

La formación de mediadores en la prevención escolar de las drogodependencias. Reflexiones en torno a la prevención de las mismas.

Amador Calafat Far.
Psiquiatra. Psicólogo. Responsable de prevención del Consell Insular de Mallorca.

LA IMPLANTACIÓN DE LA PREVENCIÓN.

En contra de posibles expectativas, la experiencia diaria en diversos países nos muestra las dificultades que tienen los programas de prevención para conseguir una implantación e institucionalización adecuados. Ser conscientes de estas dificultades puede servir en el futuro para corregir esta tendencia, pues, en contra de lo que pueda parecer, hacer prevención es hasta cierto punto actuar contra corriente. Lo que la sociedad entiende y solicita son soluciones inmediatas y directas a sus problemas, es decir, soluciones de tipo represivo o terapéutico, pero la prevención es una solución a medio plazo, que además en alguna forma cuestiona el funcionamiento de la propia sociedad. Un rápido resumen recordatorio de estas posibles dificultades que enlentecen o impiden el desarrollo de programas preventivos a medio o largo plazo podría ser:

- Los resultados de la prevención no son inmediatos ni espectaculares, por lo que tiende a verse como algo no urgente y por consiguiente se tiende a posponerla.
- Los recursos son destinados más fácilmente al tratamiento que sí es vista por la sociedad como una verdadera solución a sus problemas. Ello es así a pesar del desfase entre recursos económicos y humanos destinados y los resultados muchas veces limitados que se derivan del tratamiento.
- Ambivalencia de la propia sociedad hacia el uso de drogas, como refleja muchas veces los propios medios de comunicación.
- Los programas preventivos necesitan para ser eficaces de la participación de la comunidad. Ésta, más allá de buenas declaraciones de intenciones, no está muchas veces dispuesta a colaborar de forma activa y prefiere delegar en los profesionales sus responsabilidades, con lo cual tiende a generarse un círculo vicioso.
- Facilidad de convertir la prevención en un discurso ideológico, alejado de lo profesional o científico. Cualquier colectivo o persona cree tener su opinión de cuál es la prevención que convendría hacerse, sin acudir a las evidencias empíricas existentes.
- El conocimiento insuficiente que todavía tenemos de la dinámica de la adicción,

dificulta en ocasiones la construcción de los programas preventivos. Pero hay que añadir a ello que, en muchas ocasiones, no es tanto la falta de conocimientos sino su falta de utilización por los propios diseñadores de programas.

- La falta de evaluación bastante extendida en este campo dificulta la preparación de buenos programas adaptados para cada circunstancia. En honor a la verdad, hay que atribuir esta falta de evaluación no sólo a las tradicionales dificultades presupuestarias, sino que también los programas preventivos son, por su propia entidad, difíciles de evaluar.

El verdadero valor de estos comentarios se adquiere al acudir a un análisis de la realidad presupuestaria en materia de política de drogas para verificar dónde están puestos los intereses de un país. El estudio de los presupuestos nacionales permite hacer un seguimiento de los porcentajes dedicados a la prevención de la demanda, al tratamiento y a la represión de la oferta (policía, sistema judicial,...). Las diferencias entre los diferentes países pueden ser importantes, lo que nos permite adivinar las opciones reales que hacen los responsables de la sociedad. Algunos cálculos indicarían que el porcentaje que los países occidentales dedican a prevención es una décima parte de lo que se dedica al tratamiento.

En el caso concreto de USA, los presupuestos de 1991 dedicados al problema de la droga superan los 13 mil millones de dólares. Un primer análisis de este presupuesto ubica el gasto por prevención al mismo nivel que el de tratamiento, pero entre las dos -incluyendo además la investigación- se alzan sólo con una tercera parte del total del presupuesto de la política antidroga, pues, como sabemos, el acento de la política americana está puesto en la represión de la oferta. A pesar de ello, Botvin (1993) se refiere a la situación norteamericana en los siguientes términos: "En este país, la prevención ocupa un pobre segundo lugar detrás del tratamiento. En cierta medida esto es así debido a la naturaleza abstracta de la prevención, la clara necesidad de tratamiento y a la existencia de una industria de tratamiento bien establecida. Un aspecto del desequilibrio en la importancia del tratamiento y de la prevención que frecuentemente se traduce en una disparidad en los recursos disponibles, hace referencia a la creencia convencional compartida por muchos políticos en el sentido de que 'la prevención no funciona'".

En un informe (Künzel-Böhmer, 1994) reciente, encargado por el Ministerio de la Salud alemán se afirma que la situación global de la prevención en este país puede ser tildada de desoladora. Esta afirmación se hace extensible a las diferentes áreas: "No existe un marco estructural para facilitar apoyo a los recursos que se mueven en el ámbito preventivo y el número de estos recursos así como el de personal entrenado en prevención es lamentablemente inadecuado. A muchas áreas les falta conceptos con base científica y programas con medidas preventivas, mientras que las medidas de eficiencia están ausentes". Sin embargo, dicho informe capta signos de recuperación en el interés por la prevención en su país de la mano de dos circunstancias: el aumento del consumo entre los jóvenes desde el año 1985 -hasta aquel momento se había mantenido el consumo estable- y la existencia de recursos suficientes en el campo del tratamiento.

En el caso español el presupuesto de prevención es una sexta parte del destinado al tratamiento y mientras el primero está prácticamente estancado en su evolución, el

presupuesto de tratamiento experimenta un crecimiento sostenido año tras año. El progreso en la vertiente terapéutica en nuestro país ha sido espectacular en comparación con la prevención. Analizando la tabla sobre el gasto efectuado por las Comunidades Autónomas, junto con las aportaciones del Plan Nacional sobre Drogas recogido en la memoria de 1993 del Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Justicia e Interior, 1994) observamos que en los últimos 5 años la cantidad destinada a 'Asistencia y reinserción' se multiplica casi por 3, mientras que la cantidad destinada a prevención sólo sufre en el mismo período de tiempo un aumento del 10%. Estas precisiones obvian cualquier otro discurso sobre la realidad de la prevención en España, pero exigen una explicación acerca del porqué de esta situación.

LA PREVENCIÓN QUE FUNCIONA.

Pero, ¿tenemos la razón los que pensamos que la prevención funciona?. Y, si la tenemos, ¿podemos demostrarla?. Ambas preguntas no tienen una respuesta directa. La realidad es que se han llevado a cabo y se siguen poniendo en marcha programas cuya eficacia no ha sido demostrada y cuyos fundamentos dejan de lado la evidencia científica que se ha ido acumulando durante los últimos años.

En 1973 se contestaba a estas preguntas (Braucht, 1973) diciendo que "no existe prácticamente evidencia empírica de la eficacia de estos programas. En concreto falta la evidencia empírica que nos resuelva la cuestión: ¿qué tipo de programas de educación sobre drogas, qué tipo de efecto tiene en qué grupo de personas?". Se realizaron a lo largo de los años 70 una serie de revisiones de programas con resultados bastante descorazonadores, sobre todo en cuanto a la metodología evaluativa empleada. Citaremos únicamente la revisión ampliamente citada de Schaps (1976) de 127 programas preventivos pretendidamente evaluados. Según él sólo 8 de estas evaluaciones reunían garantías científicas, y de éstos, 7 producían resultados positivos. En esta misma revisión se señala que los programas basados en la información no tienen potencial preventivo y que prácticamente no existen programas que utilicen a la familia o a la comunidad exterior a la escuela.

En una revisión bastante reciente los resultados de 143 programas preventivos (Tobler, 1992) se muestran más positivos y optimistas en sus resultados. Se encontró en concreto una mayor eficacia en los que utilizaban a los pares como elemento preventivo. Así mismo, para aquellos adolescentes con mayor riesgo, funcionaron mejor los programas que ofrecían alternativas al consumo (actividades comunitarias no relacionadas con las drogas) y que ofrecían actividades diseñadas a trabajar los factores de riesgo detectados en poblaciones concretas (mejorar autoestima, mejorar logros académicos, desarrollo habilidades interpersonales,...).

Mucho más difícil de resumir es un trabajo de revisión también reciente de Nicholas Dorn (1992) sobre la literatura inglesa en evaluación de programas preventivos. Constata, como tantos otros analistas, la dificultad de sacar conclusiones pues además de las tradicionales insuficiencias metodológicas, están las deficientes descripciones de los programas utilizados especialmente en lo referente a su ejecución práctica, hecho fundamental para conocer el desarrollo de los programas y poder determinar el porqué de su funcionamiento y sus resultados. Por tanto, es posible que haya más cosas que funcionen pero no se pueden recomendar si tenemos un conocimiento un tanto abstracto del programa y su desarrollo. Es

difícil, según esta revisión "identificar un único modelo de prevención que se pueda recomendar en general, pero sí hemos identificado algunos enfoques que tienen más probabilidad de ser útiles, sobre todo si se combinan con otros enfoques". Nos alerta acerca de que los nuevos enfoques suelen casi siempre generar, al principio de su aparición, resultados más positivos que pasado un tiempo; luego no siempre se confirman. Los enfoques basados en la información y en la mejora de los valores en general y adquisición de habilidades se han mostrado poco eficaces en la reducción del consumo de acuerdo a lo revisado, aunque no descarta que la información pueda funcionar dentro de las estrategias de 'reducción del daño' o para retrasar la escalada. En general, se hace difícil establecer principios generales de lo que funciona en circunstancias concretas, sin embargo parece que la eficacia es mayor cuando se actúa sobre adicciones extendidas (tabaco) o cuando se refuerzan tendencias sociales existentes. Los programas alternativos, actualmente de moda, no siempre son efectivos, pudiendo llegar a ser hasta contrapreventivos -especialmente los basados en actividades sociales- siendo importante que se desarrollen coordinadamente con otras intervenciones preventivas. En definitiva, optan en referencia concreta al contexto británico, por "programas multimodales, que emplean una mezcla de represión antidroga de carácter leve, movilización comunitaria y un componente de información". Señalan también la importancia de los medios de comunicación en la política preventiva.

Estas conclusiones coinciden en líneas generales con las de otros autores como Glantz (1991) cuando afirma que la prevención del futuro la debemos entender en base a componentes múltiples, tratando los factores de riesgo emergentes en el contexto del mismo programa. Según Sloboda (1994), el tipo de programa modelo desarrollado dentro del contexto de la prevención global en USA será un enfoque que trabajará el refuerzo de los vínculos familiares y utilizará los pares positivos y las instituciones comunitarias como la escuela. Además los programas tendrán objetivos específicos y seguirán estrategias preventivas específicas, según la evolución para cada etapa del desarrollo y progresión en el consumo de drogas.

Bukoski (1991), partiendo de una revisión (Bangert-Drowns, 1988) de 35 programas evaluados publicados de 1968 a 1988, encuentra que mejora el coeficiente de eficacia de los programas sobre el uso de drogas para los programas de antes de 1979 que era de 0.12 hasta 0.30 para los posteriores a esta fecha.

La prevención evolucionará y mejorará su eficacia en la medida que se interese por los resultados de la investigación. Y viceversa, la investigación deberá tratar de responder a las necesidades de la prevención. Silverman (1992) comenta que la investigación de la prevención irá experimentando una evolución como consecuencia directa de la utilización de enfoques teóricos más complejos, mejor comprensión de los factores de riesgo individuales, mejor identificación de los individuos y grupos en riesgo, mejores diseños experimentales y estudios de seguimiento, así como mejor integración de datos provenientes de diferentes niveles (familia, escuela, comunidad, justicia, etc).

La impresión general de la situación presente es que, tras muchos años en que prácticamente todo era posible en prevención, por fin se ha entrado en un camino sin retorno en el que ya no vale todo y por el que sabemos cómo seguir avanzando. Se han identificado las dificultades, se avanza firmemente -aunque lentamente- por el camino de la evaluación, se tiene más en cuenta lo que se sabe y lo que no se sabe.

TABLA I. LA PREVENCIÓN QUE FUNCIONA.

- * Objetivos claros, bien definidos, con prioridades.
- * Grupo(s) destinatario(s) especificado y estudiado.
- * Metodología basada en conocimientos y experiencias evaluadas.
- * Hipótesis y modelos teóricos definidos. Descripción de los resultados esperados.
- * Integración de pequeñas y grandes actuaciones.
- * Integración de diversos enfoques o programas.
- * Responsabilidades claras y repartidas.
- * Se planifica en el tiempo. No son actuaciones puntuales aisladas.
- * Es participativa, movilizand o a diversos grupos e instituciones de la sociedad.
- * Dispone de medios proporcionales a las acciones emprendidas. Existen posibilidades de gestión eficaz.
- * Existe una buena relación coste-eficacia.
- * Es evaluada.

FACTORES DE RIESGO GENÉRICOS.

Existe una problemática típica de la adolescencia, conformada por una serie de comportamientos de riesgo o desadaptativos. La clínica y los trabajos epidemiológicos se encargan de mostrarnos la elevada frecuencia con que dichos problemas se presentan asociados entre sí. Estas manifestaciones patológicas o desadaptativas son la expresión de un malestar juvenil, que a su vez es el resultado de la evolución de la personalidad y de la interacción con la familia, el ambiente y demás factores de riesgo. Sabemos que estas dificultades no son exclusivas de la adolescencia, pero que este período supone un momento de especial efervescencia.

La experiencia nos muestra, tal como decíamos, que existe una gran comorbilidad, es decir, que diferentes trastornos se muestran asociados en su génesis y en su expresión. Ello nos lleva a pensar que diversos trastornos y problemáticas comparten los mismos factores de riesgo; de la misma forma podemos decir que un mismo factor de riesgo no es específico de un único problema, sino que es compartido por varios. De aquí surge el concepto de **factores de riesgo genéricos** (Hawkins, 1988), para referirse a aquellos predictores del riesgo compartidos por varias problemáticas.

La importancia de estudiar estos factores de riesgo genéricos consiste en que si podemos identificarlos y modificarlos, se hace factible prevenir simultáneamente diversos problemas sociales y mentales. Ello ha recibido el nombre de **coprevenición** (Fernández, 1994), que tal como vemos se relaciona con el concepto de comorbilidad. Si esta estrategia funciona, se consigue rentabilizar mejor los esfuerzos preventivos y tiene una mayor rentabilidad para la sociedad que concentrarse en controlar una única problemática (Coie, 1993). Esta línea de actuación parece altamente sugerente, pero nos parece oportuno señalar la necesidad de investigación en este terreno. El que coincidan diversos factores de riesgo conectados con una

misma problemática y el que exista un elevado grado de comorbilidad entre las diversas problemáticas, nos debe estimular a avanzar en este terreno, pero no a dar por supuesto cualquier tipo de conexión sin ningún estudio que lo avale.

Para ilustrar esta cuestión vamos a hacer referencia a una investigación realizada por iniciativa del Institut de Recherches Européen sur les Facteurs de Risque chez l'Enfant et l'Adolescent (IREFREA). En un primer momento, el grupo francés (Saliba, 1990) procedió al diseño de la investigación y a su aplicación a una muestra de escolares franceses. En un segundo momento, se hizo una adaptación de la investigación y se aplicó a un grupo italiano y a otro español (Calafat, 1995). Expondremos a continuación algunos de los resultados de la investigación con la muestra española, que nos permitirán entender mejor la conexión entre diversas variables y la necesidad de seguir profundizando en este tema, pues las conexiones entre las variables, como veremos, no se establecen al azar. El estudio se realizó sobre una muestra de 1.312 alumnos representativa (Nivel de significación 95,5% \pm 3%) de los estudiantes de último año de enseñanza primaria y los de enseñanza secundaria (aproximadamente sus edades oscilan entre 13 y 18 años) de la isla de Mallorca durante el año 1992 y sus respectivas familias, es decir, que se administró un cuestionario a los jóvenes y otros a su familia, con la posibilidad de relacionarlos.

La hipótesis estudiada consistía en encontrar la relación con el consumo de drogas entre aquellos jóvenes cuya conflictividad era expresada principalmente a través de 'acting-out', aquéllos otros cuya conflictividad era básicamente depresiva y aquéllos otros que no presentaban una problemática especial. También se pretendía estudiar la conexión entre el funcionamiento familiar y la forma de expresar los problemas por parte de los jóvenes. Los ítems para definir la problemática de paso al acto (acting-out), la depresiva y el uso de drogas lo hallamos en la *tabla II*. Para cada variable caben dos posibilidades de respuesta: sí y no.

TABLA II. ESCALA COMPORTAMIENTOS DESADAPTATIVOS ADOLESCENTES.	
USO DE DROGAS	Haber probado droga Consumo actual droga Fumador tabaco Bebedor Fumar antes 14 años Embriagueces Usar medicamentos sin prescripción.
PASO AL ACTO	Novillos Robos Vandalismo Peleas Iniciarse en el sexo antes de los 16 Fugas de casa
DEPRESIÓN	Ideas de suicidio Tentativa de suicidio Deseo de morir Sentirse triste Tratamiento por depresión Uso somníferos

Mediante un programa de análisis de correspondencias múltiples denominado SPAD (Système Portable pour l'Analyse des Données) se relacionaron todas las variables de la Escala de Expresión de Problemas. El programa distribuye espacialmente todas las variables implicadas de acuerdo con las relaciones mutuas que establecen entre ellas, escogiendo para el análisis unos ejes que recogen la máxima información posible del conjunto de variables utilizadas. Estos ejes permiten representar y situar gráficamente las modalidades de las variables cualitativas de una forma bidimensional.

Vemos cómo claramente se diferencian tres grupos: a) los que no presentan problemas; b) los que presentan depresividad y c) los que tienen facilidad de pasar al acto y además tienen un uso de drogas. Todas las variables utilizadas para definir cada uno de los grupos se sitúa en la proximidad de las demás variables del mismo grupo, a excepción de dos de las variables:

fugarse de casa y uso de medicamentos. 'Fugarse de casa' se sitúa plenamente entre las variables que definen la depresividad, lo cual indicaría que aunque se trata de una forma de pasar a la acción, estaría más ligada a una problemática depresiva que psicopática. La variable 'uso de medicamentos no prescritos por el médico' se ubica a medio camino entre el grupo formado por paso al acto + uso de drogas y el grupo de la depresividad. Seguramente no fue fácil para los estudiantes que contestaron positivamente a esta pregunta diferenciar cuándo se toma el medicamento como tal o como si fuese una droga.

Como era de esperar, si procedemos a relacionar el sexo de los encuestados con las respuestas conseguidas, vemos cómo los varones se ubican más cerca del 'paso al acto + uso de drogas', mientras que el sexo femenino se sitúa entre la ausencia de problemas y la depresividad. Por otro lado, procedimos a relacionar las respuestas de las familias de los encuestados con los problemas que éstos presentaban. Esto nos permitió señalar que el 'paso al acto' y el 'uso de drogas' se relaciona con aquellas familia que mantienen poco control sobre sus hijos, mientras que la conflictividad entre los padres se acerca más a los problemas de depresividad de los hijos.

Vemos cómo de una forma bastante precisa se consigue dar respuesta a la pregunta planteada acerca de establecer la relación entre forma de expresar la problemática adolescente -el malestar juvenil- con el uso de drogas, siendo claro que se plantea una relación con el paso al acto pero no con la depresividad. Esto tiene relación con algún trabajo anterior nuestro (Calafat, 1985), donde vemos cómo aquellos malestares juveniles que conectan con un estilo de vida que facilitan la dependencia del grupo y una vida social muy activa, correlacionan con el uso de drogas.

Esta información la incluimos para introducir la reflexión acerca de la naturaleza de la prevención. ¿Son el objeto de la prevención primaria las drogas o las actitudes y comportamientos de personas antes de que hayan consumido drogas?. ¿La prevención se dirige principalmente a la población normalizada o debería concentrarse básicamente con el sector de población en riesgo?. ¿Es evitar cualquier uso, junto con la abstinencia más absoluta o, por el contrario, evitar el abuso?. ¿Debemos prevenir sobre todo las drogas ilegales o acaso son las drogas legales las que tienen que estar en nuestro punto de mira?. ¿Existe una relación entre consumo de drogas legales y la experimentación y el abuso con drogas ilegales?. ¿La promoción de la salud o la calidad de vida es una estrategia suficiente para prevenir el consumo de drogas?. ¿Debemos concentrarnos en la reducción del daño como estrategia principal, pues las demás estrategias preventivas son ineficaces o funcionarán cuando ya es demasiado tarde?. ¿Es posible que una buena educación familiar y escolar sea suficiente como actividad preventiva o son necesarias actuaciones complementarias?. ¿Es realista y eficaz una prevención que intente solucionar varios problemas de la adolescencia al mismo tiempo o los programas preventivos deben centrarse básicamente en uno solo de los problemas?. Éstas son algunas de las preguntas o reflexiones que nos podemos hacer y ninguna de ellas no deja de incluir, en cada una de las alternativas que hemos incluido, parte de la verdad. No obstante, cabe decir que la práctica, las investigaciones y sobre todo los errores nos han ido orientando para ir dando algún tipo de respuesta a lo planteado sin caer en un cuestionamiento esterilizante y paralizante. Ello, no obstante, no quita que esta complejidad haya representado en bastantes momentos serios problemas en la implantación y extensión de las estrategias preventivas.

A partir de los datos aportados por la investigación y por esta serie de preguntas, entendemos que cabe pensar en el adolescente, en su educación y en su ambiente como una globalidad, pero introduciendo las necesarias matizaciones y concreciones cuando pretendamos hacer una prevención del uso de drogas. Vemos que existen conexiones y asociaciones específicas que debemos tener en cuenta a la hora de decidir una política preventiva.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS.

En la práctica nos encontramos con 'estrategias', denominadas así en función del principal componente, pero que de hecho en cada caso existe una mezcla de componentes comprensible la mayoría de las veces en función de las circunstancias del momento, destacando a continuación las más frecuentes:

- informativas.
- habilidades personales (de resistencia, de asertividad, ...)
- favorecedoras del desarrollo afectivo (maduración de la personalidad, crisis de valores,...).
- promoción de la salud o de la calidad de vida.
- experiencias alternativas (deportes, fomentar intereses culturales o espirituales,...)
- represivas o sancionadoras.
- fomentar valores (solidaridad, participación comunitaria,...)
 - influir sobre la cadena de consumos (retrasar inicio uso, prevenir uso tabaco

p
a
r
a

e
v
i
t
a
r

p
a
s
a
r

a

u

- intervención en crisis (situaciones personales como la separación de los padres pueden crear situaciones favorables al consumo).

Puede parecer a algunos que hay un exceso de estrategias y que se impone una clarificación, pero ello no nos debe extrañar dada la misma naturaleza de la prevención y la relativa juventud de esta disciplina. En realidad, podemos considerar que los grandes planteamientos están todos hechos y no debemos esperar nuevos enfoques que nos sorprendan por su originalidad. Lo que necesitaríamos en un futuro inmediato son "esfuerzos coordinados para, de una forma racional, diseñar y evaluar mejores enfoques" (Montagne, 1993), tal como también señalábamos en la tabla I, donde hacemos referencia a la prevención que funciona...". El éxito de los esfuerzos futuros depende de un abordaje más claro y coordinado de estrategias ya desarrolladas" (Montagne, 1993). En este sentido los responsables de programar estrategias preventivas deben recordar que "los mejores abordajes idealmente recogen las necesidades, objetivos, agendas, habilidades y estilos de vida del público destinatario, armonizándolo razonablemente y realísticamente con los factores y las preocupaciones revelantes de todos los participantes en un proceso dinámico que necesita una redefinición y revaloración continuas" (Montagne, 1993).

Acabaremos haciendo unas reflexiones centradas especialmente sobre la situación española:

- Necesidad de tener un conocimiento exacto de la situación de la prevención en España (programas que están en marcha, grado de implantación y de institucionalización, recursos económicos y humanos,...).

- Existe la necesidad de una mayor vertebración, específica para el área de la prevención, entre las diversas experiencias preventivas desarrolladas en nuestro país, que se interese por los aspectos prácticos del desarrollo de programas y también por el desarrollo y difusión de materiales y otros instrumentos que se vayan creando. La evaluación podría también beneficiarse de esta vertebración, repartiendo responsabilidades y tareas. La creación a nivel del estado español de un comité estable de expertos podría ser de utilidad.
- Necesidad de evaluar algunos de los programas más institucionalizados para poder hacer recomendaciones, así como potenciar experiencias pilotos para ser evaluadas. Deben conseguirse fondos para la investigación preferenciales para el área de las drogodependencias en general y de la prevención en particular.
- Potenciar equipos específicos de prevención diferenciados de los que trabajan la vertiente terapéutica, aunque deben trabajar coordinadamente.
- Destinar más recursos humanos y económicos a la prevención, especialmente a la vista del estancamiento que están sufriendo los presupuestos de la prevención.
- Mejorar el nivel de conocimiento y concienciación de la sociedad española sobre los programas preventivos.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS.

Lo que sigue es un resumen de cuestiones referentes a la prevención escolar de las drogodependencias y la promulgación de la LOGSE y los posteriores decretos reguladores ya planteado en otro lugar (Calafat, 1994). La promulgación de la LOGSE el año 1990 hace obligatoria la educación para la salud como un tema central del currículum escolar, junto con otros temas como la educación ambiental, la educación para la igualdad de oportunidades entre los sexos, etc. Se explicita también que dichos temas deben tener un tratamiento especial como materias transversales e interdisciplinares, que deben impregnar toda la acción educativa de los centros escolares y sus proyectos curriculares. Esta previsto que la prevención de las drogodependencias ocupe un espacio dentro la educación para la salud.

A priori se trata de un gran paso adelante. Supone el reconocimiento oficial de la necesidad de la prevención en todas y cada una de las escuelas. Pero, como muchas veces ocurre, la realidad no es un reflejo inmediato de las leyes promulgadas. Hace falta una voluntad decidida y medios para que se produzcan cambios, y ambas cosas han escaseado en la puesta en marcha de esta reforma.

A continuación señalamos algunas de las reflexiones hechas a la luz de la LOGSE en torno a la implementación de programas de prevención de drogodependencias en la escuela:

- I) Sabemos que la educación para la salud debe tratarse obligatoriamente, y dentro de ella la prevención de las drogodependencias, pero, **¿de qué forma se asegura desde el marco actual que el tema de las drogas será tratado en cada colegio con la**

extensión y metodología necesaria? Obviamente la situación actual es mejor que la anterior, donde no había ninguna obligación de tocar el tema de las drogas, pero, el carácter obligatorio no puede ir más allá de asegurar un tratamiento mínimo de cada cuestión, y menos todavía se puede tener la certeza de que el tema será abordado con las necesidades didácticas que el tema requiere.

Tenemos entre nosotros la figura del coordinador regional en temas de educación para la salud, que cuenta además con el apoyo de los profesionales de los CEPs. Pero, mucho nos tememos que resulten insuficientes para desarrollar este control y asesoramiento, de los que venimos hablando, máxime teniendo a su cargo además no sólo el tema de las drogodependencias.

- II). Nos preocupa **la cantidad y la calidad de la formación del profesorado** para esta reforma que en su conjunto supone un giro tan importante en contenidos y fórmulas didácticas, y en concreto en el apartado de prevención de drogodependencias. Nuestra experiencia (Amengual, 1991) de 15 años de trabajo con profesores nos ha mostrado que, más allá de temas motivacionales del propio profesorado, el tema de la formación en la prevención de drogodependencias está lejos de ser una cuestión fácil y resumible en la transmisión de unos contenidos.

Estas preocupaciones, que nosotros conocemos de primera mano, vienen también recogidas en el material que edita el propio Ministerio de Educación y Ciencia (1992) con estas palabras: "El profesor, de acuerdo con el modelo que se dibuja, ha de pasar de ser un transmisor de saberes ya elaborados a una persona que motiva y plantea problemas de salud presentes en el medio, que tiene en cuenta las ideas de los alumnos y diseña actividades de aprendizaje, que realiza intervenciones adecuadas de ayuda, que promueve la búsqueda de información, que aporta materiales de apoyo, que ayuda a la elaboración de conclusiones y colabora con los estudiantes en el diseño de estrategias de difusión". Todo un cambio.

En un documento de trabajo del Comité Europeo para la Salud del Consejo de Europa (1991) se señala literalmente lo siguiente: "Es esencial que los mismos enseñantes sean aptos en sus contactos diarios con los alumnos para sensibilizarlos preventivamente al uso de drogas... Salvo si están formados como corresponde en cuestiones de psicología del toxicómano y del consumo de drogas, los enseñantes no llegarán a convencer a los jóvenes del peligro. Además aquellos profesores formados y bien informados serán más capaces de trabajar con jóvenes con problemas de drogas y aprovechar los importantes canales de comunicación existentes entre los padres, los alumnos y ellos mismos". Y se sigue diciendo: "Es necesario que los enseñantes hagan cursos especiales de formación profesional para ayudarles a adquirir los conocimientos y las aptitudes necesarias".

- III) Otra cuestión por resolver es **saber cuál es la forma definitiva que adquirirá en la práctica la prevención de drogodependencias dentro del desarrollo del programa de Educación para la Salud, para comprobar si cumple con los mínimos previstos en la concepción original del programa.** Es lo que se llama fidelidad al programa (o sea, el grado en que el programa se realiza en la práctica tal como fue diseñado), que junto con la reinención (elementos o desarrollos que son

introducidos espontáneamente por los propios profesionales que aplican el programa ajenos a la concepción original del mismo) son cuestiones a tener en cuenta para conocer qué es lo que realmente están los chicos recibiendo.

- IV) Existen además importantes cuestiones científicas por resolver. Una cosa es que hayamos acertado con el marco -en este caso el de la educación para la salud, con un tratamiento transversal, dentro del currículum escolar- y la otra es que **importa conocer de forma experimental los efectos del programa sobre los alumnos, en las condiciones ordinarias de desarrollo del programa, y en qué grado se cumple con los objetivos preventivos previstos**. Debemos aceptar que más allá de los aspectos políticos e ideológicos, siempre presentes en este tipo de programas, y que de algún modo son su motor impulsor, al mismo tiempo estamos ante unas actuaciones de las que se espera una transcendencia práctica, para lo que se empeñan muchos recursos. Es una obligación ineludible la evaluación de este programa, así como realizar la investigación básica que nos ayude a conocer aspectos concretos de cómo funciona un programa de estas características. La evaluación es básica para mejorar nuestra eficacia, pero también a veces nos obliga a replantearnos aspectos importantes de nuestra teorización o de nuestras preferencias o directrices.
- V) Es importante resolver **la conexión de la escuela con la sociedad y con los programas comunitarios de prevención**. En líneas generales esta relación no es muy fluida. Es claro que se deben complementar dichos programas con un trabajo con los padres y el resto de la comunidad. Pero, nuevamente, más allá de las declaraciones de principios, no es una tarea fácil de llevar a la práctica y se requeriría desarrollar una estrategia específica, con sus recursos humanos y técnicos.

Las experiencias en prevención comunitaria y su conexión con el mundo escolar son escasas en nuestro país, pero haríamos mal en no aprovechar la información que dichos trabajos nos ofrecen. No estamos tan sobrados para desperdiciar toda aquella información que se desprende de los aciertos y errores de estos trabajos.

LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS PREVENTIVOS ES UN PROCESO DE NEGOCIACIÓN.

Hasta ahora hemos expuesto algunas de las dificultades que tienen los programas preventivos para ser desarrollados, para extenderse y para que sean más eficaces. Tomar conciencia de estas cuestiones puede servir para conseguir que la prevención aumente en importancia real como estrategia para reducir el problema de las drogas. La práctica nos indica, como comentábamos antes, que la sociedad muestra una gran ambivalencia hacia los programas preventivos. Ciertamente se ha avanzado mucho en este camino, pero conviene que, los que tengan entre sus responsabilidades el trabajar en prevención tengan en cuenta que la puesta en marcha de programas preventivos es un proceso de negociación:

- Entre lo ideal y los recursos disponibles.
- Entre la teoría o la hipótesis y lo experimentalmente demostrado o evaluado.
- Entre la complejidad y lo posible en la práctica.

- Entre lo que sabemos y lo que no sabemos.
- Entre lo planificado y cómo se aplica realmente el programa.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- AMENGUAL,M.; MEJIAS,G.; CALAFAT,A. (1991) "Aproche de la théorie et de la pratique de formation du corps enseignant". Bulletin du liaison du CNDT, nº 17, pp. 9-19.
- 2.- BANGERT-DROWNS,R. (1988) "The effects of school-based substance abuse education: a meta analysis". J. Drug Education. 18 (3).
- 3.- BRAUCHT,G.N. et al. (1973) "Drug Education. A Review of Goals, Approaches, and Effectiveness and a Paradigm for Evaluation". Quart. J. Stud. Alch. 34.
- 4.- BUKOSKI,W.J. (1991) "An International Review of Drug Abuse Prevention Research". Comunicación al congreso Prevention Research and Practice: An International Perspective. University of Kentucky, Lexington, Kentucky (Octubre, 1991).
- 5.- CALAFAT,A. (1994): "La escuela y los programas de prevención de las drogodependencias. Perspectiva, líneas de trabajo y opciones". En Políticas de prevención de las drogodependencias en el medio escolar. Edita Fundación CREFAT. Madrid.
- 6.- CALAFAT, A.; AMENGUAL,M.; FARRES,C.; MONSERRAT,M. (1985) "Life style and drug use habits among secondary school students" Bulletin on narcotics, XXXVII (2-3), 113-125
- 7.- CALAFAT,A.; AMENGUAL,M.; PALMER,A.; SALIBA,C. (1995): "Drug use and its relationship to other behavior disorders and maladjustment signs among adolescents" Int. J. of the Addictions (aceptado publicación).
- 8.- COIE,J.D. et al. (1993) "The Science of Prevention. A Conceptual Framework and some Directions for a National Research Program". American Psychologist, vol 48 (10).
- 9.- COMITE EUROPEEN DE LA SANTE (1991): Education pour la santé. Documento fotocopiado.
- 10.- DORN,N. y MURJI,K. (1992) Drug Prevention: A Review of the English Language Literature. Crown. London.
- 11.- FERNANDEZ RIOS, L.(1994). Manual de Psicología Preventiva. Editorial Siglo XXI. Madrid.
- 12.- GLANTZ,MD. (1991): "Vulnerability to drug abuse" en Glantz, MD y Pickens, RC (editores) Vulnerability to Drug Abuse. Washington DC. American Psychological Association.
- 13.- HAWKINS,J.D.; JENSON,J.M.; CATALANO,R.F.;LISHNER,D.M. (1988) "Delinquency and Drug Abuse: Implications for Social Services". Social Service Review, 62, 258-284.
- 14.- KUNZEL-BOHMER,J.; BUHRINGER,G.; JANIK-KONECNY,T. (1994). Expert Report on Primary Prevention of Substance Abuse. Institut für Therapieforschung. Research Report Series. Vol. 60. Munich.
- 15.- MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA (SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCACION) (1992). Transversales. Educación para la salud. Educación sexual. Madrid.
- 16.- MINISTERIO DE JUSTICIA E INTERIOR (1994). Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1993. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Justicia e Interior. Madrid.
- 17.- MONTAGNE,M.; SCOTT,D.M. (1993) "Prevention of Substance Use Problems: Models, Factors and Processes". The Int. J. of the Addictions, 28 (12), pp. 1177-1208.

- 18.- SALIBA,C.; MAIGROT,J.C.; BERGERET,J. (1990) Mode de fonctionnement familial et ses rapports avec la genése des troubles de la conduite de l'adolescent. Rapport de recherche. Documento mecanografiado. Lyon.
- 19.- SHAPS,E. et al. (1976):"A review of 127 drug abuse prevention program evaluations". J. Drug Issues, winter.
- 20.- SILVERMAN,M.M. (1973). Prevention Research: impediments, Barriers and Inadequacies. Proceedings of the First National Conference on Prevention Findings. Washington DC. Us. Govt. Print. 1992.uation". Quart. J. Stud. Alch. 34.
- 21.- SLOBODA, Z. (1994): "El estado actual de la investigación sobre la prevención del abuso de drogas en los Estados Unidos: mirando hacia el año 2.000" en XXI JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Ponencias y Comunicaciones. Edita SOCIDROGALCOHOL. Bilbao.
- 22.- TOBLER, N. (1992): "Drug prevention programs can work. Research findings". J.Addict. Dis. 11 (3).