

LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA: EL PAPEL DE LOS PSICÓLOGOS

PREVENTION OF DRUG ABUSE IN SPAIN: THE ROLE OF PSYCHOLOGISTS

Sonia Moncada Bueno * y Ana Palmerín García **

**Jefa del Área de Prevención. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Jefa de Sección de Programas de Prevención. Instituto de Adicciones. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.*

El presente artículo trata de analizar el papel de la psicología y los psicólogos en el campo de la prevención de las drogodependencias. Para ello, proponemos un repaso de la evolución de este campo de trabajo en España, resaltando algunas de las contribuciones hechas por psicólogos que han propiciado la mejora del conocimiento y la práctica. Posteriormente, trataremos de definir el rol que deberían desempeñar los profesionales de nuestro sector en la prevención y las exigencias formativas que ello conlleva.

Palabras clave: *Psicología, psicólogos, aportaciones, prevención de drogodependencias, formación, España*

This article intends to analyse the role of Psychology and psychologists in the field of drug prevention. To do so, the development of this issue in Spain is reviewed, highlighting some of the main contributions made by the Spanish psychologists in order to improve the expertise and the practice in the field. Lastly, the authors try to define the role that the professionals in the sector should play in drug prevention, as well as the requirements in training that it involves.

Key words: *Psychology, psychologists, contributions, drug prevention, training, Spain.*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años nuestra sociedad viene sufriendo profundos cambios en numerosos y relevantes aspectos: las relaciones y estructura familiar, los valores predominantes, las diferentes variables culturales interrelacionadas, las nuevas tecnologías y sus novedosas formas de aprendizaje, los distintos códigos de comunicación interpersonal, etc. Estos factores de naturaleza sociocultural dibujan contextos inéditos con los que el individuo debe relacionarse de la manera más adaptativa posible.

El consumo de drogas es uno de los nuevos problemas a los que se enfrenta nuestra sociedad y un reto para el que, hasta hace relativamente poco tiempo, no una había respuesta clara. La prevención de las drogodependencias también es nueva, como lo es de hecho el campo de la prevención en general, y es tan sólo en la última década cuando ha recibido un verdadero impulso para su desarrollo, al menos en España y en Europa.

Esta estrategia de intervención ha ido ganando su espacio, entre otras alternativas, en el abordaje de ésta y otras problemáticas en las que la conducta humana juega un papel central. Este hecho ha surgido de manera progresiva, a medida que se ha ido generando un cuerpo de evidencias sobre los que basar sus actuaciones.

A la construcción de este cuerpo de conocimientos contribuyen, además de la psicología, otras disciplinas como la antropología, la sociología, la epidemiología, la estadística, las ciencias políticas, medicina preventiva, etc. Cada una de estas disciplinas aporta elementos importantes para la comprensión del fenómeno y el desarrollo de estrategias de intervención, pero indudablemente la psicología ha jugado y juega un papel central en todo este proceso.

El conocimiento, que desde la psicología se establece, tanto del origen y mantenimiento de la conducta como de las variables que la determinan y la predicen, la proveen de un protagonismo que no debemos desestimar, aprovechando nuestra posición central para modificar no sólo los comportamientos, individuales y/o grupales, sino también los contextos y las organizaciones donde se desarrollan.

Pero ¿qué han aportado la psicología y los psicólogos a la prevención?, ¿qué supone la prevención como nuevo campo de trabajo para el psicólogo? Estas son las cuestiones que nos planteamos en la elaboración de este artículo y sobre las que trataremos de ofrecer algunas ideas que sirvan para dibujar el espacio el rol futuro de nuestra profesión en este ámbito.

Para su abordaje, comenzaremos haciendo un repaso de la evolución de la prevención en España y el papel desempeñado por los psicólogos en la misma. Posteriormente, trataremos de analizar el papel de los psicólogos en

Correspondencia: Sonia Moncada. *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. c/ Recoletos, 22. 28001 Madrid. España. E-mail:* smoncada@msc.es

cada una de las áreas y ámbitos de trabajo de la prevención. Por último, haremos un intento por dibujar un perfil profesional del psicólogo, dedicado a la prevención, que pueda servir de orientación a la hora de determinar la formación necesaria para ejercer su trabajo en este área.

REVISIÓN HISTÓRICA DE LA PREVENCIÓN EN ESPAÑA Y SUS IMPLICACIONES EN EL PAPEL DE LOS PSICÓLOGOS

Trataremos de hacer un recorrido histórico de la prevención en España, dividido en tres décadas, aproximadas, en el que pondremos de relieve algunos de los acontecimientos más significativos, sin intención de ser exhaustivos, resaltando las contribuciones de los psicólogos en esta trayectoria.

Primera etapa: los ochenta

El fenómeno de las drogodependencias y su brusca irrupción en la sociedad española, hace ya casi tres décadas (a finales de los 70), provocó primero una importante respuesta social y más tarde, la elaboración de las primeras políticas de drogas por parte de la administración. Básicamente era un periodo en el que este sector no estaba aún profesionalizado y no se disponía de un cuerpo de conocimientos que sustentara la práctica.

En 1985 se crea el Plan Nacional sobre Drogas y a partir de aquí los planes autonómicos y municipales. Se trataba de un plan eminentemente centrado en la asistencia, a pesar de que el motivo de su elaboración es una moción del Congreso de los Diputados encaminada a la elaboración de un *Plan de prevención contra la droga que también contemple la reinserción social del toxicómanos*. Esto pone de manifiesto la sensibilidad política existente en aquellos momentos de impulsar la prevención. En el Plan recién elaborado se apostaba por una prevención inespecífica, es decir, dirigida a mejorar las condiciones de vida y prevenir la marginalidad. También aparecían algunos conceptos sobre la prevención que son mantenidos en la actualidad, tales como: la necesidad de coordinación, la participación ciudadana o la promoción de la salud como marco de las acciones de prevención de las drogodependencias.

En aquel momento se establecen una serie de prioridades en prevención, como son la elaboración de material didáctico para centros educativos, la formación a padres y profesores, la edición de publicaciones especializadas, el impulso de programas experimentales de prevención, la investigación sobre epidemiología y factores de ries-

go, la creación de servicios de información y orientación municipales y programas de cooperación social.

A pesar del interés, la realidad fue que en esta primera etapa prácticamente todos los recursos se volcaron en dar una respuesta asistencial a los casos de drogodependencias. La prevención se materializaba, muchas veces, en actividades aisladas en el entorno escolar y comunitario; actuaciones de asociaciones de barrios desfavorecidos, que veían el problema de cerca, y trataban de poner en marcha acciones preventivas en sus zonas dirigidas, fundamentalmente a prevenir el consumo de los menores; cursos de formación de mediadores (sin tener muy claro a quién se debía convocar) y una gran variedad de actividades esporádicas y puntuales. Se trataba de acciones muy poco fundamentadas, inespecíficas, poco estructuradas y basadas más en la intuición y el voluntarismo que en el conocimiento y la profesionalidad de los agentes implicados.

También, se comenzaron a establecer mesas de prevención comunitaria que servirían de modelo de referencia para el trabajo de entidades locales.

Poco a poco el sector de las drogodependencias se fue profesionalizando. Al mismo tiempo, surgían servicios asistenciales que dieron lugar a una importante red a la que se destinaban gran cantidad de recursos humanos y materiales.

La creación de los servicios asistenciales fue clave para el desarrollo de todo un cuerpo de conocimiento que creció de manera inductiva, es decir, desde la práctica a la teoría. El psicólogo jugó un importante papel dentro de estos servicios y, además de la clínica, comenzó a realizar otra serie de funciones, tales como la gestión, la coordinación y la planificación de estos servicios, empezando, así, a salir de su papel tradicional más centrado en la atención directa y el trabajo con el individuo.

Su implicación en la prevención era, en estos momentos, mucho menor que en la asistencia, entre otras cosas porque la demanda social era dar respuesta inmediata a la drogodependencia y a la alarma social que generaba, además era en esa área donde se le ofrecían oportunidades de trabajo estable.

Segunda etapa: los noventa

A principios de los noventa, una vez ya creada y consolidada la red asistencial, se empezaron a generar, dentro de los planes autonómicos y locales, servicios específicos de prevención donde no quedaba claramente definido el perfil profesional, al contrario que en el caso

de la asistencia donde el psicólogo tenía un rol muy determinado. Eso hizo que a este tipo de recursos pudieran acceder profesionales de muy diferentes campos; el psicólogo no consolidaba una posición clara en estos servicios y seguía dirigiendo sus intereses profesionales más hacia la tratamiento, donde sí tenía cabida y podía adaptarse más fácilmente.

A pesar de ello, los psicólogos solían formar parte de los equipos de prevención, bien trabajando en asociaciones -muchas veces de manera voluntaria- bien desde la propia administración realizando acciones tanto de prevención como de gestión.

En relación a la práctica preventiva, aunque se había mejorado metodológicamente, aún se realizaban una gran cantidad de acciones puntuales y esporádicas, con poco o ningún rigor científico, una deficiente planificación y casi total ausencia de evaluación sistemática, y ello junto con otros programas más estructurados y de mayor calidad.

A pesar de las deficiencias técnicas de los programas iniciales, lo cierto es que el ámbito de la prevención iba tomando poco a poco cuerpo y los profesionales empezaban a demostrar inquietud por mejorar sus conocimientos y actuaciones. El Colegio de psicólogos comienza en esta época a ofertar cursos sobre prevención y aparecen publicaciones en español que facilitan la transmisión del conocimiento.

Nace en esta etapa el sistema Idea-Prevención, que recoge y sistematiza la actividad preventiva que venía emergiendo en los últimos años. Este sistema cuenta también con un boletín específico que ayuda a la difusión del conocimiento en la materia.

Unido a estos factores, el ámbito escolar, que ya era reconocido como un contexto idóneo para desarrollar acciones preventivas, recibe un impulso con la aprobación de la LOGSE en 1990, que establece la transversalidad de la Educación para la Salud en la Escuela. Esta nueva ley favorece la sensibilidad del colectivo educativo sobre la necesidad de hacer prevención y gracias a ello se comienzan a desarrollar programas dirigidos a la escuela, cursos de formación del profesorado y actividades extraescolares relacionadas con la prevención.

Poco a poco las labores del psicólogo parecen perfilarse, incluyendo el diseño de programas (escolares, familiares, comunitarios), la aplicación y evaluación de programas, así como la formación de los mediadores y la elaboración de materiales.

También comienzan a introducir contenidos de preven-

ción en los estudios de experto y master sobre drogodependencias de diversas universidades españolas. Un porcentaje importante del alumnado de estos cursos eran psicólogos.

Pero el fenómeno ya había dejado de ser un problema que afectaba sólo a poblaciones marginales. El consumo aumentó en todas las capas sociales y se modificó en sus patrones: cambió no sólo el tipo de consumidor, sino las formas de consumo, las drogas utilizadas, los contextos y las edades de inicio. Los programas de prevención empezaron a diversificarse y a plantearse otros objetivos y con otras poblaciones (programas de ocio alternativo, de reducción de riesgos, de información y sensibilización a jóvenes).

A mediados de los 90 el Plan Nacional sobre Drogas elabora una Ponencia Técnica sobre los criterios de homologación de los programas preventivos. En ella se recogen una serie de requerimientos básicos para el diseño y planificación de programas, muchos de los cuales son en realidad genéricos, es decir, útiles para la planificación de cualquier programa, incluidos los de prevención (se dice, por ejemplo, que los programas preventivos tienen que estar adecuados a necesidades, definir objetivos, deben ser evaluados etc.) lo que pone de manifiesto la precariedad metodológica del sector aún.

En 1996, los Ministerios de Sanidad y Educación firman un Convenio para promover la Educación para la salud en la escuela y dentro de ese marco se realizan una serie de acciones de interés. Se realiza de una revisión de materiales de prevención de las drogodependencias en la escuela, encontrándose que hay más de 600 materiales escolares sobre el tema. También se pone en marcha una experiencia piloto de prevención escolar: la aplicación y evaluación del programa de Habilidades de Vida de G. Botvin que se caracteriza por ser un programa inspirado completamente en modelos de intervención y metodologías derivadas de la psicología que ya había demostrado su eficacia.

La prevención escolar se ha generalizado y ya en 1999 se contabilizan en España más de 40 programas escolares validados y aplicados por las Comunidades Autónomas (*PND, memoria 2000*). La actividad preventiva se va extendiendo también a otros ámbitos como: el familiar, laboral, medios de comunicación y ocio; diversifica sus estrategias con programas de ocio alternativo y de reducción de riesgos y se integran las nuevas tecnologías al campo de la prevención.

Tercera etapa: 2000

En el año 1999 se elabora la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, que actualiza y replantea las respuestas al fenómeno de las drogodependencias; primero porque el fenómeno ha cambiado muchísimo y segundo porque las respuestas también han evolucionado. En ella se destaca el papel prioritario que debe jugar la prevención en las políticas de drogas. Es ya evidente la necesidad de hacer políticas integrales de reducción de la oferta y de la demanda y de enmarcar la prevención en la promoción de la salud. En la redacción de esta estrategia se puede apreciar la evolución de la prevención, no sólo en cuanto a la generalización de la misma, sino a la mejora conceptual y metodológica que ha logrado.

En ella se plantea la necesidad de consolidar y generalizar de los programas de prevención universal y el necesario impulso a la prevención selectiva e indicada. Se llama la atención sobre la necesidad de mejorar la calidad de los programas aplicados; se diversifican los objetivos y también los ámbitos de actuación, entre los que se incluyen el ámbito recreativo el sanitario y el de los medios de comunicación.

Por otro lado, desde hace algunos años, hay una gran cantidad de literatura internacional sobre la prevención de las drogodependencias, pero rara vez trasciende a los profesionales debido a la falta de publicaciones y traducciones en español.

Quizás con motivo de esta carencia, aparecen importantes publicaciones escritas por psicólogos que ayudaron a trasladar todo un cuerpo de conocimientos teóricos y empíricos en esta materia. El libro sobre modelos teóricos de Elisardo Becoña (1999) es una pieza central y se convierte pronto en un referente necesario de la prevención en España. Aparece, además, mucha otra literatura de calidad: manuales para la intervención con menores o en espacios de ocio; guías para la planificación, catálogos de programas, etc. (Arbex, 2002; Salvador, 2002; González, Fernández Hermida y Secades, 2004;) y la mayoría de las veces son psicólogos quienes los elaboran.

En esta etapa siguen mejorando la calidad de las intervenciones. Sin embargo, aún hay grandes lagunas en el terreno de la práctica. Aunque se han establecido criterios claros de prevención se detectan todavía deficiencias metodológicas en el diseño de los programas que se aplican. Sólo se evalúa una mínima parte de lo que se hace, siguen aplicándose e invirtiéndose recursos en acciones y programas de dudosa efectividad y sin embargo, otros que la han demostrado desaparecen o son muy poco difundidos.

Todo esto pone en evidencia la brecha existente entre la teoría y la práctica, que da como resultado la dificultad a la hora de materializar las evidencias preventivas. Podríamos decir, sin miedo a equivocarnos, que se apuesta en la prevención pero se cree poco en ella.

Por otra parte la prevención no se ha desarrollado de la misma manera que la asistencia, con servicios estables y profesionales con funciones bien definidas. Aunque existen departamentos de prevención en los diversos planes de drogas, la práctica preventiva está casi siempre en manos de ONGs que dependen de subvenciones para funcionar.

En 2005 se publica la evaluación intermedia de la Estrategia Nacional sobre Drogas y se ponen en evidencia algunos déficit, que tratan de ser corregidos en el Plan de Acción 2005-2008. Entre los más importantes se destaca la necesidad de impulsar la prevención en el ámbito sanitario y en los medios de comunicación como medidas para hacer frente a las tendencias crecientes de consumo, relacionadas con las reducciones significativas en la percepción del riesgo que la población asocia al consumo de sustancias.

APORTACIONES DEL PSICÓLOGO EN LOS DISTINTOS ÁMBITOS DE LA PREVENCIÓN

Los psicólogos hemos comprendido, desde siempre, la importancia de su papel en el campo de las drogodependencias. El bagaje teórico-científico y flexibilidad que nos proporciona nuestra disciplina y todas sus áreas de estudio (clínica, educativa, comunitaria, social, etc) nos capacita ampliamente para desarrollar técnicas de intervención que tengan validez en diferentes entornos comunitarios, difundir nuestros conocimientos a otros agentes sociales, iniciar investigaciones que den soluciones a las diferentes problemáticas que abarcan las conductas adictivas, y, en definitiva, para detectar, difundir y generar los cambios sociales necesarios que posibiliten estilos de vida saludables (Bender, 1972, Silverman, 1978, Costa y López, 1986). En este panorama el psicólogo se presenta, junto a otros agentes sociales, como una figura fundamental capaz de modificar en influir en los entornos y en los propios individuos para favorecer el desarrollo de estilos de vida saludables.

Ya en 1986 el Colegio de Psicólogos publicaba una serie de artículos en Papeles del psicólogo (vol 4 nº 24; enero 1986) sobre nuestro rol en el campo de las adicciones. Precisamente en su editorial se nos avisaba de la necesidad de no cometer los mismo errores que otros sectores que no habían cuidado la fundamentación, la

calidad y consistencia de las intervenciones, apuntándose la necesidad de proponer, desde la psicología, criterios y estrategias que así lo garantizaran.

Realmente podemos decir, mirando atrás, que en todos estos años hemos jugado un papel importante en el desarrollo de la prevención y hemos hecho grandes aportaciones para su crecimiento. No sólo hemos aportado fundamentos teóricos relevantes, también hemos realizado investigaciones, asesoramientos útiles para el progreso de políticas y actuaciones generales; diseño de programas, aplicándolos y evaluándolos e incorporando instrumentos y técnicas que nos son propias. No debemos olvidar que hoy en día muchos programas, especialmente los educativos, están contruidos en base a criterios aportados desde la psicología.

Los psicólogos hemos logrado ubicarnos en posiciones que abarcan el continuo entre la teoría, la practica y la gestión de la prevención. Así, nos encontramos en la actualidad con psicólogos trabajando en prevención en las Universidades; en departamentos específicos de la administración central, autonómica y local; en el ámbito laboral, integrados en servicios de prevención; en asociaciones y ONGs, etc.

En definitiva, tanto su ubicación como su cualificación profesional le capacitan para realizar grandes aportaciones en la mejora del conocimiento y de la práctica preventiva, tales como:

- **La mejora de la calidad de las intervenciones:** los psicólogos tienen una formación que les capacita para diseñar y planificar programas de calidad, pasando a ser un garante del rigor metodológico de los programas. Su preparación de base le sirve para iniciar todas esas tareas, además de la gestión y coordinación de equipos debido a los conocimientos añadidos que le aportan los fundamentos teóricos de la psicología. Por otro lado, estos fundamentos primigenios nos proporcionan la visión necesaria para resolver futuras cuestiones que vayan surgiendo, aportándonos la flexibilidad suficiente para adaptarnos a nuevos retos.
- **Integración de conocimientos teoría-practica:** el psicólogo está en un lugar idóneo para combinar la información proveniente de la teoría y la practica, es decir, ocupar el lugar intermedio entre la investigación y la acción. Su trabajo, en colaboración con otras disciplinas, le permite tener en cuenta perspectivas y elementos cruciales que muchas veces son clave para el éxito de los programas. En definitiva, le permite adaptar los programas desde una pers-

pectiva ecológica. No olvidemos que en la actualidad éste es uno de los retos de la prevención: comprender por qué programas similares no dan los mismos resultados en distintos contextos de intervención. Asimismo, es necesario conocer las claves de las buenas prácticas. La Universidad debe escuchar a los profesionales que aplican los programas y conocen la realidad, así como los impedimentos que surgen en la aplicabilidad de los mismos; si no, corremos el riesgo de generar estupendos programas alejados de la comunidad.

- **Capacitación de profesionales de otros sectores:** muchas veces su labor consiste en que otros integren sus perspectivas y los elementos que las componen en sus planteamientos. Es el caso de la prevención escolar, donde trabajar junto con el profesorado es imprescindible; de los medios de comunicación, donde hay que colaborar y asesorar a profesionales de la información ; en el sistema sanitario; en las familias, etc. En todos estos casos, el psicólogo aporta sus conocimientos y sus técnicas para que sean aplicadas por otros.
- **Transferencia del conocimiento:** a pesar de que en los últimos años los psicólogos han realizado importantes esfuerzos en elaborar y difundir las evidencias en prevención, se debe insistir en este aspecto. Además, aún existe una gran cantidad de literatura internacional relevante que no se traduce o no se difunde lo suficiente.
- **Papel de referentes expertos:** en la situación actual hay una clara confusión de mensajes sobre drogas, que llegan a la población, a través de informaciones contradictorias; por otra parte también hay, entre los propios profesionales del campo, ambivalencia a la hora de optar por las mejores estrategias de intervención. Es necesario conseguir credibilidad y ocupar una posición de expertos en ambos sentidos, tanto de cara a la sociedad como al cuerpo de profesionales del sector.

Teniendo en cuenta todo lo dicho, propondremos a continuación algunos de los contenidos formativos, habilidades y retos que debe asumir el psicólogo para desarrollar adecuadamente éstas y otras funciones en el campo preventivo.

HACIA UN PERFIL DEL PSICÓLOGO QUE TRABAJA EN PREVENCIÓN

La prevención de drogodependencias ha supuesto un

cambio en el rol tradicional del psicólogo más centrado en el área asistencial. Hoy es asumido por todos que los programas de prevención se deben encuadrar dentro de la Promoción de la Salud (Plan Nacional sobre Drogas, 1985, 2000.), cuyas estrategias están dirigidas a modificar los entornos y los estilos de vida, entendiendo éstos como constelaciones de comportamientos más o menos organizados, complejos y estables, que están claramente condicionados por el entorno donde viven las personas (Costa y López, 1996). Esto implica que el psicólogo debe abandonar su rol clínico tradicional, adoptando un papel más activo, sin esperar pasivamente que los problemas acudan a él e implicándose, inexcusablemente, con la colectividad objeto de su intervención para dar respuesta a las necesidades y demandas detectadas.

Por otro lado, la propia complejidad del fenómeno le exige tener una perspectiva mucho más global de los problemas que aborda, no tan centrada en el sujeto, obligándole a intervenir en distintos niveles que van desde la elaboración teórica y la investigación, al asesoramiento de políticas de intervención, la formación, el diseño de programas, la aplicación directa de los mismos y su evaluación, tal y como se ha descrito.

Esta complejidad le fuerza a trabajar entre diferentes disciplinas con las ventajas e inconvenientes que esto conlleva. Entre las ventajas más determinantes destaca la posibilidad de dar respuestas integrales y ajustadas a estas problemáticas, aumentando la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones diseñadas. Sin embargo, el trabajo interdisciplinar implica un mayor esfuerzo de concreción a la hora de definir las funciones de los diferentes profesionales implicados, una formación más global pero al mismo tiempo más específica, que nos aporte un marco de referencia desde el que guiarnos, y un lenguaje común a través del cual diseñar nuestras intervenciones.

Debemos evitar, en la medida de lo posible, dos de los fallos más comunes que pueden darse en el desarrollo de la labor interdisciplinar: la mera suma de funciones, que nos aleja de la globalidad de la acción emprendida; y el solapamiento de tareas, que nos aboca a una confusión en la metodología y, por ende, al desconcierto entre la población a la que nos dirigimos.

Para realizar con éxito estas tareas, el psicólogo debe conocer una serie de elementos, teóricos y prácticos, que le permitan llevar a cabo con éxito su trabajo. Ya en la creación del Plan Nacional sobre Drogas se apuntaba (PND, 1985) la necesidad de asegurar la correcta formación en drogodependencias, incluida la prevención, a los estudian-

tes de las disciplinas relacionadas más directamente con este ámbito (sanitarios, educadores sociales, sociólogos, psicólogos...); al igual que apoyar los esfuerzos encaminados a la actualización y reciclaje de los profesionales ya en ejercicio. En la consecución de estos objetivos, la labor de los diferentes colegios profesionales y los planes de estudio de las universidades son fundamentales.

Actualmente todos los colegiados estamos al tanto del riesgo que, para la adecuación formativa y la práctica de nuestra profesión, suponen las propuestas del MEC (Ministerio de Educación y Ciencia) sobre el desarrollo de los estudios de psicología. Éste no prevé que tanto el Grado como los Master en psicología cuenten con directrices propias, lo que no garantizará una formación adecuada y homogénea de los futuros psicólogos. Sin embargo, al margen de esta polémica y confiando en que haya soluciones que garanticen los objetivos de idoneidad y homogeneidad, creemos que es conveniente que la formación del psicólogo abarque diferentes aspectos si queremos que se presente como una profesión competitiva en el ámbito de la prevención de drogodependencias. Entre estos contenidos sugerimos los siguientes:

- Bases teórico- prácticas de la promoción de la salud y la prevención de las drogodependencias: conocimientos sobre los modelos teóricos explicativos del consumo, sobre factores de riesgo y protección y sobre las diferentes estrategias preventivas de promoción y educación de la salud.
- Conceptos teóricos relativos a las drogas y las drogodependencias, así como conocimientos sobre las sustancias, sus características, efectos y riesgos ; sobre los distintos perfiles de consumidores y las tendencias de consumo.
- Conocimiento sobre planificación y evaluación de programas.
- Conocimiento sobre investigación aplicada y metodología científica.
- Información sobre los programas y recursos existentes en prevención.
- Comprensión de los elementos que determinan la toma de decisiones en políticas de salud para lograr que éstas tengan en cuenta la evidencia.
- Marco legislativo sobre drogas.
- Técnicas de transmisión de la información científica, fundamentalmente la dirigida a la población y a otros profesionales.
- Nociones sobre las diferentes opciones de tratamiento y la evidencia sobre su efectividad.

- Comprensión de las diferentes etapas evolutivas para adaptar los programas a las edades de los destinatarios.
- Habilidades y estrategias para el trabajo individual, grupal y comunitario ajustadas a los distintos niveles de prevención: universal, selectiva e indicada.
- Coordinación y motivación de equipos de trabajo.

Estos contenidos deberían materializarse y garantizarse tanto en los estudios de grado, como los de postgrado y master haciendo énfasis, en unos u otros aspectos, en función de la ubicación profesional.

Sin embargo, en el caso de los psicólogos que trabajan en programas selectivos e indicados, es necesario tener en cuenta ciertos aspectos:

Tradicionalmente el psicólogo ha desarrollado primordialmente su trabajo de manera más eficaz en contextos de intervención controlados, donde el individuo acude, con más o menos reparos, a manifestar un malestar que le impide desarrollar su vida cotidiana de una manera satisfactoria. En estos entornos los límites de la relación terapéutica se establecen con cierta facilidad. Nuestra comunicación verbal y no verbal, nuestra condición de expertos, incluso la separación física que permite el propio mobiliario entre ese individuo y nosotros facilitan dichos límites. A nuestro servicio o consulta acude, a solicitud nuestra y siempre que es posible, su familia, pareja, amigos, etc. En definitiva, estamos en nuestro terreno.

En la prevención en general, y en el ámbito de la población en riesgo en particular, el psicólogo se sitúa ante el reto de intervenir con subgrupos de población que no manifiestan ninguna necesidad de nuestros servicios, donde nuestra condición de expertos no queda reflejada por un título colgado en la pared, donde los códigos y canales de comunicación son desconocidos, en muchas ocasiones, por nosotros y donde el entorno nos exige una mayor implicación y compromiso, dificultando la delimitación de nuestro rol profesional. Estamos en su terreno.

Debido a los elementos que componen este ámbito, la formación del psicólogo va a requerir de un especial entrenamiento, tanto a nivel de conocimientos como de habilidades, basada fundamentalmente en los principios de la prevención pero encuadrada dentro de un panorama más amplio donde confluyan: la psicología educativa, evolutiva, social, comunitaria, clínica... En este área, tan importante es conocer y actualizar los principios por los que se rige la adquisición del comportamiento adictivo como saber qué conocimientos queremos transmitir, las estrategias que permiten un mejor aprendizaje y afirma-

ción de los mismos, cómo modificar el entorno para facilitar la ejecución de comportamientos saludables, qué condicionantes evolutivos, culturales o de género rigen su comportamiento o cómo posibilitar cambios en los individuos, entre otros aspectos.

En este terreno debemos abandonar prácticas inmovilistas, captando activamente a la población, analizando sus necesidades, conociendo in situ cómo se relaciona con su entorno y cómo éste, a su vez, determina el desarrollo o inhibición de comportamientos saludables y la aplicabilidad real de los programas que diseñemos. Para realizar estas tareas, el compromiso e implicación con las mismas es fundamental, ya que tradicionalmente estos subgrupos de población se mueven en contextos poco incentivadores, donde la relación existente entre expectativas y resultados es claramente insatisfactoria, promoviendo comportamientos de rechazo y desconfianza ante todo lo que proviene de elementos ajenos a su grupo natural, fundamentalmente si las respuestas provienen de servicios institucionales.

CONCLUSIONES

A pesar de que la prevención es un campo de conocimientos relativamente reciente en España, en los últimos años ha adquirido una base científica y empírica de importancia. A este desarrollo han contribuido diferentes disciplinas, permitiendo generar un campo de conocimientos, científicos y técnicos, que mejoran y enriquecen un área tan íntimamente relacionada con variables personales y sociales que difícilmente pueden fragmentarse. Este enriquecimiento ha facilitado el abandono de modelos reduccionistas que se mostraban ineficaces en el planteamiento y comprensión de las adicciones.

Nuestra pretensión a lo largo de este artículo ha sido describir, de forma general, cómo los psicólogos han contribuido de manera muy especial al crecimiento y consolidación de la prevención a lo largo de los distintos periodos por los que ha pasado el campo de las drogodependencias en nuestro país. Sus aportaciones han quedado reflejadas en diversas vertientes donde alcanzan las cotas más eficaces, destacando: la investigación y desarrollo de modelos teóricos donde sustentar las acciones; la alianza, por su ubicación, entre la teoría y la práctica, adaptando los programas a las diferentes realidades sociales y asumiendo su rol de experto; difusión del conocimiento y formación; incorporación de sus estrategias y metodologías con el fin de ser utilizadas por otros profesionales. Todo ello sin olvidar el papel que desempeñan en la gestión y coordinación de recursos.

Podemos afirmar, por tanto, que actualmente los psicólogos disponen de un bagaje de conocimientos y experiencias que les permiten desarrollar con gran calidad programas preventivos.

Dada la complejidad del fenómeno que nos ocupa y las posibilidades de intervención que nos permiten nuestra disciplina, tal y como hemos referido, al psicólogo se le exige tener una visión más amplia, no tan centrada en el individuo, asumiendo su papel en distintos niveles que van desde la elaboración teórica, metodológica y práctica de las acciones preventivas hasta la formación y asesoramiento de políticas de intervención. Para ello es necesario diseñar planes de formación y actualización globales y homogéneos, tanto de grado, postgrado y master, que garanticen su capacitación y consolidación de roles. Esta formación debe abarcar no sólo aspectos teórico-prácticos meramente preventivos, sino también conocimientos globales (legislativos, educativos, farmacológicos, asistenciales, etc.) aportados por otras áreas.

La necesidad de abandonar posturas excesivamente tradicionales en el abordaje de la prevención e implicarnos en la comunidad con la que trabajamos, queda ampliamente reflejada, también, en el diseño y aplicación de los programas dirigidos a colectivos en riesgo, donde otras disciplinas ocupan posiciones para las que todavía no parece que estemos preparados. Sólo de este modo podremos abordar sus problemáticas desde perspectivas más ecológicas, modificando no sólo los comportamientos individuales sino propiciando los cambios sociales necesarios para su desarrollo

No queremos finalizar esta reflexión sin animar a todos los psicólogos, que intervienen en prevención, en el desarrollo de tareas de transmisión de conocimientos y experiencias al resto de la comunidad (científica y social), participando en publicaciones, jornadas, etc., e incluso creando Comités Científicos que consoliden nuestra posición en este ámbito.

REFERENCIAS

Arbex, C. (2002). *Guía de Intervención: Menores y consumos de drogas*. Madrid: ADES.

Bender, M. P. (1972). *The role of a community psychologist*. *Bull. Sr. Psychol. Soc.*, 25, 211-218.

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M.A., Bohrn, K., Hakkarainen, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P. & Zavatti, P. (2001) *Risk and control in the recreational drug culture*. *Sonar Project*. Palma de Mallorca: Irefrea España.

Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS). (2002). *Catálogo de Programas de Prevención (1 y*

2). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo. Agencia Antidroga.

Costa, M y López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.

Costa, M y López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide

Chacón, F. (1987). El papel del psicólogo en los equipos de Intervención Social. *Papeles del Psicólogo*, 31, 47-49.

González, A; Fernández, J.R.; Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

L.O.G.S.E. *Ley 1/1990 de 3 de Octubre* (B.O.E. de 4 de Octubre de 1.990. http://www.mec.es/mecd/atencion/educacion/hojas/E_SistemaEduc/e-1-4.htm.

Luengo, M.A. et al. (1999) *La prevención de consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Mº. Educación y Ciencia, Mº. Sanidad y Consumo; Mº. del Interior.

Martín, E. (2000). Psicología y drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro. El papel del psicólogo en los equipos de Intervención Social. *Papeles del Psicólogo*, 77, 3-12.

Plan Nacional sobre Drogas. (1999). *La prevención de las drogodependencias; análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas. (2000). *Estrategia Nacional 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas (2001). *Memoria 2000*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas. (2005). *Evaluación intermedia de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2005-2008. Plan de Acción 2005-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Salvador, T. (2000). Avances y retos en prevención del abuso de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.

Silverman, W. H. (1978). Fundamental role characteristics of the community psychologist. *Journal of Community Psychology*, 6, 207-215.

Sloboda, Z.; Bukoski, W. (ed), (2003). *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice*. New York: Kluwer Academia/plenum Publishers.

Stockwell, T. Et al (ed). (2005). *Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice*. Chichester, UK: Wiley.

Vega, A. (1986) La formación del psicólogo ante las drogas: una urgencia. *Papeles del Psicólogo*; enero 1986; vol. IV; nº 24. Colegio Oficial de Psicólogos.