

# PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS SALUDA: EVALUACIÓN DE UNA NUEVA VERSIÓN EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES

## 'SALUDA', A PROGRAMME TO PREVENT THE DRUG CONSUMPTION: A EVALUATION OF A NEW VERSION IN SPANISH ADOLESCENTS

Olga Hernández Serrano<sup>1</sup>, José Pedro Espada Sánchez<sup>2</sup>, José Antonio Piqueras Rodríguez<sup>2</sup>, Mireia Orgilés Amorós<sup>2</sup>, José Manuel García Fernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad Católica San Antonio

<sup>2</sup>Universidad Miguel Hernández

<sup>3</sup>Universidad de Alicante

### Abstract

In Spain, as in the majority of countries in the world, drug use is a public health problem. Adolescence is considered to be a period at risk for the onset of drug use; thus, it becomes essential to intensify efforts and reduce the demand for drugs. For this purpose, numerous interventions have been evaluated, finding several sources of deficiency: among them, it is worth mentioning the lack of studies that analyzing the most effective components on drug prevention programs. In Spain, only Saluda program provides empirical evidence on the contribution of its components to the program. The objective of this study was to evaluate the effects of a new version of Saluda program on a sample of 106 students (44.6% boys) between 14 and 17 years ( $M = 15.20$ ,  $SD = 0.92$ ). A pilot study was conducted, in which the components "healthy leisure promotion" and "homework" were omitted. Concerning intragroup comparisons, analyses of variance on repeated measures and difference of proportions were performed. The results showed a reduction in alcohol consumption and cannabis as well as a significant improving effect on consumption protective variables. These findings were made in order to improve future preventive interventions.

*Keywords: adolescence, substance abuse, program evaluation, school-based prevention.*

### Resumen

En la actualidad se han evaluado numerosas intervenciones preventivas de drogodependencias en el medio escolar. Sin embargo, en España son pocos los estudios que analizan la influencia precisa de cada uno de los componentes específicos a los programas con el fin de determinar cuáles se consideran cruciales para el cambio de conducta de consumo. El objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos de una nueva versión del programa de prevención del consumo de drogas Saluda en la que se prescinde del componente fomento del ocio saludable y las tareas para casa. Esta versión reducida fue dirigida a una muestra de 106 escolares (44.6 % chicos) entre 14 y 17 años ( $M = 15.20$ ;  $DT = 0.92$ ) de un centro de Educación Secundaria. Se trata de un estudio exploratorio de tipo cuasi experimental y un diseño pre-post de un único grupo. Se realizó diferencia de proporciones mediante la prueba Z y diferencia de medias mediante la prueba T para muestras relacionadas. Los resultados muestran una reducción en el porcentaje de episodios de embriaguez, así como un efecto de mejora significativa sobre las variables protectoras del consumo. Se discuten estos hallazgos y se realizan propuestas para la mejora de futuras intervenciones.

*Palabras clave: adolescencia, drogodependencias, evaluación de programas, prevención escolar.*

Correspondencia: Dra. Olga Hernández Serrano  
Universidad Católica San Antonio de Murcia  
Campus de Los Jerónimos. 30107  
Guadalupe (Murcia, España)  
Tlf. (34) 968 278 181  
Email: o.hernandez.serrano@gmail.com

La mayor parte de países del mundo hace frente a un problema de salud muy grave, el consumo de drogas. En España, según la Encuesta Estatal del Plan Nacional sobre Drogas en estudiantes de Educación Secundaria (ESTUDES, 2010), alrededor del 80% de los adolescentes entre 14 y 18 años ha consumido alcohol alguna vez, un 44% tabaco, y un 35,2% cannabis. El consumo de drogas de síntesis, como éxtasis o speed, es mucho menor situándose entre el 1% y el 3.9% los estudiantes que las han probado alguna vez. No obstante, la sustancia más consumida es el alcohol y en la etapa adolescente se asocia a problemas de rendimiento escolar, familiares y sociales, y conductas de riesgo relacionadas con accidentes de tráfico, embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas, 2011).

De acuerdo a los riesgos que conlleva el consumo de sustancias y las tendencias de consumo entre adolescentes, se han desarrollado numerosas intervenciones preventivas con el objeto de reducir la demanda de drogas. Estos esfuerzos por desarrollar programas eficaces han mostrado un impacto limitado (Dusenbury, Khuri y Millman, 1992; Espada et al., 2002; Espada, Rosa y Méndez, 2003). Muchos programas presentan carencias referentes a la selección aleatoria de los grupos, la validez y fiabilidad de los instrumentos de evaluación, la carencia de grupo control, la estandarización de protocolos de actuación, la determinación de medidas de resultado, la elevada mortalidad experimental en los seguimientos y la necesidad de promover una reinterpretación de las prácticas de ocio y consumo (Canning, Millward, Raj y Warm, 2004; Espada, Lloret y García, 2008; Espada, Rosa y Méndez, 2003; Faggiano, 2010; Gates, McCambridge, Smith y Foxcroft, 2006; Gazquez, García y Espada, 2009; Rial, Torrado y Varela, 2008).

Una de las características de estos programas es la incorporación de diferentes ingredientes preventivos, los cuales en su evaluación muchos de ellos se han mostrado eficaces (Cuijpers, 2002; Salvador-Llivina, 2000). Atendiendo al dominio de los contenidos, los programas más eficientes incluyen el entrenamiento en habilidades genéricas que incrementan las competencias sociales y personales (Coogans, Cheyne y Mckellar, 2003; Cuijpers, 2002; Tobler et al., 2000). Otros programas han mostrado un efecto positivo cuando presentan información sobre los efectos del consumo, la educación normativa y habilidades de resistencia (Cuijpers, 2002; Dusenbury y Falco, 1995; Tobler et al., 2000). No obstante, la eficacia de estos contenidos ha sido cuestionada por diversos autores (Cuijpers, 2002; McBride, 2003). Otro ingrediente que muchos programas escolares de prevención y promoción de la salud incorpora es la promoción del ocio saludable. Este modelo pone de manifiesto que la utilización que se hace del tiempo libre se relaciona con el riesgo de consumo de sustancias. Trabajos realizados sobre este componente han hallado resultados positivos cuando se combina con otros contenidos, principalmente en programas de influencia social, y se aplican las actividades de forma intensiva y estructurada

(Bruvold, 1993; Hansen, 1995; Schaps et al., 1981). En otros estudios se destaca que aunque este componente no genera un impacto en las conductas de consumo, es capaz de producir efectos positivos en otras áreas (Schaps, Moscowitz, Malvin y Scheffer, 1986). Un estudio reciente halló que los mejores predictores del uso de drogas fueron aquellos asociados a la vida recreativa (Calafat, Fernández, Juan y Becoña, 2005)

En España son pocos los estudios que analizan la influencia precisa de cada uno de los componentes específicos a los programas con el fin de determinar qué ingredientes se consideran cruciales para el cambio de conducta de consumo (Skara, Rohrbach, Sun, y Sussman, 2005). Estudios recientes del programa de prevención del consumo de drogas Saluda (Espada y Méndez, 2003), a través de un desmantelamiento parcial del programa, revelaron un mayor impacto del mismo cuando éste incluye el entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas, además de un efecto sumatorio (Espada, Griffin, Pereira, García-Fernández y Orgilés, 2012). Asimismo, el efecto de la intervención preventiva no disminuyó por la no inclusión de tareas para casa (González, Espada, Carballo, Orgilés y Piqueras, 2012). Los datos más actuales acerca de este programa sugieren que, tras el análisis de la eficacia comparativa de tres de sus componentes, el componente de fomento del ocio saludable se mostró menos eficaz que los componentes de compromiso público y resistencia a la presión publicitaria para reducir el consumo de sustancias e incidir sobre otras variables de riesgo (Hernández, Griffin, García-Fernández, Orgilés y Espada, 2013).

Atendiendo a los hallazgos encontrados en los recientes trabajos de desmantelamiento del programa Saluda, el presente estudio pretende evaluar una modalidad reducida del programa de prevención del consumo de drogas Saluda en la que se prescinde del componente fomento del ocio saludable y las tareas para casa con el fin de obtener evidencias de sus efectos sobre variables de consumo y protectoras. De este modo, se espera encontrar resultados positivos sobre la mayor parte de las variables en este estudio. Así, estos resultados podrán constituir un marco de referencia para futuras investigaciones con un carácter más complejo a nivel metodológico.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra se reclutó en un centro público de Educación Secundaria de un área urbana en la provincia de Alicante. Se llevó a cabo un estudio exploratorio de tipo cuasi experimental con un diseño pre-post de un único grupo mediante un muestreo no probabilístico. La muestra inicial estuvo formada por 115 estudiantes, de los que 9 (7.82 %) fueron excluidos por falta de información en los instrumentos de medida. Así, la

muestra final se compuso por 106 escolares (44.6% chicos) con edades entre los 14 y 17 años ( $M = 15.20$ ;  $DT = 0.92$ ) de 3º E.S.O (46.6%) y 4º E.S.O (53.39%). El trabajo de campo se realizó durante el curso escolar 2009/2010. Por medio de la prueba  $\chi^2$  de homogeneidad de la distribución de frecuencias, se comprobó que no existían diferencias estadísticamente significativas de género y edad entre los grupos ( $\chi^2 = 4.18$ ;  $p = 0.24$ ).

### Instrumentos

*Cuestionario Sociodemográfico.* Evalúa información sobre diversos aspectos de la estructura familiar, estado socio-económico, nivel educativo de los padres, y la satisfacción percibida en las relaciones familiares.

*Cuestionario de Consumo de Drogas* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Está compuesto por 13 ítems de alternativa múltiple que evalúa variables relacionadas con hábitos de consumo, tanto en incidencia como en frecuencia (consumo en el último año), de alcohol y drogas de síntesis. Las cuestiones respecto a la frecuencia de consumo presentaron una escala con 5 alternativas de respuesta (diariamente, 2-3 veces a la semana, una vez a la semana, una vez al mes y menos de una vez al mes).

*Cuestionario de Intención de Consumo* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Evalúa mediante 7 ítems la intención de consumir alcohol de manera abusiva y otro tipo de drogas. Tiene un formato de respuesta dicotómico, una consistencia interna (Alfa de Cronbach de .66) que se sitúa por debajo del límite recomendable de .70 (Prieto y Muñiz, 2000), sin embargo puede considerarse aceptable teniendo en cuenta el reducido número de elementos. El porcentaje de varianza explicada es del 37%.

*Cuestionario de Evaluación de las Actividades de Ocio* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Se compone de un total de 8 ítems en el que se presentan tanto actividades de ocio saludable (lectura, deporte, actividades al aire libre o de voluntariado) como otro tipo de actividades (ver televisión, chatear, jugar a la consola o salir a discotecas con los amigos). Se registran parámetros de ocurrencia (practica/no practica dicha actividad) y de duración (número de horas semanales dedicadas a cada actividad).

*Cuestionario de Información sobre Drogas* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Se compone de 20 preguntas con tres alternativas de respuesta, más tres escalas sobre la percepción del consumo de alcohol y drogas de síntesis por parte de los compañeros de la misma edad. Las variables evaluadas son: información general, estimación del grado de riesgo de las drogas, efectos de las drogas y percepción normativa. A partir de los análisis psicométricos de la prueba, se establecieron dos subescalas que miden respectivamente la información sobre el alcohol y sobre las drogas de síntesis. La escala de información

sobre alcohol comprende los ítems del 1 al 10, con tres alternativas de respuesta: "verdadero", "falso" y "no lo sé". La escala de información sobre drogas de síntesis comprende los ítems del 11 al 20, con las mismas alternativas de respuesta que la anterior. El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, fue de .50 para la escala de consumo de alcohol y de .74 para la escala de drogas sintéticas. Se llevó a cabo un análisis factorial común de ejes principales iterados con rotación varimax. Como criterio de retención de factores se utilizó la regla de Kaiser de autovalor mayor de uno. La estructura factorial fue unidimensional, explicando el 19.5% de la varianza total (autovalor = 1.951). El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, fue .70.

*Inventario de Habilidades Sociales para Adolescentes* (Teenage Inventory of Social Skills, TISS; Inderbitzen y Foster, 1992; adaptación de Inglés, Hidalgo, Méndez e Inderbitzen, 2003). Esta prueba evalúa la competencia social de los adolescentes en las relaciones con sus iguales. Consta de 40 ítems con una escala de 6 puntos (1= no me describe nada; 6= me describe totalmente). Está compuesta por dos subescalas: Conducta prosocial (evalúa comportamientos positivos que generan aceptación por los compañeros) y Conducta antisocial (evalúa comportamientos negativos que generan rechazo por los compañeros), cuyas puntuaciones se obtienen sumando los valores asignados por los sujetos a los ítems que componen cada dimensión. Puntuaciones altas indican una elevada conducta prosocial o antisocial. El coeficiente de consistencia interna era de .89 para la escala de Conducta prosocial y de .84 para la escala de Conducta Antisocial. El porcentaje de varianza explicada fue 33%.

*Cuestionario de Evaluación de Habilidades de Solución de Problemas Sociales, adaptado* (SPSI-R; Maydeu y D`Zurilla, 1996). Se trata de una adaptación del cuestionario SPSI-R original, evalúa la habilidad de solución de problemas reduciendo el rango de respuestas (de una escala Likert de cinco puntos se pasa a una de tres). Consta de 11 ítems. Evalúa la habilidad para solucionar problemas en términos de valoración de pros y contras y de generación de alternativas entre otros. El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, es de .67 y la varianza explicada 42%.

### Procedimiento

La evaluación y la intervención se realizaron en el contexto escolar. Previamente al inicio de la intervención se llevó a cabo una entrevista con los equipos directivos del centro para exponer las características de la investigación. Posteriormente, se informó mediante una circular a los padres solicitando su consentimiento informado autorizando a sus hijos a participar en el estudio. Los 7 instrumentos de medida fueron administrados en diferentes momentos mediante una evaluación pre-test (antes de la intervención), una evaluación post-test (tras la aplicación del programa) y un seguimiento a los seis meses tras la intervención. Se garantizó la

confidencialidad y el anonimato en las respuestas. Las sesiones se desarrollaron una vez por semana durante el horario escolar y fueron aplicadas por estudiantes del último curso de la licenciatura en Psicología que desconocían las hipótesis del estudio. Se controló la asistencia de los participantes con la colaboración de las tutoras que se encargaron de pasar lista al comienzo de cada una de las sesiones del programa.

El programa Saluda (Espada y Méndez, 2003) se centra en la prevención del abuso de alcohol y otras drogas recreativas en el ámbito del ocio. En su versión completa, consta de 10 sesiones de una hora cada una, e incluye los siguientes componentes: a) información sobre el alcohol y las drogas sintéticas, sus componentes y efectos a corto y largo plazo, así como educación normativa, b) resistencia a la presión publicitaria donde se les enseña habilidades específicas para hacer frente a situaciones en las que pueden sentirse bajo presión para el consumo de sustancias, c) fomento de las actividades de ocio saludable donde se proporciona información sobre actividades saludables y recreativas para realizar en el tiempo libre como alternativa sana al consumo de sustancias, d) entrenamiento en habilidades sociales como el inicio, mantenimiento y finalización de una conversación y las habilidades asertivas, e) entrenamiento en resolución de problemas basado en el método de toma de decisiones de D'Zurilla y Goldfried (1971), f) compromiso público de no consumir drogas. En el presente estudio, se elimina el componente de fomento de las actividades de ocio saludable por lo que el programa se redujo a 9 sesiones. En la tabla 1 se presentan las sesiones, el contenido a tratar en función de la fase a la que pertenece, así como sus cinco componentes.

Tabla 1. Programa Saluda sin el componente de fomento de actividades de ocio saludable: Estructura general de las sesiones y componentes.

Fase	Sesiones	Componentes
Educativa	1. Información general	1. Informativo
	2. Información sobre factores de riesgo	
	3. Percepción normativa	
	4. Influencia de la publicidad	2. Resistencia a la publicidad
Entrenamiento en Habilidades	5. Habilidades sociales generales	3. Entrenamiento en habilidades sociales
	6. Habilidades sociales centradas en el consumo de sustancias	
	7. Resolución de problemas generales	4. Entrenamiento en resolución de problemas
	8. Resolución de problemas centrados en el consumo de sustancias	
Mantenimiento	9. Estrategias de mantenimiento	5. Compromiso público y autorrefuerzo

### Análisis de datos

Para la variable consumo de alcohol y drogas de síntesis se realizó diferencia de proporciones mediante la prueba Z aplicada a cada uno de los ítems (pretest/postest y pretest/seguimiento). A su vez, para las variables protectoras del consumo se llevó a cabo diferencia de medias mediante la prueba T para muestras relacionadas (pretest/postest y pretest/seguimiento). Para conocer los efectos diferenciales para cada uno de los momentos de evaluación, se calculó el tamaño del efecto mediante el índice d de Cohen (1988). Según la clasificación propuesta por este autor, un valor de .20 significa un efecto bajo, un valor de .50 un efecto medio y un .80 un efecto elevado. Estos análisis fueron realizados utilizando el programa estadístico SPSS 19.0 asumiendo un nivel de confianza de 95% para el error tipo I.

### RESULTADOS

Para la variable consumo de alcohol y drogas de síntesis se realizó diferencia de proporciones mediante la prueba Z aplicada a cada uno de los ítems (pretest/postest y pretest/seguimiento). A su vez, para las variables protectoras del consumo se llevó a cabo diferencia de medias mediante la prueba T para muestras relacionadas (pretest/postest y pretest/seguimiento). Para conocer los efectos diferenciales para cada uno de los momentos de evaluación, se calculó el tamaño del efecto mediante el índice d de Cohen (1988). Según la clasificación propuesta por este autor, un valor de .20 significa un efecto bajo, un valor de .50 un efecto medio y un .80 un efecto elevado. Estos análisis fueron realizados utilizando el programa estadístico SPSS 19.0 asumiendo un nivel de confianza de 95% para el error tipo I.

#### *Efectos en la percepción normativa del consumo*

Tanto en la evaluación postest como en el seguimiento, se produce una disminución significativa de la percepción normativa del consumo de alcohol en fin de semana (pretest-postest  $d = .85$ ; postest-seguimiento  $d = .63$ ), de los episodios de embriaguez (pretest-postest  $d = .63$ ; postest-seguimiento  $d = .59$ ), el consumo de tabaco habitual (pretest-postest  $d = .45$ ; postest-seguimiento  $d = .43$ ) y del consumo de cannabis (pretest-postest  $d = .63$ ; postest-seguimiento  $d = .63$ ). La tabla 3 muestra los valores de la prueba T de diferencia de medias para muestras relacionadas en la variable percepción normativa del consumo.

Tabla 2. Incidencia y frecuencia de consumidores de alcohol, drogas de síntesis, y episodios de embriaguez en el último año.

	Pre-test		Post-test		Seguimiento		Pre-Post		Pre-Seg	
	N	%	N	%	N	%	Z	p	Z	p
Nunca	42	44.7	36	38.3	13	21.0	n.s	-	n.s	-
Frecuencia alcohol										
Diariamente	0	.0	2	2.1	0	.0	n.s	-	n.s	-
2-3 veces/semana	2	2.1	4	4.3	1	1.6	n.s	-	n.s	-
1 vez/ semana	17	17.9	20	21.3	19	30.6	n.s	-	n.s	-
1 vez/ mes	13	13.8	14	14.9	11	17.7	n.s	-	n.s	-
Menos de 1 vez/ mes	23	24.5	18	19.1	17	27.4	n.s	-	n.s	-
Episodios Embriguez	13	13.8	18	19.1	7	11.3	n.s	-	n.s	-
Nunca drogas de síntesis	91	96.8	90	95.7	62	100.0	n.s	-	n.s	-
Frecuencia drogas sintéticas										
Diariamente	0	.0	3	3.2	0	.0	n.s	-	n.s	-
2-3 veces/semana	0	.0	0	.0	0	.0	n.s	-	n.s	-
1 vez/ semana	0	.0	0	.0	0	.0	n.s	-	n.s	-
1 vez/ mes	0	.0	1	1.1	0	.0	n.s	-	n.s	-
Menos de 1 vez/ mes	0	.0	0	.0	0	.0	n.s	-	n.s	-

\*p &lt; 0.05

Tabla 3. Intención de consumo, resolución de problemas, percepción normativa, nivel de conocimiento y habilidades sociales.

	Pretest		Posttest		Seguimiento		Pre-Post	Pre-Seg.
	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)	t (p)	t (p)
Intención consumo	1.61	(1.35)	1.32	(1.14)	1.50	(1.08)	-2.593* (.01)	-1.459 (.14)
Resolución problemas	20.13	(2.22)	23.20	(2.72)	24.87	(3.85)	-8.405* (.00)	-8.778* (.00)
Percepción Normativa								
Alcohol fin semana	75.21	(15.02)	59.09	(22.05)	61.03	(22.22)	7.128* (.00)	3.815* (.00)
Embriaguez alguna vez	68.09	(21.24)	53.62	24.78	55.46	(21.93)	5.155* (.00)	3.739* (.00)
Tabaco habitual	56.54	(21.15)	46.35	(23.94)	43.95	(19.90)	3.714* (.00)	2.732* (.00)
Fuman cannabis	49.20	(22.71)	34.22	(24.23)	32.34	(20.17)	5.116* (.00)	4.873* (.00)
Conocimiento								
Alcohol	6.87	(1.64)	7.67	(1.95)	7.55	(1.72)	-3.904* (.00)	-2.132* (.03)
Drogas síntesis	3.63	(1.91)	6.24	(7.96)	4.71	(1.76)	-3.034* (.00)	-3.369* (.00)
Habilidades sociales								
Antisocial	48.18	(13.23)	49.68	(13.27)	47.71	(13.36)	-1.038 (.30)	-.640 (.52)
Prosocial	84.40	(15.00)	84.59	(14.62)	87.24	(12.79)	-.125 (.90)	-1.735* (.04)

\*p &lt; 0.05

Tabla 4. Distribución de participantes que realiza actividades de ocio.

	Pretest		Posttest		Seg.		Pre-Post			Pre-Seg.		
	N	%	N	%	N	%	Z	p	d	Z	p	d
Lectura	69	73.4	66	70.2	55	88.7	n.s.	-	-	2.13*	.01	.39
Deporte	77	81.9	83	88.3	53	85.5	n.s.	-	-	n.s.	-	-
Televisión	89	94.7	91	96.8	59	95.2	n.s.	-	-	n.s.	-	-
Bar/discoteca	61	64.9	62	66.0	43	69.4	n.s.	-	-	n.s.	-	-
Consola	61	64.9	61	64.9	41	66.1	n.s.	-	-	n.s.	-	-
Chat	69	73.4	71	75.5	52	83.9	n.s.	-	-	n.s.	-	-
Aire libre	46	48.9	74	78.7	37	59.7	4.25*	.00	.67	n.s.	-	-
Voluntariado	7	7.4	9	9.6	7	11.3	n.s.	-	-	n.s.	-	-

\*p &lt; 0.05

### *Efectos sobre el nivel de conocimiento*

Se produce un incremento significativo en la puntuación media de participantes que mejoran su nivel de conocimiento sobre el alcohol y las drogas de síntesis respecto a la evaluación de la línea base. En referencia al nivel de conocimiento sobre el alcohol, los tamaños del efecto fueron bajos tanto a corto ( $d = -.44$ ) como a largo plazo ( $d = -.33$ ). En el caso de las drogas sintéticas, los tamaños fueron altos en la evaluación posttest ( $d = 1.78$ ) y bajos en el seguimiento ( $d = -.45$ ) (véase la tabla 3).

### *Efectos sobre la intención de consumo*

La tabla 3 muestra diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media de participantes con intención de consumir drogas tras la implementación de la intervención con tamaños del efecto bajos ( $d = -.23$ ). A pesar de que en la evaluación del seguimiento no se producen cambios significativos, se observa una disminución de la intención de consumir drogas.

### *Efectos en el nivel de habilidades sociales*

La evaluación temporal mostró un efecto de mejora en las habilidades sociales en su escala prosocial a los seis meses de la intervención con un tamaño del efecto bajo ( $d = -.20$ ). Sin embargo, en su escala antisocial no se hallaron diferencias significativas en los distintos momentos de evaluación (tabla 3).

### *Efectos en el nivel de habilidades de solución de problemas*

Las puntuaciones medias revelan un incremento en el número de participantes que se muestran más habilidosos para resolver problemas tras la intervención y en la evaluación del seguimiento con tamaños del efecto muy altos en ambos momentos temporales (pretest-posttest,  $d = -1.23$ ; pretest-seguimiento,  $d = -1.57$ ) (véase la tabla 3).

### *Efectos en la participación en actividades de ocio*

Se produce un incremento significativo en el porcentaje de participantes lectores y que realizan actividades al aire libre en la evaluación posttest ( $d = .39$ ) y el seguimiento ( $d = .67$ ), respectivamente (tabla 4). En el resto de actividades no se hallaron cambios estadísticamente significativos en ambos momentos de evaluación.

## DISCUSIÓN

El programa de prevención del consumo de drogas *Saluda* cuenta con evidencias sobre la eficacia diferencial de sus componentes frente al componente de fomento del ocio saludable, además de efectos preventivos cuando no presenta tareas para casa (González, Espada, Carballo, Orgilés y Piqueras, 2012; Hernández, Griffin, García-Fernández, Orgilés y Espada, 2013). Estos hallazgos encontrados en anteriores estudios en los que se lleva a cabo una estrategia de desmantelamiento del programa, promueven a la realización de este trabajo preliminar con carácter exploratorio en una muestra reducida de 106 escolares. Así, el objetivo del presente estudio fue evaluar una modalidad reducida del programa *Saluda* en la que se prescinde del componente fomento del ocio saludable y las tareas para casa con el fin de obtener evidencias de sus efectos sobre variables de consumo (alcohol y drogas de síntesis) y protectoras (percepción normativa del consumo, nivel de conocimiento, intención de consumo, habilidades sociales y habilidades de resolución de problemas).

Esta nueva versión del programa, a pesar de no reducir significativamente la incidencia y frecuencia del consumo de alcohol, redujo el porcentaje de episodios de embriaguez. Una explicación plausible a este hecho es que un período de seguimiento de seis meses resulta insuficiente para observar cambios significativos en el consumo por lo que se requiere un seguimiento más a largo plazo. Algunas investigaciones han demostrado que los efectos tras la intervención no siempre son inmediatos y requieren de un mayor transcurso de tiempo (Botvin et al. 1995; Pentz, 1994). En el caso de la incidencia y frecuencia de las drogas de síntesis, el porcentaje de consumidores fue muy bajo, probablemente por ser éstas más prevalentes en su consumo a edades más avanzadas (entre los 17-18 años). Estos datos se aproximan a los obtenidos en la última encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundaria del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2011).

En relación al efecto del programa sobre las variables protectoras, se producen cambios de mejora significativos tanto a corto como a largo plazo en la mayor parte de las variables. Así, se reduce el porcentaje de sujetos con intención de consumir sustancias de forma significativa tras la aplicación del



tratamiento. En la evaluación del seguimiento, a pesar de no presentar diferencias significativas frente a la evaluación pretest, se produce una disminución de la intención de consumir. Este resultado apunta a un efecto de regresión a la media donde los datos extremos tienden a regresar a la media cuando se repite la medición en este caso a los seis meses en el seguimiento.

Los análisis mostraron una puntuación media menor de sujetos que percibe de forma normativa el consumo de alcohol durante los fines de semana, los episodios de embriaguez, el consumo de tabaco de forma habitual, así como el consumo de cannabis. Aunque se hallan efectos positivos sobre la percepción del consumo de tabaco, sustancia que no se trabaja de forma específica en el programa, los principales cambios se encontraron sobre la percepción del consumo de alcohol. Este efecto podría explicarse en base a una transferencia de los efectos preventivos en las sustancias dianas, a otras sustancias sobre las que no incide el programa. Asimismo, el programa *Saluda* tiene como objetivo general retrasar la edad de inicio al consumo y reducir el consumo abusivo, siendo la principal sustancia en la que se centra el alcohol, lo que justificaría la especificidad de los cambios en esta sustancia por encima de otras.

Con respecto al nivel de información, se incrementa el conocimiento tanto del alcohol como de las drogas de síntesis en ambos momentos de la evaluación. No obstante, los principales efectos se hallan sobre las drogas sintéticas. Partiendo de que el alcohol es una sustancia legal que presenta una mayor accesibilidad y por tanto mayor conocimiento de base entre la población adolescente, parece probable que se produzca un mayor incremento en el nivel de conocimiento de las drogas sintéticas por el desconocimiento inicial de las mismas. Estos resultados, se sitúan en la misma dirección que otros trabajos donde se destaca que el nivel de información veraz sobre las drogas se incrementa tras la implementación de los programas que utilizan una metodología interactiva (Bruvold, 1993; Tobler y Straton, 1997; Tobler et al., 2000).

Por otro lado, se incrementa de forma significativa la puntuación media de participantes que presentan habilidades para resolver problemas y habilidades sociales en relación a una conducta de tipo prosocial. La conducta prosocial se asocia

con el establecimiento de conductas voluntarias y empáticas con el objetivo de beneficiar a otros (Eisenberg, Fabes y Spinrad, 2006), tales como ayudar en los deberes o escuchar a otros cuando quieren hablar sobre un problema. Sin embargo, la conducta antisocial se relaciona con el quebrantamiento de normas sociales y acciones contra los demás. No obstante, respecto a la conducta antisocial en este estudio no se producen cambios tras la intervención ni a los seis meses del tratamiento. A diferencia de este estudio, en un reciente trabajo de investigación ex post facto se halló que el consumo de tabaco y alcohol se relacionó positiva y significativamente con puntuaciones en conducta antisocial (Inglés et al., 2007). Sin embargo, los efectos positivos hallados en ambas variables coinciden con resultados de trabajos previos donde la relación entre las habilidades sociales y las habilidades para resolver problemas presentaron un efecto aditivo. Así, un déficit en una de estas dos habilidades puede tener efectos en la otra (Espada, Griffin, Pereira, García-Fernández y Orgilés, 2012).

Una última variable protectora analizada en este estudio fue la participación en actividades de ocio saludable. Se encontró un mayor porcentaje de participantes en actividades como la lectura y las actividades al aire libre. Este dato invita a reflexionar sobre un efecto de mejora en una variable, actividades de ocio, que no ha sido fomentada por su ausencia dentro del programa. No obstante, este incremento en ambos tipos de actividades apunta hacia un efecto referente a la historia. Es decir, acontecimientos externos que ocurren dentro del período de la investigación como el fomento de la lectura dentro del currículum académico o el incremento de actividades extraescolares. Respecto al incremento de actividades al aire libre, algunos autores como Stebbins y Graham (2004) distinguen dos tipos de actividades de ocio: ocio comprometido y ocio causal. El ocio comprometido incluye actividades que se caracterizan por compromisos a largo plazo para el desarrollo de habilidades a través de la superación de desafíos. Por ejemplo, la participación en actividades al aire libre como ir a la montaña. Por el contrario, las actividades de ocio ocasionales son de baja cualificación y se podrían aplazar por lo que requieren poco compromiso. Por ejemplo, ver la televisión, juegos de ordenador, "salir" con amigos a las discotecas o hablar por chat. Por lo tanto, las actividades de ocio comprometido están asociadas con un menor consumo de

alcohol que las actividades de tipo casual (Weitzman y Chen, 2005; Weitzman y Kawachi, 2000).

Sin embargo, no se halla ningún cambio respecto al resto de actividades como por ejemplo el deporte. Según la Encuesta sobre los hábitos deportivos en España (2010) de un total de 8.925 sujetos de 15 o más años, un 70% ocupa su tiempo libre viendo la televisión, un 39% lee libros o revistas, un 38% utiliza internet (chat y videojuegos), y sólo un 30% hace deporte y un 22% realiza actividades al aire libre. Estos datos indican el elevado porcentaje de población española que emplea el tiempo libre en actividades poco activas, lo que coincide con los datos de este estudio. No obstante, los comportamientos inactivos o sedentarios se han asociado a una mayor probabilidad de consumo de alcohol o tabaco (Piéron y Francisco, 2010). En este sentido, debemos ser cautelosos en la interpretación de esta variable protectora. Una de las razones es que dentro del programa *Saluda*, el componente fomento del ocio saludable consiste en informar sobre la oferta de actividades juveniles para el tiempo libre en su ciudad. Se hace participar a los estudiantes en la búsqueda activa de información. Sin embargo, este módulo no va más allá del fomento de actividades con carácter informativo por lo que habría que considerar esta característica antes de determinar conclusiones frente a otros estudios que incluyen este módulo.

Los resultados de este estudio deben interpretarse teniendo en cuenta sus limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio piloto con un muestreo no probabilístico. Por tanto, aunque este tipo de estudios se utilizan en estadios exploratorios, su interpretación debe ser cautelosa debido a la falta de información sobre el grado de representatividad de la muestra. También puede existir sesgo muestral al estudiarse el colectivo de estudiantes de Educación Secundaria de un centro público de la provincia de Alicante y no incluir estudiantes de centros privados ni adolescentes no escolarizados. Del mismo modo, el tipo de diseño utilizado, cuasi experimental pre-post con un único grupo, sin grupo de comparación no permite inferir los resultados directamente a los efectos del programa pudiendo ser atribuidos a determinadas amenazas referentes a la validez del diseño como la historia, la regresión estadística o la maduración. Este estudio es preliminar y debe dar paso a diseños experimentales más complejos con un tipo de

muestreo probabilístico y mejorando el control de variables. A su vez, sería conveniente descartar posibles efectos adversos debido a la falta de depuración de la precisión de las medidas de autoinforme, combinándose con otros instrumentos más válidos y fiables para la medición de las variables de estudio. Con el objeto de controlar de un modo adecuado la aplicación de los protocolos, sería conveniente una evaluación de la fidelidad de la implementación del programa con el fin de determinar si ha sido aplicado tal y como señala su diseño y evaluación-piloto (Dusenbury, Branningan, Falco y Hansen, 2003), teniendo en cuenta que la fidelidad de esta implementación determina en gran medida el éxito de una intervención preventiva (Sánchez-Martínez, et al., 2010).

Puede concluirse que una versión reducida del programa preventivo *Saluda* en la que se prescinde del componente de fomento del ocio saludable y las tareas para casa presenta efectos positivos para reducir el porcentaje de episodios de embriaguez e incidir de forma significativa sobre todas las variables protectoras del consumo. Estos resultados son aún muy provisionales por lo que deben abrir camino a investigaciones más profundas. No obstante, constituyen un marco de referencia adecuado para futuros trabajos más complejos en su diseño.

## REFERENCIAS

- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2005). Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas? *Adicciones*, 17(4), 337-347.
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. & Warm, D. (2004). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. London: Health Development Agency.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., y Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106-1112.
- Bruvold, W. H., (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health*, 83, 872-880.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2010). *Encuesta sobre los hábitos deportivos en España*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Coggans, N., Cheyne, B. y McKellar, S. (2003) *The Life Skills Training Drug Education Programme: a review of research*. Scotland: University of



- Strathclyde, Scottish Executive Effective Interventions Unit, Scottish Executive Drug Misuse Research Programme.
- Cuipjers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2011). *Guía sobre drogas 2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>, consultado 28-04-2013).
- Dusenbury, L. y Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65, 420-425.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., y Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school. *Health Education Research*, 18, 237-256. doi: 10.1093/her/18.2.237
- Dusenbury, L., Khuri, E. y Millman, R. B. (1992). Adolescent substance abuse: A sociodevelopmental perspective. En J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman y J. G. Langrod (comps.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (2ª ed.) (pp. 842-927). Baltimore: Williams and Williams.
- D'Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., y Spinrad, T.L. (2006). Prosocial development. En W. Damon, & N. Eisenberg (eds.), *Handbook of child psychology, vol. 3: Social, emotional and personality development* (pp. 646-718). Nueva York: John Wiley & Sons
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2003). *Prevención del abuso de alcohol y drogas de síntesis*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Espada, J. P., Griffin, K. W., Pereira, J. R., Orgilés, M. & García-Fernández, J. M. (2012). Component Analysis of a School-Based Substance Use Prevention Program in Spain: Contributions of Problem Solving and Social Skills Training Content. *Prevention Science*, 13, 86-95.
- Espada, J.P., Hernández, O., Orgilés, M. y Méndez, F. X. (2010). Comparación de distintas estrategias para la modificación de la actitud hacia el consumo de drogas en escolares. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8 (3), 315-328.
- Espada, J. P., Lloret, D., y García del Castillo, J. A. (2008). Applying Drug Dependence Research to Prevention Interventions in Spain. *Evaluation and the Health Professions*, 20 (10), 182-197.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Botvin, G. J., Griffin, K. W., Orgilés, M. y Rosa, A. I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España. *Psicología Conductual*, 10 (3), 581-602.
- Espada, J. P., Orgilés, M., Méndez, F. X., García-Fernández, J. M., e Inglés, C. (2008). Efectos del programa Saluda sobre factores cognitivos relacionados con el consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 8 (1), 29-50.
- Espada, J. P., Rosa, A. I. y Méndez, F. X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y Drogas*, 3 (2), 61-82.
- Faggiano, F. (2010). Prevención del consumo de sustancias: la absoluta necesidad de una evaluación aleatorizada u observacional. *Adicciones*, 22, 11-14.
- Gates, S., McCambridge, J., Smith, L. A. & Foxcroft, D. R. (2006). Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database of Systematic Review*, 25(1):CD005030.
- Gázquez, M., García, J. A. y Espada, J. P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Health and Addictions*, 9, 185-208.
- González, M. T., Espada, J. P., Carballo, J. L., Orgilés, M. y Piqueras, J. A. (2012). Contribución de las tareas para casa en un programa preventivo. *XXXIX Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol*. Tarragona.
- Hansen, W. B. (1995). Aproximaciones psicosociales a la prevención: El uso de las investigaciones epidemiológicas y etiológicas para el desarrollo de intervenciones efectivas. *Psicología Conductual*, 3, 357-378.
- Hernández, O., Griffin, K. W., García-Fernández, J. M., Orgilés, M., y Espada, J. P. (2013). *Contribution of the Components Public Commitment, Resistance to Advertising and Leisure Promotion to a School-based Program for Drug Abuse Prevention*. En prensa.
- Inderbitzen, H., y Foster, S. L. (1992). The Teenage Inventory of Social Skills: Development, Reliability, and Validity. *Psychological Assessment*, 4, 451-459. doi: 10.1016/S0140-1971(03)00032-0
- Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., Méndez, F.X., y Inderbitzen, H. M. (2003). The Teenage Inventory of Social Skills: Reliability and validity of the Spanish translation. *Journal of Adolescence*, 26, 505-510. doi: 10.1016/S0140-1971(03)00032-0
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2011). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES, 2010)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Maydeu, A., y D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, 20(2), 115-133.
- McBride, N. (2003). A systematic review of school drug education. *Health Education Research*, 18(6), 729-742.
- Pieron, M., y Francisco, J. (2010). *Actividad físico-deportiva y salud: Análisis de los determinantes de la práctica en el alumnado de Enseñanza Secundaria*. Consejo Superior de Deportes.
- Rial, A., Torrado, N. y Varela, J. (2008). Orientación hacia la salud y consumo de drogas en la población juvenil. ¿Es realmente eficaz la prevención actual? *Salud y drogas*, 8(2), 173-188.
- Salvador-Llivina, T. (2000). Avances y retos en prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 18-24.
- Sánchez-Martínez, F., Ariza, C., Pérez, A., Diéguez, M., López, M. J., y Nebot, M. (2010). Evaluación de proceso del programa escolar de prevención del consumo de cánnabis "xkpts.com" en adolescentes de Barcelona en 2006. *Adicciones*, 22 (3), 217-226.

- Schaps, E., Bartolo, R. D., Moskowitz, J., Palley, C. S., y Churgin, S. (1981). A review of 127 drug abuse prevention program evaluations. *Journal of Drug Issues*, 11, 17-43.
- Schaps, E., Moskowitz, J.M., Malvin, J.H., y Schaeffer, G.H. (1986). Evaluation of seven school-based prevention programs: a final report on the Napa Project. *International Journal of the Addictions*, 21, 1081-1112.
- Skara, S., Rohrbach, L. A., Sun, P., y Sussman, S. (2005). An evaluation of the fidelity of implementation of a school-based drug abuse prevention program: Project Toward No Drug Abuse (TND). *Journal of Drug Education*, 35, 305-329.
- Stebbins, R. A., y Graham, M. (Eds.). (2004). *Volunteering as leisure/leisure as volunteering [electronic resource]: an international assessment*. Cabi.
- Tobler, N. S., y Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention*, 18 (1), 71-128. doi: 10.1023/A:1024630205999
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., y Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336.
- Weitzman, E. R y Chen Y. (2005). Risk modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms, and secondhand effects: National survey findings. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 303-309.
- Weitzman, E. R, y Kawachi, I. (2000). Giving means receiving: The protective effect of social capital on binge drinking on college campuses. *American Journal of Public Health*, 90, 1936-1939.