

La prevención de las Drogode- pendencias

XAVIER FERRER I PEREZ

Psicólogo. Cap dels Serveis de Prevenció de les drogodependències. Àrea de Serveis Socials. Programa *dross* Ayuntamiento de Barcelona

DOSSIER

ES sobradamente conocida la importancia creciente que reviste el fenómeno del abuso de drogas, tanto en nuestro país como en todo el mundo, con sus secuelas de mortalidad, morbilidad, accidentes, delincuencia y sus enormes repercusiones familiares, sociales, económicas y de todo orden. El número de afectados directamente por las drogodependencias tiende a aumentar, y estudios recientes realizados en Cataluña (GTD, 1983) señalan que un 11-12% de la población adulta está en riesgo de alcoholismo, un 0,2% consume opiáceos, un 2,4% anfetaminas y un 4,7% fuma hashish o marihuana. Todas estas cifras aumentan si nos centramos selectivamente en el grupo de edad de 16-24 años, lo que augura un difícil porvenir. Colectivos

que debieran exhibir un rol ejemplar, como los médicos y educadores, muestran, por ejemplo, mayor consumo de cigarrillos que el promedio de la población. En España se registraron en 1985 143 defunciones relacionadas con las drogas no institucionalizadas (Brigada Central de Estupeficientes, 1986). Para el año 1977 el número de defunciones atribuibles al tabaquismo ha sido estimado en 29.000 para el conjunto del Estado y en alrededor de 10.000 en el caso del alcoholismo (Gili, M., et al., 1982).

Diversas investigaciones epidemiológicas coinciden en señalar lo precoz del inicio en el consumo de drogas, que en nuestro medio comienza con el alcohol entre los 9-10 años, para proseguir por el tabaco (11-14 años) y pasar inmediatamente después a la cannabis (12 1/2-15 a.) y al resto de drogas no institucionalizadas, prosiguiendo eventualmente la «escalada».

De todo ello se deduce claramente la importancia y urgencia de la prevención dirigida a diversos sectores de la población, en especial a quienes aún no consumen productos toxicomaníacos, o lo hacen sólo esporádicamente. «Vale más prevenir que curar», reza el refrán popular. Y ello

no sólo por la exigencia ética de evitar sufrimientos personales y costos sociales, sino también considerando las dificultades y costes de un tratamiento que no siempre produce los resultados deseados, cuando se puede acceder a él.

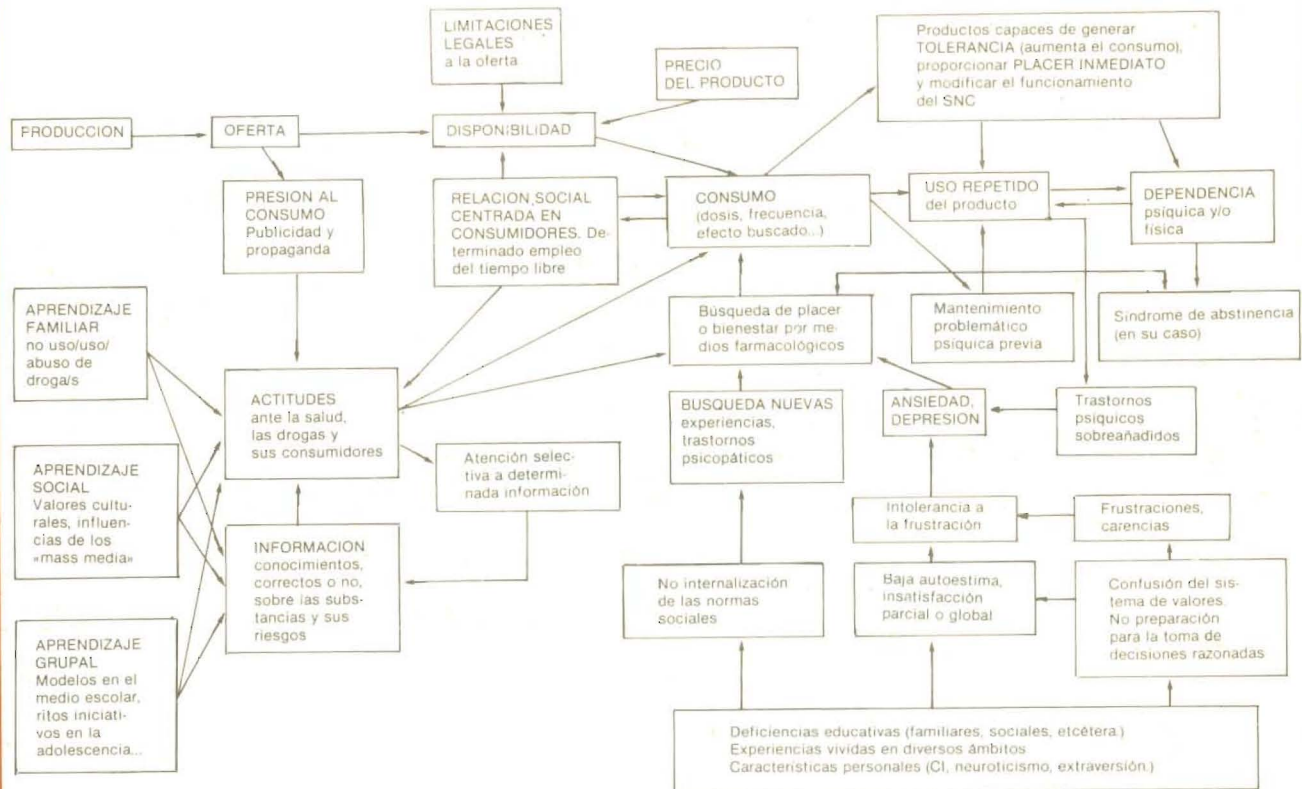
CONSIDERACIONES TEORICAS SOBRE LA PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

Sentada la importancia del fenómeno del abuso de drogas, así como la necesidad de su prevención, parece necesario delimitar el marco teórico en que desarrollaremos nuestro trabajo sobre sociodrama y otras técnicas dramáticas, siquiera sea sucintamente.

En primer lugar, una aproximación histórica a la prevención en materia de drogas nos mostraría la aparición sucesiva de tres enfoques: el de tipo *moralista-punitivo*, basado en la represión del comercio y consumo de drogas y en la estigmatización social de sus usuarios; el modelo *médico-sanitario tradicional*, que aporta la idea de enfermedad y, aplicando mecánicamente los métodos usados para combatir otro tipo de enfermedades, muestra una confianza en tanto ingenua en la eficacia de la información; por fin, *el enfoque biopsicosocial*, en el que enmarcaremos nuestra labor, tiende a evaluar las dimensiones psicosociales y económicas del problema, propugnando una combinación de medidas dirigidas a limitar la disponibilidad de las drogas con otras de tipo educativo para reducir la demanda. *La educación preventiva, a diferencia de la información sanitaria, no está tan preocupada por transmitir conocimientos como por crear actitudes y conductas sanas en lo relativo al uso de drogas.*

En segundo lugar, constatamos que las propuestas de medidas preventivas se basan siempre en un esquema o *modelo explicativo acerca de la etiología de las drogodependencias*. Este esquema, explícitamente o no, determinará la estrategia a seguir. Así, si se considera que el origen de la drogodependencia se halla en problemas intrapsíquicos originados en el período fetal, se estimaría que la prevención es poco menos que imposible. Otras hipótesis simplistas, como la atribución *exclusiva* del origen del fenómeno a factores tales como emigración, paro o falta de zonas verdes conducen asimismo al nihilismo o la ineficacia. Las drogodependencias, a nuestro entender, son el resultado de un complejo proceso —o mejor, de varios procesos— en donde *interactúan multitud de factores biológicos, psicológicos, grupa-*

MODELO CAUSAL EXPLICATIVO DE LA DEPENDENCIA DE LAS DROGAS



les, culturales y, aunque a menudo se olvida, factores políticos y de infraestructura económica que, a pesar de la libertad abstracta del hombre, condicionan potentemente su conducta.

Por nuestra parte, y basándonos en varios estudios epidemiológicos realizados en nuestro medio, hemos intentado construir un esquema etiológico simplificado en el que hemos incluido los factores que en esas investigaciones aparecen como más relevantes y presentado en forma gráfica. Por supuesto que este modelo variará en función de la droga de que se trate, básicamente en lo relativo al peso específico de unos y otros factores, pero creemos que se trata de una buena aproximación general al problema de la etiología.

Tradicionalmente se ha venido dividiendo la prevención en *primaria* (que actúa sobre las causas de los trastornos para evitar que éstos se produzcan o procurar que queden reducidos a su mínima expresión), *secundaria* (que tiende a limitar el progreso y expansión del trastorno cuando éste ya ha aparecido) y *terciaria* (que intenta detener o retrasar la evolución de la enfermedad ya declarada y disminuir sus consecuencias, aun cuando ésta persista). Este modelo, derivado de la

epidemiología clásica y de las experiencias de prevención de las enfermedades infecciosas, se ha aplicado en ocasiones al campo que nos ocupa, con resultados no muy satisfactorios, ya que se dan frecuentes confusiones entre la prevención de la dependencia, del consumo o de la mortalidad, lo que lleva a que una misma acción preventiva pueda ser clasificada como primaria, secundaria o terciaria, según como se mire. En cambio, creemos mucho más práctico utilizar otra clasificación en la que la posibilidad de acuerdo total es mayor. Así, pues, nos referiremos en adelante a:

1. Medidas para reducir la oferta de las drogas.
2. Medidas para reducir su demanda.
3. Detección y orientación precoz.
4. Estrategias para la reducción de problemas ligados al uso de las sustancias (sanitarios, sociales, familiares).

La acción sobre *grupos de alto riesgo* puede entenderse como incluida en cada uno de los puntos anteriores.

Resulta evidente que no es posible suprimir por completo la oferta de

drogas. Se admite generalmente, en el caso de las drogas ilegales, que la acción policial más eficaz apenas si logra controlar un 10% del volumen total de tráfico. Los enormes beneficios que produce su comercio, al igual que sucede con los obtenidos por las multinacionales tabaqueras o farmacéuticas o las empresas vitivinícolas, son un obstáculo de primer orden a cualquier medida preventiva que pretenda reducir la producción y disponibilidad de drogas.

Tales dificultades en el control de la oferta nos sugieren que resulta imprescindible y básico *actuar sobre la demanda*; a diferencia de lo que sucede con las enfermedades infecciosas, la autoadministración de drogas es un acto voluntario, y, por tanto, susceptible de ser influido por una educación adecuada, tendente, según los casos, a promover la abstinencia total o una mejor capacidad del individuo para organizar su propio consumo. Es evidente que tal educación puede resultar efectiva, como lo demuestran las enormes diferencias de consumo entre comunidades con diferentes escalas de valores para las que existe la misma disponibilidad, o la reducción del tabaquismo, tras los programas educativos realizados, en-

tre los escolares de los países nórdicos.

Esta necesaria acción para la reducción de la demanda tropieza con variadas *dificultades técnicas, económicas y políticas*. Las principales dificultades técnicas existentes, a nuestro entender, radican en la amplia difusión de un modelo informativo ya superado, así como en la programación de la prevención, que a menudo se basa en el análisis minucioso de aspectos sociodemográficos de una comunidad, pero descuida una aproximación objetiva a las dimensiones del fenómeno concreto del abuso de drogas. Y lo que es peor, aun en el supuesto de que el análisis realizado sea una buena base sobre la que estructurar las acciones preventivas, existen pocas pruebas acerca de cuáles son los métodos más eficaces para alcanzar los objetivos deseados en diversos grupos de la población. A menudo se procede a la adaptación más o menos afortunada de programas preventivos elaborados en otros países, de cuya eficacia en nuestro medio —y a veces tampoco en su país de origen— no se poseen datos. En resumen, creemos que estas dificultades técnicas se concentran en la falta de evaluaciones apropiadas de los proyectos educativos, lo que condiciona un progreso lento y vacilante de nuestros conocimientos en el área. Al hablar de una evaluación apropiada nos referimos a aquella que aporta datos objetivos, independientes del criterio del investigador, y que no consiste únicamente en una memoria de actividades o un anecdotario.

Las dificultades económico-políticas que existen en este campo derivan de la falta de estímulo o garantías para la planificación de actividades a largo plazo, y a que, en general, se prefiere invertir la mayor parte de los recursos materiales y humanos en acciones que pueden rentabilizarse de forma más inmediata, tales como los programas terapéuticos o campañas de tipo informativo que utilizan formas y soportes espectaculares (radio, TV, carteles...); ello puede explicarse teniendo en cuenta que la presión de los afectados y sus familiares se encamina a la creación de recursos de tratamiento, y que la opinión pública exige medidas de tipo policial y tiende a creer en la eficacia de las campañas de tipo publicitario.

Las soluciones a tales dificultades existen y son fácilmente deducibles de la problemática apuntada: en este campo, como en tantos otros, se precisan *investigación y coordinación*. Investigación centrada en la evalua-

ción de la eficacia y la eficiencia de diversos programas, que debería darse cuanto menos en algunos supuestos básicos, tales como la aplicación de métodos nuevos o modificados, los estudios de adaptación de métodos procedentes de otros medios socioculturales, la revisión periódica de los métodos de eficacia probada para controlar su adecuación a la realidad cambiante, y, desde luego, como en cualquier actividad científica, son necesarios estudios de replicación de experiencias ajenas, para confirmar o cuestionar las hipótesis que de aquéllas se derivaran. Sólo con esta dinámica de investigación será posible garantizar que los recursos públicos se utilizan de una forma útil y de la mejor manera posible.

Para poder cumplir con los objetivos anteriores, parece lógico concluir que se necesitan equipos de profesionales especializados en la prevención de las drogodependencias, siendo esa especialización diferente de la necesaria para el diagnóstico y tratamiento de los afectados, ya que en este caso creemos que es necesaria una mayor formación en aspectos metodológicos, psicosociales y pedagógicos, siendo en cambio menos útiles los tradicionales conocimientos clínicos. Tales equipos deberían ser interdisciplinarios, formados por personas motivadas para la prevención y funcionalmente autónomos con respecto a los centros de tratamiento; en efecto, cuando un mismo equipo efectúa a la vez tareas terapéuticas y preventivas, la experiencia muestra hasta la saciedad que estas últimas quedan relegadas a un plano secundario. Los profesionales de tales equipos especializados, por último, deben plantearse como objetivo prioritario implicar a la comunidad en la solución de sus propios problemas, así como sensibilizar y orientar al personal que efectúa tareas psicosociales, educativas y sanitarias de base.

Los problemas de coordinación, por último, pueden afrontarse con ventaja si los equipos encargados de actividades terapéuticas y preventivas se hallan integrados en un mismo programa amplio, y si existe una intensa relación entre los diversos equipos de prevención, que debe ser facilitada por las entidades que los financian. En definitiva, es necesaria una decidida voluntad política para anteponer los intereses de la salud pública y el bienestar social al lucro de una minoría y a los intereses de los grupos de presión, así como emprender una planificación coordinada —en la línea de lo iniciado en el Plan Nacional sobre Drogas— que sea ca-

paz de superar rivalidades políticas, institucionales y personales para alcanzar un mejor servicio a la comunidad.

LA ACCIÓN PREVENTIVA EN EL MEDIO ESCOLAR

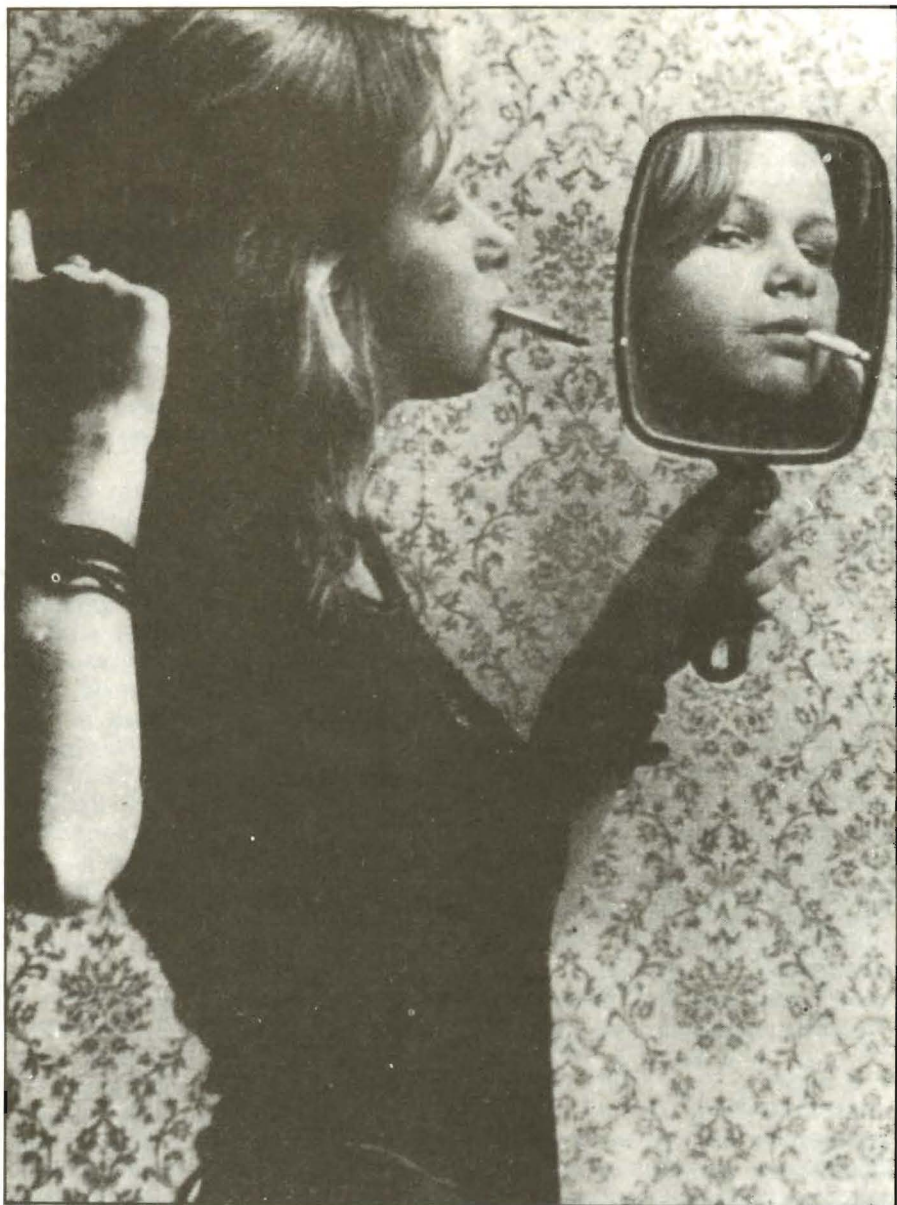
Tras las anteriores consideraciones sobre la prevención en general, nos centraremos en el análisis de las acciones preventivas que se realizan en el medio escolar, y ello por considerar que se trata de un medio privilegiado donde llevar a cabo acciones relativas a la reducción de la demanda.

En efecto, otros canales a través de los cuales puede desarrollarse la acción preventiva presentan, con respecto a la escuela, diversos inconvenientes: así, los medios de comunicación de masas no permiten en general una auténtica comunicación, por no existir apenas un *feed-back*, lo que les confiere una naturaleza unidireccional, y no permiten que los mensajes se adapten adecuadamente a las características de sus destinatarios.

Por otro lado, existe un creciente interés por abordar *la educación sanitaria* de forma amplia, mediante la modificación de los *estilos de vida*, más que en hacerlo con comportamientos concretos, como el consumo de alcohol o marihuana. Para ello, señala un Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria (1983), «se han de centrar los esfuerzos en la institución que tiene mayor importancia en este proceso, a saber, *la familia*. No hay que olvidar que es en el nivel del individuo y de la familia donde se forman los valores...» Si bien luego se señala: «Estos procesos se extienden después a la escuela, que ejerce un influjo decisivo en el futuro estilo de vida del individuo a través de la socialización secundaria o formal, y al lugar de trabajo.»

En nuestra opinión, es innegable tal influencia de la familia en la formación de estilos de vida y de los sistemas de valores, pero resulta muy difícil, por su conducto, alcanzar a la totalidad de la población, dada la poca disposición de muchos familiares a colaborar en programas preventivos, especialmente si ello implica un replanteamiento crítico de los hábitos tóxicos y el estilo de vida de los adultos. Por lo demás, como señala Wesler (1984), «la familia es un ámbito privado, al contrario que la escuela, lo cual la hace menos permeable a la acción educativo-sanitaria».

Otros medios donde habitualmente se desarrollan programas preventivos son *El lugar de trabajo* y, en varios países, *el servicio militar*. En este último caso se observa fácilmente



que la prevención sólo arriba a la fracción de la población masculina que lo realiza, y ello a menudo en un medio altamente favorecedor del consumo de drogas institucionalizadas y con unas características de excepcionalidad que probablemente harían poco generalizables determinados logros a una situación de convivencia social normal. En el caso de la prevención que se desarrolla en el lugar de trabajo, se trata en general de acciones sobre sujetos adultos cuyos hábitos de consumo están arraigados y en un marco que no siempre facilita la labor profiláctica (interferencias en la producción, ubicación del programa en el contexto de las relaciones empresa-trabajadores...). Por todo ello, estimamos que el *medio escolar es el que presenta mayores ventajas para la intervención*, y por ello debe concedérsele *prioridad* al respecto. Creemos justificar esta afirmación en base a varias razones:

1. Los jóvenes inician el consumo de drogas cada vez antes. Por ello, la auténtica prevención debe comenzar antes del inicio del uso o cuando el mismo resulta todavía incipiente.

2. Por la escuela pasan la práctica totalidad de los individuos. En un momento dado, podemos hallar reunida a la población infantil y a adolescentes de ambos sexos.

3. Tenemos acceso a esta población en un momento plástico de la evolución del ser humano, cuando la adopción de valores y hábitos se está realizando y es todavía flexible: en el futuro será cada vez más difícil modificar conductas y actitudes que ya estén sólidamente instauradas.

4. El educador puede conocer a sus alumnos y llevar a cabo programas de actuación a medio y largo plazo con un grupo estable de sujetos, pudiendo adaptar sus acciones a la retroalimentación recibida.

5. Se puede acceder a las familias a partir de la escuela en muchas ocasiones (por ejemplo, en el caso de las «escuelas de padres»).

6. Pueden ahorrarse, si los recursos son escasos, acciones redundantes sobre una misma población escolarizada (p. ej., con niños que acuden a centros infantiles, culturales o deportivos).

Todo ello adquiere sólo sentido, por supuesto, en el marco de una concepción en la que la escuela no debe ser sólo una institución que prepare para el trabajo de forma progresivamente más especializada, sino que debe centrarse en la educación para la vida, que capacite al sujeto para enfrentarse a los aspectos no laborales de la misma, que a menudo revisten la mayor importancia para los seres humanos. No nos referimos sólo a la formación artístico-humanística, sino especialmente a temas como la clarificación del sistema de valores, la prevención de un embarazo no deseado, las relaciones afectivas, las dificultades de contacto interpersonal, la decisión de usar o no determinadas drogas, etcétera.

Dicho esto, parece interesante señalar algunas características concretas que asume el fenómeno del uso de drogas en la edad escolar, y que deben ser tenidas en cuenta al planificar las acciones educativas. Así, por ejemplo, la influencia de nuestra herencia cultural, que lleva a estigmatizar como «drogadicto» al simple usuario esporádico de una droga ilegal, y del mismo modo, a ver como un consumidor sin más a un dependiente de una droga institucionalizada, como la nicotina, por ejemplo. La preocupación de los padres se concentra excesivamente en las «nuevas toxicomanías», cuyo origen achacan sistemáticamente al vendedor callejero que engaña a sus hijos con caramelos con droga y otros sortilegios. Esta versión de los 80 del «hombre del saco» no parece responsable de muchas iniciaciones al consumo, que casi siempre se dan mediante la oferta de amigos y conocidos, y en las situaciones donde se divierte habitualmente el joven (Calafat et al., 1982).

También son dignos de ser tenidos en cuenta datos que proporciona el estudio de EDIS (1981): las motivaciones relativas a la salud parecen tener muy poca influencia en el consumo de drogas de los jóvenes de 15 a 24 años, quienes tienen unas actitudes mucho más favorables hacia las mismas que la población adulta, al tiempo que muestran un sorprendente desconocimiento de la problemática social derivada del alcoholismo y el

tabaquismo. Es común a varios estudios epidemiológicos la constatación de que una iniciación más precoz corresponde a un mayor consumo posterior, lo que es válido para todas las drogas estudiadas. Asimismo, es común el hallazgo de que las «nuevas drogodependencias» no han llegado para sustituir a las tradicionales, sino más bien para sumarse a ellas. En efecto, los consumidores de drogas no institucionalizadas muestran consistentemente un mayor consumo de tabaco y alcohol que el resto de la población del mismo grupo de edad.

Por último, y como datos de interés extraídos del estudio de Mendoza, Quijano y Tutusaús (1983), que intenta elaborar un modelo causal del consumo, destaquemos la débil relación existente entre los conocimientos que se poseen sobre una sustancia y las actitudes hacia su uso, y, lo que es más importante, la inexistencia de relación entre la información y el consumo. Asimismo, se comprueba la existencia de una correlación significativa entre la insatisfacción general que los escolares experimentan frente a la adaptación familiar, escolar y social, y un mayor consumo de todas las drogas, relación que es más intensa en el caso de las drogas no integradas culturalmente. También es interesante constatar que el mayor consumo de drogas está en función de una mayor disponibilidad de las mismas y del dinero que el adolescentes posee para sus gastos. Finalmente, señalemos que el consumo se muestra parcialmente dependiente del consumo de drogas institucionalizadas que los escolares perciben entre sus padres y educadores.

De todos estos datos podemos extraer una gran cantidad de sugerencias a tener en cuenta para planificar la prevención, pero nos gustaría aquí destacar una de ellas, que creemos de especial importancia: *los mensajes educativos deben apoyarse en las motivaciones presentes de sus destinatarios*, y en ese sentido, al referirnos a población infantil y adolescente, parece conveniente que los mensajes se refieran a aspectos relacionados con el rendimiento académico, deportivo, el éxito en las relaciones interpersonales u otros logros que puedan resultar desfavorablemente influidos por el abuso de drogas.

OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN EN EL MEDIO ESCOLAR

Los objetivos de la prevención en las instituciones educativas pueden deducirse a partir de una adaptación de los objetivos generales a las peculiaridades de las edades tratadas y del marco de referencia de la inter-

vención. Así, la *reducción de la oferta y disponibilidad de drogas* podría concretarse en la inexistencia de bebidas alcohólicas o tabaco en la cafetería o comedor del centro, la observación de la prohibición de fumar, un control más estricto de la oferta de drogas no institucionalizadas en la proximidad de los centros docentes, y, desde luego, la eliminación de toda forma de promoción del consumo en las actividades escolares o extraescolares, tales como la oferta de moscatel o cava en algunas fiestas o excursiones.

La *detección y orientación precoz* adquieren en el marco escolar una gran importancia, especialmente en el caso de alumnos que inician un consumo precoz y que presenten a la vez otros factores de alto riesgo, tales como tener padres drogodependientes, presentar problemas de fracaso escolar o de inadaptación social, absentismo, etcétera. Es muy importante en este punto la labor de los equipos psicopedagógicos y un trabajo coordinado con los padres.

En cuanto a la *reducción de la demanda*, cabe desarrollar una actividad educativa continuada, cuyos objetivos deberían precisarse en función de la sustancia y edades de las que se trate, pero que generalmente incluyen proporcionar determinados conocimientos relevantes (asimilar el concepto de droga, conocer algunos de sus efectos, alternativas, aspectos sociales del fenómeno, recursos donde dirigirse para solicitar información o tratamiento, etcétera), así como crear y potenciar determinadas actitudes, valores y pautas de conducta (actitud favorable al mantenimiento de la salud, confianza en sí mismo, reflexión y acción personal y solidaria frente a las dificultades, resistencia a la frustración, capacidad de toma autónoma de decisiones, etcétera). Y, lo que es más importante y objetivo último de la prevención, se trata de promover hábitos de consumo adecuados, que pueden variar en función del *status*, peligrosidad y posibles usos adecuados de la sustancia de que se trate (ej.: medicamentos). Evidentemente, sería un objetivo adecuado procurar la abstinencia total de drogas durante la infancia (excepto en el caso del uso médico), pero con sujetos jóvenes esto podría resultar poco realista (en el caso del alcohol o el café, por ejemplo) y quizá convendría matizar lo que respecta al uso social controlado de tales sustancias. Una reflexión más amplia al respecto puede hallarse en Mendoza, Vilarrasa y Ferrer (1983).

En lo que respecta a la *reducción de riesgos asociados al consumo*, se

podría hablar de reducir la mortalidad entre inhaladores de disolventes, que parece más ligada a las condiciones de uso que a los efectos orgánicos que producen; potenciar el uso de las bebidas alcohólicas de menor graduación, de los cigarrillos menos tóxicos, o facilitar jeringuillas y agujas estériles gratuitamente a los heroinómanos, con vistas a reducir la difusión de enfermedades como la hepatitis vírica o el SIDA.

Como puede observarse, nos hemos referido hasta ahora a los objetivos de la prevención referidos a la población escolarizada; deben plantearse también los *objetivos específicos para los dos restantes grupos implicados (padres y educadores)*, cuya consecución debería revertir posteriormente sobre los alumnos. Resulta especialmente importante intentar *eliminar las contradicciones entre los diversos agentes educativos* y trabajar en una misma dirección. Por último, señalemos que la amplitud de los objetivos apuntados implica que no puedan ser alcanzados por completo a partir de un programa preventivo, sino que su logro debería ser el resultado de una *acción educativa coherente y continuada*. Ello no obsta, en absoluto, para que deban diseñarse con concreción las actividades y proyectos que permitan avanzar en la dirección deseada.

Por cierto, que una postura muy extendida y a nuestro entender tremendamente errónea, es la de considerar que se debe actuar en la escuela sólo cuando ya han aparecido problemas en la misma que lo justifiquen. Creemos que no se trata tanto de intervenir para evitar que el uso de drogas provoque problemas en la institución escolar, sino que la prevención allí realizada se dirige fundamentalmente a la vida futura del alumno.

SOBRE LOS MODELOS Y METODOS DE PREVENCIÓN EN LA ESCUELA

Si nos centramos en los métodos dirigidos a la reducción de la demanda, podemos identificar varios de ellos: en primer lugar, el que podríamos llamar *«información-conducta»*, que preconiza que informando a los escolares sobre los riesgos que conlleva el uso de drogas, éstos deberían no iniciarlo, o abandonarlo en su caso. Por lo menos, se arguye, habrán tomado una decisión libre, conociendo sus consecuencias posibles. Parece existir acuerdo en que no se debe exagerar tratando de infundir un miedo desproporcionado, pero no está claro el efecto de una información más precisa y objetiva. En cualquier



caso, las actividades basadas en este modelo no parecen haber conseguido demasiados resultados.

Un segundo modelo, basado en el anterior, pero más complejo, es el que podríamos denominar *información-actitudes-conducta*; aquí se tiene en cuenta el factor afectivo que interviene en la formación de las actitudes junto al meramente cognoscitivo. Se intenta que el aporte de una información con contenidos afectivos modifique actitudes que luego, a su vez, provoquen un cambio de conducta; en cualquier caso, parece mucho más seguro crear actitudes sanas desde el principio que esforzarse en cambiarlas después. La aplicación de este modelo has producido mayores resultados que en el caso anterior.

Un tercer modelo se centraría en la llamada *educación afectiva*, que intentaría controlar algunos de los factores de riesgo inespecíficos que facilitan el abuso de drogas, tales como el sometimiento a la presión de grupo, la falta de un sistema claro de valores, las dificultades interpersonales, etc. Algunas experiencias enmarcadas en este modelo han sido objeto de evaluación, con resultados moderadamente positivos.

Un cuarto y último modelo insiste en el modelamiento y cambios direc-

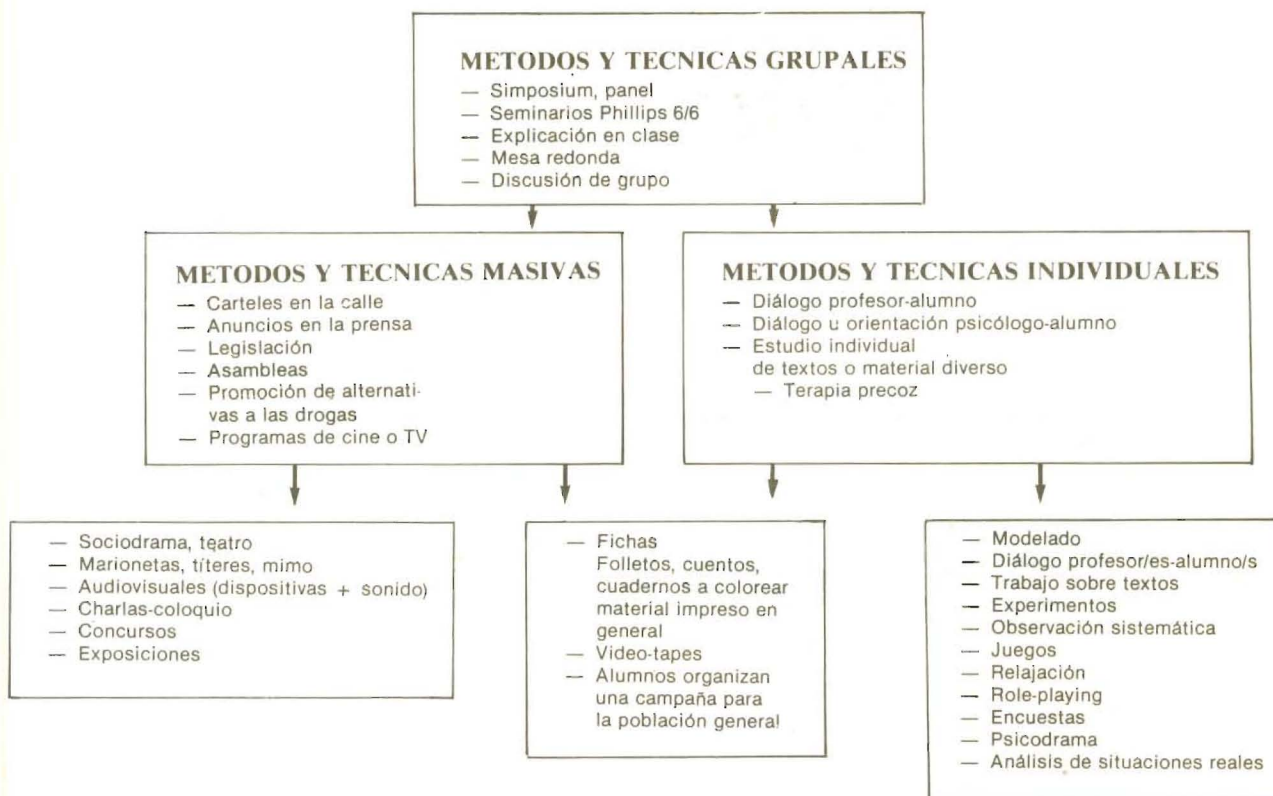
tos de la conducta. Este modelo, que llamaremos *conducta-conducta*, se basa en la demostración de la importancia de los procesos de aprendizaje gradual de las pautas de consumo, que resulta posteriormente reforzado por los efectos psicoactivos de la sustancia, creándose así la dependencia. Según este modelo, la aparición de conductas de consumo puede ser anterior a la estructuración estable de actitudes al respecto. Las actitudes podrían formarse por congruencia con la conducta previamente exhibida, más que al revés. La prevención se basaría en lograr un avance a lo largo de un procesode pequeños pasos en los que el sujeto se implique progresivamente en una posición «anti-droga». Ultimamente se tiende a profundizar en este modelo, así como en modelos complejos que combinan varios de los anteriormente citados.

Trataremos a continuación de los métodos preventivos usados en el medio escolar, para centrarnos progresivamente en los métodos dramáticos y en el sociodrama en particular. Pero antes quisiéramos señalar que *es necesario programar previamente las acciones preventivas*, evaluando la demanda, que a menudo se presenta con caracteres de «urgen-

cia» que no es tal,, sino que viene motivada por la alarma de los educadores de determinados centros ante problemas de consumo de drogas no integradas. A menudo sucede que esos mismos centros habían rechazado previamente realizar programas preventivos o que no continúan interesados en el tema una vez «pasada la tormenta»... hasta la próxima ocasión. Por ello conviene no olvidar que la programación de las acciones preventivas debería ajustarse lo más posible a la siguiente secuencia:

1. Estudiar las características de la población-objetivo.
 2. Elegir una serie de objetivos limitados y bien definidos.
 3. Selecciona el/llos método/s adecuado/s para alcanzar los objetivos propuestos.
 4. Actuar.
 5. Evaluar los resultados inmediatos de la intervención.
 6. Dejar pasar un tiempo.
 7. Evaluar si los resultados obtenidos en un principio se mantienen, aumentan o disminuyen.
 8. Mejorar, a la luz de los resultados y del desarrollo de la experiencia, el método y los instrumentos de evaluación.
 9. Modificar los objetivos elegidos si resultaran poco pertinentes.
- Pasando ya a comentar lo referente

PRINCIPALES METODOS Y TECNICAS empleados en la prevención educativa, en función del número de destinatarios



a métodos y técnicas de prevención, digamos que un mismo método se puede utilizar en el contexto de diferentes modelos teóricos, si bien posiblemente su desarrollo revestiría características diferentes. Los métodos y técnicas preventivas se pueden agrupar en formas diversas, según el criterio adoptado; hemos elegido para representarlos el criterio de número de los receptores del mensaje, por lo que nos referiremos a técnicas individuales, grupales o masivas, aunque, como algunas de ellas resultan susceptibles de ser usadas tanto de forma individual como grupal (o grupal y masiva, en su caso), hemos preferido representarlas en forma gráfica, recurriendo a la intersección de conjuntos cuando es preciso.

Existen, en general, pocas investigaciones que puedan clarificar la cuestión de la *eficacia relativa de los diversos métodos y técnicas enunciados*, y sus resultados no son generalmente concluyentes, y sí a menudo contradictorios con los de otras investigaciones, por lo que todavía resulta necesario un esfuerzo importante en este campo. De hecho, la elección del método de intervención

depende en muchos casos más de las preferencias de los educadores o especialistas que de principios bien probados. Existen algunas evaluaciones que muestran la eficacia de métodos de discusión y «counseling» de grupo, de técnicas que implican a los alumnos en la realización de acciones preventivas dirigidas a terceros, de los métodos dramáticos (como luego expondremos), de algunos programas amplios, e incluso de las charlas a cargo de «especialistas» que parecen funcionar cuando son «activas» y no cuando adoptan el modelo más tradicional de «conferencia». En varias evaluaciones realizadas comparando diversos métodos, el sociodrama ha sido señalado como la técnica que, individualmente, produce mejores resultados. Y ello despierta en nosotros una duda: muchos hemos aceptado en los últimos años el axioma de que la prevención escolar debe ser realizada por los profesores del centro educativo y no por «especialistas» ajenos al mismo. Sin embargo, hallamos que técnicas como el sociodrama y la «charla activa», realizadas por especialistas, demuestran conseguir cambios que se mantienen tras seguimientos a medio pla-

zo, y existen comparaciones de un mismo programa aplicado por profesores y especialistas, en el que los resultados favorecen a los segundos. Desde luego que todo ello precisaría de matizaciones y de un análisis más profundo, pero parece ya imprescindible partir de un enfoque más empírico y menos apriorístico. Probablemente lo más conveniente sea que los profesores apliquen los programas preventivos, asesorados por los especialistas en la materia, sin descartar una intervención directa de estos últimos en algunos casos, en función, p. ej., de la credibilidad de determinados educadores ante sus alumnos y de la motivación que posean para abordar el tema. Ya Dorn (1977) señalaba la importancia decisiva de la motivación y colaboración de los educadores en la consecución de los objetivos propuestos.

BIBLIOGRAFIA

Els Serveis de Prevenció de les Drogodependències facilitarà la bibliografia requerida, a quien la sol·licite en Avda. Príncep d'Astúrias, 42-44, entylo. 6.º. 08012-BARCELONA.