

Evaluación de la eficacia del Programa de Prevención de Drogas PPCDE: “A experiencia de educar para a saúde na escola”

Eliezer Pazos Millán

José M. Failde Garrido

María D. Dapía Conde

Manuel Isorna Folgar

Alberto Alonso Alvarez

Facultad de Ciencias de la Educación - Universidad de Vigo (Spain)

Objetivos: Evaluar la eficacia del Programa de Prevención de Consumo de Drogas en la Escuela (PPCDE): “A experiencia de educar para a saúde na escola” en el nivel de educación secundaria obligatoria.

Método: La muestra estuvo constituida por 498 adolescentes, escolarizados en centros educativos de las provincias de Pontevedra y A Coruña (45,1% varones y 54,9% mujeres) con una media de edad de 15.8 años (rango 15 a 18 años). Los participantes fueron clasificados según la modalidad de aplicación del PPCDE, en tres grupos: grupo control, grupo de aplicación por profesores y grupo de aplicación por especialistas externos al centro, a los que se les aplicó un cuestionario que evaluaba aspectos sociodemográficos, toxicológicos y factores de riesgo y protección.

Resultados: Respecto a las prevalencias de consumo, el 42,8% refiere haber consumido, en alguna ocasión, tabaco, el 80.9% alcohol y un 22.3% cannabis; detectándose, respecto al género, diferencias estadísticamente significativas en relación al alcohol ($X^2=17.80$; $p>0.001$) y al cannabis ($X^2=9.81$; $p<0.044$).

En relación a la eficacia del programa, se detectaron diferencias significativas entre los grupos control y experimentales en las siguientes escalas: Satisfacción Personal ($F=3.98$; $p<0.019$); Asertividad ($F=03.31$; $p<0.003$); Comportamientos Problemáticos ($F=6.06$; $p<0.003$); Comportamientos Problemáticos Leves ($F=7.87$; $p<0.000$); Influencias Normativas de percepción de Consumo sobre el alcohol ($F=31.01$; $p<0.000$); Influencias Normativas de percepción de Consumo sobre el tabaco ($F=17.89$; $p<0.000$); Influencias Normativas de percepción de Consumo sobre cannabis ($F=12.21$; $p<0.000$); Influencias Normativas de Aprobación sobre el alcohol ($F=3.58$; $p<0.029$); Influencias Normativas de Aprobación sobre tabaco ($F=9.12$; $p<0.000$); Influencias Normativas de Aprobación sobre cannabis ($F=13.26$; $p<0.000$); Influencias Normativas de Aprobación sobre drogas de síntesis ($F=4.91$; $p<0.008$); Control Parental General ($F=3.47$, $p<0.032$); Factores de Riesgo Parentales sobre alcohol ($F=5.55$; $p<0.004$); Factores de Riesgo Parentales sobre tabaco ($F=9.43$; $p<0.000$); Percepción de Accesibilidad a Drogas ($F=3.43$; $p<0.033$); Percepción de Accesibilidad a Drogas Legales ($F=5.40$; $p<0.005$); Intención de Consumo ($F=4.12$; $p<0.017$); Creencias Sobre las Consecuencias Positivas ($F=4.30$; $p<0.014$).

Conclusión: En general, según los datos obtenidos podemos concluir que el programa ha resultado efectivo, ya que se han obtenido mejores resultados en los grupos experimentales que en el grupo de no intervención, siendo mayor la eficacia cuando el programa era administrado por profesorado del propio centro.

Palabras clave: Prevención, Educación para la Salud, Adolescentes, Drogas.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una edad muy vulnerable para la realización de conductas de riesgo como el consumo de drogas o para involucrarse en problemas de diversa índole (Merten 1996). Asimismo, en la toma de decisiones sobre el consumo o no de sustancias, se tiene muy en cuenta la influencia del grupo de iguales, aunque no menos importante es la información veraz sobre las sustancias de consumo, el control, el ejemplo o el tratamiento que se le da a este tema en el entorno familiar (Papini, Farmer, Clark, Micka y Barnett, 1990; Amato 1991).

La edad de inicio, las características biológicas y genéticas, variables de personalidad o situaciones traumáticas vividas, son factores que intervienen en el proceso de adicción e indican el nivel de vulnerabilidad que cada persona presenta ante las drogas. Entendemos como prevención la acción y el efecto de las intervenciones realizadas con la intención de influir y cambiar conductas individuales, sociales y/o ambientales que influyen en el consumo de sustancias perjudiciales para la salud, lo que incluye evitar que se comience a consumir, así como disminuir su consumo existente o atajar la evolución normal de su consumo. (UNDCP, 2000). En definitiva, se trata fundamentalmente de reducir la incidencia (el número de nuevos casos de consumo de drogas en una población), aunque también su prevalencia (número total de casos) o los riesgos asociados al consumo (Becoña, 2002).

El uso de programas de prevención, es un recurso necesario para tomar decisiones inteligentes, autónomas y responsables. Por ello, resulta necesario recurrir a programas de prevención que involucren diversos ámbitos para ayudar a los jóvenes, y al público en general, a comprender los riesgos derivados del abuso de sustancias, siendo una medida que deben tener siempre presente a los maestros, a los padres y a los profesionales de la salud.

En los últimos cincuenta años los modelos preventivos dominantes han ido evolucionando constantemente (Becoña, 2002). Entre 1960 y 1970 los denominados modelos racionales informativos, partían del supuesto que la conducta preventiva tendría lugar simplemente informado adecuadamente a los individuos, esperando en

consecuencia que se comportaran racionalmente, de ahí su nombre. Entre los años 1970 a 1980 los programas preventivos comienzan a fundamentarse en variables afectivas y en el desarrollo personal. Entre 1980 y 1990 los enfoques dominantes aluden al denominado modelo de influencia social, derivándose intervenciones tales como: a) El entrenamiento en habilidades de resistencia; o el b) El entrenamiento en habilidades sociales. Desde los años 1990 hasta la actualidad han cobrado más relevancia y apoyo empírico los denominados modelos de influencias sociales o psicosociales -que tienen un enfoque claramente diferente a los anteriores, fundamentándose empíricamente en los estudios de psicología social (Evans, 1976), en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1986) y en los estudios sobre antecedentes del consumo de drogas de Jessor y Jessor (1977)- y los modelos de habilidades generales. Este último modelo, es el más reciente y parte del postulado básico siguiente “*Es necesario entrenar a los sujetos no solo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de sustancias, sino que es preciso entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que venía haciéndose en el campo de las drogodependencias*”. Tiene un enfoque global dirigido a la prevención de todas las drogas. No obstante, en la práctica se dirige específicamente a prevenir el comienzo del uso de drogas, por lo que lógicamente se centra en las denominadas drogas de inicio: el tabaco, el alcohol y la marihuana. En este último grupo se encuadra el *Life Skills Training* (Botvin et. al. 1995), un programa escolar universal diseñado para tratar una variedad de factores de riesgo y de prevención por medio de programas de adiestramiento en relaciones humanas, en combinación con programas antidroga y educación normativa. Las tres áreas que incluye el programa son: las estrategias para resistir la tentación a las drogas e información y las estrategias para auto-administración, y la sociabilidad.

El programa “A experiencia de educar para a saúde na escola”, pude incluirse dentro de los denominados programas multicomponente o de habilidades generales. Parte de la idea de que la escuela es un ámbito fundamental para el desarrollo de la práctica preventiva, ya que presenta ventajas como, la posibilidad de intervenir a edades tempranas y en una época donde se están adquiriendo hábitos y modelos de

comportamiento; posibilita además, la continuidad de la acción preventiva sobre una misma población y constituye, junto con la familia, la primera instancia socializadora.

El presente trabajo, tiene como objetivo evaluar la eficacia del Programa de Prevención de Consumo de Drogas en la Escuela (PPCDE): “A experiencia de educar para a saúde na escola” en alumnos y alumnas de cuarto de la educación secundaria obligatoria (ESO).

MÉTODO

MUESTRA

La muestra estaba constituida por 498 adolescentes, con un rango de edades comprendida entre los 15 y los 18 años, escolarizados en el 4º curso de la ESO, matriculados en colegios públicos de las provincias de Pontevedra y A Coruña, en el curso 2009-2010. El 45,1% de la muestra fueron varones y el 54,9% mujeres. La edad media de los participantes se situó en los 15,84 años ($S_x = 0.873$).

Previo a la selección de la muestra se realizó un estudio para identificar los centros en los que se estaba implementando el programa “a experiencia de educar para a saúde na escola”. Con la colaboración del servicio de prevención de drogas de la Xunta de Galicia, quien nos facilitó un listado de centros y el contacto con especialistas o departamentos de orientación específicos.

La muestra seleccionada (10 centros) supone el 58,82% de la población total de centros en los que se estaba aplicando dicho programa. Los centros pertenecían en su totalidad a las provincias de A Coruña y Pontevedra.

Al objeto de responder a los objetivos de este estudio, los participantes fueron subclasificados en base a las dos principales variables estudiadas: género y modo de implementación del programa.

En relación a la variable modalidad de implementación del programa fue dividida en tres grupos: 1) Programa aplicado por profesores (N=150), 2) Programa aplicado por especialistas externos (N=193) y 3) Grupo control (N=129).

En un segundo momento, bajo pretexto experimental de contrastación empírica, se seleccionó una muestra control, integrada por estudiantes del mismo nivel educativo, pertenecientes a centros en los que no se estaba implementando el programa. Para la selección de los centros pertenecientes a este grupo, se tuvo en cuenta que estuviesen situados en una zona geográfica próxima a los centros experimentales y con una realidad sociodemográfica similar, a razón de uno por cada dos centros experimentales. El motivo por el que este estudio se realizó en adolescentes escolarizados en el último curso de la etapa de escolarización obligatoria (4º de la ESO), obedeció a una doble finalidad. Por una parte, a estas edades está escolarizada prácticamente la totalidad de la población. Por otra parte, supone una edad en la que un porcentaje significativo de adolescentes se inician en el consumo drogas, o bien comienzan a tener contacto con ambientes en las que el consumo y la presencia de sustancias adictivas es frecuente.

DISEÑO

Según la clasificación de Montero y León (2005), el diseño de esta investigación responde a un modelo cuasi experimental con una sola medida post test y con un grupo de cuasi control simultáneo.

VARIABLES

A efectos de contrastación empírica, se han seleccionado una serie de variables, tanto dependientes como independientes, que podemos agrupar en cuatro grupos, variables sociodemográficas, variables toxicológicas, factores de riesgo y protección y modalidad de aplicación del programa. Tal y como se deduce de los objetivos planteados, la variable independiente elegida fue la modalidad de aplicación del programa.

INSTRUMENTOS

Para llevar a cabo la recogida de datos se elaboró un cuestionario diseñado *ad hoc*. En su diseño, se han incluido escalas de elaboración propia y otras extraídas y/o adaptadas del Banco de Instrumentos para la Evaluación de Intervenciones Preventivas (Agencia antidroga de la Comunidad de Madrid y del Observatorio Europeo sobre Drogas y

Toxicomanías, 2003) y del estudio de los valores de la sociedad española y su relación con las drogas (Megías 2000).

El instrumento consta principalmente de 2 partes: un apartado de datos sociodemográficos y una segunda parte integrada por un conjunto de escalas con formato de respuesta tipo Likert, a excepción de la escala de Sustancias consumidas en el Botellón (SCB) y la escala de Edad de Inicio (EIN), que valoran aspectos relacionados con el consumo de sustancias.

Escala de Satisfacción Personal (SP), Mide la satisfacción del participante en relación con su ámbito próximo, vida social y escolar. Es una recopilación de seis cuestiones, valoradas de 1 a 5, siendo el 1 lo negativo y el 5 lo positivo. El alfa de Cronbach fue de 0.62.

Escala de Asertividad. (AS): Refleja hasta que punto el participante mantiene una actitud asertiva. Esta escala se compone de cinco ítems, valorados desde “totalmente de acuerdo” (5) hasta “totalmente en desacuerdo” (1). El alfa de Cronbach fue de 0.46.

Escala de Habilidades para Toma de Decisiones (HTD): Valora la habilidad de la persona para tomar decisiones basada en criterios racionales, se compone de ocho ítems, valorados desde “totalmente de acuerdo” (5) hasta “totalmente en desacuerdo” (1). El alfa de Cronbach fue de 0.58.

Escala de Percepción de Apoyo Social (PAS): Evalúa la percepción de apoyo que tiene el participante, por parte de sus padres y amigos. Cuenta con seis ítems, valorados desde “totalmente de acuerdo” (5) hasta “totalmente en desacuerdo” (1) El alfa de Cronbach fue de 0.30.

Escala de Comportamientos Problemáticos (CPR): Evalúa la frecuencia con la que los alumnos/as pueden verse involucrados en problemas de carácter leve y grave. Se compone de ocho ítems, medidos desde “nunca” (1) hasta “más de 10 veces” (5). Se compone de las subescalas *Comportamientos Problemáticos Leves (CPR- L)* que comprende los ítems 1, 2, 6 y 7 y *Comportamientos Problemáticos Graves (CPR-G)*, ítems 3, 4, 5 y 8. El alfa de Cronbach fue de 0.79.

Escala de Autoestima (AU): Se compone de diez ítems valorados desde “totalmente de acuerdo” (5) hasta “totalmente en desacuerdo” (1), que nos proporcionan una medida global de la autoestima. El alfa de Cronbach fue de 0.31.

Escala de Influencias Normativas sobre percepción de Consumo (INC): La media de los ítems indica el nivel de apoyo normativo a través del comportamiento normativo, en relación del consumo de distintas drogas. Se compone de dieciséis ítems, valorados desde “Nunca” (1) hasta “Más de una vez al mes” (5), a menor puntuación, menor influencia normativa respecto al consumo de sustancias. Cada sustancia abarca cuatro ítems, siendo las sustancias evaluadas: Alcohol, Tabaco, Cannabis y Drogas de síntesis. El alfa de Cronbach fue de 0.73.

Escala de Influencias Normativas de Aprobación (INA 1-4): Proporciona una medida del nivel de apoyo normativo de aprobación del consumo de diferentes sustancias: alcohol, tabaco, cannabis y drogas de síntesis. La aprobación de consumo de cada sustancia se evalúa en una escala que va desde “lo desaprobaba extremadamente” (1) hasta “No lo desaprobaba” (5), por lo tanto, a mayor puntuación menor desaprobación del consumo. El alfa de Cronbach fue de 0.86.

Escala de Control Parental (CPA): El control parental se refiere a, el control que ejercen los padres sobre los hijos, Los ítems 1 y 3 se refieren al control general, mientras que los ítems 2, 4 y 5 hacen referencia al control sobre el consumo de drogas. Se compone de cinco ítems siendo las opciones de respuesta desde, “totalmente de acuerdo” (5) hasta “totalmente en desacuerdo” (1). Una mayor puntuación indicará un mayor control familiar. El alfa de Cronbach fue de 0.53

Escala de Factores de Riesgo Parentales (FRP 1-4): Indica el nivel de apoyo familiar que percibe el encuestado/a con respecto al consumo de drogas. Se compone de cuatro ítems (referidos al alcohol, tabaco, Cannabis y Drogas de síntesis) Siendo el formato de respuesta el grado de aprobación, (1=“Lo desaprobaban extremadamente” hasta 5=“No lo desaprobaban”). A mayor puntuación más apoyo familiar percibe el encuestado/a. El alfa de Cronbach fue de 0.93.

Escala Percepción de Accesibilidad a Drogas (PAD): Mide la facilidad de acceso que los jóvenes consideran que tienen sobre las drogas. La escala alude a once sustancias,

representando un total de once ítems. La valoración va desde 5 “Muy fácil” hasta 1 “muy difícil”. Estas once sustancias quedan agrupadas en dos grupos o subescalas, el grupo de drogas legales, ítems del 8 al 11, y el grupo de drogas ilegales, ítems del 1 al 7. El alfa de Cronbach fue de 0.93.

Escala de Frecuencia de Consumo (FCO) y Consumo en el Último Mes (CUM), Ambas miden la frecuencia con la que se consumen determinadas sustancias, la primera de carácter general y la segunda mensual. Presentan 6 ítems cada una, que hacen referencia a drogas de inicio y se valoran de 1 “Nunca” a 4 “cada mes o más” y 1 “No la he consumido en el último mes” a 5 “diariamente” respectivamente. El alfa de Cronbach fue de 0.65.

Participación en el botellón y Sustancias Consumidas en el Botellón (PBA – SCB): Con estas dos escalas se pretende evaluar la frecuencia de participación en el botellón y las drogas que son consumidas durante su realización. La primera se mide de 0 “No” a 5 “Más de una vez por semana”, en la segunda, sencillamente se marcan las drogas consumidas (alcohol, marihuana, cocaína o drogas de síntesis..., etcétera).

Problemas en el botellón (PBC): Refleja los problemas causados como consecuencia de la participación en el botellón. Esta escala contiene diez ítems valorados en una escala de frecuencia, desde 1 “Nunca” hasta 4 “más de 5”. El alfa de Cronbach fue de 0.77.

Edad de Inicio (EIN): Ofrece una edad media de inicio para cada droga en particular, pudiéndose diferenciar también entre drogas legales e ilegales. La respuesta es numérica, con números enteros.

Escala de Razones para el Consumo de Drogas (RCD): Refleja las razones que impulsan a los jóvenes a consumir tabaco, alcohol, cannabis, éxtasis y drogas de síntesis. Se compone de siete razones (ítems), asociados a cada droga. El alfa de Cronbach fue de 0.71.

Escala de Efectos del Consumo de Drogas (ECD): Recoge el número de veces que el encuestado/a ha sufrido un problema derivado del consumo de sustancias. Se compone de diez ítems valorados de 1 “Nunca” a 5 “más de 5 veces”, cuanto más elevada sea la puntuación obtenida, mayor habrá sido la experiencia con drogas de la persona. El alfa de Cronbach fue de 0.77.

Escala de Intención de Consumo (ICO): Indica la intención de consumo de drogas por parte del participante en el período de un año. Se compone de nueve ítems divididos en drogas legales (ítems 1 y 2) y drogas ilegales (ítems 3 a 9), medidos de 5 “Muy probable” a 1 “Muy improbable”. El alfa de Cronbach fue de 0.81.

Escala de Creencias sobre las Consecuencias (CSC): Refleja la percepción relativa que tienen los participantes de las consecuencias derivadas del consumo de drogas. Se compone de 15 ítems divididos en consecuencias negativas (ítems 1-9) y positivas (ítems 10-15), todas ellas con posibilidad de respuesta desde 1 “muy improbable”, hasta 5 “muy probable”. El alfa de Cronbach fue de 0.94.

PROCEDIMIENTO

La recogida de datos se llevó a cabo entre los meses de enero de 2010 y abril de 2010. Siendo la participación de los alumnos en el estudio totalmente anónima y voluntaria.

Previo a la recogida de datos, nos hemos puesto en contacto con el servicio de prevención del Plan Galicia sobre Drogas, para disponer de un listado de los centros en los que se estaba implementando el programa “A experiencia de educar para a saúde na escola” bien por profesorado, o bien por profesionales externos. Una vez comprobado y depurado el listado, se procedió a seleccionar la muestra de centros que integrarían las dos modalidades experimentales (1- Programa aplicado por profesores, 2- Programa aplicado por profesionales externos) y el grupo control (integrado por centros en los que no se estaba aplicando el programa).

A continuación, nos pusimos en contacto con ellos y les comunicamos los objetivos del estudio y los instrumentos a aplicar. Una vez obtenido su consentimiento, se fijaba con el centro una fecha y hora para la recogida de datos.

Antes de administrar el cuestionario a los alumnos se les informó de los objetivos de la investigación, se les solicitó su participación anónima y voluntaria, y se les solicitó sinceridad en sus respuestas.

El cuestionario fue administrado en grupos de entre 15 y 25 alumnos/as, recibiendo todos, la misma información. Se solicitó silencio y se repartió de forma ordenada e individual los cuestionarios. Las dudas fueron atendidas de forma individualizada y nos

aseguramos que en las aplicaciones, los alumnos y alumnas estuviesen sentados de forma individual.

El instrumento estaba pensado para ser cubierto en un tiempo de unos 25 minutos. Se observaron diferencias en el tiempo consumido por los diferentes participantes, con un rango entre 13 y 35 minutos; estas diferencias se debieron al número de ítems contestados, según procediera, ya que cuando a un participante no le afectaba una escala saltaba a la siguiente agilizando así su cumplimentación.

RESULTADOS

El 80,9% de los adolescentes estudiados reconoce haber consumido alcohol, asimismo un 45,8% refiere haberlo consumido en alguna ocasión de modo abusivo. En relación al consumo de tabaco, un 42,8% de la muestra refiere haberlo probado, mientras que un 22,3% refiere haber fumado cannabis, al menos una vez. Por lo que respecta al resto de sustancias, su consumo es muy minoritario.

Cuando analizamos los consumos realizados por los/as adolescentes se detectaron diferencias estadísticamente significativa en función del género en relación al consumo de alcohol ($X^2=17.80$; $p>0.001$) y cannabis ($X^2=9.81$; $p<0.044$). Las adolescentes tuvieron mayor consumo de alcohol, mientras que sus homólogos varones presentaron mayores niveles de consumo de cannabis.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN FUNCIÓN DEL LA MODALIDAD DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA

En función de la variable modalidad de aplicación, tal como se observa en la tabla 1 se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes escalas y subescalas:

- **Satisfacción Personal** ($F= 3.98$; $p<.019$), los análisis a posteriori (método de Tukey) reflejan que el grupo de alumnos/as a los que se les administró el programa por parte de sus profesores presenta un mayor nivel de satisfacción con su vida, que los

alumnos/as de las otras modalidades de aplicación: por parte de profesionales o especialistas externos ($p<.050$) y del grupo control ($p<.032$).

- **Asertividad** ($F= 3.31$; $p<.037$), se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de administración por profesores y el grupo control ($p<.050$) y entre el grupo de aplicación por profesionales y el grupo control ($p<.05$); obteniendo los grupos experimentales puntuaciones más elevadas en asertividad.
- **Comportamientos Problemáticos** ($F= 6.06$; $p<.003$), el grupo de aplicación por profesores presenta menos comportamientos problemáticos que el grupo control ($p<.029$) y que el grupo de aplicación por profesionales ($p<.003$).
 - **Subescala de Comportamientos Problemáticos Leves** ($F= 7.87$; $p<.000$), se refleja una tendencia similar, siendo el grupo de aplicación por profesores los que presentan menor frecuencia de problemas leves frente al grupo control ($p<.013$) y al de aplicación por profesionales externos ($p<.000$).
- **Influencias Normativas de Percepción de Consumo** presenta diferencias significativas en relación a varias sustancias:
 - **Escala INC1 (Alcohol)** ($F= 31.01$; $p<.000$), los alumnos y alumnas del grupo de aplicación por profesores perciben una menor influencia normativa que el resto de alumnos y alumnas, del grupo control ($p<.000$) y del grupo de aplicación por profesionales externos ($p<.000$).
 - **Escala INC2 (Tabaco)** ($F= 17.89$; $p<.000$), son los grupos de aplicación por profesores y por especialistas, los que presentan menores niveles de influencias normativas de percepción de consumo, detectándose diferencias estadísticamente significativas entre en grupo de aplicación por profesores y el grupo control ($p<.000$), y entre el grupo de aplicación por profesionales externos y los alumnos/as del grupo control ($p<.000$).
 - **Escala INC3 (Cannabis)** ($F= 12,21$; $p<.000$) son nuevamente los grupos de aplicación por profesores y por especialistas, los que presentan menores niveles de influencias normativas de percepción de consumo con respecto a esta sustancia, detectándose diferencias estadísticamente significativas entre en grupo de aplicación por

profesores y el grupo control ($p<.000$), y entre el grupo de aplicación por profesionales externos y los alumnos/as del grupo control ($p<.000$).

- **Influencias Normativas de Aprobación** se han detectado diferencias estadísticamente significativas en diferentes sustancias:

- **Escala INA1 (Alcohol)** ($F= 9.12$; $p<.000$), detectándose un menor grado de influencia normativa de aprobación en los grupos experimentales, siendo las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de aplicación por docentes y el grupo control ($p<.000$) y entre el grupo de aplicación por profesionales externos y el control ($p<.000$).

- **Escala INA2 (Tabaco)** ($F= 3.58$; $p<.029$) se detecta un menor grado de influencia normativa de aprobación en el grupo de aplicación por docentes, detectándose diferencias significativas con respecto al grupo control ($p<.000$) y al grupo de aplicación por profesionales externos ($p<0.000$).

- **Escala INA3 (Cannabis)** ($F= 13.26$; $p<.000$), los resultados muestran que los participantes del grupo control tienen un mayor nivel de influencias normativas de aprobación que los grupos experimentales, detectándose diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de aplicación por docentes y el control ($p<.000$) y entre el grupo de aplicación por profesionales externos y el control ($p<.000$).

- **Escala INA4 (Drogas de Síntesis)** ($F= 4.91$; $p<.008$), se evidencia un mayor grado de influencia normativa de aprobación en el grupo control, aunque solamente se detectaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo de aplicación por profesionales externos ($p<.004$).

- **Control Parental General** ($F= 3.47$; $p<.032$), los datos nos muestran que los alumnos y alumnas del grupo aplicado por profesionales externos perciben un mayor control de sus padres, que los alumnos/as pertenecientes a los demás grupos, aunque solamente se detectaron diferencias con los alumnos/as del grupo control ($p<0.037$).

- **Factores de Riesgo Parentales** se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación:

- **Escala FRP1 (Alcohol)** ($F= 5.55$; $p<.004$), los participantes del grupo de aplicación por especialistas perciben más factores de riesgo en sus familias que los del grupo control ($p<0.003$).
- **Escala FRP2 Tabaco** ($F= 9.43$; $p<.000$), tanto los participantes del grupo de aplicación por profesores ($p<.003$), como los del grupo de aplicación por profesionales externos ($p<0.003$), perciben más factores de riesgo en sus familias que los del grupo control.
- **Percepción de Accesibilidad a Drogas** ($F=3,43$; $p<.033$), los análisis a posteriori muestra diferencias significativas entre los grupos de aplicación por profesores y el de aplicación por personal externo ($p<.037$); siendo estos últimos los que perciben una mayor accesibilidad a las drogas en general.
- **Subescala PAD Drogas Legales** ($F= 5.40$; $p<.005$), los participantes del grupo control y los del grupo de aplicación por profesores, respectivamente, son los que perciben mayor accesibilidad a este tipo de sustancias. Los análisis a posteriori detectaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de aplicación por profesores y el grupo control ($p<0.006$) y entre el grupo de aplicación por profesores y el de aplicación por profesionales externos ($p<.032$).
- **Subescala Intención de Consumo de drogas legales** ($F=4.12$; $p<.017$), los alumnos/as pertenecientes al grupo control refieren una mayor intención de consumo, si bien los análisis a posteriori únicamente reflejaron la existencia de diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de aplicación por profesores ($p<0.013$).
- **Creencias Sobre las Consecuencias Positivas** derivadas del consumo de drogas ($F=4.30$; $p<.014$; los participantes del grupo control consideran que el consumo de sustancias les puede reportar mayores niveles de consecuencias positivas que el resto de los grupos. No obstante, los análisis a posteriori únicamente detectaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo de aplicación por docentes ($p<0.049$).

DISCUSIÓN

En Galicia, la sustancia más consumida por los adolescentes es el alcohol, seguido del tabaco y el cánnabis, tal como lo recoge la última encuesta del Plan Galicia sobre Drogas (2009), presentando además, una amplia participación en el botellón, aproximadamente un tercio de los jóvenes menores de 24 años. Nuestros datos, son concordantes con lo reportado en el referido estudio y otros de ámbito nacional (Observatorio Español sobre Drogas, 2007).

La evaluación de un programa de salud debe realizarse a medio o largo plazo, entendiendo que los cambios en los estilos de vida y sus efectos en los sistemas biológicos no son inmediatos en una persona, sino que necesita de un proceso de cambio, pero en múltiples ocasiones no es posible realizar este tipo de evaluación (Forjan y Santacreu, 1996). Además, no siempre es sencillo evaluar un programa, en algunos casos, surgen circunstancias que hacen difícil la correcta evaluación, o puede incluir componentes difíciles de evaluar. Algunas de las dificultades que pueden surgir en la evaluación de programas han sido identificadas por Silva y Monturiol (1997). En primer lugar puede resultar complicado encontrar un marco teórico en el que se aborden todos los aspectos a tratar en el programa, además, están las dificultades metodológicas que normalmente surgen para establecer una relación entre el programa y sus efectos. Dificultad que se ve minimizada por una correcta planificación previa a la implementación del programa. Otra dificultad la puede ocasionar la propia planificación, en el caso de que esta no esté bien definida. Además, teniendo en cuenta que el objetivo final suele centrarse en evaluar la modificación de los estilos de vida, esto no siempre es factible, pues estos, cuando tienen lugar, suelen ser cambios difíciles de visualizar a corto plazo.

Los datos obtenidos en nuestra investigación indican que, como preveíamos, los participantes de los grupos a los que se les había aplicado el programa de prevención “Educar para a Saúde na Escola” presentaron mejores resultados, concretizados en puntuaciones más altas en habilidades para hacer frente a situaciones de riesgo y mejores actitudes frente al consumo de drogas que aquellos grupos pertenecientes al grupo control. Dentro de los grupos experimentales, los resultados obtenidos por parte

de los participantes a los que el programa fue aplicado por sus propios profesores, han sido mejores que aquellos a los que el programa le fue aplicado por profesionales o especialistas externos al centro. Por lo que creemos que estos resultados pueden contribuir a uno de los objetivos principales, que según Becoña (2002) debe alcanzar un programa de prevención de drogas, impidiendo o retrasando la edad de inicio o de abuso de una sustancia. Dato que puede verse corroborado, al constatar que los grupos experimentales presentan una intención de consumo significativamente menor que la del grupo control. Esto coincide con la premisa considerada por Bellver y García (1997) en la que observan la necesidad de cambiar la visión del consumo, para mejorar los resultados.

Además, Sloboda y David (1997) proponen otra serie de cuestiones que un programa preventivo debe cumplir. Según estos autores, un programa preventivo debe ser capaz de realzar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo. En este sentido, nuestros datos reflejan la existencia de diferencias significativas en varios de estos factores de riesgo y protección: satisfacción personal, asertividad, comportamientos problemáticos leves, influencias normativas de percepción de consumo en relación al tabaco, alcohol y cannabis, influencias normativas de aprobación en relación al tabaco, alcohol y cannabis, el control parental general, los factores de riesgo parentales con relación al alcohol y al tabaco, y la percepción de accesibilidad a drogas. En todas estas variables, han sido los grupos a los que se ha aplicado el programa los que han obtenido los mejores resultados. También proponen la mejora de habilidades de resistencia frente a las drogas, que coincide con el resultado de creencia sobre las consecuencias positivas, donde el grupo control presenta una percepción de consecuencias positivas derivadas del consumo, mayores que los otros dos grupos.

Por otra parte, Pérez Calvo (2000) insiste en que un programa bien elaborado y correctamente aplicado, debe inhibir las conductas de riesgo que se pretende prevenir. En este sentido, los resultados obtenidos indican que los participantes en las modalidades experimentales (aquellos que habían recibido el programa preventivo), han sido mejores que aquellos que formaban parte del grupo control o grupo de no

aplicación), presentando menores niveles de consumo y de intención de consumo en los próximos doce meses.

Ahondando un poco más en el análisis de los datos obtenidos, observamos que dentro de los grupos experimentales, los grupos en los que el programa fue aplicado por profesores han obtenido mejores resultados que aquellos en los que el programa ha sido aplicado por profesionales especializados, externos al centro. En este sentido el National Institute on Drug Abuse (NIDA) de los Estados Unidos de América (1997) propone también que la correcta implementación de un programa preventivo debe ser capaz de modificar una realidad concreta. Para poder modificar con la mayor eficacia posible una realidad, es imprescindible conocer bien esa realidad, quizá esta sea una de las razones, por la que los grupos a los que el programa ha sido aplicado por profesores ha obtenido mejores resultados que los aplicados por profesionales externos. Tal vez este resultado se explique, además, por lo que Alonso, Freijo y Freijo (1996) indican “los profesores actúan como agentes preventivos y como modelo de los alumnos, debido a su cercanía y a la familiaridad que tienen con estos. Un profesor vive y está inmerso en la misma realidad que sus alumnos, mientras que los profesionales o especialistas tienen que hacer un esfuerzo extra para poder adaptarse, ya que estos tienen la responsabilidad de atender a varios centros, por lo que tampoco pueden estar en un mismo centro continuamente”.

A modo de resumen, diremos que el grupo con mejores resultados han sido aquel en el que el programa ha sido aplicado por profesores, siendo sus participantes los que presentan los valores más elevados en factores de protección y los que junto con los participantes del grupo de aplicación por especialistas externos, tienen una menor intención de consumo de sustancias. Además, consideran en mayor medida que el grupo control que las consecuencias positivas que pueden derivarse del consumo de sustancias, no compensan los posibles riesgos asociados al mismo.

Finalmente, quisiéramos dejar constancia de que a pesar de que hemos adoptado diferentes medidas para conseguir que los grupos experimentales y control fueran homogéneos en relación a diferentes variables sociodemográficas (conflictividad del entorno social, la oferta de sustancias en la zona o el funcionamiento o dinámica del

centro..., etcétera), consideramos conveniente realizar nuevos estudios para monitorizar y documentar la eficacia del programa aquí evaluado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Agencia antidroga de la Comunidad de Madrid y observatorio europeo sobre drogas y toxicomanías – OEDT (2003). Banco de Instrumentos para la Evaluación de Intervenciones Preventivas Madrid: B.O.C.M.
- Alonso, D., Freijo, E. y Freijo, A. (1996). La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Separation from a parent during childhood and adult socioeconomic attainment. *Social Forces*, 70(1), 187-206.
- Bandura A. (1986) Social foundations on thought an action. A social cognitive teory. Englewoods cliffs NJ: Prentice Hall.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio del. Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional.
- Bellvar, M. C. y García, R. (1997) Objetivos y estrategias de los programas de prevención escolar y comunitaria nacionales. Una revisión (1985-1994). En J. Escamez (Eds.) Prevención de la drogadicción (pp. 115-134). Valencia: Naullibres
- Botvin, G.J.; Baker, E.; Filazzola, A.D.; and Botvin, E.M. (1990). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: One-year follow-up. *Addictive Behaviors* 15 (1):47-63.
- Evans, R. (1976) Smoking in children. Developing a social psychology strategy of detorrance. *Preventive Medicine*, 5, 122-126.
- Froján, M. J. y Santacreu, J. (1996). Evaluación de programas de salud. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de saulud (pp. 283-319). Madrid: Síntesis.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New York: Academic Press.
- Megías, E. (dir.) (2000) Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas. Fundación “La Caixa”
- Merten, D.E. (1996). Visibility and Vulnerability: Responses to Rejection by Nonaggressive Junior High School Boys. *The Journal of Early Adolescence*, 16, 5-26.
- Montero, I. & León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 5, 115-127.
- Observatorio Español sobre Drogas (2007). Informe 2007, Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías – OEDT (2008) Informe anual 2008: el problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de publicaciones oficiales de las comunidades europeas.

- Papini, D. R., Farmer, F. F., Clark, S. M., Micka, J. C., and Barnett, J. K. (1990) Early Adolescent Age and Gender Differences in Patterns of Emotional Self-Disclosure to Parents and Friends. *Adolescence*. 25, 959-976.
- Plan Galicia sobre Drogas (2009). El consumo de drogas en Galicia X. Madrid: Edisa.
- Pérez Calvo, R.M. (2000). Prevención de las toxicomanías en la infancia y la adolescencia. En M.A. Balcells-Carles, *Infancia y adolescencia en riesgo social*. (pp.239-252) Lleida: Milenio.
- Silva, A. y Monturiol, F. (1997). La evaluación de programas de prevención de drogodependencias. En S. Barriga, M.Martínez, B.González, M.A.Garrido, M.R.Bueno, *Drogas. Fundamentos para la prevención de las drogodependencias* (pp.101-118). Sevilla: Kronos.
- Sloboda, Z. David, S.L. (1997). *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents: A Research Guide*. Rockville, MD: Departament of Health and Human Services
- UNDCP (2000). *Demand Reduction. A glosary of terms*. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.

Tabla 3. Evaluación de la eficacia del Programa de Prevención de Consumo de Drogas en la Escuela (medias, desviaciones típicas y porcentajes de significación) en función de la modalidad de aplicación del mismo.

	Grupo Control. Media (Desv. Típica) (n=129)	Programa Aplicado por Profesores. Media (Desv. Típica) (n=150)	Programa Aplicado por Personal Externo. Media (Desv. Típica) (n=193)	Valor F	Porcentaje de significación
Escala SP	4,10 (1,02)	4,25 (1,07)	4,12 (1,07)	3,98	,019
EscalaAS	3,55 (0,72)	3,72 (0,61)	3,71 (0,60)	3,31	,037
Escala HTD	2,93 (0,60)	2,86 (0,53)	3,00 (0,53)	2,71	0,67
Escala PAS	3,52 (0,53)	3,58 (0,46)	3,59 (0,54)	0,71	0,494
Escala CPR	1,95 (0,72)	1,74 (0,61)	1,99 (0,74)	6,06	,003
CPR-Leves	2,48 (0,96)	2,16 (0,89)	2,55 (0,99)	7,87	,000
CPR-Graves	1,44 (0,66)	1,31 (0,50)	1,43 (0,63)	2,27	,104
Escala AU	3,42 (0,40)	3,39 (0,40)	3,48 (0,49)	2,25	,107
Escala INC1 (Alcohol)	4,27 (0,86)	3,55 (0,96)	4,19 (0,84)	31,01	,000
Escala INC2 (Tabaco)	4,04 ,90438	3,46 ,96125	3,47 ,96729	17,894	,000
Escala INC3 (Cannabis)	2,99 (1,31)	2,45 (1,22)	2,36 (1,01)	12,21	,000
Escala INC4	1,92 (0,98)	1,82 (0,90)	1,88 (0,88)	0,40	,673
Escala INA1 (Alcohol)	2,17 (1,20)	2,60 (1,16)	2,75 (1,30)	9,12	,000
Escala INA2 (Tabaco)	1,71 (0,97)	1,99 (0,91)	1,78 (0,96)	3,58	,029
Escala INA3 (Cannabis)	2,77 (1,38)	3,33 (1,29)	3,52 (1,30)	13,26	,000
Escala INA4 (Drogas de síntesis)	3,51 (1,26)	3,82 (1,13)	3,91 (1,12)	4,91	,008
Escala CPA	3,86 (0,70)	3,99 (0,65)	3,91 (0,62)	1,45	,235

CPA-General	3,54 (0,89)	3,77 ,83618	3,55 (0,90)	3,47	,032
CPA- Drogas	4,08 (0,81)	4,13 (0,77)	4,14 (074)	0,30	,740

SP: Satisfação Personal; AS: Asertividade; HTD: Habilidades para la Toma de Decisiones; PAS: Percepción de Apoyo Social; CPR: Comportamiento Problemático leves y graves; AU: Autoestima; INC: Influencias Normativas de Percepción de Consumo; INA: Influencias Normativas de Aprobación Consumo; CPA: Control Parental.

Tabla 3. Evaluación de la eficacia del Programa de Prevención de Consumo de Drogas en la Escuela (medias, desviaciones típicas y porcentajes de significación) en función de la modalidad de aplicación del mismo. (continuación)

	Grupo Control. Media (Desv. Típica) (n=129)	Programa Aplicado por Profesores. Media (Desv. Típica) (n=150)	Programa Aplicado por Personal Externo. Media (Desv. Típica) (n=193)	Valor F	Porcentaje de significación
Escala FRP1 (Alcohol)	3,36 (1,34)	3,92 (1,18)	3,65 (1,22)	5,55	,004
Escala FRP2 (Tabaco)	3,66 (1,45)	4,20 (1,17)	4,26 (1,08)	9,43	,000
Escala FRP3 (Cannabis)	4,47 (1,11)	4,51 (0,57)	4,71 (0,79)	2,90	,056
Escala FRP4 (Síntesis)	4,70 (0,94)	4,69 (0,87)	4,82 (0,58)	1,54	,216
Escala PAD	3,62 (0,70)	3,42 (0,78)	3,61 (0,81)	3,43	,033
PAD Drogas Legales	4,69 (0,67)	4,43 (0,84)	4,62 (0,66)	5,40	,005
PAD Drogas Ilegales	3,01 (0,91)	2,84 (0,93)	3,03 (1,05)	1,81	,165
Escala PBC	1,36 (0,38)	1,25 (0,31)	1,26 (0,34)	2,44	,089
Escala RCD	0,49 (0,28)	0,40 (0,29)	0,40 (0,26)	0,28	,065
Escala ECD	1,50 (0,51)	1,45 (0,31)	1,45 (0,49)	0,09	,913
Escala ICO	1,76 (0,68)	1,62 (0,64)	1,62 (0,66)	2,05	,130

ICO-Drogas Legales	3,22 (1,34)	2,80 (1,22)	2,94 (1,19)	4,12	,017
ICO-Drogas Ilegales	1,35 (0,69)	1,29 (0,61)	1,25 (0,67)	0,85	,427
Escala CSC	3,02 (0,26)	3,03 (1,07)	3,08 (1,01)	0,17	,847
CSC - Negativas	3,26 (1,35)	3,49 (1,35)	3,54 (1,30)	1,83	,161
CSC - Positivas	2,72 (1,13)	2,34 (1,13)	2,40 (1,14)	4,30	,014

FRP: Factores de Riesgo Parentales; PAD: Percepción de Accesibilidad a Drogas; PBC: Problemas en el Botellón; RCD: Razones Consumo de Drogas; ECD: Efectos Consumo de Drogas; ICO: Intención Consumo; CSC: Creencias sobre Consecuencias Consumo.