
EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DEL PROGRAMA PREVENTIVO SALUDA SEGÚN LA EDAD DE LOS PARTICIPANTES

Juan Ramón Pereira ¹ y José M. García-Fernández ²

¹ *Universidad Miguel Hernández, España*

² *Universidad de Alicante, España*

(Recibido: 12/03/09- Aceptado: 20/05/2009)

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue conocer los efectos del programa preventivo Saluda en dos rangos de edad: adolescencia temprana y adolescencia media. Para ello se utilizó una muestra de 543 estudiantes de educación secundaria con edades comprendidas entre los 11 y los 16 años. Se llevó a cabo un análisis intergrupar mediante una prueba ANOVA de un factor con prueba de Scheffé y tamaños del efecto para las comparaciones significativas. Los resultados obtenidos confirman que el programa se muestra eficaz para ambos rangos de edad, aunque se identifican efectos específicos. La magnitud del cambio es mayor en el rango de edad de 11 a 13 años en cuanto a la norma percibida, frecuencia e intención de consumo, mientras que el efecto del programa en la variable percepción de riesgo es similar en los dos rangos de edad.

Palabras clave: adolescencia, prevención, alcohol, consumo, abuso, jóvenes.

Correspondencia

Juan Ramón Pereira.

Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández.

Campus de Elche.

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

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

E-mail: juan.pereira@alu.umh.es

ABSTRACT

The aim of this research was to determine the differential effects of the preventive program Saluda in two age groups: early adolescence and medium adolescence. A sample of 543 high school students was recruited aged between 11 and 16 years. Intergroup analysis of one factor ANOVA test were carried out with Scheffé test and effect sizes for significant comparisons. The results indicate that the program is effective to reduce alcohol use, especially among younger students (11 to 13 years), respect to risk perception, program Saluda was effective in two groups. As intention, the immediate impact is higher among younger students, although the long-term magnitude of change is higher among those between 14 and 16 years.

Keywords: adolescence, prevention, alcohol consumption, abuse, youth.

INTRODUCCIÓN

Los datos epidemiológicos revelan que España es uno de los países con mayor consumo de sustancias psicoactivas en comparación con el resto de países de la Unión Europea y Estados Unidos (Informe Mundial sobre Drogas, 2007). Además, este consumo es notablemente más significativo entre el grupo de varones jóvenes. Las drogas con edad de inicio de consumo más temprana son el tabaco y las bebidas alcohólicas, siendo consideradas drogas de entrada (Encuesta Estatal sobre el uso de Drogas en estudiantes de Enseñanza Secundaria, 2007). De hecho, el consumo de alcohol es el principal problema de salud en la adolescencia y la sustancia más consumida en esta franja de edad (Hidalgo y Júdez, 2007). Además, las consecuencias negativas del consumo de alcohol son especialmente relevantes entre los menores, debido a que el organismo del adolescente se encuentra en desarrollo y se ve afectado de manera específica (DeBellis et al., 2000; Espada et al., 2000; Spear, 2002). Muchos menores consumen alcohol en el contexto del "botellón", ya que este contexto les permite evitar el control por edad así como la restricción del consumo de otras drogas, presentes en pubs y discotecas (Calafat et al., 2005). La pauta de consumo más habitual entre los adolescentes es de tipo abusivo y compulsivo, lo cual es especialmente perjudicial para la salud (Brugal et al., 2006), al margen de suponer un factor de riesgo ante

el consumo de otro tipo de drogas (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, 2007; Medina-Mora, 2002).

La adolescencia se considera como un periodo de tiempo impreciso debido a que depende en gran medida de factores sociales y culturales. En la sociedad occidental actual este periodo ha ido aumentando en las últimas décadas a raíz del comienzo precoz de la pubertad y la prolongación del tiempo hasta la incorporación a la vida adulta (Hidalgo y Júdez, 2007; Rodríguez-Suárez et al., 2003). Una de las clasificaciones más extendidas en psicología evolutiva es la de Horrocks (1984), según la cual la adolescencia se define como el periodo comprendido entre los 11 y los 20 años, distinguiendo entre adolescencia temprana, de 11 a 13 años, adolescencia media, de 14 a 16 años, y adolescencia tardía, de 16 a 20 años. Durante la adolescencia temprana se inician una serie de cambios fisiológicos relacionados con la pubertad, durante esta etapa se inicia un proceso de separación de la figura paterna y materna, así como un acercamiento hacia el grupo de iguales, es una etapa confusa para el individuo, centrado en sí mismo y en su imagen con respecto a los otros, las relaciones sociales suelen centrarse en grupos pequeños. En la adolescencia media comienza a generarse una conciencia social más amplia, el adolescente suele probar con varios roles en busca de una identidad, siendo una etapa marcada por la experimentación y el papel del grupo de iguales cada vez más extenso y en expansión (Palacios, Marchesi y Coll, 1999).

En lo relacionado con el consumo de alcohol durante la adolescencia, existen diferencias significativas entre la adolescencia temprana y la adolescencia tardía, el consumo tiende a iniciarse al final de la primera etapa y a aumentar en la segunda (Torregrosa, Inglés, Delgado, Martínez-Montegudo y García-Fernández, 2007). Durante la adolescencia, el consumo sigue una pauta ascendente, llegando a su mayor intensidad a los 24 ó 25 años, momento a partir del cual se detecta una desaceleración (Besada, 2007; Chassin et al., 2004). Las pautas características del consumo de alcohol durante la adolescencia son la tendencia a la iniciación precoz, y el consumo durante fines de semana y de manera compulsiva en busca de efectos embriagantes (Rodríguez-Suárez, 2003; Secades, 1996).

En cuanto al impacto diferencial de la prevención del consumo de alcohol en función de la edad de los adolescentes, la literatura científica existente sobre el tema revela que tanto la prevención en la adolescencia temprana como la prevención en la adolescencia media tienen efectos positivos en la etapa inmediatamente posterior, aunque dichos efectos tienden a decaer con el tiempo (Gómez-Fraguela et al., 2002, Resnicow y

Botvin, 1993). No obstante, el impacto en ambas franjas de edad parece tener características particulares, alterando de una manera u otra la trayectoria natural de consumo. El impacto preventivo para el consumo de alcohol en la adolescencia temprana es mayor y más duradero que en la adolescencia media, aunque termina decayendo tras cinco o seis años, en etapas más tardías (Flay et al., 1989). Por otro lado, el impacto preventivo para el alcohol en la adolescencia media es menor y menos duradero que en la adolescencia temprana, y termina decayendo al cabo de un año o dos, si bien se observa una reducción en el consumo de otras drogas, como la cocaína, la anfetamina o el MDMA (Gómez-Fraguela, 2002). Teniendo en cuenta esto, una intervención en ambas franjas de edad produciría mejores efectos en términos preventivos que una intervención aislada en uno de los dos rangos de edad. Asimismo, es importante tener en cuenta que el impacto de la intervención preventiva no debe medirse exclusivamente en términos de frecuencia, sino también de intensidad, así como de otras variables mediadoras (García del Castillo et al., 2003).

Las intervenciones preventivas en la adolescencia temprana suele retrasar la edad de inicio, retrasando así la trayectoria de consumo precoz y abusivo (Chassin et al., 2002; Oliva et al., 2008). Sin embargo, el retraso de la edad de inicio no es suficiente como elemento de prevención de un consumo posterior (Hill et al., 2000), siendo necesario elaborar intervenciones preventivas para esta franja de edad que sean capaces de reducir significativamente la frecuencia de consumo y la intención, frenando por tanto el patrón ascendente, ya que la eliminación de toda experimentación puede resultar un objetivo demasiado ambicioso siendo fundamental la reducción de los episodios de abuso (Gil-Flores, 2008). Las intervenciones preventivas sobre el uso de drogas legales, como el alcohol y el tabaco, en la adolescencia temprana suelen producir un impacto positivo que se ve reflejado en la adolescencia media pero que no se mantiene en la adolescencia tardía, tal y como revelan los estudios longitudinales realizados con estudiantes de último curso de educación primaria (Flay et al., 1989; Murray et al., 1988).

En la adolescencia media se produce un efecto similar pero menos duradero al observado en la adolescencia temprana. Gómez-Fraguela y su equipo (2002) analizaron el impacto de un programa preventivo desde el momento de la intervención, en el que los estudiantes tenían 14 años, hasta cuatro años después, observándose que al cabo de un año se reducía el consumo de drogas legales, si bien este efecto tendía a desaparecer a partir del segundo año de seguimiento. No obstante, en este estudio

se observó que cuatro años después de la aplicación del programa, el consumo de drogas ilegales era menor entre los jóvenes de 18 años que habían participado en el programa frente aquellos que no lo habían hecho. Aunque los efectos en la prevención del consumo de alcohol para esta franja de edad decaigan al cabo de un año o dos, se produce una reducción del consumo de otro tipo de sustancias como el cannabis, el MDMA o la cocaína.

El objetivo de esta investigación es analizar los efectos específicos de un programa de prevención de consumo de alcohol en función de la edad de los adolescentes. La hipótesis de partida supone que el impacto será mayor en la adolescencia temprana, específicamente en variables de resultados como la frecuencia de consumo. Se pretende asimismo explorar el impacto diferencial en variables mediadoras como la percepción de peligro o la norma subjetiva.

MÉTODOS

PARTICIPANTES

La muestra estuvo compuesta por 543 sujetos, estudiantes de institutos de Enseñanza Secundaria Obligatoria de dos municipios de la Región de Murcia (España). Del total muestral, el 47.21% son varones y el 52.78% mujeres, con edades comprendidas entre los 11 y los 16 años, siendo la media de edad de 13.6 años. El 88.5% de los sujetos conviven con padre y madre, un 6.8% con uno de los dos conyugues tras un divorcio, un 1.5% con el padre o la madre viuda, otro 1.5% con un padre o una madre soltero, y un 1.8% con madre o padre con pareja. El tipo de muestreo fue aleatorio y estratificado. Los distintos estratos estaban compuestos por aproximadamente el mismo número de estudiantes, de manera que hubiera la máxima homogeneidad en relación a la variable de estudio dentro de cada estrato y la máxima heterogeneidad entre los mismos. Se llevó a cabo una afijación igual de modo que todos los estratos tuvieran el mismo número de elementos en la muestra.

INSTRUMENTOS

Se administró una batería compuesta por dos autoinformes:

Cuestionario Identificativo (Espada Méndez e Hidalgo, 2003a). Para preservar el anonimato de los sujetos utiliza una clave de respuesta. Consta de 18 ítems, que incluyen variables sociodemográficas (edad, sexo,

número de hermanos), rendimiento académico, situación económica y familiar y frecuencia de la conducta de salir con los amigos.

Cuestionario de Consumo (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003b). Está compuesto por 13 ítems de alternativa múltiple que evalúa variables relacionadas con hábitos de consumo. Entre otras variables evalúa la intención de consumir, la frecuencia de consumo, la percepción de peligro, asimismo incluye una escala de evaluación de la percepción normativa frente al consumo graduada de 0 a 100.

El programa preventivo Saluda (Espada y Méndez, 2003) es una herramienta para la prevención escolar del abuso de drogas recreativas, que pretende romper el binomio “diversión-droga”, característico del patrón actual de consumo en el que las drogas se emplean para facilitar la diversión durante el ocio y el tiempo libre. Sus objetivos principales son retrasar la edad de inicio del consumo, reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección. Se compone de unas primeras sesiones informativas en las que se trabaja sobre la información y las creencias de los jóvenes acerca del consumo de determinadas sustancias); las sesiones informativas van seguidas por una serie de sesiones en las que se trabaja sobre la influencia de la publicidad y sus estrategias, así como sobre el proceso de resolución de problemas, toma de decisiones y habilidades sociales. Los componentes sobre los que se basa el programa han sido incluidos en función de la bibliografía existente hasta el momento en materia de prevención, dado que diversos estudios parecen indicar que estos aspectos juegan un papel importante en la conducta de abuso de sustancias. Dos de los factores implicados en el programa son de carácter personal: habilidades sociales y resolución de problemas, otros dos son de carácter social: publicidad e información. Por otro lado, la intervención acaba con una sesión denominada “compromiso público” en la que los alumnos se comprometen voluntaria y públicamente a tomar una decisión con respecto al consumo de sustancias frente a sus compañeros y por escrito. El programa Saluda se distingue de otro tipo de programas preventivos por su metodología participativa y por centrar su atención en el consumo de drogas de fin de semana.

PROCEDIMIENTO

En una fase inicial se mantuvieron entrevistas con los directores y orientadores de los centros participantes para exponer los objetivos de la investigación, describir los instrumentos de evaluación y el programa de prevención, solicitar autorización y promover la colaboración. Una

vez que los centros concedieron permiso, se celebró una reunión con los padres para explicar el estudio, responder sus preguntas, resolver sus dudas y obtener el consentimiento informado. Del mismo modo se recabó la disposición de los adolescentes para participar.

En una segunda fase se evaluaron los distintos grupos mediante la aplicación de los instrumentos anteriormente mencionados (pretest), se registró la situación de consumo de los alumnos así como distintas características de personalidad y sociodemográficas de los mismos antes de la aplicación de las intervenciones preventivas. Los autoinformes fueron contestados de forma colectiva, voluntaria y anónima en el aula. La administración de los cuestionarios duró 45 minutos, durante los cuales dos investigadores estuvieron presentes para proporcionar ayuda cuando era necesario y para verificar la cumplimentación correcta e independiente por parte de los sujetos.

En una tercera etapa se aplicó el programa, llevándose a cabo al mismo tiempo una serie de sesiones de debate acerca de temas de actualidad en el grupo en espera.

En una cuarta etapa se evaluó la situación de los estudiantes mediante dos medidas tras la intervención preventiva, inmediatamente tras finalizar la intervención preventiva a la cual de ahora en adelante llamaremos *postest*, y otra transcurrido un año, a la cual haremos referencia como *seguimiento*. Finalmente se corrigieron los cuestionarios y se elaboró una base de datos con el programa estadístico SPSS para llevar a cabo análisis estadísticos comparativos. Al cabo de un año se aplicó la intervención preventiva completa en el grupo en lista de espera.

ANÁLISIS DE DATOS

Las hipótesis que se presentan en este trabajo fueron examinadas mediante los siguientes procedimientos:

- Análisis de varianza univariado ANOVA, donde la variable independiente o factor (edad) tiene dos niveles (adolescencia prematura y adolescencia media). Las comparaciones múltiples *post hoc* se efectuaron mediante la prueba de Scheffé.
- Tamaño del efecto en las comparaciones. El tamaño del efecto se calculó por medio del índice d (diferencia media tipificada) propuesto por Cohen (1988). Su interpretación es sencilla: tamaño del efecto bajo ($0,20 \leq d_+ \leq 0,49$), moderado ($0,50 \leq d_+ \leq 0,79$) y alto ($d_+ \geq 0,80$).

Estos análisis fueron realizados utilizando el programa estadístico SPSS 14.0 asumiéndose un nivel de confianza de 95% para el error tipo I.

RESULTADOS

FRECUENCIA DE CONSUMO

Para esta variable, el análisis revela diferencias significativas entre los diferentes grupos, tanto en el pretest ($F=46.61$, $p=0.00$) como en el posttest ($F=17.38$, $p=0.00$) y en el seguimiento ($F=21.81$, $p=0.00$). En el pretest, la frecuencia de consumo es significativamente menor entre los adolescentes de 11 a 13 años frente al grupo de adolescentes de 14 a 16 años, tanto del grupo experimental como del grupo en espera, los tamaños del efecto para todas las comparaciones son altos ($d=1.01$, $d=1.04$ y $d=1$). Inmediatamente tras la intervención, los sujetos del grupo experimental de 11 a 13 años presentan de media una menor frecuencia de consumo en comparación al resto de condiciones experimentales, los tamaños del efecto son altos para todas las comparaciones ($d=0.83$, $d=0.92$ y $d=1.69$), la magnitud de la diferencia más alta la encontramos al comparar la frecuencia de los adolescentes más jóvenes (11-13 años) que han recibido intervención preventiva frente a los adolescentes de 14 a 16 años que no la han recibido ($d=1.69$). También en el posttest, encontramos diferencias significativas entre el grupo experimental de 14 a 16 años y el grupo control de este rango de edad, siendo la frecuencia mayor en el segundo grupo y el tamaño del efecto medio ($d=0.45$). En el seguimiento al cabo de un año observamos como la frecuencia de consumo media de aquellos sujetos más jóvenes (11-13 años) que han asistido al programa Saluda sigue siendo menor a la del resto de condiciones, aunque la magnitud de las diferencias encontradas es algo menor a lo observado en el posttest, los tamaños del efecto siguen siendo altos ($d=0.87$, $d=0.88$, $d=1.45$). En el seguimiento la diferencia con mayor tamaño del efecto se observa entre el grupo experimental de 11 a 13 años y el grupo control de 14 a 16 años ($d=1.45$), quienes presentan una mayor frecuencia de consumo. Asimismo, en el seguimiento también se observan diferencias significativas entre el grupo experimental de 14 a 16 años y el grupo control de esta franja de edad, aunque en esta comparación el tamaño del efecto es medio ($d=0.44$).

PERCEPCIÓN DE RIESGO

El análisis de datos no revela diferencias significativas antes de la intervención entre las distintas condiciones experimentales, no obstante, encontramos diferencias intragrupales significativas tanto en el posttest ($F=30.82$, $p=0.00$) como en el seguimiento ($F=40.11$, $p=0.00$), estos

Tabla 1. Frecuencia de consumo

	Adolescencia Temprana (GE)		Adolescencia Temprana (GC)		Adolescencia Media (GE)		Adolescencia Media (GC)		Significación estadística	
	M (DE)		M (DE)		M (DE)		M (DE)		F	P
Pretest	1,50	,88	1,54	,71	2,57	1,22	2,58	1,20	46,616	,000
Postest	1,65	,93	2,48	1,09	2,80	1,51	3,41	1,16	17,380	,000
Seguimiento	1,69	1,19	2,57	,72	2,84	1,43	3,42	1,20	21,812	,000

Tabla 2. Percepción de riesgo

	Adolescencia Temprana (GE)		Adolescencia Temprana (GC)		Adolescencia Media (GE)		Adolescencia Media (GC)		Significación estadística	
	M (DE)		M (DE)		M (DE)		M (DE)		F	P
Pretest	2,40	,94	2,21	1,04	2,12	,99	2,32	,98	1,963	,119
Postest	3,20	,99	2,01	,99	2,30	1,01	3,18	1,07	30,821	,000
Seguimiento	3,42	,86	2,22	,95	2,22	1,08	3,30	,88	40,111	,000

resultados quedan recogidos en la tabla 2. En el postest encontramos diferencias significativas entre el grupo experimental de 11 a 13 años y los grupos en lista de espera o control, la percepción de riesgo es mayor entre los jóvenes de 11 a 13 años que han asistido al programa frente aquellos jóvenes de su edad y mayores que no lo han hecho, los tamaños del efecto para estas comparaciones son altos ($d=1.01$, $d= 1.14$). También encontramos diferencias significativas en el postest entre aquellos adolescentes de 14 a 16 años que han asistido al programa y aquellos sujetos de 14 a 16 años que no lo han hecho, siendo mayor la percepción de peligro media en el primer grupo y el tamaño del efecto alto ($d=0.85$). En el seguimiento la percepción de peligro media es significativamente mayor en el grupo experimental de 11 a 13 años frente al grupo en espera o control del mismo rango de edad y frente al grupo control compuesto por adolescentes de 14 a 16 años, los tamaños del efecto son más altos que en el momento del postest ($d= 1.33$, $d= 1.24$). Además, en el seguimiento encontramos diferencias significativas entre el grupo experimental de 14 a 16 años y el grupo control/en espera de la misma franja de edad ($d= 1.08$).

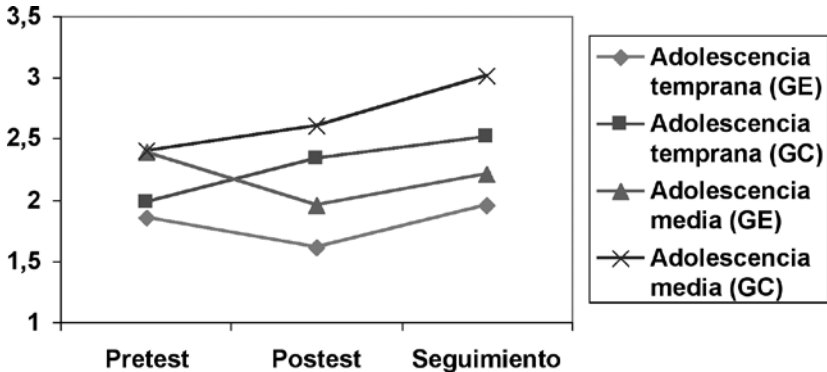
INTENCIÓN DE CONSUMO

Respecto a esta variable, el análisis indica que existen diferencias significativas en los tres momentos temporales, pretest ($F=13.28$, $p=0.00$), postest ($F=20.73$, $p=0.00$) y seguimiento ($F=17.73$, $p=0.00$). En el pretest, los adolescentes más jóvenes (11-13 años) tienen significativamente una menor intención de consumo en comparación a los adolescentes de 14 a 16 años, indistintamente de la condición experimental, los tamaños del efecto son medios ($d=0.62$, $d=0.47$). En el postest, los adolescentes de 11 a 13 años que han participado en el programa preventivo tienen de media una menor intención de consumo que aquellos adolescentes de la misma edad del grupo control/en espera ($d=0.92$) y que aquellos adolescentes de mayor edad del grupo control/en espera ($d=1.28$). Sin embargo, también encontramos diferencias significativas entre el grupo de jóvenes de 11 a 13 años que no han asistido al programa preventivo y aquellos jóvenes de mayor edad que tampoco lo han hecho, siendo menor la intención de consumo de los más jóvenes, aunque en este caso el tamaño del efecto es bajo ($d=0.30$). Por otro lado, en el postest, la media de intención hacia el consumo es significativamente mayor entre los jóvenes de 11 a 13 años que no han asistido al programa preventivo frente aquellos sujetos de mayor edad (14-16 años) que sí han asistido, en este caso el tamaño del efecto es bajo ($d=0.36$). Asimismo, también en el postest observamos como la media de intención es significativamente menor entre los jóvenes de 14 a 16 años que han asistido al programa preventivo frente aquellos que no lo han hecho, el tamaño del efecto es medio ($d=0.63$). En el seguimiento observamos cómo la intención de consumo entre los adolescentes de 11 a 13 años que han participado en el programa Saluda es menor a la intención media de los adolescentes de 11 a 13 años y de 14 a 16 años que no han participado, aunque el tamaño del efecto es mayor para la comparación con el grupo del rango de edad de 14 a 16 años ($d=0.57$, $d=1.07$). En el seguimiento también encontramos diferencias significativas entre la media de edad del grupo de jóvenes de 14 a 16 años que han participado en el programa y el grupo de la misma edad que permanece en espera, siendo mayor la intención de consumo del segundo grupo ($d=0.79$).

NORMA PERCIBIDA

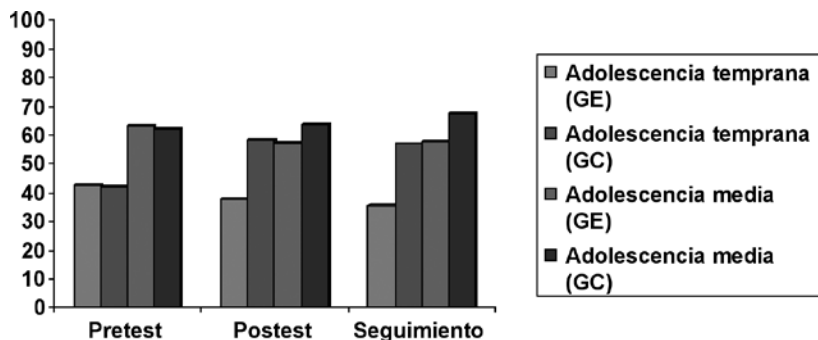
En cuanto a la percepción de los jóvenes acerca del consumo de bebidas alcohólicas por parte de otros jóvenes, los resultados reve-

Figura 1. Intención de consumo.



lan la existencia de diferencias significativas antes de la intervención preventiva ($F=27.34$, $p=0.00$), inmediatamente después ($F= 15.57$) y un año tras la misma ($F=20.79$, $p=0.00$). En el pretest, los adolescentes más jóvenes (11-13 años), indistintamente de su condición experimental (grupo experimental o control) tienen una percepción normativa menor en comparación a aquellos adolescentes de 14 a 16 años, tanto del grupo control/en espera como del experimental. Además, antes de la intervención preventiva encontramos diferencias significativas entre el grupo de adolescentes de 14 a 16 años que asistirán al programa y el grupo de adolescentes de 14 a 16 años del grupo control/en espera, siendo mayor la percepción normativa en el grupo experimental. En el posttest encontramos diferencias significativas entre el grupo de sujetos de 11 a 13 años que han asistido al programa y el resto de condiciones experimentales, siendo menor la percepción normativa en el primer grupo. En el seguimiento encontramos nuevamente diferencias significativas entre el grupo experimental compuesto por sujetos de 11 a 13 años y el resto de condiciones, pero además aparecen diferencias significativas entre el grupo de sujetos de 14 a 16 años que han participado en el programa y aquellos sujetos del mismo rango de edad que permanecen en espera, siendo mayor la percepción normativa en el segundo grupo.

Figura 2. Norma percibida



DISCUSIÓN

Basándonos en los resultados obtenidos podemos afirmar que el programa preventivo aplicado se muestra eficaz en ambas franjas de edad, tanto para variables de resultados como para variables intermedias, fundamentales a la hora de evaluar la eficacia preventiva (Becoña, 2002). No obstante, encontramos efectos específicos dependiendo de la variable analizada. El análisis revela que el programa Saluda tiene un mayor impacto en la adolescencia temprana si consideramos la variable frecuencia de consumo de alcohol, intención de consumo y norma percibida. No obstante, no se encuentran diferencias significativas en el impacto del programa entre las dos franjas de edad para la variable mediadora percepción de peligro, siendo los tamaños del efecto altos tanto para el grupo de adolescentes de 11 a 13 años como en el grupo de adolescentes de 14 a 16 años.

Respecto a la frecuencia de consumo de alcohol antes y después del programa, el impacto es mayor en el grupo más joven (11-13 años). Reducir la frecuencia de consumo en la etapa de adolescencia temprana es fundamental, ya que el consumo en esta etapa es un indicador de una frecuencia de consumo mayor en la adolescencia media, además de estar relacionado con problemas de policonsumo y violencia juvenil en la adolescencia tardía (Patton, 2004). Además, el inicio del consumo de alcohol se sitúa entre los 12,5 años y los 13,5 años (Plan Nacional sobre Drogas, 2008), al final de la adolescencia temprana. Reducir el consumo en estadios iniciales es prioritario, ya que este no suele reducirse una vez se ha

iniciado. Como señalaba Oliva (2008) en su estudio sobre la evolución natural en el consumo de drogas, la mayoría de estudiantes que no eran consumidores al inicio de la adolescencia temprana pasan a serlo al finalizar esta etapa y en el comienzo de la adolescencia media, comenzando a consumir sin disminuir dicho consumo hasta los 18 años, algo que ya señalaba Kandel en su conocida Teoría de la escalada (1975).

Por lo que respecta al efecto diferencial del programa en la norma percibida, los datos indican que el efecto del programa es mayor en la adolescencia temprana, aunque también se producen efectos en la adolescencia media estos son menores. La percepción de los adolescentes acerca del consumo por parte de otros jóvenes de su edad está relacionada con procesos sociales como la necesidad de identificarse con el grupo. Gómez-Fraguela (2006) indica que el inicio del consumo de alcohol en la adolescencia temprana puede responder más a procesos grupales que a la necesidad de evadirse y otros factores asociados al consumo en etapas posteriores como la adolescencia tardía. Asimismo, a medida que aumenta la edad, el consumo objetivo también lo hace, lo cual podría hacer más difícil ajustar la percepción de los jóvenes. Según los resultados, el ajuste de la percepción normativa parece especialmente relevante en etapas tempranas de la adolescencia.

La intención de consumo de alcohol antes de la aplicación del programa es menor entre los jóvenes de 11 a 13 años en comparación con la intención de consumo de los jóvenes de 14 a 16 años. Tras la intervención preventiva observamos como la intención de consumo es menor entre los adolescentes que han participado en el programa Saluda, independientemente de la franja de edad. La menor intención de consumo la encontramos en los estudiantes de 11 a 13 años del grupo experimental, y quienes presentan mayor intención de consumo son los jóvenes del grupo control/en espera de 14 a 16 años. La magnitud de la diferencia es mayor entre los jóvenes de 11 a 13 años del grupo experimental, de modo que el programa parece producir en esta variable un mayor impacto entre los más jóvenes. Por otro lado, si tenemos en cuenta que un porcentaje alto de adolescentes de 11 a 13 años todavía no habría iniciado el consumo, tomando como referencia la edad de inicio, los resultados avalan la eficacia del programa en prevención primaria. En relación a esto, la modificación de la intención es más modesta en el grupo de 14 a 16 años, grupo en el cual cerca de la mitad de los jóvenes ha iniciado el hábito de consumo de alcohol. Diversos autores (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Leukfeld y Bukoski,

1995) señalan que la prevención primaria es prioritaria frente a la prevención secundaria y terciaria, ya que una vez se instaura la pauta de conducta es más costoso modificarla.

En cuanto al impacto del programa en la percepción de peligro ante el consumo de alcohol, los resultados indican que la percepción de peligro aumenta en comparación con el grupo en espera, esto ocurre con una magnitud similar en ambas franjas de edad (adolescencia temprana y media) sin que existan diferencias significativas entre los dos rangos de edad. De la Villa y Ovejero (2005), en un estudio diferencial por niveles de edad de las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles, señalan que a medida que avanza la edad se manifiesta una tendencia más permisiva, una mayor aceptación de las incitaciones y una menor percepción de riesgo ante las consecuencias derivadas del consumo. En este mismo estudio, los autores señalan que aunque los jóvenes posean suficiente información sobre los riesgos de las sustancias, esto no implica necesariamente un aumento de la percepción de peligro, ya que la información es una estrategia preventiva que ha de verse complementada por otras (De la Villa y Ovejero, 2005; Pascual, 2002). En este sentido, el programa Saluda integra un módulo informativo dentro de un entrenamiento en competencias más amplio, lo cual podría explicar en parte los resultados obtenidos. Por otro lado, en un estudio realizado por Martínez-González, Robles y Trujillo (2003), se señala que los adolescentes de 16 años o menos puntuaban más alto en variables protectoras como tener miedo a las drogas. En este estudio se menciona que determinadas variables protectoras, entre las que se incluye la alta percepción de peligro, tienen una presencia menor después de los 16 años. Nuestro estudio abarca de los 11 a los 16 años, confirmando los resultados de esta investigación.

Como conclusión, podemos decir que el programa preventivo saluda se muestra eficaz para modificar el consumo de alcohol en adolescentes, siendo mayor el impacto en la adolescencia temprana. La aportación fundamental de esta investigación es la corroboración de posibilidad de modificar la trayectoria natural del consumo de alcohol entre adolescentes mediante estrategias preventivas, pudiendo ajustar las intervenciones en función de la franja de edad. En este sentido, cuando la intervención se centra en la adolescencia temprana e incluso en la preadolescencia, el objetivo básico puede ser el retraso del consumo, el ajuste de la percepción normativa y la reducción de la intensidad. Cuando las intervenciones se focalizan en la adolescencia media, un

objetivo alcanzable puede ser la reducción de la frecuencia de episodios de abuso y el aumento de la percepción de riesgo.

Teniendo en cuenta que el consumo de drogas es un proceso dinámico, es fundamental llevar a cabo estudios evaluativos longitudinales que analicen las distintas trayectorias de consumo, entendiendo que este no se trata de un proceso de una única dirección. Para ello se deben tener en cuenta las trayectorias esperables en el consumo (Caballero et al., 2005). Los estudios longitudinales poseen la ventaja de detectar consecuencias específicas para cada subgrupo (Maggs y Chulenberg, 2005; Oliva et al., 2008). Sin embargo, como señalan Espada et al. (2002), en prevención escolar raramente se incluyen evaluaciones de resultados a largo plazo, centrándose a menudo la evaluación de las intervenciones en cambios inmediatos. En este sentido, resulta especialmente relevante llevar a cabo evaluaciones adecuadas, centradas en poblaciones específicas, considerando variables socioculturales (Castaño, 2006).

Asimismo, los efectos iatrogénicos son menores en aquellos programas que se centran en la prevención del alcohol y sustancias específicas (Piper et al., 2000; Werch y Owen, 2002). Además, los efectos de los programas preventivos varían en función del estadio inicial del uso de drogas de cada adolescente, lo cual debe considerarse a la hora de aplicar intervenciones preventivas en la escuela (Werch, 2001; Werch y Owen, 2002). Los programas preventivos no suelen distinguir entre consumidores experimentales o habituales en función de la edad, aunque se sabe que existen diferencias entre ambos (Calafat y Juan, 2003). Al conocer la pauta de consumo pasada y la actual los investigadores podemos hacer una estimación futura y prevenir en esa dirección (Maggs et al., 2005).

Debemos mencionar que esta investigación puede ser mejorada a través de la inclusión de otras franjas de edad, especialmente la etapa de la adolescencia tardía, dado que es a estas edades cuando se consolida el patrón de consumo y se puede conocer más a fondo el impacto de las intervenciones preventivas. Asimismo, se pueden incluir estudios de evolución del consumo de otro tipo de drogas, como el cannabis, relacionadas con el consumo de alcohol. A nivel metodológico, el estudio expuesto en este artículo es de tipo cuasiexperimental, ya que la asignación a los grupos ya estaba realizada antes del inicio de la investigación, lo cual supone en sí una limitación a tener en cuenta en posteriores investigaciones.

REFERENCIAS

- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Besada, M. (2007). Situación actual del consumo de drogas entre adolescentes. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente. Recuperado el 24 de marzo de 2007 de http://www.unad.org/upload/70/46/Logrono_texto.pdf
- Brugal, M. T., Rodríguez-Martos, A. y Villalbí, J.R. (2006). Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20 (1), 52-62.
- Caballero, A., González, B., Pinilla, J. y Barber, P. (2005). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19 (6), 440-447.
- Calafat, A. y Juan, M. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones*, 15 (2), 261-286.
- Calafat, A., Montserrat, J., Becoña, E., Agurtzane, C., Fernández, C., Franco, M., Pereiro, C. y Ros, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17 (3), 193-202.
- Castaño, G. A. (2006). Nuevas tendencias en prevención de las drogodependencias. *Salud y drogas*, 6(2), 127-148.
- Chassin, L., Carle, A., Nissim-Sabat, D. y Kumpfer, K. L. (2004). Fostering resilience in children of alcoholic parents. En K. I. Maton (Ed.), *Investing in children, youth, families, and communities: Strengths-based research and policy*. Washington, D.C.: APA Books.
- Chassin, L., Pitts, S. C. y Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: predictors and substance abuse outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70, 67-78.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2007). *Barómetro CIS, pregunta "principales problemas de los españoles"*. Madrid.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- DeBellis, M. D., Clark, D. B., Beers, S. R., Soloff, P.H., Boring, A. M., Hall, J., Kersh, A. y Keshavan, M. M. (2000). Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 737-744.
- De la Villa, M. y Ovejero, A. (2005). Análisis diferencial por niveles de edad de las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Revista Interamericana de Psicología*, 39 (3), 325-338.

- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2003). Programa Saluda. Prevención del abuso de alcohol y drogas de síntesis. Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 12 (1), 57-64.
- Espada, J. P., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2003a). Cuestionario identificativo. En J. P. Espada y F. X. Méndez, *Programa Saluda: Prevención del abuso de alcohol y del consumo de drogas de síntesis*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., e Hidalgo, M. D. (2003b). Cuestionario de consumo. En J. P. Espada & F. X. Méndez, *Programa Saluda: Prevención del abuso de alcohol y del consumo de drogas de síntesis*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Espada, J. P., Méndez, 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.
- Flay, B. R., Koepke, D., Thomson, S.J., Santi, S., Best J.A. y Brown, K. S. (1989). Six year follow-up of the first Waterloo Schools Smoking Prevention Trial. *American Journal of Public Health*, 79, 1371-1376.
- García del Castillo, J. A. (2003). Evaluación del programa de prevención de drogas Barbacana. *Salud y drogas*, 3(1): 33-54.
- Gil-Flores, J. (2008). Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y factores de protección. *Revista de educación*, 346, 291-313.
- Gómez-Fraguela, J.A., Luengo, A. y Romero, E. (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un programa. *Psicothema*, 14 (4), 685-692.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, A., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P. y Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 581-597.
- Hill, K. G., White, H. R. y Chung, I. J. (2000). Early adult outcomes of adolescent binge drinking: Person- and variable-centered analyses of binge drinking trajectories. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 892-901.
- Hidalgo, M. I. y Júdez, J. (2007). Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas adictivas. *Pediatría Integral*, 11 (10), 895-910.

- Horrocks, J. (1984). *Psicología de la Adolescencia*. México: Trillas.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2007). *Informe Mundial sobre Drogas, volumen 1*. Estados Unidos.
- Kandel, D. B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Leukefeld, C. G. y Bukoski, W. J. (1995). *Estudio sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: Aspectos metodológicos*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- Maggs, J. L. y Schulenberg, J. E. (2005). Trajectories of alcohol use during the transition to adulthood. *Alcohol Research and Health*, 28 (4), 195-201.
- Martínez-González, J.M., Robles Lozano, L. y Trujillo Mendoza, H.M. (2003). Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas legales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (3), 461-475.
- Medina-Mora, M.E., Peña-Corona, M.P., Cavriotto, P., Villatoro, J. y Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Revista de Salud Pública de México*, 44 (1), 109-115.
- Murray, D.M., Davis-Hearn, M., Goldman, A.I., Pirie, P. y Luepker, R.V. (1988). Four and five year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. *Journal of Behavioural Medicine*, 11, 395-405.
- Oliva, A., Parra, A. y Sánchez-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 (1), 153-169.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (1999). *Desarrollo psicológico y educación I. Psicología evolutiva*. Madrid: Alianza.
- Pascual, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14 (1), 123-132.
- Patton, G.C., McMorris, B.J., Toumbourou, J.W., Hemphill, S.A. y Catalano, R.F. (2004). Puberty and the Honesty of substance use and abuse. *Pediatrics*, 114 (3), 300-306.
- Piper, D.L., Moberg, D.P. y King, M.J. (2000). The healthy for life project: Behavioural outcomes. *Journal of Primary Prevention*, 21, 47-73.
- Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Estrategia Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundarias (ESTUDES)*. Madrid: Ministerio del Interior.

- Resnicow, K. y Botvin, G. (1993) School-based substance use prevention programs: why do effects decay? *Prevention Medicine*, 22, 484-490.
- Rodríguez-Suárez, J., Agulló, E. y Agulló, M.S. (2003). Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil. *Adicciones*, 15 (2), 7-32.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y Tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Spear, L.P. (2002). Alcohol's effects on adolescents. *Alcohol Research and Health*, 26 (4), 287-290.
- Torregrosa, M. S., Inglés, C. J., Delgado, B., Martínez-Monteaudo, M. C. y García-Fernández, J.M. (2007). Frecuencia del consumo de drogas legales: diferencias de edad en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 2, 181-195.
- Werch, C. E. (2001). Preventive alcohol interventions base don a stages of acquisition model. *American Journal of Health Behaviour*, 25, 206-216.
- Werch, E. C. y Owen, D. M. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(5), 581-590.