

Una aproximación a la evaluación de la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias en Educación Secundaria en Andalucía

An approach to the assessment of the effectiveness of a drug use prevention program in Secondary Education in Andalusia

ANTONIA JIMÉNEZ-IGLESIAS; CARMEN MORENO; ALFREDO OLIVA; PILAR RAMOS

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

Enviar correspondencia a:
Antonia Jiménez-Iglesias. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología.
C/ Camilo José Cela, s/n. 41018. Sevilla.
Tel.: 954557694 Fax: 954559544. E-mail: amjimigl@us.es.

recibido: Junio 2009
aceptado: Marzo 2010

RESUMEN

El presente artículo se centra en el análisis del consumo de sustancias de los escolares andaluces de los cuatro cursos de Educación Secundaria Obligatoria de dos estudios diferentes: el Estudio *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* en su edición de 2006 y un estudio que evalúa la implementación del programa *Prevenir para vivir* en el ámbito educativo. Para ello, analiza, por un lado, el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* de todos los adolescentes andaluces de secundaria del Estudio *HBSC*, y, por otro, selecciona a dos grupos de adolescentes escolarizados para examinar y comparar su consumo: un grupo de adolescentes del Estudio *HBSC* que no había formado parte de ningún programa de prevención de drogodependencias y en cuyos centros educativos no había personal que hubiera recibido formación en estos temas (llamado *grupo control del HBSC*) y otro grupo que había formado parte del programa de prevención de drogodependencias *Prevenir para vivir* y lo había hecho, además, con personal especializado (denominado *grupo experimental Prevenir para vivir*). Los resultados indican, por un lado, un mayor consumo en todas las sustancias en los cursos más altos de la Secundaria; y, por otro, al comparar a ambos grupos, no siempre se observa la tendencia de ser los adolescentes que han recibido programas de prevención de drogodependencias con personal especializado los que presentan con más frecuencia un patrón de consumo más saludable. Por lo que, estos resultados deben interpretarse como un apoyo limitado a los programas de prevención de drogodependencias.

Palabras clave: *adolescencia, consumo de sustancias, adicciones, programa de prevención, educación secundaria.*

ABSTRACT

This article examines the analysis of drug use among Secondary Education students in Andalusia from two different studies: the Health Behavior in School-aged Children Study (HBSC), in its 2006 edition, and a study assessing the implementation of the *Prevenir para Vivir* ("Prevent to Live") drug use prevention program in the education field. To this end, on the one hand the paper analyzes the use of tobacco, alcohol and cannabis among Andalusian adolescents on the HBSC Study, and on the other, selects two groups of adolescents to examine and compare their drug use: a group from the HBSC Study who had not participated in any drug use prevention program and in whose schools the staff had not received training in relation to these issues (called *HBSC Control Group*), and a group of adolescents who had participated in the *Prevenir para Vivir* drug use prevention program working with specialized staff (called *Prevenir para Vivir Experimental Group*). The results indicate, first, higher levels of drug use in older students than in younger ones; and, second, on comparing the two groups, that adolescents who have received drug prevention programs with specialized staff are not always those most likely to present healthier drug use. These results must therefore be interpreted as offering only limited support to drug use prevention programs.

Key words: *adolescence, drug use, addictions, prevention program, secondary education.*

INTRODUCCIÓN

El análisis y la modificación de los estilos de vida nocivos, así como la promoción de estilos de vida saludables, adquieren una especial relevancia en el periodo de la adolescencia, puesto que se trata de una etapa decisiva en el aprendizaje y consolidación de los comportamientos que conforman los estilos de vida. Concretamente, la experimentación con las conductas no saludables suele iniciarse en la adolescencia temprana, incrementándose en la adolescencia media y alcanzando su pico en la adolescencia tardía (Halperin, Bass, Mehta, y Betts, 1983; Pastor, Balaguer y García-Merita, 1999). Por lo tanto, la adolescencia es considerada la etapa más adecuada para intentar evitar la adopción de estilos de vida que ponen en riesgo la salud y, en caso de que se hayan iniciado de forma experimental, intentar modificarlos antes de que se establezcan de forma definitiva y puedan condicionar, en gran medida, los de la vida adulta (Elliot, 1993; Heaven, 1996; Sinha, 1993).

Uno de los componentes de los estilos de vida de riesgo para la salud en la adolescencia que en la actualidad más preocupa a la comunidad científica, a los expertos en intervención y a la sociedad en general, es el consumo de sustancias (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2001).

La preocupación está justificada a partir de la abundante evidencia sobre las consecuencias graves y diversas que el consumo de sustancias tiene para la salud. Así, de forma general, el consumo de tabaco se relaciona con enfermedades graves, tales como el cáncer, las enfermedades broncopulmonares y cardiovasculares; el consumo de alcohol puede provocar daños orgánicos múltiples, conductas de riesgo, agresivas y violentas; y el consumo de *cannabis* puede conllevar alteraciones de memoria y aprendizaje, enfermedades broncopulmonares y alteraciones psiquiátricas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007b).

Es fácil entender que, ante este panorama, sean especialmente bienvenidos los estudios que nos permiten conocer y valorar la incidencia del consumo de sustancias en la adolescencia. Tal es el caso del Estudio *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, estudio internacional auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), que se realiza cada cuatro años, y cuya última edición ha tenido lugar en 2006, en la que han participado 41 países y regiones occidentales (pertenecientes a la Comunidad Europea, Canadá, Estados Unidos y Groenlandia). Este estudio se centra en el análisis de las conductas relacionadas con la salud (alimentación y dieta, actividad física, consumo de sustancias, conducta sexual) y los estilos de vida de los adolescentes de 11 a 15 años (en España el estudio se amplía hasta los 17 años) en relación con sus contextos de desarrollo: familia, iguales, escuela y entorno socioeconómico (Currie, Nic Gabhainn, Godeau, Roberts, Smith, Currie, et al., 2008). No obstante, y a pesar de que el *HBSC* es un estudio internacional que analiza una amplia variedad de temas, para este trabajo solo se analizan los datos relacionados con el consumo de sustancias en España y, más en concreto, en Andalucía.

En relación al consumo de sustancias, los datos empíricos más actuales indican que las drogas más consumidas entre los adolescentes escolarizados de 14 a 18 años son el tabaco, el alcohol y el *cannabis*.

Según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007 (que lleva realizándose en España de forma bienal desde 1994 con adolescentes escolarizados de 14 a 18 años), alguna vez en la vida un 46,1% de adolescentes dice haber fumado tabaco, un 79,6% afirma haber tomado bebidas alcohólicas y un 36,2% haber probado *cannabis*; por su parte, los porcentajes de adolescentes escolarizados que han consumido cada una de estas sustancias en los últimos 30 días han sido de: un 27,8% en el caso de tabaco, un 58% para consumo de alcohol y un 20,1% en el caso de *cannabis* (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007a).

Respecto a los datos de la última edición en España del estudio *HBSC-2006*, consumen tabaco a diario un 4% de adolescentes de 13-14 años, un 14,9% de 15-16 años y un 18,9% de 17-18 años, siendo más alto el consumo en los adolescentes de mayor edad; igualmente, el porcentaje de abstemios es menor en los adolescentes mayores: 90% a los 11-12, 62% a los 13-14, 26% a los 15-16 y 13% a los 17-18 años y la frecuencia de episodios de embriaguez también registra un aumento con la edad, siendo más alta en los adolescentes de mayor edad, a los 11-12 años nunca se han embriagado un 98,1% de los adolescentes escolarizados frente a un 34,7% a los 17-18 años; y en el caso del consumo de *cannabis*, se vuelve a detectar un incremento del consumo en los adolescentes escolarizados de mayor edad, así, por ejemplo, en los últimos 12 meses han consumido *cannabis* un 27,2% a los 15-16 frente a un 38,7% a los 17-18 años (Moreno, Muñoz-Tinoco, Pérez, Sánchez-Queija, Granado, Ramos, et al., 2008; Moreno, Ramos, Rivera, Muñoz-Tinoco, Sánchez-Queija, Granado, et al., en prensa).

En cuanto a las características de estos consumos, ESTUDES 2006-2007 coincide con el estudio *HBSC-2006* en detectar un descenso en la prevalencia de consumo en estos adolescentes de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso de tabaco y *cannabis*. Un aspecto que continúa de forma similar es el hecho de que el consumo de sustancias siga siendo mayoritariamente experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007a; Moreno, Muñoz-Tinoco, et al., 2008; Moreno et al., en prensa; Moreno, Rivera, Ramos, Jiménez-Iglesias, Muñoz-Tinoco, Sánchez-Queija, et al., 2008).

Ante este panorama de consumo de sustancias entre los adolescentes en edad escolar y sus respectivas consecuencias, es fácil entender la necesidad de realizar programas preventivos en este ámbito, así como de mejorar el diseño y/o la implementación de los programas ya existentes.

La aplicación en el contexto escolar de intervenciones de Promoción y Educación para la Salud (PES), sensibles a los planteamientos formulados en la Declaración de Ottawa, forman parte de las recomendaciones de diversas institucio-

nes de reconocido prestigio, como la OMS, la UNESCO, la UNICEF, el Consejo de Europa y la Comisión Europea. Desde la Conferencia Europea de Educación para la Salud, celebrada en Dublín en el año 1990, se recomendó la inclusión de contenidos de PES en el currículo escolar de la enseñanza obligatoria. Y en España, un convenio de colaboración en 1989 entre los Ministerios responsables de Educación y de Sanidad, mostró el interés y la preocupación de las administraciones por el desarrollo de PES, facilitando acciones conjuntas para su desarrollo en el medio escolar (Salvador Llivina, Suelves Joanxich y Puigdollers Muns, 2008).

Así, la escuela es reconocida como el contexto idóneo para llevar a cabo una educación preventiva en el consumo de sustancias, principalmente por los siguientes motivos: es fácil tener acceso a los individuos desde los 4 a los 16 años dada la obligatoriedad de la educación en estas edades, se trata de etapas evolutivas en las que hay una mayor receptividad al aprendizaje y en las que, además, se adquieren hábitos de vida que con bastante probabilidad se consolidarán posteriormente y, finalmente, el contexto escolar dispone también de agentes de salud (profesorado) con alta cualificación desde el punto de vista pedagógico (Maciá Antón, 2005; Salvador Llivina et al., 2008).

Las Comunidades y Ciudades Autónomas españolas han ido incorporando a lo largo de la última década, y en todas las etapas de la educación formal, la PES en la Escuela como un elemento necesario de la educación integral (Salvador Llivina et al., 2008). En Andalucía (Comunidad Autónoma en la que se centran los análisis de este trabajo), y en relación a proyectos educativos para la prevención de drogodependencias y adicciones, la Consejería de Educación anima a los centros a incorporar (o implementar) los siguientes: *Dino*, *Prevenir para vivir*, *Y tú, ¿qué piensas?*, *'A no fumar' jme apunto!* y *Forma Joven*.

De estos programas, es el *Prevenir para vivir* el que se analiza en este trabajo. Dicho programa está elaborado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción -FAD- (2001), es ejecutado por la Consejería de Educación en colaboración con la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social y está dirigido al alumnado de Educación Secundaria Obligatoria y a sus familias. Se trata de un programa eminentemente práctico, basado en actividades de distinta naturaleza, que pretenden promover, entre otros, la autoestima, el autocontrol, actitudes favorables hacia la salud y diferentes habilidades sociales (Consejería de Educación, Junta de Andalucía, 2009).

Por otro lado, en cuanto a la necesidad de mejorar el diseño y/o la implementación de los programas ya existentes, un metaanálisis reciente de Ramos, Oliva, Moreno, Lorence, Jiménez-Iglesias, Jiménez, et al. (en prensa), en el que se ha revisado literatura sobre prevención de drogadicciones, ha señalado un total de 29 características que definen a los programas que promueven resultados eficaces en este ámbito. En este trabajo se tienen en cuenta dos de estas características: la intensidad de la implementación (10 es el número de sesiones mínimas registradas por la mayor parte de estudios a partir del cual una intervención de prevención puede ser eficaz) (Cuijpers, 2002; White y Pitts, 1998) y la formación específica de los implementadores (Fernández, Nebot y

Jané, 2002; Zavela, 2002), factores que aparecen de forma frecuente en la literatura como relacionados con la eficacia de los programas preventivos.

El presente artículo parte de dos estudios realizados con escolares de Educación Secundaria Obligatoria: el *Estudio HBSC-2006 en Andalucía*, comentado anteriormente, y el proyecto de investigación *Desarrollo de los Programas de Prevención de Drogodependencias en el ámbito educativo: Dino y Prevenir para vivir*. Este segundo proyecto tenía como objetivos analizar cuantitativa y cualitativamente el grado de aplicación real de estos programas en los centros educativos de Andalucía, conocer la valoración de los mismos que hace el personal docente y el alumnado que los hayan utilizado, y recoger y canalizar propuestas de mejora de los programas de prevención (Antolín, Hidalgo, Jiménez, Jiménez-Iglesias, Lorence, Moreno, et al., 2009). Para este trabajo, en concreto, se analiza solo la aportación que hace un grupo determinado del alumnado (el que ha participado en el programa y lo ha recibido a través de profesores con formación específica en prevención de drogadicciones, y es denominado grupo experimental *Prevenir para vivir*) relacionada con la valoración del programa y su consumo de sustancias, utilizando el mismo cuestionario referente a este aspecto que el del estudio *HBSC*. Y en relación a los participantes del estudio *HBSC*, se analiza a otro grupo formado por los adolescentes en cuyos centros no se lleva a cabo ningún tipo de iniciativas de intervención en este ámbito (denominado grupo control del *HBSC*).

Resulta necesario comentar que se trata de un diseño con grupo control no equivalente y con sólo prueba posterior; de este modo, los grupos no son equivalentes (no son obtenidos mediante asignación aleatoria), por lo que puede haber problemas de selección diferencial, lo cual se solventa mediante los denominados 'controles internos' o de emparejamiento de grupos, que permiten conformar los grupos lo más similares posibles entre sí.

Los principales objetivos del trabajo son:

1. Conocer, a través de los resultados del Estudio *HBSC-2006 en Andalucía*, cómo es el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* entre los escolares andaluces de los cuatro cursos de secundaria obligatoria.
2. Conocer cómo son estos mismos consumos entre los escolares andaluces de los cuatro cursos de secundaria obligatoria que forman parte del *grupo experimental Prevenir para vivir* y del *grupo control del HBSC*, para posteriormente comparar a ambos grupos.

Se espera encontrar un mayor consumo en todas las sustancias en los cursos de la Secundaria más altos (3º y 4º) que en los más bajos (1º y 2º) y, en general, un patrón de consumo más saludable en aquellos adolescentes que han recibido programas de prevención de drogodependencias con personal especializado. La razón de preguntar por estas tres sustancias (tabaco, alcohol y *cannabis*) se debe a que, como se ha expuesto, son las más consumidas entre los adolescentes españoles.

METODOLOGÍA

Participantes

Estudio HBSC

Los participantes del estudio *HBSC* proceden de una muestra representativa de la población total de adolescentes escolarizados españoles de 11 a 18 años. Para la obtención de la muestra se utilizó una estrategia de muestreo aleatorio polietápico estratificado por conglomerados, teniendo en cuenta: la edad de los adolescentes, la zona geográfica (Comunidad Autónoma), el hábitat (rural y urbano) y la titularidad del centro educativo (público y privado). La muestra resultante de este proceso de selección, representativa por Comunidad Autónoma, estuvo compuesta por un total de 21 811 adolescentes de aulas completas de 375 colegios, de edades comprendidas entre los 11 y los 18 años: 26,9% de 11-12, 25,2% de 13-14, 26,3% de 15-16 y 21,6% de 17-18 años. En el caso de Andalucía, la muestra total fue de 1 726 adolescentes. Los detalles metodológicos del estudio *HBSC* en Andalucía se encuentran exhaustivamente detallados en Moreno, Muñoz-Tinoco, et al. (2008).

Para este trabajo, se han elegido de la muestra andaluza del Estudio *HBSC* solo a los estudiantes de Educación Secundaria (es decir de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria-ESO-). Además, dentro de esta muestra, se ha seleccionado a un grupo control de adolescentes andaluces, teniendo en cuenta los siguientes criterios de asignación: no haber recibido ningún programa de prevención de consumo de sustancias y no tener su profesorado formación sobre prevención de consumo de sustancias (información proporcionada por los centros educativos). En la Tabla 1 se recogen las características del total de la muestra andaluza del Estudio *HBSC* y las de los alumnos seleccionados para servir como grupo de control.

Tabla 1: Distribución por curso de la muestra andaluza del estudio HBSC y del grupo control de este trabajo

Curso	Muestra andaluza HBSC de ESO		Grupo control	
	N	%	N	%
1º de ESO	213	23,25	30	30,61
2º de ESO	219	23,91	29	29,59
3º de ESO	248	27,07	24	24,49
4º de ESO	236	25,76	15	15,31
Total	916	100	98	100

Prevenir para vivir

La segunda gran muestra del estudio está compuesta por un total de 744 estudiantes de Educación Secundaria pertenecientes a aulas completas de 12 institutos de Andalucía que estaban implementando el programa *Prevenir para vivir* en el curso escolar en el que se realizó la recogida de datos de nuestro estudio (curso 2007/2008). Para la selección de esta muestra se siguió, al igual que para el estudio *HBSC*,

una estrategia de muestreo aleatorio polietápico estratificado por conglomerados, teniendo en cuenta: la zona geográfica andaluza (occidental y oriental), el hábitat (rural y urbano), la titularidad del centro educativo (público y privado) y el nivel de implementación del programa (alto-más de 8 sesiones-, medio-entre 4 y 8 sesiones- y bajo-menos de 4 sesiones-) (esta información fue proporcionada previamente, a través de la cumplimentación de un cuestionario, por los centros educativos, concretamente por los profesionales que estaban coordinando y/o impartiendo el programa en los institutos y desearon colaborar con nuestro estudio).

Para este artículo se han tenido en cuenta solo a aquellos adolescentes escolarizados de esta muestra de los que se sabía que cumplían simultáneamente los siguientes criterios de asignación: haber recibido tres sesiones o más del programa de prevención de consumo de sustancias *Prevenir para vivir* (dato informado en el cuestionario cumplimentado por el alumnado) y tener su profesorado formación en el ámbito de la prevención del consumo de sustancias (dato informado en el cuestionario cumplimentado por los centros educativos). Sin embargo, se desconoce el número de cursos en el que cada alumnado ha participado en el programa. Este grupo será denominado grupo experimental *Prevenir para vivir*. La Tabla 2 muestra detalladamente la frecuencia y el porcentaje del total de adolescentes de estos cursos.

Tabla 2: Distribución por curso de la muestra del estudio Prevenir para vivir y del grupo experimental de este trabajo

Curso	Muestra Prevenir para vivir		Grupo experimental	
	N	%	N	%
1º de ESO	128	17,20	83	34,30
2º de ESO	200	26,88	70	28,93
3º de ESO	281	37,77	69	28,51
4º de ESO	135	18,15	20	8,26
Total	744	100	242	100

Instrumento

Estudio HBSC

En el cuestionario *HBSC* se abordan diferentes bloques temáticos. Para este artículo se han seleccionado los contenidos relacionados con variables demográficas: "¿En qué curso estás?" (las opciones de respuesta se correspondían con los valores de los cursos de Educación Secundaria de los participantes de este estudio: 1º, 2º, 3º y 4º), así como las variables relacionadas con el consumo de sustancias:

• Consumo de tabaco.

- "¿Has fumado tabaco alguna vez? (al menos un cigarro, puro o pipa)", con dos valores: *no*, *sí*.
- "¿Con qué frecuencia fumas tabaco en la actualidad?", con cuatro valores: *no fumo*, *menos de una vez a la semana*, *al menos una vez a la semana*, *pero no todos los días*, *todos los días*.

- *Consumo de alcohol.*

- "¿Has probado alguna vez alguna bebida alcohólica? (algo más que un sorbito o un trago)", con dos valores: *no, sí.*
- "Frecuencia de consumo actual de bebidas alcohólicas", con cinco valores cada una: *nunca, rara vez, todos los meses, todas las semanas, todos los días.*
- "¿Alguna vez has bebido tanto alcohol que te has llegado a emborrachar?", con cinco valores: *nunca, sí, una vez, sí, 2-3 veces, sí, 4-10 veces, sí, más de 10 veces.*

- *Consumo de cannabis.*

- "¿Has tomado alguna vez cannabis (hachís o marihuana, "porros") en tu vida?", "¿Has tomado alguna vez cannabis (hachís o marihuana, "porros") en los últimos 12 meses?", "¿Has tomado alguna vez cannabis (hachís o marihuana, "porros") en los últimos 30 días?", con siete valores cada una: *nunca, 1 ó 2 veces, de 3 a 5 veces, de 6 a 9 veces, de 10 a 19 veces, de 20 a 39 veces, 40 veces o más.*

Resulta necesario comentar que los ítems relacionados con el consumo de tabaco y alcohol han sido incluidos desde las primeras recogidas de datos del estudio *HBSC* como cuestiones obligatorias que están presentes en el cuestionario internacional del estudio, por lo que son utilizados por todos los países participantes, demostrando su utilidad para evaluar estas conductas de riesgo (Hublet y Godeau, 2005; Schmid, Fotiou, Godeau, Simons-Morton y Hublet, 2005). Mientras que los ítems referentes al consumo de cannabis fueron incluidos a partir de la recogida de datos de 2001/2002, adaptados del *ESPAD (European School Survey Project on Alcohol & other Drugs)* (Hibell, Andersson, Ahlström, Balakireva, Bjarnasson, Kokkevi, et al., 2000); si bien, al igual que los anteriores, son ítems obligatorios (a utilizar por todos los países) que están presentes en el cuestionario internacional del estudio (ter Bogt y Nic Gabhainn, 2005).

Por otro lado, para seleccionar a la muestra de este estudio también se han utilizado algunos ítems del *Cuestionario HBSC para el Centro Escolar* y que debía cumplimentar la dirección del centro educativo.

- "En los últimos 3 años ¿en cuáles de los siguientes programas o proyectos ha participado el centro escolar?" "Programa anti-tabaco (centros sin humo)", "Programa de prevención del consumo de alcohol y/u otras drogas", con dos valores de selección cada uno: *no, sí.*
- "¿Ha proporcionado el centro durante los últimos tres años algún tipo de formación para el profesorado (talleres, conferencias, cursos, formación permanente, o cualquier otro tipo de formación durante el ejercicio de la profesión) en alguno de los siguientes ámbitos?: prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas", con los valores siguientes no excluyentes: *no, sí para la dirección del centro, sí para los profesores, sí para el personal auxiliar.*

Prevenir para vivir

El cuestionario para el alumnado beneficiario del programa *Prevenir para vivir* se compone de tres bloques principales. Sin embargo, para este trabajo, solo se ha tomado información del primer bloque en lo referente a los contenidos relacionados con variables demográficas: "¿En qué curso estás?" (con cuatro opciones de respuesta correspondientes con los valores de los cursos de Educación Secundaria de los participantes de este estudio: 1º, 2º, 3º y 4º) y al "Número de sesiones recibidas". Así como del siguiente bloque, las variables relacionadas con el comportamiento de los adolescentes ante el consumo de drogas, tratándose de los mismos ítems, concernientes al consumo de sustancias, comentados anteriormente y, por tanto, extraídos del estudio *HBSC* (Moreno, Muñoz-Tinoco, et al., 2008).

Además, para este artículo se ha utilizado un ítem del cuestionario aplicado a los centros educativos: "¿Cuántos de los profesionales que llevaron a cabo la implementación del programa estaban formados específicamente en el ámbito de la prevención de drogas?", con cuatro valores: *todos, la mayoría, algunos, ninguno.*

Por otra parte, estos cuestionarios han superado los requisitos exigidos por el Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla para la experimentación con sujetos humanos y con animales, ajustándose a la normativa vigente en España y en la Unión Europea.

Procedimiento

Estudio HBSC

La recogida de datos fue realizada entre los meses de marzo a mayo de 2006. En el procedimiento de recogida de información, la coordinación internacional del estudio *HBSC* señala que se han de cumplir tres condiciones básicas: en primer lugar, los propios escolares han de ser los que respondan al cuestionario; en segundo lugar, se debe asegurar y respetar el anonimato de las respuestas, así como la comprensión del texto; y, por último, la administración de los cuestionarios debe realizarse dentro del contexto escolar y por encuestadores debida y específicamente entrenados para esta tarea.

Prevenir para vivir

La recogida de datos de los 12 centros educativos que estaban implementando el programa *Prevenir para vivir* se realizó entre los meses de marzo y abril de 2008. El procedimiento de aplicación de los cuestionarios fue el mismo que el ya descrito para el Estudio *HBSC*: los propios escolares fueron los que respondieron al cuestionario; se aseguró y respetó el anonimato de sus respuestas, así como la comprensión del texto; y, por último, la administración de los cuestionarios se realizó dentro del contexto escolar por encuestadores entrenados para esta tarea.

Los resultados que se exponen en el apartado siguiente aparecen estructurados en dos grandes bloques:

1. En primer lugar, se presentan los resultados obtenidos con toda la muestra del Estudio *HBSC-2006* en Andalucía. Se obtendrá así el perfil de prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y *cannabis* de los adolescentes andaluces en cada uno de los cursos de la secundaria obligatoria.
2. A continuación, y trabajando también con adolescentes andaluces de los cuatro cursos de secundaria obligatoria, se presentarán los niveles de consumo en estas mismas sustancias que caracteriza a dos grupos diferentes de adolescentes de este estudio: grupo control del estudio *HBSC* y grupo experimental *Prevenir para vivir*; además, se presentarán los resultados de las comparaciones entre ambos grupos, con la idea de valorar la eficacia de la implementación de ese programa de prevención del consumo de drogas.

Los análisis de datos utilizados, mediante el paquete estadístico SPSS versión 14.0, consisten fundamentalmente en análisis de varianza (ANOVA) de un factor, a través del estadístico *F*, y el uso de la eta cuadrada (η^2), como indicador del tamaño del efecto, así como la *d* de Cohen en algunos casos. Además, en los casos en los que las variables dependiente e independiente son cualitativas, se realizan tablas de contingencia con el uso de la prueba chi-cuadrado o χ^2 , y como magnitud de la asociación, la *V* de Cramer (*V*).

RESULTADOS

Prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y cannabis entre los adolescentes andaluces: Resultados con la muestra andaluza del Estudio HBSC (1º ESO a 4º ESO)

Consumo de tabaco

El porcentaje de adolescentes escolarizados que dijo haber fumado tabaco alguna vez en la vida fue mayor en los cursos escolares más altos que en los más bajos. Así, en la

Tabla 3 se observa que el 20,75%, 35,16%, 46,77% y 60,17% en 1º, 2º, 3º y 4º, respectivamente, dijeron haber fumado tabaco alguna vez. Estas diferencias fueron significativas con una $\chi^2(3, N = 915) = 77,97, p < .001$ y una magnitud de la asociación media-pequeña, $V = .29$.

Respecto a la frecuencia actual de consumo de tabaco, las diferencias fueron igualmente significativas con una $F(3, 894) = 22,11, p < .001$ y con un tamaño de efecto medio $\eta^2 = .07$. Como muestra la Tabla 3, aunque en todos los cursos fue mayoritario el porcentaje de no consumo, éste fue menor en los cursos de la educación secundaria más bajos que en los más altos (un 91,35% en 1º no han fumado frente a un 67,53% en 4º), si se tiene en cuenta el porcentaje de consumo de tabaco semanal y diario, en los adolescentes que cursaban 1º y 2º fueron más bajos que en los de 3º y 4º (así, por ejemplo, un 0,96% de adolescentes en 1º dijeron fumar todos los días frente a un 18,18% en 4º).

Consumo de alcohol

Al igual que sucedió con el consumo de tabaco, como muestra la Tabla 4, el porcentaje de adolescentes que dijeron haber consumido alcohol alguna vez en su vida fue mayor en los cursos escolares más altos, del 44,23% en 1º, se pasó al 57,14% en 2º, al 74,49% en 3º y al 88,94% en 4º, siendo estas diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(3, N = 907) = 115,98, p < .001$, y con una magnitud de la asociación media-grande, $V = .36$.

En relación a la frecuencia de consumo actual de bebidas alcohólicas (concretamente: cerveza, vino, licor, combinado de refresco y licor y otras bebidas alcohólicas), se encontró que el porcentaje de adolescentes que nunca ha consumido fue mayor en 1º y 2º que en 3º y 4º (61,95%, 46,70%, 28,86% y 14,22% de 1º a 4º curso, respectivamente). En el caso de los cursos más altos, se encontró que en 3º curso el porcentaje de no consumo y consumo "rara vez" fueron muy similares (28,86% y 32,93% respectivamente), pero en 4º curso fue más alto el consumo semanal (31,03%). Las diferencias fueron, una vez más, significativas, $F(3, 891) = 71,43, p < .001$, y con tamaño de efecto grande, $\eta^2 = .19$.

Tabla 3: Porcentaje de adolescentes andaluces del estudio HBSC que consumen tabaco según el curso escolar

		Curso							
		1º de ESO		2º de ESO		3º de ESO		4º de ESO	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Haberlo probado alguna vez en la vida	No	168	79,25	142	64,84	132	53,23	94	39,83
	Sí	44	20,75	77	35,16	116	46,77	142	60,17
Frecuencia de consumo en la actualidad	No fumo	190	91,35	188	88,26	184	74,80	156	67,53
	Menos de una vez a la semana	11	5,29	9	4,23	17	6,91	17	7,36
	Al menos una vez a la semana	5	2,40	7	3,29	14	5,69	16	6,93
	Todos los días	2	0,96	9	4,23	31	12,60	42	18,18

Tabla 4: Porcentaje de adolescentes andaluces del estudio HBSC que consumen alcohol según el curso escolar

		Curso							
		1º de ESO		2º de ESO		3º de ESO		4º de ESO	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Haberlo probado alguna vez en la vida	No	116	55,77	93	42,86	63	25,51	26	11,06
	Sí	92	44,23	124	57,14	184	74,49	209	88,94
Frecuencia de consumo actual de bebidas alcohólicas	Nunca	127	61,95	99	46,70	71	28,86	33	14,22
	Rara vez	66	32,20	78	36,79	81	32,93	70	30,17
	Todos los meses	5	2,44	14	6,60	46	18,70	52	22,41
	Todas las semanas	6	2,93	21	9,91	45	18,29	72	31,03
	Todos los días	1	0,49	0	0	3	1,22	5	2,16
Frecuencia de episodio de embriaguez	Nunca	180	86,96	171	80,28	155	63,01	118	51,30
	Sí, una vez	21	10,14	19	8,92	27	10,98	33	14,35
	Sí, 2-3 veces	3	1,45	14	6,57	33	13,41	41	17,83
	Sí, 4-10 veces	3	1,45	6	2,82	16	6,50	16	6,96
	Sí, más de 10 veces	0	0	3	1,41	15	6,10	22	9,57

Tabla 5: Porcentaje de adolescentes andaluces del estudio HBSC que consumen cannabis según el curso escolar

		Curso							
		1º de ESO		2º de ESO		3º de ESO		4º de ESO	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Consumo de cannabis alguna vez en la vida	Nunca	203	95,75	191	87,61	185	76,13	153	66,23
	1 ó 2 veces	6	2,83	13	5,96	22	9,05	24	10,39
	De 3 a 5 veces	1	0,47	2	0,92	6	2,47	12	5,19
	De 6 a 9 veces	0	0	2	0,92	9	3,70	10	4,33
	De 10 a 19 veces	2	0,94	2	0,92	3	1,23	9	3,90
	De 20 a 39 veces	0	0	2	0,92	9	3,70	4	1,73
	40 veces o más	0	0	6	2,75	9	3,70	19	8,23
Consumo de cannabis en los últimos 12 meses	Nunca	204	98,08	196	91,1	199	82,23	163	71,49
	1 ó 2 veces	2	0,96	6	2,79	15	6,20	23	10,09
	De 3 a 5 veces	0	0	4	1,86	8	3,31	10	4,39
	De 6 a 9 veces	2	0,96	1	0,47	4	1,65	7	3,07
	De 10 a 19 veces	0	0	3	1,40	5	2,07	5	2,19
	De 20 a 39 veces	0	0	3	1,40	4	1,65	7	3,07
Consumo de cannabis en los últimos 30 días	Nunca	206	99,04	202	94,39	214	88,07	186	82,67
	1 ó 2 veces	1	0,48	5	2,34	16	6,58	14	6,22
	De 3 a 5 veces	1	0,48	1	0,47	4	1,65	8	3,56
	De 6 a 9 veces	0	0	3	1,40	2	0,82	4	1,78
	De 10 a 19 veces	0	0	1	0,47	2	0,82	6	2,67
	De 20 a 39 veces	0	0	1	0,47	3	1,23	4	1,78
40 veces o más	0	0	1	0,47	2	0,82	3	1,33	

En el caso de la frecuencia de episodios de embriaguez, las diferencias entre los cursos fueron significativas, $F(3, 892) = 34,46$, $p < .001$, y con tamaño de efecto medio-grande $\eta^2 = ,10$. Además, en los cursos escolares más altos, como muestra la Tabla 4, fue más frecuente la ocurrencia de dichos episodios. Si se observan los porcentajes de ocurrencia de 4 episodios de embriaguez o más, dichos porcentajes son muy bajos en 1º y 2º (1,45% y 4,23% respectivamente), mientras que en 3º y 4º son significativamente más altos (12,60% y 16,53% respectivamente).

Consumo de cannabis

En los tres tipos de consumo de *cannabis* considerados (alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días) que aparecen en la Tabla 5, los porcentajes de no consumo fueron notoriamente más altos que el resto, sucediendo ello en todos los cursos, aunque disminuyeron en los cursos más altos. En cuanto a las diferencias según el curso escolar todas fueron significativas, con una $F(3, 900) = 21,16$, $p < ,001$ en consumo de *cannabis* alguna vez en la vida, $F(3, 889) = 18,04$, $p < ,001$ en los últimos 12 meses y $F(3, 886) = 10,55$, $p < ,001$ en los últimos 30 días; y con tamaños de efecto medio-grandes, $\eta^2 = ,07$, alguna vez en la vida, medio, $\eta^2 = ,06$, en los últimos 12 meses y medio-pequeño, $\eta^2 = ,03$, en los últimos 30 días.

Tabla 6: Resultados de significación y tamaños de efecto de consumo de tabaco en el grupo control del HBSC y el grupo experimental Prevenir para vivir

	GRUPO EXPERIMENTAL PREVENIR		GRUPO CONTROL HBSC	
	Prueba de significación	Tamaño de efecto	Prueba de significación	Tamaño de efecto
Haberlo probado alguna vez en la vida	$\chi^2 (3, N = 241) = 28,92, p < ,001$	$V = ,35$	$\chi^2 (3, N = 98) = 13,53, p < ,01$	$V = ,37$
Frecuencia de consumo en la actualidad	$F(3, 60) = 1,11, p > ,05$	$\eta^2 = ,05$	$F(3, 91) = 2,05, p > ,05$	$\eta^2 = ,06$

Tabla 7: Porcentaje de adolescentes que consumen tabaco en el grupo control del HBSC y el grupo experimental Prevenir para vivir

		TOTAL		GRUPO EXPERIMENTAL PREVENIR				GRUPO CONTROL HBSC			
		N	%	1º de ESO	2º de ESO	3º de ESO	4º de ESO	1º de ESO	2º de ESO	3º de ESO	4º de ESO
				%	%	%	%	%	%	%	%
Haberlo probado alguna vez en la vida	No	231	68,14	87,95	68,57	72,06	30	76,67	58,62	50	20
	Sí	108	31,86	12,05	31,43	27,94	70	23,33	41,38	50	80
Frecuencia de consumo en la actualidad	No fumo	118	74,21	60	54,55	61,11	78,57	86,21	89,29	78,26	66,67
	Menos de una vez a la semana	12	7,55	20	9,09	5,56	7,14	3,45	7,14	13,04	0
	Al menos una vez a la semana	15	9,43	10	13,64	16,67	14,29	6,90	0	4,35	20
	Todos los días	14	8,81	10	22,73	16,67	0	3,45	3,57	4,35	13,33

Grupo control del estudio HBSC y grupo experimental Prevenir para vivir

Consumo de tabaco

Los resultados de las pruebas de significación y tamaño de efecto del grupo control del HBSC y grupo experimental *Prevenir para vivir* por separado, como muestra la Tabla 6, fueron significativos solo para el consumo "alguna vez en la vida" y con una magnitud de la asociación media-grande.

Al comparar ambos grupos, se observa que el consumo de tabaco "alguna vez en la vida" fue mayor en todos los cursos entre los adolescentes del grupo control, o sea, los que no habían recibido ningún tipo de programa de prevención, que en los del grupo experimental *Prevenir para vivir*, como muestra la Tabla 7. Las diferencias fueron significativas, $\chi^2 (7, N = 339) = 50,76, p < ,001$ y con tamaño de efecto grande, $V = ,39$.

En cuanto a la frecuencia de consumo de tabaco en la actualidad, las diferencias también fueron significativas, $F(7,151) = 2,52, p < ,05$ y con tamaño de efecto medio-grande, $\eta^2 = ,11$. Y, al comparar a los adolescentes del grupo control con los del grupo experimental en cada curso, se observa que la *d* de Cohen tuvo valores de efecto medios en 1º ($d = 0,5$), 3º ($d = 0,5$) y 4º ($d = 0,4$) y grandes en 2º curso ($d = 0,9$). Finalmente, como aparece en la Figura 1, los porcentajes de

consumo, salvo en los adolescentes de 4º curso, fueron más altos en los adolescentes del grupo experimental *Prevenir para vivir* que en los del grupo control.

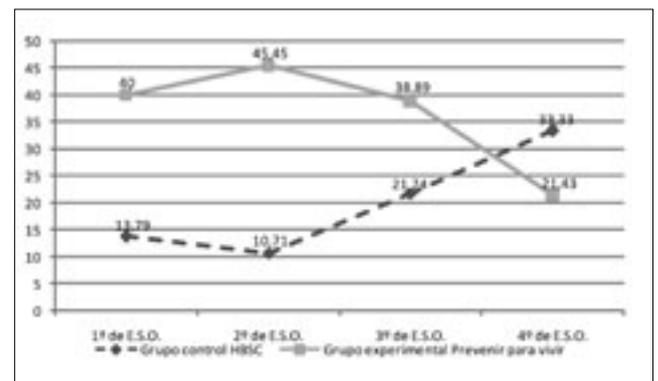


Figura 1: Porcentaje de adolescentes que consumen tabaco en la actualidad en el grupo control del HBSC y el grupo experimental Prevenir para vivir

Tabla 8: Resultados de significación y tamaños de efecto de consumo de alcohol en el grupo control del HBSC y el grupo experimental Prevenir para vivir

	GRUPO EXPERIMENTAL PREVENIR		GRUPO CONTROL HBSC	
	Prueba de significación	Tamaño de efecto	Prueba de significación	Tamaño de efecto
Haberlo probado alguna vez en la vida	$\chi^2(3, N = 240) = 17,74, p < ,001$	$V = ,27$	$\chi^2(3, N = 98) = 2,91, p > ,05$	$V = ,17$
Frecuencia de consumo actual de bebidas alcohólicas	$F(3, 129) = 1,94, p > ,05$	$\eta^2 = ,04$	$F(3, 92) = 5,55, p < ,01$	$\eta^2 = ,15$
Frecuencia de episodio de embriaguez	$F(3, 126) = 4,16, p < ,01$	$\eta^2 = ,09$	$F(3, 91) = 4,88, p < ,01$	$\eta^2 = ,14$

Tabla 9: Porcentaje de adolescentes que consumen alcohol en el grupo control del HBSC y el grupo experimental Prevenir para vivir

		TOTAL		GRUPO EXPERIMENTAL PREVENIR				GRUPO CONTROL HBSC			
		N	%	1º de ESO	2º de ESO	3º de ESO	4º de ESO	1º de ESO	2º de ESO	3º de ESO	4º de ESO
				%	%	%	%	%	%	%	%
Haberlo probado alguna vez en la vida	No	136	40,24	56,1	51,43	35,29	10	36,67	31,03	25	13,33
	Sí	202	59,76	43,9	48,57	64,71	90	63,33	68,97	75	86,67
	Nunca	30	13,10	2,70	2,94	0	0	37,93	31,03	25	14,29
Frecuencia de consumo actual de bebidas alcohólicas	Rara vez	125	54,59	83,78	52,94	61,36	44,44	51,72	44,83	45,83	14,29
	Todos los meses	35	15,28	2,70	23,53	22,73	33,33	3,45	10,34	12,50	21,43
	Todas las semanas	37	16,16	5,41	20,59	15,91	22,22	6,90	13,79	16,67	50
	Todos los días	2	0,87	5,41	0	0	0	0	0	0	0
Frecuencia de episodio de embriaguez	Nunca	161	71,56	86,49	63,64	63,64	50	79,31	82,14	83,33	42,86
	Sí, una vez	26	11,56	10,81	6,06	13,64	18,75	13,79	10,71	8,33	14,29
	Sí, 2-3 veces	23	10,22	2,70	18,18	15,91	12,50	3,45	7,14	0	28,57
	Sí, 4-10 veces	11	4,89	0	6,06	6,82	12,50	3,45	0	8,33	7,14
	Sí, más de 10 veces	4	1,77	0	6,06	0	6,25	0	0	0	7,14

Consumo de alcohol

La Tabla 8 muestra los resultados de significación y tamaños de efecto para el grupo control *HBSC* y para el grupo experimental *Prevenir para vivir* por separado.

Los porcentajes concretos de consumo de alcohol en ambos grupos, Control y Experimental, se recogen en la Tabla 9. El porcentaje de consumo de alcohol "alguna vez en la vida" fue más alto entre los adolescentes del grupo control, salvo en el alumnado de 4º, curso en que el porcentaje de consumo fue superior en el grupo experimental *Prevenir para vivir*. Estas diferencias fueron significativas, $\chi^2(7, N = 338) = 28,53, p < ,001$ y con tamaño de efecto medio-grande, $V = ,29$.

En cuanto a la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, las diferencias volvieron a ser significativas y con tamaños de efecto medio-grandes, $F(7, 221) = 4,86, p < ,001$ y $\eta^2 = ,13$. Merece ser destacado cómo en el grupo experimental el consumo de alcohol "rara vez" fue muy superior, mientras que en el grupo control fue superior el no consumo.

La Figura 2 muestra los porcentajes de no consumo y consumo rara vez de alcohol en los diferentes cursos y en ambos grupos. Según la *d* de Cohen, obtenida al comparar en cada curso a los adolescentes del grupo control con los del

grupo experimental, los tamaños de efecto fueron grandes en 1º y 2º ($d = 0,6$ en ambos cursos) y medios en 3º ($d = 0,4$) y 4º ($d = 0,3$).

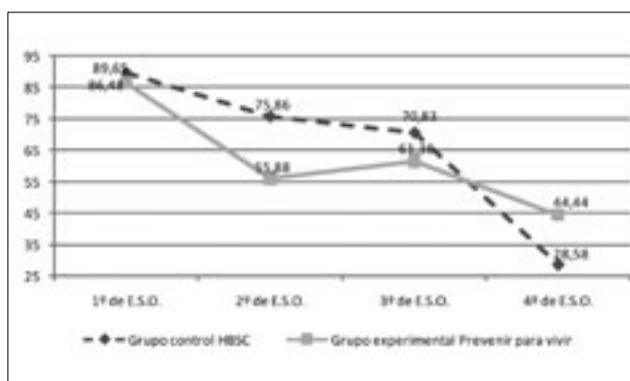


Figura 2: Porcentaje de adolescentes que consumen alcohol nunca o rara vez en el grupo control del HBSC y en el grupo experimental Prevenir para vivir

Finalmente, en cuanto a la frecuencia de episodios de embriaguez, las diferencias fueron de nuevo significativas, $F(7, 217) = 4, p < ,001$ y con tamaño de efecto medio-grande, $\eta^2 = ,11$. En este caso, como muestra la Tabla 9, los

Tabla 10: Resultados de significación y tamaños de efecto de consumo de cannabis en el grupo control del HBSC y el grupo experimental Prevenir para vivir

	GRUPO EXPERIMENTAL PREVENIR		GRUPO CONTROL HBSC	
	Prueba de significación	Tamaño de efecto	Prueba de significación	Tamaños de efecto
Consumo de cannabis alguna vez en la vida	$F(3, 233) = 4,71, p < ,01$	$\eta^2 = ,06$	$F(3, 94) = 1,6, p > ,05$	$\eta^2 = ,05$
Consumo de cannabis en los últimos 12 meses	$F(3, 232) = 4,80, p < ,01$	$\eta^2 = ,06$	$F(3, 93) = 1,27, p > ,05$	$\eta^2 = ,04$
Consumo de cannabis en los últimos 30 días	$F(3, 234) = 3,36, p < ,05$	$\eta^2 = ,04$	$F(3, 93) = 1,56, p > ,05$	$\eta^2 = ,05$

Tabla 11: Porcentaje de adolescentes que consume cannabis en el grupo control del HBSC i el grupo experimental Prevenir para vivir.

	TOTAL	GRUPO EXPERIMENTAL PREVENIR				GRUPO CONTROL HBSC					
		1º de ESO		2º de ESO		3º de ESO		4º de ESO			
		N	%	%	%	%	%	%	%		
Consumo de cannabis alguna vez en la vida	Nunca	307	91,64	100	89,86	92,54	83,33	93,33	86,21	83,33	80
	1 ó 2 veces	8	2,39	0	4,35	4,48	0	6,67	0	0	0
	De 3 a 5 veces	3	0,91	0	0	1,49	0	0	3,45	4,17	0
	De 6 a 9 veces	4	1,19	0	1,45	1,49	5,56	0	0	4,17	0
	De 10 a 19 veces	5	1,49	0	1,45	0	0	0	6,90	0	13,33
	De 20 a 39 veces	4	1,19	0	0	0	11,11	0	0	8,33	0
	40 veces o más	4	1,19	0	2,90	0	0	0	3,45	0	6,67
Consumo de cannabis en los últimos 12 meses	Nunca	309	92,8	100	89,86	95,52	83,33	96,67	85,71	83,33	86,67
	1 ó 2 veces	7	2,1	0	4,35	2,99	0	3,33	0	4,17	0
	De 3 a 5 veces	5	1,5	0	1,45	0	0	0	3,5	8,33	6,67
	De 6 a 9 veces	3	0,9	0	1,45	1,49	5,56	0	0	0	0
	De 10 a 19 veces	4	1,20	0	0	0	5,56	0	7,14	4,17	0
	De 20 a 39 veces	3	0,9	0	0	0	5,56	0	3,57	0	6,67
	40 veces o más	2	0,6	0	2,90	0	0	0	0	0	0
Consumo de cannabis en los últimos 30 días	Nunca	321	95,82	100	92,75	98,53	83,33	100	89,29	91,67	100
	1 ó 2 veces	5	1,49	0	2,90	0	5,56	0	3,57	4,17	0
	De 3 a 5 veces	3	0,9	0	1,45	0	5,56	0	0	4,17	0
	De 6 a 9 veces	1	0,3	0	0	1,47	0	0	0	0	0
	De 10 a 19 veces	2	0,6	0	1,45	0	0	0	3,57	0	0
	De 20 a 39 veces	1	0,3	0	0	0	5,56	0	0	0	0
	40 veces o más	2	0,6	0	1,45	0	0	0	3,57	0	0

adolescentes de 1º y 4º cursos del grupo experimental *Prevenir para vivir* se embriagaron menos (un 13,51% y un 50% respectivamente), mientras que los de 2º y 3º del mismo grupo lo hicieron con mayor frecuencia (36,36% en ambos casos) con respecto a los adolescentes del grupo control (sus porcentajes de embriaguez de 1º a 4º curso fueron, respectivamente, 20,69%, 17,86%, 16,67% y 57,14%).

Consumo de cannabis

Los resultados por separado en las pruebas de significación y tamaños de efecto de consumo de *cannabis* para el grupo control *HBSC* y el grupo experimental *Prevenir para vivir* se muestran en la Tabla 10.

Al comparar ambos grupos, los porcentajes de consumo de *cannabis* fueron más altos en los adolescentes del grupo control, salvo en el consumo de *cannabis* en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, en los que los adolescentes

de 4º del grupo experimental *Prevenir para vivir* consumieron más, como muestra la Tabla 11.

Las diferencias entre los dos grupos fueron estadísticamente significativas y con tamaños de efecto medios: en consumo de *cannabis* alguna vez en la vida $F(7, 327) = 3,47, p = ,001$ y $\eta^2 = ,07$; en los últimos 12 meses $F(7, 325) = 2,87, p < ,01$ y $\eta^2 = ,06$; y en los últimos 30 días $F(7, 327) = 2,17, p < ,05$ y $\eta^2 = ,04$.

En la Figura 3 se representan los porcentajes de adolescentes que consumieron *cannabis* en los últimos 12 meses en los diferentes cursos y en ambos grupos. Como se puede observar, en todos los cursos (salvo en 4º), el consumo de *cannabis* en el último año fue menor en el grupo experimental *Prevenir para vivir*. Sin embargo, al analizar los tamaños de efecto comparando a los dos grupos por curso, en 1º y 3º fueron grandes ($d = 0,3$ y $d = 0,5$ respectivamente), pero en 2º y 4º fueron pequeños ($d = 0,2$ y $d = 0,1$ respectivamente).

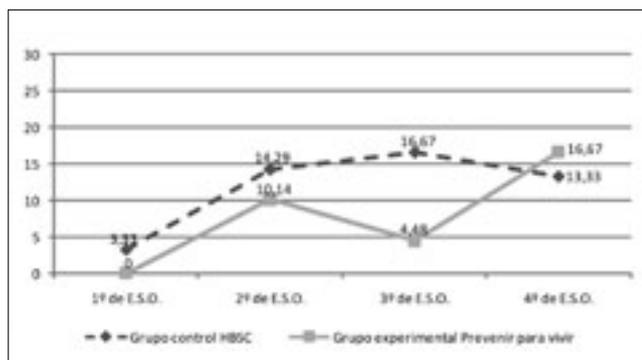


Figura 3: Porcentaje de adolescentes que consume cannabis en los últimos 12 meses en el grupo control del HBSC y el grupo experimental Prevenir para vivir

DISCUSIÓN

Este trabajo supone un análisis del consumo de sustancias y de la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias en los adolescentes escolarizados en la Educación Secundaria en Andalucía. El estudio se centra en la etapa de la adolescencia, considerada como la más adecuada para intentar evitar la adopción de hábitos no saludables en etapas posteriores del ciclo vital (Elliot, 1993; Heaven, 1996; Sinha, 1993). Para ello, se analiza el consumo de sustancias en los adolescentes que han recibido el programa y se compara con el de quienes no han recibido ningún programa de prevención en este ámbito.

Los resultados proporcionan un apoyo empírico limitado a la eficacia preventiva del programa, ya que la evidencia encontrada resulta limitada porque los datos no siempre indicaron un consumo más moderado entre aquellos adolescentes que participaron en el programa. Por un lado, los datos que apoyan la eficacia de *Prevenir para vivir* son los que señalan que hay un mayor porcentaje de adolescentes que no han tenido contacto con el tabaco o el *cannabis* entre quienes han seguido el programa. Sin embargo, cuando se trata del consumo de alcohol los resultados son menos claros, ya que si entre los alumnos de 4º curso de ESO es mayor el porcentaje que declaró no haber consumido nunca o haberlo hecho rara vez, en los cursos previos ocurre exactamente lo contrario, pues son más abundantes los abstemios entre el grupo control. El patrón más saludable entre los alumnos del curso superior también se observa en relación con la frecuencia de borracheras, menor entre quienes participaron en el programa.

Este efecto de moderación de la edad o curso sobre la eficacia del programa no resulta fácil de interpretar, aunque podría argüirse que para que la intervención comience a dar fruto es preciso que se prolongue en el tiempo, algo que han encontrado algunos estudios (Cuijpers, 2002; Ramos et al., en prensa; White y Pitts, 1998), por lo que serían aquellos alumnos de 4º de ESO quienes más probabilidad tendrían de haber participado en *Prevenir para Vivir* a lo largo de varios cursos y, por lo tanto, de beneficiarse del mismo y ver redu-

cido su consumo de sustancias. No obstante, no se puede afirmar que esto suceda en nuestro estudio, ya que se ignora el número de cursos en el que el alumnado ha participado en el programa, lo cual es una importante limitación del estudio.

Hay que reconocer que el hecho de que en los primeros años de la ESO se encuentre un consumo mayor de algunas sustancias entre quienes siguen el programa bien podría obedecer a cierta curiosidad generada por la intervención. No obstante, en defensa del programa hay que argumentar que el consumo de sustancias aumenta significativamente a lo largo de la adolescencia, por lo que aunque las diferencias sean también significativas en los cursos inferiores, sería al final de la ESO cuando estaríamos hablando de un consumo más preocupante, y en ese momento el consumo era mayor entre los componentes del grupo control.

Por otra parte, algunos estudios han encontrado que un consumo experimental o esporádico al comienzo de la adolescencia no lleva necesariamente a un desajuste mayor en años posteriores, incluso estos chicos y chicas pueden mostrar un mejor ajuste al final de la adolescencia y un consumo muy reducido (Oliva, Parra y Sánchez-Queija, 2008; Shedler y Block, 1990). Es probable que esta experimentación precoz tenga que ver con algunas características personales que pueden haber sido potenciadas por *Prevenir para vivir*—recordemos que es un programa que trata de fomentar diversas habilidades sociales y personales— como una mayor curiosidad y apertura a la experiencia o un estilo caracterizado por la búsqueda de información. Y aunque en un primer momento estos rasgos pueden acercar al chico o chica al consumo de sustancias, es muy probable que también le ayuden a alcanzar una mayor madurez socio-emocional al final de la adolescencia que le lleve a una reducción del consumo (Berzonsky, 1992). En esta dirección apuntaría la conceptualización de la adolescencia como una etapa de moratoria psicossocial de Erikson (1968), en la que la experimentación con ideas y conductas es un requisito para el logro de la identidad y de la autonomía personal.

También el azar podría explicar el mayor consumo de algunas sustancias que mostraron los adolescentes de cursos inferiores que siguieron el programa. Como se explicó en el apartado de metodología, el diseño del estudio no incluyó un pre-test y un seguimiento posterior, por lo que no fue posible igualar a los componentes del grupo control y experimental en los niveles de consumo previos a la implementación del programa. Sin duda, esta es una clara limitación de nuestro estudio que impide sacar conclusiones definitivas acerca de la eficacia preventiva de *Prevenir para vivir* y que deberá ser subsanada en el futuro. No obstante, la existencia del grupo control permite realizar comparaciones y los problemas derivados de la inexistencia de medidas previas se han tratado de solventar mediante el emparejamiento de los grupos, de tal forma que se logró conformar los grupos lo más similares posibles entre sí.

Otra razón que podría explicar que los resultados no apoyen claramente la eficacia preventiva de la intervención es que en este estudio sólo se han tomado dos características de los "buenos programas de prevención" (Cuijpers, 2002; Fernández et al., 2002; Ramos et al., en prensa; White y Pitts,

1998; Zavela, 2002) para seleccionar al grupo experimental de adolescentes. Estas fueron: la formación específica de los implementadores y la intensidad de la implementación, que en el caso del grupo experimental de este estudio no cumplía el límite que muchas revisiones de programas eficaces marcan en 10 sesiones, sino que el límite se tuvo que marcar en 3 sesiones o más, ya que gran parte de los adolescentes estudiados se encontraban a mitad del curso en plena recepción del programa.

Lo anterior también puede ayudar a entender estos resultados, en el sentido de que tal vez si se hubieran analizado adolescentes que hubieran terminado el programa, o que al menos llevaran 10 sesiones del mismo, los resultados quizá se hubieran aproximado más a los esperados. Y más aún si se hubieran tenido en cuenta el resto de características de los programas de prevención efectivos que el metaanálisis, comentado anteriormente, señala (Ramos et al., en prensa). Sin embargo, la realidad con frecuencia dista de estos criterios de calidad, ya que realmente no es frecuente que en los Centros Escolares se dediquen al menos 10 sesiones a cada uno de los programas de prevención que llevan a cabo.

Aún así, este punto debe ser considerado como una limitación de este estudio, al igual que el hecho de que se trate de un diseño de carácter transversal, con un alcance más limitado que uno de tipo longitudinal a la hora de establecer relaciones de causalidad y conocer la dirección de las relaciones entre las variables. Un trabajo como éste no permite asegurar con determinación que la implementación de unas cuantas sesiones de un programa de prevención con personal especializado sea la causa o no del menor o mayor consumo de sustancias en los adolescentes estudiados.

En este artículo también se presentan datos sobre la evolución del consumo de sustancias a lo largo de la ESO, y los datos indican, en general y como se esperaba, unas tendencias generales en las trayectorias de consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*, así como episodios de embriaguez, más frecuentes en los adolescentes de los cursos de la educación secundaria más altos (3º y 4º) que en los más bajos (1º y 2º). Ello es acorde con otros estudios que encuentran un aumento progresivo del consumo con la edad (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007a; Moreno, Muñoz-Tinoco, et al., 2008; Moreno et al., en prensa; Moreno, Rivera, et al., 2008). Muy probablemente debido a que, como se comentó anteriormente, la experimentación con las conductas no saludables, como es el caso del consumo de sustancias, suele iniciarse en la adolescencia temprana, incrementándose en la adolescencia media y alcanzando su pico en la adolescencia tardía (Halperin et al., 1983; Pastor et al., 1999).

Como consecuencia de lo anterior, se hace evidente la necesidad de programas de prevención de drogodependencias en la escuela, reconocida como un contexto relevante para llevar a cabo una educación preventiva en el consumo de sustancias (Maciá Antón, 2005; Salvador Llivina et al., 2008). Pero no se deben esperar efectos mágicos de las intervenciones y, ni siquiera, modestos resultados preventivos de cualquier tipo de intervención. Más bien, en lo que hay que trabajar es en implementar programas que reúnan el

mayor número posible de características que la investigación ha demostrado como "buenas prácticas" (Ramos et al., en prensa). Estas características deberían ser las que avalaran su implementación y las que posibilitaran un trabajo preventivo más eficaz.

Así, y a pesar de que esta investigación solo ha tenido en cuenta dos características de los "buenos programas", algunos de sus resultados han señalado un patrón de consumo más saludable entre los adolescentes que han recibido el programa *Prevenir para vivir* con personal especializado. Muy probablemente la consideración de un amplio espectro de características efectivas hubiera asegurado resultados más positivos.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo surge a partir de los resultados obtenidos en dos proyectos de investigación diferentes. En primer lugar, gracias al convenio de colaboración firmado entre las Consejerías de Educación y de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y la Universidad de Sevilla se realizó la investigación que ha evaluado la implementación de los programas *Dino* y *Prevenir para vivir* en la comunidad educativa andaluza. En segundo lugar, y en lo que atañe al Estudio *Health Behaviour in School-aged Children*, la investigación ha sido realizada gracias a los sucesivos convenios de colaboración firmados entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Sevilla para la ejecución del estudio *HBSC* en España.

Los autores quieren agradecer igualmente la ayuda prestada por el Profesor Salvador Chacón (Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Sevilla) en la revisión metodológica del manuscrito.

REFERENCIAS

- Antolín, L., Hidalgo, M.V., Jiménez, L., Jiménez-Iglesias, A., Lorence, B., Moreno, C., et al. (2009). Evaluación de dos programas de prevención de drogodependencias en el ámbito escolar. *Dino* y *Prevenir para Vivir*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social.
- Berzonsky, M.D. (1992). A process perspective on identity and stress management. En G.R. Adams, T.P. Gullota y R. Montemayor (Eds.), *Advances in adolescent development. Vol.4: Adolescent identity formation* (pp. 155-186) Newbury Park, CA: Sage.
- Consejería de Educación, Junta de Andalucía (2009). *Programas educativos: hábitos de vida saludable*. Disponible en el sitio web de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía: http://www.juntadeandalucia.es/educacion/nav/contenido.jsp?pag=/Contenidos/OEE/planesyprogramas/PROGRAMASEUCATIVOS/PROGRAMAS_HABITOS_DE_VIDA_SALUDABLE/AANUEVO_TODOS_LOS_PROGRAMAS&vismenu=0,0,1,1,1,1,0,0,0.

- Cuijpers, P. (2002) Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.
- Currie, C., Nic Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., et al. (Eds.) (2008). Inequalities in young people's health: International Report from the HBSC 2006/06 Survey. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, Issue 5. WHO. Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2001). *Drogas: + información -riesgos. Tu guía*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007a). *Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007b). *Guía sobre drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad.
- Elliot, D.S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S.G. Millstein, A.C. Petersen y E.O. Nightingale, *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century* (pp.119-150). New York: Oxford University Press.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Nueva York: Norton.
- Fernández, S., Nebot, M. y Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Revista Española de Salud Pública*, 76, 175-187.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) (2001). *Prevenir para vivir*. Madrid: FAD.
- Halperin, S.H., Bass, J.L., Mehta, K.A. y Betts, K.D. (1983). Unintentional injuries among adolescents and young adults. A review and analysis. *Journal of Adolescent Health Care*, 4, 275-281.
- Heaven, P.C.L. (1996). *Adolescent health: The role of individual differences*. London: Routledge.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., et al. (2000). *The 1999 ESPAD report: Alcohol and other drug use among students in 30 European countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). The Pampidou Group at the Council of Europe.
- Hublet, A. y Godeau, E. (2005). *HBSC Research Protocol for 2005/06 Survey. Section 2, Scientific rationales for focus areas: Tobacco use*.
- Maciá Antón, D. (2005). *Las drogas, conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, C., Muñoz-Tinoco, V., Pérez, P., Sánchez-Queija, I., Granado, M.C., Ramos, P., et al. (2008). *Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. (Edición electrónica: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/nacional_hbsc.htm).
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Muñoz-Tinoco, V., Sánchez-Queija, I., Granado, M.C., et al. (en prensa). *Desarrollo adolescente y salud en España. Resumen del estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC - 2006)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moreno, C., Rivera, F., Ramos, P., Jiménez-Iglesias, A., Muñoz-Tinoco, V., Sánchez-Queija, I., et al. (2008). *Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): Análisis comparativo de los resultados obtenidos en 2002 y 2006 en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. (Edición electrónica: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/comparativo2002_2006.htm).
- Oliva, A., Parra, A. y Sanchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 153-169.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García Merita, M.L. (1999). *Estilos de vida y salud*. Valencia: Albatros.
- Ramos, P., Oliva, A., Moreno, C., Lorence, B., Jiménez-Iglesias, A., Jiménez, L., et al. (en prensa). *Los programas escolares para la prevención del consumo de sustancias. Análisis de las claves que determinan su eficacia*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social.
- Salvador Llivina, T., Suelves Joanxich, J.M. y Puigdollers Muns, E. (2008). *Guía para las administraciones educativas y sanitarias. Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo*. Madrid: Educación, Política Social y Deporte (Centro de Innovación y Documentación Educativa, CIDE) y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Schmid, H., Fotiou, A., Godeau, E., Simons-Morton, B. y Hublet, A. (2005). *HBSC Research Protocol for 2005/06 Survey. Section 2, Scientific rationales for focus areas: Alcohol use*.
- Shedler, J. y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612-630.
- Sinha, P.D. (1993). *Developing positive health lifestyle in schoolchildren. Project lifestyle*. Jamaica: Caribbean food and nutrition institute-Regional Office of the World Health Organization.
- ter Bogt, T. y Nic Gabhainn, S. (2005). *HBSC Research Protocol for 2005/06 Survey. Section 2, Scientific rationales for focus areas: Illicit drug use*.
- White, D. y Pitts, M. (1998). Educating young people about drugs: A systematic review. *Addiction*, 93, 1475-1487.
- Zavela, K.J. (2002). Developing effective school-based drug abuse prevention programs. *American Journal Health Behavior*, 26, 252-265.

