

## Porque los programas de prevención no previenen

José L. Arco Tirado<sup>1</sup> y Antonio Fernández Castillo  
(Universidad de Granada, España)

(Recibido 4 septiembre 2001 / Received 4 September 2001)  
(Aceptado 29 octubre 2001 / Accepted 29 October 2001)

**RESUMEN.** En este artículo se revisa la evolución que han experimentado los programas preventivos en temas de salud y educación a nivel internacional en los últimos veinte años. Se identifican y analizan algunos de los factores teóricos, metodológicos y prácticos que han moldeado y modelado el perfil y la eficacia de los programas de prevención primaria del consumo abusivo de estupefacientes, particularmente, alcohol y tabaco. Finalmente, se identifican las dificultades que parecen estar contribuyendo a la falta de efectividad de los programas actuales, para de este modo, mejorar la validez y fiabilidad de futuras intervenciones.

**PALABRAS CLAVE.** Prevención. Investigación evaluadora. Diseños metodológicos de investigación. Salud. Educación.

**ABSTRACT.** With this article we review the results of the last twenty years of research on primary prevention on Health and Education issues. Theoretical, Methodological and practical conditioning factors, of past and current prevention programs profile and efficacy are identified and analyzed in depth. Particularly alcohol and tobacco. Finally, this review also identifies general difficulties that appear to contribute to the lack of effectiveness of current programs, so that, future programs validity and feasibility can be improved.

**KEY WORDS.** Prevention. Evaluation Research. Methodological Research Design. Health. Education.

<sup>1</sup> Correspondencia: Facultad de Ciencias de la Educación. Campus Universitario de Cartuja, s/n. 18071 Granada (España). E-Mail: [jarco@ugr.es](mailto:jarco@ugr.es)

**RESUMO.** Neste artigo os autores revêm os resultados dos últimos vinte anos de investigação na prevenção primária em questões de Saúde e Educação. São identificados e analisados em profundidade os factores teóricos, metodológicos e práticos que condicionam o perfil passado e actual de programas de prevenção primária, bem como a sua eficácia, nomeadamente programas de prevenção primária do consumo abusivo de estupefacientes, particularmente, o álcool e o tabaco. Finalmente identificam-se as dificuldades que parecem estar a contribuir para a falta de efectividade dos programas actuais, para deste modo, melhorar a validade e fiabilidade de futuras investigações.

**PALAVRAS CHAVE.** Prevenção. Avaliação da Investigação. Metodologias de investigação. Saúde. Educação.

### Introducción

Los principales problemas que afectan a nuestra sociedad desarrollada están relacionados con alteraciones de la salud y la convivencia. Entre los primeros podemos mencionar como más importantes, el consumo abusivo de sustancias psicoactivas, la expansión del contagio del SIDA, la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las enfermedades cardiovasculares; entre los segundos podemos destacar la marginación, la pobreza, la desadaptación social, la delincuencia, los homicidios, los embarazos no deseados en adolescentes, la violencia de género, etc. Entre los factores, casi innumerables, que la literatura correlaciona significativamente con todos y cada uno de los problemas anteriores, encontramos la conducta de los individuos como el más relevante a la disciplina desde la que intentamos aproximarnos a dichos fenómenos; es decir, que a falta de vacunas u otras soluciones farmacológicas que eliminen los problemas anteriores, y las previsiones no son optimistas en el corto plazo, los distintos profesionales implicados en el tratamiento de tales problemas y especialmente los profesionales de las ciencias del comportamiento, se encuentran ante el desafío de encontrar estrategias de intervención alternativas que, a ser posible, aporten soluciones más integradoras y duraderas. La alternativa buscada, conocida y compartida desde distintos ámbitos y sectores profesionales no es otra que la prevención. Sin embargo, los esfuerzos en prevención siguen siendo prácticamente testimoniales en la distribución del gasto en instituciones de referencia como el Plan Nacional sobre Drogas, la Dirección General de Tráfico u otras agencias con responsabilidades en los problemas de salud más graves que tiene planteados nuestra sociedad. Los datos económicos no nos hacen ser muy optimistas, ya que el total de inversión desde el Plan Nacional sobre Drogas (2000) en prevención durante el año 1999 ha alcanzado sólo el 15,80% del total de inversiones. Pero, junto a la paradoja económica del problema, hay otras como la teórica, la metodológica, la política o la epidemiológica, por ejemplo; por ésta última nos referimos al hecho de que nunca se han invertido tantos recursos en la prevención del consumo de alcohol y tabaco como en el presente y, a pesar de ello, los niveles de incidencia y prevalencia de consumos abusivos de sustancias psicoactivas entre la población en edad escolar no decrece (Observatorio Español sobre Drogas, 1997; Observatorio Español sobre Drogas, 2000). En el ámbito de la formación de profesionales de la educación, por ejemplo, tampoco los datos nos permiten ser crédu-

los con los objetivos prometedores del Plan Nacional sobre Drogas para el período 2000/2008, cuando prevé extender la formación (de calidad) hasta el 100% del profesorado. Lo anterior resulta complicado teniendo en cuenta que en la actualidad ésta tan solo llega al 26,3% del colectivo y de ese porcentaje sólo la mitad aproximadamente considera que la formación recibida les ha sido de utilidad en las clases (Plan Nacional sobre Drogas, 2001). Por tanto, una conclusión parece obvia: algo está fallando.

Aunque sólo fuese por la situación alarmante que vive la juventud en relación con el consumo abusivo de sustancias psicoactivas, merecería la pena potenciar la investigación evaluadora sobre prevención en particular. Sin embargo, sabemos que es la presencia de otros problemas igual o más preocupantes incluso, como sucede con los problemas de indisciplina y violencia escolar por ejemplo, lo que amplifica esta necesidad (Defensor del Pueblo Español, 1999). Todos estos son elementos suficientes para impulsar la búsqueda de soluciones efectivas a estos problemas entre la juventud, ya que no sólo la salud se ve afectada negativamente, sino que también la habilidad de aprender se deteriora, el entorno escolar se altera, la familia se destruye y la comunidad se resiente (Arco, 2000).

### **Historia reciente: décadas de los años setenta y ochenta**

La historia de los últimos treinta años sobre iniciativas con función preventiva se aprecia, con más claridad quizás que en ninguna otra área de intervención, en el consumo abusivo de estupefacientes. Desde que a finales de los años sesenta se produce la llamada «epidemia de drogas» se han desarrollado multitud de iniciativas que han ido configurando en gran medida el panorama actual de la prevención en general y del consumo abusivo de drogas en particular. De hecho, gran parte de los conocimientos preventivos que ahora se consideran y aplican a distintos temas de prevención (salud, SIDA, violencia, dieta, educación vial, etc.) proceden de la investigación realizada en el área de las drogodependencias (Botwin y Scheier, 1995; Jessor, 1992; Otero, 1997). Así, encontramos desde los primeros programas basados en la táctica del miedo y sus efectos contraproducentes señalados por Wepner (1979) hasta las aproximaciones basadas en la presentación de información contrastada sobre hechos (farmacológica, física, psicológica y sobre los efectos sociales y criminales) en un intento de desafiar a la juventud a tomar decisiones responsables respecto al uso de drogas (Goodstadt, 1980; Swisher, 1979). A principios de los años setenta se comienzan a abandonar en Europa las políticas gubernamentales basadas en enfoques básicamente represivos y dirigidos a reducir la oferta de estupefacientes (Salvador, 1998); en los Estados Unidos, que durante más tiempo había analizado y tratado el problema desde enfoques más avanzados, sistemáticos y monitorizados, comienzan a destacar los trabajos de Schaps y Slimmon (1975) centrados en las características psicológicas (por ejemplo, la autoestima) y habilidades (por ejemplo, la comunicación o la toma de decisiones) que parecían distinguir consumidores de no consumidores; los programas sobre educación afectiva de Swisher (1979) son buenos ejemplos de esta nueva “generación” de programas preventivos basados en variables endógenas. Más o menos al mismo tiempo, los inves-

tigadores comenzaron a pensar que el medio más efectivo de impedir el consumo de drogas era el de ofrecer a la juventud acceso a experiencias que pudieran satisfacer el mismo tipo de necesidades que aquellos que consumían («expansión mental», crecimiento personal, excitación, desafío, alivio del aburrimiento) sin que mediasen sustancias farmacológicas (Cohen, 1980). Otros teóricos defendieron alternativas que creasen oportunidades para la juventud de involucrarse en actividades comunitarias en lugar de programas que enfatizaran la búsqueda de sensaciones, emergiendo así otro enfoque del problema centrado esta vez en la importancia del contexto. A finales de los años setenta, padres y comunidades empezaron a movilizarse con lo que desafiaron las asunciones básicas de los programas existentes hasta el momento basadas en la idea del “uso responsable” (Lindbladt, 1983). Líderes de estos movimientos denunciaban la falta de efectividad de estos programas preventivos y que eran los padres y miembros de la comunidad los que estaban en mejor posición para controlar el uso de drogas entre la juventud (Vambito, 1985). Para los años ochenta la doctrina del uso responsable había desaparecido ampliamente de la literatura sobre prevención, con la excepción de las discusiones sobre «beber de manera responsable» como objetivo para la juventud. Este énfasis en elección personal por un lado y el mensaje de «no uso» por otro a menudo ha conducido a la definición conflictiva y confusa de objetivos en los programas (Moskowitz, 1983). En esta década se comprueba que los programas basados exclusivamente en información presentan pocos cambios en actitudes y menos aun en conductas relacionadas con el abuso de sustancias (Tobler, 1986). En esta misma línea, Botwin y Botwin (1993) señalan que: “si bien el enfoque de educación afectiva ofrece un frente más envolvente, resulta deficiente en al menos dos aspectos. En primer lugar, no trata debidamente los factores psicosociales que fomentan el uso/abuso de sustancias particularmente en cuanto a la presión de los semejantes. En segundo lugar, mientras que las metas generales de la educación afectiva son consistentes con la reducción de algunas de las motivaciones intrapsíquicas para participar en el uso de sustancias, los métodos utilizados para lograr estos objetivos resultan inadecuados por cuanto no ponen el énfasis en la enseñanza de habilidades, empleando técnicas de cambio de conducta demostradas empíricamente” (p. 26). Paralelamente, en esta década va emergiendo y consolidándose una nueva generación de programas de carácter cognitivo-conductual que tenían como objetivo central dotar al individuo de habilidades y competencias personales que le permitan resistir las influencias sociales que incitan al consumo (Luengo-Martín, Gómez-Fraguela y Romero-Triñanes, 2000).

#### *Cambios conceptuales*

La configuración y distribución anterior de estrategias y programas puede entenderse mejor a la luz de los cambios profundos que experimenta el concepto de salud en los años setenta a partir de la publicación en Canadá de *The Labonte Report* en 1974 y más tarde en los Estados Unidos con *The Surgeon General's Report Healthy People* en 1979. Este nuevo movimiento se expande más tarde a través también de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (*Europe Health Promotion Office*), el *Healthy Cities Project*, etc. Ambos documentos discutieron el rol que factores ambientales más amplios tenían en temas de salud y alertaban sobre los riesgos de centrarse exclusivamente

en estilos de vida y aspectos de la conducta personal, como variables explicativas de los niveles de salud de cada individuo. Sin embargo, lo que pretendían en realidad era expandir el concepto de “campo de salud” en torno a cuatro partes igualmente importantes: biología humana, entorno, estilo de vida y organizaciones proveedoras de salud. Un ejemplo en el que este sesgo potencial se materializó es, según O’Donnell (1986), en la primera y más conocida definición de promoción de la salud: “la ciencia de ayudar a la gente a cambiar sus estilos de vida en favor de estados de salud más favorables”. Dicha definición está basada en las asunciones interrelacionadas de un modelo de salud, en el fondo tiránico, de que: a) el sujeto tiene gran influencia sobre sus decisiones personales y sus acciones y sobre conductas generales relacionadas con su estilo de vida; y b) los cambios en estas conductas personales pueden por tanto afectar significativamente los estados de salud consecuentes. Esta primera versión de promoción de la salud emergió además como respuesta a varios factores, incluyendo la desilusión creciente con los límites de la medicina, presiones para contener los costes de Sanidad, y el clima social y político que enfatiza el control individual y la autoayuda como mecanismos de control de la salud (Pasick, 1987). Por tanto, aunque ambos informes significaron un importante avance en los intentos posteriores de reconceptualización de la salud, no serían suficientes (Wallack, 1984). Aunque no constituye un objetivo de este trabajo, es necesario, al menos, mencionar a efectos comparativos entre Estados Unidos y la situación en Europa, que aunque la distinción hecha entre Promoción de la Salud (centrada principalmente en conducta y estilos de vida) y Protección de la Salud (centrada más en el entorno físico) no aparece tan marcada en la mayor parte de los países europeos sí lo son las consecuencias que se han derivado de las estrategias adoptadas finalmente.

#### *Cambios metodológicos*

Como consecuencia de los resultados y las experiencias que se van acumulando durante las dos décadas anteriores, la forma de entender y aproximarse a los problemas mencionados arriba ha cambiado de manera sustancial. No sólo los objetivos de cambio han sido revisados (a la baja), sino que los demás elementos involucrados en el proceso de diseño, puesta en marcha y evaluación de un programa han sufrido igualmente notables modificaciones. Una de esas tendencias está relacionada con admitir el hecho de que desconocemos en gran medida el proceso o procesos conductuales subyacentes al fenómeno de las drogodependencias o la indisciplina por ejemplo. Desde un punto de vista analítico lo anterior nos indica que posiblemente estemos ante un fenómeno multicausalmente determinado (Salvador, 1998), lo cual significa admitir la presencia de factores concomitantes potencialmente causales ligados al individuo, al grupo de compañeros, a la familia, a la escuela, a la comunidad y la sociedad en general (Buela-Casal, Sierra y Arco, 2001; García-Rodríguez, 1993; Klitzner, Blasinsky y Marcus, 1986). Una segunda fuente posible de sesgos para nuestras intervenciones preventivas está relacionada con el hecho de que si son múltiples los factores potencialmente responsables de la aparición y/o mantenimiento de tales problemas (por ejemplo, la escuela o la calle) entonces debemos extender nuestras intervenciones a múltiples contextos, para lo cual tendremos que contar inexorablemente con otros profesionales cuyo

hábitat natural de intervención sea la escuela y la calle, por ejemplo, maestros y trabajadores sociales; es decir, hay que diseñar intervenciones interdisciplinarias, la tercera fuente posible de sesgos. Una cuarta fuente de dificultades procede del hecho conocido de que la simple presencia o influencia especialmente negativa en alguno de los niveles (por ejemplo, historia familiar de alcoholismo o situaciones familiares especialmente estresantes) pueden poner ciertas personas en riesgo considerable, aunque no es suficiente para predecir con fiabilidad la adopción de dicho patrón de conducta disfuncional, ya que sabemos que incluso entre poblaciones de alto riesgo es la interacción compleja entre influencias en muchos de estos niveles lo que determina la probabilidad de que una persona llegue o no a hacer un uso abusivo de estas sustancias (Buela-Casal *et al.*, 2001). Una quinta fuente posible de sesgos para nuestras intervenciones está relacionada con el problema, aun no resuelto, del momento en el que hemos de intervenir el proceso de génesis o desarrollo del problema en cuestión, es decir, dónde comienza realmente la prevención. De hecho, la presencia en la literatura de términos similares al de prevención como el de factores de “protección”, o bien de “promoción”, son buenos ejemplos de lo difícil que es, por no decir imposible, trazar la línea divisoria a partir de la cual pasamos de la prevención primaria a la prevención secundaria. El problema se magnifica aun más cuando incorporamos a nuestra práctica otra de las recomendaciones elaboradas por la investigación evaluadora en prevención, cual es la de intervenir a edades lo más tempranas posibles. Sin embargo, un análisis minucioso de las consecuencias que provoca la incorporación de este principio a nuestra práctica preventiva nos descubre que cuanto más tempranas son las edades de intervención, más difícil es distinguir entre lo educativo, lo terapéutico y lo social, y que al intervenir a edades tempranas ganamos efectivamente en posibilidades de prevenir, pero nos alejamos de la conducta diana y posiblemente también de la población diana directa, lo cual a su vez puede poner en peligro la adherencia a la intervención. Esto sucede por ejemplo con los programas preventivos de la violencia escolar más efectivos, en los que por un lado se aprecia claramente la tendencia a intervenir a edades cada vez más tempranas y, por otro, la sustitución de las supuestas conductas diana objeto de la intervención por otras antecedentes no directamente pertenecientes al núcleo del repertorio violento, pero que sí forman parte de otros repertorios “satélite” más básicos (por ejemplo, desobedecer o mentir) y que se adquieren y mantienen en interacción con otros miembros adultos relevantes, como por ejemplo los padres (Arco, Heilborn, López, Camacho, 2001).

A escala internacional, la difusión y expansión de la prevención, junto con la proliferación de investigaciones evaluadoras, así como el refinamiento de los procesos de evaluación de necesidades, diseño e implantación y evaluación de programas prácticos y útiles a los profesionales valiéndose de las nuevas tecnologías (Burkhart, 2000) están contribuyendo a la progresiva unificación del marco teórico y de intervención de iniciativas con marchamo de preventivas. Un ejemplo representativo de la expansión y adopción progresiva y correcta de esta nueva doctrina es el de ubicar la prevención de las drogodependencias en el marco general de los programas educativos y sociosanitarios (Dirección General de Atención a las Drogodependencias, 1997; Salvador, 1998). Sin embargo, la realidad en nuestro país continúa, incluso en la actualidad, claramente

marcada por la ausencia de estudios e investigaciones que dibujen el mapa de intervenciones realizadas en términos de objetivos, diseño, metodología, implantación y sobre todo evaluación de las mismas que nos ofrezcan una visión general del problema (Berjano, 1988; citado en Vega, 1993). Una excepción a esta regla la encontramos en el informe reciente emitido por el Plan Nacional sobre Drogas relativo a la situación en la que se encuentra la prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar. Aunque tras revisar el mismo nuestra primera conclusión es que mientras el oficial “contexto político-administrativo” siga actuando como barrera, en lugar de facilitar la monitorización y el seguimiento del oficioso “contexto aplicado”, nuestra realidad seguirá salpicada de iniciativas que si bien una a una son muy loables, puestas en conjunto ofrecen un panorama de datos discontinuos, inconexos e incoherentes (Arco, 1997; Salvador, 1995).

### **Programas actuales**

#### *Modelos teóricos más utilizados*

Si el objetivo último de cualquier programa es el cambio o modificación de conductas no deseables en la población a intervenir, y la Psicología es la ciencia que estudia el comportamiento humano, habrá que determinar qué teorías o modelos en Psicología han servido de guía de información y toma de decisiones a los distintos profesionales (educadores para la salud, médicos, trabajadores sociales, agentes de marketing, periodistas, etc.) durante las distintas fases que comprende un programa (conceptualización, diseño, implementación y evaluación). En esta línea, la psicología cognitiva ha sido el marco teórico dominante en psicología (básica y aplicada) durante los últimos veinte años; de él han emanado las tres teorías que han dominado el escenario de intervención en investigación preventiva. A pesar de la existencia de otros modelos muy extendidos en el ámbito de la psicología preventiva como la teoría de conducta problemática (Jessor y Jessor, 1977), los tres modelos más utilizados en la prevención han sido el modelo de creencias en salud (Becker, 1974), la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) y la teoría de la autoeficacia (Bandura, 1986). Este marco teórico cognitivo-social, establece una serie de variables mediadoras entorno a las cuales se organiza prioritariamente el proceso de intervención (ver Tabla 1): incrementos en el conocimiento sobre drogas y alcohol, cambios en actitudes relacionadas con el alcohol y las drogas, y cambios en el consumo de drogas y alcohol (conducta).

TABLA 1. Comparación de modelos teóricos y variables mediadoras.

TEORIAS	VARIABLES MEDIADORAS						CONDUCTA
<i>Modelo de creencias en salud</i> (Ve a la gente como sujetos que toman decisiones racionales, si tienen los medios para ello)	Susceptibilidad percibida a contraer la enfermedad	Severidad percibida de la enfermedad	Barreras percibidas al adoptar esa conducta	Beneficios percibidos al adoptar esa conducta			Acciones para proteger la salud
<i>Teoría de la acción razonada</i> (También ve a la gente como sujetos que toman decisiones de una forma voluntaria sobre sus conductas)	Normas sociales percibidas		Actitudes de la persona		Intenciones conductuales de la persona		Acciones para proteger la salud
<i>Teoría de la autoeficacia</i> (La conducta de prevención es el resultado de un proceso cognitivo en el que la gente integra las siguientes variables)	Conocimiento sobre la enfermedad	Efectos de experiencias pasadas	Expectativas sobre los resultados	Influencias sociales	Intenciones conductuales	Autoeficacia percibida	Acciones para proteger la salud

Las ventajas asociadas a estos modelos son las siguientes: a) se centran en predecir y comprender la conducta, b) ofrecen una explicación de los eventos privados, c) han permitido analizar en gran medida la relación entre conducta encubierta y externa, y d) han permitido acumular datos relevantes en cuanto a actitudes, creencias, etc.; sin embargo, presentan algunos inconvenientes: a) no se centran en influenciar la conducta y la probabilidad de modificarla, b) seleccionan variables no manipulables, c) ignoran variables del contexto, d) no sugieren intervenciones específicas sobre la conducta, y e) ofrecen resultados poco productivos (Wulfert y Biglan, 1994). En general, la investigación sugiere que incrementos en conocimiento son relativamente fáciles de obtener, cambios en actitudes son más difíciles y cambios en conducta (particularmente cambios que perduren en el tiempo) son extremadamente raros (Goodstadt, 1986). Cambios en conocimiento y actitudes pueden ser importantes precursores para el cambio de conducta, pero el último criterio para evaluar la efectividad de programas de prevención es la evidencia de haber reducido el uso y consumo de estas sustancias y los problemas a ellas asociados. Más adelante veremos como efectivamente, y siguiendo esta línea de

argumentación, se hace urgente un cambio en la investigación que persiga, en lugar de simplemente predecir y comprender la conducta (Ajzen y Fishbein, 1980) o predecir la conducta e influenciar la probabilidad de su ocurrencia (Skinner, 1970). En esta línea apuntan los trabajos desarrollados por Dwore y Matarazzo (1988; citado en Macià, 1993), Gardner, Brounstein y Stone (2001), Klitzner (1998) y Macià (1993).

#### *Estrategias de intervención mayoritariamente adoptadas*

La bibliografía consultada nos sugiere agrupar los distintos programas en función del conjunto dominante de variables objetivo de la intervención, según estuviesen relacionadas con el individuo, la familia, los compañeros, la escuela, la comunidad o el entorno social (Tabla 2). Veamos cada una de ellas.

- Estrategias centradas a nivel individual. Esta es la estrategia más comúnmente utilizada. Las variables o factores asociados a los comportamientos de uso / abuso de estas sustancias a nivel individual que la investigación ha acumulado son (Department of Health and Human Services, 1997; Gardner et al., 2001; Klitzner, 1987; Klitzner, 1998; Petraitis, Flay y Miller, 1998): déficit en conocimiento, sentimientos de que “eso no me puede pasar a mí”, creencias respecto a conductas relacionadas con el uso de sustancias tóxicas, alteraciones emocionales, necesidades psicológicas o sociales, pobres habilidades sociales, conducta antisocial temprana, intención de usar drogas ilegales, comportamiento previo relacionado con las sustancias y temperamento psicológico. Una categoría adicional, factores de riesgo biológicos y genéticos, han recibido mucha de la atención investigadora, pero pocos programas han intentado acercarse a esos factores. No obstante, es previsible que en el futuro mediato se dediquen más recursos a programas que incluyan en sus hipótesis este tipo de variables, dado el tratamiento prioritario que la investigación bio-médico-farmacológica está recibiendo desde ámbitos públicos y por supuesto privados.
- Estrategias centradas en la familia. Otros programas se han centrado en las influencias en el ámbito familiar, bien a través de diseños específicamente para padres, o más comúnmente, para algún componente de la familia a partir de actividades centradas en el estudiante. Estos programas se han centrado generalmente en uno o más de los niveles de influencia de la conducta de jóvenes respecto al uso de sustancias tóxicas (Alemani y Méndez, 1998; Calafat, 1993; Department of Health and Human Services, 1997; Dirección General de Atención a las Drogodependencias, 1997; Gardner et al., 2001; Klitzner, 1987; Klitzner, 1998; Petraitis et al., 1998; Plan Nacional sobre Drogas, 1997; Salvador, 1998): funcionamiento familiar, ausencia de apoyo paternal, modelamiento negativo por parte de los padres, falta de control de los padres y consumo de estas sustancias por los padres.
- Estrategias centradas en el grupo de compañeros. Programas que se centraban en la influencia de los compañeros como factor de riesgo importante han supuesto un cambio relevante en los esfuerzos por prevenir estas conductas. Son dos los grupos de estudios en función de la variable seleccionada (Gardner et al., 2001; Klitzner, 1987; Klitzner, 1998; Petraitis et al., 1998): programas basados en las

normas de los compañeros y su modelado, y programas basados en la influencia directa de los compañeros.

- Estrategias centradas en las escuelas. A pesar de la confianza histórica depositada en las escuelas como agentes de implementación de programas para prevenir el abuso de estas sustancias, poca atención se ha prestado a factores dentro de la organización de la escuela y el clima que pueda facilitar o disuadir a la juventud del uso de estas sustancias. Sin embargo, recientemente los teóricos e investigadores han comenzado a identificar métodos mediante los cuales el ambiente del colegio puede ser estructurado para reducir la incidencia y prevalencia del uso de tales sustancias. Las iniciativas actuales en este terreno se desarrollan en torno a tres ejes (Calafat, 2000; Department of Health and Human Services, 1997; Dirección General de Atención a las Drogodependencias, 1997; Gardner *et al.*, 2001; Klitzner, 1998; Salvador, 1998; Vega, 1993): detección del uso y consumo, desarrollo de políticas y normas preventivas, y promoción de normas y conducta convencional.
- Estrategias centradas en la comunidad. A diferencia de las estrategias descritas hasta ahora, las centradas en la comunidad acuden a las teorías sociológicas sobre el uso y consumo de sustancias y su prevención. Las estrategias de prevención a nivel comunitario han sido generalmente dirigidas a tres categorías de influencia (Calafat, 1993; Department of Health and Human Services, 1997; Dirección General de Atención a las Drogodependencias, 1997; Gardner *et al.*, 2001; Leukefedl *et al.*, 2000; Salvador, 1998): disuasión legal, accesibilidad a tales sustancias por parte de la juventud y clima en la comunidad.
- Estrategias centradas en el entorno social. A este nivel encontramos dos grupos de programas básicamente en función de que estos se centren en los efectos que la publicidad tiene, y aquellos otros dirigidos a contrarrestar cómo se presenta el uso de estas sustancias en los medios de comunicación (Department of Health and Human Services, 1997; Gardner *et al.*, 2001; Hüllinghorst, 2000; Klitzner, 1998): programas orientados a contrarrestar los efectos de la publicidad, y programas orientados a contrarrestar la presentación del uso y consumo de estas sustancias en los medios de comunicación.

TABLA 2. Tipos de programas de prevención en función de la población diana.

TIPOS DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN FUNCIÓN DE LA POBLACIÓN O CONTEXTO DIANA						
	<i>Individuales</i>	<i>Familiares</i>	<i>Compañeros</i>	<i>Escuela</i>	<i>Comunidad</i>	<i>Entorno social</i>
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit en conocimiento</li> <li>- Sentimientos y creencias respecto a conductas de consumo</li> <li>- Alteraciones emocionales</li> <li>- Necesidades psicológicas o sociales</li> <li>- Pobre habilidades sociales</li> <li>- Conducta antisocial temprana</li> <li>- Temperamento psicológico</li> <li>- Factores biológicos y genéticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionamiento familiar</li> <li>- Modelamiento negativo por parte de los padres</li> <li>- Falta de control de los padres</li> <li>- Consumo de drogas por parte de los padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Basados en las normas de los compañeros y su modelado</li> <li>- Basados en la influencia directa de los compañeros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detección del uso y consumo</li> <li>- Desarrollo de políticas y normas preventivas</li> <li>- Promoción de normas y conducta convencional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disuasión legal</li> <li>- Accesibilidad de sustancias por la juventud</li> <li>- Clima en la comunidad de rechazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrarrestar efectos de la publicidad</li> <li>- Contrarrestar la aparición del uso y consumo de sustancias tóxicas en medios de comunicación</li> </ul>

*Barreras metodológicas a franquear*

La preocupación que desprenden la mayoría de los profesionales porque la investigación y la práctica preventivas maximicen la experimentalidad de sus diseños se aprecia en la cantidad y precisión con la que se han identificado, y no siempre resuelto, las barreras y fuentes de sesgo que amenazan la fiabilidad y validez de los estudios. Por tanto, si los esfuerzos futuros van a ser más efectivos que sus predecesores, los problemas siguientes deberían abordarse antes.

- Inadecuado uso de la teoría en la planificación de la prevención.
  - a) Hace más de una década tuvo lugar un cambio conceptual que hizo que la investigación, y por tanto la intervención, pasase de evaluar el conocimiento y las actitudes a un mayor interés por habilidades cognitivas y conductuales. Este cambio de enfoque reconocía la necesidad de mayor atención a los ambientes en los que la juventud se comporta (Best, 1989). Sin embargo, el supuesto cambio teórico no sólo no fue acompañado por un abandono de programas centrados en el individuo y su responsabilidad en la práctica de conductas consideradas de riesgo, sino que se omitió en esos programas dotar a los individuos de las "responsabilidades" (habilidades de respuesta) o capacidades necesarias para responder a su entorno positivamente (Minkler, 1989).

- b) La falta de un aparato conceptual propio en prevención, potente y cohesionado, arroja como resultado fallos en el proceso de articulación entre relaciones entre causas hipotetizadas (de problemas relacionados con el consumo de sustancias tóxicas), las actividades del programa y la reducción de riesgos (Wulfert y Biglan, 1994).
  - c) Sin duda que es también importante, tanto para la investigación básica como aplicada, considerar teorías e investigación procedentes de otras disciplinas. La colaboración interdisciplinar aparece como la única estrategia lo suficientemente potente como para abordar los complejos problemas a los que nos referimos (Juliá y Thompson, 1994). El ahorro en tiempo, esfuerzo y dinero que se puede derivar de esta colaboración interdisciplinar no esconde el hecho de que es necesario al menos en la parte que a la Psicología le corresponde reducir primero las profundas contradicciones teóricas, metodológicas y éticas, aun no resueltas en nuestra disciplina.
  - d) Otros aspectos de carácter técnico / metodológico a considerar durante la planificación de la intervención preventiva serían de acuerdo a Kröger (2000): partir de los resultados de la investigación básica, fijar como objetivo una pequeña parte del conjunto del complejo sistema interactivo, definir objetivos realistas claramente descritos, estar conectada a la red de intervenciones preventivas y, por último, incluir la evaluación de la implementación en vez de la de resultados.
- Fallo en considerar diferencias individuales en el desarrollo de programas. Hablar de tener en cuenta diferencias individuales cuando nos referimos a programas preventivos de carácter colectivo o grupal parece una contradicción. Sin embargo, es necesario mejorar a la hora de diseñar e implementar tales programas, lo que la literatura ha denominado «sensibilidad cultural»; es decir, acercar los elementos básicos del programa (objetivos, procedimientos, momentos y estrategias) a los repertorios o características étnicas, culturales o de destreza del grupo objeto de la intervención (Dirección General de Atención a las Drogodependencias, 1997). La norma hasta hace poco ha sido la de confeccionar programas de «talla única» para todas las poblaciones (Klitzner, 1987). Esta es una crítica que se puede igualmente aplicar a la realidad dentro de un aula, donde pueden existir, como de hecho sucede, niños con historias dispares en relación a estos y otros temas, lo cual exige por tanto un tratamiento también «individualizado». La solución a este dilema vendrá dada de la mano de la identificación de relaciones funcionales entre características de los sujetos y las características de los problemas a tratar. Lo cual nos permitirá elaborar soluciones efectivas y por tanto también posiblemente duraderas.
  - Fallo en alcanzar los grupos de alto riesgo. Otro problema general es el fracaso aparente de muchas estrategias de prevención de alcanzar aquella juventud que más riesgo presenta de involucrarse en tales comportamientos. Cuando la participación o exposición es voluntaria, la implicación de jóvenes o sus familias es menor. Esta crítica ha surgido sobre los llamados «clubs», los programas de

educación para padres (Moskowitz, 1987). Raramente se han hecho esfuerzos especiales para reclutar jóvenes de alto riesgo o sus familias en tales programas, pues ello implica salir del laboratorio y entrar en la comunidad, es decir, dejar los despachos y trabajar en la calle.

- Inherentemente pobres intervenciones. Cambiar una conducta es un proceso extremadamente complejo (Ajzen y Fishbein, 1980); es por ello que probablemente los programas tienden a centrarse en un sólo aspecto o variable. Los investigadores coinciden en que los programas con más probabilidad de éxito son aquellos que incorporan múltiples niveles de influencia en diferentes dominios (Goodstadt, 1986). Un buen ejemplo de esto lo constituye la relación encubierta entre alcohol y SIDA. El consumo de alcohol (especialmente en la población juvenil) correlaciona altamente con la práctica de conductas de alto riesgo en la contracción del SIDA (Metzler, Noell y Biglan, 1992). Es por esto que la tendencia actual hacia esfuerzos preventivos globales o integrados (versus puntuales en el tiempo y específicos) cobra pleno sentido. Sin embargo, este nuevo planteamiento también presenta importantes desafíos. Por su complejidad, tales programas pueden ser incluso más difíciles de implementar y evaluar de lo que son programas centrados sólo en un aspecto. Por lo tanto, los esfuerzos integrados corren el riesgo de ser difusos y difíciles de sostener a largo plazo a causa del gran número de sujetos y grupos cuya cooperación es requerida (Klitzner, 1987; Klitzner, 1998). El otro gran problema consiste en la carencia actualmente de procedimientos técnicos y metodológicos que nos permitan el desarrollo efectivo de estos programas.
- Pobre implementación. Best (1989) en su artículo sobre perspectivas en prevención en ámbitos educativos recoge la opinión de múltiples autores de que ahora estamos en un momento de crisis de adopción e implementación. Quizás ello sea debido, especialmente la crisis en implementación, a los factores que con bastante acierto señalan Klitzner *et al.* (1986) al sugerir que una implementación de alto nivel requiere considerable entrenamiento del personal del centro, un nivel alto de los supervisores y además feedback; es más, está claro que programas bien implementados requieren considerable motivación por parte de los protagonistas del programa, la institución que lo patrocina, así como de la comunidad, con el objetivo de asegurar la continuidad del programa. Todas estas variables, componentes de lo que Sliepevich (1985) denomina errores de Tipo III, de ahora en adelante deberían ocupar más espacio y tiempo en las agendas y proyectos de investigación de profesionales de distintos ámbitos.
- Pobres evaluaciones de programas. La incorporación de la evaluación en su triple vertiente de actividad presente durante todo el proceso de intervención (*formative evaluation*), como momento final de la misma (*impact evaluation*) o transcurrido un tiempo (*outcome evaluation*), como proceso sistemático y componente crítico de la mejora de programas no sucedió hasta los años setenta, cuando la evaluación de programas se desarrolla plenamente como disciplina científica con un cuerpo teórico y metodológico propio (Rossi y Freeman, 1993).

Este lapso de tiempo aun no ha sido suficiente para que los distintos programas incorporen en sus diseños de manera obligatoria estrategias potentes de evaluación que nos permitan extraer conclusiones inequívocas sobre sus resultados (Arco, 1997). Las dificultades se pueden agrupar en torno a los siguientes temas:

- a) Diseños experimentales incompatibles con la medida de resultados. La primera debilidad de muchas evaluaciones de programas es su fallo en emplear diseños defendibles desde un punto de vista científico para la medida de los resultados del programa. Como ejemplo baste mencionar que los objetivos de los programas, la mayoría de las veces, no son ni específicos ni medibles en términos de acciones, productos o cifras a conseguir en un período de tiempo determinado. Sin embargo, aunque se solucionen estos problemas, otros inconvenientes también de tipo metodológico suelen aflorar (por ejemplo, tamaño de muestras pequeño, abandono experimental, análisis estadísticos inapropiados, etc.), lo cual debilita severamente la fiabilidad y validez de las conclusiones que pueden ser extraídas de los resultados investigados (Rossi y Freeman, 1993). No hay soluciones simples a los problemas inherentes al diseño de estudios de evaluación, pero es improbable que se puedan mejorar las estrategias de prevención si antes no se mejora la investigación sobre diseños de investigación en evaluación de programas (Arco, Buela-Casal y Justicia, 1997)
- b) Falta de atención a la evaluación de procesos. La falta de evaluación sistemática sobre la cobertura e implementación del programa son dos de las carencias más frecuentes tanto por parte de los evaluadores como de los agentes del programa. Con ello se resiente la evaluación, el control y solvencia del programa. Las tres máximas fuentes de error, como son los llamados tratamientos incompletos, un tratamiento equivocado o un tratamiento distinto o no controlado, pueden ser achacables a una deficiente interacción entre población, personal del programa, acciones del programa y evaluadores, pudiendo llegar a comprometer el propio éxito del programa (Buela-Casal y Arco, 1999).
- c) Falta de atención a factores de riesgo y variables intervinientes. Relacionado con lo anterior está el hecho de que muchos programas no evalúan la evolución o cambios de las variables o factores que el programa pretende modificar. De esta forma es imposible determinar si los fallos son atribuibles a la teoría o al efecto de variables incontroladas. En esta línea, Calafat (2000) señala que la evaluación de los programas no resulta fácil ya que las medidas preventivas son muy cambiantes, cambian también los públicos destinatarios, cambian los productos de uso y abuso y la forma de administrarlos, y se requieren plazos largos.
- d) Medidas poco fiables de los resultados. La validez de las medidas en cada programa es un asunto por el que se ha pasado «de puntillas» en evaluación. Asumir la veracidad de la información que aparece en los autoinformes es una necesidad metodológica que sin embargo no debe de hacernos olvidar

su relativa fiabilidad, debido precisamente a lo comprometido de la información en temas tan delicados como el consumo de drogas, por ejemplo (Arco, 1997).

### Conclusiones

Desgraciadamente nuestra habilidad para identificar problemas va muy por delante de nuestra capacidad para encontrar soluciones. Sabemos que necesitamos un marco teórico que pueda acomodar la diversidad investigadora sobre estrategias de promoción, protección y prevención, aunque para ello han de darse ciertas condiciones hoy ausentes. Sabemos que debatir acerca de la finalidad última de las distintas estrategias, bien estén dirigidas a factores psicosociales, a reducir la oferta o la demanda o incluso a la reducción de las edades de inicio, resulta inútil si no se acometen cambios sustantivos en la investigación que se está haciendo sobre el fenómeno. Necesitamos más investigación en prevención, especialmente en epidemiología longitudinal y más investigación evaluadora sobre la eficiencia de las distintas estrategias (Salvador, 1998). Necesitamos, según Best (1989), una Ciencia de Investigación sobre Desarrollo de Programas que nos despeje al menos parte de las incertidumbres que acumula este importante elemento de cambio social que constituye el diseño, implantación y evaluación de programas. Esta nueva ciencia debería:

- Mejorar la investigación formativa y de procesos, para lo cual ha de aumentarse el rigor metodológico de las intervenciones: definir la población diana, analizar las necesidades desde el punto de vista de la población diana, garantizar la participación de la población diana en todo el proceso, fijar objetivos operacionalizados, seleccionar variables manipulables, establecer un modelo de impacto, especificar un plan de intervención, incluir actividades adecuadas a los objetivos planteados (por ejemplo, actividades de cambio ambiental, de participación comunitaria, de intervención social, etc.), diseñar la evaluación *ex-ante*, velar por el uso correcto de los datos y, por último, difundir intervenciones útiles, comprensibles, relevantes y prácticas.
- Habilitar o mejorar los centros de recursos y entrenamiento ya existentes, que cubran los desafíos en cuanto a la importancia estratégica que tiene la difusión de estos programas, en términos de entrenamiento de profesionales y cambio organizacional necesario.
- Reconocer el papel central de la ingeniería ambiental, como respuesta a la necesidad de diseñar intervenciones que alteren significativamente el entorno en el que las conductas de riesgo se concentran; es decir, focalizar las intervenciones en redes, sistemas o estructuras sociales que mantienen el problema o dificultan el cambio, seleccionando como objetivos de los programas no sólo los estilos de vida medidos en términos de actitudes y creencias, sino también los otros tres factores igual de responsables (o culpables) en la adopción final de conductas saludables que mencionábamos al inicio de este trabajo: biología humana, entorno y organizaciones proveedoras de salud.

### Referencias

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Alemaní, E. y Méndez, S. (1998). *Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Avance de evaluación 1997. V Encuentro sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*. Chiclana de la Frontera: CPD.
- Arco, J.L. (1997). *Evaluación del proceso de intervención en drogodependencias desde la perspectiva de la evaluación de programas*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Arco, J.L. (2000). Programas de Prevención del consumo de alcohol y drogas: Evolución y situación actual. *Suma Psicológica*, 7, 195-210.
- Arco, J.L., Buela-Casal, G. y Justicia, F. (1997). Evaluación de programas. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (comps.), *Manual de Evaluación Psicológica: Fundamentos, Técnicas y Aplicaciones* (pp.1033-1059). Madrid: Siglo XXI.
- Arco, J.L., Heilborn, V., López, S. y Camacho, A.C. (2001, mayo). *Evolución de las intervenciones sobre violencia escolar*. Simposium presentado en el VII Congreso Internacional, Latini Dies. Granada (España).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and Personal Behavior. *Health Education Monograph*, 2, 220-243.
- Best, J. A. (1989). Intervention Perspectives on School Health Promotion Research. *Health Education Quarterly*, 16, 299-306.
- Botwin, G.J. y Botwin, E.M. (1993). Adicción Juvenil a las Drogas: Estrategias de Prevención, Hallazgos Empíricos y Temas de Valoración. En J. A. García-Rodríguez y J. Ruiz (comps.), *Tratado sobre prevención de las drogodependencias* (pp. 17-40). Madrid: FAD.
- Botwin, G.J. y Scheier, L.M. (1995). *Preventing drug abuse and violence*. Manuscrito no publicado
- Buela-Casal, G. y Arco J.L. (1999). Metodología en evaluación de programas. En M. A. Simón (ed.), *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 383-398). Madrid: Siglo XXI.
- Buela-Casal, G., Sierra, J. C. y Arco, J. L. (2001). Evaluación y tratamiento de las conductas adictivas. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 517-570). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Burkhart, G. (2000). *Actas del Congreso Europeo sobre Prevención de las Drogodependencias 1998*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Calafat, A. (1993). Estrategias de prevención familiar y comunitaria. En J. A. García-Rodríguez y J. Ruiz (comps.), *Tratado sobre prevención de las drogodependencias* (pp. 197-220). Madrid: FAD.
- Calafat, A. (2000). *Actas del Congreso Europeo sobre Prevención de las Drogodependencias 1998* (pp. 247-252). Madrid: Ministerio del Interior.
- Cohen, A.Y. (1980). Alternatives to drugs: New visions for society. En S. Einstein (ed.), *The Community's Response to Drug Use*. Nueva York: Pergamon Press.
- Defensor del Pueblo Español (1999). *Informe del Defensor del Pueblo Español sobre Violencia Escolar*. Madrid: Defensor del Pueblo Español.
- Department of Health and Human Services (1997). *Selected Findings in Prevention. A decade of Results From The Center For Substance Abuse Prevention (CSAP)*. Rockville MD: CSAP.
- Dirección General de Atención a las Drogodependencias (1997). *Jornadas de Prevención de las*
- RIPCS/IJCHP, Vol. 2, Nº 2

- Drogodependencias en el Marco Educativo*. Tenerife: Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias.
- García-Rodríguez, J.A. (1993). Modelo multivariado de prevención de drogas. En J. A. García-Rodríguez y J. Ruiz (comps.), *Tratado sobre prevención de las drogodependencias* (pp. 167-196). Madrid: FAD.
- Gardner, S. E., Brounstein, P. J. y Stone, D.B. (2001). *Science-Based Substance Abuse Prevention: A Guide*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention, Division of Knowledge Development and Evaluation.
- Goodstadt, M. (1980). Drug education: A turn-on or a turn-off. *Journal of Drug Education*, 10, 89-99.
- Goodstadt, M. (1986). School-based drug education in North America: What is wrong? What can be done? *Journal of School Health*, 56, 278-281.
- Hüllinghorst, R. (2000). *Actas del Congreso Europeo sobre Prevención de las Drogodependencias 1998*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Jessor, R. (1992). Risk behaviour in adolescence. A psychosocial framework for understanding and action. *Development Review*, 12, 330-370.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. Nueva York: Academic Press.
- Juliá, M. C. y Thompson, A. (1994). Essential Elements of Interprofessional Teamwork. En R. M. Casto, M. C. Juliá, L. J. Platt, G. L. Harbaugh, W. R. Waugaman, A. Thompson, T. S. Jost, E. T. Bope, T. Williams y D. B. Lee (eds.), *Interprofessional Care and Collaborative Practice* (pp. 43-54). California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Klitzner, M. (1987). *Report to Congress on the Nature and Effectiveness of Federal, State, and Local Drug Prevention/Education Programs*. Documento no publicado.
- Klitzner, M. (1998). *Integrating environmental change theory into prevention practice. Northeast CAPT Regional Summit: Environmental Strategies to Reduce Youth Substance Abuse*. Documento no publicado.
- Klitzner, M., Blasinsky, M. y Marcus, C. (1986, noviembre). *Risk factors for adolescent drug abuse*. Ponencia presentada en el National Congress on Alcoholism. Bruselas (Bélgica).
- Kröger, C. (2000). *Actas del Congreso Europeo sobre Prevención de las Drogodependencias 1998*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Leukefeld, C., Logan, T.K., Lambert, J., Milich, R., Lynam, D., Martín, C., Zimmerman, R. y Staton, M. (2000). *Actas del Congreso Europeo sobre Prevención de las Drogodependencias 1998*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Lindbladt, R.A. (1983). A review of the community prevention movement in the United States of American. *Bulletin on Narcotics*, 35, 41-52.
- Luengo-Martín, M.A., Gómez-Fraguela, J.A. y Romero-Triñanes, E. (2000). *Actas del Congreso Europeo sobre Prevención de las Drogodependencias 1998*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Macià, A. (1993). La valoración de programas en la intervención comportamental-educativa para la prevención de la drogodependencia. En J. A. García-Rodríguez y J. Ruiz (comps.), *Tratado sobre prevención de las drogodependencias* (pp. 63-78). Madrid: FAD.
- Metzler, C.W., Noell, J. y Biglan, A. (1992). The validation of a construct of high risk sexual behavior in heterosexual adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 7, 233-249.
- Minkler, M. (1989). Health Education, Health Promotion and the Open Society: An Historical Perspective. *Health Education Quarterly*, 16, 17-30.
- Moskowitz, J. (1983). Preventing adolescent substance abuse through drug education. En T.

- Glynn, C. Leukefeld, y J. Ludford (eds.), *Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies. NIDA Research Monograph N° 47*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Moskowitz, J. (1987). *The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature*. Berkeley, CA: Prevention Research Center.
- O'Donnell, M. (1986). Definition of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1, 4-5.
- Observatorio Español sobre Drogas (1997). *Informe n° 1 del Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas*. Madrid: PNSD.
- Observatorio Español sobre Drogas (2000). *Informe n° 3 del Observatorio Español Sobre Drogas. Encuesta Sobre Drogas a la Población Escolar 1998*. Madrid: PNSD.
- Otero, J.M. (1997). *Droga y delincuencia: un acercamiento a la realidad*. Madrid: Pirámide.
- Pasick, R. (1987). *Health Promotion for Minorities in California. Report to the East Bay Area Health Promotion Center*. Documento no publicado.
- Petraitis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1998). Illicit substance use among adolescents: A matrix of prospective predictors. *Substance Use and Misuse*, 33, 2516-2604.
- Plan Nacional Sobre Drogas (1997). *La prevención de las drogodependencias en la familia. Actuar es posible*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2000). *Memoria 1999*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2001). *Informe de situación de los programas de prevención de drogodependencias en el ámbito escolar*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Rossi, P.H. y Freeman E. (1993). *Program Evaluation. A Systematic Approach* (5ª ed.). Newbury Park, CA: SAGE Publications, Inc.
- Salvador, J. (1995). *Programas de prevención del consumo de drogas. Conceptos básicos. Seminario sobre Metodología de Evaluación de los Programas de Prevención del Consumo de Drogas, 1994*. Cuenca: Universidad Internacional Menéndez y Pelayo.
- Salvador, T. (1998). *Políticas preventivas en la Unión Europea. V Encuentro sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*. Chiclana de la Frontera: CPD.
- Schaps, E. y Slimmon, L. (1975). *Balancing Head and Heart: Sensible Ideas for the Prevention of Drug and Alcohol Abuse* (Book 2). Lafayette, CA.: Prevention Materials Institute Press.
- Skinner, B.F. (1970). What is the experimental analysis of behavior? En R. Ulrich, T. Stachnik y J. Mabry (eds.), *Control of human behavior*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
- Sliepecevic, C.E. (1985). Avoiding Type III Errors in Health Education Programs Evaluations: A Case Study. *Health Education Quarterly*, 12, 315-331.
- Swisher, J.D. (1979). Prevention issues. En R.I. DuPont, A. Goldstein y J. O'Donnell (eds.), *Handbook on Drug Abuse*. Washington, D.C.: Department of Health, Education, and Welfare, National Institute on Drug Abuse, U.S. Government Printing Office.
- 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, 537-567.
- Vambito, T. (1985). Communities are winning the war against drugs. *Policy Review*, 34, 86-88.
- Vega, A. (1993). La intervención Educativa Escolar ante las Drogas. En J. A. García-Rodríguez y J. Ruiz (comps.), *Tratado sobre prevención de las drogodependencias* (pp. 41-62). Madrid: FAD.
- Wallack, L. (1984). Social marketing as prevention: Uncovering some assumptions. *Advances in Consumer Research*, 2, 682-687.
- Wepner, S. (1979). Which way drug education? *Journal of Drug Education*, 9, 93-103.
- Wulfert, E. y Biglan, A. (1994). A Contextual Approach to Research on AIDS Prevention. *The Behavior Analyst*, 17, 353-363.