proyecto educativo individualizado PEI es un documento técnico cuya función primordial es facilitar y encauzar la atención individualizada de cada menor. Para la elaboración del PEI es preciso partir de una evaluación inicial de las necesidades del/la participante (y su entorno familiar y social, si es posible). A continuación, será preciso realizar la concreción de los objetivos prioritarios a trabajar y su programación formal, enunciando el objetivo de forma operativa y concretando los recursos, actividades y temporalización para su consecución.

Por último, será preciso realizar una evaluación mensual para constatar si existe progreso en el logro de los objetivos propuestos, para incorporar otros nuevos surgidos a posteriori o para eliminar

o actualizar, en su caso, aquellos que se hayan logrado durante ese período.

En definitiva, el proyecto educativo individualizado PEI, como instrumento flexible y dinámico que ha de sistematizar progresivamente la acción social y educativa, debe ser revisado constantemente a fin de garantizar una respuesta ajustada a la realidad de cada menor, siendo susceptible por tanto de cambios y adaptaciones permanentes.

El PEI recoge la evaluación, diagnóstico y plan de intervención individualizado. Los objetivos están marcados por áreas y se realizan sesiones de seguimiento.

En la fase de evaluación se detectan necesidades, debilidades y fortalezas en diferentes áreas: familia, personal, social, ocio y tiempo libre y académica-laboral. A partir de esa valoración se lleva a cabo un plan de acción, en continua revisión, con unos objetivos marcados y una metodología específica que permita alcanzarlos.

5.2. PLANES DE ACCIÓN

5.2.1. En el **plan familiar de acción**, se establecen objetivos relacionados con la comunicación familiar, calidad del tiempo compartido, habilidades de manejo de conductas y resolución de conflictos. A su vez se valora el estilo educativo y dinámicas relacionales implicadas en el funcionamiento familiar: atención, seguridad, afecto y establecimiento de límites. Cada una de las necesidades específicas se aborda mediante una metodología que permite la reflexión y el entrenamiento de nuevas pautas, así como el empoderamiento y reconocimiento de los lados fuertes de esa familia.

5.2.2. En el **plan social de acción**: se valoran las competencias sociales del/la menor y se presta atención a sus recursos personales para favorecer su desarrollo y socialización.

Entre los objetivos se trabaja sobre habilidades y comportamientos que le permitan desenvolverse ante diferentes situaciones, les permita mejorar las relaciones interpersonales y le proporcionen seguridad a la hora de resolver problemas.

Se realizan actividades flexibles, participativas y dinámicas donde se trabajan diferentes contenidos:

- Autoconcepto y autoestima.
- Regulación emocional, manejo emociones: ansiedad, ira, tristeza.
- Habilidades de comunicación. Empatía y asertividad.
- Resolución de conflictos y control de la impulsividad.
- Valores prosociales.

5.2.3. En el **plan de ocio y tiempo libre** se establecen objetivos encaminados a fomentar la participación del/la menor en actividades de ocio saludables y alternativas al consumo, aumentando su conocimiento sobre los diferentes recursos de su zona de residencia, ampliando, de esta forma el abanico de oportunidades. Asimismo, se promueve la creatividad, el juego y la convivencia como elementos fundamentales de desarrollo en esta área.

Para cubrir los objetivos se plantean actividades centradas en diferentes contenidos relacionados con el ocio y tiempo libre:

- Actividades lúdicas grupales.
- Actividades deportivas.
- Actividades culturales, cine, música, fotografía.
- Actividades artísticas-creativas.
- Actividades relacionadas con las nuevas tecnologías.

5.2.4. En el **plan de formación y orientación sociolaboral** se tienen en cuenta las destrezas en el proceso de aprendizaje y de inserción en el ámbito laboral.

Los objetivos específicos se dirigen hacia el desarrollo de habilidades básicas de aprendizaje, centrándose en contenidos cognitivos, procedimentales e instrumentales, así como en la orientación hacia el desempeño laboral. Es decir, se llevan a cabo acciones centradas en motivar al/la menor

y guiarle en la toma de decisiones en el ámbito formativo y laboral.

Los diferentes contenidos a trabajar son:

- Estrategias y hábitos de estudios.
- Valoración de necesidades en el ámbito sociolaboral.
- Ocupaciones y perfiles profesionales.
- Recursos, organizaciones educativas .
- La actividad laboral.

6. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

6.1. HABILIDADES DE MANEJO DE CONDUCTAS.

Se ha insistido en varias ocasiones sobre la importancia de establecer unos límites y una disciplina en el ámbito familiar que favorezca un entorno coherente y estructurado que de seguridad al/la adolescente. Para ello es importante desarrollar habilidades de manejo de contingencias. Es decir, deben quedar claras cuáles son las consecuencias del cumplimiento o no de las normas y responsabilidades establecidas, procurando que las conductas encaminadas a su cumplimiento se mantengan y por el contrario las conductas alejadas de su cumplimiento se reduzcan o eliminen.

La idea básica que ha de estar presente, es que tendemos a repetir aquellas conductas que han tenido consecuencias agradables para nosotros/as y tendemos a dejar de hacer aquellas que han tenido consecuencias desagradables o que no han tenido ningún tipo de consecuencia.

Por tanto, ya que repetimos preferentemente las conductas que van seguidas de consecuencias positivas, lo que han de tener en cuenta los padres y las madres es que si quieren incrementar en su hijo/a una conducta que consideran adecuada habrán de asegurarse de que después de haberla realizado, recibirá un refuerzo. Y por el contrario, si desea reducir la frecuencia de una conducta inadecuada, antes de eliminar las consecuencias positivas que la están manteniendo, deberemos buscar la manera de proporcionarle esas mismas consecuencias por un camino más adecuado.

Existen diferentes técnicas relacionadas con el manejo de contigencias: modelado, moldeado, contratos conductuales, extinción, sobrecorrección, castigo. etc

Pero para desarrollar todas ellas, las personas adultas han de saber que deben ser consistentes, no transmitir mensajes contradictorios respecto al cumplimiento de límites y normas. Por otro lado, éstas han de ser claras, realistas y explicarse y razonarse previamente con los/as hijos/as. Ellos/as deben tener muy claro qué consecuencias se derivan de su cumplimiento o incumplimiento.

6.2. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

Unas adecuadas habilidades de comunicación en el entorno familiar permitirán el acercamiento a los/as hijos/as, y disminuir tensiones. Es importante que los padres y las madres dediquen tiempo, paciencia y grandes dosis de escucha para descubrir quiénes son sus hijos/as, cuáles son sus preferencias, sus capacidades, sus limitaciones, sus cualidades, sus defectos, etc., y sepan transmitírselo de manera que se vayan aceptando incondicionalmente y vayan potenciando lo mejor de sí mismos/as y asumiendo lo que tienen de limitación.

Es necesario ir moldeando las formas de comunicación con los hijos e hijas a medida que van creciendo. Ésta ha de ser abierta, que permita los debates, la discusión de diferentes puntos de vista, la aceptación y la escucha. Si las personas adultas abandonan la posición de autoridad máxima que todo lo sabe, se dan pasos hacia una mayor receptividad por parte de los/as menores. Este modo de comunicación no significa posicionarse de igual a igual con el/la adolescente, puesto que no sería sano. Los padres y las madres son las figuras de

referencia y son quienes indican los pasos. Pero si se propone una comunicación basada en el dialogo, en el que se presta atención a las emociones, se pregunta para entender y comprender, no para conocer la verdad o para cuestionar.

En la comunicación con los/as adolescentes es conveniente evitar los sermones, o los consejos impuestos no solicitados, y dar protagonismo a la escucha, la propuesta, y el respeto de la privacidad y confidencialidad.

Según Giorgio Nardone (2006), existen diferentes formas de comunicación: puntualizar, echar en cara, criticar, señalar lo negativo, el "te lo dije", sermonear antes que proponer y construir, que generan rechazo, deseo de transgredir la norma, bloquea las posibilidades, anula el crecimiento y las potencialidades.

Es importante, por tanto, entrenar en habilidades asertivas de comunicación que permitan el acercamiento hacia los/as hijos/as, y fomenten unas pautas relacionales positivas.

6.3. HABILIDADES DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y NEGOCIACIÓN.

La capacidad de dialogo y la habilidad de negociación abre posibilidades para resolver de forma eficaz los conflictos que surgen en la familia. Además de facilitar la resolución de ciertos problemas interpersonales, entrenar estar habilidades y ponerlas en marcha permite mostrar a los hijos/as una forma adaptativa de enfrentarse a los conflictos.

En muchas ocasiones, los padres y las madres utilizan tácticas basadas en el castigo y la coerción que llevan a generar mayor tensión en el ambiente familiar y situaciones desagradables.

Hay que tener en cuenta que son los/as adultos/as quienes han de establecer las normas del hogar, pero es importante que se hagan partícipes a los/as menores de estas normas, que se les permita tomar partido, que se les explique, se les razone, se les pida opinión y en ocasiones, incluso se lleguen a negociar con ellos/as y a llegar a consensos. Sabiendo que habrá algunas que sean inamovibles.

Ante los diferentes conflictos que se presenten en el día a día, recurrir a la negociación implicará analizar el problema, conocer las causas y los sentimientos que ello genera en cada una de las partes implicadas, abordar posibles alternativas de solución, y llegar a acuerdos que favorezcan la convivencia. Todo ello desde el dialogo, y el respeto.

6.4. HABILIDADES DE MANEJO EMOCIONAL.

Citando a René Diekstra "Estamos impidiendo que los niños y jóvenes tengan un desarrollo óptimo cuando les privamos del aprendizaje social y emocional."

Las emociones tienen una importante función y protagonismo en nuestras vidas. Nos permiten expresar nuestras necesidades, nos informan sobre el significado y el valor que tiene para nosotros las situaciones que vivimos y sirven para regular las relaciones con otras personas.

Los padres y las madres pueden aprender a reconocer sus emociones, y a gestionarlas. Así como identificar las emociones de sus hijos/as, actuar en función de ellas y enseñarles a identificarlas, y regularlas.

En ocasiones se producen reacciones emociones de difícil manejo. Se presentan con una intensidad elevada, o de forma muy frecuente, o inadecuada al contexto, o con una gran inestabilidad. Una adecuada educación emocional puede facilitar una expresión más ajustada de éstas.

No saber gestionar emociones como el miedo, la angustia, la ira, la sensación de vacío, la impotencia, o la vergüenza, unido a otros factores, puede llevar a utilizar estrategias de afrontamiento dañinas como puede ser el consumo de sustancias.

Técnicas de relajación y atención plena, herramientas de control de la ira y técnicas de fomento

de emociones positivas, entre otras: optimismo, creatividad… facilitarán la adquisición de habilidades de regulación emocional.

7. BIBLIOGRAFÍA

Arbex Sánchez, C (2013). Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada. ADI&PNSD

Areán, P. (2000) Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. Psicología Conductual, Vol. 8, Nº 3, 2000, pp. 547-559.

Becoña, E. y Martín E. (2007) Manual de intervención en drogodependencias. Madrid, Ed. Síntesis.

Bumbarger, B. y Campbell, E. (2011) A state Agency-University partnership for traslational research and de dissemination of Evidence-based Prevention and Intervention. Administration and Policy in Mental Health, 39, 268-277.

CIS (2013) Encuesta del CIS diciembre 2013.

Cuesta, U. (2010) "Drogas, comunicación y nuevas tecnologías de la información". En Observatorio de Drogodependencias de Castilla La Mancha, nº 6: 93-105.

Echeburúa, E. y Requesens, A. (2012) Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías. Madrid: Ed. Pirámide

EMCDDA (2010) Prevention and Evaluation Resources kit/PERK. EMCDDA, Lisboa.

García Ferrando, M., Ibañez, J., Alvira, F. (2008): El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid, Alianza Editorial.

González, S. L., González, S. L. (2010, May 11). Metodología de la EpS I (Modelo Precede). Retrieved May 07, 2015, from OCW Universidad de Cantabria Web site: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/metodologia-de-la-eps-i-modelo-precede.

Hall, W., Carter, A., y Forlini, C. (2015). "The brain disease model of addiction; is it supported by the evidence and has it delivered on its promises". En Lancet Psychiatry, 2, 105-110

Helguera, M. (2014) Las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación. En revista Infonova, 26: 59-71.

Iraurgi, I. y Laespada, Mª T. (2009) Reducción de daños: lo que nos ha enseñado la heroína. Deusto: Deusto publicaciones.

Isorna, M. y Saavedra, D. (2012) Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas. Madrid: Ed. Pirámide.

Juan, M., Calafat, A., Duch, Mª A y Becoña, E. (2014) Programa FERYA, familias en red y activas. Ed. Irefrea.

Khan, L., Parsonage, M. y Stubbs, J. (2015). Investing in children's mental health. A review of evidence on the costs and benefits of increased service provision

Martín, E. (2000) Psicología y drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro. Papeles del Psicólogo nº 77.

Mayor, J. (1996) El método biopsicosocial. Revista Proyecto nº 52.

NIDA (1994) Principles of Drug Addiction Treatment. A research-based guide. NIDA, Bethesda.

PNSD (2013) Encuesta EDADES 2011-2012-2013.

Szerman N. y Casas, M. (2008) Consenso sobre el cannabis. SEP, Madrid.

UNODC (2006) Informe de Naciones Unidas sobre el uso de drogas en el mundo. UNODC, Viena.

PNSD (2013) Encuesta ESTUDES 2013. Madrid: PNSD

Velasco, A. (2012) Drogodependencias en el cine y la literatura. Valladolid: Universidad de Valladolid.

AVANCES Y RETOS EN LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN ESPAÑA.

UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

PROGRESS AND CHALLENGES IN THE PREVENTION OF ADDICTIONS IN SPAIN:

A SYSTEMATIC REVIEW

Francisco José Montero Bancalero

Doctor en Psicología por la Universidad de Huelva.

Profesor en la Escuela Universitaria de Osuna.

Editor de www.adiccionyciencia.info

RESUMEN

El presente artículo consiste en una revisión sistemática de una serie de programas de prevención de adicciones llevados a cabo en España recientemente. Solo han sido considerados estudios que contemplaron un grupo control. Se ha observado que los programas capacitadores son más eficaces que los informativos y que para el caso específico del tabaquismo, la evidencia de su impacto es contradictorio. Se requiere mayor número de estudios validados metodológicamente y más visibilidad de los resultados positivos de los programas preventivos.

ABSTRACT

This article consists of a systematic review of a set of addiction prevention programs carried out in the last years in Spain. Only studies that included a control group were considered. It has been noted that programs that enhanced personal skills are more effective than informative ones, and for the specific case of smoking, the evidence of its impact is contradictory. More studies validated methodologically and more visibility of the positive results of preventive programs are required.

PALABRAS CLAVE

Prevención; adicciones; España; drogas; alcohol; tabaco.

KEYWORDS

Prevention; addictions; Spain; drugs; alcohol, tobacco.

1. INTRODUCCIÓN

Una revisión sistemática es una modalidad de estudio científico basado en revisar fuentes científicas de acuerdo a un tema concreto a partir

de un objetivo claro y mediante un procedimiento sistemático de selección y análisis crítico de información para tratar de lograr conclusiones válidas en respuesta al objetivo inicialmente planteado (Meca, 2010). En consonancia, en el presente trabajo se ha llevado a cabo un procedimiento de estas características para analizar diferentes programas de prevención en el ámbito de las adicciones.

El término prevención tiene su origen en el latín. La Real Academia Española (RAE) recoge varias acepciones dentro de su definición, entre las que se desea destacar *"preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo"* (Real Academia Española, 2014). De forma más específica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), habla de *"tomar medidas para que la enfermedad no aparezca (reducir los factores de riesgo) y detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas"* (Organización Mundial de la Salud, 1998). Por su parte, un factor de riesgo se considera como aquella particularidad de tipo individual, social o ambiental, que por su existencia incrementa la posibilidad de ocurrencia de un evento (Luengo Martín, Romero Tamames, Gómez Fragüela, Guerra López, & Lence Pereiro, 1999).

En cuanto a las adicciones, estas son descritas como un proceso patológico de carácter crónico y reiterado que afecta, entre otros, al cerebro y que se manifiesta a nivel conductual por la búsqueda y uso compulsivo de drogas, pese a sus efectos perjudiciales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Las 3 principales adicciones consideradas en el ámbito de la prevención son tabaco, alcohol y drogas, y actualmente, son tenidas en cuenta dentro de la educación básica de padres y docentes (Pichardo Pimentel, 2014). Dado que los programas de prevención de adicciones van a tratar de incidir sobre los factores de riesgo para retrasar o disminuir la aparición de las adicciones, en la presente revisión sistemática se van a considerar distintos estudios en los que han sido evaluados los impactos de tales programas.

2. METODOLOGÍA

2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se plantea conocer qué estrategias son eficaces para la prevención de adicciones en España, y de esta forma, identificar los avances conseguidos y los retos pendientes.

2.2. BÚSQUEDA DE ESTUDIOS

La búsqueda se efectuó utilizando fuentes formales de investigaciones a partir de las bases de datos PsycInfo, Pubmed, Scopus y Dialnet.

2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se planteó incluir estudios experimentales y cuasi experimentales con grupo control, con muestras grandes de niños y/o jóvenes españoles, los cuales describieran el procedimiento estadístico realizado para determinar el tamaño del efecto del programa de prevención. Los estudios estaban escritos en inglés o español y fueron publicados en el periodo comprendido entre 2010 y 2015.

2.4. CODIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Para la codificación de los estudios se contó con una revisora independiente (MJCH) y se utilizó una escala de calidad, concretamente, la Escala PEDro-Español

Ítem	Número de investigaciones
Total:	8
Existencia de grupo control	8
Los criterios de selección fueron especificados	8
Los sujetos fueron asignados al azar	0
La asignación fue oculta	0
Los resultados de comparaciones estadísticas entre grupos fueron informados	8
El estudio proporciona medidas puntuales y de variabilidad para al menos un resultado clave	8
Los evaluadores que midieron los resultados fueron cegados	1

Tabla 1. Análisis metodológico de los estudios incluidos en la revisión.
Fuente: Elaboración propia a partir de Escala PEDro.

3. RESULTADOS

Desde el punto de vista metodológico, y tomando como referencia algunos ítems de la Escala PEDro, se recogen los siguientes resultados (Ver Tabla 1). Como puede constatarse, se recopilaron un total de 8 estudios, los cuales fueron en todos los casos diseños cuasi experimentales.

En un primer estudio realizado con 744 jóvenes de educación secundaria de Andalucía con varias condiciones experimentales y grupo control, sin aleatorizar, pero con controles internos, se pretendía contrastar el consumo de alcohol, tabaco y cannabis entre adolescentes que hubiesen participado en el programa preventivo "Prevenir para Vivir" y el grupo control. El programa "Prevenir para Vivir" está diseñado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) y pretende impulsar diversas competencias relacionadas con el autocontrol, la autoestima, las habilidades sociales, así como las actitudes saludables. Se observó que quienes habían sido receptores del programa de prevención no siempre fueron quienes registraron un consumo de sustancias menor (Jiménez-Iglesias, Moreno, Oliva, & Ramos, 2010).

Un segundo estudio evaluó el efecto del entrenamiento en habilidades sociales y en resolución de problemas, dentro de un programa de prevención de consumo de alcohol y otras sustancias en la escuela (Programa Saluda) dirigido a 341 sujetos de entre 12 y 15 años de la región de Murcia, mediante el diseño con cuatro condiciones experimentales (una de ellas, el grupo control) y evaluaciones *pretest*, *postest* y seguimiento. Los resultados mostraron que el menor consumo de alcohol al año de seguimiento tuvo lugar en el grupo que participó en el programa de prevención, siendo esta diferencia estadísticamente significativa con respecto al grupo control. (Espada, Griffin, Pereira, Orgilés, & García-Fernández, 2012).

En otra ocasión, se valoró la eficacia de un programa dirigido a la disminución tanto de la presencia como de la nueva aparición de nuevos casos de tabaquismo en alumnado de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en Cataluña. Se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados y se realizó un seguimiento por los 4 años de duración de la escolarización secundaria. Las actividades del programa educativo a lo largo de los 4 cursos de ESO incluyeron talleres con roleplay, debates, construcción de una máquina

que simula a un cigarro y sus efectos, diseño de marca páginas con slogans para ayudar a un amigo o familiar a abandonar el tabaco, directrices para dejar de fumar, guía de los recursos locales que ayudan al abandono del tabaco, análisis de la publicidad, de las redes sociales e internet, creación de un grupo de Facebook© con los participantes en el estudio, talleres sobre experiencias vitales de pacientes con cáncer de laringe y lengua, etc. Si bien el grupo que participó en este programa preventivo escolar registró una menor cifra de prevalencia e incidencia de casos de fumadores que el grupo control, estas diferencias entre grupos, no resultaron estadísticamente significativas (Valdivieso-López et al., 2015).

Otro estudió evaluó el efecto del proyecto EX para la prevención del consumo y abandono del tabaco entre adolescentes. El proyecto EX consiste en un programa adaptado al español, originario de Estados Unidos que apuesta por el papel de factores motivacionales, competencias personales y de afrontamiento ante el abandono del consumo (Espada et al., 2015). Este programa estructurado en ocho sesiones, se evaluó mediante un ensayo controlado aleatorizado en una muestra de 1546 estudiantes españoles, con seis condiciones experimentales (tres de intervención y otras tres, como grupo control). Los resultados mostraron que el grupo de participantes en el programa registraron una mayor disminución en la intención de fumar y en la concentración de monóxido de carbono, medida en partes por millón (Espada, Gonzálvez, Guillén-Riquelme, Sun, & Sussman, 2014).

En otro caso se analizó la efectividad de un programa de prevención de consumo del cannabis entre 4.848 jóvenes de secundaria. Se trataba del programa “Xkpts.com” que incluye información, sobre conceptos generales y efectos del cannabis sobre el organismo, toma de decisiones, discusión basada en un vídeo sobre la presión social de grupo, un taller de entrenamiento sobre situaciones en las que el cannabis podría aparecer en su vida cotidiana, y finalmente, actividades sobre las consecuencias del consumo. Se planteó un diseño cuasiexperimental y a los 15 meses de seguimiento se observó una reducción estadísticamente significativa del 29 % del consumo de cannabis en el último mes, al comparar el grupo de intervención y el grupo control (Ariza et al., 2013).

Por otra parte, se compararon dos intervenciones dirigidas a la prevención de adicciones, el Programa Saluda y el Programa de Entrenamiento en Habilidades para la Vida (Life Skills Training) entre 133 alumnos y alumnas de 3º de Educación Secundaria. El estudio se concretó en un diseño cuasi-experimental que incluyó cinco condiciones, el Programa Saluda, el Programa de Entrenamiento en Habilidades para la Vida, un Programa de Educación para la Salud, una condición de grupo de Atención Placebo y, finalmente, el grupo control en el que no se llevó a cabo intervención alguna. Los grupos Programa Saluda y Programa de Entrenamiento en Habilidades para la Vida obtuvieron mejores resultados en la intención de consumo de alcohol en comparación con los grupos de Atención Placebo y control sin intervención. Por otro lado, el Programa Saluda arrojó los mejores valores en cuanto a cambios en las actitudes ante las drogas, que el resto de grupos (Espada Sánchez, Hernández Serrano, Orgilés Amorós, & Méndez Carrillo, 2010).

Otro trabajo valoró el impacto de un programa educativo preventivo sobre las actitudes ante la toma de drogas en 141 jóvenes del Principado de Asturias. El diseño de la intervención se planteó sobre la base en estudio cuasi-experimental con cuatro condiciones experimentales distintas y una condición de grupo control. La primera condición experimental consistió en sesiones de información, dinamización en grupos y al mismo tiempo, actuaciones dirigidas a los padres. La segunda condición se basó en la impartición de actividades informativas por parte de un técnico en adicciones. La tercera condición trató sobre actividades informativas de tipo específico. Por último, la cuarta condición versó sobre actuaciones informativas, desmitificadoras y sensibilizadoras, así como práctica de habilidades sociales para hacer frente a la presión grupal. A partir de las medidas post tratamiento y de seguimiento, se encontró que los y las adoles-

centes que tomaron parte en el grupo de intervención registraron actitudes opuestas al uso de alcohol y otras drogas, lo que se plasmaba en un aumento de la sensibilización, la desmitificación y una percepción más realista de los efectos y consecuencias del consumo. Por otra parte, también se observó un mejor impacto de una intervención empoderadora frente a los programas estrictamente informativos (Moral Jiménez, Sirvent Ruiz, Ovejero Bernal, & Rodríguez Díaz, 2004).

Por último, mediante un diseño cuasi experimental con un grupo control se analizó el efecto de un programa de intervención sobre tabaquismo de 3 años de duración en una población de 417 jóvenes de Zamora y Salamanca. El programa preventivo incluía actuaciones diversas como el desarrollo de una biblioteca específica de tabaquismo, el uso de carteles prohibitivos de la conducta de fumar y de prevención del tabaquismo, así como la puesta en marcha de actividades escolares, extraescolares y comunitarias. Además, el profesorado elaboró contenidos sobre el tabaquismo transversales a las distintas materias, y cuestiones relacionadas con el tabaquismo fueron incorporados también a la acción tutorial y orientadora. Tras la intervención, la diferencia de alumnos fumadores entre los grupos de intervención y control no resultó significativa. En cuanto a los factores cognitivos que median la conducta de fumar, únicamente se registraron diferencias significativas entre las condiciones experimental y control para el caso del comportamiento percibido de hermanos, iguales y profesorado. Los autores del estudio concluyen acerca de la importancia de sustituir los criterios clínicos por los pedagógicos (Gómez Cruz, Barrueco Ferrero, Aparicio Coca, Maderuelo, & Torrecilla García, 2009).

4. CONCLUSIONES: AVANCES Y RETOS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES

Con base a los anteriores resultados, se pueden extraer una serie de conclusiones de cara al estudio de los avances logrados y también de los retos pendientes con respecto a los programas de prevención en adicciones:

- Si bien no ha ocurrido en todos los casos, las evidencias se inclinan hacia los efectos positivos de los programas preventivos en adicciones.
- Los programas multicomponentes que potencian el empoderamiento personal (en especial las habilidades sociales y de resolución de problemas) parecen más efectivos que los meramente informativos.
- Se antoja necesaria la implicación de padres y docentes en los programas preventivos, así como el comienzo a edades tempranas.
- Con respecto a la prevención específica del tabaquismo la eficacia de los programas preventivos es contradictoria.
- Es fundamental otorgar mayor visibilidad a los logros de los programas preventivos para que estos no pasen desapercibidos, y con ello, mejorar la concienciación acerca de la labor preventiva en materia de adicciones.
- Se considera importante potenciar el desarrollo de programas preventivos metodológicamente válidos, con medidas pre y post tratamiento, grupo control, y a ser posible con asignación aleatoria de los sujetos a las distintas condiciones.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ariza, C., Pérez, A., Sánchez-Martínez, F., Diéguez, M., Espelt, A., Pasarín, M. I.,… Nebot, M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention program. Drug and

Alcohol Dependence, 132(1-2), 257–64. http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.012

Asociación Americana de Psiquiatría, A. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana.

Espada Sánchez, J. P., Hernández Serrano, O., Orgilés Amorós, M., & Méndez Carrillo, X. (2010). Comparación de distintas estrategias para la modificación de la actitud hacia el consumo de drogas en escolares. Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 8(22). Retrieved from http://www.redalyc.org/pdf/2931/293122000006.pdf

Espada, J. P., Gonzálvez, M. T., Guillén-Riquelme, A., Sun, P., & Sussman, S. (2014). Immediate Effects of Project EX in Spain: A Classroom-Based Smoking Prevention and Cessation Intervention Program. Journal of Drug Education, 44(1-2), 3–18. http://doi.org/10.1177/0047237915573523

Espada, J. P., Gonzálvez, M. T., Orgilés, M., Guillén-Riquelme, A., Soto, D., & Sussman, S. (2015). Pilot clinic study of Project EX for smoking cessation with Spanish adolescents. Addictive Behaviors, 45, 226–231. http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.009

Espada, J. P., Griffin, K. W., Pereira, J. R., Orgilés, M., & García-Fernández, J. M. (2012). Component Analysis of a School-Based Substance Use Prevention Program in Spain: Contributions of Problem Solving and Social Skills Training Content. Prevention Science, 13(1), 86–95. http://doi.org/10.1007/s11121-011-0249-y

Gómez Cruz, G., Barrueco Ferrero, M., Aparicio Coca, I., Maderuelo, J. A., & Torrecilla García, M. (2009). [Program for the prevention of smoking in secondary school students]. Archivos de bronconeumología, 45(1), 16–23. http://doi.org/10.1016/j.arbres.2008.01.002

Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Oliva, A., & Ramos, P. (2010). Una aproximación a la evaluación de la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias en Educación Secundaria en Andalucía. Adicciones, 22(3), 253–265. Retrieved from http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77955969632&partnerID=tZOtx3y1

Luengo Martín, M. A., Romero Tamames, E., Gómez Fragüela, J. A., Guerra López, A., & Lence Pereiro, M. (1999). La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa. Ministerio de Educación y Cultura. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio del Interior. Universidad de Santiago de Compostela. Retrieved from http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/preve.pdf

Meca, J. S. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. Aula Abierta, 38(2), 53–64.

Moral Jiménez, M. V., Sirvent Ruiz, C., Ovejero Bernal, A., & Rodríguez Díaz, F. J. (2004). Comparación de la eficacia preventiva de programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas. Trastornos Adictivos, 06(04), 248–261. Retrieved from http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-comparacion-eficacia-preventiva-programas-intervencion-13069836

Organización Mundial de la Salud, O. (1998). Promoción de la salud : glosario. Ginebra : Organización Mundial de la Salud. Retrieved from http://www.who.int/iris/handle/10665/67246

Pichardo Pimentel, N. G. (2014, January 1). Prevención de Adicciones. Retrieved from http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/handle/123456789/15019

Quintero Ordóñez, B., & Herrero Martínez, R. M. (2011). Plan de formación on-line de técnicos de prevención de proyecto hombre para el desarrollo del programa "entre todos." Etic@net. Universidad de Granada. Retrieved from https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3802207&info=resumen&idioma=SPA

Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. Retrieved May 21, 2016, from http://dle.rae.es/?id=U9Cow1J

Valdivieso-López, E., Rey-Reñones, C., Rodriguez-Blanco, T., Ferre-Grau, C., Arija, V., Barrera-Uriarte, M. L., … Flores-Mateo, G. (2015). Efficacy of a smoking prevention programme in Catalan secondary schools: A cluster-randomized controlled trial in Spain. Addiction, 110(5), 852–860. http://doi.org/10.1111/add.12833

Reseña del informe 2014 "GUÍA METODOLÓGICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA SELECTIVA E INDICADA (ADES, 2013)"

Autor/a:
Carmen Árbex Sánchez

Coordina:
Francisco J. de Antonio Lobo
Mari Paz González San Frutos

Edita:
Plan Nacional sobre Drogas

ISBN:
978-84-940849-8-0

Depósito legal:
M-27459-2013

Antonio Jesús Molina Fernández

Psicólogo.
Coordinador terapéutico de Asociación Dianova España.

"El objetivo básico de la prevención debería consistir en ayudar a los menores y adolescentes para que no se inicien en el consumo de drogas, y si ya han comenzado, para evitar que se desarrollen trastornos, entre ellos la progresión hacia una dependencia. Sin embargo, el objetivo general de prevención de drogas es mucho más amplio ya que se trata de lograr un desarrollo madurativo positivo y equilibrado de los niños y de los adolescentes para que lleguen a desarrollar sus potencialidades y se conviertan en personas incorporadas en su comunidad y en su sociedad"

En el año 2013, con la colaboración del Plan Nacional sobre Drogas, Carmen Arbex Sánchez elaboró esta Guía metodológica para facilitar el diseño, implementación y evaluación de programas preventivos, especialmente de prevención selectiva e indicada. Se trata de una monografía necesaria y aplicable, elaborada desde una perspectiva técnica por parte de una experta tanto en la revisión documental y la evaluación de programas como en el diseño e implementación de acciones preventivas.

"La prevención eficaz de drogas contribuye de manera significativa a esta integración positiva de los niños y adolescentes en sus familias, escuelas, lugares de trabajo y la comunidad. Este documento se centra en la prevención del inicio en el consumo de drogas, así como en la prevención de la transición a los trastornos por consumo de drogas entre los menores y jóvenes clasificados como de mayor riesgo o más vulnerables, es decir, aquellos en los que confluyen un mayor número de factores de riesgo y una menor proporción de factores protectores.

No se abordan en este documento otro tipo de intervenciones, como por ejemplo, el tratamiento de la drogodependencia. Esto no quiere decir que estos esfuerzos no sean importantes, en este sentido es fundamental subrayar que ninguna intervención de prevención pueden desarrollarse o implementarse de forma aislada si quiere ser eficaz, dada la compleja interacción de factores que hacen a los niños y jóvenes vulnerables al consumo de sustancias y otras conductas de riesgo."

En esta guía, de una manera clara y concisa, se

explican las bases teóricas y los modelos basados en la evidencia científica más aplicables en la prevención de conductas adictivas (y otras conductas de riesgo) en jóvenes. Aunque los ejemplos posteriores se basan en programas que trabajan fundamentalmente sobre consumo de drogas, los marcos de referencia (sobre todo, factores de riesgo y protección y aprendizaje social) son aplicables para otro tipo de conductas de riesgo.

"Hace unos años, la prevención de drogas se limitaba a advertir a los jóvenes sobre el peligro de las drogas, cuyo resultado era modificar poco o nada su comportamiento. En los últimos años, se ha hecho cada vez un mayor hincapié, tanto por parte de los profesionales como de los ciudadanos, en reconocer la necesidad de que las intervenciones de prevención sean lo más eficaces y eficientes posibles."

Además de plantear los modelos teóricos, en esta guía es fundamental la aplicación práctica: los bloques IV y V se refieren sobre todo a la planificación e implementación de acciones preventivas (tanto en prevención selectiva como indicada), así como la evaluación y estándares de calidad en prevención, tanto en evaluación de proceso como de resultados y de impacto social. Se señalan asimismo una serie de estándares de calidad clave en los programas de prevención del consumo de drogas.

Para finalizar, en el Anexo 4 se incluyen una serie de fichas con muestra de buenas prácticas en prevención selectiva e indicada, con ejemplos europeos de programas de prevención evaluados y contrastables. Las bases documentales son muy completas, incluyendo referencias tanto españolas como de diferentes países europeos: Alemania, Portugal, Holanda, Turquía, Gran Bretaña, Polonia…

Una herramienta válida, aplicable, útil, sencilla, bien elaborada, muy completa. Una referencia para la elaboración de programas preventivos en España. Una monografía necesaria sobre un tipo de programas que necesitan tanto investigación como implementación, que requieren de actualización en conceptos y metodologías, que necesitan criterios claros sobre qué apartados de los programas preventivos hay que potenciar. Corregir y eliminar. Como dice en el prólogo don Francisco de Asís Babín Vich, Delegado del Plan Nacional sobre Drogas,

"La presente guía nace de esta inquietud por impulsar y mejorar la calidad de las intervenciones selectivas e indicadas. Para ello, ofrece a los profesionales de este campo una amplia revisión actualizada de diversos aspectos que son básicos para el diseño de programas de este tipo; desde los factores de riesgo y protección asociados al consumo de drogas, hasta los modelos teóricos que sustentan los programas selectivos e indicados y los criterios de calidad, así como recomendaciones a tener en cuenta a la hora de diseñar e implementar este tipo de programas.

El trabajo de Carmen Arbex, reconocida experta en el tema y a la que hay que agradecer esta revisión, supone un aporte significativo en este campo de la prevención. Con él, esperamos que contribuya a facilitar el trabajo de todas y todos los profesionales que se dedican a trabajar con este colectivo de menores en situaciones de especial vulnerabilidad, en etapas iniciales en las que aún es posible modificar trayectorias vitales, que, de otro modo, podrían verse abocadas al sufrimiento personal y colectivo."

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO

ANTONIO JESÚS MOLINA FERNÁNDEZ

Coordinador terapéutico de la Asociación Dianova España

Profesor Asociado en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Máster en Problemas Sociales.

Psicólogo General Sanitario.

Especialista Europeo en Psicología Clínica y de la Salud.

FRANCISCO JOSÉ MONTERO BANCALERO

Doctor en Psicología por la Universidad de Huelva.

Profesor en la Escuela Universitaria de Osuna.

Editor de Revista Adicción y Ciencia www.adicciónyciencia.info.

SI ESTÁS INTERESADO/A EN PARTICIPAR

Infonova Nº 31 / Segundo semestre de 2016

Plazo para la recepción de colaboraciones: 10 de diciembre de 2016.

GUÍA PARA AUTORES Y AUTORAS

REVISTA INFONOVA: revista profesional y académica sobre adicciones.

Es una publicación semestral editada por Asociación Dianova España, con el apoyo del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. La revista se edita en dos versiones, una en formato físico con distribución a nivel nacional y otra en formato digital accesible a través de la página web de nuestra entidad (www.dianova.es).

Esta publicación tiene como objetivo facilitar la difusión, entre la comunidad de profesionales e investigadores que intervienen en el campo de las adicciones y aquellas personas que tengan interés en este ámbito de trabajo, de los últimos adelantos y estudios científicos que tengan relevancia en el campo de intervención, difundir buenas prácticas, identificar tendencias y posibilitar un espacio para el intercambio de conocimientos y experiencias donde puedan participar profesionales de diferentes campos: educativo, académico, profesional, social, sanitario, etc.

POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA

Los textos se solicita sean enviados por e-mail a infonova@dianova.es mediante fichero adjunto (documento elaborado en Microsoft Word).

Igualmente, todas las fotos, tablas y gráficos que se muestren en el documento serán enviados como archivos adjuntos independientes.

Los escritos deben tener entre cuatro mil (4.000) y seis mil (6.000) palabras, incluyendo las referencias bibliográficas y el resumen.

Todos los textos deben presentarse en papel DIN A4, en fuente Times New Roman 12 a espacio doble. Las páginas deben estar numeradas en orden consecutivo en la parte superior derecha.

Todos los escritos deben incluir el título en español y en inglés, centrado, en mayúsculas y negrita.

Debe anexarse un resumen del artículo en español y en inglés, en cien (100) palabras máximo, y cinco (5) descriptores o palabras claves (en español y en inglés) con fines de clasificación.

Para las citas y las referencias bibliográficas Infonova se acoge a los estándares establecidos por la American Psychologist Associatión (APA).

Los/as autores/as deben anexar una síntesis de su currículum vitae (en hoja separada) en la que aparezcan los siguientes datos: nombres y apellidos completos, ciudad y país de nacimiento, títulos académicos con el nombre de la institución que los confirió, Institución donde trabaja, si es el caso; cargo que desempeña; cuatro (4) publicaciones máximo, si las tuviera; correo electrónico, dirección postal y si el artículo forma parte de una investigación formalizada institucionalmente, indicar el título del proyecto, fecha de inicio/terminación y entidad que los financia.