

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS INTERVENCIONES CON MENORES Y SUS FAMILIAS EN LAS ORGANIZACIONES DE LA R.I.O.D.

JUNIO 2002



CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Índice

1. Justificación – página 3
 2. Objetivos – página 7
 3. Metodología – página 8
 4. Resultados – página 12
 - 4.1. Estado del conocimiento actual sobre eficacia de las intervenciones a menores y familias - página 12
 - 4.2. Perfil de los programas desarrollados por las entidades de la RIOD – página 18
 5. Discusión – página 30
 - 5.1. Participación – página 30
 - 5.2. Contexto – página 31
 - 5.3. Mediadores y población diana – página 33
 - 5.4. Cobertura – página 34
 - 5.5. Justificación – página 35
 - 5.6. Objetivos – página 36
 - 5.7. Modelos teóricos – página 37
 - 5.8. Duración de la intervención – página 39
 - 5.9. Materiales utilizados – página 40
 - 5.10. Actividades principales desarrolladas – página 41
 - 5.11. Nivel de concreción de las intervenciones – página 42
 - 5.12. Estado de la evaluación – página 43
 - 5.13. Principales resultados – página 44
 6. Conclusiones – página 46
- Bibliografía – página 49
- Anexos – página 53

1. Justificación

La Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 tiene como objetivo primordial que las naciones reconozcan, promuevan y protejan el cumplimiento de los derechos de los niños y las niñas. Además de recoger las principales disposiciones de la legislación internacional, la Convención también abre caminos en áreas clave que afectan a los menores como la adopción, la supervivencia, el desarrollo y la protección de su identidad; asimismo supone un marco para las garantías contra la explotación sexual, el abandono y el uso de drogas.

Entre todo los niños, los que están en situación de calle, lejos de disfrutar del derecho “a un nivel de vida adecuado par su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social”, sufren los efectos acumulados de la pobreza, el hambre, la disolución de las familias, el aislamiento social y, con frecuencia, la violencia y el abuso. Según los informes de UNICEF existen 100 millones de niñas y niños abandonados en todo el mundo, de los cuales 40 millones pertenecen a América Latina (Forselledo, 2001).

La mayoría de las entidades que pertenecen a la Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en Drogodependencias (RIOD), desarrollan intervenciones dirigidas a niños y sus familias, siendo muchos de estos niños con los que trabajan las ONGs de la RIOD, niños en situación de calle.

Por su parte, el *Informe Mundial sobre las Drogas, 2000* de Naciones Unidas estima que unos 180 millones de personas en el mundo consumían drogas a finales del decenio de 1990: el 4,2% de la población mayor de 15 años (UNDCP/ONU, 2001). La vida de demasiadas personas, sobre todo jóvenes, se ve afectada por el uso problemático de drogas en lo que toca a la salud, la delincuencia y la explotación por organizaciones delictivas, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. El uso problemático de drogas se ha convertido en un fenómeno mundial, donde la antigua división entre países consumidores y países productores ha dejado de ser vigente.

En el reciente *Taller Regional sobre Participación Infantil y Juvenil como estrategia de Prevención para las Adicciones*, organizado en Abril 2002 por la RIOD y su Nodo Centro, se ha puesto en evidencia la extensión del consumo de drogas entre la población adolescente de América Latina, incremento que se debe a tres razones estructurales recientes: a) reducción de los niveles de bienestar y desarrollo en varios países de la región, b) transformación de algunos países, tradicionalmente zonas productoras de drogas, a zonas donde se realiza distribución local y consumo, y c) carencia de servicios y oportunidades para la infancia y juventud.

El *Informe Mundial* mencionado también muestra que hay motivos para ser optimistas, puesto que se han registrado progresos importantes en relación con las principales drogas que plantean problemas, a saber, la cocaína y la heroína, a las que cabe imputar en el plano mundial la mayor parte de las demandas de tratamiento, hospitalizaciones, sobredosis, mortalidad, violencia y participación de la delincuencia organizada en la medida en que están relacionadas con las drogas.

Las intervenciones de prevención y de tratamiento han contribuido sin duda a los progresos observados. La disminución del 40% en el consumo global de drogas y del 70% en el de la cocaína en los Estados Unidos, en el período de 1985 a 1999, por ejemplo, estuvo acompañado de un aumento de los gastos para reducir la demanda (investigación, prevención y tratamiento) de 900 millones de dólares en 1985, a 5.600 millones de dólares en 1999 (UNDCP/ONU, 2001).

Existen crecientes indicios de que tanto las intervenciones preventivas como las asistenciales desempeñan un papel importante en la reducción de la demanda de drogas:

- Tras unas campañas de prevención a gran escala en los Estados Unidos, por ejemplo, se invirtió la tendencia ascendente del consumo de drogas entre los escolares de los primeros cursos de secundaria (UNDCP/ONU, 2001).
- En unos estudios de seguimiento realizados en el Reino Unido se comprobó que, dos años después del final del tratamiento, el consumo regular de heroína y los delitos contra la propiedad se redujeron en un 50% (UNDCP/ONU, 2001).

Desde los años 70, en algunos países se generalizaron múltiples enfoques y estrategias dirigidos a la modificación de la demanda de drogas. Inicialmente se trataba de iniciativas que respondían más bien a una exigencia social, se planteaban alejadas del interés científico y estaban esencialmente preocupadas por dar explicaciones y respuestas más basadas en planteamientos ideológicos que en la evidencia. Muchas de estas iniciativas fueron asumidas en otros contextos geográficos en decenios posteriores.

Sin embargo, a pesar de las importantes lagunas todavía existentes, durante los últimos veinte años se han producido sensibles avances en el conocimiento científico sobre los factores condicionantes del uso problemático de drogas, los tipos de intervenciones más eficaces para prevenir o disminuir dichos problemas (NIDA, 1997a), así como los procesos de atención y tratamiento para los consumidores y dependientes a drogas (OPS/CICAD/OEA, 1999). Todos estos desarrollos son claves para orientar la puesta en práctica de actividades dirigidas a la disminución de la demanda de drogas desde cualquier parte del mundo.

Entre las distintas estrategias posibles, las intervenciones con las familias son de reconocida importancia para el establecimiento de pautas educativas preventivas,

así como pilar fundamental en la recuperación de las personas con problemas de adicción a las drogas (NIDA, 1997a).

En el ámbito preventivo, el acceso a las familias se suele realizar por dos vías diferentes: desde la escuela y desde la comunidad. A su vez, las intervenciones desde la escuela están, a veces, incluidas dentro de programas dirigidos a alumnos, que contemplan un apartado del trabajo con los padres, bien mediante cursos o escuelas de padres, bien mediante tareas para casa que lleva el propio alumno, con la intención de involucrar a sus propios padres. La preferencia en prevención sigue siendo utilizar el centro educativo como espacio de referencia para los programas dirigidos a las familias. En este sentido, se trabaja con lo que se denominan programas universales, o dirigidos a un grupo amplio de población. Para las intervenciones familiares dirigidas a padres de menores considerados en situaciones de riesgo: padres con hijos consumidores, familias de minorías culturales, familias con graves carencias económicas o sociales, o padres con problemas de consumo de alcohol y otras drogas, se trabaja desde servicios comunitarios o centros especializados (servicios sociales, centros de tratamiento, etc.)

Muchos de los programas de prevención que se diseñan y se aplican están pensados para jóvenes que se encuentran en fases ya bastante avanzadas de la adolescencia. Pero sí, como los estudios epidemiológicos señalan, los consumos de determinadas sustancias se presentan a los 12 o 13 años en el caso de España, incluso antes en algunos países de Latino América, es poco adecuado plantear intervenciones preventivas dirigidas a adolescentes de 14 ó 16 años, en la etapa de educación secundaria. Por otra parte, los hallazgos de la investigación sugieren que en una etapa tan temprana como los primeros años de educación escolar, los niños que muestran comportamientos tales como agresividad, impulsividad, hiperactividad o falta de atención, parecen tener más riesgo de consumo de drogas en la etapa adolescente (OEA/CICAD. 1997). Incluso otros hallazgos confirman que existen comportamientos y características de alto riesgo para el abuso de drogas en la etapa primera de la vida y pueden ser utilizados para identificar a individuos que deben recibir especial atención en las intervenciones preventivas. Por ello, parece recomendable proponer medidas preventivas desde los primeras etapas educativas.

Con respecto al ámbito rehabilitador, es preciso señalar que la variación en los últimos años de las características sociodemográficas de las personas con problema de dependencia a drogas que requieren tratamiento, así como los cambios en sus patrones de consumo, junto con la necesidad de obtener respuestas satisfactorias en la rehabilitación, han obligado en los últimos años a hacer cambios significativos en la oferta de atención de casi todos los servicios de rehabilitación, sean estos de titularidad pública o de organizaciones. Los modelos de atención más utilizados y promocionados fueron desarrollados principalmente durante las décadas de los años 60 y 70. La vigencia de estos modelos ha sido fuertemente amenazada por las rápidas e intensas transformaciones sociales que ejercen presión sobre el sistema de tratamiento existente en cada país, generando crisis que requieren revisiones periódicas para

asegurar su adecuación a las condiciones cambiantes de los problemas relacionados con las drogas y al perfil de los consumidores.

Ante este recorrido de algunos de los aspectos que configuran la intervención en menores y sus familias, tanto en Iberoamérica como en España, de donde son las distintas entidades que pertenecen a la RIOD, se presenta este estudio que significa un primer abordaje con el fin de marcar unas líneas de referencia, a modo de modelos de buena práctica, que permitan a los miembros de la RIOD optimizar los programas mediante el contraste de la experiencia práctica con la creciente información derivada de la evidencia científica en el ámbito de las intervenciones dirigidas a los menores y a sus familias. Este estudio pretende responder a uno de los objetivos de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 de la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas (España), que es contribuir al impulso de intervenciones basados en la evidencia científica y difundir las mejores prácticas.

La RIOD está constituida por un total de 61 organizaciones no gubernamentales, que desarrollan su trabajo en 16 países de habla hispana, las cuales con distintos enfoques y trayectorias abordan la prevención y el tratamiento de menores en situación de riesgo y sus familias. La diversidad de las respuestas que ofrecen estas entidades, así como la evolución de las mismas han posibilitado, por un lado, disponer de marcos teóricos complementarios entre sí, pero específicos con relación a las diversas necesidades detectadas y, por otro lado, la articulación de espacios de encuentro entre profesionales de este ámbito, favoreciendo un enriquecimiento mutuo y una ampliación de las estrategias de intervención. Sin embargo, y después de distintos foros de encuentro, la necesidad de seguir dando pasos hace que nos encontremos ante la prioridad de realizar un **análisis comparativo** de todos los procesos de intervención a fin de establecer el núcleo de postulados teóricos y prácticos centrales y comunes.

2. Objetivos

El presente estudio pretende conocer y profundizar en las estrategias de intervención con menores y sus familias de las entidades que pertenecen a la RIOD.

Los objetivos específicos son:

1. Ofrecer a las organizaciones y profesionales que trabajan en el ámbito de la intervención familiar, así como de niños y adolescentes, una revisión del estado actual del conocimiento sobre la eficacia de este tipo de intervenciones, facilitando así la disponibilidad de un marco de referencia común para la intervención con menores en situación de riesgo y sus familias.
2. Analizar comparativamente las estrategias de intervención con menores en situación de riesgo y sus familias, desarrolladas por parte de las organizaciones miembros de la RIOD.

Se plantean para ello los siguientes objetivos operacionales:

1. Perfilar un marco teórico de referencia para las intervenciones, recopilando la bibliografía existente con relación al colectivo destinatario, así como criterios de intervención procedentes de las experiencias de las organizaciones y modelos de buen práctica establecidos por grupos internacionales de relevancia en este sector.
2. Diseñar un instrumento de recogida de información sobre intervenciones con menores en riesgo y sus familias que recoja, entre otros: tipo de actividades realizadas, marco de las actividades en el seno de un programa de intervención, personal que realiza las actividades, indicadores de evaluación y evaluación existentes.
3. Recopilar y clasificar los modelos de intervención desarrollados con menores en situación de riesgo y sus familias, por parte de las entidades que constituyen la RIOD.
4. Analizar los datos obtenidos y determinar un núcleo común y un núcleo específico a cada realidad social-cultural.
5. Recoger las líneas actuales de intervención, así como posibles líneas de actuación futuras, orientándolas hacia una praxis más adecuada.
6. Publicar y difundir los resultados de este análisis tanto dentro como fuera de la RIOD.

3. Metodología

A fin de conocer el estado actual del conocimiento en el ámbito de este estudio, iniciamos el trabajo con una búsqueda exhaustiva sobre la investigación que diera cuenta de la eficacia de las intervenciones en menores y sus familias, para lo cual se han analizados las bases de datos siguientes, acotando las búsquedas al período 1995-2002.

1. **Social Sciences Citation Index.** Índice multidisciplinar de revistas científicas en el campo de las ciencias sociales. Lo publica el *Institute for Scientific Information* (ISI).
2. **PsycLIT.** Base de datos de la *American Psychology Association* (APA) que contiene citas y resúmenes de revistas, libros y capítulos de libros del campo de la Psicología y otras áreas relacionadas.
3. **Sociofile.** Base de datos que proporciona información de la literatura en el campo de la sociología y otras áreas relacionadas.
4. **INDID.** Base de datos especializada en el ámbito de las drogas y las drogodependencias, de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).
5. **CEDOC.** Base de datos especializada en el ámbito preventivo, del Sistema de Información Técnica sobre Prevención del Abuso de Drogas, IDEA-Prevención.
6. **CSAP.** Base de datos sobre modelos de buena práctica para la prevención del abuso de drogas derivados de la investigación internacional y ofrecidos por el *Center for Substance Abuse Prevention* a través de su web: www.open.org/~westcapt/bestprac.htm
7. **NCADI.** Base de datos del *National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information* sobre investigaciones y datos relevantes recientes en los campos de tratamiento y prevención del abuso de drogas: www.samhsa.gov/centers/clearinghouse/clearinghouses.html)

Para el análisis de las intervenciones dirigidas a menores y/o sus familias a fin de abordar el problema del consumo de drogas, bien sean de tipo preventivo o rehabilitador, que desarrollan las entidades de la RIOD, se ha desarrollado un estudio descriptivo utilizando para ello un formulario específicamente diseñado para este trabajo.

El instrumento para recoger la información sobre los programas desarrollados por las entidades integradas en la RIOD ha sido elaborado a partir del formulario utilizado en el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT), en el marco de un proyecto para sistematizar y obtener una visión global de la intervención sobre drogas en Europa: modelos utilizados en reducción de la demanda de drogas, contenidos y estructuración de los programas, indicadores de cobertura, así como información sobre indicadores y resultados de evaluación.

Tanto los ítems como las opciones de respuesta del formulario responden a los análisis realizados en el OEDT sobre los programas insertados en EDDRA. EDDRA es el sistema de información Europeo, creado por el OEDT en 1997, para recoger información detallada y actualizada sobre programas e intervenciones de reducción de la demanda de drogas en los países de la Unión Europea.

Nosotros hemos realizado una adaptación específica del instrumento del OEDT para los objetivos de este estudio. Se pensó que esta herramienta era adecuada para el estudio ya que, en el marco de Europa, también se están realizando estudios que permitan analizar la situación de los programas dirigidos a la prevención o tratamiento sobre drogas. Este estudio, al igual que los emprendidos desde el OEDT, supone un primer paso para observar las características básicas de las intervenciones de reducción de la demanda de drogas y para desarrollar indicadores útiles que permitan describir de manera comparable las estrategias sobre los problemas de drogas en la comunidad hispanohablante.

El presente estudio se planteó analizar las intervenciones con menores y sus familias realizadas por las entidades de la RIOD, en función de los siguientes elementos que estructuran las intervenciones de reducción de la demanda de drogas y que se reflejan en el conjunto de ítems del cuestionario utilizado para la recogida de la información (Anexo 1):

- **Contexto.** Se refiere al espacio físico o social donde se desarrolla el programa o intervención (escolar, familiar, comunitario, rehabilitación, ocio/tiempo libre, etc.)
- **Agentes de cambio** o personal mediador que participa en la intervención: profesores, maestros, profesionales, padres, otros familiares, etc.
- **Edad** de la población beneficiaria o diana a la que se dirige la intervención.
- **Justificación** de la intervención. Describe la situación inicial existente antes de poner en marcha la intervención. Proporciona evidencias sobre su necesidad y permite comprender los principios del programa. Se ha presentado un campo de texto abierto para que las entidades presenten en un máximo de 500 caracteres la información requerida.
- **Objetivo principal y secundario** de la intervención, proponiéndose una lista de objetivos frecuentes en las intervenciones dirigidas a menores de edad y a las familias, entre ellas: información y concienciación, promoción de la salud, desarrollo de habilidades personales o sociales, alternativas al consumo de drogas, tratamiento, etc.
- **Modelo teórico** que sustenta el programa. Se ofrece una lista de marcos de referencia posibles, de acuerdo a los recientes aportes de la investigación en este terreno, y de publicaciones en lengua española que han aproximado este tema a los técnicos y profesionales en este campo

(Becoña, 1999). Entre estos modelos están: Promoción de la Salud, Acción Razonada, Habilidades para la Vida, Influencia Social, etc.

- **Duración** del programa e intensidad del mismo, variables que tratan de valorar la exposición al programa por parte de la población diana.
- **Materiales** utilizados en cuanto a si son de nueva elaboración, o se utilizan materiales ya editados (originales): directamente o adaptados.
- **Actividades principales** del programa donde se ofrece un listado de las acciones que se suelen desarrollar en las intervenciones dirigidas a niños, adolescentes y jóvenes, así como a sus familias.
- **Nivel de concreción** del programa. Pretende conocer si se trata de una intervención que propone líneas generales y pautas de acción, dejando a criterio del mediador aspectos tales como tiempo de aplicación, materiales y actividades; o bien se trata de una intervención completamente estructurada y estandarizada en cuanto a sesiones, temas a tratar, edad a la que se dirige, etc.
- **Evaluación.** Se quiere conocer si la intervención ha sido sometida a alguno de los tipos de evaluación deseables para generar evidencia de eficacia en este ámbito.
- **Indicadores.** Identificación de variables que permiten valorar objetivamente si la intervención ha conseguido los objetivos que persigue. Se ha presentado un campo de texto abierto para que las entidades presenten la información en relación al ítem sobre objetivos.
- **Resultados.** Información sobre los resultados que se obtienen con la intervención, según el tipo de evaluación realizada. Se ha presentado un campo de texto abierto para que las entidades presenten la información requerida.
- **Cobertura**, o alcance en términos de personas a las que ha llegado el programa, tanto en población diana como en población mediadora.

La necesidad de estructurar el cuestionario en apartados cerrados es una práctica corriente en los estudios comparativos desarrollados desde el OEDT y desde la experiencia de IDEA-Prevención. Si bien, es cierto que esta metodología no permite reflejar la gran riqueza de matices y complejidad que tienen la mayoría de intervenciones analizadas en este estudio, es la única forma que existe actualmente para recoger datos estandarizados en un terreno tan complejo como es el de la intervención sobre drogas.

El estudio se ha desarrollado de acuerdo a las siguientes fases y cronograma (Tabla 1):

1. Revisión de la literatura
2. Diseño del cuestionario
3. Recogida y sistematización de datos
4. Análisis y tratamiento de la información
5. Elaboración de conclusiones
6. Edición y difusión

Tabla 1. Cronograma previsto y el real de desarrollo del estudio

	2001		2002						
	Nov	Dic	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Fase 1	x	x							
Fase 2		x	x						
Fase 3			x	x	x	X	x	x	
Fase 4					x	X	x	x	
Fase 5							x	x	x
Fase 6									x

Leyenda →

Calendario previsto	
---------------------	--

Calendario real	x
-----------------	---

La Secretaría Técnica de la RIOD se encargó de la distribución del cuestionario vía electrónica a las entidades de la red, así como de su recogida y volcado de información en la base de datos para el análisis, de los 37 programas que llegaron en la 2ª fecha límite prorrogada de recogida (31 de Abril 2002). Dado que el proceso de recogida de los cuestionarios se alargó fuera de la fecha tope prevista hasta la segunda quincena de Junio, ha sido necesario modificar las fechas de elaboración del informe y de su entrega, todo lo cual se refleja en la Tabla 1.

Los resultados obtenidos deben entenderse como una aproximación a las características de cada intervención, puesto que existen diversos factores que determinan la parcialidad en la recogida de información, tanto como consecuencia del instrumento utilizado, como por otros aspectos metodológicos: tiempo para desarrollar el estudio, problemas en las comunicaciones, barreras culturales, etc. Todo lo cual se comentará en la sección final del estudio.

4. Resultados

4.1. Estado del conocimiento actual sobre eficacia de las intervenciones a menores y familias.

Principios de prevención en niños, niñas y adolescentes

La investigación desarrolladas en los últimos 20 años ha permitido identificar los principales factores que sitúan a los niños y adolescentes en situación de riesgo o, por el contrario, los factores que los protegen del consumo de drogas. Se ha estudiado la eficacia de varios métodos de prevención, utilizando rigurosas técnicas de investigación y aplicando y verificando las diferentes modalidades de intervención en contextos reales. Hoy en día contamos, por tanto, con un cuerpo de principios básicos derivados de estas investigaciones que resultan fundamentales para prevenir con éxito el consumo de drogas en la adolescencia y la juventud (NIDA, 1997a).

Los **Principios de prevención** constituyen las bases para desarrollar programas de prevención eficaces. Si ya están en marcha medidas preventivas, los principios ayudan a incrementar su eficacia. Si no existen intervenciones y no se cuentan con modelos de buena práctica o prototipos de intervención validados, sirven para diseñar nuevos programas de prevención. Estos principios, propuestos por el NIDA, y disponibles en castellano en la traducción del Observatorio Vasco de Drogodependencias (NIDA, 1998), plantean que los programas de prevención **deben**:

- Diseñarse para fortalecer los factores de protección y reducir los factores de riesgo de los niños, niñas y adolescentes a los que va dirigido.
- Dirigirse a todas las formas de consumo, en especial a aquellas sustancias que son 'puerta de entrada' al problema de las drogodependencias (drogas legales).
- Incluir entrenamiento de habilidades para rechazar ofertas de consumo de drogas, consolidar el compromiso personal contra las mismas, mejorar la competencia social, y reforzar las actitudes contrarias al consumo de drogas.
- Incluir métodos interactivos, en especial si van dirigidos a adolescentes, como por ejemplo, grupos de debate entre compañeros y compañeras, evitando el uso exclusivo de técnicas de enseñanza tradicional.

- Involucrar a los padres para que estos refuercen las intervenciones que se realizan en el marco escolar y establezcan una discusión abierta sobre este tema en casa.
- Diseñarse a largo plazo, o lo que es lo mismo, continuar en el tiempo: a lo largo de los cursos escolares y adaptados al nivel de desarrollo de los destinatarios. Concretamente, las medidas preventivas desarrolladas en la etapa de educación primaria deben ser reforzadas por medio de sesiones de afianzamiento o 'recuerdo' que ayuden en la transición de la etapa primaria a la secundaria.
- Dirigirse a la familia en su conjunto, siempre que sea posible, ya que este tipo de intervenciones tiene más impacto que las que se dirigen sólo a padres o sólo a hijos.
- Incluir acciones paralelas y coordinadas a varios niveles en la comunidad: campañas en los medios de comunicación, cambios de normas o reglamentaciones e intervenciones en escuela y familia.
- Reforzar la normativa contra el consumo de drogas en todos los ámbitos de prevención y, en particular, en la familia, la escuela y la comunidad.
- Utilizar los centros escolares como base de las intervenciones con múltiples componentes, ya que son espacios idóneos para alcanzar distintos estratos de población y potenciales riesgos, tales como dificultades de aprendizaje, problemas de conducta o fracaso escolar.
- Adaptarse a las necesidades específicas de cada localidad; es decir, deben tomarse medidas para conocer la naturaleza específica que presente el problema de drogas en la comunidad y sus problemas asociados.
- Ajustarse al nivel de riesgo de la población destinataria en la línea de a mayor riesgo de consumo, más intensidad de intervención. Por ello, es conveniente tener un 'diagnóstico' de los niveles de riesgo del contexto donde se va a intervenir y ejecutar intervenciones poco intensas cuando no hay un riesgo definido (intervenciones universales).
- Ser sensibles a aspectos específicos de cada grupo de edad, etapa de desarrollo y factores culturales. Para ello, deben hacerse las adaptaciones necesarias en caso de aplicarse intervenciones procedentes de otros contextos.

Según la investigación, los programas eficaces resultan económicamente rentables. Las cantidades invertidas en prevención del consumo de drogas permiten ahorrar entre cuatro y cinco veces más en las inversiones destinadas a tratamiento y asesoramiento.

Evidencia sobre la eficacia de la intervención familiar

Las intervenciones que afectan positivamente el ambiente familiar se han mostrado eficaces para prevenir o restringir el consumo de drogas entre los adolescentes y jóvenes. Las intervenciones familiares dirigidas a desarrollar el conocimiento y habilidades de los padres pueden ayudarles a guiar adecuadamente a sus hijos y a manejar los problemas de forma competente. Una estrecha relación padres-hijos y un clima familiar positivo actúan como factores de protección para los jóvenes y amortigua los efectos perniciosos de la influencia de los pares.

La investigación señala los siguientes **principios** para poner en marcha intervenciones familiares eficaces que permitan fortalecer a las familias en su función preventiva (CPR&DIP, 2000):

- Incluir en el diseño actuaciones que permitan influir en los factores de riesgo y protección referidos específicamente al ámbito familiar.
- Prestar atención a los factores de captación de familias y a la retención en la intervención. El diseño de estas intervenciones, sobre todo si las familias pertenecen a grupos de riesgo, debe desarrollarse de forma atractiva para que garantice la participación. Se deben incluir estrategias que permitan mantener a las familias hasta el final de la intervención. La investigación al respecto ha mostrado técnicas de 'enganche' eficaces (Bry et al. 1998). Entre otros, conviene facilitar ayuda para el transporte, el cuidado de los niños pequeños, proporcionar pequeños refrigerios y otros servicios de apoyo que animen a los padres a participar.
- Contemplar en la planificación y ejecución de las intervenciones los aspectos referidos al ámbito cultural de los participantes. Ello contribuirá a responder a las necesidades específicas de las familias y las actividades serán relevantes y oportunas para ellas. Con este fin, es necesario una buena evaluación de las familias, sus problemas y necesidades, antes de la intervención.
- Presentar las intervenciones de forma que sean fácilmente comprensibles para el nivel educativo y cultural de las familias participantes. Especial atención hay que prestar al material impreso que se distribuya como apoyo de las intervenciones, que tiene que estar adaptado a su nivel de comprensión lectora y conceptual.
- Incluir entre los componentes del programa, uno referido a la educación sobre drogas, a fin de que los padres estén informados sobre los conceptos fundamentales del abuso de sustancias, las conductas relacionadas y sus consecuencias.

- Dirigir las intervenciones a aquellas familias que están en su ciclo vital inicial, cuando se trabaje con un enfoque preventivo universal. Es decir, a familias con hijos pequeños con el fin de prevenir las conductas negativas y los problemas familiares.
- Ajustar los contenidos y actividades de la intervención al nivel de desarrollo evolutivo de los hijos de los padres participantes. Las habilidades que se entrenen tienen que ser adecuadas a la edad, nivel intelectual y emocional de los niños.
- Planificar la intervención familiar para que sea una actividad continuada o, al menos, que dure el tiempo suficientemente que permita la aparición de los cambios deseados. Las intervenciones familiares deben proporcionar suficiente tiempo y oportunidades para que los participantes practiquen las nuevas habilidades y reciban feedback de los que ejecutan la intervención. Deben ofrecerse sesiones de refuerzo una vez completado un entrenamiento de padres, para asegurar el mantenimiento de los logros.
- Utilizar campañas en los medios de comunicación para informar a los padres sobre los estilos educativos más adecuados y animar a que éstos supervisen y controlen a los hijos adolescentes, es un buen complemento para fortalecer el trabajo en grupos con los padres.
- Derivar a las familias que presentan necesidades específicas a los servicios y recursos adecuados en la comunidad. Para ello, es fundamental una buena evaluación inicial de las familias que van a participar de la intervención y un adecuado conocimiento de los recursos de la comunidad.
- Proporcionar intervenciones con una intensidad suficiente para las familias sometidas a factores de riesgo para el consumo de drogas. Estas familias necesitan tiempo y apoyo antes de ser capaces de producir los cambios necesarios que permitan la prevención del consumo de drogas en sus hijos. La investigación indica que intervenciones de menos de 10 horas son poco efectivas. Se ha estimado que con familias de riesgo, al menos entre 30 y 40 horas de intervención serían necesarias para lograr cambios positivos y duraderos (Kumpfer, De Marsh, 1985; Kazdin, 1987)

Incorporar estos principios en las intervenciones dirigidas a las familias ya en marcha, o en los nuevos programas por desarrollar, ayudará a crear intervenciones familiares efectivas y exitosas.

Principios para la rehabilitación de la adicción a drogas

La investigación disponible ha centrado su esfuerzo en identificar los requerimientos de eficacia del proceso terapéutico general de la drogadicción. No

encontramos recomendaciones específicas para el abordaje terapéutico dirigido a menores, si bien, siempre se recomienda la participación de la familia y la red de apoyo social en el proceso de tratamiento indicado para cada caso particular. A continuación presentamos los **principios** propuestos por el NIDA (1999) que, de forma general, pueden ser un referente en el trabajo terapéutico con adolescentes:

- No existe una única modalidad de tratamiento que sirva para todos los sujetos con dependencia a drogas. Ajustar el tipo de intervención y servicio asistencia a cada situación particular es crucial para el éxito de la intervención terapéutica.
- Los programas asistenciales deben estar disponibles para cuando el sujeto con dependencia requiera la atención. Las listas de espera y los complejos procesos de entrada a los dispositivos dificultan el comienzo del proceso de rehabilitación individual.
- El tratamiento sobre drogas, para que sea eficaz, debe ocuparse de las distintas necesidades del sujeto y no sólo del problema de consumo de sustancias drogas.
- El plan de tratamiento y las necesidades del sujeto en tratamiento deben ser evaluadas constantemente y realizarse los cambios necesarios para ajustarse a sus progresos. Un sujeto en tratamiento puede precisar la combinación de varios dispositivos y componentes terapéuticos durante el largo proceso de recuperación. En diferentes momentos puede requerir medicación, otros servicios médicos, terapia familiar, orientación vocacional, ayuda legal, etc. Es fundamental que el programa de rehabilitación para tener éxito se ajuste a su edad, género, y grupo cultural.
- Se hace necesario prestar atención específica a la retención en el programa ya que la permanencia el tiempo suficiente es crítico para que se produzcan los efectos esperados. Dado que en este ámbito son frecuentes los abandonos, el dispositivo asistencial tiene que incorporar estrategias para optimizar la retención de los usuarios. La duración adecuada para cada caso depende de las necesidades y problemáticas individuales pero, en general, la investigación indica que el tiempo necesario para empezar a producir cambios significativos ronda los 3 meses de tratamiento intensivo.
- La psicoterapia tanto grupal como individual, en forma de asesoramiento (*counseling*) y terapia de conducta, es un componente fundamental para la eficacia del tratamiento. Con ello los adictos trabajan aspectos relacionados con la motivación para mantenerse abstinentes, desarrollan habilidades para resistir la tentación de consumo de drogas, sustituyen las actividades cotidianas relacionadas con las drogas por otras más constructivas y adaptadas, mejoran la comunicación y relación interpersonal y, con ello, el funcionamiento social y familiar.

- La medicación es un componente importante para algunos adictos en tratamiento, especialmente si se combina con el abordaje psicoterapéutico.
- Los adictos que presentan problemas mentales asociados deben recibir tratamiento por los ambos tipos de trastornos de forma integrada y coherente.
- La desintoxicación física es sólo una primera fase del proceso de recuperación de la adicción. Por sí sola no se producen los cambios necesarios en las personas que han consumido drogas de forma crónica.
- No es necesario que el tratamiento de la drogodependencia sea voluntario para que sea eficaz. La motivación para recibir atención ayuda bastante al proceso de recuperación. Sin embargo, la presión familiar, laboral o legal aumenta significativamente la retención y la finalización de un programa de tratamiento.
- Se debe controlar el posible consumo de drogas durante el proceso de recuperación por medio de pruebas objetivas como el análisis de sustancias en orina. Este procedimiento ayuda al sujeto en tratamiento a contener su ansia de consumo, así como a realizar ajustes en el plan de tratamiento, si esto fuera necesario. Informar al sujeto de los resultados de este control de consumo de drogas es una parte importante de este procedimiento.
- El programa de tratamiento debe incluir valoración y asesoramiento sobre el HIV/SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis, y otras enfermedades infecciosas. El asesoramiento tiene como finalidad que el sujeto en tratamiento evite las conductas de riesgo para su salud y la de terceras personas.
- La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente, requiere múltiples episodios de tratamiento. Como sucede con otras enfermedades crónicas, la recaída puede ocurrir durante y después de un episodio de tratamiento. El drogadicto puede precisar varios episodios terapéuticos hasta conseguir una abstinencia de drogas prolongada y un funcionamiento normalizado. La participación en grupos de auto-ayuda, durante y después del tratamiento, puede ayudar al mantenimiento de la abstinencia.

4.2. Perfil de los programas desarrollados por las entidades de la RIOD

Comenzamos la presentación de los resultados de esta parte de estudio, analizando la **participación de las entidades** de la RIOD invitadas a facilitar datos. Según se presenta en la Tabla 2, más de la mitad de las entidades pertenecientes a la RIOD (61%) respondieron a la petición de datos sobre intervenciones dirigidas a menores y sus familias, siendo la participación por Nodos superior al 50% en todos los casos. El 49% de las entidades de la RIOD, aportaron finalmente datos válidos sobre este tipo de intervenciones, dado que ha habido organizaciones que manifestaron no realizar actividades con menores y/o sus familias. Concretamente, 5 ONGs han indicado este punto, la mayoría en España (Anexo 2).

De las 30 organizaciones que aportaron datos válidos para el estudio, se ha recogido información sobre 44 programas o intervenciones dirigidas a menores y sus familias, al existir entidades que han facilitado información de varios programas. Concretamente, las 2 entidades de Colombia que han participado en el estudio han presentado 8 programas. También, en el Nudo Andino, una entidad de Perú ha facilitado datos de 2 programas, aunque utilizando un solo formulario. En el Nudo Sur una entidad de Uruguay ha aportado 3 programas, otra de Argentina ha presentado 2 programas y una entidad Boliviana facilitó datos de 3 programas. Finalmente, una entidad de España ha facilitado datos de 3 de sus programas dirigidos a menores y sus familias. Un listado completo de las distintas ONGs de la RIOD que han participado en el estudio se puede encontrar en el Anexo 2.

Tabla 2. Respuesta de las ONGs de la RIOD y cuestionarios válidos recopilados

	Nº ONGs de la RIOD	Nº ONGs que responden al estudio	Nº ONGs que aportan datos válidos	Nº cuestionarios válidos
Nodo Sur	25	14	13	18
Argentina	7	5	5	6
Bolivia	5	3	2	4
Brasil	2	2	2	2
Chile	4	2	2	2
Paraguay	4	1	1	1
Uruguay	3	1	1	3
Nodo Andino	11	6	5	12
Colombia	6	2	2	8
Ecuador	1	1	1	1
Perú	2	1	1	2
Venezuela	2	2	1	1
Nodo Centroamérica y Caribe	12	8	7	7
Costa Rica	1	1	1	1
El Salvador	1	1	1	1
Guatemala	3	1	1	1
México	2	1	1	1
Nicaragua	2	1	1	1
Panamá	1	1	1	1
República Dominicana	2	2	1	1

	Nº ONGs de la RIOD	Nº ONGs que responden al estudio	Nº ONGs que aportan datos válidos	Nº cuestionarios válidos
Nodo España				
España	13	9	5	7
TOTALES	61	37 (61%)	30 (49%)	44

Con respecto al **contexto de aplicación** de los programas recogidos, vemos en la Tabla 3 que, de los contextos propuestos, son los centros de tratamiento y rehabilitación (34%), los centros de tipo comunitario (32%) y la escuela primaria (32%), los que aglutinan la mayoría de las intervenciones dirigidas a menores de edad y sus familias. Sin embargo, juntando todos los contextos que se refieren al ámbito escolar (educación infantil, primaria y secundaria) observamos que más de la mitad (60%) de las intervenciones se realizan desde este ámbito

Las intervenciones realizadas desde el hogar familiar no son muy frecuentes; sin embargo, se ha explorado la participación de los padres en las intervenciones realizadas desde el ámbito escolar y obtenemos que la mayoría de ellas implican a los padres, en especial en las intervenciones desde la escuela infantil (100%) y las de la escuela primaria (85%).

Tabla 3. Contexto donde se aplican los programas dirigidos a menores y/o sus familias en las organizaciones de la RIOD

Tipo de contexto de intervención	N	%	Participación de los padres	%
Guardería o escuela infantil	2	4,5	2	100
Escuela primaria	14	32	12	86
Escuela secundaria	10	23	6	60
Hogar familiar	3	7	NA	-
Lugares de ocio o tiempo libre	8	18	NA	-
Centro comunitarios de barrio o calle	14	32	NA	-
Centro de tratamiento o rehabilitación	15	34	NA	-
Otros	8	18	NA	-

NA → no aplicable

Algunas entidades marcaron otros contextos desde los que realizan las intervenciones, no propuestos en el instrumento de recogida de la información, entre ellas destacan los siguientes:

- centro de protección de menores, acogida
- medio institucional
- organizaciones sociales
- unidad móvil (ómnibus)

Otra forma de considerar los programas analizados es a través de 3 modalidades generales de intervención sobre drogas, a saber (Figura 1): la **rehabilitación o asistencia**, bien sea éste de tipo residencial o no (n = 17, 39%); **intervenciones de carácter educativo**, bien sean éstas en el contexto escolar o fuera de ella (n = 19, 43%); y, finalmente, **intervenciones de tipo comunitario** entendidas como actividades realizadas en el entorno de la comunidad que estimula la participación de los representantes comunitarios o instituciones (organizaciones juveniles, de barrio, asociaciones, etc.) a fin de producir cambios en el entorno inmediato de las personas y facilitar la participación activa (n = 8, 18%).

Observamos (Tabla 4) que las 3 modalidades de intervención están representadas en las entidades del Nodo Sur. En el Nodo Andino se han recogido más intervenciones de tipo rehabilitador, mientras que en el Nodo de Centroamérica y Caribe se presentan sobre todo intervenciones del ámbito educativo y comunitario. En las entidades del Nodo España se han recogido intervenciones de tipo educativo y rehabilitador.

Figura 1. Programas dirigidos a menores y/o sus familias de las organizaciones de la RIOD según modalidad de intervención

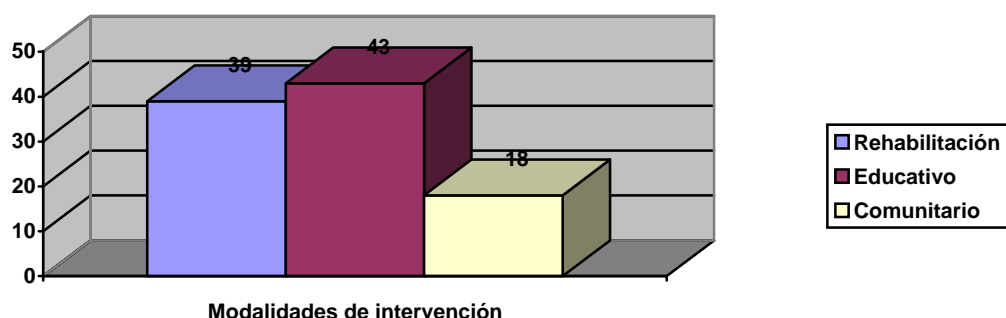





Tabla 4. Programas dirigidos a menores y/o sus familias de las organizaciones de la RIOD según modalidad de intervención por Nodos

Nodo Sur	Nodo Andino	Nodo Centroamérica y Caribe	Nodo España
F. Convivir 'Estilos vida saludable'	F.H.Claret 'Programa Ambulatorio'	F. Vida y Sociedad 'La Aventura de la Vida'	A. Proyecto Hombre 'Entre Todos'
F. Anuy 'Los niños y las drogas'	F.H.Claret 'Hogar Claret Renacer-Juvenil Femenino'	Fundasalva 'Prevención Integral a través del SNS, 2º fase -Pro Joven'	Edex 'Adolescentes y Drogas'
A. Proyecto Cambio 'C.D. Adolescentes'	F.H.Claret 'Programa Juvenil La Libertad'	El Caracol Ac 'Padres y Amigos'	Arco Iris 'C.T. Menores Inmigrantes Paco Natera'
A. Proyecto Cambio 'Programa Ambulatorio Adolescentes'	F.H.Claret 'Centro de Acogida al Menor'	F. Sinergia 'Prevención Comunitaria U. Nueva Vida de Ciudad Sandino'	Arco Iris 'C.T. Menores Prado de Santa María (femenino)'
F. Aylen 'Programa para Menores'	F.H.Claret 'Hogar Claret La Alegría'	Cruz Blanca Panameña 'Programa de Prevención Infantil'	Arco Iris 'C.T. Menores Vado de los Bueyes (masculino)'
F. Proyecto Cambio 'Tratamiento ambulatorio de la drogadicción'	Corporación Caminos 'Programa de tratamiento'	Casa Abierta 'La Aventura de la Vida'	Deporte y Vida 'Deporte y Vida, prevención a través de actividades deportivas'
CESE 'Sembrando y Crecer Juntos'	Corporación Caminos 'Programa de Protección'	Fundación Remar Guatemala. Rehabilitación y reinserción de marginados	Socidrogalcohol 'Programa Alfíl'
F. Seamos 'Ed. Salud niños y niñas de Bolivia La Aventura de la Vida'	Corporación Caminos 'Libertad Asistida'		
F. Seamos 'Seamos Jóvenes y Seamos Familia'	F. Ayuda 'La Aventura de la Vida'		
F. Seamos 'Ordago - El desafío de vivir sin drogas'	Cedro 'Niños, niñas y adolescentes de la calle'		
Desafío Jovem de Brasilia 'Rehabilitación Social'	Cedro 'Niños, niñas y adolescentes que viven en estado de abandono o semi en zonas de producción de hoja de coca'		
APOT. 'Tratamiento para dependientes químicos y alcoholistas'	Prevención Alternativa 'Habilidades para la vida'		

Nodo Sur	Nodo Andino	Nodo Centroamérica y Caribe	Nodo España
Corporación Ancora 'Jóvenes en Movimiento'			
La Caleta 'Niños y niñas adolescentes y jóvenes Protagonistas en la población de La Legua'			
Prever 'Prevención y tratamiento en Centros Atención a niños y adolescentes en Situación Riesgo'			
El Abrojo 'La Aventura de la Vida Montevideo y área metropolitana'			
El Abrojo 'Programa Alteraciones – Proyecto Barrilete en Red – Ciudad de la Costa Pinar Norte'			
El Abrojo 'Barriete Comunidad. Casavalle. Montevideo'			
	6 7 5	7 5 0	1 3 3
			3 4 0

Leyenda:

-  Programas de tratamiento o rehabilitación que pueden ser residenciales o no
-  Programas de tipo educativo, bien sea formal (escolares) o no formal (extraescolares, desde la calle...)
-  Programas de tipo comunitario que incluyen intervenciones desde los grupos sociales no formales (barrios, comunidades...)

Utilizando los criterios de clasificación de Gordon (1983) que considera 3 tipos de intervenciones: **universal, selectiva e indicada**, según el riesgo soportado por la población destinataria (Figura 2), tenemos 16 programas (36%) de tipo universal, es decir, dirigidos a un grupo amplio de población que no soporta ningún riesgo específico; 12 programas de tipo selectivo (27%), es decir, dirigidos a segmentos de población concreto que se hallan sometidos a factores de riesgo, generalmente del entorno, capaces de generar problemas relacionados con las drogas; por últimos, hay 16 programas de tipo indicado (36%) que son aquellos dirigidos a personas que ya están mostrando indicios de consumo de drogas o que son consumidores de drogas, además de otros problemas de conducta asociados. Observamos (Tabla 5) que las intervenciones de tipo universal e indicadas son mayoría entre las entidades del nodo Sur de la RIOD, mientras que los programas indicados son mayoría en las entidades ubicadas en el Nodo Andino de la RIOD. El Nodo de Centroamérica y Caribe muestra más intervenciones de tipo universal. Entre las entidades del Nodo España no destaca ningún tipo de intervención sobre otra.

Figura 2. Programas dirigidos a menores y/o sus familias de las organizaciones de la RIOD según modalidad de intervención (Gordon, 1983)

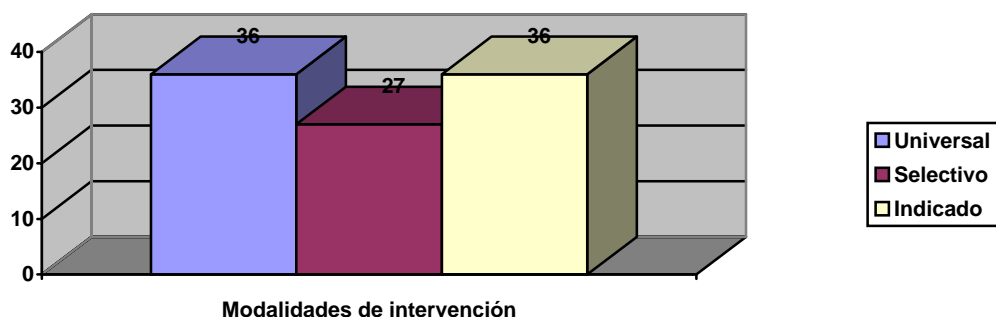


Tabla 5. Programas dirigidos a menores y/o sus familias de las organizaciones de la RIOD según modalidad de intervención relacionada con los riesgos de consumo de drogas por Nodos

Nodo Sur	Nodo Andino	Nodo Centroamérica y Caribe	Nodo España
F. Convivir 'Estilos vida saludable'	F.H.Claret 'Programa Ambulatorio'	F. Vida y Sociedad 'La Aventura de la Vida'	A. Proyecto Hombre 'Entre Todos'
F. Anuy 'Los niños y las drogas'	F.H.Claret 'Hogar Claret Renacer-Juvenil Femenino'	Fundasalva 'Prevención Integral a través del SNS, 2ª fase -Pro Joven'	Edex 'Adolescentes y Drogas'
A. Proyecto Cambio 'C.D. Adolescentes'	F.H.Claret 'Programa Juvenil La Libertad'	El Caracol Ac 'Padres y Amigos'	Arco Iris 'C.T. Menores Inmigrantes Paco Natera'
A. Proyecto Cambio 'Programa Ambulatorio Adolescentes'	F.H.Claret 'Centro de Acogida al Menor'	F. Sinergia 'Prevención Comunitaria U. Nueva Vida de Ciudad Sandino'	Arco Iris 'C.T. Menores Prado de Santa María (femenino)'
F. Aylen 'Programa para Menores'	F.H.Claret 'Hogar Claret La Alegría'	Cruz Blanca Panameña 'Programa de Prevención Infantil'	Arco Iris 'C.T. Menores Vado de los Bueyes (masculino)'
F. Proyecto Cambio 'Tratamiento ambulatorio de la drogadicción'	Corporación Caminos 'Programa de tratamiento'	Casa Abierta 'La Aventura de la Vida'	Deporte y Vida 'Deporte y Vida, prevención a través de actividades deportivas'
CESE 'Sembrando y Crecer Juntos'	Corporación Caminos 'Programa de Protección'	Fundación Remar Guatemala. Rehabilitación y reinserción de marginados	Socidrogalcohol 'Programa Alfil'
F. Seamos 'Ed. Salud niños y niñas de Bolivia La Aventura de la Vida'	Corporación Caminos 'Libertad Asistida'		
F. Seamos 'Seamos Jóvenes y Seamos Familia'	F. Ayuda 'La Aventura de la Vida'		
F. Seamos 'Ordago - El desafío de vivir sin drogas'	Cedro 'Niños, niñas y adolescentes de la calle'		
Desafío Jovem de Brasilia 'Rehabilitación Social'	Cedro 'Niños, niñas y adolescentes que viven en estado de abandono o semi en zonas de producción de hoja de coca'		
APOT. 'Tratamiento para dependientes químicos y alcoholistas'	Prevención Alternativa 'Habilidades para la vida'		
Corporación Ancora 'Jóvenes en Movimiento'			
La Caleta 'Niños y niñas adolescentes y jóvenes Protagonistas en la población de La Legua'			
Prever 'Prevención y tratamiento en Centros Atención a niños y adolescentes en Situación Riesgo'			
El Abrojo 'La Aventura de la Vida Montevideo y área metropolitana'			

Nodo Sur	Nodo Andino	Nodo Centroamérica y Caribe	Nodo España
El Abrojo 'Programa Alteraciones – Proyecto Barrilete en Red – Ciudad de la Costa Pinar Norte'			
El Abrojo 'Barriete Comunidad. Casavalle. Montevideo'			

Leyenda

Programas Universales Programas Selectivos Programas Indicados

Con respecto al **Personal mediador**, en casi la totalidad de los 44 programas recogidos para el estudio intervienen profesionales o técnicos cualificados (93%) para el desarrollo del programa; igualmente, en 4 de cada 5 intervenciones recogidas interviene personal relacionado con lo educativo, bien sea referido a la educación formal o informal y los padres participan en más de la mitad de los programas recogidos (Tabla 6).

Tabla 6. Personas que intervienen como mediadores en la intervención dirigida a menores y/o sus familias en las organizaciones de la RIOD

Agentes de cambio del programa	N	%
Profesores, maestros y educadores	37	84
Profesionales o técnico	41	93
Padres o tutores	30	68
Otros familiares	16	36
Otros: juntas vecinales o escolares, voluntarios, jóvenes y policías comunitarios	8	18

La **Edad** de los menores atendidos en los distintos programas de las entidades de la RIOD participantes en el estudio ha sido recogido en forma de rango. Si bien la menor edad presentada ha sido 2 años en uno de los programas de Chile y 0 años en el programa de Guatemala, la mayoría de las intervenciones se ocupan de niños a partir de los 6 años. El 60% de las intervenciones dirigen sus programas a niños antes de los 11 años, es decir antes del establecimiento de la adolescencia (Tabla 7.1). Por su parte, en el 54% de las intervenciones el tope de edad para recibir atención está entre los 17 y 18 años (Tabla 7.2). En 6 programas encontramos que se ofrece atención a población que supera los 19 años.

Tabla 7.1. Edad mínima de los menores a los que se dirigen las intervenciones

	N	%
Hasta 5 años	2	5
De 6 a 8 años	14	32
De 9 a 11 años	10	23
De 12 a 15 años	16	36
N.C.	2	5

Tabla 7.2. Edad máxima de los menores a los que se dirigen las intervenciones

	N	%
De 11 a 13 años	7	16
De 14 a 16 años	5	11
De 17 a 18 años	24	54
Más de 19 años	6	14
N.C.	2	4

En el apartado de **Justificación** - ítem 4 del formulario - se pretendía recoger la posible valoración de necesidades o identificación de la situación previa a la intervención que permitiera entender cuáles son las necesidades que dieron pie a la misma. Al analizar esta ítem, de contenido abierto, encontramos que casi siempre se describen las situaciones de forma muy general, con escasa o ninguna referencia a las necesidades concretas de la población destinataria, generalmente por falta de datos directos de los grupos donde se ha de intervenir. En 15 cuestionarios (34%) se hace referencia explícita a las circunstancias más específicas de la población destinataria de la intervención y su contexto.

Para explorar los **Objetivos** que pretenden conseguir las intervenciones dirigidas a menores de edad y sus familias de las entidades de la RIOD se ha preguntado, de una lista de 8 opciones, cuál es el objetivo principal y el objetivo secundario más importante. De las respuestas obtenidas, observamos (Tabla 8) que el 41% de los programas explorados tienen como finalidad desarrollar habilidades personales y/o sociales entre los destinatarios de la intervención. En el 30% de las intervenciones este es el principal objetivo secundario. En segundo término, como objetivo principal más destacado está promocionar la salud (27%). Con respecto a los objetivos secundarios más importantes, en segundo lugar se señala dar información o generar conciencia (18%) a los menores y/o sus familias sobre el tema de las drogas.

Tabla 8. Objetivos que persiguen las intervenciones dirigidas a menores y/o sus familias en las organizaciones de la RIOD

	Objetivo principal	%	Objetivo secundario	%
Alternativas al consumo de drogas	5	11	4	9
Desarrollar habilidades personales y/o sociales	18	41	13	30
Información o concienciación	2	5	8	18
Medidas estructurales o normativas	0	0	1	2
Modificar la conducta de consumo de drogas	5	11	3	7
Participación de la comunidad	4	9	3	7
Promoción de la salud	12	27	4	9
Tratamiento de la dependencia a drogas o trastornos de conducta	10	23	3	7
Otros: reducir daños, desarrollo cognitivo y afectivo; crear espacios de participación y desarrollo; cambiar estilos de vida; desarrollo integral....	2	5	7	16

Con respecto a los **Modelos teóricos** que sustentan las intervenciones desarrolladas por las entidades de la RIOD que participaron en el estudio, observamos en la Tabla 9 que existen modelos explicativos del problema de la adicción que han mostrado su eficacia en las intervenciones sobre drogas que no son utilizados por las ONGs del estudio, entre ellos, el modelo de Jessor y Jessor sobre la conducta problema y el modelo evolutivo representado por autores como Kandel y DiClemente. Alrededor de 1 de cada 3 intervenciones analizadas se sustentan en un marco de referencia propio y 1 de cada 5 en el modelo de habilidades para la vida representado por Botvin.

Tabla 9. Modelos teóricos que inspiran las intervenciones dirigidas a menores y/o sus familias en las organizaciones de la RIOD

	N	%
Ambiental-ecológico	2	5
Actitudes Acción Razonada (Fishbein-Ajzen)	1	2
Conducta problema /riesgo (Jessor)	0	0
Conocimiento de drogas (cognitivo)	0	0

	N	%
Desarrollo social (Catalano, Hawkins)	1	2
Habilidades para la vida (Botvin)	10	23
Influencia de iguales, imitación	0	0
Marco de referencia propio	14	32
Influencia social (Bandura)	1	2
Influencia triádica (Flay-Petraitis)	0	0
Modelo evolutivo (Kandel, DiClemente)	0	0
Promoción de la salud (OMS)	6	14
Reducción de daños	3	7
Sistémico y cognitivo conductual	4	9
Comunidad Terapéutica	5	11
Integra varios modelos (sin especificar)	3	7
Otros	2	5

Los ítems 7 a y b del cuestionario pretendían medir la **Duración de las intervenciones** recogidas en el estudio, que es un indicador de la exposición al programa. Por el tipo de respuestas obtenidas pensamos que el ítem no debía de estar bien planteado, dado que parecen estar mezcladas respuestas relativas a la duración de la intervención referida al sujeto, junto con respuestas relativas a la antigüedad del programa. Es por ello que, en la tabla 10, presentamos los datos ‘crudos’ obtenidos de las organizaciones agrupadas por Nodos geográficos. Tentativamente, parece existir una tendencia a que los programas que tienen un carácter rehabilitador proporcionan datos sobre el tiempo que dura el programa para el beneficiario, mientras que las intervenciones de carácter preventivo, tanto en el ámbito escolar como comunitario, nos están informando del tiempo que lleva la entidad ejecutando la intervención.

Tabla 10. Duración en meses de las intervenciones dirigidas a menores y/o sus familias en las organizaciones de la RIOD

Nodo Sur	n	Nodo Andino	n	Nodo Centroamérica y Caribe	n	Nodo España	N
F. Convivir ‘Estilos vida saludable’	8	F.H.Claret ‘Programa Ambulatorio’	6	F. Vida y Sociedad ‘La Aventura de la Vida’	36	A. Proyecto Hombre ‘Entre Todos’	24
F. Anuy ‘Los niños y las drogas’	84	F.H.Claret ‘Hogar Claret Renacer-Juvenil Femenino’	22	Fundasalva ‘Prevención Integral a través del SNS, 2º fase - Pro Joven’	24	Edex ‘Adolescentes y Drogas’	6
A. Proyecto Cambio ‘C.D. Adolescentes’	10	F.H.Claret ‘Programa Juvenil La Libertad’	8	El Caracol Ac ‘Padres y Amigos’	36	Arco Iris ‘C.T.Menores Inmigrantes Paco Natera’	9
A. Proyecto Cambio ‘Programa Ambulatorio Adolescentes’	12	F.H.Claret ‘Centro de Acogida al Menor’	6	F. Sinergia ‘Prevención Comunitaria U. Nueva Vida de Ciudad Sandino’	NC	Arco Iris ‘C.T.Menores Prado de Santa María (femenino)’	9
F. Aylen ‘Programa para Menores’	18	F.H.Claret ‘Hogar Claret La Alegría’	24	Cruz Blanca Panameña ‘Programa de Prevención Infantil’	36	Arco Iris ‘C.T.Menores Vado de los Bueyes (masculino)’	9
F. Proyecto Cambio ‘Tratamiento ambulatorio de la drogadicción’	18	Corporación Caminos ‘Programa de tratamiento’	5	Casa Abierta ‘La Aventura de la Vida’	36	Deporte y Vida ‘Deporte y Vida, prevención a través de actividades deportivas’	6
CESE ‘Sembrando y Crecer Juntos’	38	Corporación Caminos ‘Programa de Protección’	5	Fundación Remar Guatemala. Rehabilitación y reinserción de marginados	indefinido	Socidrogalcohol ‘Programa Alfil’	2,5
F. Seamos ‘Ed. Salud niños y niñas de Bolivia La Aventura de la Vida’	18	Corporación Caminos ‘Libertad Asistida’	4				

Nodo Sur	n	Nodo Andino	n	Nodo Centroamérica y Caribe	n	Nodo España	N
F. Seamos 'Seamos Jóvenes y Seamos Familia'	36	F. Ayuda 'La Aventura de la Vida'	12				
F. Seamos 'Ordago - El desafío de vivir sin drogas'	48	Cedro 'Niños, niñas y adolescentes de la calle'	148				
Desafío Jovem de Brasília 'Rehabilitación Social'	9	Cedro 'Niños, niñas y adolescentes que viven en estado de abandono o semi en zonas de producción de hoja de coca'	28				
APOT. 'Tratamiento para dependientes químicos y alcoholistas'	6	Prevención Alternativa 'Habilidades para la vida'	36				
Corporación Ancora 'Jóvenes en Movimiento'	12						
La Caleta 'Niños y niñas adolescentes y jóvenes Protagonistas en la población de La Legua'	51						
Prever 'Prevención y tratamiento en Centros Atención a niños y adolescentes en Situación Riesgo'	7						
El Abrojo 'La Aventura de la Vida Montevideo y área metropolitana'	11						
El Abrojo 'Programa Alteraciones - Proyecto Barrilete en Red - Ciudad de la Costa Pinar Norte'	12						
El Abrojo 'Barriete Comunidad. Casavalle. Montevideo'	24						

Leyenda:

- Programas de tratamiento o rehabilitación que pueden ser residenciales o no
- Programas de tipo comunitario que incluyen intervenciones desde los grupos sociales no formales (barrios, comunidades...)
- Programas de tipo educativo, bien sea formal (escolares) o no formal (extraescolares, desde la calle...)

De forma general, el análisis por Nodos (Tabla 11) parece indicar que los programas de carácter rehabilitador tienen una duración de alrededor de un año. Los programas de tipo educativo suelen durar entre uno y cuatro años. Las intervenciones de carácter comunitario tienen una duración media de más de dos años.

Tabla 11. Duración media en meses de las intervenciones dirigidas a menores y/o sus familias en las organizaciones de la RIOD por tipo de intervención y por Nodo

	Nodo Sur	Nodo Andino	Nodo Centroamérica y Caribe	Nodo España
Programas rehabilitadores	12	11	-	9
Programas educativos	31	45	36	10
Programas comunitarios	26	-	30	-

Se ha explorado el **Tipo de materiales** utilizados en el marco de los programas recogidos en el estudio. Según se refleja en la Tabla 12, prácticamente todas las

intervenciones utilizan materiales, la mitad de ellas usan los materiales editados originales del programa y el resto utiliza materiales adaptados del original o desarrollados específicamente para la aplicación.

Tabla 12. Materiales utilizados por los programas dirigidos a menores y/o sus familias en las organizaciones de la RIOD

	N	%
Materiales originales del programa	22	50
Materiales desarrollados para la aplicación	12	27
Materiales adaptados del original	12	27
No se ha utilizado material específico	3	7
N.C.	1	2

N.C → No contesta

La actividad principal de los programas analizados se refieren a información o educación (30%) y tratamiento integral del problema del consumo de drogas (30%). Le sigue en orden de frecuencia las actividades de entrenamiento en habilidades (27%) (Tabla 13).

Tabla 13. Actividad principal que se realiza en el marco de las intervenciones dirigidas a menores y/o sus familias en las organizaciones de la RIOD

	N	%		N	%
Artísticas, musicales, creativas	5	11	Formación laboral	5	11
Consejo y apoyo	3	7	Información o educación	13	30
Consumo de comidas y bebidas saludables	0	0	Organización de actos culturales, sociales...	1	2
Creación de juegos	1	2	Publicaciones	0	0
Deportivas, de aventura	3	7	Talleres y seminarios	4	9
Edición revista divulgativa	0	0	Actividades teatrales	0	0
Elaboración material didáctico	1	2	Terapia o intervención con la familia	6	14
Elaboración material informativo: folletos...	0	0	Terapia de grupo	5	11
Entrega de material informativo	0	0	Tratamiento integral	13	30
Entrenamiento en habilidades	12	27	Tratamiento o atención médica	2	5
Realización de fiestas	0	0	Tratamiento o intervención psicológica	4	9
Formación de padres o mediadores	5	11			

La forma en que los programas o intervenciones dirigidas al ámbito del consumo de drogas están **estructurados** puede variar enormemente. Al menos, podemos considerar dos líneas generales, una de ellas se refiere a la estructuración de la intervención de forma sistemática, en cuidadosos protocolos donde el número de sesiones, la intensidad de la intervención, los materiales, y todo aquello que configura la metodología de la intervención, está sistematizado y no queda a la opción del mediador o de la persona o personas que se encargan de la intervención; por otro lado, están algunas intervenciones que son, fundamentalmente, pautas generales de actuación, líneas maestras que dejan a criterio del mediador la selección de materiales, la intensidad y, a veces, el contenido del trabajo. Esto es lo que ha querido explorarse con el ítem 10 'Nivel de concreción del programa'. En este análisis encontramos que más de la mitad de las intervenciones analizadas de las entidades participantes (52%) están estandarizadas, presentando pautas para llevar las sesiones de intervención e indicando el grupo de edad y los aspectos concretos a trabajar, mientras que casi 1 de cada 4 son lineamientos que cada mediador utiliza como referente para su intervención (Tabla 14.1).

Tabla 14.1. Nivel de concreción del las intervenciones dirigidas a menores y/o sus familias en las organizaciones de la RIOD

	N	%
Programa estandarizado por sesiones, grupos de edad, tema, etc.	23	52
Programa que supone unas líneas generales de actuación	17	39
No contesta	1	2

Dado que el aspecto de la estandarización de la aplicación tiene relevancia como indicador de calidad de las intervenciones, hemos tratado de analizar estos resultados según el tipo de intervención (Tabla 14.2). Observamos que son las intervenciones de tipo universal y las indicadas (rehabilitación) las que se desarrollan bajo un plan de trabajo estandarizado, frente a las intervenciones de tipo selectivo que parecen desarrollarse siguiendo líneas y orientaciones generales.

Tabla 14.2. Nivel de concreción según el tipo de intervenciones

	Aplicación estandarizada		Líneas generales de aplicación	
	N	%	N	%
Universal	11	26	2	5
Selectiva	4	9,5	7	17
Indicada	11	26	7	17

Un importante aspecto desde el punto de vista de la calidad de las intervenciones sobre drogas es la **evaluación** y el método seguido para la misma. Como bien es sabido, existen diferentes modalidades de evaluación que pueden utilizarse para conocer la eficacia de los programas dirigidos a reducir la demanda de drogas. Algunos tipos de evaluación son más adecuadas que otros para poder derivar referentes que configuren esquemas de 'buena práctica' útiles en este ámbito. Pues bien, los ítems 11, 12 y 13 del formulario utilizado han pretendido recoger estos datos de los programas realizados por las entidades participantes en el estudio.

De acuerdo con las respuestas obtenidas, casi la totalidad de las intervenciones sobre menores y sus familias relacionadas con drogas, que realizan las entidades de la RIOD participantes en el estudio, llevan a cabo alguna forma de evaluación (proceso o resultado). La mayoría dicen realizar evaluación de resultados (64%), es decir, analizan si consiguen o no los objetivos que se plantearon con la intervención. (Tabla 15).

Tabla 15. Estado de la evaluación del las intervenciones dirigidas a menores y/o sus familias en las organizaciones de la RIOD

	N	%
Evaluación de resultados con referencia algún tipo de control	18	41
Evaluación de resultados sin grupo control	10	23
Sólo evaluación de proceso	19	43
No se realiza evaluación	2	5

No es posible presentar una síntesis global de los **indicadores de evaluación** ni de los **resultados** de los programas recogidos, al tratarse de intervenciones de muy distinto tipo y haberse recogido esta información en campos de texto. Sin embargo, en una primera aproximación, se observa una falta de correspondencia en la presentación que se ha hecho del programa, a través del formulario de

recogida de información, del tipo de evaluación (item 11) que se efectúa sobre el programa y los indicadores de evaluación (item 12) que se mencionan. Generalmente, tampoco los resultados aportados concuerdan con los indicadores mencionados. Éstos suelen ser de tipo cualitativo e institucional, más referidos a los procesos que a los efectos directos de la intervención en la población diana. Muy pocos (n = 4) mencionan el seguimiento de los resultados una vez finalizada la intervención, aunque no especifiquen datos concretos de estos resultados. También muy pocos (n = 2) mencionan resultados no esperados o falta de resultados en alguno de los aspectos que se han considerado.

La información sobre la **cobertura** ha sido explorada a través del ítem 14 del formulario. La cobertura de los 44 programas recogidos ha sido muy diversa. El rango va desde 8 menores, en el programa que menos población ha atendido, a 204.000 menores en la intervención que más cobertura ha indicado. Obviamente, la información sobre cobertura 'en bruto' no aporta casi nada si no se aglutina en relación a un tipo de intervención concreto. Por ello, hemos tratado de ver cuál ha sido la cobertura de los programas en función del tipo de programa (Tabla 16). Vemos que los programas de tipo universal son los que más cobertura alcanzan. Igualmente, considerando los programas en base a la metodología, vemos que los programas de carácter educativo o de formación son también los que más población diana alcanzan. Aquellos programas dirigidos a segmentos específicos de población, bien por estar sometido a factores de riesgo (selectivo) o por mostrar problemas concretos de conducta, incluido el consumo de drogas, observamos que tienen una cobertura menor.

Tabla 16. Cobertura media referida a menores según tipos de intervención

	Media
Universal	25.021
Selectiva	148
Indicada	36
Educativa	23.249
Comunitaria	2.909
Rehabilitación o tratamiento	39

5. Discusión

5.1. Participación

El estudio muestra un nivel de participación bastante adecuado, si se flexibilizan las formalidades durante el trabajo de recogida de información. En conjunto, el 61% de las organizaciones han respondido a la petición de información, aunque tras la revisión de validación, sólo el 49% de las entidades totales han aportado datos válidos.

Desde los sistemas de información como IDEA-Prevención en España o EDDRA en Europa, es bien sabido la dificultad que existe para recoger información de las entidades que desarrollan intervenciones sobre drogas. La presión de la demanda de atención a los usuarios, la escasez de recursos tanto humanos como técnicos, la inestabilidad de muchos equipos, entre otros factores, hace que sea dificultoso para estas entidades destinar el tiempo necesario para completar formularios y valorar la importancia de su participación en estudios que, si bien permitirán tener una visión global de las actuaciones en marcha, para ellas son más bien una carga de trabajo que no repercute de forma directa e inmediata en las actividades desarrolladas. Otra dificultad añadida puede estar relacionada con una escasa experiencia previa en participar de actividades de recogida estandarizada de información.

Es por ello que, en todos los estudios donde se solicita la participación de entidades que desarrollan intervenciones sobre drogas, se recomienda articular medidas de devolución operativas que incentiven la participación y logren hacer ver que estos análisis son útiles para quienes proporcionan la información, ya que contribuyen a promover la calidad y aumentar la eficacia en el sector (March Cerdá y Orte Socías, 1994; Hernán García, Ramos Montserrat y Fernández Ajuria, 2001). Ha sido señalado en varias ocasiones, que el ejercicio de completar información en formato estandarizado sobre una intervención permite a los técnicos y responsables de la misma reflexionar sobre ella y, con ello, identificar sus fortalezas y debilidades (Burkhart, 2001).

5.2. Contexto

La mayor parte de intervenciones recogidas en este trabajo se desarrollan en contextos de tipo preventivo. El 60% en contexto escolar, y el 34% en centros asistenciales o de rehabilitación (Tabla 3).

Como es de esperar, estos datos apuntan claramente a que el trabajo con niños y adolescentes se realiza mayoritariamente desde una perspectiva preventiva entre las entidades que constituyen la RIOD y que la presencia de intervenciones dirigidas a consumidores de drogas menores de edad son todavía una minoría. En este punto, conviene aclarar que preventivo no quiere decir que se refiera exclusivamente a actividades dirigidas a niños sin problemas, lo que tradicionalmente se considera prevención primaria, sino que se trata de medidas de distinto tipo dirigidas a niños y adolescentes donde todavía no existe evidencia de problemas de dependencia a sustancias psicoactivas. El perfil de estos menores, sin embargo, es muy distinto con respecto al riesgo de consumo de drogas, por ello se hizo necesario analizar las intervenciones desde esta perspectiva.

Según las conclusiones del Simposio Interamericano sobre Prevención del Uso Indebido de Drogas (OEA/CICAD, 1997) una intervención temprana, tendiente a fomentar conductas adaptativas en el aula y mejorar las habilidades escolares, puede tener efectos preventivos a largo plazo. El ámbito escolar ha sido señalado desde diferentes instancias como el marco adecuado para el desarrollo de actividades de prevención. Sin embargo, la realidad social de muchos países donde radican las entidades de la RIOD hace que el ámbito escolar no sea el único a través del cual trabajar con los niños y adolescentes, así observamos que existen diversas intervenciones desarrolladas desde la comunidad en centros comunitarios o en espacios no estructurados que se identifican con el nombre de 'trabajo de calle'.

La intervención familiar recogida en el marco de este estudio se realiza, sobre todo desde la escuela, lo que parece ser una práctica muy generalizada en las intervenciones dirigidas a la prevención, por la posibilidad teórica de acceder de una forma más eficiente a los padres de los alumnos como mediadores clave para la intervención. Son pocas las intervenciones consideradas estrictamente de carácter familiar en este análisis, aunque como se ha mencionado, ello no indica que no se haga un trabajo con las familias: éste parece estructurarse desde el ámbito escolar o educativo. Las intervenciones estrictamente de carácter familiar requieren una metodología y unos recursos técnicos específicos, con los que no siempre se puede contar desde las distintas entidades que desarrollan un trabajo preventivo. Esta puede ser una razón por la que el trabajo con las familias se realice a través de la escuela, y no directamente. Básicamente, se trataría de intervenciones más costosas en cuanto a aspectos económicos y en cuanto a requerimientos de personal técnico especializado.

Con el fin de analizar las intervenciones recogidas desde diversas perspectivas, además de por el contexto, se han estudiado en función del tipo de programa según 2 criterios frecuentemente utilizados en este terreno: la modalidad de intervención y el riesgo de consumo soportado por la población diana. En este sentido observamos de nuevo que las intervenciones educativas, sean éstas de tipo formal o no, son las preponderantes (Figura 1) y que las intervenciones de tipo selectivo e indicado son también mayoritarias (Figura 2). Con intervenciones selectivas nos referimos a aquellas dirigidas a segmentos de población concreto que se hallan sometidos a factores de riesgo, generalmente del entorno, capaces de generar problemas relacionados con las drogas, y por intervenciones indicadas señalamos aquellas dirigidas a personas que ya están mostrando problemas de consumo de drogas y otros problemas asociados (Gordon, 1983; NIDA, 1997b). Por lo tanto, parece que los menores con los que trabajan las entidades de la RIOD están en situación de vulnerabilidad, es decir se hallan sometidos a riesgos para el consumo de drogas, y las intervenciones que se ponen en marcha adoptan con frecuencia la forma de abordaje educativo.

Visto por Nodos el análisis nos indica los siguientes aspectos (Tablas 4 y 5):

- Las entidades de la **región Sur** presentan intervenciones de todos los ámbitos. Además del hecho de contar con más entidades en el marco de la RIOD, por lo que pueden estar representadas varias líneas de intervención, otra posible explicación, a nuestro modo de ver, podría ser que se tratara de una zona geográfica, en alguna medida, con más recursos técnicos y económicos que otras regiones para el abordaje de los menores y los problemas relacionados con las drogas. Conviene tener en cuenta, en este punto, que las intervenciones de tipo rehabilitador, o las de tipo selectivo e indicado, entre otras cosas, son técnicamente más complejas y, por tanto, más caras que las intervenciones de tipo universal, o como tradicionalmente se han denominado, prevención primaria.
- Las entidades de la **región Andina** presentan más intervenciones en el ámbito rehabilitador e indicado, es decir cuentan con estructuras para trabajar con menores en situación de riesgo o con problemas de adicción. Dadas las características económicas de la región, tentativamente pensamos que, por un lado, la situación de carencias económicas existentes propician la aparición de menores en situación de vulnerabilidad para el consumo de drogas y otros problemas vitales y, por otro lado, existen entidades de gran calado social y de solvencia reconocida, capacitadas para la estructuración de intervenciones rehabilitadoras y de tipo indicado o selectivo que, como se ha señalado, requieren más recursos.
- Las entidades de la región **Centroamericana y Caribe** nos presentan sobre todo intervenciones de tipo universal, educativas o comunitarias. Este tipo de actividades tienen un mayor alcance en cuanto a cobertura y requieren de menos recursos técnicos y económicos para ponerlas en marcha. Si bien, no quiere decir que no existan necesidades de atención a

población en riesgo o drogodependientes en esta zona geográfica, si parece indicar que las posibilidades y oportunidades de actuación están más enfocadas a una perspectiva de abordaje global de la problemática de drogas.

- Las entidades de **España** participantes de la RIOD parecen desarrollar, sobre todo, actividades con población sometida a riesgos para el consumo de drogas o con problemas de dependencia a drogas. Destaca la ausencia de intervenciones de carácter comunitario. No quiere ello decir que no se realicen este tipo de intervenciones. Probablemente, este efecto se deba al sesgo que implica el hecho de que las intervenciones comunitarias existentes dependen de los gobiernos municipales que, al ser entidades públicas, no pertenecen a la RIOD. Por otro lado, no hay que olvidar, en este análisis regional, que es entre las entidades de la RIOD de España donde aparecen mayor cantidad de ONGs que responden al estudio indicando que no realizan actividades con menores y con sus familias (Anexo 2). En resumen, las entidades españolas pertenecientes a la RIOD mayoritariamente no desarrollan intervenciones con menores y/o sus familias y, quienes las realizan, las dirigen a población sometida a riesgos específicos de consumo de drogas o con problemas de consumo ya establecido.

5.3. Mediadores y población diana

La mayoría de las entidades que trabajan con menores y sus familias incorporan la figura del técnico o profesional para implementar sus programas (Tabla 6). Recordemos que hemos comentado ya que la mayoría de las intervenciones analizadas en este estudio se dirigen a niños y adolescentes en situación de riesgo o con problemas de consumo. Este tipo de trabajo requiere personal preparado técnicamente, por lo que es coherente este dato con los desarrollos que se realizan, dando una imagen profesionalizada de las entidades de la RIOD que abordan este ámbito de actividad.

Desde la perspectiva de la prevención, desarrollar intervenciones con un perfil técnico-profesional es la mejor garantía para contribuir a asegurar la calidad en la intervención, unos mejores resultados y la posibilidad de una mayor aceptación de las medidas preventivas por parte de la comunidad y de las instituciones que las apoyan (Oetting et. al. 1995). Tras una meticulosa investigación, Oetting y colaboradores han identificado 9 niveles de preparación para la prevención en la comunidad, siendo el nivel superior el de 'profesionalización'. En este nivel, las intervenciones son desarrolladas por personal preparado, que cuenta con las habilidades técnicas y la información específica sobre drogas a nivel local suficiente (datos de prevalencia, factores de riesgo existentes y otras variables referidas a la etiología del consumo de drogas) para desarrollar intervenciones e implicar en ellas a los líderes de la comunidad y a sus instituciones. Se pueden

consultar estos niveles propuestos por Oetting y cols. en esta web: <http://www.open.org/~westcapt/crstages.htm>.

No queremos plantear con estos argumentos que las entidades de la RIOD participantes en este estudio respondan, necesariamente, a estos niveles de profesionalidad, pero los datos obtenidos en este punto son prometedores y no conviene pasar por alto el valor potencial que tienen los técnicos en el desarrollo de intervenciones sobre drogas, si cuentan con la formación y los recursos adecuados. No sólo el tratamiento y la rehabilitación requieren formación adecuada, también la prevención eficaz se basa en el desarrollo de actuaciones y tecnologías de probada eficacia, que no pueden ni deben asentarse en la intuición voluntarista.

Con respecto a la edad de la población diana, destaca la gran variedad de rangos observables, congruente con la diversidad de entidades e intervenciones que han sido analizados en este trabajo. De forma general, sin embargo, como señalamos en su momento, son los 6 años la edad a partir de la cual parecen iniciarse la mayoría de las intervenciones (edad que coincide con el inicio de la escolarización). Y el 60% de las intervenciones van dirigidas a niños antes de los 11 años, es decir previo al inicio de la adolescencia (Tabla 7.1). La edad máxima a la que se dirigen este tipo de intervenciones es los 17-18 años (Tabla 7.2). Señalar, sin embargo, que un 14% de las intervenciones indican una edad superior a los 19 años, con lo que parecen indicar que estos programas no son 'específicos' de menores. En general, estas intervenciones son de tipo rehabilitador o indicado, con lo que no parece que cuenten con una intervención especialmente diseñada para menores de edad. Es la presencia del problema de adicción o dependencia lo que estructura la intervención, independientemente a la edad. Conviene mencionar, en este sentido, que en los últimos años y desde distintas instancias, se ha señalado la necesidad de desarrollar programas de atención especiales para menores de edad, así como para otros perfiles, por ejemplo, mujeres o reclusos en establecimientos carcelarios (OPS/CICAD/OEA. 1999).

5.4. Cobertura

Como ocurre con otros elementos analizados en este trabajo, los datos sobre cobertura son muy amplios. Encontramos intervenciones dirigidas a un total de 8 menores, la de cobertura más baja, a intervenciones que alcanzan a más de 200.000 menores. La amplia variedad de intervenciones recogidas explican estos datos.

Si consideramos la cobertura en función del tipo de intervención de que se trate, entonces vemos que las de tipo universal se dirigen a un número mayor de menores (Tabla 16). Esto es lo que suele ocurrir con las intervenciones de tipo universal que están dirigidas a un amplio grupo poblacional. Recordemos que el

objetivo de este tipo de intervenciones es evitar o retrasar el consumo de drogas en población general o en amplios grupos poblacionales, a fin de reducir globalmente los problemas socio-sanitarios que afectan a la población (NIDA, 1997b).

Las intervenciones selectivas, por su parte y, más aún, las indicadas, por definición tienen un alcance más limitado, ya que requieren actuaciones más largas, intensas, y precisan de un personal específicamente preparado.

5.5. Justificación

En este apartado nos referimos a la información sobre valoración de necesidades o identificación de la situación previa a la intervención que justifique la realización de cada intervención y permita la valoración de los cambios observables atribuibles al programa. Para algunas variables sería una línea base con la que contrastar los logros. Justificación es también conocida como 'evaluación de necesidades' y constituye un paso necesario para desarrollar intervenciones de calidad.

Una adecuada evaluación de necesidades sobre la que justificar la intervención, no sólo es un paso metodológicamente necesario para garantizar una adecuación de la misma, se trata de un proceso sistemático que aporta múltiples ventajas:

1. Contribuye a describir objetivamente la comunidad con la que se quiere trabajar.
2. Determina las áreas geográficas y demográficas que soportan mayor riesgo de consumo de drogas.
3. Asegura que el tiempo y el dinero disponibles se invierten con más eficacia.
4. Muestra a los responsables políticos la necesidad de financiar la intervención.
5. Permite identificar las estrategias más adecuadas.

La evaluación de necesidades comienza con la recopilación de datos relacionados; no sólo con los referidos al consumo de sustancias, sino con cada uno de los factores de riesgo y protección que se conocen actualmente según la investigación disponible en este campo. Para ello, es posible rastrear datos existentes en distintas fuentes, o será necesario elaborar instrumentos de recogida de datos nuevos, o índices y porcentajes específicos que funcionen como indicadores próximos de los factores de riesgo y protección analizados (Martínez Higuera, 2001).

En este importante aspecto del diseño de intervenciones se ha observado que la mayoría de las entidades de la RIOD participantes en el análisis, no han podido presentar la situación antecedente que origina el programa. La información casi

siempre es vaga y se refiere a aspectos generales de tipo descriptivo del entorno donde se desarrolla la intervención.

En este sentido, según las categorías identificadas por Oetting y colaboradores, nos encontraríamos ante situaciones de *pre-planificación*, lo que este equipo de investigadores asigna el nivel 4, dentro de un rango de 9 niveles y que se caracteriza por:

***Nivel 4. Pre-planificación.** Existe un claro reconocimiento de que existe un problema local con el consumo de drogas y de que hay que hacer algo al respecto. Existe alguna información sobre el problema a nivel local, pero las ideas sobre etiología y factores de riesgo son estereotipadas. Existen figuras o grupos que pueden liderar iniciativas de prevención, pero aún no hay una planificación adecuada.*

Sin lugar a dudas, estos hallazgos señalan la necesidad de incorporar a todas las intervenciones sobre drogas que realicen las entidades de la RIOD la evaluación de necesidades como forma de garantizar su alta calidad y adecuación (Alvira Martín, 1999). Para ello, habrá que valorar la conveniencia de promover y dotar de recursos, formación y materiales necesarios para la adecuada consecución de esta necesidad.

5.6. Objetivos

Los objetivos forman parte inequívoca de la planificación y diseño de la intervención (Alvira Martín, 1999). En este trabajo hemos tratado de conocer el Objetivo principal y secundario de las intervenciones con menores y sus familias que desarrollan las entidades de la RIOD, con el fin de conocer cuáles son las líneas de trabajo existentes.

Las alternativas presentadas a la hora de explorar este aspecto se han derivado de los estudios realizados desde el OEDT, a partir de la base de datos EDDRA (Brukhart, G. 2001). Nosotros hemos realizado los ajustes necesarios para adaptarlas a nuestros intereses.

En este estudio, hemos considerado los objetivos desde una perspectiva específica, tratando de conocer las acciones que se proponen con la intervención y que no tienen, necesariamente, que estar directamente relacionadas con el consumo de drogas, si no que pueden ser de carácter intermedio. Dicho de otro modo, lo que hemos explorado son los objetivos específicos de las intervenciones, es decir, las acciones que se realizan para conseguir el objetivo general.

Las intervenciones desarrolladas por las entidades de la RIOD con menores o sus familias se proponen, en mayor medida, desarrollar habilidades personales y sociales, promocionar la salud y dar información o generar conciencia sobre el

tema de drogas (Tabla 8). Este resultado puede estar directamente relacionado con lo que se ha comentado más arriba, que muchas de las intervenciones tienen carácter preventivo.

Diversos estudios muestran que mejorar la competencia social, estimula y refuerza conductas prosociales, además de la asociación con pares no interesados en el consumo de drogas (NIDA, 1999). Las intervenciones que incluyen información, capacitación, organización y movilización, sobre todo si son multicomponentes, aumentan su eficacia al abordar paralelamente diferentes elementos claves para el consumo de drogas (OEA/CICAD, 1997). La promoción de la salud, por su parte, a través de la promoción de estilos de vida saludables, es una de las medidas inespecíficas más adecuadas para la prevención de los consumos problemáticos de drogas que ha mostrado su eficacia en múltiples investigaciones en los últimos 10 años, tanto en Europa como en EEUU (IUHPE, 2000 a y b).

5.7. Modelos teóricos

El marco teórico en el que se sustenta la intervención es el conjunto de hipótesis que explican el fenómeno de drogas y que dan pie al desarrollo de un tipo de intervención determinado y no de otro. Generalmente, las hipótesis sobre la causalidad del consumo de drogas y de los elementos adicionales para comprender tan complejo fenómeno, proceden de la investigación – que en los últimos 20 años ha sido creciente y ha aportado informaciones relevantes para la práctica – y del conocimiento específico del problema en una realidad concreta. Por ejemplo, los programas de prevención basados en alternativas de empleo del tiempo libre parten de la hipótesis siguiente:

“El abuso de drogas es función, al menos en parte, del empleo del tiempo libre y de ocio en contextos y situaciones relacionadas con el consumo de drogas (bares, discotecas, la calle...) Si se ofrecen alternativas de empleo del tiempo libre en contextos y situaciones libres de drogas, el consumo-abuso disminuirá, es decir, disminuirá el número de consumidores y/o disminuirá la frecuencia y la cantidad” (Alvira Martín, 1999).

Asumir esta hipótesis condiciona el tipo de objetivos intermedios a conseguir y las actividades a desarrollar en una intervención determinada. Este es un ejemplo concreto de lo que queremos decir con ‘modelo teórico’ o explicativo en el que se fundamenta la acción. Existen en la literatura de las intervenciones para abordar los diversos problemas relacionados con las drogas, distintos marcos teóricos de referencia explicativos de los fenómenos vinculados a las drogas. Aunque para desarrollar una intervención no es necesario basarse en uno de los modelos ‘científicos’ existentes, ya que la experiencia y el conocimiento práctico de la realidad en la que los equipos trabajan pueden ser suficientes (con frecuencia, concordantes con los modelos que proceden de la literatura) para realizar intervenciones de calidad.

Para nuestro análisis de las intervenciones desarrolladas por las entidades de la RIOD, nos hemos basado en el listado de modelos identificados en el trabajo de Becoña (1999) y del Institut für Therapieforschung (1994), y hemos hecho algunas ajustes en relación con los objetivos del estudio. Observamos, en primer lugar, una gran diversidad (Tabla 9) en los enfoques adoptados para las intervenciones, mostrando de este modo la gran variedad de experiencias y tradiciones para el abordaje de los problemas vinculados a las drogas entre las entidades de la RIOD. No se puede hablar de la preponderancia de ningún modelo concreto, pero sí mencionar que 1 de cada 3 intervenciones asumen un modelo propio para sus abordajes, y que, de los modelos procedentes de la literatura, los de habilidades para la vida y promoción de la salud son los más mencionados.

Esto presenta un panorama sino global, sí que marca ciertas tendencias para los programas de prevención desarrollados por las entidades de la RIOD. Se trata de referentes teóricos que actualmente, y en base a la evidencia disponible, son considerados como los más efectivos (Tobler, N. 1992, 1997, 2000, 2001; Pentz, et al., 1989, Jonson et al. 1990; Bachman, Jonson y O'malley, 1990; Chou et al, 1998; Cheadle et al. 2001).

El hecho de utilizar un referente teórico propio nos hace pensar en dos posibles explicaciones:

- Como pasa en Europa, la cultura científica aplicada al campo de la práctica de la prevención es todavía incipiente entre las entidades de la RIOD.
- Los modelos teóricos existentes, al ser elaborados en países desarrollados, no dan respuesta a las especificidades del problema de drogas que experimentan las entidades de la RIOD, mayoritariamente de América Latina.

Este estudio no permite corroborar ninguna de estas dos hipótesis al haberse desarrollado para describir las prácticas que desarrollan las entidades de la RIOD, pero el estudio de posibles factores que condicionan este tema supone una cuestión interesante para futuras investigaciones.

Con respecto a las intervenciones dirigidas a la rehabilitación el modelo de comunidad terapéutica ha sido el más mencionado.

Generalmente, de forma muy simplista, se tiende a considerar que la rehabilitación de una adicción es el paso de un período de consumo crónico de la sustancia adictiva, a un estado en el que la abstinencia mantenida de esa sustancia es el criterio fundamental que indica que se ha logrado la recuperación. Este esquema dicotómico de la rehabilitación ha resultado bastante inoperante en el campo del tratamiento de los problemas relacionados con las drogas, de tal manera, que los investigadores han propuesto nuevos enfoques que permitan abordar mejor la realidad y la complejidad del problema de las adicciones. La

recuperación de cualquier tipo de drogodependencia implica el paso por diversas etapas o 'fases de cambio'. La sucesión entre las fases no siempre es progresiva, incluyendo entre las posibilidades, la recaída como parte inherente de la recuperación. En este sentido, el tratamiento de rehabilitación de drogodependencias se articula en sucesivas estrategias de intervención, que se estructuran en programas de atención y que, a su vez, se realizan en centros de tratamiento para drogodependientes. Todas ellas van dirigidas a la consecución de un fin genérico que es la normalización de la persona con problema de adicción y su reinserción social.

Pues bien, el modelo de comunidad terapéutica es una de las diversas modalidades posibles de abordaje de la adicción, de tipo residencial que utiliza la retirada del ambiente y un contexto socio-terapéutico estructurado, generalmente, rígido para lograr la rehabilitación. Según el informe sobre normas de atención a las dependencias de la CICAD (OPS/CICAD/OEA. 1999) el modelo de atención ideal debe basarse en el análisis del perfil y necesidades del adicto, no sólo con respecto al problema de drogas, si no al resto de facetas personales del sujeto en rehabilitación. Como hemos comentado más arriba en relación a la prevención, la utilización de experiencias terapéuticas que se han desarrollado en otros países, sin una evaluación previa suficiente de su real utilidad en contextos socioculturales distintos y con sustancias distintas a las consumidas en los países donde se generó la modalidad de tratamiento, puede ser inadecuada en los momentos actuales, donde las transformaciones sociales que se están produciendo en muchos de nuestros países nos presentan un perfil de consumidor de drogas muy distinto al que existía en los años 60 y 70, cuando se desarrollaron los modelos de atención de tipo residencial.

5.8. Duración de la intervención

La intensidad de la intervención es un indicador de calidad en el campo de la intervención sobre drogas. La investigación en este campo menciona con claridad que cuanto mayor sea el nivel de riesgo para el consumo de drogas de la población, más intensa deber ser la intervención y antes debe comenzar su aplicación (NIDA, 1999). En este sentido, cabe esperar que las intervenciones de tipo universal, o escolar en general, tengan una duración breve, frente a las intervenciones de tipo selectivo e indicado.

Como hemos señalado al presentar los resultados, desafortunadamente creemos que el ítem diseñado para explorar este aspecto de la aplicación no se ha planteado adecuadamente. Los resultados nos sugieren que se han mezclado respuestas referidas a la duración de la intervención dirigida al sujeto, con el tiempo que lleva el programa o la intervención en marcha. Este problema ha impedido analizar este indicador de calidad de las intervenciones sobre drogas dirigidas a niños o sus familias.

Parece que la información obtenida no es la que buscábamos sino que se refiere al tiempo que lleva en marcha la intervención, esto es más evidente en los programas de tipo educativo y comunitario (Tabla 11) que nos indican tiempos superiores a un año. Es decir, las entidades de la RIOD que desarrollan intervenciones con menores y/o sus familias llevan más de un año en esta labor. Por su parte, las intervenciones dirigidas a la rehabilitación sí parecen mencionar el tiempo referido al sujeto: el tiempo en que permanece el sujeto en el programa no supera el año. En el ámbito de la rehabilitación este parece ser un patrón de tiempo bien establecido y, actualmente, la permanencia sobre todo en establecimientos de tipo residencial, nunca supera los 12 meses.

Este problema encontrado en esta parte del análisis, se comprende mejor si tenemos en cuenta que con un único instrumento se han explorado actividades sobre drogas que, con frecuencia, no tienen muchos puntos en común. Se trata pues de un defecto de la metodología utilizada que, con la intención de estandarizar y aglutinar información diversa disminuye la capacidad de análisis sobre aspectos muy concretos o específicos.

5.9. Materiales utilizados

La utilización de materiales forma una parte importante de la ejecución de determinadas intervenciones sobre drogas, sobre todo de las catalogadas como preventivas, ya que permite la homogeneización de la aplicación y el desarrollo de las tareas y actividades que darán lugar a la consecución de los objetivos. En este sentido, las intervenciones pueden optar por elaborar sus propios materiales, utilizar los desarrollados por los autores del programa que van a aplicar, o adaptarlos, si éste está estructurado para replicar la intervención en distintos puntos.

La utilización de materiales previamente disponibles es un indicador indirecto de la adherencia a los procedimientos y métodos de las intervenciones que han sido desarrolladas por equipos distintos a los que implementan el programa. Este hecho es particularmente relevante desde la perspectiva de calidad, si el programa que se va a replicar ha mostrado su eficacia en contextos de aplicación similares y, más aún, es fundamental para la evaluación del programa.

En nuestro análisis obtenemos que la mayoría de las intervenciones utilizan materiales previamente disponibles en su versión original o adaptados del original (Tabla 12), lo que nos indica la posibilidad de adherencia a modelos de intervención que se vienen utilizando en otros contextos o lugares, equiparables a los de la intervención estudiada. Esto, necesitando aún de mayor clarificación, nos hace pensar que existe una cultura de no partir de 'cero' y que el trabajo en red permite ir construyendo una tecnología sofisticada en donde el aprendizaje acumulado y las 'lecciones aprendidas' son tenidas en cuenta por los equipos de las entidades de la RIOD.

5.10. Actividades principales desarrolladas

Las actividades son la parte de la intervención por medio de la cual se trabaja con la población diana. Las actividades tienen que ver con los métodos y con los recursos disponibles para la intervención y tienen que guardar coherencia interna con los objetivos específicos y con los indicadores seleccionados para la evaluación. Habitualmente se requiere de diversas actividades para conseguir los objetivos previstos. En esta investigación hemos preguntado tan sólo por la actividad principal desarrollada, que es la que nos proporcionará información sobre la coherencia y características de la intervención, por ser la más importante, y hemos renunciado - siendo conscientes de la simplificación que significaba - a la recogida de todo el repertorio de acciones complementarias que se desarrollan en el contexto de una intervención sobre drogas.

En el marco de las intervenciones dirigidas a menores y/o sus familias desarrolladas por las entidades de la RIOD que han participado en el estudio, se realiza un conjunto variado de actividades, como es lógico esperar dada su diversidad. En el ámbito preventivo encontramos que la información, la formación y el entrenamiento en habilidades son mencionadas como actividad principal con mayor frecuencia, mientras en el ámbito asistencial o rehabilitador el tratamiento integral es el más mencionado de todas las opciones (Tabla 13), indicando que un abordaje multicomponente que atiende a las distintas necesidades del beneficiario está siendo desarrollado.

Según el modelo 'ideal' de atención propuesto en las Normas de atención para el tratamiento de la dependencia a drogas (OPS/CICAD/OEA, 1999), así como los principios de efectividad del tratamiento (NIDA, 1999), el enfoque asistencial de carácter integrador es el más adecuado para abordar las complejidades que presenta la persona con adicción a sustancias psicoactivas. Esto incluye actividades orientadas a la reducción del estado de dependencia y de sus complicaciones, tanto biológicas o físicas, psicosociales, o conductuales. Aunque no son la mayoría, sí hay un número importante de intervenciones que adoptan este enfoque entre las entidades de la RIOD.

Las actividades relacionadas con la formación, el desarrollo de habilidades y la información, enmarcadas de una forma global, deben formar parte de un abordaje adecuado de la prevención (OEA/CICAD. 1997).

Con respecto a la información sobre los riesgos asociados al abuso de las distintas drogas, queremos mencionar que, si bien ha sido una actividad que durante algunos años ha estado considerada como contraindicada como medida preventiva, la investigación nos presenta un panorama muy distinto. La información es necesaria para contribuir a desarrollar la percepción del riesgo específico para cada sustancia y sólo resulta contrapreventiva cuando se transmite de forma indiscriminada, alarmista y no se basa en hechos, sino en prejuicios ideológicos. La información correcta, basada en la evidencia, adaptada a las edades con las cuales se está trabajando y transmitida por canales de información que tengan credibilidad para la población destinataria, constituye un

elemento preventivo de gran importancia (Salvador Llivina y Martínez Higuera, 2002).

Este trabajo, de tipo inicial y descriptivo, no tenía por finalidad comprobar si el desarrollo de las actividades se realizan de forma integrada, como recomiendan las líneas actuales en base a la evidencia de eficacia, así que solamente podemos constatar que las acciones que se desarrollan tienden a ir en la línea de lo recomendado técnicamente, faltaría pues indagar con más detenimiento en aspectos relacionados con la adecuación interna de cada intervención concreta.

5.11. Nivel de concreción de las Intervenciones

En general, en todas las intervenciones sobre drogas, pero con más claridad en los programas de prevención, se puede constatar la existencia de dos enfoques distintos en cuanto a la metodología propuesta para desarrollar la intervención (CEPS, 1999):

- Intervenciones estructuradas en detallados protocolos de actuación que, en ocasiones, requieren adherencia a los procedimientos y materiales que incluyen, a fin de garantizar los resultados positivos que han mostrado a través de la investigación.
- Intervenciones que ofrecen pautas generales de actuación y materiales pertinentes para las actividades a desarrollar con la población diana.

La distancia entre ambos enfoques, a nuestro modo de ver, está en la existencia o no de estudios de evaluación para mostrar la eficacia de la intervención de que se trate. En otras palabras, nos da idea de la cultura de evaluación que existe en cada momento. No cabe duda que la intervención sobre drogas requiere un saber técnico muy específico y que no puede dejarse a la improvisación o habilidades individuales de mediadores u otras personas interesadas. Como toda tecnología, requiere el inicio de procesos de transferencia de tecnología que, aún existiendo importantes lagunas, actualmente está ya disponible.

En este estudio observamos (Tabla 14.1) que cerca de la mitad de las intervenciones están sometidas a procedimientos estandarizados. Si bien, de acuerdo a lo mencionado más arriba, esto es un buen dato, hemos de señalar que, si analizamos estos resultados en base al tipo de intervención (universal, selectiva o indicada) (Tabla 14.2) encontramos que las universales, generalmente de tipo escolar, son las que se desarrollan de forma estandarizada, siguiendo protocolos establecidos de actuación donde el número de sesiones, la intensidad de la intervención y los materiales están previamente definidos. Igualmente parecen seguir una línea estándar las intervenciones de tipo indicado, también

identificadas como de tipo rehabilitador o asistencial. Así que vemos que son las intervenciones dirigidas a menores en riesgo las que se desarrollan bajo procedimientos menos controlados. Este hecho nos muestra una realidad bien conocida por otra parte, que es la escasez de investigación y de procedimientos de intervención en poblaciones vulnerables que hayan mostrado evidencia de eficacia y, por tanto, se estén multiplicando en diferentes contextos como formato estándar de intervención.

Un último apunte en este apartado, de las intervenciones escolares recogidas, la mitad (N = 6) se refieren al programa de prevención escolar 'La Aventura de la Vida', originario de Edex (España). A los efectos de esta investigación, parte de los resultados obtenidos sobre estandarización en programas escolares o universales se debe a esta utilización de un mismo programa en múltiples puntos de la red.

5.12. Estado de la evaluación

Es ampliamente reconocido que la investigación evaluativa es una de las actividades necesarias en el proceso de planificación e implementación de intervenciones dirigidas a la reducción de la demanda de drogas (Alvira Martín, 1999; CICAD, 2001; WESTCAPT, 2002). Sin la evaluación no puede conseguirse evidencia empírica de la efectividad de las intervenciones que nos permita tener modelos de buena práctica para orientar las actividades en el campo de la reducción de la demanda.

En el análisis realizado sobre las intervenciones dirigidas a menores y/o sus familias entre las entidades de la RIOD encontrados que, casi la totalidad de éstas (Tabla 15) han sido sometidas a alguna forma de evaluación: de proceso, de resultados sin contraste con un grupo de comparación, o con referencia a algún grupo de comparación.

Más de la mitad de las intervenciones se plantean realizar evaluación de resultados, sin embargo, al definir los indicadores de evaluación, la mayoría se refieren a datos de proceso, planteados de forma poco operativa que no permiten saber cómo se han medido. Respecto a las variables de proceso recogidas éstas se centran mayoritariamente en datos de participación y de seguimiento del plan previsto, también se considera el grado de satisfacción y de aceptación de la intervención por parte de los destinatarios. Cuando se contempla medir el impacto del programa en variables intermedias o mediadoras las variables utilizadas son las referidas al cambio de conocimientos y actitudes sobre drogas y sobre otros aspectos más generales de la vida. Igualmente se mencionan en este apartado valores, autoestima, conducta pro-social y habilidades sociales. En general, se observa una gran dispersión y falta de operacionalización de las variables mencionadas para medir los resultados.

Cuando se trata de ver la coherencia entre indicadores utilizados para la evaluación, con los objetivos y modelos teóricos mencionados, se hace evidente una cierta discrepancia. Si, como hemos visto, la mayoría de las actividades analizadas se proponen desarrollar habilidades personales y sociales, así como promocionar hábitos de salud y dar información para generar conciencia sobre temas relacionados con las drogas, y que todo ello es realizado bajo un modelo propio o bajo el modelo de habilidades para la vida y promoción para la salud, no encontramos que predominen las variables referidas a la ejecución de los programas, es decir, las variables más inmediatas y más fáciles de medir. En un planteamiento coherente sería esperable la utilización de variables relacionadas con habilidades sociales, resistencia a la presión de iguales, toma de decisiones, y asertividad, que corresponderían a los contenidos de los programas de “Habilidades para la Vida” que se vienen desarrollando en el ámbito escolar, además de otras relacionadas directa o indirectamente con el consumo de drogas.

Esta situación, a parte de señalar la posible laguna de formación en evaluación de intervenciones para la reducción de la demanda, también apunta la falta de acceso a instrumentos específicos para medir múltiples variables relacionadas con las intervenciones sobre drogas, que puedan ser utilizadas por los técnicos que van a evaluar los programas. Es importante señalar en este punto la existencia del Banco de Instrumentos par la evaluación del OEDT (http://www.emcdda.org/responses/methods_tools/eib.shtml), el cual se ha traducido al español por encargo de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Se espera que esta versión española estará pronto disponible en Internet y, por tanto, accesible a los profesionales y equipos que trabajan y precisan instrumentos en lengua española.

La evaluación de resultados en términos de cambios en la prevalencia del consumo es, en general, escasa. Obviamente, para comprobar los efectos directos sobre el consumo de sustancias psicoactivas son necesarios diseños de evaluación más complejos y costosos, así como estudios de seguimiento. Por ahora, parece que estos requisitos son difíciles de conseguir para la mayoría de los programas que se desarrollan. Es posible que esta dificultad esté relacionada con debilidades del sector en términos de formación y recursos económicos disponibles.

5.13. Principales resultados

La obtención de resultados en una intervención en el ámbito de las drogodependencias constituye la razón de ser de los programas y deben hacer referencia a los cambios medibles en las actitudes y estilos de vida de la población destinataria que, además, pueden atribuirse de forma clara a la intervención.

En línea con lo que hemos mencionado en el apartado anterior, observamos una disonancia entre objetivos, indicadores y resultados. En los programas analizados encontramos que los resultados presentados son, mayoritariamente, de tipo cualitativo, referidos a aspectos institucionales y a los procesos que se han desarrollado. Apenas se mencionan resultados de seguimiento una vez finalizada la intervención, ni suele mencionarse la falta de resultados o la observación de resultados inesperados. Ambos aspectos, son de gran relevancia para poder establecer esquemas o modelos de buena práctica en este ámbito de la intervención sobre drogas.

Nos encontramos, por tanto, en un panorama de las intervenciones sobre drogas desde el punto de vista metodológico de cierta debilidad, en especial en lo referido a la evaluación. Mientras que esta parte fundamental de la intervención sobre drogas no se realice de forma integrada y normalizada en todas las actividades desarrolladas, no podremos derivar lecciones y referentes que guíen la práctica de intervenciones eficaces.

6. Conclusiones

En este último apartado queremos plantear algunas reflexiones derivadas de los resultados observables a partir del análisis realizado. En ningún caso debe perderse de vista que el estudio en sí ha estado sujeto a ciertas limitaciones metodológicas, algunas de ellas ya mencionadas, que se derivan de la diversidad de programas sobre drogas analizados y de ámbitos culturales en los que se desarrollan.

Otra de las limitaciones de este análisis es la falta de representatividad; es decir, este estudio no refleja la realidad de la reducción de la demanda en América Latina y España. Una de las principales razones es que las entidades que participan en la RIOD no son todas las que desarrollan actividad en sus países respectivos. El panorama que se desprende de este análisis hace referencia a las actuaciones de entidades no gubernamentales pertenecientes a la red, que voluntariamente han colaborado en la realización de este trabajo, y que se hallan insertas en diversas realidades derivadas de los distintos marcos políticos y técnicos existentes en cada país.

Sin embargo, un análisis como el que presentamos, reúne una serie de ventajas metodológicas que suponen una novedad en el terreno de las intervenciones sobre drogas realizadas en el contexto de América Latina. En un campo integrado por actuaciones muy diversas y no fácilmente comparables, como es el ámbito de la reducción de la demanda de drogas dirigida a menores y sus familias, se consiguió recoger ciertos rasgos generales que definen las distintas intervenciones gracias al formato estandarizado del formulario propuesto para la recogida de la información. Este método ha permitido volcar la información de 44 programas de 18 países de América Latina y España. Con ello, por primera vez, se ha podido comparar el contenido de las intervenciones de reducción de la demanda de drogas dirigida a menores y sus familias en nuestro ámbito cultural.

Perfil de las intervenciones

En la RIOD se está produciendo una rica e interesante actividad en el campo de la reducción de la demanda de drogas dirigida a menores y/o sus familias. Ello ha permitido que en los últimos años se haya acumulado una extensa y valiosa experiencia práctica que supone una importante plataforma para el trabajo en red y el avance futuro en este terreno.

Mayoritariamente, las intervenciones presentan un enfoque preventivo, con participación de técnicos, con implicación de las familias, sobre todo si se desarrollan desde el ámbito escolar. Estas intervenciones se centran en la

promoción y el desarrollo de habilidades para la vida, promoción de la salud y cambios de conducta. En este marco, se observan algunos aspectos metodológicos mejorables, en especial, referidos a la evaluación y a la conexión coherente entre objetivos, indicadores y resultados.

El desarrollo actual en las intervenciones ha creado las bases para poder profundizar en la utilización de modelos teóricos como guía de las mismas. Así, se estará en disposición de asegurar que las intervenciones que, por ejemplo, se auto-denominen de entrenamiento para la vida, tengan realmente todos los componentes necesarios para ser un programa de *Entrenamiento para la Vida* y puedan, por tanto, esperar los efectos derivados de un programa de este tipo.

Líneas actuales de intervención

La gran diversidad de propuestas no permite definir una tendencia homogénea de actuación en el campo de intervención con menores y sus familias de las entidades de la RIOD. Los dos únicos aspectos que aparecen de forma más reiterada son, en el campo preventivo las intervenciones escolares universales que siguen el modelo del programa sobre habilidades para la vida, y en el ámbito asistencial se sigue el modelo de Comunidad Terapéutica.

Las actividades de las entidades de la RIOD parecen ser un reflejo de las políticas sobre drogas y distribución de recursos y competencias del país al que pertenecen.

Marco teórico guía para las intervenciones dirigidas a menores y sus familias

Dado el panorama referido a la evaluación que hemos comentado, no podemos derivar un referente propio que sirva de guía para el ámbito de trabajo de la RIOD. A falta de modelos de buena práctica para todas las posibilidades de intervención, se sugiere seguir los principios-guía para la eficacia de las intervenciones que se derivan de la investigación internacional disponible al respecto (véase apartado 4.1). También sería adecuado potenciar la formación metodológica de los equipos que trabajan en las entidades de la red, así como apoyar la investigación evaluativa y la transferencia de tecnología entre sus miembros.

Algunas reflexiones sobre futuros desarrollos

De este análisis comparativo se pueden extraer algunas sugerencias y potencialidades prácticas que enunciaremos a continuación:

a) Facilitar al máximo el acceso de profesionales y equipos a la literatura científica internacional relevante en el campo de la reducción de la demanda. En este sentido, la existencia de recursos como los sistemas de información sobre reducción de la demanda, tales como IDEA-Prevención y EDDRA, son importantes. La utilización adecuada de estos servicios especializados de apoyo a la planificación e implementación de intervenciones, ha sido identificada como la causa de la mejora de la calidad de las intervenciones sobre drogas en España y en Europa (Burkhart, 2001).

b) Continuar el desarrollo de análisis comparativos de las intervenciones desarrolladas en el marco de la RIOD, analizando de forma separada las intervenciones dirigidas a la prevención, las asistenciales y las de rehabilitación. A parte del conocimiento sobre líneas de actuación y resultados generales, esto proporcionaría a los profesionales y equipos miembros de la red una cultura de documentación y descripción estandarizada de las intervenciones sobre drogas, lo cual redundaría en el desarrollo de enfoques basados no sólo en la práctica, sino además en la evidencia de eficacia.

c) Finalmente, la detección de las debilidades observables en el ámbito de la formación y la evaluación de las intervenciones, sugiere la pertinencia de actuaciones de apoyo especial a la formación de calidad, específica y adecuada para responder a las necesidades detectadas.

Agradecimientos: CEPS quiere agradecer la participación de todas las entidades que han respondido al cuestionario para realizar este estudio. De forma especial quiere también agradecer la colaboración de Carmina Díaz Gómez y Elena Presencio Serrano, sin la cual este trabajo no hubiera sido posible.

Bibliografía

Alvira Martín, F. 1999. Manual para la elaboración y evaluación de Programa de Prevención del Abuso de Drogas. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. [En línea:

<http://www.idea-prevencion.org/PDF%20B4s/manual.elaboracion.pdf>]

Bachman JG, Johnston LD y O'malley PM. 1990. Explaining the recent decline in cocaine use among young adults: Further evidence that perceived risks and disapproval lead to reduce drug use. *Journal of Health and Social Behavior*. 31(2): 173-184

Bry BH, Catalano RF, Kumpfer KL, Lochman JE, Szapcznik J. 1998. Scientific findings from family prevention intervention research. En: Drug Abuse Prevention Through Family Intervention. NIDA Research Monograph Series 177. Rockville: NIH.

Becoña Iglesias, E. 1999. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. [En línea : <http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/bases.pdf>]

Burkhart, G. 2001. Una Revisión de los Programas Escolares Europeos Recogidos por el Sistema de Información EDDRA. Boletín IDEA-Prevención, 23 (julio-diciembre 2001): 64-74.

CEPS. 1999. Catálogo de Programas de Prevención del Abuso de Drogas. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. [En líneas: <http://www.idea-prevencion.org/PDF%20B4s/catalogo1.pdf>]

CPR&DIP. 2000. Research-based Principles for Developing Alcohol, Tobacco, and Other Drug Prevention Program. Center for Prevention and Development for Illinois Prevention.

Cheadle A, *et al.* 2001. The effect of neighborhood-based community organizing: results from the Seattle Minority Youth Health Project. *Health Serv Res*;36(4):671-89.

Chou CP, *et al.* 1998. Effects of a community-based prevention program on decreasing drug use in high-risk adolescents. *Am J Public Health*; 88(6):944-8

Forselledo A.G. 2001. Niñez en situación de calle. Un modelo de prevención de las farmacodependencias basado en los derechos humanos. Boletín del Instituto Interamericano del niño, 236: 49-79.

Gordon RS. 1983. An operational classification of disease prevention. *Public Health Report*, 98 (2): 107-109.

Hernán García M, Ramos Monserrat M y Fernández Jauría A. 2001. Revisión de los Trabajos Publicados sobre Promoción de la Salud en Jóvenes Españoles. *Rev. Esp. Salud Pública*; 75 (6): 491-504 [En línea: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/home.htm>]

Institut für Therapieforschung. 1994. Expert Report on Primary Prevention of Substance Abuse. IFT Research Report Series. Vol. 60. Munich: IFT Institut für Therapieforschung.

IUHPE (International Union for Health Promotion and Education). 2002a. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en la Nueva Europa. Parte Uno: Documento Base. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

IUHPE (International Union for Health Promotion and Education). 2002b. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en la Nueva Europa. Parte Dos: Libro de Evidencias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Jhonson CA, *et al.* (1990) The relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high risk and low risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58:4047-4056.

Kazdin AE. 1987. Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. *Psychol Bull*, 102: 187-203.

Kumpfer KL, DeMarsh J. 1985. Family environmental and genetic influences on children's future chemical dependency. *J Child Contemp Soc Adv Theory Appl Res*, 18(1/2): 49-92.

March Cerdá M y Orte Socías C. 1994. Revisión de los programas de prevención de las drogodependencias en España: un análisis desde IDEA-Prevención. *Boletín IDEA-Prevención*, 9 (Julio-Diciembre 1994): 77-83.

Martínez Higuera IM. 2001. Diseño de programas: aspectos teóricos y prácticos. Ponencia. Jornadas Regionales de Prevención de Drogodependencias. 4º Encuentro de Técnicos Municipales. Archena, Murcia. España. *No publicado*.

NIDA. 1997a. Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide. Rockville: National Institute of Health. [En línea: <http://165.112.78.61/Prevention/Prevopen.html>]

NIDA. 1997b. Drug Abuse Prevention: What Works. Rockville: National Institute of Health.

NIDA. 1998. Prevención del Consumo de Drogas entre Niños, Niñas y Adolescentes. Observatorio Vasco de Drogodependencias.

NIDA. 1999. Principles of Drug Addiction Treatment. A research-based guide. Rockville: National Institute of Health.

[En línea: <http://165.112.78.61/PODAT/PODATIndex.html>]

Oetting ER, Donnermeyer JJ, Plested BA, Edwards RW, Kelly K y Beauvais F. 1995. Assessing community readiness for prevention. *International Journal of Addiction*, 30(6): 659-683.

OEA/CICAD. 2001. IV Reunión de Expertos sobre Reducción de la Demanda. Informe final.

[En línea:

http://www.cicad.oas.org/es/reduccion_de_la_demanda/documentos/GrupoExpertos/Grupoexpertos.htm]

OEA/CICAD. 1997. Nuevas tendencias en prevención de drogas. Simposio Interamericano sobre prevención del uso indebido de drogas. CICAD: San José de Costa Rica, 19 al 22 de mayo 1977. [En líneas:

http://www.cicad.oas.org/es/reduccion_de_la_demanda/documentos/DocumentosA/nuevastendencias.pdf]

OPS/CICAD/OEA. 1999. Normas de atención para el tratamiento de la dependencia de las drogas. Una experiencia en las Américas. Guías y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas. [En línea:

http://www.cicad.oas.org/es/reduccion_de_la_demanda/Normas/documentos.htm]

Pentz MA, Mackinnon DP, Dwyer JH *et al.* 1989. Longitudinal effects of the Midwestern Prevention Project on regular and experimental smoking in adolescents. *Preventive Medicine* , 18:304-321

Salvador Llivina, T., Martínez Higuera, I.M. 2002. De la magia a la evidencia: desarrollo de las actuaciones preventivas en España. En: *Sociedad y Drogas: una Perspectiva de 15 años*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Tobler, N., 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.

Tobler, N.S. 1992. Drug Prevention Programs Can Work: Research Findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11(3): 1-28.

Tobler, N.S., *et al.* 2000. School-based Adolescent Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20 (4): 275-336.

Tobler, N.S. 2001. Prevention is a two-way process. *Findings*, Issue 5, Summer 2001, pp. 25-27.

UNDCP/ONU. 2001, Informe Mundial sobre Drogas, 2000. [En línea : http://www.odccp.org/world_drug_report.html]

WESTCAPT (Western Center for the Application of Prevention Technologies). 2002. Building a Successful Prevention Program [En línea: <http://www.open.org/~westcapt/>]

Anexos

1. CUESTIONARIO UTILIZADO PARA EL ESTUDIO

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA INTERVENCIÓN CON MENORES Y SUS FAMILIAS EN LAS ORGANIZACIONES DE LA RIOD

Nombre oficial del programa y localización (*escriba nombre, ciudad y municipio*):

Nombre Descriptivo (*escriba brevemente una definición descriptiva del programa*):

Organización responsable del programa:

Persona de contacto (*Teléfono con códigos acceso internacional, e-mail...*):

1. Contexto de aplicación del programa:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Guardería/escuela infantil | <input type="checkbox"/> | Participan los padres? | <input type="checkbox"/> |
| Escuela Primaria | <input type="checkbox"/> | Participan los padres? | <input type="checkbox"/> |
| Escuela Secundaria | <input type="checkbox"/> | Participan los padres? | <input type="checkbox"/> |
| Hogar familiar | <input type="checkbox"/> | Centro comunitario de barrio /calle | <input type="checkbox"/> |
| Lugares de ocio /tiempo libre | <input type="checkbox"/> | Centro de tratamiento /rehabilitación | <input type="checkbox"/> |
| Otros : | _____ | | |

2. Agentes de cambio que participan en el programa:

- Profesores /maestros Profesionales Padres o tutores Otros familiares
Otros: _____

3. Grupo de edad de los niños /adolescentes a los que se dirige la intervención: de ___ a ___ años

4. Justificación:

Describa brevemente la situación inicial, antes de poner en marcha esta intervención, cómo se llegó a establecer su necesidad, características especiales y otras informaciones breves que ayuden a comprender los principios del programa (máximo 500 caracteres)

5.a. Objetivo principal (elija sólo una opción):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alternativas al consumo de drogas | <input type="checkbox"/> Modificar la conducta de consumo de drogas |
| <input type="checkbox"/> Desarrollar habilidades personales y/o sociales | <input type="checkbox"/> Participación de la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Información /concienciación | <input type="checkbox"/> Promoción de la salud |
| <input type="checkbox"/> Medidas estructurales o normativas | <input type="checkbox"/> Tratamiento de la dependencia a drogas |
| Otros : | _____ |

5.b. Objetivo secundario principal (elija sólo una opción):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alternativas al consumo de drogas | <input type="checkbox"/> Modificar la conducta de consumo de drogas |
| <input type="checkbox"/> Desarrollar habilidades personales y/o sociales | <input type="checkbox"/> Participación de la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Información /concienciación | <input type="checkbox"/> Promoción de la salud |
| <input type="checkbox"/> Medidas estructurales o normativas | <input type="checkbox"/> Tratamiento de la dependencia a drogas |
| Otros : | _____ |

6. Modelo teórico que inspira el programa (elijá sólo una opción):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ambiental-Ecológico | <input type="checkbox"/> Marco de referencia propio |
| <input type="checkbox"/> Actitudes-Acción Razonada (Fishbein-Ajzen) | <input type="checkbox"/> Influencia social (Bandura) |
| <input type="checkbox"/> Conducta Problema /riesgo (Jessor) | <input type="checkbox"/> Influencia triádica (Flay-Petraitis) |
| <input type="checkbox"/> Conocimiento de drogas (cognitivo) | <input type="checkbox"/> Modelo evolutivo (Kandel, DiClemente) |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo social (Catalano, Hawkins) | <input type="checkbox"/> Promoción de la Salud (OMS) |
| <input type="checkbox"/> Habilidades para la vida (Botvin) | <input type="checkbox"/> Reducción de Daños |
| <input type="checkbox"/> Influencia de iguales /imitación | |

Otros : _____

7a. Duración: ____ años, ____ meses

7.b. Intensidad: n° de sesiones: ____ por mes *(marcar una de estas tres opciones)*
 año
 duración total del programa

8. Materiales utilizados:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Originales del programa | <input type="checkbox"/> Adaptados del original |
| <input type="checkbox"/> Desarrollados para esta aplicación | <input type="checkbox"/> No se utiliza material específico |

9. Actividad principal del programa (elijá sólo una opción):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> artísticas, musicales, creativas... | <input type="checkbox"/> formación de padres o mediadores |
| <input type="checkbox"/> consejo y apoyo | <input type="checkbox"/> formación laboral |
| <input type="checkbox"/> consumo de comidas y bebidas saludables | <input type="checkbox"/> información /educación |
| <input type="checkbox"/> creación de juegos | <input type="checkbox"/> organización actos culturales, sociales... |
| <input type="checkbox"/> deportivas, de aventura... | <input type="checkbox"/> publicaciones |
| <input type="checkbox"/> edición revista divulgativa | <input type="checkbox"/> talleres y seminarios |
| <input type="checkbox"/> elaboración material didáctico | <input type="checkbox"/> teatrales |
| <input type="checkbox"/> elaboración material informativos: folletos... | <input type="checkbox"/> terapia familiar |
| <input type="checkbox"/> entrega de material informativo | <input type="checkbox"/> terapia de grupo |
| <input type="checkbox"/> entrenamiento en habilidades | <input type="checkbox"/> tratamiento integral |
| <input type="checkbox"/> fiestas | <input type="checkbox"/> tratamiento médico |
| | <input type="checkbox"/> tratamiento psicológico individual |

Señalar otras actividades: _____

10. Nivel de concreción del programa:

- estandarizado por sesión, grupo de edad, tema, etc.
 líneas generales de actuación

Otros : _____

11. Evaluación :

- de resultados con referencia a algún tipo de control
 de resultados sin contraste con un control
 sólo evaluación de proceso
 no se realiza evaluación

12. Indicadores :

Listar las variables que sirven como indicadores para evaluar los logros de los objetivos indicados en el ítem 5

13. Resultados :

Escribir brevemente los resultados de la evaluación, seguimiento o cualquier conclusión del programa

14. Cobertura (elija la opción que se ajuste al tipo de programa):

Nº de alumnos o menores participantes : _____ Nº de familias /padres participantes : _____

Nº de escuelas en las que se aplica el programa : _____ Nº de hogares en los que se aplica el programa : _____

Número de maestros u otros mediadores formados para la aplicación del programa : _____

15. Sírvase utilizar este espacio para sugerencias o comentarios adicionales (máximo 350 caracteres)

2. ONGS DE LA RIOD PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

ONG Y PAÍS POR NODOS	Nº programas	No tiene programas de los que se solicitan	Observaciones
NODO SUR			
Anpuy (Argentina)	1		
Convivir (Argentina)	1		
Proyecto Cambio (Argentina)	1		
Fundación Aylén (Argentina)	1		
Asociac.Prog.Cambio (Arg.)	2		
Celin (Bolivia)	-	X	
Cese (Bolivia)	1		
Seamos (Bolivia)	3		
Apot (Brasil)	1		
Desafío Jovem (Brasil)	1		
Ancora (Chile)	1		
La Caleta (Chile)	1		
Prever (Paraguay)	1		
El Abrojo (Uruguay)	3		
NODO ANDINO			
Caminos (Colombia)	3		
Hogares Claret (Colombia)	5		
Fundación Ayuda (Ecuador)	1		
Cedro (Perú)	2		
Centegrupo (Venezuela)	-		No adjunta el archivo con el cuestionario
Prevención Alternativa (Venez.)	1		
NODO CENTROAMÉRICA Y CARIBE			
Vida y Sociedad (Costa Rica)	1		
Fundasalva (El Salvador)	1		
Fundaremar (Guatemala)	1		
El Caracol (Méjico)	1		
Sinergia (Nicaragua)	1		
Cruz Blanca Panameña (Panamá)	1		
Casa Abierta (Rep.Dominicana)	1		
Pastoral Juvenil (Rep. Dominic.)	-		No adjunta el archivo con el cuestionario
NODO ESPAÑA			
Arco Iris	3		
Carpe Diem	-	X	
Ceps	-	X	
Cruz Roja	-	X	
Deporte y Vida	1		
Edex	1		
Proyecto Hombre	1		
UNAD	-	X	
Socidrogalcohol	1		
TOTALES	44	5	