



**Documento
Estratégico
sobre
Alcohol y
Menores
de Castilla y
León**

**Consejo Asesor en materia de
drogodependencias**

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| I. Introducción..... | 1 |
| II. Análisis de la situación del consumo de alcohol y de sus consecuencias en menores de edad de Castilla y León | 4 |
| 1.- Encuesta escolar (Estudes, 2010)..... | 4 |
| 2.- Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de alcohol en jóvenes | 10 |
| 3.- Conclusiones..... | 11 |
| III. Revisión de la evidencia sobre la prevención del consumo de alcohol y de otras drogas | 13 |
| 1.- Prevención escolar..... | 13 |
| 2.- Prevención familiar..... | 16 |
| 3.- Estrategias de regulación y control..... | 18 |
| 4.- Intervención comunitaria | 19 |
| 5.- Conclusiones..... | 22 |
| IV. Objetivos y acciones de mejora | 24 |
| 1.- Ámbito educativo..... | 24 |
| 2.- Ámbito familiar..... | 27 |
| 3.- Ámbito comunitario..... | 30 |
| 4.- Ámbito de control y cumplimiento de la Ley | 32 |
| 5.- Adaptaciones a la zona rural para promover la realización de las acciones planteadas | 33 |
| 6.- Ámbito de la investigación y evaluación | 36 |
| 7.- Anexos | 37 |
| V.- Seguimiento y evaluación..... | 46 |
| 1.- Indicadores generales de evaluación de la estrategia de intervención..... | 46 |
| 2.- Indicadores de evaluación de los objetivos y de las acciones..... | 46 |
| VI.- Referencias bibliográficas..... | 51 |

I. INTRODUCCIÓN

En la decimoquinta reunión plenaria del Consejo Asesor en materia de drogodependencias de Castilla y León, que tuvo lugar el 27 de abril de 2012, se acordó iniciar un debate sobre política de drogas centrado en el consumo de alcohol en menores de edad. Para ello se constituyó una comisión técnica formada por profesionales con experiencia pertenecientes a entidades que forman parte del consejo y que tienen una implicación más directa con el problema de alcohol y menores.

La comisión técnica recibió el mandato de elaborar un documento estratégico con líneas concretas y evaluables de actuación basadas en la evidencia científica, que mejore la situación actual del consumo de alcohol en los menores de edad de Castilla y León.

El Consejo asesor también acordó que el documento sería debatido, y aprobado en su caso, en sesión plenaria, para trasladarlo posteriormente al ámbito provincial, donde, con el impulso y coordinación de los Delegados Territoriales de la Junta de Castilla y León, con el apoyo de los Departamentos Territoriales de Familia e igualdad de Oportunidades y de las Secciones de Drogodependencias, fuera enriquecido y adaptado a la realidad local, potenciando así la implicación y respaldo social al desarrollo de sus conclusiones. Asimismo, el consejo acordó que se realizará un seguimiento y evaluación de las líneas de actuación aprobadas, incluyendo las más efectivas o prometedoras en el futuro Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León.

La comisión técnica que ha elaborado la presente propuesta de Documento estratégico sobre alcohol y menores en Castilla y León ha estado compuesta por los siguientes miembros:

Coordinadores:

- Martínez González, Fernando. Coordinador de Servicios del Comisionado Regional para la Droga.
- Redondo Martín, Susana. Jefa del Servicio de Evaluación y Prevención del consumo de drogas. Comisionado Regional para la Droga.

Comisionados:

- Calvo Sánchez, Antonio. Jefe de la Sección de Salud Pública del Ayuntamiento de Salamanca.
- Chamorro González, María del Mar. Coordinadora del Plan Provincial sobre Drogas de la Diputación Provincial de León.
- Fernández Portugal, Mercedes. Secretaria Técnica de la Confederación de Federaciones de Asociaciones de Padres de Alumnos de Centros Públicos de Enseñanza de Castilla y León (CONFAPACAL).
- García Aller, Jesús. Inspector Jefe del Cuerpo Nacional de Policía. Delegación del Gobierno de España en Castilla y León.

- García Crespo, Francisco Javier. Gerente de la Agrupación de Hosteleros de Segovia.
- López Martín, Roberto Carlos. Presidente del Consejo de la Juventud de Castilla y León.
- Lourenço Núñez, Emma. Técnico de drogodependencias del Ayuntamiento de Salamanca.
- Macías Rodríguez, Ana. Directora de prevención de la Fundación Aldaba – Proyecto Hombre de Valladolid.
- Martín Coca, Abdón. Ascare – Cáritas de Castilla y León.
- Redondo Blázquez, Eva. Técnico de drogodependencias de la Unión General de Trabajadores de Castilla y León.
- Silvano Toquero, José Javier. Jefe de Sección de Orientación de la Dirección General de Innovación Educativa y Formación del Profesorado.
- Vega García, César. Técnico del Secretariado de Asuntos Sociales de la Universidad de Valladolid.
- Vega González, Inés. Técnico del Departamento de drogodependencias de Comisiones Obreras de Castilla y León.
- Velasco Rey, Ángel. Secretario de la Federación de alcohólicos rehabilitados de Castilla y León (FARCAL).

La comisión técnica ha mantenido cinco reuniones presenciales, tres de ellas dedicadas monográficamente a debatir aspectos concretos del documento como la captación de familias para participar en los programas de prevención, la promoción de ocio de bajo riesgo, la participación de los iguales en los programas acreditados de prevención, la creación de alianzas comunitarias y la adaptación de las acciones propuestas al ámbito rural. Asimismo, ha constituido subgrupos para hacer propuestas de mejora en distintos ámbitos de actuación; ha intercambiado por correo electrónico publicaciones, documentos técnicos y propuestas de trabajo; ha realizado reuniones preparatorias entre algunos miembros y ha efectuado consultas a otras instituciones que no formaban parte de la comisión.

Los trabajos de la comisión técnica han seguido una secuencia lógica que tiene su reflejo en el orden de las secciones del documento estratégico.

En primer lugar, ha analizado la situación epidemiológica del consumo de alcohol y de sus consecuencias en los menores de edad de Castilla y León, al tiempo que ha revisado las actuaciones que actualmente se están llevando a cabo, identificando sus debilidades y fortalezas.

En segundo lugar, ha realizado una completa y actualizada revisión de la evidencia científica existente sobre la prevención del consumo de alcohol y de otras drogas, especialmente en menores de edad.

A continuación ha identificado objetivos de mejora, y teniendo en cuenta el análisis de la situación y la revisión de la evidencia científica, ha formulado acciones concretas y evaluables para alcanzar dichos objetivos.

Finalmente, ha definido un procedimiento de seguimiento y evaluación del documento, definiendo indicadores objetivos y fuentes fiables de información.

Resultado de todo ello es el presente documento estratégico que se estructura en seis secciones:

- Sección 1. Introducción
- Sección 2. Análisis de la situación del consumo de alcohol y de sus consecuencias en menores de edad de Castilla y León.
- Sección 3. Revisión de la evidencia sobre la prevención del consumo de alcohol y de otras drogas.
- Sección 4. Objetivos y acciones de mejora.
- Sección 5. Seguimiento y evaluación.
- Sección 6. Referencias bibliográficas.

En el documento se plantean 16 objetivos y 84 acciones de mejora, agrupadas del siguiente modo:

1. Ámbito educativo.
2. Ámbito familiar.
3. Ámbito comunitario.
4. Ámbito del control y cumplimiento de la ley.
5. Adaptaciones a la zona rural.
6. Ámbito de la investigación y evaluación.

Se incluyen, igualmente, 46 indicadores, 8 para evaluar el impacto de las medidas y 38 para la evaluación de los objetivos y las acciones previstas, estableciéndose una periodicidad anual para el seguimiento de las acciones y de dos años para evaluar sus resultados sobre el consumo de drogas y sus consecuencias en los menores de la Comunidad Autónoma.

Este documento se ha elevado al Consejo Asesor en materia de Drogodependencias del 12 de julio de 2013, en el que se ha aprobado.

II. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DE SUS CONSECUENCIAS EN MENORES DE EDAD DE CASTILLA Y LEÓN

1.- ENCUESTA ESCOLAR (ESTUDES 2010)

La encuesta ESTUDES es un programa de investigación enmarcado en el Plan Nacional sobre Drogas que ofrece datos representativos a nivel de Comunidad Autónoma. Se realiza los años pares y los resultados del año 2010 corresponden a la novena edición. Esta encuesta permite conocer de forma periódica la situación y las tendencias de los consumos de drogas en los estudiantes de Enseñanza Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional (Ciclos Formativos de Grado Medio), comparando su evolución temporal y los resultados de Castilla y León con los de España.

El universo de la encuesta son los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. En la edición de 2010 se han realizado 1.115 encuestas efectivas en Castilla y León. La muestra de España ha sido de 31.967 alumnos pertenecientes a 857 centros escolares y 1.730 aulas. El trabajo de campo se ha realizado en los meses de noviembre y diciembre de 2010.

1.1.- Consumo de alcohol y edades de inicio.

El alcohol es la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 y 18 años, concentrándose su uso en el fin de semana. Los datos más significativos del consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de Castilla y León son los siguientes (Tabla 1):

- Un 15,6% de los encuestados refiere que nunca ha consumido alcohol.
- Un 68,5% admite haber consumido alcohol en los últimos 30 días,
- Un 29,4% manifiesta que consume bebidas alcohólicas todos los fines de semana,
- Un 47,2% ha tomado en los últimos 30 días 5 ó más cañas/copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión (“atracones” de alcohol o *binge drinking*),
- Un 56,7% reconoce que se ha emborrachado alguna vez en la vida y un 34,6% en el último mes.

El porcentaje de estudiantes que reconoce haberse emborrachado alguna vez en la vida desciende por primera vez desde 1998, detectándose una equiparación entre ambos sexos.

Como se puede apreciar en la Tabla 1, se ha producido un descenso, estadísticamente significativo, en el consumo de bebidas alcohólicas en Castilla y León en el bienio 2008-2010, salvo para el consumo en atracón o consumo de 5 o más vasos en una misma ocasión o periodo de 2 o menos horas, existiendo una evolución dispar a nivel nacional y de la Comunidad Autónoma.

Mientras que en Castilla y León disminuyen los consumos en todos los parámetros incluidos en la Tabla 1, en España sólo descienden los consumos alguna vez en la vida, todos los fines de semana y en “atración”. No obstante, en relación con los datos nacionales disponibles, las prevalencias de consumo en 2010 siguen siendo superiores en Castilla y León, salvo en el caso de las borracheras donde las cifras son similares a los promedios nacionales.

Hay que destacar que los consumos alguna vez en la vida y en el último año son superiores en las chicas que en los chicos y que el porcentaje de chicas que no han consumido nunca alcohol es inferior al de los chicos, existiendo diferencias significativas en ambos casos. Por el contrario, los consumos más frecuentes e intensivos (todos los fines de semana, consumo 5 o más vasos en una misma ocasión) son estadísticamente superiores entre los chicos (Tabla 2).

TABLA 1 - CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS DE CASTILLA Y LEÓN (2008- 2010)

| | 2008 | | 2010 | |
|--|--------|---------|--------|---------|
| | España | C. y L. | España | C. y L. |
| Abstemios (nunca han consumido) (%) | 18,6 | 12,6* | 24,9 | 15,6* |
| Consumo alguna vez en la vida (%) | 81,2 | 87,2* | 75,1 | 84,4* |
| Consumo en los últimos 12 meses (%) | 72,9 | 82,8* | 73,6 | 76,4* |
| Consumo en los últimos 30 días (%) | 58,5 | 71,5* | 63,0 | 68,5* |
| Consumo todos los fines de semana (%) | 23,0 | 36,6* | 18,7 | 29,4* |
| Consumo de 5 o más vasos en una misma ocasión en los últimos 30 días (%) | 41,4 | 53,4 | 36,7 | 47,2 |
| Borracheras alguna vez en la vida (%) | 56,2 | 66,8* | 58,8 | 56,7* |
| Borracheras en el último mes (%) | 29,1 | 39,6* | 35,6 | 34,6* |

*Existen diferencias significativas entre 2008 y 2010.

TABLA 2 - CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS POR SEXO - 2010

| | Hombres | | Mujeres | | Total | |
|---|---------|---------|---------|---------|--------|---------|
| | España | C. y L. | España | C. y L. | España | C. y L. |
| Abstemios (nunca han consumido) (%) | 25,1 | 17,6* | 24,8 | 13,2* | 24,9 | 15,6 |
| Consumo alguna vez en la vida (%) | 74,9 | 82,3* | 75,2 | 86,7* | 75,4 | 84,4 |
| Consumo en los últimos 12 meses (%) | 73,3 | 75,7* | 73,8 | 77* | 73,6 | 76,4 |
| Consumo en los últimos 30 días (%) | 62,7 | 68,9 | 63,2 | 68,1 | 63 | 68,5 |
| Consumen todos los fines de semana (%) | 20,9 | 32,5* | 16,7 | 26,2* | 18,7 | 29,4 |
| Consumen 5 ó más vasos en una misma ocasión (%) | 38,9 | 51,0* | 34,5 | 43,2* | 36,7 | 47,2 |
| Se han emborrachado alguna vez en la vida (%) | 58,0 | 56,5 | 59,5 | 56,9 | 58,8 | 56,7 |
| Se han emborrachado en el último mes (%) | 36,4 | 35,2 | 34,8 | 34,0 | 35,6 | 34,6 |

*Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

La edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas se sitúa en los 13,5 años, manteniéndose estable respecto a los años anteriores. El periodo crítico para consumir habitualmente bebidas alcohólicas se produce en torno a los 15 años. El consumo aumenta de un modo muy importante con la edad. El 63,5% de los estudiantes de 14 años manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida; porcentaje que alcanza el 96,1% a los 18 años. Un 17,4% de los estudiantes de 14 años que ha consumido en los últimos 30 días, consume todos los fines de semana, cifra que alcanza el 52,1% a los 18 años, habiendo aumentando en el último bienio el porcentaje de bebedores de fin de semana de 14 años en dos puntos y descendido en ocho puntos el de los de 18 años.

1.2.- Consumo de múltiples drogas

Los estudiantes que utilizan drogas suelen consumir varias sustancias de forma combinada y no una sola. Se considera policonsumidor de sustancias psicoactivas a aquellas personas que han tomado dos ó más drogas con una frecuencia semanal en el caso de las bebidas alcohólicas y en el último mes en el caso de las drogas ilegales. No se considera el consumo de tabaco para determinar esta condición.

Utilizando este criterio, el 16,4% de los escolares realiza un consumo múltiple de drogas (18,4% en los hombres frente a un 14,3% en las mujeres, con diferencias significativas), mientras que en España es el 17,4%.

La asociación más frecuente de drogas entre los policonsumidores del último mes, son alcohol y cannabis con un 76,2%, seguida de alcohol y otras drogas con un 11,6%, no detectándose diferencias entre sexos.

Se observa un descenso estadísticamente significativo en el consumo múltiple de drogas entre los estudiantes de Castilla y León entre los años 2008 (20,9%) y 2010 (16,4%).

TABLA 3 – CONSUMOS ASOCIADOS DE DROGAS ENTRE LOS ESTUDIANTES DE CASTILLA Y LEÓN QUE SON POLICONSUMIDORES EN EL ÚLTIMO MES. AÑO- 2010

| Grupos de drogas | % |
|---|------|
| Alcohol + cannabis | 76,2 |
| Alcohol + otras drogas | 11,6 |
| Alcohol + cannabis + otras drogas | 6,4 |
| Alcohol + cannabis + cocaína | 1,7 |
| Alcohol + cannabis + cocaína + éxtasis + otras drogas | 1,7 |
| Alcohol + cannabis + éxtasis + otras drogas | 1,2 |
| Alcohol + cocaína | 0,6 |
| Alcohol + cannabis + cocaína + otras drogas | 0,6 |

Otras drogas: heroína y/o anfetaminas y/o alucinógenos y/o sustancias volátiles y/o tranquilizantes

1.3.- Percepción del riesgo

El riesgo percibido por el consumo de las distintas drogas es un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo. A mayor percepción del riesgo menor extensión e intensidad de consumo en el presente y en el futuro, y viceversa. En 2010 aumenta el riesgo percibido por el consumo de alcohol, aunque sólo se detectan diferencias significativas para el consumo en “atracción” el fin de semana (Tabla 4).

La percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol es la más baja de todas las drogas estudiadas, exceptuando el riesgo de tomarse de 5 ó 6 cañas/copas cada día (que supera al consumo habitual de cannabis). La percepción del riesgo es significativamente mayor en las chicas que en los chicos (Tabla 5).

TABLA 4 – EVOLUCIÓN DE RIESGO PERCIBIDO. CONSIDERAN QUE EL CONSUMO SE RELACIONA CON BASTANTES O MUCHOS PROBLEMAS.

| | 2008 | | 2010 | |
|--|--------|---------|--------|---------|
| | España | C. y L. | España | C. y L. |
| Tomarse 5-6 cañas o copas el fin de semana (%) | 47,2 | 37,5* | 47,0 | 45,5* |
| Tomarse 1-2 cañas/copas cada día (%) | 57,9 | 57,8 | 59,8 | 60,2 |
| Tomarse 5-6 cañas/copas cada día (%) | 89,2 | 87,8 | 89,7 | 89,9 |

(*) Existen diferencias significativas en CyL entre 2008 y 2010

TABLA 5 – RIESGO PERCIBIDO POR SEXO. CONSIDERAN QUE EL CONSUMO SE RELACIONA CON BASTANTES O MUCHOS PROBLEMAS.

| | Hombres | Mujeres |
|--|---------|---------|
| Tomarse 5-6 cañas o copas el fin de semana (%) | 42,4* | 48,5* |
| Tomarse 1-2 cañas/copas cada día (%) | 55,5* | 64,9* |
| Tomarse 5-6 cañas/copas cada día (%) | 85,8* | 93,8* |

* Existen diferencias significativas por sexo en CyL.

1.4.- Disponibilidad percibida

El grado de facilidad/dificultad percibido por los estudiantes para conseguir las distintas drogas puede influir en la probabilidad de su consumo o de que éste genere problemas, de modo que cuanto mayor es la percepción de facilidad en el acceso más probable es el consumo.

En 2010, el 94,2% de los estudiantes encuestados manifiesta que le resultaría fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisiera, siendo este porcentaje superior en las chicas (95,6%) que en los chicos (92,8%) y existiendo diferencias estadísticamente significativas.

El acceso percibido al alcohol se mantiene estable aunque en niveles altos, 94,2% en 2010 frente al 94,3% de 2008, pero sin diferencias significativas.

1.5. Lugares de compra y consumo

Los lugares donde los estudiantes compran o consiguen con más frecuencia las bebidas alcohólicas son bares o pubs (69,3%), supermercados (54,6%) discotecas (53,3%) e hipermercados (26,3%).

Si comparamos 2008 y 2010, ha disminuido la proporción de estudiantes que compran las bebidas en cada uno de los lugares, si bien, los bares o pubs siguen siendo el lugar mayoritario.

En relación a quién ha comprado el alcohol, el 61,5% de los estudiantes afirma que lo ha comprado directamente frente a un 47,9% que lo ha comprado a través de otras personas de 18 años o mayores.

Los lugares donde beben con más frecuencia los estudiantes de Castilla y León son sobre todo en los bares o pubs, en espacios abiertos (calles, plazas, parques) o en discotecas. En los últimos 30 días un 71,5% de los estudiantes ha bebido en bares o pubs, un 54,8% en espacios abiertos y un 53,7% en discotecas.

Comparando 2008 y 2010, se observa que ha disminuido la proporción de estudiantes que toman bebidas alcohólicas en cada uno de los lugares respecto a 2008.

1.6. Tolerancia familiar

La percepción que tienen los estudiantes de que sus padres les prohíben consumir alcohol es moderada, siendo similar la percepción de la prohibición en las madres.

Un 47,1% de los encuestados considera que su padre le prohíbe absolutamente tomar bebidas alcohólicas, frente a un 47,5% que tiene la misma creencia respecto a su madre. Por sexo, la percepción de la prohibición es mayor en las chicas que en los chicos (Tabla 6).

TABLA 6 – PERCEPCIÓN DE LA PERMISIVIDAD FAMILIAR SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE CASTILLA Y LEÓN.

| | Hombre | | Mujer | | Total | |
|---|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Padre | Madre | Padre | Madre | Padre | madre |
| No me lo permitiría (o no me lo permite), en absoluto | 43,0 | 42,8 | 51,5 | 52,5 | 47,1 | 47,5 |
| Sí, me lo permitiría (o me lo permite) en cualquier sitio | 17,7 | 16,5 | 11,0 | 11,5 | 14,4 | 14,1 |
| Sí, me lo permitiría (o me lo permite), pero no en casa | 21,3 | 23,4 | 18,1 | 21,2 | 19,7 | 22,3 |
| No sé | 18,0 | 17,3 | 19,4 | 14,8 | 18,7 | 16,1 |

1.7. Problemas relacionados con el consumo de alcohol

Los principales problemas ocasionados en los últimos 12 meses por el consumo de bebidas alcohólicas en las dos horas anteriores a la aparición del problema han sido:

- Peleas o agresiones físicas (6,4%),
- Recibir asistencia médica o sanitaria urgente (1,6%),
- Detención por la policía o guardia civil (1,5%)
- Sufrir un accidente siendo conductor del vehículo (0,8%)

Comparando los datos de 2008 y 2010, las peleas o agresiones físicas han disminuido 3 puntos porcentuales respecto a 2008.

1.8. Relación del consumo de alcohol propio y la percepción del consumo de los iguales

La percepción de la extensión y aceptación del consumo de alcohol por parte de los iguales (creencias normativas) es un factor importante que influye en el propio consumo. Cuanto más frecuente considere un individuo que se produce el consumo en su entorno cercano, más probabilidad hay de que dicho individuo consuma bebidas alcohólicas.

Entre los estudiantes que refieren que todos o la mayoría de sus amigos consumen alcohol, el 82,7% también consume y el 17,3% no. Por el contrario, entre los que consideran que algunos, pocos o ninguno de sus amigos consume alcohol, sólo un 35,4% consume y un 64,6% no.

1.9. Salidas nocturnas y hora de regreso a casa

Si se analiza el consumo de alcohol en el último mes en relación con el número de días que se ha salido al mes, se observa que la prevalencia de consumo se eleva de forma significativa entre los que salen más de una noche al mes, pasando de un 44,3% a un 78,8%. La mayor prevalencia de consumo se da entre los que salen una noche o más a la semana.

La hora de regreso a casa también parece que está relacionada con el consumo en el último mes, ya que a medida que se retrasa la hora de vuelta al hogar, aumenta el número de jóvenes que consume alcohol. Entre los que vuelven a casa antes de las 12 de la noche la prevalencia de consumo en el último mes es de un 50,9%, mientras que en los que vuelven entre las 2 y las 3 de la madrugada es un 81,7%, y si la vuelta es después de las 8 de la mañana asciende al 96,4%.

2.- URGENCIAS HOSPITALARIAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCHOL EN JÓVENES (ESTUDIO AD HOC)

Dentro de los indicadores básicos que se utilizan en el Observatorio sobre abuso de drogas de Castilla y León, se encuentra la recogida sistemática de urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en los cuatro hospitales que se vigilan en la Comunidad Autónoma (León, Palencia y los dos de Valladolid). Mediante este indicador se ha realizado un análisis de los casos de urgencias entre menores de 30 años desde el año 2003 al año 2010, encontrándose los siguientes resultados:

El peso del alcohol respecto al total de sustancias psicoactivas que se recogen en las urgencias hospitalarias supone, en el periodo estudiado, el 66,8% de los episodios totales, siendo mayor el peso en los menores de 18 años (84,2%) que entre los 18 y 30 años (61,2%). No se detecta una evolución clara en el porcentaje de las urgencias en los menores de 30 años entre los años 2003 y 2010, pareciendo que se mantienen estables.

Sin embargo, es importante destacar que el 63% de los episodios de urgencias por alcohol se dan en mayores de 30 años, y especialmente en el grupo de 31 a 50 años, de lo que se deduce que el consumo de riesgo no es un problema exclusivo de los jóvenes ni de los menores de edad, como en muchas ocasiones se plantea en el debate social, aunque sin duda los consumos tempranos implican una serie de riesgos potenciales mayores, lo que determina la necesidad de priorizar las actuaciones en este grupo de edad.

El número de urgencias relacionadas con el consumo de alcohol en jóvenes es mayor en los mayores de 18 años (68,1% frente 31,9% en los menores), pero las tasas son mayores en los menores de edad (22,93‰ frente 14,85‰); es, decir cuando tenemos en cuenta la población por cada grupo de edad las urgencias relacionadas con el consumo de alcohol son más frecuentes entre los menores de 18 años.

Los chicos, en general, tienen una mayor presencia en las urgencias que las chicas, aunque en el grupo de menores de edad ellas tienen un mayor peso (45,4%) que entre los mayores de edad (38,2%). Estos datos reflejan la elevación en el consumo de las chicas que se está detectando en las primeras etapas de la adolescencia.

En relación al día en que ocurren los episodios, éstos son 3 veces más frecuentes en fin de semana (de viernes a domingo) que entre semana (de lunes a jueves), tanto entre los hombres como entre las mujeres. El fin de semana aumentan más los casos en los menores de 18 años, que en los mayores de 18 años. El sábado se detectan más casos en menores de 18 años, mientras que entre los 18 y 30 años son más frecuentes el domingo. El consumo de alcohol entre los menores de edad es un consumo vinculado al fin de semana, mientras que en los de mayor edad se aprecia más dispersión de los días de consumo.

Las intoxicaciones agudas son más frecuentes en los menores de 18 años que en el grupo de 18 a 30 años. Por lo que respecta a los diagnósticos establecidos en la urgencia, no existen diferencias entre hombres y mujeres, con independencia del grupo de edad que se analice. Sin embargo, entre los 18 y 30 años se detectan más consumos perjudiciales y síndromes de dependencia que en los menores de 18 años. Por otro lado, cabe destacar que los ingresos hospitalarios son superiores en los jóvenes mayores de edad, implicando esta situación casos más graves.

3. CONCLUSIONES:

1. Parece que el consumo de alcohol en menores de edad está en proceso de moderación, aunque los consumos abusivos siguen en unos niveles elevados (borracheras y atracón).
2. La edad media de inicio se mantiene estable en torno a los 13 años y medio.
3. El consumo de alcohol aumenta con la edad.
4. Los consumos en Castilla y León están ligeramente por encima de los promedios nacionales, salvo para las borracheras donde las cifras son similares a los promedios nacionales.
5. El porcentaje de chicas abstemias es inferior al de los chicos, y los porcentajes de chicas con consumos de alcohol más esporádicos (alguna vez en la vida y en el último año) son superiores a los de los chicos, teniendo éstos, sin embargo, mayores consumos abusivos (consumos en el último mes, borracheras, atracón).
6. El policonsumo se presenta con una prevalencia del 16,4%, siendo el consumo de alcohol asociado al cannabis el más frecuente (76,2%).
7. La percepción del riesgo sobre el consumo de alcohol es la más baja de todas las drogas, siendo mayor entre las chicas.
8. La disponibilidad percibida del alcohol entre los menores es muy alta, más del 90% consideran que les resultaría fácil o muy fácil conseguir alcohol.
9. La compra y el consumo de alcohol en los menores se realiza principalmente en los bares.
10. La tolerancia que los adolescentes perciben en relación con el consumo de alcohol por parte de las familias es alta.
11. Los principales problemas que se asocian al consumo de alcohol son las agresiones.
12. Los consumos son mayores entre los menores en los que sus iguales también consumen alcohol y con más frecuencia e intensidad.
13. El número de salidas nocturnas al mes y sobre todo las horas avanzadas de regreso a casa influyen en un mayor consumo de alcohol.
14. Las urgencias hospitalarias en menores de edad no tiene un patrón claro de evolución. Teniendo en cuenta los episodios por grupo de edad, las urgencias son más frecuentes en los menores que entre los de 18 y 30 años.

15. Las urgencias por abuso de alcohol se dan con mayor frecuencia entre los 31 y los 50 años, lo que muestra que el problema no es exclusivo de los jóvenes.
16. Las urgencias en menores de edad ocurren fundamentalmente el sábado.
17. El diagnóstico más frecuente de las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en los menores de edad es el de intoxicación etílica.

III. REVISIÓN DE LA EVIDENCIA SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DE OTRAS DROGAS

Actualmente, diversos organismos internacionales como el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), la Oficina Regional para Europa de la OMS y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), están realizando revisiones sistemáticas de la evidencia científica de las políticas de reducción de la demanda de drogas.

Del análisis de estas revisiones y de la literatura especializada se han obtenido las conclusiones que se detallan a continuación sobre la prevención del consumo de alcohol y de otras drogas, especialmente en menores de edad.

1. Prevención escolar

Revisiones recientes de la evidencia ponen de manifiesto que los efectos positivos de los programas de prevención escolar son más limitados que en el pasado^{1,2}; incluso en los programas de prevención escolar de alta calidad los efectos preventivos son limitados y tienden a atenuarse hasta desaparecer con el paso del tiempo.

A nivel escolar los programas eficaces de prevención son aquellos que abordan de forma estructurada diversos componentes que se han demostrado esenciales para obtener buenos resultados con las intervenciones. Los componentes clave de estos programas son los siguientes³⁻⁵:

- Abordar las creencias normativas de los adolescentes sobre el consumo de drogas en sus iguales o pares (prevalencia y aceptación real del consumo de drogas en personas de la misma o similar edad).
- Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de drogas, tratando de forma objetiva las consecuencias negativas a corto plazo, generalmente sociales, y clarificando los malentendidos respecto a experiencias positivas asociadas al consumo (expectativas de refuerzo).
- Aprendizaje y práctica de habilidades para la vida, de resistencia y de manejo de la influencia social, incluyendo toma de decisiones, especialmente las relacionadas con el consumo de drogas; habilidades de comunicación de esas decisiones y habilidades de resistencia para rechazar el consumo alcohol, tabaco y drogas ilegales, utilizando escenarios auténticos para la práctica de estas habilidades.
- Compromiso activo de los estudiantes con la escuela y con el proceso educativo (vínculo con la escuela).

Los programas de prevención escolar basados en la influencia social (información, normas sociales y habilidades de rechazo) y en el entrenamiento en habilidades para la vida realizados mediante métodos interactivos y participativos de aprendizaje son eficaces para prevenir el consumo de alcohol y de otras drogas, el resto no⁴⁻⁶.

Parece que los programas eficaces son los que realizan intervenciones de refuerzo durante varios años cuando los estudiantes están en situación de mayor riesgo⁷.

La secuencia del consumo de drogas sugiere que el consumo de alcohol y tabaco, especialmente cuando éste se inicia a edades precoces (en la etapa de Educación Primaria o en los primeros años de la adolescencia), incrementa el riesgo del consumo habitual y problemático de estas drogas y el consumo de cannabis y de otras sustancias ilegales.

Los programas mejor evaluados y con mejores resultados abordan todas las drogas simultáneamente y nos son específicos para cada una de ellas, aunque los resultados en el consumo de tabaco son los más sensibles^{8,9}.

Este criterio es aplicable a todo tipo de programas preventivos y no sólo a los realizados en el ámbito escolar; no obstante, la tolerancia social no es igual para cada una de las drogas, por lo que los programas pueden ser menos efectivos para una o más de las sustancias abordadas^{7,10}.

La fidelidad en la implementación de los programas, entendida como el grado en el que el contenido y el estilo de aplicación se ajustan completamente y consistentemente con el programa originalmente testado, es un aspecto clave en la prevención del consumo de drogas, no sólo a nivel escolar.

Los estudios indican que la mayoría de los instructores de prevención no cubren todo el currículum, que suelen enseñar menos tiempo del previsto y que la formación por sí sola no es suficiente para asegurar la fidelidad de la aplicación. Elementos clave asociados con una alta fidelidad incluyen la calidad de la formación, las características del programa y las características del instructor y de la organización⁷.

En la mejora de la fidelidad de aplicación de los programas son importantes los siguientes elementos¹¹:

- a) El entrenamiento del profesor.
- b) La complejidad y estructura del programa.
- c) Las características del instructor, como la edad y experiencia como docente y en prevención del consumo de drogas.
- d) Las características psicológicas como ansiedad, depresión o *burn-out*.
- e) La confianza del profesor respecto a la aplicación del programa y sus actitudes hacia la intervención.
- f) El seguimiento del programa para suministrar apoyo durante su aplicación.

Además de programas de calidad aplicados con fidelidad, es preciso que los centros educativos cuenten con una política escolar sobre drogas que enmarque dichos programas³. Un componente clave de esa política es disponer de una normativa del centro en relación con el consumo de drogas y

de protocolos de control de su cumplimiento (control estimular), que identifiquen lugares o periodos temporales en los que el consumo de drogas es más frecuente o más probable y que establezcan medidas para supervisar estos “facilitadores” del consumo. Una buena política escolar sobre drogas es aquella que entre otros aspectos proporciona refuerzo positivo por el cumplimiento de la normativa del centro³.

La evidencia ha demostrado que las siguientes actuaciones no son eficaces en los programas de prevención escolar⁴:

a) Contenidos:

- No incluir consecuencias a corto plazo.
- No abordar las percepciones de los compañeros sobre el consumo de drogas.
- No abordar la influencia de los medios de comunicación en la formación de las actitudes.
- Abordar la toma de decisiones únicamente desde criterios éticos o morales.
- Educación en valores.
- No desarrollar habilidades interpersonales, particularmente las relacionadas con el rechazo de las drogas.
- Realizar un enfoque únicamente intrapersonal.
- Focalizar la intervención solamente en la construcción de la autoestima.

Otros autores han identificado como inefectivos contenidos como:

- Centrar las intervenciones sólo en informar sobre drogas^{3,12,13}.
- La estrategia de provocar miedo¹⁴.
- Programas que se desarrollan en respuesta a una crisis puntual percibida, especialmente si van acompañados de mensajes alarmistas^{15,16}.

b) Modo de desarrollo:

- Pasividad como estrategia principal de desarrollo.
- Recurrir únicamente a las lecturas o a una aproximación didáctica.
- Centrar la intervención exclusivamente en discusiones de clase.
- Realizar sesiones de diálogo no estructuradas.
- Dependrer principalmente de técnicas de manejo efectivo del aula sin un programa estructurado de prevención del consumo de drogas.

Asimismo, otras revisiones sobre programas escolares¹⁷ han sugerido como metodologías inefectivas:

- No utilizar videos o presentaciones gráficas.
- Juntar a jóvenes en riesgo con otros compañeros que no lo están en un mismo grupo, lo que puede resultar contrapreventivo.

Siendo necesaria, la prevención escolar no puede con todo, las intervenciones en el ámbito educativo deben tener reflejo fuera del centro docente y deben estar apoyadas por programas comunitarios y políticas globales de amplio alcance¹⁸.

2. Prevención familiar

Mientras que la influencia de los iguales suele ser la razón principal para que los adolescentes adopten comportamientos inadecuados, un entorno familiar propicio es la razón principal para que los jóvenes no adopten esos comportamientos, entre ellos el abuso de alcohol y de otras drogas, la delincuencia y las relaciones sexuales precoces sin protección. Se sabe que la forma en que el adolescente elige a sus amigos depende en gran medida de la relación que tenga con sus padres. Cuando los adolescentes tienen una buena relación con sus progenitores hay más probabilidades de que elijan amigos que ejerzan una influencia prosocial¹⁹.

Los programas de prevención familiar centrados en el desarrollo de habilidades son eficaces, ya que tienen efectos positivos duraderos que persisten a lo largo del tiempo, incluso se trata de una de las intervenciones educativas más eficaces para reducir la demanda de drogas y otros comportamientos de riesgo, muy por encima de los programas que únicamente proporcionan información y desarrollan la autoestima de los jóvenes (15 veces más) y más eficaces (3 veces más) que aquellos que desarrollan habilidades para la vida y para desenvolverse en la sociedad fuera del medio escolar¹⁹.

Los programas más eficaces de prevención familiar son los que de modo integral se centran en el desarrollo de competencias de la familia a través de una intensa participación de los padres y del desarrollo de habilidades sociales y de responsabilidad en niños y adolescentes, abordando de modo específico cuestiones relativas al consumo de drogas. Estos programas combinan sesiones para los padres dirigidas a fortalecer sus aptitudes para la educación de sus hijos, sesiones para los hijos con el fin de que desarrollen sus habilidades personales y sociales y sesiones conjuntas padres-hijos orientadas a promover la participación de los menores en las actividades de la familia y a reforzar los vínculos familiares¹⁹. Según el Federal Center for Health Education de Alemania²⁰, estos programas son especialmente efectivos para prevenir el consumo de alcohol en los hijos no consumidores.

Los programas que sólo se centran en la educación de los padres no resultan tan eficaces como los programas de desarrollo de competencias de la familia¹⁹, incluso aunque mejoren factores de riesgo como el comportamiento educativo y las conductas problemáticas de los menores pueden llegar a no influir en su consumo de drogas²¹.

Los programas eficaces de prevención familiar que desarrollan aptitudes en la familia son aquellos que abordan los siguientes elementos críticos^{16,22,23}:

- Fomento de los vínculos familiares, reducción de conflictos y fortalecimiento de las relaciones dentro de la familia.
- Dotar a los padres de habilidades de crianza y de un estilo de disciplina asertiva en lugar de disciplina coercitiva o pasiva. La disciplina asertiva incluye autocontrol emocional de los padres; expectativas realistas respecto al desarrollo de los hijos tanto para ellos como para los padres; suministro claro, tranquilo y apropiado de instrucciones; presentación anticipada de consecuencias lógicas; refuerzo de conductas; retirada planificada de atención; utilización del tiempo para calmarse y del tiempo-fuera y reducción de castigos físicos.
- Establecimiento de normas discutidas con el adolescente, aplicadas de forma firme y consistente, incluidas normas sobre el consumo de drogas.
- Proporcionar apoyo emocional, social, cognitivo y material a los hijos, entre los cuales se incluye la ayuda en las tareas escolares
- Supervisión y vigilancia de la conducta de los hijos, especialmente fuera del hogar.
- Información y educación sobre las drogas y sus efectos para los padres.
- Desarrollo de habilidades de comunicación familiar.
- Desarrollo de habilidades y competencia interpersonal en los hijos.

El mayor reto en los programas de prevención familiar es implicar a los progenitores - especialmente al padre - en las intervenciones.

Algunos investigadores han señalado que una buena forma de implicar a los padres es ofrecer un continuo de servicios universales, selectivos e indicados desarrollados con un formato flexible, en los que se incluyan intervenciones individuales, grupales y autodirigidas, utilizando los medios de comunicación social y redes de profesionales formados para realizar los programas (modelo Triple P)²⁴.

La evidencia ha demostrado que las siguientes actuaciones no son eficaces en los programas de prevención familiar⁷:

- Socavar la autoridad de los padres.
- Lecturas o utilizar de modo único o principal estrategias didácticas.
- Centrarse exclusivamente en el hijo.
- Utilizar profesionales mal entrenados.

Investigaciones que han analizado los efectos de una intervención combinada de prevención familiar como el *Strengthening Families Program (SFP)* y de prevención escolar como el *Life Skills Training (LST)* sobre el inicio y la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes, indican que la intervención combinada produce mejores resultados, incluso a largo plazo, que el programa escolar por sí sólo y que los observados en el grupo control²⁵⁻²⁸.

3. Estrategias de regulación y control

Las estrategias de regulación y control son particularmente efectivas para el consumo de alcohol y tabaco. En el caso del alcohol se han demostrado eficaces las siguientes actuaciones para restringir el acceso a las bebidas alcohólicas^{29,30}:

Con un grado de evidencia convincente:

- Elevar los precios de las bebidas alcohólicas mediante impuestos y tasas. El incremento de los precios de las bebidas alcohólicas retrasa la edad de inicio de su consumo, hace más lenta la progresión de los jóvenes hacia la ingesta de cantidades mayores de alcohol y reduce el consumo excesivo entre ellos y también entre los grandes bebedores.
- Monopolio gubernamental de la venta de bebidas alcohólicas al por menor.
- Restricciones en los horarios, días de venta y en la densidad de puntos de venta de alcohol al por menor.
- Establecer una edad legal mínima para acceder al alcohol, que la OMS recomienda fijar en los 18 años. Esta medida reduce las ventas y las consecuencias negativas derivadas del consumo en los jóvenes, en especial la reducción de los accidentes de tráfico³¹.

Con un grado de evidencia probable:

- Establecer un precio mínimo por gramo de alcohol.
- Introducir restricciones al volumen de comunicaciones comerciales. La exposición a la publicidad incrementa la probabilidad de que los adolescentes consuman bebidas alcohólicas. Existe una relación temporal y dosis-respuesta entre la exposición a la publicidad y la conducta de beber³².
- Regular la venta de bebidas alcohólicas a personas intoxicadas.

Por su parte, Holder (2004)³³, también ha sugerido la dispensación responsable de bebidas alcohólicas como una forma de restringir las ventas de alcohol, y la concesión de licencias graduadas o la revocación de licencias administrativas como una estrategia de modificación de los contextos de consumo de alcohol.

La efectividad de estas medidas depende de su aplicación consistente, de forma que se apliquen sanciones lo más inmediatas posible cuando se detecte un incumplimiento de las mismas.

Aunque las intervenciones de regulación y control son por lo general más efectivas que los programas de prevención que se basan en la educación y persuasión del bebedor³¹, las regulaciones por sí solas únicamente limitan el acceso, mientras que las intervenciones dirigidas al consumo tienen impacto a más largo plazo. Otra conclusión de la investigación es que las regulaciones imponen controles sociales a los individuos y a los grupos, pero por sí solas no tienen éxito para crear normas de no consumo ni proporcionan suficiente

información para influir en las decisiones e intenciones de no consumir de la población⁷.

Cuando las medidas legislativas se acompañan de otros componentes, especialmente de una intensa acción comunitaria, pueden ser realmente efectivas³⁴.

4. Intervención comunitaria

Entre los elementos que se han encontrado prometedores o beneficiosos se encuentran los siguientes:

4.1. Campañas en los medios de comunicación

Aunque hay insuficiente investigación, no hay evidencia consistente que demuestre que las campañas de educación pública produzcan cambios sostenidos en el comportamiento de consumo de alcohol, con la excepción de las campañas en los medios de comunicación para reducir el consumo de alcohol en conductores cuando se aplican en presencia de fuertes medidas sobre alcohol y tráfico²⁹.

En el caso específico del alcohol, Elder et al. (2004)³⁵ señalan que el contenido del mensaje debe incorporar elementos para motivar el comportamiento deseado, incluyendo las consecuencias del consumo de alcohol y la intolerancia social hacia comportamientos negativos relacionados con su consumo.

4.2. Coaliciones comunitarias.

El éxito y la sostenibilidad de las intervenciones comunitarias para la prevención del consumo de drogas generalmente se produce cuando las actuaciones se apoyan en estructuras estables. Con tal fin se han constituido en algunos países, fundamentalmente en Estados Unidos, coaliciones o alianzas comunitarias, entendiendo por tales, órganos estables de participación, coordinación y cooperación de distintas entidades, instituciones y organizaciones de la comunidad que se encuentran comprometidas con la prevención y que son representativas de la diversidad sectorial, grupal, cultural y étnica en las que la comunidad se articula a nivel local.

Una reciente revisión sobre las coaliciones comunitarias³⁶ ha encontrado que aquellas que resultan efectivas ejercen tres funciones principales: 1) crear un capacidad de colaboración entre distintas organizaciones de la comunidad que sean representativas de los distintos sectores en los que ésta se articula, 2) ayudar a sus comunidades a desarrollar la capacidad de construir un capital social necesario para dirigir los asuntos sanitarios y sociales de la comunidad, y 3) llegar a ser agentes de cambio a nivel local a través de fuertes políticas o regulaciones, influyendo en las conductas de salud y soportando la prestación de servicios.

Varias revisiones han identificado las siguientes características de las coaliciones comunitarias efectivas⁷:

- Liderazgo. Capacidad organizativa, compromiso y visión.
- Miembros. Diversa representación de sectores de la comunidad y de fuerzas de seguridad y control que reflejen la diversidad cultural y que estén comprometidos con el éxito de la coalición.
- Estructura. Normas y responsabilidades bien definidas con un órgano de gobierno y dirección activo y comprometido.
- Operaciones y procesos. Procesos bien definidos de comunicación, toma de decisiones y resolución de conflictos.
- Visión estratégica. Disponer de una referencia bien articulada y aceptada para todas las actividades de la coalición y de su futura dirección.
- Factores contextuales. Tener conciencia de las condiciones externas o situaciones que pueden impedir o aumentar las actividades de la coalición y disposición a hacer los ajustes apropiados.

No todas las comunidades están listas para crear coaliciones. Edwards et al. (2000)³⁷ han definido nueve etapas de preparación para constituir una coalición comunitaria:

1. Falta de concienciación. No hay acuerdo sobre los temas que constituyen un problema para la comunidad.
2. Negación/resistencia. Algunos miembros de la comunidad consideran que el tema es un problema, pero hay poco reconocimiento de que sea un problema local.
3. Conciencia vaga. Muchos miembros de la comunidad piensan que el tema es un problema local, pero no hay motivación para solucionarlo.
4. Preplanificación. Se reconoce que existe un problema y que algo hay que hacer, sin embargo, lo que se necesita y las acciones a realizar son vagas.
5. Preparación. Líderes activos comienzan a planificar en serio. La comunidad ofrece modestos apoyos a sus esfuerzos.
6. Iniciación. Comienzan las actividades.
7. Estabilización. Las actividades son apoyadas por los agentes de la comunidad que toman las decisiones; por otra parte, el personal está formado.
8. Confirmación/expansión. Los esfuerzos están en marcha y los miembros de la comunidad se sienten cómodos con ellos y apoyan su expansión; asimismo, se recopilan y se revisan regularmente datos locales.
9. Amplio nivel de madurez comunitaria. Hay una plena comprensión del problema, su epidemiología, causas y consecuencias; se realizan esfuerzos de evaluación de calidad que orientan las nuevas actividades.

4.2. Programas comunitarios multicomponente

Los mejores resultados con la estrategia de prevención ambiental se han obtenido con los programas comunitarios multicomponente que incluyen

intervenciones en el ámbito escolar y familiar junto a otros componentes comunitarios.

Una experiencia de éxito de esta forma de intervención es el Proyecto STAR de los EE.UU.³⁸. Este proyecto ha obtenido buenos resultados combinando un programa de prevención escolar basado en la influencia social con otros componentes comunitarios, como por ejemplo, un programa de medios de comunicación, un programa de padres, un programa de organización de la comunidad en el que se incluye la formación de líderes comunitarios y cambios en la política sobre drogas de la comunidad, restringiendo el acceso de los jóvenes a las bebidas alcohólicas, recaudando fondos para la prevención o incrementando los impuestos de las bebidas alcohólicas.

Las intervenciones multicomponente que no incluyen programas escolares tienen resultados menos claros³⁹.

Las intervenciones comunitarias multicomponente que están bien determinadas y coordinadas y que son realizadas por miembros de la comunidad han demostrado tener efectividad al menos en la conducta de fumar⁴⁰. Estas intervenciones por lo general incluyen formación de vendedores al por menor sobre las restricciones de edad para comprar tabaco, campañas en los medios de comunicación y programas escolares y familiares. La combinación de intervenciones sirve para reforzar las normas de no consumo.

En el caso de las bebidas alcohólicas, proyectos que son capaces de movilizar a la comunidad y activar a sus organizaciones, que incluyen la dispensación responsable de alcohol y un control más estricto de los lugares de venta y consumo con sanciones por el incumplimiento de la ley, han demostrado producir diferentes tipos de cambio positivo y entre ellos la venta de alcohol a menores³⁰.

La movilización de la comunidad ha sido utilizada para aumentar la conciencia sobre los problemas locales relacionados con el consumo de alcohol, desarrollar soluciones concretas frente a estos problemas y presionar a los propietarios de bares para reconocer que tienen una responsabilidad con la comunidad en aspectos como el nivel de ruido en sus locales y el comportamiento de sus clientes. Resultados de la evaluación de la movilización comunitaria, sugieren que esta medida puede tener éxito en reducir las agresiones y otros problemas relacionados con el alcohol en los locales con licencia²⁹.

Las intervenciones multicomponente dirigidas a la comunidad que incluyen campañas de información y que incorporan actuaciones como, por ejemplo, normas para limitar el acceso al alcohol, al tabaco y a otras drogas, son más efectivas cuando van acompañadas de programas en los ámbitos escolar y familiar¹⁶.

De la revisión de la evidencia se desprende que las siguientes medidas no son eficaces en la intervención comunitaria⁷:

- Las tácticas de miedo y los mensajes basados sólo en información en los medios de comunicación y en las estrategias dirigidas a la juventud.
- Los esfuerzos puntuales (de una sola vez), las coaliciones y otras organizaciones de la comunidad que no desarrollan una acción sostenida en el tiempo.
- Nuevas regulaciones, legislación contra el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, zonas libres de drogas, limitaciones a la conducción bajo los efectos de las drogas, si no van acompañadas de un cumplimiento de la normativa tienen poco o ningún efecto.
- Aunque la investigación es limitada, existe alguna evidencia de que las campañas financiadas por la industria de las bebidas alcohólicas pueden tener efectos negativos. Los mensajes de responsabilidad social corporativa, ya sea de forma independiente o cuando se agregan a anuncios del producto, benefician más la reputación e imagen del patrocinador, a la promoción comercial del producto y a situar los mensajes en un contexto en el que "beber es normal", que a los objetivos de salud pública²⁹.

5. Conclusiones

1. La prevención escolar, a pesar de sus efectos limitados, es un componente necesario, pero no suficiente de las políticas preventivas.
2. Los programas de prevención familiar centrados en el desarrollo de competencias de la familia, consiguen efectos positivos duraderos.
3. La combinación de prevención escolar y familiar produce mejores resultados, incluso a largo plazo, que la intervención por separado en estos ámbitos.
4. Las estrategias de regulación y control son, por lo general, más efectivas que los programas que se basan en la educación y persuasión, aunque no tienen éxito para crear normas sociales de no consumo ni influyen en las decisiones e intenciones de no consumir.
5. No hay evidencia que demuestre que las campañas en los medios de comunicación por sí solas, produzcan cambios sostenidos en la conducta de consumir alcohol.
6. Las coaliciones comunitarias pueden ser efectivas para prevenir el consumo de alcohol y de otras drogas a nivel local.
7. No todas las comunidades están preparadas para crear coaliciones comunitarias efectivas.
8. Hay experiencias que demuestran que las intervenciones comunitarias multicomponente que incluyen programas escolares y familiares obtienen buenos resultados. Las intervenciones comunitarias que no incluyen programas escolares tienen resultados menos claros.
9. La movilización de la comunidad para aumentar el grado de conciencia sobre el problema, desarrollar soluciones concretas y presionar a los

10. propietarios de bares para asumir su responsabilidad en la solución, es necesaria.
11. A nivel comunitario, las tácticas del miedo, las regulaciones que no se cumplen y las campañas financiadas por la industria de las bebidas alcohólicas no son efectivas.

IV. OBJETIVOS Y ACCIONES DE MEJORA

I. ÁMBITO EDUCATIVO

Objetivo 1. Mejorar el enfoque de las sesiones informativas de los programas acreditados de prevención escolar.

Acción:

1.1. Revisión y reorientación de las sesiones informativas de los programas acreditados de prevención escolar, destacando las ventajas de no consumir alcohol; clarificando las ideas erróneas sobre expectativas de refuerzo; abordando las consecuencias negativas a corto plazo, fundamentalmente sociales, de los consumos de mayor riesgo (borracheras y *binge drinking*) y modificando las creencias normativas sobre las prevalencias de consumo

Objetivo 2: Mejorar la fidelidad en la implantación de los programas acreditados de prevención escolar (metodología, sesiones y continuidad).

Acciones:

2.1. Mejora de la implantación del modelo mixto de formación (presencial/on-line) del profesorado para aplicar los programas acreditados de prevención escolar, consensuado por las Consejerías de Educación y de Familia e Igualdad de Oportunidades.

2.2. Elaboración de un curso on-line de formación del profesorado para el desarrollo de los programas acreditados en colaboración con el Centro TIC de la Consejería de Educación.

2.3. Desarrollo de sesiones de refuerzo en la formación de los instructores de los programas acreditados de prevención escolar, especialmente dirigidas a revisar la fidelidad de aplicación y la actitud de éstos frente a la prevención del consumo de drogas.

2.4. Reducción de la carga horaria necesaria para aplicar los programas acreditados de prevención escolar *Discover* y *Construyendo Salud*, estableciendo sesiones obligatorias y optativas.

2.5. Creación de una plataforma on-line para facilitar las relaciones entre profesores y/o centros educativos que aplican los programas acreditados de prevención escolar y para permitir la retroalimentación, identificación y abordaje de los obstáculos que surjan en la realización de dichos programas.

2.6. Funcionamiento de un servicio autonómico de supervisión voluntaria para el apoyo técnico y seguimiento de la aplicación de los programas de prevención escolar.

2.7. Inclusión de contenidos relacionados con la prevención del consumo de drogas y la promoción de hábitos saludables, dentro de la formación universitaria para la obtención de los grados de Educación y de master de Profesor de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanzas de Idiomas.

Objetivo 3. Aumentar la cobertura de los programas acreditados y la implicación de los centros educativos en el establecimiento de una normativa escolar sobre consumo de drogas.

Acciones:

3.1. Afianzamiento de las actuaciones preventivas mediante la integración de los programas acreditados en el Proyecto Educativo de Centro y en la Programación Anual.

3.2. Creación de una red de centros educativos para la prevención escolar del consumo de drogas.

3.3. Difusión por diferentes cauces de comunicación de las experiencias de buenas prácticas de prevención en los centros educativos y concesión de menciones o de otras formas de reconocimiento público institucional a las mejores prácticas de prevención escolar.

3.4 Fomento de una política escolar sobre drogas en los centros educativos, que además de la aplicación de los programas acreditados de prevención, incluya una normativa de centro con protocolos de intervención, comprobación de su cumplimiento y medidas de control estimular (Anexo 1).

Objetivo 4. Incluir a los iguales en los programas acreditados de prevención.

Acciones:

4.1. Realización de un estudio piloto para evaluar la incorporación de iguales a algunas sesiones de los programas acreditados de prevención escolar dirigidos a alumnos de 1º y 2º de la ESO y de los programas extraescolares *Nexus* y *¿Vivir el momento?* (Anexo 2).

4.2. Creación de un grupo de alumnos intercentros que a través de Internet intercambie información y distintas experiencias de prevención escolar que se están desarrollando en sus respectivos centros, con análisis y debate sobre posibles propuestas de mejora.

4.3. Utilización de un grupo de mediadores formados y comprometidos con la prevención para generar en las redes sociales una corriente de opinión contraria al consumo de alcohol y de otras drogas en menores de edad.

Objetivo 5. Extinguir las actuaciones puntuales y sin contextualizar en el ámbito escolar.

Acción:

5.1. Suministro de información, con apoyo documental, a los centros educativos, Corporaciones Locales y entidades privadas sin ánimo de lucro que colaboran en el desarrollo del Plan Regional sobre Drogas, así como a otras entidades e instituciones, acerca de que las actuaciones puntuales de prevención no son efectivas y de la pertinencia de aplicar programas estructurados científicamente validados. En caso de que se realice algún tipo de campaña o actividad puntual, recomendar que se utilicen como refuerzo de los programas acreditados de prevención escolar.

Objetivo 6. Acreditar y pilotar nuevos programas basados en la evidencia en Ciclos Formativos.

Acciones:

6.1. Establecimiento de un procedimiento de participación y colaboración entre las Consejerías de Educación y Familia e Igualdad de Oportunidades para la selección y acreditación de programas de prevención del consumo de drogas en ciclos formativos.

6.2. Desarrollo de programas acreditados de prevención del consumo de drogas en alumnos menores de edad de ciclos formativos, incluyendo estos programas en el marco de la prevención de riesgos laborales y abordando las consecuencias negativas del consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas en el medio laboral.

Objetivo 7. Apoyar los programas acreditados de prevención escolar en los programas comunitarios.

Acción:

7.1. Desarrollo combinado de los programas universales de prevención escolar y familiar, impulsando de forma prioritaria los programas de prevención familiar en los centros educativos con programas acreditados de prevención escolar.

II. ÁMBITO FAMILIAR

Objetivo 8. Aumentar la cobertura de los programas acreditados de prevención familiar (Moneo, Dédalo, Alfil, PCF e indicada), especialmente en la zona rural y en las familias de mayor riesgo.

Acciones para mejorar la captación de familias con carácter general:

8.1. Utilización de líderes naturales de la comunidad y de padres/madres que ya hayan participado en los programas o que se encuentren comprometidos con la prevención del consumo de alcohol y de otras drogas para difundir los programas y promover la participación en los mismos.

8.2. Funcionamiento de una plataforma on-line para promover la participación de los padres y madres, que entre otros servicios responda a dudas y preguntas en materia de drogodependencias.

8.3. Realización de entrevistas familiares con un profesional especializado en drogodependencias, que valore la necesidad de derivación de las familias a programas acreditados de prevención, como medida reeducativa sustitutiva de las sanciones a menores por consumo de alcohol en la vía pública.

8.4. Utilización de técnicas de marketing para diversificar y reforzar la insistencia en la oferta de programas acreditados de prevención familiar.

8.5. Aumento del atractivo de los programas acreditados de prevención familiar asociándolos con actividades altamente reforzantes para los participantes, proporcionando diplomas e incentivos por participar en las sesiones, disponiendo de una ludoteca para que las familias puedan dejar a los niños de menor edad y/o proporcionando una beca transporte para facilitar el desplazamiento de las familias en zonas rurales.

Acciones para mejorar la captación de familias para que participen en los programas de prevención familiar universal:

8.6. Sensibilización de las familias desde otros programas que intervienen en edades más tempranas (escuelas de madres y padres, cursos sobre habilidades parentales,...) acerca de la necesidad de recibir formación sobre prevención del consumo de drogas a finales de la Educación Primaria y comienzos de la Educación Secundaria.

8.7. Extensión de los procedimientos de captación a lugares donde los menores están fidelizados (asociaciones infantiles y juveniles, parroquias, clubes deportivos).

8.8. Contacto y colaboración con los centros escolares para la difusión de los programas de prevención familiar y la canalización de participantes a los

mismos. Para lograr una mayor implicación de los centros educativos en la captación de participantes se sugieren las siguientes actuaciones:

- I) Inclusión de los programas de prevención familiar en la Programación anual del centro por acuerdo del Consejo Escolar.
- II) Inclusión de diferentes aspectos de los programas de prevención familiar en el Proyecto educativo de centro.
- III) Captación de padres y madres desde los servicios de orientación educativa de los centros escolares.

8.9. Coordinación con el III Plan director para la convivencia y mejora de la seguridad escolar para el curso 2012-2013, promovido por la Administración General del Estado (Ministerios del Interior, Educación y Ciencia, y Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), para reforzar y complementar los programas acreditados de prevención familiar y escolar.

8.10. Difusión de los programas de prevención familiar y sensibilización del profesorado, que participa en los cursos de formación para aplicar los programas escolares, para que promuevan la participación de las familias en los mismos.

8.11. Sensibilización y difusión de los programas de prevención familiar desde los programas de intervención en drogodependencias en los centros de trabajo.

Acciones para mejorar la captación de familias para que participen en los programas de prevención familiar selectiva e indicada:

8.12. Captación de familias con factores de riesgo a través de otros programas de intervención familiar de la Gerencia de Servicios Sociales (PIF, Educar en Familia, Renta garantizada de ciudadanía), estableciendo instrucciones y protocolos para la derivación a programas de prevención familiar selectiva e indicada, y valorando la posibilidad de exigir la participación obligatoria en estos programas para recibir cierto tipo de prestaciones.

8.13. Implicación de los profesionales sanitarios de atención primaria, salud mental y de los servicios de urgencias y emergencias en la captación y derivación de menores y familias para participar en los programas acreditados de prevención selectiva e indicada.

8.14. Coordinación con los centros educativos para que éstos oferten a las familias la posibilidad de contactar con los distintos programas selectivos e indicados de prevención familiar.

8.15. Captación y derivación de casos desde las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en intervenciones de calle por consumo abusivo de alcohol en menores.

8.16. En familias de riesgo, utilización de la entrevista motivacional por parte de los técnicos que desarrollan los programas, en la que se incluya un protocolo de información para dar respuesta a las situaciones-tipo que suelen plantearse desde el ámbito familiar.

8.17. Con las familias más resistentes a las intervenciones, dosificar el compromiso de participación, de modo que inicialmente se pida su implicación en una parte del programa y una vez conseguida esta meta, plantearles continuar con el resto de la intervención.

Objetivo 9. Revisar y reorientar los contenidos de los programas de prevención familiar.

Acciones:

9.1. En el programa de prevención familiar universal *Moneo*, incluir una sesión conjunta padres-hijos para el desarrollo de competencias de la familia y no sólo en las madres y padres.

9.2. Revisión del contenido de las sesiones informativas sobre drogas, evitando posibles efectos iatrogénicos y reforzando el posicionamiento familiar respecto al alcohol. En el caso de los menores, destacando las ventajas de no consumir alcohol, explicando el concepto de *binge drinking* y el impacto de las borracheras sobre la salud, abordando las creencias normativas y aclarando algunas ideas erróneas sobre el alcohol, especialmente sobre expectativas de efectos positivos del consumo. En el caso de los padres, revisando sus actitudes y consumo de alcohol, considerando el consumo de bajo riesgo, incrementado la percepción del riesgo y aumentando el nivel de conciencia sobre la presencia del alcohol en espacios y celebraciones familiares.

Objetivo 10: Mejorar la fidelidad en la implantación de los programas acreditados de prevención familiar.

Acciones:

10.1. Desarrollo de sesiones de refuerzo en la formación de los instructores de los programas acreditados de prevención familiar, revisando la fidelidad de aplicación de los programas y la actitud de éstos frente al consumo de drogas y la prevención familiar.

10.2. Implantación de un procedimiento de seguimiento de la aplicación de los programas de prevención familiar.

III. ÁMBITO COMUNITARIO

Objetivo 11. Crear alianzas comunitarias como una estructura estable de participación, coordinación y cooperación.

Acciones:

11.1. Extensión de alianzas comunitarias a partir de experiencias adquiridas, que estén institucionalmente respaldadas como estructuras estables de participación, coordinación y cooperación, para promover la movilización de la comunidad y la realización y evaluación de intervenciones planificadas de prevención, control de la oferta y de disminución de los riesgos relacionados con el consumo de alcohol. (Anexo 3).

11.2. Aplicación combinada, coordinada y equilibrada de medidas de control y de actuaciones de educación preventiva, no sólo para limitar el acceso al alcohol por parte de los menores de edad, sino también para crear normas sociales contra su abuso e intenciones de no consumo o de un uso de baja frecuencia e intensidad.

11.3. Realización de intervenciones comunitarias multicomponente que incluyan estructuras de apoyo e impulso de las actuaciones, programas escolares y familiares, formación de líderes de la comunidad, control de la oferta y consumo de bebidas alcohólicas, programas de ocio de bajo riesgo, dispensación responsable de alcohol y un componente de medios de comunicación para sensibilizar e informar a la comunidad sobre los riesgos del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad y para difundir y promover la participación en los programas acreditados existentes.

Objetivo 12. Promover un ocio y tiempo libre en entornos de bajo riesgo de consumo de alcohol (Anexo 4).

Acciones:

12.1. Utilización de espacios públicos comunitarios y normalizados (centros cívicos, puntos jóvenes, bibliotecas, polideportivos, centros educativos) y privados (locales, lonjas, peñas...) como zonas de ocio libres de drogas para desarrollar actividades supervisadas de fin de semana y en periodos vacacionales. Estas actividades deberán ser propuestas por los propios jóvenes y desarrolladas en colaboración con asociaciones juveniles y entidades públicas y privadas comprometidas con la prevención.

12.2. Desarrollo del programa *Nexus* en las asociaciones juveniles que intervienen con niños y niñas de entre 9 y 12 de edad.

12.3. Fomento de la relación de menores de edad con grupos de iguales prosociales y con comportamientos saludables que formen parte de asociaciones juveniles y de otras organizaciones de la comunidad.

12.4. Apoyo a las asociaciones juveniles con fines culturales, artísticos y deportivos existentes y creación de otras nuevas, dotándolas de los medios y espacios necesarios para llevar a cabo actividades saludables de ocio y tiempo libre.

12.5. Colaboración con la industria del ocio y del entretenimiento para promover la existencia de locales e instalaciones polivalentes libres de alcohol que oferten actividades lúdicas saludables y que sean espacios alternativos de ocio a los bares, discotecas y zonas de “botellón”.

12.6. Favorecer desde los centros educativos la participación del alumnado en proyectos comunitarios de ocio y tiempo libre.

12.7. Coordinación y colaboración con las Concejalías de Juventud de los ayuntamientos y con los departamentos equivalentes de las Diputaciones Provinciales para poner en marcha programas conjuntos de ocio de bajo riesgo y para utilizar las antenas y los puntos de información juvenil como medios de difusión de las iniciativas que se lleven a cabo en prevención del consumo de drogas.

12.8. Inclusión de contenidos acreditados sobre prevención del consumo de drogas en la titulación de monitor de ocio y tiempo libre que promueve el Instituto de la Juventud, así como en otros cursos de formación dirigidos a educadores, monitores deportivos y otros agentes comunitarios que trabajan con niños y adolescentes.

Objetivo 13. Implicar activamente a los empresarios y trabajadores de hostelería, comercio y ocio nocturno para no dispensar bebidas alcohólicas a menores de edad y para promover el consumo de bebidas sin alcohol.

Acciones:

13.1 Sensibilización, información y formación acreditada de trabajadores de hostelería, supermercados y grandes superficies comerciales sobre los riesgos y las consecuencias del consumo de alcohol en menores, así como sobre dispensación y venta responsable de bebidas alcohólicas.

13.2. Aumento de la oferta de bebidas atrayentes sin alcohol (cócteles y combinados, zumos, bebidas sanas) y a precios competitivos en establecimientos de hostelería. Estas bebidas sin alcohol o cócteles saludables podrían introducirse y simbolizar las fiestas patronales de los pueblos y ciudades de la Comunidad Autónoma.

13.3. Promoción de locales libres de alcohol (tipo *dry bar*) que suministren cócteles y bebidas no alcohólicas a precios inferiores a los de las bebidas con contenido alcohólico para fomentar su consumo y para crear espacios alternativos de ocio a los bares y discotecas.

IV. ÁMBITO DEL CONTROL Y CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Objetivo 14. Reforzar y mejorar las actuaciones de control para aumentar el cumplimiento de la legislación vigente en materia de alcohol y menores.

Acciones:

14.1. Realización por parte de los ayuntamientos de actuaciones aleatorias y selectivas de control para vigilar el cumplimiento de la normativa vigente, prestando especial atención a la venta de bebidas alcohólicas a menores, al consumo de alcohol en la vía pública, a la publicidad no permitida de bebidas alcohólicas y a la promoción, venta y consumo de alcohol durante las fiestas patronales y en las peñas.

14.2. Establecimiento y aplicación de procedimientos sancionadores más rápidos, tomando como referencia los que se aplican a las infracciones de tráfico o a la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana, en la que el derecho a la defensa se ejerce después de aplicar la sanción.

14.3. Fomento de los contactos, convenios o compromisos entre los responsables policiales nacionales y municipales para constituir grupos de trabajo exclusivamente dedicados a la vigilancia e investigación de las infracciones a la legislación vigente en materia de alcohol.

14.4. Realización del *Taller OH.com* como medida sustitutiva de las sanciones económicas a menores de edad por consumo de alcohol en la vía pública.

Objetivo 15. Valorar nuevas formulas legales para restringir el acceso a las bebidas alcohólicas.

Acción:

15.1. Limitar la venta de bebidas alcohólicas a establecimientos comerciales específicos con una licencia especial.

V. ADAPTACIONES A LA ZONA RURAL PARA PROMOVER LA REALIZACIÓN DE LAS ACCIONES PLANTEADAS

ÁMBITO EDUCATIVO

Para el objetivo 2: Mejorar la fidelidad en la implantación de los programas acreditados de prevención escolar Discover y Construyendo salud.

Acción:

RAE.2.1*. Realización de los cursos de formación del profesorado para aplicar los programas acreditados de prevención escolar, organizados por los CFIE, de tal forma que los profesores puedan realizar la formación en su propio centro o en el CFIE de referencia, y que se pueda llevar a cabo la actividad formativa con todo el profesorado del centro que implante los programas con independencia del número.

Para el objetivo 3. Aumentar la cobertura de los programas acreditados.

Acción:

RAE.3.1. Refuerzo del papel desempeñado por los servicios de orientación educativa en los programas acreditados de prevención escolar para apoyar la estabilidad de su aplicación en los centros rurales.

ÁMBITO FAMILIAR

Para el objetivo 8: Aumentar la cobertura de los programas acreditados de prevención familiar.

Acciones:

Prevención familiar con carácter general

RAF.8.1. Difusión de los programas de prevención familiar como intervenciones para el desarrollo de competencias de la familia, con el objetivo de evitar la estigmatización y de eliminar resistencias a la participación.

RAF.8.2. Poner especial énfasis en conseguir la colaboración de grupos de padres/madres que hayan participado en los programas de prevención familiar o que se encuentren comprometidos con la prevención del consumo de alcohol y de otras drogas para difundir los programas y promover la participación en los mismos (Acción 8.1).

* R (rural) AE (ámbito educativo).2 (objetivo 2).1 (acción 1).

RAF.8.3. Intensificar la difusión de la plataforma on-line para promover la participación de los padres y madres y para responder dudas y preguntas de éstos en materia de drogodependencias (Acción 8.2).

RAF.8.4. Refuerzo del papel de los mediadores sociales clave como fuentes de derivación de familias a los programas acreditados de prevención.

RAF.8.5. Utilización de instalaciones comunitarias, no vinculadas a problemas sociales o de abuso de drogas, para el desarrollo de los programas de prevención familiar.

Prevención familiar universal

RAR.8.6. Incorporación del programa de prevención familiar *Moneo* a las acciones de los equipos de prevención familiar de las Corporaciones Locales.

RAF.8.7. Realización de cada una de las sesiones del programa *Moneo* en un municipio distinto cuando éste se dirija a padres y madres de alumnos de centros rurales agrupados.

Prevención familiar selectiva

RAF.8.8. Captación de padres con diferentes niveles de riesgo, algunos de los cuales pueden proceder del programa *Moneo*, con el fin de evitar la estigmatización de las familias y de poder formar grupos con un número suficiente de participantes para aplicar el programa *Dédalo*.

Prevención familiar Indicada

RAF.8.9. Desplazamiento de los profesionales que realizan los programas de prevención familiar indicada a núcleos rurales lo más próximos posible al lugar de residencia de los beneficiarios, para mejorar el acceso al recurso y preservar el anonimato de las familias utilizando espacios normalizados como centros de salud, centros educativos o centros de acción social.

ÁMBITO COMUNITARIO

Para el objetivo 11: Crear alianzas comunitarias como estructuras estables de participación, coordinación y cooperación.

Acción:

AC.11.1. Relación de las alianzas comunitarias con órganos o comisiones ya existentes para otros sectores (Consejos sociales, Consejos de salud, Comisiones de absentismo, Comisiones de coordinación sociosanitaria,...) para establecer cauces de cooperación con las entidades que participan en estas estructuras.

Para el objetivo 12: Promover un ocio y tiempo libre en entornos de bajo riesgo de consumo de alcohol.

Acciones:

AC.12.1. Solicitar a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas que las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos que de más de 20.000 habitantes que no sean capitales de provincia puedan obtener financiación del Fondo de bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados para realizar programas de ocio alternativo.

AC.12.2. Utilización prioritaria en las zonas rurales de instalaciones públicas comunitarias y normalizadas como espacios de ocio libres de drogas para desarrollar actividades supervisadas de fin de semana y en periodos vacacionales (Acción 12.1).

AC.12.3. Priorizar la realización del programa *Nexus* en núcleos rurales donde no se desarrollen los programas acreditados de prevención escolar (Acción 12.2).

AC.12.4. Hacer especial énfasis en la creación de asociaciones juveniles con fines culturales, artísticos y deportivos en zonas rurales, dotándolas de los medios y espacios necesarios para llevar a cabo actividades saludables de ocio y tiempo libre (Acción 12.4).

AC.12.5. Regulación normativa del funcionamiento de las peñas y transformación de éstas en lugares de ocio de bajo riesgo.

Para el objetivo 13: Implicar activamente a los empresarios y trabajadores de hostelería, comercio y ocio nocturno en la dispensación y venta responsable de bebidas alcohólicas.

Acciones:

AC.13.1. Adaptación de las actividades de formación acreditada de trabajadores de hostelería, supermercados y otros establecimientos comerciales para la dispensación y venta responsable de bebidas alcohólicas, mediante la creación con carácter preferente de grupos más reducidos o la sustitución de los cursos por entrevistas personales, implicando directamente a los responsables municipales en el procedimiento (Acción 13.1).

AC.13.2. Hacer especial énfasis en el fomento de la oferta de bebidas atrayentes sin alcohol (cócteles y combinados, zumos, bebidas sanas) y a precios competitivos en los núcleos rurales, especialmente durante las fiestas patronales de los pueblos (Acción 13.2).

ÁMBITO DEL CONTROL Y CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Para el objetivo 14: *Reforzar y mejorar las actuaciones de control para aumentar el cumplimiento de la legislación vigente en materia de alcohol y menores.*

Acciones:

ACCL.14.1. Asesoramiento y apoyo desde las Diputaciones Provinciales a los municipios de menos de 20.000 habitantes, especialmente a los de menor tamaño, para incoar, tramitar y sancionar infracciones a la legislación vigente en materia de alcohol.

ACCL.14.2. Información y sensibilización a los alcaldes de los municipios de menos de 20.000 habitantes sobre sus competencias en materia de inspección y sanción de las infracciones a la Ley 3/1994.

ACCL.14.3. Establecimiento de un protocolo de actuación para que los agentes de la Guardia Civil desempeñen la función inspectora en materia de promoción, venta y consumo de alcohol en aquellas localidades que no dispongan de Policía Municipal.

VI. ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN

Objetivo 16: *Mejorar el conocimiento sobre el consumo de alcohol por parte de menores de edad.*

Acciones:

16.1. Realización de estudios e informes específicos sobre el consumo de alcohol en menores y sus consecuencias (accidentes, urgencias médicas, peleas...), difundiendo sus resultados y los obtenidos por estudios ya existentes.

16.2. Preguntar a los jóvenes por distintos cauces qué es lo que piensan sobre este problema y su solución.

16.3. Realización de un seguimiento anual del grado de implantación y desarrollo de las acciones propuestas, valorando su impacto cada dos años en el fenómeno del consumo de alcohol en menores de edad.

ANEXO 1

ELEMENTOS O PRINCIPIOS DE LAS POLÍTICAS ESCOLARES QUE SON EFICACES PARA TENER IMPACTO EN EL CONSUMO DE DROGAS

(adaptado de Sloboda, 2009³)

1. Reducción o eliminación del acceso y disponibilidad de alcohol, tabaco y otras drogas en las instalaciones del centro educativo.
2. Aplicación de sanciones positivas a las infracciones de la normativa del centro en materia de drogas, como asesoramiento o tratamiento en servicios especializados para estudiantes, más que medidas punitivas como la suspensión o la expulsión.
3. Proporcionar refuerzo positivo por el cumplimiento de la normativa de centro en materia de drogas.
4. Las políticas escolares sobre drogas no deben interrumpir el normal funcionamiento de la escuela y deben abordar todo el rango de conductas de consumo, desde la iniciación, progresión al abuso, dependencia y recaída.
5. Deben tener un número reducido de objetivos específicos y deben concretar las drogas que son objeto de atención.
6. Las políticas escolares sobre drogas deben reflejar y tener reflejo en otros esfuerzos de prevención en la comunidad.
7. El colectivo de estudiantes y de profesores deben participar en su aplicación y desarrollo.
8. Las políticas sobre drogas en los centros escolares deben proporcionar formación sistemática a los administradores de la misma y educar a la comunidad educativa sobre la participación en sus objetivos.

ANEXO 2

INCORPORACIÓN DE IGUALES A LOS PROGRAMAS ACREDITADOS DE PREVENCIÓN

1. Objetivos de la intervención con pares:

- Aumentar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol, tabaco y cannabis en menores de edad, en especial la relacionada con el consumo abusivo de bebidas alcohólicas (borracheras y *binge drinking*).
- Modificar las creencias normativas relacionadas con el consumo de alcohol entre los iguales.
- Modelar y estimular un ocio saludable en los menores de edad en el que no esté presente el consumo de alcohol.
- Promover la participación de los adolescentes en asociaciones juveniles.

2. Población diana:

Adolescentes de 12 a 14 años que cursan 1º y 2º de la ESO durante la fase piloto, valorando su extensión a edades superiores en una segunda fase.

3. Ámbitos de intervención

3.1. Medio escolar. Centros educativos en los que se aplican los programas *Discover* y *Construyendo Salud*. La selección de los iguales correrá a cargo del profesorado entre alumnos de cursos superiores del mismo centro escolar.

3.2. Medio extraescolar. Instalaciones de la comunidad en la que se aplican los programas *Nexus* y *¿Vivir el momento?*. La selección de los iguales correrá a cargo de asociaciones juveniles implicadas en la prevención del consumo de drogas entre adolescentes y jóvenes, preferentemente asociados, que hayan participado previamente en los programas *Discover* y *Construyendo Salud*.

4. Características de los iguales:

- Menores de ambos sexos en una proporción equilibrada que sean algo mayores que la población diana, preferentemente con edades comprendidas entre los 14 y 16 años.
- Capacidad de comunicación y liderazgo.
- Participación previa en los programas *Discover*, *Construyendo Salud* o *Nexus* o en su curso específico de formación para desempeñar su cometido.
- Con conocimientos científicamente fundados sobre la información que deben proporcionar.
- Responsables y comprometidos con la prevención del consumo de drogas.
- Preferentemente no consumidores de drogas.
- Con experiencias personales que les hayan hecho cuestionar sus percepciones y creencias personales, abandonar el consumo de drogas o al menos reducirlo a patrones que no sean habituales y abusivos, con el objetivo de aportar testimonios mediante una comunicación persuasiva y modelar procesos de pensamiento y conductas saludables.

5. Aspectos metodológicos:

- En todo momento la función de los iguales será supervisada por el profesorado, los instructores de los programas de prevención extraescolar y un equipo técnico que los apoye y que garantice que la intervención de los mismos es adecuada.
- La participación de los iguales en los programas acreditados de prevención deberá estar enmarcada y apoyada en proyectos más amplios de carácter comunitario.

ANEXO 3

ALIANZAS COMUNITARIAS

El éxito y la sostenibilidad de las intervenciones comunitarias para la prevención del consumo de drogas generalmente se produce cuando las actuaciones se apoyan en estructuras estables que se encuentran institucionalmente respaldadas y en las que existe un equilibrio y un buen ajuste entre los planos técnico, político y de responsabilidad organizacional.

Una reciente revisión sobre las alianzas comunitarias ha encontrado que aquellas que resultan efectivas ejercen tres funciones principales (NORC, 2010):

- 1) Crear un capacidad de colaboración entre distintas organizaciones de la comunidad que sean representativas de los distintos sectores en los que ésta se articula (servicios sanitarios y sociales, centros educativos, organizaciones religiosas, etc.).
- 2) Ayudar a las comunidades a desarrollar la capacidad de construir un capital social necesario para dirigir los asuntos sanitarios y sociales de la comunidad.
- 3) Llegar a ser agentes de cambio a nivel local a través de fuertes políticas o regulaciones sobre drogas, influyendo en las conductas de salud de los ciudadanos y soportando la prestación de servicios comunitarios de interés general.

En cualquier caso las alianzas comunitarias no deben duplicar estructuras, sino apoyarse en las ya existentes con el fin de aunar esfuerzos y de hacer valer el problema del consumo de alcohol en menores de edad como un objetivo social prioritario y consensuado entre los diferentes profesionales implicados.

1. Características de las alianzas comunitarias:

Para que las alianzas comunitarias resulten efectivas han de reunir las siguientes características (Sloboda, 2012⁷):

- Liderazgo. Tener una perspectiva a largo plazo de los intereses de la comunidad, capacidad organizativa y compromiso para la acción.
- Miembros. Contar con representantes de diversos sectores de la comunidad y de fuerzas de seguridad y control que reflejen la diversidad cultural y que estén comprometidos con el éxito de la alianza.
- Estructura. Disponer de normas de funcionamiento y de responsabilidades bien definidas, con un órgano de gobierno y dirección activo y comprometido.
- Operaciones y procesos. Contar con procesos bien definidos de comunicación, toma de decisiones y resolución de conflictos.
- Visión estratégica. Disponer de una referencia bien articulada y aceptada para todas las actividades de la alianza y de su futura dirección.
- Factores contextuales. Tener conciencia de las condiciones externas o situaciones que pueden impedir o aumentar las actividades de la alianza y disposición a hacer los ajustes apropiados para afrontar esas condiciones o situaciones.

2. Grado de madurez de las comunidades

No todas las comunidades están listas para crear alianzas. Edwards et al. (2000) han definido nueve etapas de preparación para constituir una alianza comunitaria:

1. Falta de concienciación. No hay acuerdo sobre los temas que constituyen un problema para la comunidad.
2. Negación/resistencia. Algunos miembros de la comunidad consideran que el tema es un problema, pero hay poco reconocimiento de que sea un problema local.
3. Conciencia vaga. Muchos miembros de la comunidad piensan que el tema es un problema local, pero no hay motivación para solucionarlo.
4. Preplanificación. Se reconoce que existe un problema y que algo hay que hacer, sin embargo, lo que se necesita y las acciones a realizar son vagas.
5. Preparación. Líderes activos comienzan a planificar en serio. La comunidad ofrece modestos apoyos a sus esfuerzos.
6. Iniciación. Comienzan las actividades.
7. Estabilización. Las actividades son apoyadas por los agentes de la comunidad que toman las decisiones; por otra parte, el personal está formado.
8. Confirmación/expansión. Los esfuerzos están en marcha y los miembros de la comunidad se sienten cómodos con ellos y apoyan su expansión; asimismo, se recopilan y se revisan regularmente datos locales.
9. Amplio nivel de madurez comunitaria. Hay una plena comprensión del problema, su epidemiología, causas y consecuencias; se realizan esfuerzos de evaluación de calidad que orientan las nuevas actividades.

3. Constitución de las alianzas comunitarias

Para constituir una alianza, la comunidad debe tener un adecuado nivel de madurez, que siguiendo los criterios establecidos por Edwards se puede situar en la etapa 7 de estabilización. Si no hay madurez suficiente es recomendable no constituir precipitadamente la alianza comunitaria ante el riesgo de “quemar” un recurso que puede resultar muy valioso en el futuro.

Cuando la comunidad no ha alcanzado el nivel mínimo de madurez para constituir una alianza, puede resultar útil crear una estructura promotora de maduración comunitaria, cuya composición mínima de entidades comprometidas con la intervención en materia de alcohol y menores debe ser la siguiente:

- Departamento de Familia e Igualdad de Oportunidades.
- Corporaciones locales, representadas por los Planes locales sobre drogas.
- Dirección Provincial de Educación.
- Subdelegación del Gobierno en el caso de las alianzas para las zonas rurales.

La función básica de esta estructura intermedia es promover la maduración de la comunidad o de partes de la misma hasta alcanzar la etapa establecida para constituir la alianza comunitaria, buscando al mismo tiempo la implicación directa del mayor número posible de agentes que han de intervenir en los programas comunitarios multicomponente.

4. Área de influencia

Las alianzas comunitarias deben tener un área de influencia con una adecuada amplitud para desempeñar sus funciones y lograr sus objetivos de forma eficaz. Por un

lado, se trata de evitar la atomización de las intervenciones por actuar en comunidades demasiado pequeñas, y por otro, de no caer en la descontextualización de las actuaciones por abarcar un exceso de territorio.

Según la trayectoria, necesidades y circunstancias concretas de cada comunidad se debe aplicar un criterio flexible para determinar el área de influencia de las alianzas, que puede ir desde una provincia, comarca o equivalente funcional supramunicipal, hasta una ciudad de más de 20.000 habitantes.

4. Objetivos de las alianzas en materia de alcohol, menores y jóvenes:

- Convertir las alianzas comunitarias en una caja de resonancia que amplifique la difusión, participación y acción combinada de los programas de control, prevención y de disminución de los riesgos que se lleven a cabo en su ámbito de influencia, logrando de este modo un mayor impacto y mantenimiento de los logros que se obtienen si se interviene por separado.
- Reducir de forma significativa y apreciable la accesibilidad de los menores de edad a las bebidas alcohólicas.
- Promover una visión positiva de los adolescentes y de los jóvenes que destaque la diversidad de grupos que componen este segmento de la población y que evite la generalización estereotipada que asocia de modo indiferenciado a los jóvenes con el abuso de alcohol.
- Evitar la incitación directa al consumo abusivo de bebidas alcohólicas, en especial en establecimientos destinados a la venta y consumo inmediato de las mismas, mediante ofertas promocionales, premios, canjes, sorteos, concursos, fiestas o rebajas en los precios.
- Evitar, o en su defecto amortiguar, las consecuencias negativas derivadas de la concentración de personas en espacios y zonas públicas para consumir bebidas alcohólicas y otras drogas, ya sea mediante la modalidad del llamado “botellón”, fiestas de estudiantes universitarios u otras fórmulas.
- Actuar de oficio y de modo decidido para sancionar a los establecimientos que de forma reiterada incumplen las limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas establecidas por la legislación vigente, sobre todo cuando éstas afecten a los menores de edad.

5. Funciones de las alianzas comunitarias:

Como funciones de las alianzas comunitarias en materia de alcohol, menores y jóvenes se pueden establecer las siguientes:

- Aumentar el grado de madurez de la comunidad o de partes de la misma sobre las que va a ejercer su influencia.
- Lograr el máximo apoyo y colaboración de los distintos sectores de la comunidad en la reducción de la oferta y de la demanda de bebidas alcohólicas, haciendo visible y concreto este respaldo.
- Liderar una respuesta decidida y positiva (no sólo represiva) al uso y abuso de bebidas alcohólicas a nivel local.
- Contribuir al cambio progresivo de la norma social de consumir alcohol, especialmente cuando éste se produce en menores de edad, y de la tolerancia social existente hacia el abuso de las bebidas alcohólicas.
- Promover una visión positiva y matizada de los adolescentes y de los jóvenes.
- Estimular la participación en los programas de prevención y de disminución de los riesgos.

- Colaborar con los órganos de inspección para mejorar las medidas de vigilancia, denunciando los incumplimientos de la legislación vigente y reforzando la acción de control con el rechazo social hacia ciertas formas de promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas.
- Motivar a los sectores implicados para adoptar voluntariamente protocolos de actuación, comportamientos socialmente responsables y medidas eficaces de autorregulación en materia de venta y consumo de bebidas alcohólicas.
- Promover la colaboración económica voluntaria de la comunidad para el sostenimiento de los programas de prevención del consumo de alcohol y de otras drogas y de disminución de los riesgos asociados al mismo.

6. Composición de las alianzas comunitarias:

La composición básica de las alianzas comunitarias puede variar en función de los objetivos que traten de conseguir, cambiando según éstos vayan variando o evolucionando. Una posible composición inicial de las alianzas comunitarias podría ser la siguiente:

- Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León.
- Departamento de Familia e Igualdad de Oportunidades.
- Planes locales sobre drogas.
- Direcciones Provinciales de Educación.
- AMPAS.
- Consejería de Sanidad, preferentemente Gerencia de Atención Primaria.
- Subdelegación del Gobierno de España.
- Asociaciones de vecinos.
- Medios de comunicación locales.
- Sector de establecimientos comerciales de venta de bebidas alcohólicas.
- Sector de hostelería y del ocio nocturno.
- Consejo Local de la Juventud.

7. Niveles de intervención:

Dependiendo del grado de madurez de la comunidad se pueden establecer dos grandes niveles de intervención:

- Nivel básico. Aplicación combinada, coordinada y equilibrada de medidas de control y de algunas actuaciones de reducción de la demanda (prevención escolar, familiar, extraescolar, etc.) Acción 11.2. Esta intervención combinada puede ser impulsada y apoyada por la estructura promotora de maduración comunitaria en el caso de que la alianza aún no se haya constituido.
- Nivel avanzado. Realización de intervenciones comunitarias multicomponente que incluyan programas escolares y familiares, formación de líderes de la comunidad, control de la oferta y consumo de bebidas alcohólicas, programas de ocio de bajo riesgo, dispensación responsable de alcohol y un componente de medios de comunicación para sensibilizar e informar a la comunidad sobre los riesgos del consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad. Acción 11.3.

Desde el nivel básico se puede ir progresando paulatinamente con nuevas y más amplias actuaciones hasta alcanzar el nivel avanzado de intervención.

Cabe la posibilidad de que en el área de influencia de una alianza comunitaria las unidades territoriales más pequeñas que forman parte de la comunidad tengan un heterogéneo grado de madurez, lo que puede determinar que en estas unidades territoriales se realicen intervenciones diversas, que en unos casos pueden situarse alrededor del nivel básico y en otros alrededor del nivel avanzado.

ANEXO 4

OCIO DE BAJO RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL

Por ocio de bajo riesgo se entiende aquel que no está vinculado al consumo de alcohol y de otras drogas y en el que se establece una ruptura estimular con los elementos que se asocian a ocio consumista (lugares, entornos, horario, música, etc. A través de este ocio se promueve una relación prosocial entre las personas y un desarrollo y disfrute saludable de la misma. Teniendo en cuenta la información epidemiológica disponible, se considera que a partir de la medianoche el riesgo de usar y abusar del alcohol y de otras drogas aumenta significativamente.

1. Objetivo:

Promover un ocio continuo (a lo largo de la infancia y hasta los 18 años) y continuado (durante todo el año), que promueva la capacidad crítica de los menores sobre el modelo de ocio imperante y que permita asociar la realización de actividades gratificantes al no consumo de alcohol y de otras drogas.

2. Población diana:

Niños y adolescentes, preferentemente de entre 12 y 16 años, por ser éste un momento crítico en el inicio e intensificación en el consumo de drogas, que no consumen o que lo hacen de forma esporádica o con baja intensidad.

3. Tipo de actividades de ocio de bajo riesgo:

Adaptado de las recomendaciones del Grupo de trabajo sobre ocio saludable del Foro *La sociedad ante las drogas* del Plan Nacional sobre Drogas⁴¹.

Actividades deportivas: aeróbic; aquayim; badminton; baloncesto; balonmano; bicicleta; cursos de vuelo sin motor o parapente, escalada, fútbol sala, hockey, karate, piragua, senderismo, squash, tai chi, tenis de mesa, voleibol, waterpolo, yoga.

Actividades culturales: audición de música y conciertos no asociados a ambientes de consumo de alcohol y de otras drogas, baile, fotografía, audiovisuales, videoforum, conferencias, debates, teatro, visitas a exposiciones culturales.

Actividades de compromiso social y ayuda a la comunidad.

Actividades lúdicas: karaoke, ciberaula, descubrimiento de lugares emblemáticos, excursiones/rutas en bicicleta, juegos de mesa, videojuegos, Internet, juegos en red, Wii, espacios de encuentro y salas polivalentes, aventura temática (certamen y recorrido por las calles de la ciudad o pueblo con objeto de resolver algún enigma)

Actividades artísticas: música; pintura; talleres de tatuajes, para ligar, teatro, malabares, risoterapia, etc; expresión corporal.

Actividades compartidas de ocio familiar.

4. Vinculación con grupos de iguales prosociales

Para promover y poner en valor las relaciones con grupos prosociales se buscará la complicidad de los medios de comunicación y se utilizarán líderes para los jóvenes (deportistas, actores, músicos, etc.) que actúen como modelos de vida saludable y que ejerzan una labor de crítica social en materia de alcohol y menores.

A través de la vinculación con estos grupos se reforzarán creencias y actitudes contrarias al consumo de alcohol y de otras drogas, el desarrollo personal y de habilidades para la vida, el compromiso social y la ocupación del ocio en horarios y entornos de bajo riesgo, en los que se promueva la reflexión, la introspección y la expresión de ideas, sentimientos y pensamientos en una ambiente seguro basado en la confianza y en la ayuda mutua.

V. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

1.- INDICADORES GENERALES DE EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN.

Las fuentes de información que se utilizarán para evaluar el impacto de las acciones planteadas en el documento estratégico serán la encuesta escolar sobre consumo de drogas (ESTUDES) que se realiza bienalmente por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Sistema autonómico de información sobre toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL) a través del indicador de urgencias hospitalarias. Por tanto, la evaluación del impacto se realizará cada dos años.

Los indicadores para realizar esta evaluación serán los siguientes:

1. Edad media de inicio de consumo de alcohol.
2. Consumos de mayor riesgo:
 - a. % de alumnado que consume alcohol todos los fines de semana.
 - b. % de alumnado que se ha emborrachado en el último mes.
 - c. % de alumnado con consumo en *binge-drinking* en el último mes.
3. Accesibilidad al alcohol:
 - a. % de alumnado que considera que es fácil o muy fácil conseguir alcohol.
4. Percepción de la tolerancia al consumo de alcohol por parte del padre y la madre.
 - a. % de alumnado que percibe que su padre y su madre les permitiría o permite tomar bebidas alcohólicas en cualquier sitio fuera de casa.
 - b. % de alumnado que percibe que su padre y su madre no se lo permitiría o no se lo permite en absoluto.
5. Urgencias hospitalarias en menores de 18 años.
 - a. Nº de urgencias hospitalarias por consumo de alcohol

2.- INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS Y DE LAS ACCIONES.

Estos indicadores se evaluarán con una periodicidad anual y la información se obtendrá de diferentes fuentes, contando con la participación de todos los sectores implicados en las actuaciones del documento estratégico.

La valoración de estos indicadores de proceso permitirá realizar el seguimiento del documento estratégico y a su vez adoptar las medidas correctoras o de impulso necesarias en función de los resultados obtenidos.

Los indicadores para evaluar el cumplimiento de los objetivos y acciones serán los siguientes:

Objetivo 1. Mejorar el enfoque de las sesiones informativas de los programas acreditados de prevención escolar.

Indicador: Incorporación de las especificaciones sobre alcohol en los programas (Si-No).

Objetivo 2. Mejorar la fidelidad en la implantación de los programas acreditados de prevención escolar *Discover* y *Construyendo salud* (metodología, sesiones, continuidad de al menos dos años).

Indicador: Se valorará cualitativamente por las Secciones de Drogodependencias a través del análisis de la aplicación de los programas por los centros educativos (Si-No).

| Acción | Fuente | Indicador |
|---|-------------|-----------|
| Elaboración de un curso on-line de formación del profesorado para el desarrollo de los programas acreditados de prevención escolar. | CRD CE** | Si – No |
| Establecimiento de sesiones obligatorias y optativas en los programas acreditados de prevención escolar. | CRD | Si – No |
| Servicio autonómico de supervisión voluntaria de los programas de prevención escolar. | CRD | Si – No |

CE: Consejería de Educación. *UPCyL: Universidades públicas de Castilla y León.

Objetivo 3. Aumentar la cobertura de los programas acreditados y la implicación de los centros educativos en el establecimiento de una normativa sobre consumo de drogas.

Indicadores:

- Nº de alumnos que participan en los programas acreditados de prevención escolar.
- Nº de centros que participan en los programas acreditados de prevención escolar.
- Nº de centros que incluyen en su política escolar una normativa en materia de drogas.

Objetivo 4. Incluir a los iguales en los programas acreditados de prevención.

Indicador: Realización de los estudios piloto para la incorporación de iguales a los programas de prevención escolar y extraescolar (Si-No).

Objetivo 5. Extinguir las actuaciones puntuales y sin contextualizar en el ámbito escolar.

Indicador: Nº de centros educativos con actuaciones puntuales y aisladas que intervienen con alumnos en las aulas.

Objetivo 6. Acreditar y pilotar nuevos programas basados en la evidencia en Ciclos Formativos.

| Acción | Fuente | Indicadores |
|--|-----------------------|---|
| Procedimiento de acreditación de programas de prevención en ciclos formativos. | CRD CE | Si – No |
| Aplicación de programas acreditados de prevención en ciclos formativos. | CRD CE UGT/CCOO | Nº de programas acreditados Nº de centros participantes Nº de alumnos participantes |

Objetivo 7. Apoyar los programas acreditados de prevención escolar en los programas comunitarios.

Indicador: Nº de menores bajo la influencia de programas combinados.

Objetivo 8. Aumentar la cobertura de los programas acreditados de prevención familiar (*Moneo, Dédalo, Alfíl, PCF* e indicada), especialmente en la zona rural y en las familias de mayor riesgo.

Indicador: Nº padres/madres e hijos que participan en los programas acreditados de prevención familiar.

Objetivo 9. Revisar y reorientar los contenidos de los programas de prevención familiar.

| Acción | Fuente | Indicador |
|---|--------|-----------|
| Inclusión en el programa <i>Moneo</i> de una sesión conjunta padres-hijos | CRD | Si – No |
| Revisión del contenido de las sesiones informativas sobre alcohol de los programas de prevención familiar e inclusión de los nuevos contenidos. | CRD | Si – No |

Objetivo 10. Mejorar la fidelidad en la implantación de los programas acreditados de prevención familiar.

Indicador: Valoración cualitativa de los técnicos que desarrollan los programas, a través del proceso de seguimiento (sesiones y actividades desarrolladas, cumplimiento del cronograma, utilización metodología interactiva).

Objetivo 11. Crear alianzas comunitarias como una estructura estable de participación, coordinación y cooperación.

Indicadores:

- Nº de plataformas de maduración comunitaria.
- Nº de comunidades que aplican coordinadamente medidas de control y educación preventiva.
- Nº de alianzas comunitarias en funcionamiento.

Objetivo 12. Promover un ocio y tiempo libre en entornos de bajo riesgo de consumo de alcohol.

| Acción | Fuente | Indicadores |
|--|-------------------|--|
| Utilización de espacios públicos y privados como zonas de ocio libres de drogas para desarrollar actividades supervisadas de fin de semana y vacaciones, especialmente en la zona rural. | CCLL | Nº de comunidades* que utilizan estos espacios |
| Desarrollo del programa <i>Nexus</i> en asociaciones juveniles | CRD CJCyL | Nº de participantes. |
| Realización prioritaria del programa <i>Nexus</i> en zonas rurales que no tengan programas de prevención escolar. | CRD CCLL DV | Nº de participantes |
| Existencia de locales e instalaciones polivalentes libres de alcohol que oferten actividades lúdicas saludables y que sean espacios alternativos de ocio a los bares, discotecas y zonas de "botellón" | CCLL HOSTE | Nº de comunidades con estos locales e instalaciones. |

* Por comunidades se entiende provincias, comarcas o equivalente funcional supramunicipal, municipios o barrios.

Objetivo 13. Implicar activamente a los empresarios y trabajadores de hostelería, comercio y ocio nocturno para no dispensar bebidas alcohólicas a menores de edad y para promover el consumo de bebidas sin alcohol.

| Acción | Fuente | Indicadores |
|---|----------------------|--|
| Sensibilización, información y formación de trabajadores de hostelería, supermercados y grandes superficies comerciales sobre los riesgos y las consecuencias del consumo de alcohol en menores, así como sobre dispensación y venta responsable de bebidas alcohólicas | CRD CCLL HOSTE | Nº de participantes en talleres y cursos de dispensación responsable de alcohol Nº de participantes en cursos y actividades de asesoría sobre venta responsable de alcohol. |
| Aumento de la oferta de bebidas atrayentes sin alcohol y a precios competitivos en establecimientos de hostelería | CCLL HOSTE | Nº de comunidades que realizan la oferta de estas bebidas. |
| Promoción de locales libres de alcohol (tipo <i>dry bar</i>) como espacios alternativos de ocio a los bares y discotecas. | CCLL HOSTE | Nº de locales libres de alcohol. |

Objetivo 14. Reforzar y mejorar las actuaciones de control para aumentar el cumplimiento de la legislación vigente en materia de alcohol y menores.

| Acción | Fuente | Indicadores |
|---|------------|--|
| Realización de actuaciones aleatorias y selectivas de control por los ayuntamientos para reducir la venta de alcohol en menores, consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública, promoción, venta y consumo en fiestas y peñas | CCLL | Nº total de inspecciones en materia de alcohol. Nº de expedientes sancionadores por venta de alcohol a menores. Nº de expedientes sancionadores a menores por consumo en la vía pública % de sanciones sobre expedientes de venta de alcohol a menores % de sanciones sobre expedientes a menores por consumo en la vía pública. |
| Contactos, convenios o compromisos entre los responsables policiales nacionales y municipales para constituir grupos de trabajo exclusivamente dedicados a la vigilancia e investigación de las infracciones a la legislación vigente en materia de alcohol | CCLL DG | Nº de comunidades con convenios o compromisos |

Objetivo 15. Valorar nuevas formulas legales para restringir el acceso a las bebidas alcohólicas.

Indicador: Nº de ayuntamientos que han implantado la licencia especial.

Objetivo 16. Mejorar el conocimiento sobre el consumo de alcohol por parte de menores de edad.

Indicador: Nº de estudios e informes realizados sobre el consumo de alcohol en menores.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹Longshore, D., Ellickson, P. L., McCaffrey, D. F. y St. Clair, P. A. (2007). School-based drugprevention among at-risk adolescents: Effects of ALERT plus. *Health Education and Behavior*, 34, 651–668.
- ²St. Pierre, T. L., Osgood, D. W., Mincemoyer, C. C., Kaltreider, D. L. y Kauth, T. J. (2005). Results of an independent evaluation of Project ALERT delivered in schools by cooperative extension. *Prevention Science*, 6, 305–317.
- ³Sloboda, Z. (2009). School Prevention. In: Leukefeld, C.G., et al., (eds.) *Adolescent Substance Abuse*. Springer, pp. 191-212.
- ⁴Tobler, N.S. et al. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4):275-336.
- ⁵Foxcroft, D., Ireland, D, Lowe, G. y Breen, R. (2008). Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD003024.DOI: 10.1002/14651858.cd003024.
- ⁶Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G. et al, y The EU-Dap Study Group (2010). The effectiveness of school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 56-64.
- ⁷Sloboda, Z. Substance abuse prevention: reviewing the basic elements of prevention intervention. UNODC, Vienna. Conference International standards on drug use prevention, 23-25 January 2012 (documento sin publicar).
- ⁸NIDA (1997). Meta-analysis of drug abuse prevention programs. Bukowski, W.J. (Ed). NIDA. Research Monograph, N°170. US Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. NIDA, Rockville. Disponible en: <http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/monograph170/download170.html>
- ⁹EU-Dap. (2004). Ensayo Europeo de prevención de las drogodependencias. Evaluación de la eficacia de un programa de prevención del abuso de drogas en la escuela.
- ¹⁰Petrie, J., Bunn, F. y Byrne, G. (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: A systematic review. *Health Education Research*, 22 (2):177-191.
- ¹¹Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. y Hansen, W.B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18, 237–256.

¹²Thomas, R y Perera, R. (2008). School-based programmes for preventing smoking. The Cochrane Database of Systematic Review. 2006;3:CD001293.

¹³Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F.D., Versino, E. Zambon, A., Borraccino, A y Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drug use. (Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1, Art. No. CD003020.

¹⁴Peters, L. W., Kok, G, Ten Dam, GT, Buijs, G.J., &y Paulussen, T.G. (2009). Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. BMC Public Health, 9, 182.

¹⁵Unión Internacional de Promoción de la salud y Educación para la salud para la Comisión Europea - IUHPE. (2000). La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Parte dos. Configurando la Salud Pública en una nueva Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

¹⁶NIDA (2004). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. Segunda edición. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de Salud.

¹⁷Ringwalt, C., Hecht, M.L. y Hopfer, S. (2010). Drug prevention in elementary schools: An introduction to the special issue. Journal of Drug Education,40,1-9.

¹⁸Salvador, T., Suelves, JM. Y Puigdollers, E. (2008). Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las Administraciones Educativas y Sanitarias. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y Ministerio de Sanidad y Consumo.

¹⁹UNODOC (2009). Guía para la ejecución de programas de desarrollo de aptitudes de la familia en materia de prevención del uso indebido de drogas. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

²⁰Bühler, A. y Kröger, C. (2008). EMCDDA Insights. Prevention of substance abuse. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

²¹Bühler, A. y Kröger, C. (2006). Report on the prevention of substance abuse. Federal Centre for Health Education BZgA.

²²Sanders, M.R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. Annual Review of Clinical Psychology, 2012 posted online December 6, 2011.

²³Ashery, R.S., Robertson, E.B., y Kumpfer, K.L. (Eds). (1998). Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. NIDA Research Monograph No. 177. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

²⁴Spoth, R.L. y Redmond, C. (1996). Effective recruitment of parents into family-focused prevention research: A comparison of two strategies. *Psychology and Health*, 9, 353-370.

²⁵Spoth, R.L., Redmond, C., Trudeau, L. y Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16 (2), 129-134.

²⁶Spoth, R.L., Randall, G.K., Shin, C. y Redmond C. (2005). Randomized study of combined universal family and school preventive interventions: patterns of long-term effects on initiation, regular use, and weekly drunkenness. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 372-381.

²⁷Spoth, R.L., Shin, C., Gyll, M., Redmond C. y Azevedo, K. (2006). Universality of effects: an examination of the comparability of long-term family intervention effects on substance use across risk-related subgroups. *Prevention Science*, 7, 209-224.

²⁸Spoth, R.L., Randall, G.K., Trudeau, L. Shin, C. y Redmond C. (2008). Substance use outcomes 5 ½ years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 57-68.

²⁹WHO (2009). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

³⁰Anderson, P., Moller, L y Galea, G. (Ed) (2012). Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

³¹Babor, T., Caetano, R., Caswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Gram, K. et al. (2010). El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

³²Austin, E.W., Chen, M.J., y Grube, J.W. (2006). How does alcohol advertising influence underage drinking? The role of desirability, identification and skepticism. *Journal of Adolescent Health*, 38, 376-384.

³³Holder, H.D. (2004). Supply side approaches to reducing underage drinking: as assessment of the scientific evidence. In: Bonnie, R.J. y O'Connell, M.E. (Eds.). Reducing underage drinking: A collective responsibility. Washington, D.C.: National Academy of Sciences.

³⁴Forster, J.L., Murray, D.M., Wolfson, M, Blaine, T.M., Wagenaar, A.C. y Hennrikus, D.J. (1998). The effects of community policies to reduce youth access to tobacco. *American Journal of Public Health*, 88 (8), 1193-1198.

³⁵Elder, R.W., Shults, R.A., Sleet, D.A., Nichols, J.L., Thompson, R.S., Rajab, W., y Task Force on Community Preventive Services. (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reduced drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 27, 57-65.

³⁶NORC (2010). Literature review: Developing a conceptual framework to assess the sustainability of community coalitions post-federal funding <http://aspe.hhs.gov/reports/2010/sustainlit/report.shtml>.

³⁷Edwards, R. W., Jumper-Thurman. P., Plested, B. A., Oetting, E. R., y Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, 28, 291-307.

³⁸Pentz, M.A. (2001). Un ejemplo de prevención efectiva de la drogodependencia. El Proyecto STAR: Un programa completo de prevención de la drogodependencia basado en la comunidad. En De Arce, F. (coordinador). Ponencias de las V Jornadas sobre Prevención de las Drogodependencias. Madrid: Ayuntamiento de Alcorcón, 49-55.

³⁹Gates, S., McCambridge, J., Smith, L.A. y Foxcroft, D.R. (2006). Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. Nº CD005030.

⁴⁰Carson, K.V., Brinn, M.P., Labiszewski, N.A., Esterman, A.J., Chang, A.B., y Smith, B.J. (2011). Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7.

⁴¹Grupo de trabajo de ocio saludable del Foro “La sociedad ante las drogas”. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2010.