
EFFECTOS DEL PROGRAMA SALUDA SOBRE FACTORES COGNITIVOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS

José P. Espada y Mireia Orgilés¹, Xavier Méndez², José M. García-Fernández³, Cándido J. Inglés⁴

¹Universidad Miguel Hernandez, España. ²Universidad de Murcia, España.
³Universidad de Alicante, España. ⁴Universidad Miguel Hernandez, España.

(Recibido: 23/08/2008/ Aceptado: 2/11/2008)

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar los efectos del programa de prevención escolar Saluda sobre tres factores de riesgo de tipo cognitivo: información sobre las drogas, percepción de riesgo y estimación normativa del consumo. La muestra estuvo compuesta por 133 adolescentes de ambos sexos. Se aplicó un diseño cuasiexperimental con cinco condiciones: programa Saluda, un programa de eficacia probada, un programa de educación para la salud, un grupo de atención placebo y grupo sin intervención. Los resultados mostraron que el programa aumentaba el nivel de información y la percepción de riesgo ante distintas sustancias. El análisis de los tamaños del efecto indican que el programa Saluda se mostraba al menos tan eficaz como el programa de comparación y ambos mejoraban a los grupos de control. A partir de los resultados se concluye que las intervenciones resultan más eficaces que la no intervención a la hora de modificar variables mediadoras de tipo cognitivas.

Correspondencia

Dr. José P. Espada.

Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Campus de Elche.

Avda. de la Universidad, s/n. 03202. Elche, Alicante (España).

Fax: 34-96 665 89 04. Tel.: 34-96 665 83 44.

E-mail: jpespada@umh.es

Palabras clave: adolescencia, drogodependencias, evaluación de programas, prevención escolar, percepción normativa, percepción de riesgo.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the effects of a school-based prevention program Saluda on three cognitive risk factors: information about drugs, risk perception and normative perception of consumption. The sample consisted of 133 scholars. A quasi-experimental design was carried out with five experimental conditions: program Saluda, a proven efficacy program, a health promotion program, a placebo group and a non intervention group. The results showed that the program increased the level of information and risk perception to various substances. The analysis of the effect sizes indicate that the program greets showed at least as effective as the program and both improved compared to control groups. Based on the findings concluded that interventions are more effective than non-intervention modifying cognitive mediating variables.

Key words: adolescence, addictions, program evaluation, school prevention, normative perception, risk perception

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en la adolescencia es desde hace décadas una de las problemáticas que genera mayor preocupación social. Entre las repercusiones físicas y psicológicas del consumo se encuentra el fracaso escolar, conductas agresivas, relaciones sexuales de riesgo y realizar otras conductas perjudiciales para la salud. El consumo de sustancias se encuentra muy relacionado con los accidentes de tráfico, suicidios y homicidios, siendo éstas las tres primeras causas de muerte entre los jóvenes (García y González, 2002). El inicio y mantenimiento del consumo de drogas legales ha sido identificado como un factor de riesgo para iniciarse en el uso de drogas ilegales (Becoña, 2000; DGPND, 2007; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992).

Los datos de la última encuesta escolar del Plan Nacional sobre Drogas (2007) con una muestra amplia de adolescentes de 14 a 18 años, informan de una tasa de consumo de alcohol experimental elevada (79.6 %), seguida por el tabaco (46.1 %), el cannabis (36.2 %) y otras sustancias como las drogas de síntesis (1-6 %).

Durante los últimos treinta años se han realizado numerosos esfuerzos dirigidos a la prevención del problema. El hecho de que no se haya logrado superar puede indicar la falta de eficacia de los programas preventivos para eliminar o reducir el consumo. La evaluación de programas indica que ha habido una mejora en su eficiencia, aunque sigue siendo necesario mejorar los resultados. El estudio realizado por Tobler (1986) incluyó 143 programas de prevención que fueron clasificados en cinco categorías: 1) programas informativos, impartidos en forma de conferencia, 2) programa afectivos, que desarrollaban un currículo inespecífico para la mejora de la autoestima, la clarificación de valores y las habilidades de competencia, 3) una combinación de los dos anteriores (informativos + afectivos), 4) programas de variables psicosociales, entre los que se encontraban los programas de habilidades sociales y de vida, y los programas de habilidades de resistencia, y 5) programas de alternativas, que trataban de promover la participación de los destinatarios en actividades comunitarias. Según el tipo de programa, resultaron más eficaces los centrados en factores psicosociales que los focalizados en la generación de alternativas, mientras que no se mostraron eficaces los basados en la transmisión de información y/o en la educación afectiva. Según el aspecto evaluado, los programas produjeron un efecto moderado en el nivel de conocimiento sobre las drogas, pequeño en el desarrollo de habilidades sociales y en el consumo autoinformado, e insignificante en el cambio de actitudes.

En el contexto español existen revisiones cualitativas y cuantitativas. Lence, Gómez y Luengo (1997) examinaron los meta-análisis sobre programas de prevención españoles de ámbito escolar, concluyendo que los programas eran más eficaces para mejorar el conocimiento sobre las drogas que para producir cambios de conducta. Además, los programas que incidían en las variables psicosociales eran más eficaces que los programas meramente informativos.

Nosotros desarrollamos un meta-análisis sobre la eficacia de los programas de prevención escolar aplicados en España entre 1985 y 2002 (Espada et al., 2002). Fueron incluidos 21 estudios independientes que cumplieron los criterios de selección. La mayoría de los programas se basaban en la teoría del aprendizaje social y utilizaban una metodología activa. Todos ofrecieron información oral, escrita y/o audiovisual sobre las drogas, siendo la combinación oral + escrita la fórmula más empleada. Los programas desarrollaron principalmente contenidos sobre los tipos de drogas y sus efectos, sobre las repercusiones nega-

tivas a corto y largo plazo, y sobre los factores de riesgo. Más de la mitad de los programas incluyeron el compromiso público respecto al uso de drogas y el entrenamiento en habilidades sociales, en general, y en resistencia a la presión social, en particular. Aproximadamente un tercio incorporaron como componentes activos el entrenamiento en resolución de problemas, la toma de una decisión personal sobre el uso de drogas, y el modelado, especialmente activo y en vivo. El programa preventivo promedio comprendía 9 horas de intervención, distribuidas en 9 sesiones semanales.

Los programas basados en las teorías de la acción razonada y del aprendizaje social fueron más eficaces que los fundados en la teoría de la transmisión de información, aunque esta diferencia fue solo marginalmente significativa. Los programas con contenidos sobre los tipos de drogas y sus efectos, y sobre las repercusiones negativas a corto y largo plazo, fueron más eficaces que los que no proporcionaron esta información, aunque la diferencia fue pequeña ($d_+ = 0,25$). La diferencia entre debatir o no los factores de riesgo fue marginalmente significativa, mientras que ofrecer datos sobre consumo no aumentó la eficacia.

El tamaño del efecto medio global reveló que los programas en el contexto escolar para disminuir el abuso de drogas son eficaces, aunque su eficacia fue pequeña ($d_+ = 0,20$). Sin embargo, al analizar los programas con seguimiento a medio plazo (rango: 6-18 meses), entonces la eficacia aumenta hasta alcanzar un nivel moderado ($d_+ = 0,65$). Los programas resultaron más eficaces con el alcohol, que con el tabaco u otras drogas. También obtuvieron más éxito para disminuir el consumo y mejorar el conocimiento, que para modificar las actitudes hacia las drogas. El componente de los programas que se mostró más eficaz fue la información sobre las sustancias.

En líneas generales, el efecto de los programas preventivos en España es pequeño y se sitúa en el límite inferior de la categoría baja eficacia establecida por Cohen (1988). En este sentido, la situación de la prevención escolar de nuestro país no es mejor ni peor que la estadounidense y canadiense (Bangert-Drowns; 1988; Enneth et al., 1994; Espada et al., 2002; 2008; Rooney y Murray, 1996; Tobler, 1986, 1992; Tobler et al., 1999).

Los objetivos de este trabajo fueron valorar los efectos del programa preventivo Saluda en una muestra de adolescentes, sobre los factores de riesgo cognitivo, como el nivel de información, la percepción de riesgo y la estimación normativa del consumo. Para ello se utilizó un diseño incluyendo como grupo de comparación un programa de prevención

escolar de eficacia probada. Un objetivo secundario consistió en comparar los efectos de dos programas de prevención con una intervención preventiva inespecífica.

Se plantea la hipótesis de que los programas activos serán eficaces aumentando el nivel de conocimientos, la percepción de riesgo y reduciendo la estimación normativa frente a la atención placebo y la no intervención. En resumen: Programa Saluda \geq Entrenamiento en Habilidades de Vida $>$ Programa de Educación para la Salud $>$ Atención placebo $>$ No intervención.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes fueron 133 alumnos de tercero de secundaria, de los que 63 (47.4 %) eran chicos y 70 (52.6 %) chicas, con un rango de edad de 13 a 15 años ($M = 14.17$; $DE = .72$). El nivel socioeconómico era medio en el 82% de los casos y la mayor parte (95%) era de nacionalidad española. Todos los sujetos participaron voluntariamente. Por medio de la prueba χ^2 de homogeneidad de la distribución de frecuencias, se comprobó que no existían diferencias estadísticamente significativas de género y edad entre los grupos ($\chi^2 = .10$; $p = .77$).

INSTRUMENTOS

Cuestionario de Consumo de Drogas (CCD; Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Está formado por 13 ítems de alternativa múltiple que evalúan conductas de consumo de distintas sustancias, frecuencia y percepción de riesgo.

Cuestionario de Intención de Consumo (CIC; Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Está compuesto por siete preguntas con formato de respuesta dicotómico, solicitando el juicio de los sujetos sobre su intención de realizar conductas relacionadas con la compra, consumo ocasional o habitual de drogas. Se realizó un análisis de la dimensionalidad del test mediante un análisis factorial común de ejes principales iterados con rotación varimax, hallando una estructura factorial unidimensional. El único factor aislado explicó el 36.61 % de la varianza total (autovalor = 2.57). El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, fue de .66, satisfactorio teniendo en cuenta el reducido número de ítems que componen la escala.

Cuestionario de Información sobre Drogas (CID; Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Indaga el conocimiento sobre los efectos a corto y largo plazo del alcohol y las drogas de síntesis. También identifica creencias erróneas sobre estas sustancias. Se compone de veinte preguntas con tres alternativas de respuesta y de seis escalas gráficas sobre la percepción del consumo de drogas por compañeros de la misma edad. Con el fin de descartar preguntas con escasa capacidad discriminativa, se estudió el índice de dificultad comprobando que ninguna era contestada erróneamente por más del 90 % de los participantes. A partir de los análisis psicométricos, se establecieron dos subescalas que miden respectivamente la información sobre el alcohol y sobre las drogas de síntesis. La escala de información sobre alcohol comprende los ítems del 1 al 10. Se llevó a cabo un análisis factorial común de ejes principales iterados con rotación varimax. La estructura factorial fue unidimensional, explicando el 19.5 % de la varianza total (autovalor = 1.95). El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, fue .50. La escala de información sobre drogas de síntesis comprende los ítems del 11 al 20. Se llevó a cabo un análisis sobre la estructura factorial del cuestionario, realizando un análisis factorial común de ejes principales iterados con rotación varimax. La estructura factorial fue unidimensional, explicando el 30.1 % de la varianza total (autovalor = 3.09, alfa de Cronbach = .74).

Programa Saluda (Espada y Méndez, 2003). El programa se centra en el consumo de drogas en el contexto del ocio. Parte de un modelo teórico que explica el uso y abuso de drogas en función de variables de carácter personal y social. A partir del análisis motivacional del consumo el programa incluye cuatro componentes principales: entrenamiento en resolución de problemas, fomento de las actividades de ocio saludable, habilidades de resistencia a la presión, habilidades sociales, información sobre las drogas y sus efectos, compromiso público y entrenamiento en autorrefuerzo. El programa consta de diez sesiones y un manual de aplicación.

Programa Entrenamiento en Habilidades de Vida (Botvin, 1998). Price, Cowen, Lorion y Ramos-McKay (1988) lo calificaron como uno de los 14 mejores programas preventivos entre más de 300. Ha sido aplicado con evaluaciones muy positivas, según estudios realizados por los propios autores (Botvin y Eng, 1982; Botvin, Baker, Filazzola y Botvin, 1990; Botvin, Schinke, Epstein y Díaz, 1994; Botvin, Griffin, Diaz, Scheier, Williams y Epstein, 2000; Botvin, Griffin, Diaz y Ifill-Williams, 2001), y por estudios meta-analíticos (Lence, Gómez y Luengo, 1997). Los resul-

tados en cuanto a reducción de consumo han llegado a ser del 80 % en tabaco y alcohol. Los seguimientos a largo plazo, realizados hasta seis años después de su finalización, muestran que los resultados se mantienen en el tiempo.

En nuestro país el programa fue traducido y adaptado por Luengo, Gómez, Garra, Romero y Otero-López (1998), que ampliaron sus objetivos a la prevención de conductas agresivas, incorporando contenidos adicionales.

Programa de Educación para la Salud. Esta intervención consiste en una adaptación de los contenidos del programa Saluda, eliminando toda referencia al alcohol y otras drogas. Las sesiones informativas versaron sobre la salud y los hábitos de vida saludables. Se entrenaron habilidades sociales generales y se practicó el procedimiento de resolución de problemas aplicado a todo tipo de situaciones excepto el consumo de drogas. La resistencia ante la presión social se abordó desde un punto de vista general, evitando toda mención a las drogas. Se incluyó esta modalidad con el fin de evaluar la eficacia de una intervención inespecífica basada en técnicas conductuales (transmisión de información, entrenamiento en habilidades, resolución de problemas y autorreforzamiento), similares a las empleadas en los otros dos programas. La intervención constó de diez sesiones de una hora.

PROCEDIMIENTO

Previamente al inicio de la intervención se informó mediante una circular a los padres, solicitando su consentimiento informado. Se realizó una evaluación pretest en dos sesiones, en la que se informó a los participantes de los objetivos del estudio y se garantizó la confidencialidad de sus datos. Una semana más tarde se inició la intervención, incluida en el horario escolar. Las sesiones se desarrollaban dos veces por semana. Se controlaba la asistencia a las sesiones mediante un registro en el que figuraba el código de cada alumno. En la semana posterior a la finalización del programa se realizó la evaluación postest. A los tres meses tuvo lugar el primer seguimiento, y al cabo de seis meses se realizó un segundo seguimiento.

Cada grupo de clase fue asignado aleatoriamente a una de las cinco condiciones. El grupo que recibió la intervención Programa Saluda (PS) estuvo compuesto por 35 sujetos, el grupo Entrenamiento en Habilidades de Vida (EHV) por 39 sujetos, el grupo Programa de Educación para la Salud (EPS) por 21 sujetos, y el grupo Atención-Placebo (AP) por 16

sujetos. En la condición atención placebo se realizaron diez sesiones con la misma temática que el programa Saluda, pero de forma no estructurada. Se planteaban debates en grupo, haciendo el monitor únicamente funciones de moderador en las discusiones. Así por ejemplo, en las sesiones informativas no se proporcionan datos adicionales a los que los componentes del grupo ya conocen. En el módulo sobre relaciones interpersonales se plantean temas de carácter general para el diálogo en grupo, por ejemplo “Cómo mejorar las relaciones sociales”, “Problemas más frecuentes en la comunicación” o “Cuándo es difícil ser uno mismo”. El grupo No Intervención (GC) con 22 sujetos funcionó como control puro (control inactivo).

ANÁLISIS DE DATOS

En primer lugar realizamos análisis descriptivos para obtener las frecuencias y puntuaciones medias en las distintas escalas. Para la comparación de medias se realizaron ANOVAS y ANCOVAS. Con el fin de analizar las diferencias significativas se realizaron pruebas post hoc para la comparación de grupos dos a dos (HSD de Tukey). En un análisis posterior se obtuvieron los índices del tamaño del efecto. Para determinar si las intervenciones preventivas mejoran respecto a la no intervención, se calculó la magnitud de la diferencia entre cada grupo de tratamiento con el grupo sin tratamiento. En segundo lugar, a fin de conocer si se dan efectos inespecíficos a causa de las intervenciones preventivas, se calculó la magnitud de la diferencia entre cada grupo de tratamiento con el grupo de atención placebo. Por último, para conocer los efectos diferenciales entre las intervenciones, se calculó la magnitud de la diferencia entre los tres programas activos. Cada índice “d” se obtuvo restando las medias de los dos grupos implicados y dividiendo por una estimación de la desviación estándar conjunta a partir de las de los dos grupos. Según la clasificación de Cohen (1988), un valor negativo del índice d supone un efecto de empeoramiento con el tratamiento, un valor de .20 significa un efecto bajo, un valor de .50 un efecto medio y un .80 un efecto elevado.

RESULTADOS

INFORMACIÓN

En el postest todos los grupos mejoraron su nivel de conocimientos sobre el alcohol. La media fue mayor en el programa PS ($M = 6.63$) que

en los demás grupos. Las puntuaciones en esta prueba se ordenan, de mayor a menor, como sigue: PS, GC, AP, EPS y EHV. La comparación de medias arrojó diferencias globales significativas ($F_{4, 132} = 2.79$; $p < .05$). Las comparaciones post hoc mostraron que la diferencia entre los programas PS y EHV era significativa ($p = .04$). La media del grupo GC resultó superior con tendencia a la significación a la del programa EHV ($p = .06$). A los tres meses tras la intervención las diferencias continuaron siendo significativas ($F_{4, 130} = 4.03$; $p < .00$). Las comparaciones dos a dos arrojaron diferencias entre PS y EHV ($p < .05$), GC y EHV ($p < .05$) y GC frente a AP ($p < .05$). En el seguimiento a los seis meses las diferencias tienden a la significación estadística ($p < .10$), sin que existan diferencias dos a dos entre las medias de los grupos (Figura 1).

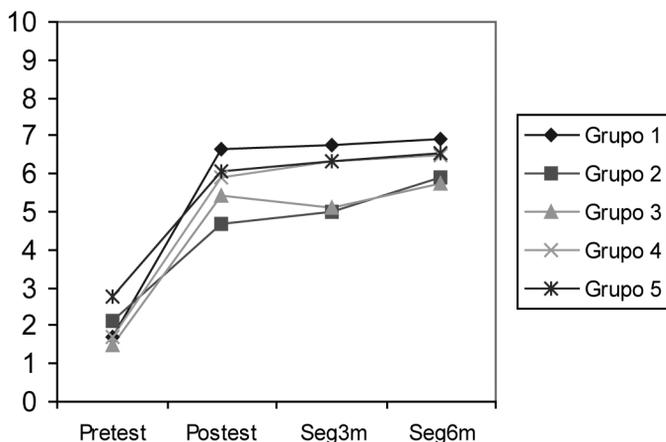


Figura 1. Conocimientos sobre el alcohol.

En cuanto a los conocimientos sobre las drogas de síntesis, las comparaciones de medias mediante ANCOVAS muestran diferencias globales entre los grupos en el posttest ($F_{4, 132} = 8.83$; $p < .00$), primer seguimiento ($F_{4, 132} = 8.93$; $p < .00$) y segundo seguimiento ($F_{4, 127} = 4.96$; $p < .00$). En el posttest se observan diferencias significativas entre el programa PS y los grupos EHV, EPS y AP. Así, las puntuaciones medias en esta variable se ordenan, de mayor a menor, como sigue: PS, GC, EHV, AP y EPS. En el seguimiento a los tres meses, la media de PS es mayor a la del resto de

grupos (véase la Tabla 1). Aparecen también diferencias entre EPS y GC, siendo mayor la media en el segundo. En el seguimiento a los seis meses permanecen las diferencias entre PS y EHV, y entre AP y EPS.

Tabla 1. Nivel de conocimientos sobre las drogas de síntesis

| | PS | | EHV | | EPS | | AP | | GC | |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | M | DE |
| Pretest | 2.89 | 2.37 | 4.68 | 3.15 | 3.42 | 2.27 | 5.43 | 1.71 | 4.36 | 2.30 |
| Posttest | 7.31 | 2.90 | 4.89 | 1.90 | 4.03 | 1.84 | 4.08 | 1.59 | 5.24 | 1.67 |
| Seg 1 | 7.72 | 2.49 | 4.85 | 1.53 | 4.55 | 1.75 | 5.06 | 1.82 | 5.89 | 1.92 |
| Seg 2 | 7.34 | 2.37 | 5.05 | 2.06 | 4.96 | 1.76 | 5.27 | 1.67 | 6.11 | 1.96 |

Nota: PS: Programa Salud; EHV: Programa Entrenamiento en Habilidades de Vida; EPS: Programa de Educación para la Salud; AP: Grupo Atención Placebo; GC: Grupo Control sin intervención. Seg1: Seguimiento a los tres meses; Seg2: Seguimiento a los seis meses. M: Media; DE: Desviación estándar.

Tabla 2. Magnitud del tamaño del efecto en información

| | | PS-GC | EHV-GC | EPS-GC | PS- AP | EHV-AP | EPS-AP | PS-EHV | PS-EPS | EHV-EPS |
|---------|-----------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Postest | Alcohol | .26 | -.64 | -.28 | .35 | -.59 | -.22 | .89 | .52 | -.33 |
| | Drogas síntesis | .89 | -.20 | -.69 | 1.35 | .46 | -.03 | 1.00 | 1.37 | .46 |
| Seg1 | Alcohol | .23 | -.60 | -.67 | .26 | -.61 | -.72 | .80 | .96 | -.04 |
| | Drogas síntesis | .84 | -.60 | -.73 | 1.22 | -.13 | -.29 | 1.44 | 1.51 | .18 |
| Seg2 | Alcohol | .25 | -.34 | -.38 | .26 | -.32 | -.36 | .48 | .51 | .07 |
| | Drogas síntesis | .57 | -.53 | -.62 | 1.01 | -.12 | -.18 | 1.04 | 1.16 | .05 |

Nota: PS: Programa Salud; EHV: Programa Entrenamiento en Habilidades de Vida; EPS: Programa de Educación para la Salud; AP: Grupo Atención Placebo; GC: Grupo Control sin intervención. Seg1: Seguimiento a los tres meses; Seg2: Seguimiento a los seis meses.

PERCEPCIÓN DE RIESGO

Las diferencias entre grupos en cuanto al riesgo percibido por el abuso de alcohol son marginalmente significativas en el postest y en el segundo seguimiento, y significativas en el primer seguimiento. En el seguimiento a los tres meses hay diferencias marginalmente significativas entre AP y GC ($p = .07$) y entre EHV y GC ($p = .08$).

Respecto al riesgo por fumar cannabis, se observan diferencias significativas entre los grupos en el postest ($F_{4,132} = 3.30$; $p = .01$), en el seguimiento a los tres meses ($F_{4,132} = 2.77$; $p < .05$) y a los seis meses ($F_{4,130} = 3.26$; $p = .01$). La prueba HSD de Tukey arroja diferencias significativas en el postest entre EHV y GC ($p < .05$) y entre PS y GC ($p < .05$), marginalmente significativas en el seguimiento a los tres meses entre PS y GC ($p = .07$) y significativas en el seguimiento a los seis meses entre PS y GC ($p < .05$).

En cuanto al riesgo percibido en el éxtasis, no aparecen diferencias significativas a lo largo de los cuatro momentos de evaluación. En el caso del riesgo percibido en las drogas sintéticas (éxtasis y LSD) se produce un efecto techo, siendo las puntuaciones elevadas en las cuatro mediciones.

Tabla 3. Magnitud del tamaño del efecto en percepción de riesgo

| | PS-GC | EHV-GC | EPS-GC | PS-AP | EHV-AP | EPS-AP | PS-EHV | PS- EPS | EHV-EPS |
|----------------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|---------|---------|
| Postest | | | | | | | | | |
| Alcohol | -.18 | -.66 | -.56 | .66 | .05 | .24 | .53 | .41 | -.17 |
| Cannabis | 1.07 | .93 | .45 | .16 | .16 | -.36 | -.02 | .49 | .45 |
| Éxtasis | .25 | .49 | .22 | -.24 | .02 | -.33 | -.26 | .06 | .36 |
| LSD | .39 | .19 | -.02 | .34 | .11 | -.14 | .18 | .43 | .22 |
| Seg1 | | | | | | | | | |
| Alcohol | -.36 | -1.01 | -.88 | -.04 | -.59 | -.50 | .58 | .49 | -.07 |
| Cannabis | 1.09 | .81 | .18 | .44 | .28 | -.26 | .16 | .78 | .58 |
| Éxtasis | -.32 | .00 | -.49 | -.39 | .00 | -.51 | -.06 | .25 | .13 |
| LSD | -.17 | .15 | -.18 | -.31 | .00 | -.32 | -.33 | .02 | .34 |
| Seg2 | | | | | | | | | |
| Alcohol | -.13 | -.87 | -.60 | -.03 | -.78 | -.51 | .69 | .44 | -.26 |
| Cannabis | 1.13 | .70 | .34 | .17 | -.17 | -.64 | .31 | .79 | .39 |
| Éxtasis | -.18 | -.11 | -.49 | -.17 | -.11 | -.46 | -.07 | .35 | .42 |
| LSD | -.40 | .03 | -.46 | -.63 | -.13 | -.65 | -.55 | .09 | .59 |

Nota: PS: Programa Saluda; EHV: Programa Entrenamiento en Habilidades de Vida; EPS: Programa de Educación para la Salud; AP: Grupo Atención Placebo; GC: Grupo Control sin intervención. Seg1: Seguimiento a los tres meses; Seg2: Seguimiento a los seis meses.

ESTIMACIÓN NORMATIVA DEL CONSUMO

En el posttest los grupos que estiman más a la baja el consumo de alcohol son PS ($M = 30.79\%$) y EHV ($M = 42.85\%$), a los que se les había informado de las tasas reales de consumo en su rango de edad. El resto de grupos realizan estimaciones superiores, tal y como se representa en las Figuras 2, 3 y 4. Las diferencias resultan significativas ($F_{4, 132} = 3.04$; $p < .05$). Las comparaciones dos a dos indican que los sujetos del grupo PS hacen estimaciones significativamente menores que los de los grupos EPS ($p < .05$) y GC ($p < .05$) y con tendencia a la significación respecto a AP ($p < .05$). La estimación sobre la cantidad de adolescentes que han experimentado alguna vez la embriaguez es inferior en PS que en el resto ($M = 34.47\%$), siendo significativas las diferencias entre los cinco grupos ($F_{4, 131} = 2,57$; $p < .05$). Las comparaciones dos a dos arrojaron diferencias con tendencia a la significación entre el programa PS y EPS ($p < .05$) y entre PS y AP ($p < .10$). Por último, se observa que la estimación sobre los compañeros que han probado las drogas de síntesis es más baja en PS ($M = 18.16\%$) que en el programa EHV ($M = 29.76\%$), EPS ($M = 33.75\%$), AP ($M = 28.33\%$) y GC ($M = 24.97\%$). No obstante, las diferencias no resultan significativas estadísticamente.

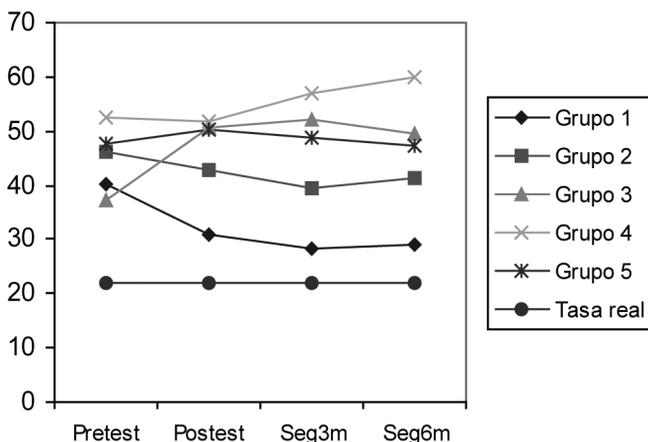


Figura 2. Estimación de compañeros que beben habitualmente.

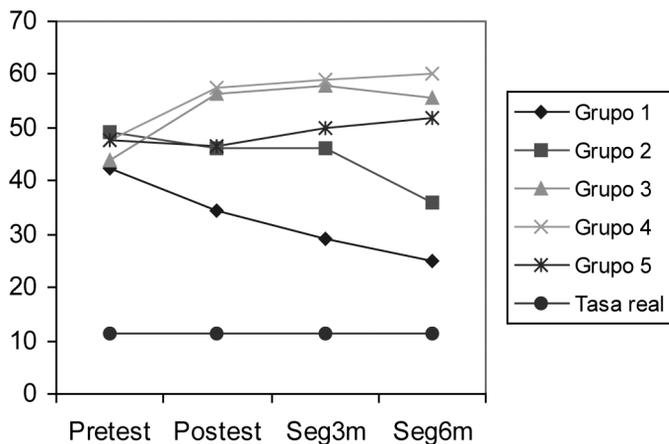


Figura 3. Estimación de compañeros que se han emborrachado.

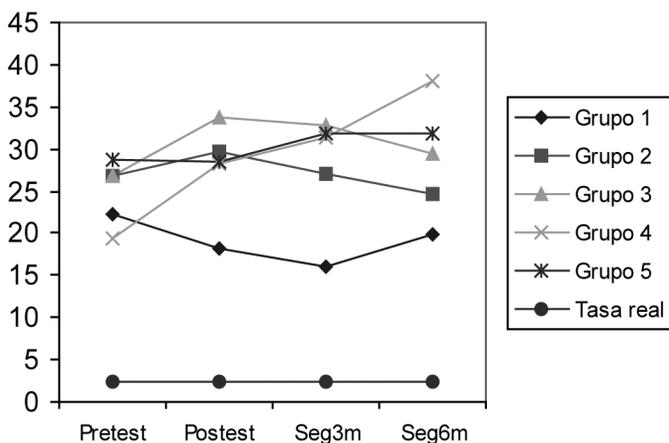


Figura 4. Estimación de compañeros que consumen drogas sintéticas.

Tabla 4. Magnitud del tamaño del efecto en la estimación del consumo normativo

| | PS-GC | EHV-GC | EPS-GC | PS-AP | EHV-AP | EPS-AP | PS-EHV | PS-EPS | EHV-EPS |
|-----------------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Postest | | | | | | | | | |
| Bebedores | .99 | .30 | -.02 | 1.67 | .42 | .04 | .59 | .94 | .30 |
| Embriagueces | .53 | .02 | -.36 | 1.07 | .44 | .04 | .52 | .94 | .38 |
| Drogas síntesis | .49 | -.05 | -.21 | -.59 | -.06 | -.23 | .56 | .72 | .15 |
| Seg1 | | | | | | | | | |
| Bebedores | 1.08 | .36 | -.15 | 1.56 | .66 | .22 | .48 | 1.35 | .50 |
| Embriagueces | 1.04 | .15 | -.31 | 1.64 | .50 | .05 | .83 | 1.52 | .46 |
| Drogas síntesis | .80 | .21 | -.04 | .94 | .21 | -.07 | .65 | .82 | .25 |
| Seg2 | | | | | | | | | |
| Bebedores | .93 | .24 | -.10 | 1.97 | .82 | .62 | .58 | 1.33 | .37 |
| Embriagueces | 1.14 | .59 | -.15 | 2.08 | 1.06 | .22 | .52 | 1.72 | .86 |
| Drogas síntesis | .56 | .33 | .13 | .93 | .65 | .52 | .23 | .58 | .27 |

Nota: PS: Programa Saluda; EHV: Programa Entrenamiento en Habilidades de Vida; EPS: Programa de Educación para la Salud; AP: Grupo Atención Placebo; GC: Grupo Control sin intervención. Seg1: Seguimiento a los tres meses; Seg2: Seguimiento a los seis meses.

DISCUSIÓN

El principal objetivo de este trabajo fue valorar los efectos del programa Saluda sobre tres factores de riesgo de tipo cognitivo: nivel de información, percepción de riesgo y estimación normativa del consumo. Considerando la magnitud de los tamaños del efecto, se ha demostrado que tanto el programa Saluda como el Entrenamiento en Habilidades de Vida resultan eficaces, variando su eficacia según las variables de resultado. A partir de los resultados cuantitativos y cualitativos se puede concluir que el programa Saluda consigue mejorar las capacidades cognitivas de protección frente al consumo de drogas, dato ya conocido en el programa Entrenamiento en Habilidades de Vida. Un objetivo adicional consistió en comparar ambas intervenciones con un programa preventivo de promoción de la salud en general, observando si una intervención de educación para la salud era tan eficaz como un programa específico para la prevención del abuso de sustancias. Se ha observado que, en las variables controladas en este estudio, los dos programas específicos producen cambios mayores.

Respecto a los efectos de las intervenciones sobre las conductas de consumo, no ha transcurrido el suficiente tiempo para establecer si los programas han producido cambios, y su efecto diferencial. Se trata de resultados que esperan alcanzarse a largo plazo. Según los distintos modelos teóricos del consumo, los factores de riesgo y protección, como en este caso las percepciones del sujeto sobre el riesgo de la conducta, la información de que dispone sobre sus consecuencias y la estimación que realiza sobre la frecuencia de dicho comportamiento entre sus iguales puede determinar en gran medida el consumo final (Becoña, 1999, 2002).

El análisis de los efectos sobre el nivel de conocimientos indica que en el posttest el nivel de conocimientos sobre el alcohol es mayor en el programa Saluda que en el resto de grupos de tratamiento y control, quedando ordenadas de mayor a menor como sigue: Saluda > No intervención > Atención placebo > Promoción de la Salud > Entrenamiento en Habilidades de Vida. Tampoco se confirma la hipótesis en el aspecto de la igualdad entre los dos tratamientos principales, ya que se dan diferencias significativas entre los dos programas. Los resultados se mantienen en los dos seguimientos, si bien a los seis meses desaparecen las diferencias entre ambos grupos. Respecto a las drogas sintéticas, se comprueba que el programa Saluda aumentaba significativamente el grado de conocimientos respecto al resto de intervenciones, siendo significativas las diferencias con los demás grupos, excepto con la no intervención. Las puntuaciones medias en esta variable quedaron ordenadas, de mayor a menor, del siguiente modo: Saluda > No intervención > Entrenamiento en Habilidades de Vida > Atención Placebo > Promoción de la Salud. Analizando la magnitud de los tamaños del efecto, se muestra más eficaz el programa Saluda, obteniendo los otros dos programas activos d negativas en el conocimiento sobre el alcohol y las drogas de síntesis. El programa Saluda obtiene d elevadas en cuando a las drogas sintéticas y bajas en el alcohol. Comparando los tres programas activos entre sí, el programa Saluda es el más eficaz, obteniendo d elevadas y moderadas. Entre los otros dos programas activos, Entrenamiento en Habilidades de Vida es más eficaz en las drogas sintéticas y en el alcohol (segundo seguimiento).

Se hipotetizó que los dos programas principales serían eficaces para aumentar la percepción de riesgo en el abuso de alcohol y drogas de síntesis, y superiores al resto de intervenciones. La hipótesis se confirma parcialmente. En el caso del alcohol, las diferencias entre grupos son marginalmente significativas en el posttest, siendo el programa

Saluda el único que consigue aumentar la percepción de riesgo, manteniéndola en los dos seguimientos. En esta variable el grupo control sin intervención aparece superior a los demás en los cuatro momentos de medida. En el caso del cannabis, la percepción de riesgo disminuye, especialmente en el grupo sin intervención y en menor medida en los dos programas activos. En las drogas de síntesis se mantiene a lo largo de las cuatro evaluaciones realizadas. Al comparar la magnitud del tamaño del efecto entre los tres programas activos y el grupo sin intervención, se observa que ninguno de los tres programas logra superar al grupo sin tratamiento en la percepción de riesgo sobre el alcohol. Sí se dan tamaños del efecto altos en el caso del cannabis, y moderados y bajos en el éxtasis y LSD. Cuando se comparan los programas activos con la atención placebo, encontramos que en el postest el programa Saluda mejora a la atención placebo en la intención de consumo de alcohol ($d+ = .66$), lográndolo en menor medida los programas Entrenamiento en Habilidades de Vida ($d+ = .05$) y Promoción de la Salud ($d+ = .24$). Respecto a otras sustancias, los resultados son más modestos, destacando que en el caso del cannabis el programa Saluda obtiene una magnitud del tamaño del efecto respecto a la atención placebo de .16 en el primer seguimiento. Al comparar los tres programas activos entre sí, se observa que el programa más eficaz en el postest aumentando el riesgo percibido por el abuso de alcohol es el Saluda, que obtiene un tamaño del efecto medio respecto al programa Entrenamiento en Habilidades de Vida ($d+ = .53$). Esta diferencia se mantiene en los dos seguimientos. No obstante, el segundo programa es más eficaz en el caso del cannabis y éxtasis (sólo en el postest). El programa Saluda se muestra más eficaz que la intervención inespecífica, ya que se obtienen tamaños del efecto positivos.

Según Goldberg, Halpern-Felsher y Millstein (2002), existen varias limitaciones que pueden afectar al estudio de la percepción de riesgo en la conducta de beber, entre otros los problemas a la hora de evaluar ese constructo. Muchos estudios sobre comportamientos de salud utilizan preguntas descontextualizadas respecto a la conducta estudiada o escalas de respuesta poco comprensibles para la edad de los sujetos, que dan pie a ser interpretadas de forma subjetiva (Halpern-Felsher et al., 2001). Según la teoría de la acción razonada, en la decisión de consumo entran en juego los beneficios esperados y la evaluación de los costes o riesgos que implica la conducta. Algunos autores se refieren al concepto de invulnerabilidad, incorporándolo a las explicaciones teóricas sobre el

fenómeno y a las intervenciones preventivas (Goldberg, Halpern-Felsher y Millstein, 2002; Weinstein, 1980, 1983, 1984).

Los efectos sobre la estimación normativa informan sobre la percepción que tienen los escolares sobre la tasa normal de consumidores entre sus iguales. El efecto del falso consenso ha sido constatado en diversos estudios (Andrews, et al., 2002; Ross et al., 1977; Sherman et al., 1983). Desde las teorías cognitivas, como la teoría de la acción razonada o la teoría de la conducta planificada, la percepción del consumo de drogas por parte de los compañeros es uno de los principales factores que contribuyen al consumo de drogas. Así, Iannotti y Bush (1992) mostraron que la percepción del consumo que realizaban los adolescentes de sus compañeros era un predictor muy fiable del propio consumo. En nuestro estudio se comprueba que los dos programas principales lograron modificar la estimación del consumo normativo, y de forma más notoria el programa Saluda, siendo las diferencias con los otros grupos estadísticamente significativas. En los seguimientos, las estimaciones realizadas por los sujetos que participaron en este programa se aproximaban más a las tasas reales, especialmente en cuanto a la estimación del porcentaje de compañeros que se han emborrachado.

El tamaño del efecto en el postest respecto al grupo sin intervención resulta elevado según los criterios de Cohen (1988) ($d+ = .99$), manteniéndose en este rango en los dos seguimientos. En cuanto a la estimación de las tasas de embriaguez, los d son medios en el postest ($d+ = .53$) y altos en los dos seguimientos ($d+ = 1.04$ y $d+ = 1.14$). Al compararlo con el grupo de atención placebo, hallamos resultados similares. En la comparación entre los tres programas activos, el programa Saluda predomina por su eficacia a la hora de modificar este tipo de creencias, siendo el programa Entrenamiento en Habilidades de Vida superior al programa Promoción de la Salud.

Entre las limitaciones de esta investigación, cabe destacar el reducido tamaño de la muestra que puede afectar a la generalización de los resultados. No obstante, el tamaño muestral de este estudio no difiere demasiado con el de otros de características similares (Casas, 1998; García-Rodríguez, 1988; López-Sánchez, 2000; Palomares, 1996).

La evaluación a largo plazo también puede ser un aspecto a mejorar en el futuro, debido a que en prevención de la drogodependencia los resultados de las intervenciones pueden observarse mejor a largo plazo. En nuestro estudio se estableció un periodo de seis meses como último seguimiento, debido a que tras la finalización del curso escolar resultaba

difícil mantener localizables a los sujetos. No obstante, está previsto realizar evaluaciones sucesivas.

A partir de los resultados de la aplicación de los programas, podemos concluir que las intervenciones resultan más eficaces que la no-intervención a la hora de modificar variables mediadoras de tipo cognitivas. Los resultados de este estudio animan a continuar investigando sobre la eficacia de los programas de prevención escolar ya que, a pesar de las limitaciones y los cambios modestos en cuanto a comportamientos, se observan importantes mejoras en cuanto al grado de conocimientos y estimaciones normativas, variables cognitivas que se consideran de peso como mediadoras del consumo. Aunque es preferible enmarcar la prevención del abuso de drogas como una intervención continuada en el contexto de la educación para la salud, los programas escolares intensivos presentan la ventaja de que suponen una forma efectiva de lograr cambios cognitivos y de enseñar a los alumnos habilidades conductuales que pueden aplicar en situaciones de oferta de drogas y también en otras áreas de la vida.

Los datos obtenidos dan cierto apoyo a que los programas preventivos resultan eficaces en la mejora de factores de protección del abuso de drogas, las investigaciones futuras deberían abordar las siguientes tareas: a) Modificar los parámetros o variables de medida de resultado, seleccionando las que mejor reflejen los cambios relacionados con los constructos determinantes del consumo de drogas, así como los instrumentos más válidos y fiables para la medición de dichas variables. b) Implementar el programa Saluda con muestras de mayor tamaño y distintas condiciones socioculturales y económicas para analizar qué resultados se dan con poblaciones de distinto perfil, c) Realizar estudios de seguimiento a largo plazo, que reúnan información sobre el mantenimiento o desaparición de los cambios a partir de los seis meses de finalizada la intervención, d) Desarrollar estudios para valorar los diferentes componentes de cada intervención preventiva por separado, desmantelando el programa, e) Variar las características de los educadores, poniendo a prueba la eficacia del mismo programa desarrollado por docentes, psicólogos, personal sanitario y compañeros, analizando las características idóneas del aplicador que optimicen los resultados del programa.

REFERENCIAS

- Andrews, J. A., Tildesley, E., Hops, H. y Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology*, 21, 4, 349-357.
- Bangert-Drowns, R. L. (1988). Effects of school-based substance abuse education: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 18, 3, 243-264
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 77.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Botvin, G. J. (1998). *Entrenamiento en Habilidades de Vida. A drug and violence prevention program*. New York: Institute for Prevention Research, Cornell University Medical College.
- Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors*, 25, 6, 887-897.
- Botvin, G. J. y Eng, A. (1982). The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. *Preventive Medicine*, 11, 199-211.
- Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2000). Preventing substance use and abuse. En K. M. Minke y G. C. Bear (Eds.), *Preventing school problems-promoting school success: strategies and programs that work* (pp. 259-298). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Botvin, G. J., Baker, E., Filazzola, A. y Botvin, E. (1990). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: one year follow-up. *Addictive Behaviors*, 15, 47-63.
- Botvin, G. J., Dusenbury, I., Baker, E., James-Ortiz, S., Botvin, E. M. y Kerner, J. (1992). Smoking prevention among urban minority youth: Assessing effects on outcome and mediating variables. *Health Psychology*, 11, 5, 290-299.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T. y Ifill-Williams, M. (2001). Preventing binge drinking during early adolescence: One- and two- year follow-up of a school-based preventive intervention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 4, 360-365.
- Botvin, G. J., Griffin, K.W., Diaz, T., Scheier, L. M., Williams, C. y Epstein, J. A. (2000). Preventing illicit drug use in adolescents: Long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive Behaviors*, 25, 5, 769-774.

- Botvin, G. J., Schinke, S. P., Epstein, J. y Díaz, T. (1994). Effectiveness of culturally focused and genestic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority youths. *Psychology of addictive behaviors*, 8, 2, 116-127.
- Casas, J. (1998). *Actitudes, habilidades sociales y autocontrol en la prevención del consumo abusivo de alcohol y tabaco*. Universidad Autónoma de Madrid: Tesis doctoral sin publicar.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NH: Erlbaum.
- Enneth, S. T., Tobler, N. S., Ringwalt, C. L. y Flewelling, R. L. (1994). How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84, 9, 1394-1401.
- Espada, J. P., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2003). Bateria de Cuestionarios para la Evaluación del Consumo de Drogas. En J. P. Espada y F. X. Méndez. *Programa Saluda* (CD-Rom). Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2003). *Programa Saluda: prevención del abuso de alcohol y consumo de drogas de síntesis*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P., Lloret, D. y García del Castillo, J. A. (2008). Applying drug dependence research to prevention interventions in Spain. *Evaluation & the Health Professions*, 31 (2), 182-197.
- Espada, J. P. Méndez, F. X., Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2002). Prevención del abuso de drogas en la adolescencia. En J. M. Ortigosa, M. J. Quiles y F. X. Méndez (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud. Intervención con niños, adolescentes y familias*. Madrid: Pirámide.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND) (2007). *Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias* (ESTUDES). Madrid: Autor.
- García-Rodríguez, J. A. (1986). *Modelado y resolución de problemas en la prevención de la drogodependencia*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- García, L. y González, M.T. (2002). *Consumo de sustancias en chicas adolescentes*. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- Goldberg, J. H., Halpern-Felsher, B. L. y Millstein, S. G. (2002). Beyond invulnerability: The importance of benefits in adolescents' decision to drink alcohol. *Health Psychology*, 21, 5, 477-484.
- Halpern-Flesher, B. L., Millstein, S., Ellen, J., Adler, N. Tschann, J. y Biehl, M. (2001). The role of behavioral experience in judging risks. *Health Psychology*, 20, 120-126.

- Ianotti, R. J. y Bush, P. J. (1992). Perceived vs. actual friends' use of alcohol, cigarettes, marijuana, and cocaine: Which has the most influence? *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 275-289.
- Lence, M., Gómez, J. A. y Luengo, M. A. (1997). El meta-análisis y la prevención de drogodependencias en el ámbito escolar: Una revisión. *Adicciones*, 9, 4, 601-161
- López-Sánchez C. (2000). *Comparación de diversas técnicas psicológicas en la prevención de las drogodependencias*. Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández.
- Luengo, A., Gómez-Fragüela, J. A., Garra, A., Romero, E. y Otero-López, J. M. (1998). *Construyendo salud. Promoción del desarrollo personal y social*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- Palomares, A. (1996). *Evaluación de un programa de prevención del tabaquismo en escolares de EGB de La Coruña*. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Santiago de Compostela.
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drugs risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Price, R., Cowen, E., Lorion, R. y Ramos-Mckay, J. (Eds.) (1988). *Fourteen onces of prevention*. Washington: APA.
- Rooney, B. L. y Murray, D. M. (1996). A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education Quarterly*, 23, 1, 48-64.
- Ross, L., Greene, D. y House, P. (1977). The false consensus phenomenon: An attributional bias in self-perception and social psychological processes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13, 279-301.
- Sherman, S. J., Presson, C. C., Chassin, L., Corty, E. y Olshavsky, R. (1983). The false consensus effect in estimates of smoking prevalence: Underlying mechanisms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 445-459.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 4, 537-567
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 4, 537-567
- Tobler, N. S. (1992). Drug prevention programs can work: research findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11, 3, 1-28.

- Tobler, N. S. (1999). Meta-análisis de programas de prevención de drogas en adolescentes: resultados del meta-análisis de 1993, En AAVV, *Meta-análisis de programas de prevención del abuso de drogas*. (pp. 9-66) Madrid: Fundación de ayuda contra la drogadicción (original en inglés de 1997).
- Weinstein, N. (1980). Unrealistic optimism about future life event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 502-515.
- Weinstein, N. (1983). Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health Psychology*, 2, 11-20.
- Weinstein, N. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.