



UNIVERSIDAD DE JAÉN

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA**

TESIS DOCTORAL
**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGAS
EN CENTROS EDUCATIVOS**

**PRESENTADA POR:
CRISTÓBAL VILLANUEVA ROA**

**DIRIGIDA POR:
DR. D. ANTONIO CAÑAS CALLES
DR. D. TOMÁS CAMPOY ARANDA**

JAÉN, 11 DE MAYO DE 2001

ISBN 84-8439-113-2



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGAS EN CENTROS EDUCATIVOS

Villanueva Roa

Cristobal

I.S.B.N 84-8439-113-2

Centro Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Departamento Pedagogía





Nombre y apellidos del autor

Apellidos **VILLANUEVA ROA**

Nombre **CRISTOBAL**

Título de la Tesis Doctoral

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGAS EN CENTROS EDUCATIVOS

Fecha de lectura

11 DE MAYO DE 2001

Centro y Departamento en que fue realizada la lectura

Centro **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación**

Departamento **Pedagogía**

Composición del Tribunal / Dirección de la tesis

Dirección de la Tesis **Dr. D. Antonio Cañas Calles y Dr. D. Tomás Campoy Aranda**

Presidente/a del Tribunal **Dr. D. Eduardo Abalde Paz**

Vocales

Dra. D^a Encarna Bas Peña

Dra. D^a M^a Luisa Zagalaz Sánchez

Dr. D. José Antonio Delgado Sánchez

Secretario/a **Dr. D. Antonio Pantoja Vallejo**

Calificación obtenida

SOBRESALIENTE CUM LAUDE POR UNANIMIDAD

RESUMEN/ABSTRACT:

El problema de investigación que se plantea en la tesis se concreta en el diseño y puesta en práctica de un programa de prevención de drogas que aborda una revisión de los principales factores de riesgo que, en relación al consumo de drogas, amenazan al individuo para desarrollar factores de protección planteando el diseño de una intervención global de prevención que interviene en los ámbitos más relevantes del quehacer preventivo, como son: el propio individuo, la familia, la escuela, los medios de comunicación y la comunidad, dentro de la cual nosotros incluimos el grupo de iguales y la oferta de actividades para realizar en el tiempo libre. Siguiendo esa meta nos planteamos como objetivo general el de retrasar o impedir el inicio en el consumo de drogas.

La metodología de trabajo se divide en tres fases:

- Fase I: evaluación de necesidades, diseño del borrador del programa de intervención, información de lo que se va a hacer cada uno de los sectores en los que se va intervenir y aplicación de la batería de cuestionarios.

Todo el material se corrige inmediatamente con el fin de tener un conocimiento preciso en orden a controlar algunas variables de consumo, actitudes, información, etc. que pueden distorsionar la investigación y ajustar el programa a las necesidades de la población.

- Fase II: se procede a la aplicación del programa, tanto a los alumnos como a los padres. Tras la aplicación de los programas se vuelven a pasar los cuestionarios.
- Fase III: evaluación del programa. Se analizan los resultados y se elaboran conclusiones. El procedimiento estadístico seguido ha consistido en analizar cada una de las variables estudiadas.

La técnica de análisis utilizada, al tratarse de un diseño que conlleva más de una medida al mismo grupo (pre-post) que se combina con un grupo control, se aplica un análisis de covarianza. En este caso, se utiliza la medida del pretest, en ambos grupos, como covariable de la medida en el posttest.

Los cálculos estadísticos se han realizado con el SPSS/PC+ en su versión 8.0.

Conclusiones: en las actuales condiciones, la intervención por parte de equipos específicos de prevención con una actuación global supone la apuesta más segura para atajar el problema de las drogas.



Universidad de Jaén
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Departamento de Pedagogía

Tesis Doctoral

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGAS EN CENTROS EDUCATIVOS

Presentada para la obtención del grado de Doctor por:

D. Cristóbal Villanueva Roa

Dirigida por:

Doctor D. Antonio Cañas Calles

Y

Doctor D. Tomás Campoy Aranda

Jaén, 2000

D. ANTONIO CAÑAS CALLES, profesor titular del Departamento de Pedagogía de la Universidad de Jaén y D. TOMÁS CAMPOY ARANDA, profesor titular del Departamento de Pedagogía de la Universidad de Jaén

INFORMAN:

Que la Tesis Doctoral titulada *Programa de Prevención de Drogas en Centros Educativos*, ha sido realizada por D. Cristóbal Villanueva Roa, bajo su dirección, y reúne las condiciones de calidad y originalidad necesarias para que se proceda a su defensa pública.

Y para que conste, se expide en Jaén el presente en junio de 2000.

Dr. D. Antonio Cañas Calles

Dr. D. Tomás Campoy Aranda

*A Marina, Paula,
Alfonso y Antonio*

Agradecimientos

Quiero expresar mi reconocimiento a D. Antonio Cañas Calles y D. Tomás Campoy Aranda, directores de esta tesis, sin cuya confianza este trabajo nunca hubiese empezado y cuyos consejos y dedicación han contribuido a que pueda ver la luz.

También quiero agradecer la ayuda recibida de Ana Teresa Vargas e Ignacio García en la aplicación del programa, a los padres, madres y alumnado que lo han sufrido y a Juan de la Poza por su generosidad y su talante altruista y desinteresado.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	13	
PRESENTACIÓN	17	
<i><u>Primera parte:</u></i>		
<i>MARCO HISTÓRICO, SOCIAL Y LEGAL.</i>		
<i>FUNDAMENTACIÓN CURRICULAR.</i>	25	
CAPÍTULO I. EVOLUCIÓN DE LA PREVENCIÓN		
EN EL MEDIO EDUCATIVO	27	
1. LA PREVENCIÓN HASTA 1985	31	
2. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS	38	
3. REALIDAD ACTUAL	44	
CAPÍTULO II. INCIDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS		49
1. A NIVEL NACIONAL	53	
2. A NIVEL REGIONAL	65	
3. A NIVEL PROVINCIAL	81	
4. A NIVEL LOCAL	91	
CAPÍTULO III. MARCO LEGAL Y MODELOS DE		
PREVENCIÓN EN CENTROS EDUCATIVOS	95	
1. MODELOS TEÓRICOS DE PREVENCIÓN	99	
2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD	107	
3. LA PREVENCIÓN EN LOS CENTROS EDUCATIVOS	113	
4. FORMAS DE INTERVENCIÓN EN EL AULA	115	
5. MARCO LEGISLATIVO	139	

Segunda parte:

PROGRAMA	149
-----------------	------------

CAPÍTULO IV. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	151
--	------------

1. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS	155
2. PREVENCIÓN DESDE EL ÁMBITO FAMILIAR	172
3. LAS HABILIDADES SOCIALES	184
4. LA PUBLICIDAD	191
5. OCIO Y TIEMPO LIBRE	202
6. LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	206

CAPÍTULO V. FASES SEGUIDAS EN LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA	
--	--

1. EVALUACIÓN DE NECESIDADES:	221
2. DISEÑO DEL PROGRAMA	244
3. APLICACIÓN DEL PROGRAMA	247
4. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	250

Tercera parte:

INVESTIGACIÓN	247
----------------------	------------

CAPÍTULO VI. EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:	
---	--

METODOLOGÍA	249
--------------------	------------

1. HIPÓTESIS	253
2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	254
3. MUESTRA	256
4. VARIABLES	257
5. FUENTES DE INVALIDACIÓN	259
6. PROCEDIMIENTO	261
7. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	263

CAPITULO VII. RESULTADOS OBTENIDOS, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	267
1. RESULTADOS	271
2. DISCUSIÓN	272
3. CONCLUSIONES	285
4. PROPUESTAS	292
 <i>BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA</i>	 299
 <i>ANEXOS</i>	 317
I. CONCEPTOS BÁSICOS	321
II. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGAS	329
III. CUESTIONARIOS	441
IV. RESULTADOS SOBRE HÁBITOS DE CONSUMO Y HABILIDADES SOCIALES	453

INTRODUCCIÓN

Somos una mayoría los que sentimos el problema de las drogas como una de las amenazas más preocupantes que acechan a los jóvenes, a la vez que reconocemos nuestra impotencia a la hora de abordar este tipo de cuestiones. En nuestro caso como maestro con cierta responsabilidad, no sólo en la formación, sino también en la educación de alumnos y alumnas, siempre nos ha interesado la formación en valores y actitudes respecto a los compañeros, al entorno y a uno mismo, por lo que nos hemos preocupado de que las conductas del alumnado fuesen lo más saludables posible. Al poseer la especialidad de Educación Física hemos tenido la oportunidad de experimentar, con varios alumnos de diferentes niveles, actividades de cara a la prevención del tabaco; y con aquellos alumnos que ya fumaban hemos puesto especial interés en que abandonasen este comportamiento; empeño en el que hemos tenido algún resultado satisfactorio.

Estas actividades se han ido extendiendo por los distintos centros por los que hemos pasado a la vez que nos hemos ido formando en el tema, hasta el punto de que desde el Centro Provincial de Drogodependencias nos solicitaron colaboración para elaborar dos manuales sobre Prevención de Drogas en los Centros Educativos, Arévalo y otros, (1994), experiencia ésta muy enriquecedora en varios aspectos. Tras estas publicaciones, y al pasar a formar parte de la Red de Formación de la Consejería de Educación, hemos tenido la oportunidad de conocer el trabajo que, con respecto a esta temática, se está haciendo en cada centro a nivel provincial, y participar con ellos en la puesta en funcionamiento de diversas medidas preventivas, asesorando a los grupos de trabajo que comienzan con el tema, y proporcionándoles actividades de formación en prevención de drogas.

Este trabajo nos ha dado la oportunidad de atender la demanda específica en algunos centros, y confeccionar y poner en funcionamiento un programa muy determinado para este tipo de actuaciones.

Por otro lado, lo que parece estar cada vez más claro es que de todas las intervenciones la preventiva es la más eficaz, de forma que hoy en día son varias las administraciones públicas y privadas, estatales, autonómicas, provinciales y municipales que se preocupan por poner en funcionamiento algún tipo de intervención que nos aleje de las predicciones más alarmantes. Esto da lugar a que existan múltiples programas de prevención basados en creencias más o menos acertadas, que en muchos casos no están siendo evaluados ni se apoyan en resultados objetivos de anteriores programas.

Otro inconveniente que presentan varios de los programas existentes es que parten de unas condiciones ideales de formación, colaboración y dedicación tanto de los docentes como de los padres, en los pocos casos en que se incluye algún tipo de actuación con estos últimos, que no se ajustan a la realidad que encontramos en los centros, en los cuales la participación de los padres (madres) es mínima, y la disponibilidad del profesorado para asumir otra tarea más es, en la mayoría de los casos, nula.

En definitiva, el conocimiento del fenómeno de la drogadicción, de la dinámica de la prevención y de la realidad de los centros educativos son los pilares en los que se han basado cada una de las decisiones que se han ido tomando a la hora de abordar la elaboración y aplicación del programa que aquí se presenta.

PRESENTACIÓN

Presentación

El consumo de drogas, tan de actualidad, no es una actividad moderna, por el contrario, ha acompañado al hombre desde los primeros tiempos. Las distintas drogas han sido utilizadas por todas las civilizaciones con diferentes fines (curativos, festivos, religiosos, etc.), sin embargo, en las últimas décadas el consumo ha evolucionado de manera tal que se ha ido constituyendo en un problema cada vez más preocupante, hasta el punto de que empieza a considerarse como la plaga del próximo siglo, y ésto es debido al incremento del consumo que ha pasado de ser propio de una minoría a extenderse de forma extraordinaria, principalmente entre la población juvenil más diversa, y a la utilización de drogas propias de otras culturas, fuera de su contexto tradicional.

El consumo de drogas es un problema con el que la población está altamente sensibilizada; y es difícil que pase una semana sin que los medios de comunicación se hagan eco de noticias relacionadas con el tema. En definitiva, existe una alarma social importante y justificada respecto al consumo de drogas, máxime si tenemos en cuenta los escasos o nulos resultados, en muchas ocasiones contradictorios, de la mayoría de las intervenciones. Por poner un ejemplo: a finales de 1986, el Presidente Reagan lanzó a bombo y platillo un ambicioso proyecto de prevención de las drogodependencias bajo el lema “una generación libre de drogas para el año 2000”, con un presupuesto de 1700 millones de dólares, mayor que el presupuesto total de muchos países. En 1994, la DEA (Drug Enforcement Administration), gestora de aquel proyecto, lanzaba un angustioso grito de alarma: el mundo está perdiendo la guerra de las drogas.

El problema es tan extenso que la sociedad responde desde los frentes posibles intentando, desde cada uno, reducir esa problemática.

Así nos encontramos con distintos tipos de medidas entre las que se pueden destacar:

A) Medidas policiales: destinadas a reducir la disponibilidad de drogas. Pretenden que la oferta esté controlada. Un rápido repaso a los resultados de estas medidas nos indica que, aunque aumenten las capturas y decomisos de cargamentos de drogas, no desciende la cantidad disponible, ni suben los precios de los productos; aunque descienda el consumo de una droga, aunque aumenten las penas para los productores, existe hoy una mayor variedad de productos que la que había en años atrás, gracias, sobre todo, al éxito de las llamadas drogas de diseño o de laboratorio, productos artificiales de fácil elaboración, más económicos y seguros que los tradicionales productos naturales.

B) Medidas legislativas: son diferentes según se trate de drogas legales o ilegales. En el caso de las primeras es indudable la importancia de estas medidas en la incidencia del consumo. Aspectos tan importantes como la publicidad, el suministro, los precios del producto, se intentan controlar con estas medidas que pueden tener por objeto desde restricciones parciales a la desaparición por completo del mercado de una determinada droga.

En lo que se refiere a las drogas ilegales, este tipo de medidas consideran al consumidor como una víctima que actúa fuera de la ley. La droga es un peligro social y la solución pasa por presionar al individuo previniendo su consumo y sirviéndose, sobre todo, de amenazas y castigos que resaltan los grandes daños, tanto físicos como psíquicos y sociales. La legislación resalta la peligrosidad de la droga y pormenoriza una relación de castigos penales consiguientes a su tráfico y uso.

C) Medidas de cooperación internacional: plantean una política global e integrada para luchar de manera eficaz contra las drogas,

cubriendo todos los ámbitos, tanto en la reducción de la demanda como en la reducción de la oferta.

De la misma forma que en el ámbito nacional no es posible acudir a soluciones parciales o individualizadas, en el ámbito internacional es necesario aunar esfuerzos entre los distintos Estados, a través de las Organizaciones Internacionales en las que participan, para proponer programas y políticas globales e integradas.

Desde una perspectiva multilateral, España participa en diferentes foros internacionales. En el marco de las Naciones Unidas ha incorporado a su ordenamiento jurídico las Convenciones sobre drogas que se han suscrito. Participa también en los períodos de sesiones de la Asamblea General, en la Comisión de Estupefacientes, en el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) y en el Comité Económico y Social (ECOSOC). En estos foros España promueve la reducción de la demanda y el control de la oferta, participando en la adopción de decisiones y resoluciones, y contribuyendo a la realización de programas y proyectos técnicos de cooperación.

D) Medidas sanitarias: Proponen acciones de tipo curativo y sanitario a través, en muchos casos, de la administración de estupefacientes antagonistas.

Otras medidas, como son las de integración social, acciones compensatorias entre las poblaciones necesitadas, etc., intentan atajar el problema tanto entre los consumidores como entre los productores.

Todas estas medidas, que a todas luces están resultando insuficientes, se caracterizan porque abordan el problema una vez que éste surge.

E) Medidas educativas: dejan de lado todo lo relacionado directamente con la droga para centrarse en el individuo ajeno a ella: el niño y el joven escolarizados que aún no han entrado en contacto con la droga. Se trata, por lo tanto, de medidas preventivas.

Una vez más, como suele ocurrir cuando la sociedad se ve desbordada por un problema, ésta recurre al sistema educativo. A fin de cuentas éste debe preparar al alumnado para desenvolverse en esa sociedad. El sistema educativo responde intentando introducir contenidos tanto de conceptos como de procedimientos, y actitudes que permitan al alumnado adaptarse a la sociedad en la que ha de desenvolverse; estos contenidos, que en muchos casos han comenzado por la celebración de días simbólicos (el día del árbol, el de medio ambiente, de la paz, del SIDA, el día sin tabaco, sin alcohol, etc.), se han constituido en un grueso bloque de contenidos para los cuales los docentes no hemos recibido formación, y que además nos restan tiempo para impartir los contenidos que, tradicionalmente, estábamos acostumbrados a impartir dentro de cada asignatura, por lo que estas nuevas materias nos sitúan en el dilema de tener que priorizar entre los contenidos, ya que la incorporación de los nuevos nos obliga a renunciar a algunos de los tradicionales.

A pesar de todo, la sociedad evoluciona tan rápida que el sistema educativo apenas puede seguirla, y en este intento del sistema educativo de satisfacer las demandas sociales, de adaptarse a los nuevos tiempos, surgen las materias transversales que, aunque el nombre pueda ser nuevo se trata de una actitud ante la educación que la mayoría de los docentes siempre ha tenido, y que pretende dotar al alumnado de unos conocimientos útiles y realistas que le faciliten su adaptación a un mundo en continuos cambios. Estamos hablando de ese enseñar para la vida que siempre ha estado presente en las intenciones de los docentes.

El término *transversales* hace referencia a que los contenidos de estas materias se han de dar en todas las áreas y etapas. Lógicamente hay áreas que presentan más contenidos comunes, que son más afines, por decirlo de alguna forma, a una materia transversal que a otra. Y no hay que forzar las cosas, ya que en definitiva se trata de relacionar cada área con la realidad cotidiana.

Dentro de las áreas transversales la que aquí nos interesa es la Educación para la Salud, que bien podría tratarse de una asignatura con entidad propia. La prevención de drogas forma parte de las áreas transversales y se incluye dentro de la Educación para la Salud.

En el tema de prevención de drogas el desconocimiento del profesorado suele ser general, además de que son muchos los docentes que lo consideran un tema tabú por la reacción que pueda despertar en los padres el tratar este tema en clase y, si bien es cierto que están concienciados del problema, no es menos cierto que hay diferencia de opiniones respecto a su responsabilidad en cuanto a prevención se refiere; hay algunos docentes que consideran que su obligación no va más allá de la transmisión de contenidos específicos de un área, dejando de lado o para otros esa formación integral que, además de conocimientos, trabaje actitudes y valores, buscando el desarrollo pleno de la personalidad. Mientras el profesorado no sea consciente de que su obligación trasciende de la mera transmisión de contenidos, de que su finalidad no es preparar al alumnado para seguir estudiando o encontrar un trabajo, y en los estudios universitarios no se forme a los futuros profesionales para intervenir en la prevención, la Educación para la Salud seguirá siendo insuficiente para abordar la prevención de drogas, y por lo tanto seguirán haciendo falta programas específicos para intervenir en situaciones puntuales.

Por otro lado, el papel educativo de los padres, en algunos casos, aunque cada vez con más frecuencia, se reduce a conseguir los medios económicos para que otros eduquen y enseñen a sus hijos. Quieren una buena educación pero apenas si participan en ella.

Al margen de estas apreciaciones, lo que está claro es que el ámbito educativo es, junto a la familia, el espacio idóneo para articular programas de prevención. Pero mientras las investigaciones sobre prevención en el ámbito educativo son abundantes, en el ámbito familiar son escasas, aunque, como ya veremos, está profundamente demostrada la influencia de la familia en las conductas de abuso de drogas.

De los resultados de la aplicación de programas específicos en Andalucía apenas si existen datos y, menos aún, si el programa trabaja de forma paralela con los padres por lo que vamos a intentar demostrar la eficacia que, a corto plazo, tiene un programa para aplicar al alumnado. Este Programa integra en un solo paquete distintos programas, seleccionando y adaptando contenidos cuya eficacia estaba comprobada en otras regiones, e intenta completarse con la eficacia de un programa que, además del alumnado, trabaje también con los padres

Primera parte

**MARCO HISTÓRICO, SOCIAL Y LEGAL.
FUNDAMENTACIÓN CURRICULAR**

**CAPITULO I:
EVOLUCIÓN DE LA PREVENCIÓN EN EL MEDIO EDUCATIVO**

CAPITULO I

EVOLUCIÓN DE LA PREVENCIÓN EN EL MEDIO EDUCATIVO

1. LA PREVENCIÓN HASTA 1985.....	31
1.1. Década de los 60	31
1.2. Década de los 70	32
1.3. Década de los 80	34
2. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (PNSD).....	38
3. REALIDAD ACTUAL	44

1. LA PREVENCIÓN HASTA 1985

1.1 Década de los 60

Como ya se ha comentado, el uso de las drogas es algo tan antiguo como el hombre. Sin embargo, se comienza a sentir como un problema a partir de la década de los 60, y es en esta época cuando se comienzan a realizar las primeras experiencias de tipo preventivo. Estas primeras experiencias estaban apoyadas en la idea de que la información sobre los efectos nocivos de las drogas sería suficiente para prevenir su consumo. La evolución de la prevención queda reflejada, principalmente, por las distintas publicaciones que han ido apareciendo, fruto de las actividades e investigaciones que en ese momento se estaban desarrollando.

Los inicios de la prevención se dan por parte de maestros, médicos y otros profesionales para la sensibilización sobre problemas como alcoholismo y drogas ilegales. Para ello, se establecen los primeros gérmenes de material preventivo, como fueron los folletos y diapositivas de la Dirección General de Sanidad sobre alcoholismo; también se empiezan a organizar actividades de distinto tipo en las escuelas en torno a las drogas, la mayoría de las veces a petición de los propios estudiantes, con no pocas reservas de padres y educadores, sumidos en la ignorancia de un tema considerado tabú. El educador recurre en estas ocasiones, cuando no puede evadir el tema, a folletos y audiovisuales que tiene a mano, sin saber qué resultados puede tener su actuación.

En otros momentos se recurre a la ayuda de especialistas (médicos, psicólogos, policías, etc.) que ofrecen una charla, más o menos animada, sobre las características de las drogas y sus efectos, recalcando sus efectos negativos y los problemas legales. En algunas ocasiones la charla es impartida por un extoxicómano, con lo cual se estaba presentando ante el alumnado, de alguna forma, un patrón de conducta a seguir, puesto que si el ponente había superado la dependencia otros también podrían

hacerlo, por lo que ahora se reconoce que este tipo de charlas, aunque guiadas por una buena intención, eran totalmente contrapreventivas. En otras ocasiones se recurre a películas, libros y revistas que ofrecen información sensacionalista sobre las drogas, sin planteamientos educativos de rigor.

1.2 Década de los 70

En estos inicios, Piedrola Gil (1972), establece unas primeras líneas de lo que debería ser la prevención de las drogodependencias, aplicable a todos los contextos.

Además de las campañas preventivas dirigidas a la población general, como fueron las de la Dirección General de Tráfico («Conductor, conduzca con una copa de menos», etc.) aparecen en España hacia 1973, los primeros servicios de atención a los alcohólicos y drogodependientes con el ánimo preventivo de mejorar los conocimientos y modificar las actitudes de estos grupos de profesionales hacia el alcohol y las drogas.

Boganí (1975), plantea enfoques formativos y preventivos, sobre alcoholismo. En este mismo año se crea una de las primeras Comisiones Interministeriales de Expertos en Drogodependencias, en cuyas reuniones y documentos se establecen pautas y normas de prevención, entre otras muchas directrices que no se llevaron a cabo, como la organización de cursos de formación en prevención y tratamiento de toxicomanías para profesionales y la realización de Seminarios Nacionales sobre drogas.

Por lo que respecta a la prevención primaria de las drogas, en sus aspectos de educación e información, el Comité afirma no conocer programas específicos sobre información adecuada en la escuela, reconocen que predomina la información sensacionalista y estimulante al consumo de drogas, a través de los medios de comunicación. Por lo que

respecta a los profesionales médicos, educativos, etc., proponen la inclusión de estas materias en los programas de capacitación técnica.

En 1976, el Ministerio de Sanidad empieza a editar materiales de prevención, de tipo docente y educativo, como fueron las "Fichas informativas sobre alcohol y alcoholismo", empezándose a elaborar las relativas a las drogodependencias y al tabaco.

A pesar de ello, dichos materiales, cuando llegaban a manos de los maestros, eran utilizados desde sus propios enfoques al no existir una política de actuación a nivel oficial. Estas campañas estatales eran contradictorias en sus planteamientos, con errores manifiestos y, en general, carecían de una planificación clara. Ninguna de ellas fue evaluada. La charla o la conferencia seguía siendo en esta época el recurso pedagógico más utilizado.

Rodríguez Martos (1977), publicó uno de los primeros trabajos epidemiológicos sobre consumo de alcohol por parte de escolares, para programar acciones de tipo preventivo. Un año más tarde, Mendoza y Vega (1978), publican el primer trabajo específico sobre prevención primaria de las drogas en el medio escolar. En él se establecen las primeras directrices y metodología a seguir en esta materia, se trata de un libro divulgativo y formativo titulado <<El papel del educador en la prevención del abuso de drogas>>. Este libro es la continuación de sus trabajos previos, en él los mencionados autores hacen una revisión de cómo había sido la prevención de las drogas hasta aquel momento, encontrando una serie de deficiencias, como eran:

- Que la prevención se realizaba sólo por profesionales sanitarios.
- Se trabajaba, en general, sin estudios epidemiológicos previos.
- Sólo se daba información y no verdaderos programas educativos.

-Se trabajaba con objetivos poco concretos.

-Se actuaba en centros escolares, preferentemente utilizando conferencias, charlas, con diapositivas, folletos, etc., sin una posterior evaluación.

En 1979, se sientan bases teóricas, por parte de algunos grupos de profesionales, que en algunos casos se plasmaron en la creación de manuales de prevención del consumo de drogas; tal fue el caso del trabajo presentado por Blanco y cols. (1980) «Técnicas de prevención de las farmacodependencias», donde se hace una revisión crítica a todas las normativas legales vigentes en 1977, sus incumplimientos, su pobre aplicación, la no adscripción a las normas internacionales de la Convención Única, los aspectos deficitarios de la sanidad, la educación, las charlas dadas por personal no cualificado que lo único que provocaban eran curiosidades malsanas por parte de los alumnos, etc.

1.3 Década de los 80

Durante los años 80 queda claro, para muchos profesionales relacionados con esta problemática, que la educación sobre las drogas ha de ser tarea de los propios educadores, apoyados cuando sea necesario por especialistas. El marco adecuado será la Educación para la Salud, integrada dentro del currículum escolar. Esta idea, que en la teoría compartimos, es la que se pretende conseguir haciendo de la Educación para la Salud una de las materias transversales del currículum.

En esta época se suceden las publicaciones sobre prevención y todo tipo de cuestiones alrededor de esta problemática. Ferrer (1981), hace referencia a los programas y cursos específicos de formación de profesionales en drogodependencias, a través de los primeros Master en drogodependencias, que se desarrollarían en la Universidad de Barcelona y más tarde en Madrid y otras universidades.

Santodomingo (1981), marca las líneas a seguir en diferentes programas preventivos del problema de alcohol y drogas.

Mendoza (1981), propone la unificación de criterios, por parte de los enseñantes, en la educación sobre drogas, siendo el objetivo de su trabajo la propuesta de orientaciones sobre la formación de maestros y profesores en el campo de las drogas.

Freixa y otros (1981), publican un manual muy completo sobre tratamiento de las drogodependencias.

Aizpiri y Freixa (1982), establecieron las primeras directrices para formar profesionales en materia de drogodependencias, con unos apartados específicos sobre prevención que bien podrían ser aplicados a maestros. Vega, en el mismo año, recopila, cuál debería ser el papel del maestro en prevención, establece las primeras críticas a su falta de implicación en el proceso preventivo y afirma que éste debería ser el puntal básico en la prevención.

En 1983, el Ministerio de Sanidad, Dirección Gral. de Salud Pública, edita, de nuevo dirigido por González García, las fichas tituladas «Prevención de las drogodependencias, fichas informativas», un material tanto preventivo como didáctico, sencillo y eficaz en la escuela para la prevención de las drogodependencias.

Oñate (1983), publica un importante manual sobre prevención de las drogas, dirigido especialmente a profesores y profesionales de la prevención que, en varios apartados, describe lo que, en su opinión, es la prevención de las drogodependencias en la escuela, seguido de un resumen de las diferentes experiencias habidas en España.

Dentro de los materiales de prevención, de titularidad privada y dirigida al gran público, se edita una obra, de De La Garza y Vega (1983),

titulada que, a través de múltiples preguntas sobre cada uno de los temas, de forma amena y sencilla, dan las respuestas oportuna, a modo de diálogo con el lector.

En Navarra, Mallorca, etc., se empiezan a realizar trabajos rigurosos en prevención escolar, precedidos por trabajos epidemiológicos, conociendo la realidad y posteriormente la intervención sobre los alumnos, los profesores, etc. Son los trabajos de Varó y los de Calafat.

López Sorlozano (1983), en la obra <<Estudios Internacionales>>, presenta un capítulo dedicado a aspectos preventivos del fenómeno de las drogodependencias, revisando algunos métodos preventivos realizados en España.

Alarcón (1984), hace referencia a aspectos fundamentales de la prevención como es la intervención familiar, trabajando sobre la estructura familiar en la propensión a las toxicomanías, y cómo enfocar la educación desde ese punto de vista.

Alemany y cols. (1984), siguiendo su línea, presentan experiencias sobre la eficacia de las técnicas grupales y dramáticas, y de charlas de prevención del abuso de drogas en la escuela.

Costa (1984), presentó el programa de prevención de la Generalitat de Catalunya, a las que no consideran objetos de prevención única, sino dentro del programa de educación para la Salud, considerando ésta como un todo armónico, que es lo que hay que tratar, y que fue modelo de otros programas que surgirán más adelante. Con esta obra empieza a aclararse en España un concepto, cada vez más extendido: que la mejor prevención de drogas en la escuela es o bien no hablar de ellas, o hacerlo dentro de programas de salud integral.

Gil y cols. (1984), propusieron un modelo de sistema audiovisual, como medida de prevención, que fue seguido posteriormente por otros profesionales.

Gómez Sanjuán y cols. (1984), abordan también la prevención de la drogodependencias en centros escolares.

Calafat y cols. (1984), presentan uno de los trabajos más importantes sobre prevención de las drogodependencias, después de tener una dilatada experiencia en información sobre drogas entre estudiantes; proponen y evalúan la eficacia de un programa de prevención sobre drogas, especialmente centrado en la toma de decisiones, según sea desarrollado por especialistas o por profesores de los alumnos. Dicho trabajo obedece a la gran experiencia de los autores sobre unos comics y de otros materiales de intervención que, a nuestro entender, son de la mejor calidad en prevención. Algunos de estos trabajos forman parte de nuestro programa.

Vega (1984), publica un programa, realizado en forma de libro, dando una serie de lecciones prácticas y programas concretos para llevar a cabo en la escuela en materia de drogodependencias, con consejos prácticos que puede considerarse un buen manual de uso para el profesorado.

Calafat y cols. (1985), publican un estudio sobre un aspecto importante: las actitudes de los profesores hacia la prevención escolar del abuso de drogas. Viéndose, por un lado, que éstos presentan una gran "benevolencia" hacia las drogas legales, aunque aceptan que la prevención de las drogodependencias, en parte, se debe desarrollar en la escuela; por otro lado, solicitan, con frecuencia, mayor información sobre drogas.

Salleras y Gilli (1985), proponen, líneas de prevención de tabaquismo en diferentes grupos de población, siendo uno de los fundamentales, la escuela.

Serrano y cols. (1985), afirman que la intervención de equipos especializados en prevención de drogodependencias, debe de estar básicamente, dirigida a padres y profesores, más que a los alumnos que, para ello, recibirán los programas de parte de profesores y, si es posible, de padres.

Vega (1985), opina que los maestros tienen una deficiente información sobre drogas, sostienen posturas contrapuestas a la hora de plantearse la educación sobre drogas, así como que la edad de los profesores es crucial a la hora de plantearse la prevención: a mayor edad mayores dificultades.

2. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

En 1985, se crea el Plan Nacional Sobre Drogas, lo que debería suponer un punto y aparte en el camino de la prevención, por lo que vamos a hacer una breve exposición de lo que esto significa.

En lo que respecta a la prevención escolar, el Plan Nacional Sobre Drogas viene a establecer, dentro del marco general de Educación para la Salud, el establecimiento de medidas específicas en colectivos concretos como jóvenes y escolares. Se plantean la creación de medidas generales para mejorar el nivel de vida, prevención de la marginalidad, paro juvenil, escolarización, etc. Las medidas prioritarias debían ser la Educación para la Salud en la escuela, bienestar en la población juvenil, participación de agentes sociales en los servicios escolares; dar mensajes coherentes sobre las drogas, desmontando estereotipos falsos.

Para la reducción de la oferta se han llevado a cabo firmas del Convenio Único de Estupefacientes y Psicótopos de Viena; se prepusieron las siguientes acciones en relación a la población escolar:

- a) Reforma del sistema educativo.
- b) Potenciación del asociacionismo juvenil.
- c) Edición y experimentación de materiales didácticos para su utilización en educación sobre drogas en escolares.
- d) Diversificación de ofertas del tiempo libre.
- e) Proyectos piloto de educación escolar, en colaboración con el Consejo de Europa.
- f) Introducción de la educación para la salud en los programas educativos.
- g) Promover medidas que reduzcan el consumo de alcohol.
- h) Aplicación de la legislación vigente sobre consumo de alcohol por menores.

La prevención del uso indebido de drogas, enmarcada en una estrategia más global de promoción de la salud y el bienestar, constituye el objetivo prioritario del Plan Nacional sobre Drogas.

A la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, como máximo órgano responsable de la ejecución del Plan, le compete definir una política estratégica global que, desde el consenso, posibilite la estabilidad de los programas y actuaciones preventivas, su constante evaluación y su progresiva mejora.

Las Comunidades Autónomas, en colaboración con las Administraciones locales, tienen la función de planificar y ejecutar unas

adecuadas políticas autonómicas y locales en esta materia, así como sus correspondientes apoyos financieros y técnicos.

La prevención persigue básicamente:

1) Sensibilizar y movilizar a la sociedad para generar una cultura de rechazo a las drogas mediante el fomento de sus propios valores y recursos.

2) Informar y educar a nuestros ciudadanos, especialmente niños y jóvenes, para que desarrollen estilos de vida positivos, saludables y autónomos.

En la consecución de estos objetivos deberán trabajar de forma coherente e integrada las distintas Administraciones, las organizaciones sociales, los padres y educadores, los medios de comunicación y, en suma, la sociedad en su conjunto. Las acciones y programas a impulsar se aplican en los siguientes ámbitos de intervención:

1. Comunicación social.

En este ámbito se incluyen tanto las campañas dirigidas a informar y sensibilizar a la sociedad, como las acciones específicas de cooperación con los medios de comunicación.

2. Comunitario.

Es, sin duda, el ámbito de actuación propio de las Administraciones más cercanas al ciudadano, autonómica y local, de las organizaciones y colectivos sociales y de la familia como base de nuestra organización social.

En este nivel se sitúan los "mediadores sociales" como representación formal y dinamizadores de la comunidad.

3. Escolar

Los programas de prevención en la escuela se desarrollan en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura y las Consejerías Autonómicas competentes en esta materia. Los programas escolares se apoyan en los siguientes criterios de intervención:

-Formación del profesorado.

-Participación y formación de los padres de alumnos.

-Aplicación de proyectos educativos en los centros.

-Actuación preferente con los sectores de población más deficitarios y vulnerables.

Los objetivos preventivos en el marco de la "Educación para la Salud" se contemplan en los diseños curriculares establecidos por la LOGSE.

4. Otros ámbitos específicos.

Entre los más significativos cabe citar el ámbito laboral que exige una actuación sostenida y estructurada acorde con el perfil de la población destinataria: delegados sindicales, representantes empresariales, trabajadores, comités de seguridad e higiene en el trabajo, etc. Otros ámbitos importantes de actuación son el penitenciario y el militar.

En 1986, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Ministerio de Educación y Ciencia, asumen la responsabilidad de oír y elaborar las opiniones de un grupo de expertos en prevención tras recopilar materiales y experiencias, materializándose en una serie de criterios que se plasmarían en actuaciones posteriores.

En las XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, se presentaron los resultados de una encuesta en toda España sobre las actividades realizadas en prevención de drogas, por los diferentes establecimientos sanitarios, escolares, etc., siendo la conclusión más importante que había variado poco el pobre panorama actual, quitando las buenas intenciones institucionales. Aparecían, a través del tiempo, profesionales diferentes a psiquiatras y asistentes sociales, en los equipos de prevención; por otro lado desaparecen, cada vez más, los exalcohólicos y extoxicómanos en grupos de prevención. Aparecen equipos que no se dedican ya a la asistencia sino específicamente a la prevención. La población escolar es la segunda destinataria de los programas de prevención. La mayor parte de actividades parten de estudios previos de la población sobre la que va a actuar y, en algunas ocasiones, se hace evaluación de lo realizado, con diversidad de métodos, lo cual crea dificultades para comparar resultados. Con estas campañas se pretende no sólo informar, sino que, en algunas ocasiones, se pretende una promoción de actitudes y la toma de decisiones. No se había llegado a sentir la necesidad de intervenir sobre los padres de alumnos, directores y autoridades educativas. Los especialistas, cada vez más, abogan por aumentar la formación de padres y profesores para que ellos inicien y desarrollen la prevención. Hay muchos equipos de prevención con grandes problemas de seguridad laboral, lo que dificulta la estabilidad en los estudios y las intervenciones. Finalmente, se admite que no se debe realizar un trabajo de prevención, a nivel local, solamente con criterios políticos y electoralistas, sino con criterios profesionales.

A partir de 1987, empiezan a publicarse casi todos los programas de las diferentes Comisiones Autonómicas de Lucha contra las Drogodependencias, coordinadas en el Plan Nacional, y en todas ellas se considera de suma importancia la prevención del consumo de drogas.

En Andalucía, el Comisionado para las Drogas tiene asignados los siguientes servicios:

- Información y Asesoramiento sobre los programas y recursos del Plan Andaluz sobre Drogas.

- Desarrollar los programas de prevención de las drogodependencias

- Realizar campañas de sensibilización.

- Atender, en los recursos especializados, a la población drogodependiente que demanda asistencia.

- Apoyar, mediante los programas terapéuticos, los procesos de normalización y de incorporación social.

- Atender a las personas que cumplen condena en Instituciones Penitenciarias.

- Apoyar y asesorar al Movimiento Asociativo en los recursos y programas del Plan Andaluz sobre Drogas.

Hay que hacer mención también, por la labor que en relación con la prevención en centros docentes están realizando en algunas localidades, de los planes de "Ciudades sin Drogas", que surgen como resultado de la firma de un convenio para la prevención de drogodependencias a nivel comunitario entre los Ayuntamientos que lo soliciten y la Consejería de Asuntos Sociales, Comisionado para la Droga, gracias al cual contratan a una persona cuya finalidad será promover actividades de prevención a todos los niveles y con distintos colectivos.

3. REALIDAD ACTUAL

En la década actual las publicaciones sobre prevención de drogas se han multiplicado. También se ha incrementado el número de intervenciones que, desde organismos públicos, se aplican.

En estos últimos años son muchos los autores que coinciden en que la mejor forma de hacer prevención no es a través de programas específicos, sino educando para conseguir un estilo de vida sana; en este sentido la Reforma Educativa implantada en esta década, y la consideración de la Educación para la Salud como una de las materias transversales, están contribuyendo a que poco a poco la prevención se vaya incluyendo en el currículum. Lógicamente para hacer una evaluación de este tipo de intervención es necesario, entre otras cosas, que pase un periodo prudente de tiempo para poder hablar de resultados, por lo que resulta arriesgado hacer una valoración de lo que significa este tipo de intervención educativa.

En el año 1997 la acción más destacada, a nivel nacional, dentro del ámbito escolar fue la firma de un Protocolo de Intenciones de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Educación y Cultura y el Ministerio del Interior, con el fin de impulsar la Educación para la Salud en el sistema educativo.

Las acciones se programan anualmente mediante la redacción de una agenda anual al citado protocolo.

Otras actuaciones en el ámbito educativo están siendo:

a) Formación del profesorado

La Educación para la Salud está contemplada dentro de las actividades de formación continuada que se desarrollan en los "Centros de

Profesorado" y Recursos de las diferentes Direcciones Provinciales del territorio MEC.

b) Formación de padres y madres

De la misma forma que sucede en el caso del profesorado, la mayor parte de los programas de prevención de drogodependencias que se desarrollan en los centros educativos incluye entre sus objetivos la formación de padres y madres. Por otro lado, el Ministerio de Educación y Cultura apoya esta labor ofreciendo ayudas a proyectos de formación en Educación para la Salud para este colectivo. En este sentido se han concedido subvenciones a 13 proyectos de Educación para la Salud desarrollados por Asociaciones de Padres (cinco de ellos en centros de Educación Secundaria).

c) Programas de prevención de drogas en centros educativos

Desde la aprobación de la LOGSE la sensibilización de los centros educativos hacia el desarrollo de este tipo de programas ha sido creciente. Entre los programas más difundidos de los aplicados en nuestro país hay que destacar los siguientes:

"Programa de Prevención de drogodependencias. Desarrollo curricular de la ESO", del Ayuntamiento de Bilbao, Basterretxea y otros (1992).

"A tu salud. Programa de prevención de drogodependencias en centros educativos", de la Comunidad de Madrid, Medina y otros (1994).

"Tú decides. Programa de educación sobre drogas", del Plan autonómico de Drogas de las Islas Baleares, de Calafat y otros (1995).

"Tabaco, alcohol y educación: una actuación preventiva", del Plan Regional de Drogas de Castilla-La Mancha, de Alonso Sanz (1995).

“Y tú ¿qué piensas?”. Es un programa de la FAD (1996), que está distribuyendo la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía entre los centros que lo solicitan.

“Órdago. El desafío de vivir sin drogas”. Es un programa Elaborado en Canadá, adaptada por EDEX Kolektiboa y que la Junta de Andalucía, a través de las Consejerías de Asuntos Sociales y Educación intenta poner en marcha en algunos centros andaluces, concretamente en la provincia de Jaén se ha demandado desde diecisiete I.E.S.

Programa Integral de Prevención Escolar (PIPES) Es el programa que se está aplicando de forma experimental por el Ministerio de Educación en Centros de su territorio.

Además de los mencionados programas que se pretenden aplicar en Andalucía, existen otros propios de esta región que han sido publicados por administraciones regionales o locales, y que constituyen, en general, un material de trabajo muy práctico. Por citar algunos ejemplos, tenemos:

“Prevención de drogodependencias. Actividades”, Bas y otros (1991).

“Prevención de drogodependencias en el medio educativo. Información general y Material de apoyo”, Arévalo y otros (1994).

“Prevención de drogodependencias: actividades en el medio educativo (ESO, BUP, COU y F.P.)”, Bas y otros (1994).

“Programa de Prevención de Drogodependencias (tabaco y alcohol), al finalizar la Educación Primaria”, Delgado y otros (1996), cuenta con una guía didáctica y un manual de trabajo.

Programa de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS).

El Programa de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) es un proyecto común de la O.M.S., la Unión Europea, el Ministerio de Educación y Cultura y el Ministerio de Sanidad y Consumo. El objetivo es crear una red de centros educativos en los que se promueva la Educación para la Salud desde una perspectiva comunitaria. El programa dispone de una serie de materiales para apoyar la labor del profesorado.

CAPITULO II:

INCIDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS

CAPITULO II
INCIDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS

1. A NIVEL NACIONAL.....	53
1.1. Consumo de drogas	54
1.2. Opiniones y actitudes frente a las drogas.....	59
2. A NIVEL REGIONAL.....	65
2.1. Consumo de drogas	65
2.2. Características del consumo de drogas de diseño.....	75
2.3. Motivaciones para el uso de alcohol y drogas y consecuencias derivadas de estos consumos	76
2.4. Actitudes de la población ante las drogas y determinadas actuaciones y ayudas.....	79
3. A NIVEL PROVINCIAL	81
3.1. Estudio descriptivo del consumo de drogas en la población escolar de la provincia de Jaén	82
3.2. Datos de la memoria del Centro Provincial de Drogodependencias de Jaén.	85
4. A NIVEL LOCAL.....	91

Con este capítulo pretendemos encuadrar la situación objeto de estudio comparándola a nivel local, provincial, regional y nacional, ya que esto nos permite interpretar mejor la realidad y realizar un diagnóstico desde una mayor objetividad.

No sólo se revisa el consumo sino también las actitudes y algunos datos que pueden ser relevantes, dentro de lo que los estudios actualmente publicados nos ofrecen.

1. A NIVEL NACIONAL

El consumo en España lo vamos a conocer a través de la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas de 1998, la cual se encuadra dentro del Programa de Encuestas Nacionales que viene promoviendo la Delegación del Gobierno para el PNSD, que prevé la realización de modo alternativo cada año de una Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar y de una Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas.

La Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, 1998, constituye un importante instrumento que aportará valiosa información sobre la prevalencia de los consumos de las diferentes drogas entre los españoles, los perfiles de la población consumidora, la evolución de los consumos y las actitudes y opiniones de los ciudadanos en relación con aspectos básicos relacionados con los consumos de drogas y las medidas a adoptar para resolver los problemas derivados de los mismos.

A continuación se ofrecen los resultados obtenidos por la Encuesta Domiciliaria:

1.1. Consumo de drogas:

1.1.1. Tabaco

Un 68,5% de los españoles de 15 a 65 años ha probado en alguna ocasión el tabaco, situándose la edad media de contacto con esta sustancia en los 16.6 años para el conjunto de la población.

El 40,7% de la población analizada ha consumido tabaco en el último mes y un 32,9% fuma diariamente. Los mayores consumidores diarios de tabaco se registran entre:

- Los hombres (40,6%)
- Las personas de 29 a 38 años (44%)
- Personas con estudios de BUP/ FP (37,5%) y EGB (37,4%)

Las actuales generaciones de jóvenes se inician antes en el hábito de fumar. Así, un 26,2% de los menores de 19 años ha probado el tabaco antes de los 14 años.

También se constata que las mujeres de 15 a 18 años de edad empiezan antes a fumar que los varones de la misma edad (el 31,4% de las mujeres frente al 23,1% de los varones prueba el tabaco antes de los 14 años), fenómeno contrario al observado en generaciones anteriores.

Por otro lado, un significativo 20,2% de los jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años fuman todos los días. Es importante resaltar que éste es el único segmento de edad de los analizados en el que el consumo de tabaco a diario es superior entre las mujeres, ya que un 25,6% de las mujeres declara fumar a diario frente a tan sólo el 15,3% de los hombres de dicha edad.

1.1.2. Alcohol

El alcohol es sin duda la sustancia de mayor penetración, un 89,9% de la población de 15 a 65 años lo ha consumido alguna vez, un 60,7% lo hizo en el último mes y un 12,9% bebe diariamente.

Los porcentajes de bebedores diarios aumentan a medida que lo hace la edad del entrevistado. Los mayores consumos diarios de alcohol se registran entre:

- Personas con más de 49 años (el 22,3% toma alcohol diariamente, llegando hasta el 36,2% entre los varones de esa edad).
- Personas con estudios primarios o inferiores (18,8%).

Un 60,7% declara haber consumido alcohol en los últimos 30 días. Los consumidores en el último mes son mayores en el segmento de edad de 19 a 28 años (68,9%), e inferiores a la proporción total entre las personas de 15 a 18 años (45,2%) y los que tienen 49 y más años (52,9%). Es destacable el alto porcentaje de consumo en el último mes de los que tienen estudios universitarios (72,8%), detectándose un mayor consumo en los últimos 30 días a medida que crece el nivel de estudios de la población.

La distribución semanal de la frecuencia de los consumos de alcohol permite identificar un patrón de consumo de fin de semana, que mantiene el 27,8% de los encuestados.

El consumo de fin de semana (1 ó 2 días a la semana) está muy arraigado entre los jóvenes llegando al 43,0% de los que tienen entre 19 y 28 años y al 30,9% de los de 15 a 18 años. Este tipo de consumo sobresale entre los que tienen un nivel de estudios de BUP/ FP (37%) y los universitarios (35,2%).

La edad media en la que se prueban por primera vez las bebidas alcohólicas es de 16.8 años, siendo mayor en dos años entre las mujeres (17.9) respecto a la de los varones (15.9).

El hecho de que un 29,3% de los menores de 19 años haya probado el alcohol antes de los 14 años, porcentaje que desciende al 23,4% entre los jóvenes de 20 a 24 años, indicaría que el primer contacto con el alcohol actualmente se inicia a unas edades más tempranas.

Los episodios de intoxicación por ingesta abusiva de alcohol ("borracheras") son bastante frecuentes, como pone de relieve el que el 9,3% de los entrevistados se haya emborrachado al menos en una ocasión el último año o el que un 1,1% se emborrache diariamente.

1.1.3. Cánnabis

El cánnabis es la droga ilícita más consumida. Un 21,7% la ha probado alguna vez y un 4% lo hizo en el último mes.

Los mayores niveles de experimentación con los derivados del cánnabis se localizan en el tramo de edad de 19 a 28 años (el 36,1% los ha probado) y en los municipios de mayor tamaño (el 25%). El 20,2% de los jóvenes de 15 a 18 años también los ha probado.

Los consumos habituales (referidos al último mes) afectan a un 4% de los españoles, alcanzando hasta un 9,4% entre los jóvenes de 19 a 28 años y entre las personas con estudios secundarios (un 7,1%).

El 0,9% de la población consume cánnabis con una frecuencia diaria o casi diaria.

La edad media de inicio se sitúa en los 18.9 años, observándose que se reduce a medida que lo hacen los segmentos de edad.

1.1.4. Éxtasis

El éxtasis, las "pastis" o las "pirulas" han sido probadas alguna vez por el 2,5% de la población con una edad comprendida entre los 15 y 65 años. Esta sustancia despunta en las edades más tempranas, donde ha sido consumida en alguna ocasión por el 6,2% de los jóvenes de 19 a 29 años, y por un 3,8% de los menores de 18 años. Asimismo un 0,2% tomó éxtasis o "pirulas" en el último mes (0,9% entre los jóvenes de 15 a 18 años), y el 1,0% en el último año (2,9% en el segmento más joven).

En relación a la continuidad de los consumos, hay que señalar que el 1,1% de la población ha sido o es consumidor continuado (lo ha tomado durante más de seis meses), siendo significativa la presencia de este consumo ininterrumpido entre las edades de 19 a 28 años (3,1%).

La edad media de inicio al consumo de éxtasis se sitúa en 19.9 años, siendo de 16.3 años para el grupo de edad de 15 a 18 años.

1.1.5. Tranquilizantes y somníferos.

La ingesta de tranquilizantes sin receta en el último año, alcanza al 2,0% de la población, mientras que los somníferos sin receta fueron consumidos en el último año por un 1,2%.

1.1.6. Otras sustancias psicoactivas

Entre las sustancias incluidas en este apartado es la cocaína con un 3,2%, los alucinógenos (2,6%) y las anfetaminas (2,5%) las sustancias con mayores niveles de experimentación.

La base, basuco, crack y la heroína y otros opiáceos registran bajos niveles de consumo experimental (0,4% y 0,5% respectivamente).

Con respecto a los consumos más frecuentes, es la cocaína la que mantiene mayores niveles de consumo tanto en el último año como en el último mes.

Hay que destacar que el porcentaje de españoles de 15 a 65 años que ha consumido heroína en el último mes es del 0,15%. Los mayores consumos en este intervalo temporal se dan en las ciudades de más de 400.000 habitantes (un 0,29%) y entre personas con estudios primarios o inferiores (0,25%).

1.1.7. El fenómeno del policonsumo

El policonsumo es un patrón de uso de drogas muy generalizado (el 45,3% de los españoles ha tomado dos de las sustancias analizadas a lo largo de su vida y un 16,3% tres).

El análisis de la asociación existente entre los consumos de diferentes sustancias evidencia los siguientes aspectos:

-Entre los consumidores actuales de cánnabis un 89% toma también alcohol, un 85,8% fuma tabaco, el 15,3% consume cocaína, un 5% alucinógenos, el 4,8% éxtasis y el 2,1% heroína.

-Los consumidores de cocaína mantienen en altísimas proporciones consumos de alcohol (92,5%), tabaco (87,8%) y marihuana (76%). También son significativos los consumos de anfetaminas (16,9%), alucinógenos (12%), éxtasis (10,4%) y heroína (8%).

-Los consumidores actuales de éxtasis lo son también en proporciones muy elevadas de cánnabis (90,9%), alcohol (87,2%), tabaco (77,3%), anfetaminas (41,3%) y cocaína (40%). También son relevantes los consumos de opiáceos (8,9%), e inhalables (8,6%).

1.2. Opiniones y actitudes frente a las drogas

- Actitud frente a la legalización de las drogas

Los españoles son mayoritariamente contrarios a la legalización de las drogas, propuesta que únicamente es respaldada por el 18,5% de las encuestas. La legalización del hachís y la marihuana es apoyada por el 25,9% de los españoles de 15 a 65 años. Las actitudes más proclives a la legalización de las drogas se registran entre quienes las consumen, retroalimentándose la actitud y los componentes de consumo.

- Riesgo asociado al consumo de drogas

El análisis de las opiniones sobre los efectos asociados a diferentes patrones de consumo de drogas permite identificar el riesgo percibido del uso de las distintas sustancias.

Los consumos de al menos una vez a la semana de sustancias como la heroína, los alucinógenos, la cocaína y el éxtasis son las conductas, percibidas como más peligrosas; de hecho el 89,4%, el 86,6% y el 80,7% respectivamente las asocia con la aparición de muchos problemas para los consumidores.

En el polo opuesto existen una serie de conductas a las que se atribuye una baja problemática, medida en los porcentajes de encuestados, que consideran que de las mismas no se deriva ningún problema o pocos problemas: tomar cinco o seis copas o cañas en el fin de semana (52,6%), tomar tranquilizantes una vez al mes o menos (36,8%), fumar un paquete de tabaco diario (29,1%) y fumar hachís / marihuana una vez al mes o menos (28,2%).

El alcohol, y también en menor medida los tranquilizantes, son las únicas sustancias con las cuales la población discrimina en mayor medida el peligro de su consumo en función de la cantidad tomada.

- Disponibilidad de las sustancias

El hachís y la marihuana son las sustancias más accesibles a la población, ya que un 44,8% considera fácil su obtención (especialmente las personas de 19 a 28 años, ya que un 64,1% dice que lo podría obtener sin problemas), seguidas del éxtasis y la cocaína. La heroína y los alucinógenos son de fácil obtención para el 30% de la población.

- Importancia atribuida a las drogas ilegales

Las drogas ilegales suponen un problema muy importante en el lugar de residencia para cinco de cada diez entrevistados, si bien el 19,7% lo valora como "nada importante".

En general es poco habitual encontrarse con actividades de tráfico o con consumidores de drogas ilegales, aunque el 14,8% de los españoles se encuentra con cierta frecuencia jeringuillas en el suelo, un 11,1% ve toxicómanos caídos en el suelo, vendedores de droga (9,6%), o bien consumidores de heroína en el momento de consumo (9,7%).

- Actuaciones a realizar para resolver el problema de las drogas ilegales

Las actuaciones que, a juicio de los ciudadanos, deberían impulsarse para resolver el problema de las drogas ilegales son las siguientes (respuestas múltiples):

-Educación sobre las drogas en la escuela (92,1%)

-Tratamiento voluntario a los consumidores (84,3%)

-Control policial y de aduanas (81,3%)

- Campañas explicando los riesgos de las drogas (80,6%)
- Leyes estrictas contra las drogas (74,2%)
- Tratamiento obligatorio a los consumidores (53,2%)
- Administración de metadona a los heroínómanos (52,0%)
- Administración médica de heroína a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos (38,0%)
- Legalización del hachís y la marihuana (25,9%)
- Legalización de todas las drogas (18,5%).

- Conclusiones respecto de la situación actual de los consumos de drogas y sus tendencias:

1ª Existe una amplia penetración social de los consumos de ciertas sustancias - básicamente tabaco y alcohol- en la sociedad española, favorecida por la incorporación al consumo de nuevos grupos sociales (adolescentes y mujeres). Estas sustancias son, por tanto, una realidad cotidiana en nuestro país, con las que tienen un contacto más o menos frecuente un número importantísimo de ciudadanos, y cuyo uso se realiza de manera creciente en contextos de normalidad social. Sirva para ilustrar esta afirmación el hecho de que un 89,9% de los ciudadanos encuestados en 1997 reconoce haber bebido alcohol en alguna ocasión, el 68,9% haber probado el tabaco, y un 21,7% los derivados del cánnabis.

2ª La evolución global de los consumos de drogas en España en los últimos años gira en torno a dos grandes procesos compatibles entre sí: el incremento en el número de ciudadanos que en algún momento de su vida han tenido contacto con las drogas (tanto legales como ilegales) y la reducción del número de personas que hacen un uso frecuente de estas sustancias. Podemos apreciar que, mientras han crecido de forma notable

entre 1995 y 1997 los consumos experimentales ("alguna vez en la vida") y ocasionales ("consumo en el último año") de drogas como el tabaco o el alcohol, se mantienen inalterables los porcentajes de fumadores diarios y se ha reducido de forma importante el porcentaje de personas que consumen alcohol con una frecuencia diaria o casi diaria. Si en 1995 el porcentaje de personas que habían fumado en alguna ocasión era del 50,5%, en 1997 se situaba en el 68,7%, siendo escasas las variaciones en los porcentajes de fumadores diarios (un 30,5% en 1995 frente al 32,9% de 1997), explicándose estos últimos por los cambios en la metodología de las dos últimas encuestas nacionales y no tanto por las variaciones en los hábitos en el uso del tabaco. Mucho más claro resulta este fenómeno en el caso del alcohol. Si bien los porcentajes de quienes han consumido alguna vez en su vida y en el último año han crecido de forma notable (pasando del 64% de 1995 al 89,9% en 1997, y del 63,8% al 77,7% respectivamente), descienden los consumos realizados en el último mes y diariamente desde el 30,8% al 28,9% y del 18,4% al 12,9%.

3^a Los consumos de las diferentes sustancias no siguen una tendencia uniforme, puesto que junto a sustancias que han visto reducidos sus niveles de prevalencia en relación a 1995, como el alcohol, la heroína, las anfetaminas y las drogas de síntesis (estas dos últimas de forma leve), otras, como el tabaco, se han estabilizado, y algunas, como la cocaína y especialmente los derivados del cánnabis, registran tendencias expansivas.

4^a Continúa descendiendo el porcentaje de consumidores de heroína en todas sus modalidades (experimentales, ocasionales y habituales), fruto de la menor incorporación de nuevos consumidores y, seguramente, del impacto de los programas asistenciales.

5^a Aunque levemente, parece que continúa creciendo el consumo de cocaína, específicamente entre los consumidores habituales.

6ª El consumo de éxtasis, después de años de fuerte crecimiento, está viendo estabilizados sus niveles de prevalencia. Una elevada proporción de quienes han consumido esta sustancia en alguna ocasión ya no lo hacen actualmente.

7ª Tras un período de cierta estabilización, los consumos de cánnabis están creciendo de forma significativa en los últimos años, habiéndose incrementado tanto los porcentajes de ciudadanos que lo han consumido alguna vez como los que lo han hecho en el último mes. La expansión del consumo de los derivados del cánnabis se justifica por su importantísima presencia entre los adolescentes y jóvenes de ambos sexos, como se evidenció en la anterior Encuesta Escolar (1996).

8ª El consumo de alcohol en España está reduciéndose de forma moderada, si bien continúa siendo muy importante. Este descenso en la prevalencia del alcohol es coherente con la reducción de los niveles de las compras de bebidas alcohólicas registradas en el Panel de Consumo Alimentario de 1995, 1996 y 1997, que elabora el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

9ª El consumo habitual de tabaco parece haberse estabilizado, después de varios años de descenso sostenido. La quiebra en la reducción del tabaquismo se explica fundamentalmente por la importante incorporación de mujeres jóvenes a este hábito, que contrarresta el número creciente de exfumadores. Debe recordarse que en el grupo de edad de 15 a 18 años fuma el 31,4% de las mujeres frente al 23,1% de los varones.

10ª Continúa creciendo el uso de tranquilizantes e hipnóticos, en particular de aquellos que no son utilizados bajo control médico. El 2% de los encuestados reconoce el consumo en el último año de tranquilizantes sin receta médica y otro 1,2% de hipnóticos, siendo muy superior su uso entre las mujeres. Un patrón bastante habitual en el uso de estas

sustancias consiste en el inicio del mismo por prescripción facultativa y su continuidad siguiendo un modelo de automedicación (Estudio sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en el Municipio de Madrid).

11^a Las sustancias con mayores niveles de prevalencia (alcohol, tabaco y, en menor medida, los psicofármacos) y aquellas que en la actualidad registran tendencias expansivas claras (el caso de los derivados del cánnabis), son las percibidas por los ciudadanos como menos peligrosas.

12^a A pesar de que los consumos de drogas ilícitas continúan siendo un problema muy importante para casi la mitad de los ciudadanos españoles, se está reduciendo progresivamente la sensación de alarma asociada al fenómeno.

13^a Existe un elevado nivel de coincidencia entre las propuestas y demandas que formulan los ciudadanos a las instituciones para resolver el problema de las drogas, principalmente educación en las escuelas (92,1%), tratamiento voluntario de los drogodependientes, campañas de información y / o sensibilización y medidas policiales y legales, con las actividades que vienen desarrollando las Administraciones Públicas. Sólo el 18,5% de los ciudadanos consideran la legalización como la solución al problema de las drogas.

Para concluir este repaso al estado del problema a nivel nacional nos parece interesante mencionar el Observatorio Español sobre Drogas y las Sondas de Información Rápida como organismo encargado de recopilar y suministrar información sobre el fenómeno de las drogodependencias y un subsistema de información encargado de facilitar de manera ágil y rápida información relevante sobre una serie de contenidos relacionados con el tráfico y los consumos de drogas.

2. A NIVEL REGIONAL

Los datos que se muestran a continuación son los resultados de un estudio sobre "El Consumo de Drogas y Actitudes de la Población Andaluza". Este estudio, realizado en 1996, es el quinto de una serie de investigaciones iniciadas en 1987 y que ha ido publicando el Comisionado para la Droga bajo el título <<Los andaluces ante las drogas>>. Es, sin duda, uno de los estudios más continuados de los que se han venido realizando en España en los últimos años.

El universo de este estudio está constituido por la población andaluza de doce años en adelante, residente en los distintos hábitats.

Los datos correspondientes a esta última investigación se muestran junto con los datos correspondientes a la investigación de 1994, lo cual nos permite comparar cómo va evolucionando el consumo de las drogas que se han estudiado.

2.1. Consumo de drogas:

2.1.1. Tabaco

En lo que se refiere al consumo de tabaco los resultados obtenidos han sido los siguientes:

consumo de tabaco	%
- Nunca han fumado	50.9
- Antes fumaban, ahora no	12.5
- Fuman ocasionalmente	6.3
- Fuman diariamente	29.5
- NS/NC	0.8

Un 35.8% de la población andaluza de doce años en adelante fuman en la actualidad, de los que el 29.5% lo hacen diariamente. Tomando como referencia a los fumadores diarios la evolución experimentada desde 1994 es la siguiente:

1994	33.7%
1996	29.5%

Es decir, hay una disminución de los fumadores diarios de 4.2 puntos porcentuales. Al tiempo aumentan los que dejaron de fumar, pues en 1994 eran un 6% y en 1996 es del 12.5%.

La media de cigarrillos diarios, después del aumento experimentado en 1992 y su mantenimiento en 1994 en 18.4 cigarrillos, comienza a disminuir, pasando en 1996 a los 18.15.

La edad media del inicio en el consumo de tabaco es de los 16.22 años.

2.1.2. Alcohol

En el periodo del último mes las frecuencias en que se tomaron bebidas alcohólicas fueron las siguientes:

Consumo de bebidas alcohólicas	%
- No tomaron ninguna	46.4
- 1 vez al mes, aproximadamente	5.8
- 2 a 3 veces al mes	8.8
- 1 a 2 veces a la semana	16.8
- 2 a 4 veces a la semana	4.3

- 5 a 6 veces a la semana	1.4
- Diariamente .	16.0
- NS/NC .	0.2

Un 53.4% de la población andaluza de doce años en adelante sí tomó algún tipo de bebida alcohólica en el último mes; de ellos un 14.6% con una frecuencia ligera (1 a 3 veces mes); un 21.1 con una frecuencia media (1 a 4 veces semana) y otro 17.4% con una frecuencia alta (5 a 6 veces a la semana o diariamente).

Seguidamente se les preguntó si habían tomado alguna bebida en el día anterior a la entrevista. Y en los casos afirmativos qué bebidas concretas y en qué cantidad de cada una. Según esto se puede observar que un 38.5% del total sí bebió en el día de ayer.

Convirtiendo ahora las distintas bebidas alcohólicas y su cantidad en la equivalencia de las mismas en alcohol puro, resulta la siguiente tipología:

Tipología	%
Abstinentes 0 ml	61.5
Ligeros 1-25 ml	16.4
Moderados 26-75 ml	14.0
Altos 76-100 ml	3.4
Excesivos 101-150 ml	2.4
Gran Riesgo más de 150 ml	2.0
NS/NC	0.2

Si tomamos las tres categorías de bebedores por encima de los 75 mililitros de alcohol, vemos que los bebedores abusivos son un 7.8% del total de los andaluces de doce años en adelante.

Con relación a 1994 podemos observar lo siguiente:

1 994	9.50%
1 996	7.8%

2.1.3. Otras drogas (drogas ilegales y psicofármacos)

Además del tabaco y el alcohol, se han incluido en las encuestas las drogas ilegales y también los psicofármacos.

Las sustancias contempladas en cada grupo son las siguientes:

2.1.3.1. Inhalables:

CONSUMO DE INHALABLES	%
Alguna vez	1.2
Últimos seis meses	0.2
Últimos treinta días	0.2
Consumo potencialmente problemático: (de 2 a 6 veces por semana).	0.0
Edad media de inicio: los 13.78 años.	

Aunque un 1.2% de los andaluces indican haber usado alguna vez inhalables, el consumo actual de estas sustancias es muy minoritario y prácticamente marginal. Los usos son esporádicos, no observándose un consumo potencialmente problemático.

2.1.3.2. Cánnabis:

CONSUMO DE CÁNNABIS	%
Alguna vez	13.4
Últimos seis meses	5.8
Últimos treinta días .	4.1
Consumo potencialmente problemático	1.6
Edad de media de inicio: los 18.43 años.	

La cánnabis es una sustancia con un uso bastante extendido. De hecho sería la tercera droga más usada después del alcohol y el tabaco (excepción hecha de los analgésicos comunes).

2.1.3.3. Cocaína:

CONSUMO DE COCAINA	%
Alguna vez	4.0
Últimos seis meses	2.0
Últimos treinta días	1.4
Consumo potencialmente problemático	0.2
Edad media de inicio: los 21.20 años.	

Cuatro de cada cien andaluces de doce años en adelante han usado en alguna ocasión la cocaína, la mitad de ellos lo hicieron en los últimos seis meses. El patrón de consumo es bastante ocasional o esporádico: un 1.1 % lo hicieron en el último mes menos de una vez o una vez a la semana. En un consumo más potencialmente problemático encontramos a un 0.2% de la población estudiada.

2.1.3.4. *Drogas de diseño:*

CONSUMO DE DROGAS DE DISEÑO	%
Alguna vez	2.4
Últimos seis meses	1.6
Últimos treinta días	1.3
Consumo potencialmente problemático	0.2
Edad media de inicio: los 21.06 años.	

Este tipo de drogas son de un uso básicamente ocasional o de fin de semana. En un consumo potencialmente problemático encontramos un 0.2% de la población andaluza de doce años en adelante. Otro 1.1 % la usó en el último mes menos de una vez o una vez a la semana.

2.1.3.5. *Heroína:*

CONSUMO DE HEROINA	%
Alguna vez	1.6
Últimos seis meses	0.7
Últimos treinta días	0.5
Consumo potencialmente problemático	0.2
Edad media de inicio: los 20.2 años.	

Un 1.6% de los andaluces de doce años en adelante reconocen haber usado la heroína alguna vez. No obstante, el consumo en los periodos de tiempo más próximos está descendiendo, lo que veremos más adelante en el cuadro comparativo de todas las drogas.

2.1.3.6. Alucinógenos:

CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	%
Alguna vez	1.6
Últimos seis meses	0.8
Últimos treinta días	0.5
Consumo potencialmente problemático	0.0
Edad media de inicio: los 19.46 años.	

No se observa un consumo potencialmente problemático, en las frecuencias aquí consideradas como tales. No obstante, se da un uso del 0.5% en el último mes, del cual un 0.4 lo hace menos de una por semana y un 0.1 una vez a la semana.

2.1.3.7. Anfetaminas:

CONSUMO DE ANFETAMINAS	%
Alguna vez	3.0
Últimos seis meses	1.3
Últimos treinta días	1.1
Consumo potencialmente problemático	0.3
Edad media de inicio: los 23.70 años.	

El uso de anfetaminas es relativamente alto. Un 1.1 % las usó en el último mes y de ellos un 0.3% en un consumo potencialmente problemático. Su uso está muy asociado al de drogas de diseño.

2.1.3.8. *Tranquilizantes:*

CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	%
Alguna vez	10.0
Últimos seis meses	6.2
Últimos treinta días	5.2
Consumo potencialmente problemático	3.1
Edad media de inicio: los 35.56 años.	

Uno de cada diez andaluces de doce años en adelante indica haber usado tranquilizantes en alguna ocasión. Su uso actual es también bastante elevado, pues algo más de la mitad del total los usaron también en el último mes. Igualmente es alto el consumo potencialmente problemático, ya que en él encontramos a un 3.1% de la población estudiada.

2.1.3.9. *Hipnóticos:*

CONSUMO DE HIPNÓTICOS	%
Alguna vez	4.3
Últimos seis meses	2.2
Últimos treinta días	1.5
Consumo potencialmente problemático	0.9
Edad media de inicio: los 38.89 años.	

También los hipnóticos tienen un uso relativamente importante, especialmente en el casi 1 % que los está consumiendo de un modo potencialmente problemático.

2.1.3.10. Analgésicos comunes:

CONSUMO DE ANALGÉSICOS COMUNES	%
Alguna vez	57.3
Últimos seis meses	42.1
Últimos treinta días	33.0
Consumo potencialmente problemático	9.2
Edad de inicio: los 24.99 años.	

En esta ocasión se ha indagado sobre todos los tipos de analgésicos comunes, incluidos el paracetamol y el ácido acetilsalicílico -muy corrientes en un gran número de preparados- y, como puede verse, son de un consumo muy extendido entre la población. En todo caso cabría señalar como un consumo algo más serio el potencialmente problemático, en el que se encuentran casi uno de cada diez andaluces.

Para ver la evolución de los consumos de estas sustancias, con relación al anterior estudio de 1994, tomaremos como referencia los periodos de los últimos seis meses y el de los últimos treinta días (en 1994 no se contemplaba el de alguna vez). Según esto obtenemos la siguiente tabla:

TABLA 2.1.: EL CONSUMO DE DROGAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES Y EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS, EN 1994 Y EN 1996

DROGAS	ÚLTIMOS 6 MESES		ÚLTIMOS 30 DÍAS	
	1994	1996	1994	1996
INHALABLES	0.1	0.2	0.1	0.1
CÁNNABIS	5.6	5.8	3.9	4.1
COCAÍNA	3.1	2.0	2.3	1.4
DROGAS DE DISEÑO	1.3	1.6	0.8	1.3
HEROÍNA	1.6	0.7	1.0	0.5
ALUCINÓGENOS	0.6	0.8	0.3	0.5
ANFETAMINAS	1.3	1.3	0.9	1.1
TRANQUILIZANTES	7.0	6.2	6.1	5.2
HIPNÓTICOS	2.8	2.2	2.4	1.5
ANALGÉSICOS COMUNES	12.3	42.1*	9.4	33.0
ANALGÉSICOS COMUNES Y OTROS OPIÁCEOS	1.6	0.8	0.9	0.5

(*)EN LOS ANALGÉSICOS COMUNES SE HAN INTRODUCIDO, EN ESTA OCASIÓN, EL PARACETAMOL Y LOS SALICÍLICOS, POR LO QUE LOS RESULTADOS NO SON COMPARABLES CON LOS DE 1994.

A partir de los datos de este cuadro podemos ver que todas las sustancias experimentan una evolución en los consumos en los dos periodos de tiempo, unas con un cierto descenso y otras en incremento.

Las sustancias en descenso, además del tabaco y el alcohol, vistos anteriormente, serían las siguientes: cocaína, heroína, otros opiáceos, tranquilizantes e hipnóticos. El descenso en la cocaína y la heroína es en los dos periodos, y también en el consumo potencialmente problemático; sin embargo, los tranquilizantes y los hipnóticos descienden en dichos periodos, pero no en el consumo potencialmente problemático, el cual aumenta ligeramente.

Por el contrario, las drogas cuyos consumos están incrementándose serían las siguientes: cánnabis, drogas de diseño, alucinógenos y anfetaminas. En la cánnabis y en las drogas de diseño el aumento del consumo se da en los últimos seis meses, en los últimos treinta días y también en el consumo potencialmente problemático. En los alucinógenos se observa un incremento en los dos periodos de tiempo, pero no en el consumo potencialmente problemático, que permanece más estable.

2.2. Características del consumo de drogas de diseño o síntesis

A las 61 personas que indicaron haber consumido, en alguna ocasión, drogas de diseño o de síntesis se les hicieron una serie de preguntas específicas sobre estos consumos. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Con quien las tomaron por primera vez:

43 de los 61 usuarios (un 70 % del total) indicaron que lo hicieron con amigos. En 5 casos con conocidos, en 4 con pareja ocasional y en 2 con cónyuge o pareja habitual.

- Con qué motivo o fin principal las tomaron:

En 29 casos (47%) lo hicieron para sentir sensaciones nuevas, en 17 (27.9%) para bailar o divertirse, en 4 casos por hacer algo prohibido y en otros 4 para comunicarse mejor.

- Cómo las obtuvieron por primera vez:

En 27 casos (44,3%) les invitó un amigo o conocido, en 14 casos (23%) las compraron en la calle o en un bar o discoteca y en 9 se las compraron a un amigo o conocido.

-Las siguen tomando actualmente:

Del total que habían tomado drogas de diseño, 30 entrevistados las seguían tomando en estos momentos, lo que significa un índice de continuidad del 49.2%.

-En que días toman las drogas de diseño:

De los que las siguen tomando actualmente 19 casos (el 63.3%) lo hacen en fines de semana; 8 (el 26.7%) ocasionalmente. Sólo un entrevistado indica que en cualquier día de la semana.

-Razones para haberlas dejado de tomar y para seguir las tomando:

Los que habían dejado de tomarlas señalaron dos tipos de razones para haberlo hecho: que las primeras veces las tomaron porque querían probarlas y ver que pasaba, o que las dejaron porque les sentaban mal.

Hay que señalar que todas estas cuestiones específicas sobre los consumos y actitudes en las drogas de diseño hay que tomarlas, de forma aproximativa a esta realidad, ya que en la muestra total sobre población de doce años en adelante se obtuvieron 6 casos de personas que habían usado estas sustancias.

2.3. Motivaciones para el uso de alcohol y drogas y consecuencias derivadas de estos consumos

a) Las motivaciones:

A todos los entrevistados que indicaron haber consumido alcohol o alguna o varias drogas (excepto los que sólo tomaron analgésicos comunes), en total 1.114 entrevistados, se les preguntó cuál era el motivo o razón principal por las que las tomaban. De ellos 836 indicaron una primera razón y 486 una segunda.

Tomando en primer lugar la primera de estas razones cabe destacar las siguientes más importantes:

PRIMERA RAZÓN PARA TOMAR DROGAS	%
Por pasar el rato	30.6
Porque es una costumbre	17.7
Por placer, por animarse	14.7
Por enfermedad o dolor	9.5
Por hacer algo prohibido	6.5
Por curiosidad o sentir sensaciones nuevas	5.8

Y como segunda respuesta la ordenación de las más importantes es la siguiente:

SEGUNDA RAZÓN PARA TOMAR DROGAS	%
Porque es una costumbre:	21.5
Por pasar el rato	20.5
Por placer, por animarse	13.8
Para facilitar la conversación y el contacto social.	8.6
Para dormir mejor	6.9
Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas	6.8
Por sentirme libre	5.0

b) Las consecuencias:

A este mismo colectivo de usuarios de alcohol o drogas se les preguntó sobre qué tipo de problemas o consecuencias le producían el consumo de estas sustancias. Algo más del 80 por ciento no señaló ninguna, y unos 200 entrevistados sí lo hicieron, del número total de respuestas afirmativas obtenidas destacamos las siguientes:

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS	Nº DE MENCIONES:
Problemas económicos	43
Conflictos familiares	41
Problemas en el trabajo	31
Faltar al trabajo	17
Problemas de relación.	12
Faltar a clase	11
Van mal en los estudios	9
Enfermedades y accidentes	8
Impide encontrar o conservar trabajo	7
Otros varios (riñas, detenciones, etc.)	19

Y respecto a la conciencia que tienen de su dependencia de estas sustancias un 8% creen que les costaría dejarlas; de ellos un 3.8% piensan que les resultaría imposible o muy difícil.

2.4. Actitudes de la población ante las drogas y determinadas actuaciones y ayudas:

Como se ha señalado las drogas constituyen un hecho social en el que no sólo están implicados los usuarios de las mismas, sino también directa o indirectamente el conjunto de la sociedad, y es un hecho que existe un estado de opinión y unas actitudes ante este problema.

Desde esta perspectiva, más social que epidemiológica, vamos a ver una serie de cuestiones sobre las que se ha solicitado una opinión al conjunto de los 2.500 entrevistados, sean o no consumidores de drogas. Los principales resultados obtenidos al efecto han sido los siguientes:

a) Sobre la presencia de las drogas:

Una primera cuestión planteada es si la droga se puede erradicar totalmente o si hay que convivir con ella intentando mejorar. Ante esto la mayoría de la población andaluza se muestra bastante realista: un 24.8% cree que se puede erradicar totalmente, mientras que el 70.3% piensa que es un problema con el que hay que convivir intentando mejorarlo. Estas proporciones son muy parecidas a las observadas en los estudios anteriores; en todo caso cabe señalar, con relación al último de ellos (1994), un aumento de cinco puntos porcentuales en la opinión de que hay que convivir con la droga intentando mejorarlo.

Otra está referida a la sanción o no del uso de drogas ilegales, desde dos perspectivas: en los lugares públicos y en el ámbito privado. Las respuestas obtenidas son las siguientes.

	PÚBLICOS %	PRIVADOS %
PERMITIRSE	13.5	26.2
SANCIONARSE	83.9	65.0

Aunque se es algo más tolerante con el uso de drogas ilegales en el ámbito privado, hay una clara mayoría partidaria de su sanción, especialmente en los lugares públicos. Esta opinión se mantiene muy constante desde nuestro primer estudio en 1987, aunque la permisión en el ámbito privado va ganando algunos puntos. Por el contrario se endurece un par de puntos el rechazo del uso de drogas en lugares públicos.

b) Grado de acuerdo con algunas actuaciones actuales y otras hipotéticas:

En esta parte de la encuesta se incluyeron tres preguntas sobre el grado de acuerdo, y por lo tanto de apoyo social, sobre la actual actuación de administrar metadona a los consumidores de heroína, como tratamiento de sustitución y reducción de daños, y la hipotética posibilidad de administrar o legalizar la droga de uso para aquellos en los que fracasaran los tratamientos. Los resultados obtenidos son los siguientes:

b.1. Administración de metadona en tratamientos de normalización:

El 55.1% sí están de acuerdo en se administre metadona a los drogodependientes de heroína, como sustitución de la misma, y que están en tratamiento de normalización. Un 22.4% no está de acuerdo y otro 22.2% no manifiesta opinión. Respecto a 1994 se incrementa unos siete puntos porcentuales los que están de acuerdo con dicha medida.

b.2. Administración de la droga o legalización a los que no la dejen:

En esta cuestión había dos matices: administrarla de forma controlada para evitar otras consecuencias indeseables, y legalizarla solo

para drogodependientes bajo control sanitario. Los resultados obtenidos son los siguientes:

ADMINISTRACIÓN DE LA DROGA	ACUERDO %	DESACUERDO %
ADMINISTRARLA PARA EVITAR EFECTOS INDESEABLES:	42.6	37.9
LEGALIZARLA PARA DROGODEPENDIENTES BAJO CONTROL SANITARIO	30.5	63.1
(EL RESTO HASTA CIEN SON LOS QUE NS/NC)		

Como se puede observar, según el matiz, se invierte la opinión. Cuando la palabra clave es administrarla la opinión mayoritaria es favorable, mientras que cuando lo es legalizarla la mayoría es la desfavorable. En realidad se trata más de un matiz semántico que de una realidad en sus efectos. Sin embargo, suscita reacciones diferentes entre la población.

c) Dónde se ayuda más a dejar la droga:

En opinión de la población donde más se ayuda a dejar la droga es en los centros especializados en toxicomanías (58.4%), seguidos de la familia (17.1%). Ya, a cierta distancia, se mencionan los servicios médicos generales, los médicos y psiquiatras privados, las comunidades terapéuticas, las asociaciones de exdrogadictos, las organizaciones juveniles de ayuda y los maestros o educadores.

3. A NIVEL PROVINCIAL

Teniendo en cuenta que el anterior apartado cubre la información de las ocho provincias andaluzas, parece lógico pensar que la situación en Jaén debe ser similar a la que aparece en el estudio para Andalucía en

general, sin embargo con la intención de conocer mejor la situación de Jaén respecto a las drogas vamos a presentar a continuación los datos de un estudio descriptivo realizado por Arévalo y otros (1994) y los datos de la Memoria del Centro Provincial de Drogodependencias de Jaén correspondientes a 1997.

3.1. Estudio descriptivo del consumo de drogas en la población escolar de la provincia de Jaén.

El estudio descriptivo se realizó con alumnado de sexto y octavo de E.G.B. de la provincia de Jaén. Algunos de los datos que se obtuvieron son los que muestran los siguientes gráficos:

Gráfico 2.1: Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas (chicos)

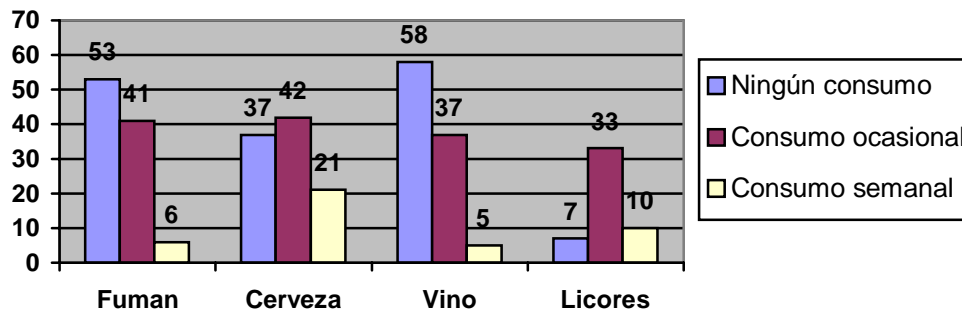
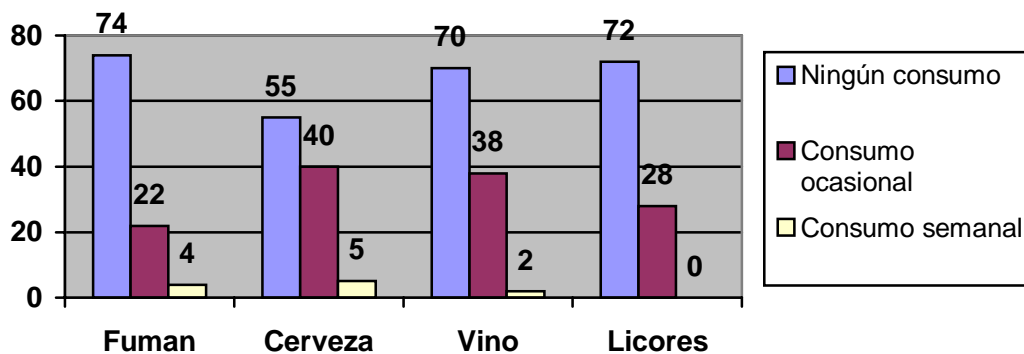


Gráfico 2.2: Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas (chicas)



Como se puede apreciar en las gráficas, en cuanto al consumo de tabaco, los chicos manifiestan tener un mayor consumo ocasional del tabaco 41% frente al 22% de las chicas, y también un mayor consumo semanal, aunque aquí la diferencia es menor 6% de los chicos frente al 4% de las chicas. Esto no se corresponde con la tendencia general de que actualmente son más chicas que chicos los adolescentes que se declaran fumadores habituales.

Por cursos, en sexto existe un consumo de tabaco algo inferior que en octavo, en ambos sexos.

Gráfico 2.3: Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas (octavo curso)

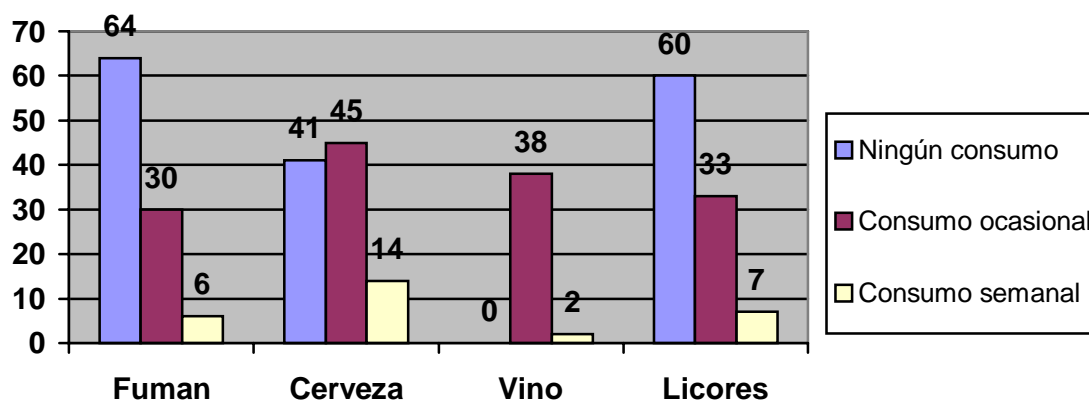
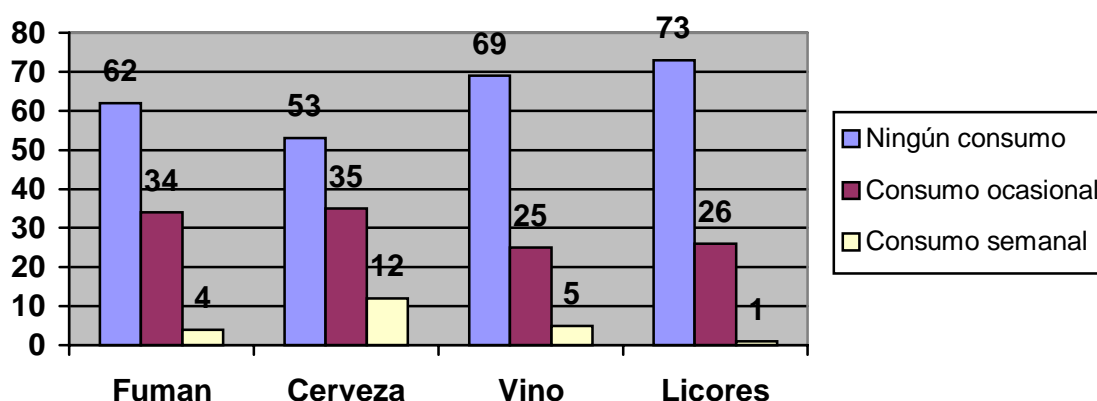


Gráfico 2.4: Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas (sexto curso)



En cuanto al alcohol, más de la mitad de los encuestados afirma haber probado alguna vez el alcohol, siendo mayor la proporción de los chicos que la de las chicas

De las distintas bebidas alcohólicas incluidas en el estudio, la cerveza es la más consumida, seguida del vino

Por cursos se aprecian diferencias importantes, siendo, en ambos sexos, el alumnado de octavo los que más bebidas alcohólicas consumen.

Medicamentos.

En relación con el consumo de medicamentos, los resultados son los que aparecen en la tabla siguiente:

Tabla 2.2: Consumo, en %, de medicamentos por curso y sexo.

	SEXO		CURSO	
	CHICAS	CHICOS	SEXTO	OCTAVO
Vitaminas	17	33	30	21
Tos	44	39	61	27
Resfriado	73	60	76	60
Dolor de cabeza	35	32	33	35
Dolor estómago	26	26	27	25
Para dormir	4	7	9	3
Nerviosismo	10	6	8	7

Como puede observarse el consumo de medicamentos es alto. Destaca el consumo de medicinas para enfermedades propias de la estación invernal, ya que los datos se refieren al mes anterior al de la administración del cuestionario y fue en esta estación.

Resulta también llamativo el consumo de pastillas para dormir, de escaso uso en estas edades.

Por cursos, son los de sexto los que consumen más medicamentos, en general, así como las chicas si lo miramos por sexos.

3.2. Datos de la memoria del Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) de Jaén.

Antes de pasar a presentar los datos que consideramos más relevantes, se debe recordar que los Centros Provinciales de Drogodependencias atienden a personas que voluntariamente han decidido dejar las drogas, siendo por lo tanto el grueso de su trabajo la desintoxicación, aunque también realizan tareas de prevención y formación.

Los datos que se van a exponer a continuación corresponden a los cuatro centros públicos que hay en la provincia de Jaén, y según la misma memoria, indican un claro descenso en el consumo de heroína entre la población mas joven, incrementándose el número de aquellos que abusan del alcohol, o de aquellos que consumen cánnabis o drogas de síntesis.

- Datos de tratamiento:

Los datos de las intervenciones realizadas se reflejan en la siguiente tabla:

Tabla 2.3. Distribución de los pacientes atendidos en 1998 por sustancia consumida.

	NÚMERO DE PACIENTES				
	INICIOS	REINICIOS	SEGUIMIENTO	TOTAL	%
HEROÍNA	188	322	714	1224	74.3
ALCOHOL	150	50	91	291	17.6
CÁNNABIS	38	2	19	59	3.5
COCAÍNA	22	4	9	35	2.1
HEROÍNA + COCAÍNA	8	17	0	25	1.5
ÉXTASIS	4	0	2	6	0.3
BENZODIAZEPINAS	2	2	1	5	0.3
OTROS	1	1	0	2	0.1
TOTAL	413	398	824	1647	100

Los datos muestran que las demandas de tratamiento provienen básicamente de la población dependiente a opiáceos (74.3 %), y con respecto al año anterior se observa una disminución notable del número de usuarios que demandan tratamiento por dependencia al alcohol.

En cuanto a las actividades preventivas realizadas, éstas se pueden considerar un indicativo de la alarma social que crean las drogodependencias, ya que son diversos y variados los agentes sociales que demandan del Centro su colaboración. En este sentido se han atendido todas las iniciativas surgidas desde diversos ámbitos institucionales, profesionales y de participación social.

Las respuestas a estas demandas se han regido por el objetivo común de facilitar la información y formación necesaria e imprescindible para modificar estilos de vida, fomentar conductas saludables y finalmente estimular el compromiso de los distintos agentes sociales en la tarea preventiva frente al problema común de las drogodependencias.

La actividad preventiva realizada ha abarcado cuatro ámbitos fundamentales:

- a) Ámbito Comunitario.
- b) Ámbito Educativo.
- c) Ámbito Laboral.
- d) Formación Externa Especializada.

Las intervenciones son llevadas a cabo por el equipo docente multidisciplinar integrado por técnicos del Centro Provincial de Drogas y de los tres Centros Comarcales.

a) Ámbito Comunitario:

En este contexto las demandas atendidas por el CPD se han caracterizado por ser peticiones puntuales de información, emergentes de la conciencia social de una necesidad de conocimiento, no sólo de las sustancias que merman la salud sino también de los recursos y de las estrategias individuales y colectivas frente al problema.

Tabla 2.4. Intervenciones, en el ámbito comunitario, según las comarcas.

COMARCA	INTERVENCIONES	ASISTENTES
JAÉN	6	260
LINARES	7	348
ÚBEDA	9	311
ANDÚJAR	2 Y 1 TV LOCAL	300
TOTAL	24 Y 1 TV LOCAL	1.319

b) Ámbito Educativo:

Durante el año 1997, las actividades preventivas realizadas han respondido a todas las demandas que desde este contexto se han realizado y se han dirigido a atender las necesidades específicas de los dos colectivos demandantes: AMPAs y alumnado.

Desde una perspectiva preventiva, la intervención con padres y madres constituye un pilar fundamental de las estrategias orientadas a promover factores protectores y reducir factores de riesgo en el ámbito familiar y educativo.

De acuerdo con esta línea de pensamiento las peticiones provenientes de las AMPAS se han reconducido y se han plasmado en la realización de programas de formación y prevención de drogodependencias en el ámbito familiar.

Las actividades realizadas han sido las siguientes:

Tabla 2.5. Actividades de formación con AMPAs.

COMARCA	NÚMERO	HORAS	ASISTENTES
JAÉN	4	26	110
LINARES	2	10	52
ÚBEDA	1	2	60
ANDÚJAR	0	0	0

En el contexto educativo, el otro colectivo atendido ha sido el alumnado.

Las actividades preventivas dirigidas a estos jóvenes, destinatarios finales de cualquier tipo de intervención preventiva en este ámbito, han sido en la mayoría de los casos intervenciones puntuales organizadas por profesores sensibilizados con el problema de uso indebido de drogas.

Así, estas actividades han pretendido proporcionar una información veraz y objetiva sobre drogas, sus efectos y consecuencias y sentar las bases para la toma de decisiones razonada acerca del consumo.

Tabla 2.6. Actividades de formación con alumnos.

COMARCA	INTERVENCIONES	HORAS	ASISTENTES
JAÉN	4	8.5	200
LINARES	1	6	50
ÚBEDA	1	2	40
ANDÚJAR	6	15	165
TOTAL	12	31.5	455

c) Ámbito Laboral:

Tal y como recoge la Ley 47/1997 de prevención y asistencia en materia de drogodependencias, uno de los contextos para el desarrollo de estrategias preventivas lo constituye el ámbito laboral.

Durante el año 1997 se ha empezado a intervenir conjuntamente con otras organizaciones e instituciones en este ámbito, con los objetivos de informar y formar sobre los riesgos asociados al consumo de drogas y las medidas adecuadas para prevenirlos. En este sentido se han realizado las siguientes actividades:

1) Colaboración en las Jornadas Sindicales sobre Drogodependencias en el ámbito laboral, organizadas por Comisiones Obreras.

2) Intervención en 8 Escuelas Taller de la Provincia de Drogodependencias en el ámbito de E.T./C.O.: "Aprendemos a trabajar, no a las drogas", organizada por la Unidad de Promoción y Desarrollo de

la Diputación Provincial de Jaén en colaboración con el Centro Provincial de Drogodependencias.

Tabla 2.7. Actividades de formación en Escuelas Taller.

COMARCA	Nº DE ESC. TALLER	ALUMNOS	HORAS
JAÉN	4	180	24
LINARES	1	60	6
ÚBEDA	3	146	18
TOTAL	8	386	48

Formación externa especializada:

En este apartado se incluyen las acciones dirigidas a formar a otros colectivos profesionales y de relevancia social implicados en la prevención, detección y abordaje de las complicaciones bio-psico-sociales que conlleva el uso indebido de drogas.

Los cursos realizados durante 1997 han sido:

1) Personal sanitario

Tres cursos de 15, 30 y 40 horas de duración, con un total de 85 horas y 150 participantes.

2) Personal de servicios sociales

Dos cursos de 10 y 24 horas, con un total de 34 horas y 55 participantes.

3) Cursos de postgrado

Un curso de 40 horas y 23 participantes.

4) Asociaciones

Cuatro cursos con un total de 57 horas y 165 participantes.

4. A NIVEL LOCAL

Los datos de que disponemos, sobre la incidencia del consumo de drogas en Cambil y Huelma, provienen de dos fuentes:

De nuestra investigación, recogidos con los cuestionarios de hábitos de consumo, actitudes e información y presentados en su correspondiente apartado.

De la memoria del Centro Provincial de Drogodependencias sobre pacientes atendidos por municipio. En este caso los datos que ofrece la memoria de 1997 son los siguientes:

Tabla 2.8. Pacientes atendidos por municipio en 1997.

		CAMBIL	HUELMA
INICIOS	HEROÍNA	0	3
	HEROÍNA + COCAÍNA	0	1
	ALCOHOL	1	0
	COCAÍNA	0	1
	CÁNNABIS	0	0
	ÉXTASIS	0	0
	TOTAL	1	5
TRATAMIENTO	HEROÍNA	7	14
	HEROÍNA + COCAÍNA	0	0
	ALCOHOL	2	2
	COCAÍNA	0	0
	CÁNNABIS	0	0
	ÉXTASIS	0	0
	TOTAL	9	16
REINICIOS	HEROÍNA	3	3
	HEROÍNA + COCAÍNA	0	1
	ALCOHOL	0	0
	COCAÍNA	0	0
	CÁNNABIS	0	0
	ÉXTASIS	0	0
	TOTAL	3	4
TOTAL		13	25

Como podemos apreciar, los datos son alarmantes, máxime si tenemos en cuenta que se trata de poblaciones pequeñas (Cambil 3.536 habitantes y Huelma 5.600), y corresponden a pacientes que

voluntariamente han decidido iniciar una terapia, por lo que no se trata de los datos absolutos de todas las personas que abusan de las diferentes drogas

CAPITULO III:

MARCO LEGAL Y MODELOS DE PREVENCIÓN EN CENTROS EDUCATIVOS

CAPITULO III

MARCO LEGAL Y MODELOS DE PREVENCIÓN EN CENTROS EDUCATIVOS

1. MODELOS TEÓRICOS DE PREVENCIÓN	99
1.1. Ético-jurídico	99
1.2. Médico o sanitario	100
1.3. Psicosocial	101
1.4. Sociológico o Sociocultural	102
1.5. Bio-psico-social	103
2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD	107
2.1. Concepto de salud	107
2.2. Factores que influyen en la salud	109
2.3. Salud y educación	111
3. LA PREVENCIÓN EN LOS CENTROS EDUCATIVOS.....	113
4. FORMAS DE INTERVENCIÓN EN EL AULA	115
4.1. Prevención inespecífica: Educación para la Salud.....	116
4.2. Prevención específica	118
4.2.1. La acción tutorial y el departamento de orientación.....	119
4.2.2. Programa específico de prevención integrado en el currículum	123
4.2.3. Programas específicos de prevención ajenos al currículum escolar	132
5. MARCO LEGISLATIVO	139

1. MODELOS TEÓRICOS DE PREVENCIÓN

El comportamiento de cada individuo es complejo y variable, y no se puede entender una explicación ni acción eficaz que no tenga en cuenta esta complejidad y variabilidad. El uso de drogas es concebido como una modalidad de comportamiento en el que interactúan tres elementos (la sustancia, la persona que la consume y el contexto); la complejidad de cada uno de estos elementos no debe ser simplificada a la hora de elaborar medidas que prevengan el consumo de drogas, sin embargo la importancia relativa que se les concede a cada uno es diferente según los distintos modelos que pretenden explicar el fenómeno de la drogadicción.

La explicación que cada modelo da del fenómeno tiene sus consecuencias a la hora de tomar medidas preventivas. La principal diferencia entre ellos está en la importancia que conceden a cada uno de los elementos, ya mencionados, que interactúan en el fenómeno de la drogadicción.

Aunque distintos autores dan diferentes nombres a los modelos explicativos, y reconociendo que hay muchas variantes en cada uno de ellos, en general vamos a comentar los más importantes para comprender mejor las medidas preventivas que de cada uno se derivan:

1.1. Ético-jurídico:

Asigna una importancia decisiva a las drogas que clasifica en legales o ilegales. El fin principal es conseguir que las sustancias queden fuera del alcance de los individuos. Según este modelo la droga es el agente activo y al individuo se le da el papel de víctima a la que hay que proteger mediante medidas legislativas aplicables al cultivo, la elaboración, la fabricación, la distribución, la venta y la posesión de la

sustancia. Las principales formas de disuasión son el control de las drogas disponibles, el aumento de su costo, el castigo o la amenaza de castigo y la divulgación de los daños físicos, psicológicos y sociales para disuadir a quienes podrían usarlas. Se supone que el castigo y la amenaza de castigo coartarán la adopción de una conducta censurable; esto implica la promulgación de leyes punitivas y, en teoría, a su aplicación. Ejemplos de estas leyes los tenemos en las prohibiciones de vender bebidas alcohólicas y tabaco a los menores. Por otro lado, las investigaciones sobre el comportamiento y también la experiencia práctica indican que el castigo y la amenaza de castigo sólo tienen efecto en la medida que se aplican de manera regular y rápida en un porcentaje alto de las manifestaciones de comportamiento que se quieren impedir, cosa que no ocurre en la realidad.

Los programas educativos que desde esta perspectiva se plantean consisten, básicamente, en la difusión de información sobre los peligros de ciertas drogas.

1.2. Médico o sanitario:

Se centra en el sujeto, considerando al drogodependiente como a un enfermo infectado, al cual se intenta "vacunar" utilizando diversas medidas, entre ellas el empleo de estupefacientes antagonistas, actividades de contención o aislamiento de los consumidores para impedir que "infecten" a otras personas, identificación y tratamiento de los individuos que están en grupos de riesgo, y unos programas educativos de prevención que proporcionen información acerca de los riesgos que se corren al iniciarse en el uso de ciertas sustancias y el daño personal y social que provoca el hecho de depender de ellas. Al igual que ocurre en el modelo jurídico, también en éste la sustancia es el agente activo, aunque en este modelo no hay distinción entre lo lícito y lo ilícito, por lo que abarca el alcohol, la cafeína o la nicotina entre otras como sustancias

que producen dependencia; lo que sí las diferencia dada su aceptación social es la posibilidad de obtención y uso.

Quienes usan drogas deben ser curados y tratados como un problema médico. El uso de drogas debe prevenirse como un problema de sanidad pública, al igual que cualquier enfermedad infecciosa.

Son ejemplos de esta concepción las campañas publicitarias contra el alcoholismo y el tabaco. Estos programas educativos parten del principio de que la mayoría de los individuos aprecian la salud, aspiran a conservarla y desean evitar las enfermedades.

1.3. Psicosocial:

Reconoce la complejidad de cada individuo y el peso que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones; por lo tanto, considera que el consumo de drogas está determinado por las presiones de los grupos sociales de pertenencia, por la actitud del sujeto, el cual es activo en cuanto al consumo, y por factores psicosociales, como por ejemplo, carencia de cohesión familiar, crisis de identidad en la adolescencia, rechazo de la autoridad, alienación, falta de contacto entre adultos y niños, etc. Relega a un segundo plano la sustancia

Los programas preventivos que se fundamentan en este modelo intentan poner al descubierto factores causales subyacentes y consideran que la información no lleva necesariamente a un cambio en el comportamiento si no cambian los demás componentes, como las actitudes y los hábitos, por lo que proponen ofrecer alternativas al consumo, tratar al drogodependiente como a una persona con dificultades de adaptación, maduración y desarrollo. Esto no quiere decir que se descuide la información sobre las drogas y su interacción con el organismo humano. Las principales diferencias entre la utilización de la información como acción preventiva, en este método y en los otros es que

una información facilitada sin discriminación y recibida de un modo pasivo tiene pocas probabilidades de modificar el comportamiento en general, aunque pueda reforzar un comportamiento previo; la información, por muy cuidadosamente concebida que esté, no influirá en el comportamiento si no es activamente tratada y relacionada con las actitudes, los valores y el estilo de vida de un individuo o de un grupo; la decisión de consumir o no hacerlo es a menudo más impulsiva que racional, y en ella influyen más los factores sociales que la información. Así pues, la información es uno de los factores que entran en juego en la toma de decisiones, pero como labor preventiva sólo tiene un carácter subsidiario con respecto a la atención que ha de prestarse a las necesidades personales y sociales que puede satisfacer el uso de drogas y a los problemas básicos, de los que el consumo de drogas puede ser un síntoma.

Al centrar la importancia en el individuo y en los factores sociales, las soluciones que propone al problema del uso de drogas no están relacionadas específicamente con ellas, y son aplicables a otros comportamientos de carácter destructivo o irregular.

1.4. Sociológico o sociocultural:

Desde esta perspectiva, la importancia del inicio y mantenimiento de las conductas de consumo de drogas descansan en las estructuras socioeconómicas y ambientales por encima de las predisposiciones personales, siendo muy difícil cualquier cambio que no modifique previamente dichas estructuras. Según este modelo, la responsabilidad del consumo recae más en el contexto que en la persona y en la sustancia. Unas drogas concretas cobran su sentido e importancia no tanto por sus propiedades farmacológicas sino por el modo en que una sociedad determinada define su uso, a sus consumidores y reacciona ante éstos. El consumo de drogas socialmente proscritas es considerado como una

conducta irregular que debe tratarse como otros comportamientos irregulares. El individuo puede padecer por su propio comportamiento o por la reacción de la sociedad ante el mismo. Esta reacción varía necesariamente según las culturas y las subculturas. Va más allá de los factores psicológicos y sociales que recibían gran importancia en el modelo psicosocial para acentuar lo que está presente en las condiciones socioeconómicas y ambientales. Se considera que la pobreza, una vivienda inadecuada, la discriminación, la falta de oportunidades, son un terreno abonado para la aparición de los factores más personales que los que el modelo psicosocial destaca.

Las estrategias de prevención derivadas del modelo sociocultural se valen del contexto social del comportamiento para la introducción de cambios importantes. En vez de insistir en la adaptación del individuo al contexto, abogan por que los factores de ese contexto se adapten al individuo y a sus necesidades. Propone mejorar las condiciones de vida y crear un ambiente desfavorable al consumo e implicar a la sociedad para que disminuya la aceptación social de las drogas. Procede modificar las instituciones, en especial el sistema educativo, para que sean menos impersonales y más humanas; los servicios médicos y sanitarios deben centrarse más en los pacientes; se debe facilitar la acción de los grupos de compañeros y amigos que satisfagan las necesidades de crecimiento y los estilos de vida adecuados. Según este modelo el mundo del trabajo debe resultar más estimulante para el individuo y estar menos orientado hacia la obtención de beneficios; se deben modificar unas leyes que resultan más perniciosas que el comportamiento que pretenden combatir.

1.5. Bio-psico-social:

Este modelo integra las distintas variables que determinan la salud y la enfermedad. Se basa en dos supuestos fundamentales:

1º. - La adicción depende en su génesis y mantenimiento de los siguientes tipos de variables:

a) Variables de tipo orgánico como son los factores genéticos, somáticos y biofísicos.

b) Variables de tipo comportamental como son las percepciones, pensamientos, expectativas, motivaciones, sentimientos, hábitos, creencias, actitudes, habilidades,...

De estas variables, son de especial importancia las relacionadas con conductas de riesgo y las de habilidades para afrontar estas situaciones.

c) Variables ambientales o externas son aquellas que dependen del ambiente físico, social, cultural, familiar,...

De estas variables la más relevante, posiblemente, sea el comportamiento de las personas significativas para el sujeto y que están próximas a él.

2º. -Todas las variables son importantes, y el grado de influencia de cada una es diferente en cada individuo.

Para Macía (1997), esta perspectiva, junto a los componentes cognitivos y afectivos, considera los aspectos ambientales que definen la realidad social en que se enmarca el sujeto, incluyendo asimismo sus componentes biológicos.

La conducta adictiva se considera como una conducta aprendida. La conducta inicial o experimental se explicaría a través de paradigmas de aprendizaje social y se debería en gran parte a la accesibilidad, curiosidad, actitudes y presión social del grupo de iguales. El refuerzo social mantiene la condición experimental hasta que el sujeto se hace totalmente a los efectos de la sustancia. Cuando se establece la dependencia, el

mantenimiento de la condición de autoadministración se explica a través de paradigmas del condicionamiento clásico y operante, simultáneamente se va modelando el deseo, la condición de búsqueda, se estereotipa al ritual de autoadministración y experimentan las consecuencias reforzantes de la sustancia tanto a nivel farmacológico como a nivel social (relación con grupo de iguales). La condición de consumo se regula por reforzadores positivos y después se mantiene por reforzadores negativos (evitación de malestar causado por el síndrome de abstinencia).

Obtener alivio ante un estímulo emocional desagradable mediante una droga es una reacción que se aprende con facilidad, sobre todo cuando existen refuerzos por parte de la cultura o subcultura del sujeto.

Este modelo supone un intento de superación de los anteriores modelos, planteando un abordaje más global del problema.

Particularmente importante desde esta perspectiva es el enfoque de Prevención Comunitaria, Macía (1986), propone que la Prevención Comunitaria no es tanto una lucha contra la patología como una estrategia para la promoción de la salud y de la normalidad, entendiendo ésta como una dimensión no homogénea constituida por habilidades y destrezas sociales.

La actitud tradicional "de espera" supone que las personas afectadas por una alteración buscarán la ayuda profesional. La Psicología Comunitaria se caracteriza por llevar las sesiones de análisis y tratamiento allí donde aparecen los problemas, procurando acudir a ellos no cuando éstos han aparecido, sino previniendo la posible aparición de los mismos. Para poder actuar de esta forma es útil contar con la ayuda de más personas que la del profesional especializado. En este marco teórico el enfoque de Prevención Comunitaria supone una posición y perspectiva intervencionista, un enfoque sustentado en la creencia de que la prevención no es tanto una lucha contra la patología como una estrategia

para la promoción de la salud y de la normalidad; además, creemos que cuanto más global sea el enfoque más completa será la intervención, por lo que ésta no se ha de remitir exclusivamente al alumnado, sino a las familias, centro, entorno, grupo de amigos, etc. Es en este modelo donde mejor encaja nuestro programa de prevención; no obstante queremos insistir en el acierto que, desde nuestro punto de vista, supone adoptar una estrategia de prevención que sea global; el hecho de asignar importancia exclusiva a las sustancias, los individuos o al contexto social o cultural restará eficacia a cualquier acción que se realice.

Cada uno de los modelos presentados constituye una forma de contemplar y explicar el uso de drogas, el hombre, la sociedad y sus interacciones, la capacidad de las instituciones para intervenir de forma eficaz, etc.; y permite establecer, como hemos visto, diferentes recomendaciones y medidas encaminadas a modificar tal uso. Si de lo que se trata es de mantener la droga alejada del hombre, se asignará un papel destacado a las leyes y a su sanción; si se aspira a mantener al hombre alejado de las drogas la responsabilidad estará, más, en manos de los especialistas en ciencias del comportamiento; si se pretende crear un ambiente en el que las necesidades que satisface el uso de drogas queden mejor atendidas por un comportamiento que entrañe menos peligros y ofrezca menos posibilidades de perjudicar al individuo, y a la sociedad corresponderá a cada institución desempeñar una misión a este respecto.

Sea cual sea el modelo explicativo todos apuestan por la prevención. Desde hace varios años se viene recurriendo a la educación, al sistema educativo como lugar idóneo de suministrar información, la cual puede ser un útil instrumento de educación y una estrategia de prevención si se hace en el marco general de una labor efectiva de comunicación y de persuasión, en el cual haya sitio para otras estrategias derivadas de modelos globales, y tanto la información como otras

estrategias encuentran un lugar privilegiado para su aplicación en el ámbito educativo.

2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

2.1. Concepto de salud.

Una primera concepción de salud es la que entiende esta simplemente como "ausencia de enfermedad"; la Organización Mundial de la Salud, (1989), ampliando dicha conceptualización, describe la salud como "el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente de afecciones o enfermedades". Si bien esta definición hace referencia, por vez primera, a componentes mentales y sociales, y explicita la salud en términos positivos, no deja de ser una idea "estática de salud" que sólo considera personas con salud a aquellas que gozan de un completo bienestar físico, mental y social, omitiendo referencias a la capacidad de funcionamiento de las personas.

Un paso más en la evolución del concepto de salud considera que esta no es tanto un estado abstracto cuanto la "capacidad para realizar el propio potencial personal y responder positivamente a los retos del ambiente".

Es ésta una concepción más dinámica y ecológica, acorde con las condiciones de vida de las poblaciones y la idea de cada época, que engloba aspectos subjetivos (bienestar social y mental), objetivos (capacidad para la función) y sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo). Bajo esta consideración, la salud es adaptación y equilibrio dinámico entre el individuo y la naturaleza (salud física), ente el individuo y la sociedad (salud mental y salud social).

En cualquier caso, la salud es considerada como un recurso para la vida diaria y no como el objetivo de la propia vida.

En el mismo documento se define la Promoción de la Salud como "el proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud y por tanto, mejoren su salud". Así pues, la salud no sólo depende de científicos y médicos, sino que es cosa de todos: los primeros responsables de nuestra salud somos nosotros mismos, tanto individual como colectivamente, y esta responsabilidad no podemos delegarla en ninguna otra persona ni institución.

Entre las causas actuales de este creciente interés por la Educación para la Salud, como señala el Departamento para la Salud, Educación y Bienestar Norteamericano según Polaino-Lorente (1987), se encuentran entre otras:

- El cambio en el conocimiento de las causas principales de muerte y discapacidades.
- La toma de conciencia de los profesionales de que muchos problemas de salud residen fundamentalmente en hábitos de comportamiento que configuran estilos de vida elegidos por la persona.
- La aceptación de que muchos factores pueden ser controlados individualmente, si el sujeto dispone de la formación adecuada.
- El conocimiento de la magnitud de los gastos sanitarios implicados para la comunidad.
- La evidencia de que la comprensión de la salud ayuda a mejorar la comprensión y la comunicación de los usuarios, con un mayor compromiso en el mantenimiento de la salud personal y colectiva.

-El creciente uso inadecuado de las tomas de decisiones respecto a todas las cuestiones de salud, así como el incremento del interés ciudadano por las habilidades del autocuidado sanitario.

-La existencia de programas de educación para la salud desde los niveles más bajos a los más altos del sistema educativo.

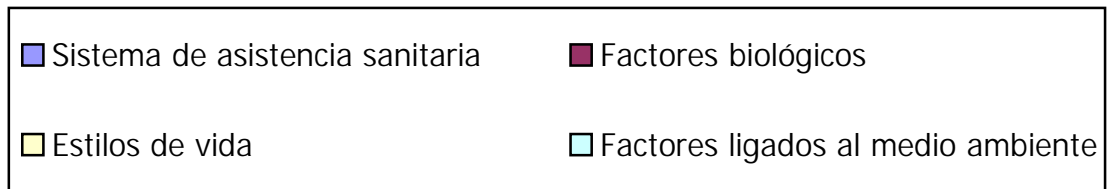
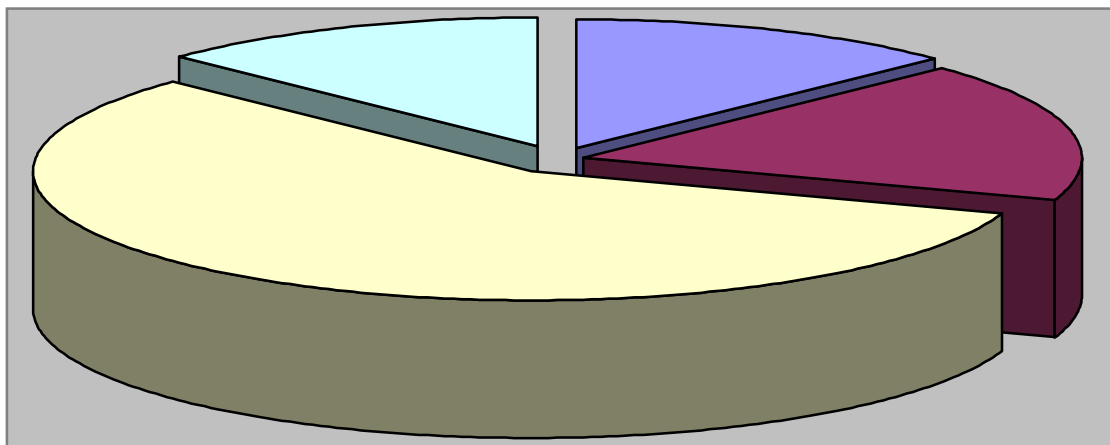
Al tomar conciencia de que los comportamientos saludables pueden aprenderse, la Educación para la Salud pretende aumentar la conciencia sobre la salud, y estimular la responsabilidad de la población para que tome sanas decisiones en cuanto a su bienestar personal, familiar y social. Asistimos así en palabras de Mendoza, (1984), a un renacimiento esperanzador.

La Promoción de la Salud no sólo se ocupa de promover el desarrollo de las habilidades individuales y la capacidad de la persona para influir sobre los factores que determinan la salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno tanto par reforzar los factores que contribuyen al desarrollo de estilos de vida saludables, como para modificar aquellos que impiden ponerlos en práctica. Esta estrategia se ha resumido en la frase "conseguir que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir", que muy bien podría aplicarse a nuestro programa por cuanto que esperamos capacitar a los destinatarios del mismo para que, en las muchas situaciones en que a lo largo de su vida se van a enfrentar a la oferta de droga, sepan decidir y optar por los comportamientos más saludables.

2.2. Factores que influyen en la salud.

El nivel de salud de una comunidad está determinado por la interacción de cuatro elementos:

Gráfico 3.1.: Factores que influyen en la salud.



Fuente: Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía, (1992).

a) La biología humana que, referida a factores endógenos, incluye todos los aspectos relacionados con la salud, tanto física como mental, así como la herencia genética y el proceso de madurez y envejecimiento.

b) El medio ambiente, que incluye todos aquellos factores exógenos (sociales, económicos, físicos, culturales...) que inciden sobre la salud.

c) El estilo de vida, que incluye los hábitos y la suma de decisiones individuales que afectan a la salud, sobre las que se puede ejercer cierto grado de control.

d) El sistema de asistencia sanitaria.

De los elementos anteriores, la biología humana es el único que apenas puede modificarse; los otros tres, en mayor o menor grado, sí son susceptibles de modificaciones.

En cualquier caso, como podemos apreciar en el gráfico anterior, la salud depende, en gran medida, de las condiciones ambientales y los estilos y hábitos de vida que, por otra parte, enmarcan los factores desencadenantes del consumo de droga.

2.3. Salud y Educación

En este contexto nace la Educación para la Salud como un método de trabajo, un instrumento que, utilizado por profesionales, puede proporcionar a la población el estímulo y la capacidad necesarios tanto para adoptar estilos de vida sanos como para actuar sobre aquellos factores del medio que le son desfavorables.

La inserción o integración curricular, se puede llevar a cabo desde varias alternativas distintas, dependiendo de la consideración que se le dé a la Educación para la Salud:

a) La Educación para la Salud entendida como actividad divulgativa complementaria en la formación del alumno.

b) La Educación para la Salud como asignatura del currículum escolar en igualdad con el resto de las asignaturas o áreas.

c) La Educación para la Salud como contenido integrado en el currículum ya existente.

Esta última opción es por la que apuesta la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía (1992), al proponer la inserción curricular de la Educación para la Salud como materia transversal en las distintas áreas del currículum.

En el caso concreto de las drogas, como ya se ha indicado, la información por sí sola, no es suficiente, pudiendo, incluso, llegar a ser contraproducente. La actual Reforma Educativa recoge la Educación para la Salud dentro de los objetivos generales, y la plantea como una materia transversal, con la problemática de las drogas incluida, tratando de permitir un tratamiento más globalizador y de implicar el pleno compromiso de toda comunidad educativa.

La Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía (1992), propone como definición de la Educación para la Salud: Cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener su salud y busque ayuda cuando la necesite.

En Andalucía, la Educación para la Salud se aborda desde la Consejería de Salud y la Consejería de Educación.

La Consejería de Salud está en vías de desarrollar técnicas y estrategias para crear e impulsar la elaboración de programas que actúen sobre grupos específicos de población. Estos programas son de tres tipos:

a) Programas comunitarios

Están dirigidos a proteger la salud de los grupos de riesgo y a fomentar y promocionar la salud de toda la población, haciendo que se asuma ésta como una necesidad imprescindible para la vida, a la vez que se le capacita para que esté motivada y participe en la toma de decisiones con respecto a las cuestiones que afectan a su salud.

b) Programas dirigidos al medio laboral.

Su finalidad es informar a los trabajadores de los riesgos que comportan su trabajo, de promover comportamientos positivos en relación con la seguridad y de incidir para modificarlos si se puede sobre los factores ambientales peligrosos o insanos del medio laboral.

c) Programas escolares.

Se trata de programas destinados a niños y a jóvenes con el objeto de revisarlos, vacunarlos o llevar a cabo campañas de higiene bucodental, etc.

3. LA PREVENCIÓN EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Existen bastantes razones para considerar que los centros educativos se encuentran en una posición idónea para llevar a cabo una tarea preventiva, sin que ello signifique que olvidemos sus limitaciones. Entre otras, podríamos aducir las siguientes ventajas:

- El centro educativo supone uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de iguales, y es en él donde se continúa el proceso de socialización iniciado en la familia, bien reforzando las actitudes en ella generadas o bien modificándolas en aquellos casos en que sea preciso.

- Actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia.

- A lo largo de la edad escolar los alumnos están sometidos a cambios y momentos de crisis que les exponen a múltiples riesgos (entre ellos, el consumo de drogas).

- La obligatoriedad de la escolarización hasta los dieciséis años implica que por ella deben pasar todas las personas durante el periodo más importante de la formación de la personalidad.

- Los centros educativos son un espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo. El profesorado tiene la posibilidad de organizar los programas adecuados a cada nivel con fácil acceso al alumnado y la posibilidad de tratar el tema de las drogas con familiaridad, con la ayuda de especialistas cuando sea necesario.

- En los centros educativos se puede orientar, coordinar y llevar a cabo alternativas más interesantes que el consumo de drogas.

- Desde los centros educativos se puede reclamar la colaboración de instituciones sociales y sanitarias de la comunidad en la que están integrados.

El sistema educativo tiene como uno de sus objetivos prioritarios la Educación para la Salud, campo desde el que proyectaremos nuestra tarea de prevención.

4. FORMAS DE INTERVENCIÓN EN EL AULA

La prevención del consumo de drogas supone un conjunto de acciones dirigidas a eliminar o disminuir la influencia de aquellos factores que generan la drogodependencia o favorecen su aparición. Dos son las posibilidades más claras a la hora de poner en práctica la prevención educativa de la drogodependencia: prevención específica y prevención inespecífica.

Hay algunos autores, como Calafat y cols.(1995), que basan la diferencia entre estos dos enfoques en diferentes concepciones del proceso adictivo planteando cierta polémica procedente de la consideración de la toxicomanía como causa o como efecto de una problemática individual, familiar o social. Estos autores plantean que si la toxicomanía fuese la causa de los problemas bastaría con adoptar las medidas eficaces para reducir la oferta de drogas, y educar convincentemente a la población para que dejase de consumirlas, cosa que la práctica ha demostrado que no es tan sencilla, aunque esta opción ha llevado a un reciente progreso y perfeccionamiento de las técnicas de información sobre drogas.

Por el contrario, si la toxicomanía es el efecto de otras problemáticas, las opciones preventivas son diversas según el tipo de problemática que se contemple. Si se tratase de un problema de aprendizajes (de asertividad u otros), como se asegura desde ciertas perspectivas, habría que desarrollar las capacidades contrapuestas al consumo de drogas, y por este camino se llega de nuevo a la toxicomanía como problema en sí mismo que requiere un tratamiento específico de las conductas con ella relacionadas. Este enfoque permite desde los programas más concretos de información y modificación de actitudes, valores o conductas, hasta los más amplios que pretenden cambiar los estilos de vida perjudiciales para la salud. Pero si, como hemos visto

anteriormente, la toxicomanía es un síntoma en cuya base profunda se encuentran aproximadamente los mismos factores afectivos y relacionales que originan otras perturbaciones, debe pensarse en una prevención cuyos objetivos no pueden limitarse a una reducción del consumo de drogas o a impulsar hábitos de conducta sana, por deseables que sean éstos.

Estos dos modelos de prevención no se excluyen mutuamente. Por el contrario, es la combinación de ambos la que permitirá una actuación efectiva. Para ello es imprescindible que las acciones preventivas realizadas en el aula no tengan un carácter aislado, sino que obedezcan a programas amplios que incluyan intervenciones de distinta naturaleza sobre las diferentes variables que influyen en el consumo de drogas. El profundizar en un tipo u otro de prevención debe de estar en función de las características del centro en cuanto a factores de riesgo, hábitos de consumo, etc.

4.1. Prevención inespecífica: Educación para la Salud.

Se caracteriza por perseguir objetivos amplios que se dirigen fundamentalmente a la modificación de las condiciones de toda índole que favorecen la aparición de la drogodependencia, por lo que tratan de actuar sobre los factores de riesgo. En este sentido, la intervención escolar se produce a través de la Educación para la Salud mediante la inserción de ésta en el currículum escolar, siendo muy positivo este planteamiento, pues permite contextualizar el tema con todas las ventajas que ello conlleva. El problema puede plantearse si se considera que el papel de la escuela, tan importante en la prevención del consumo de drogas, se reduce o queda justificado con actuaciones que serían en la mayoría de los casos puramente informativas, cuando lo que se necesita es un compromiso de toda la comunidad educativa, padres, profesores y alumnos, y su inclusión en el Proyecto de Centro. Esto permitiría que la

escuela pusiese en marcha todo tipo de actuaciones, escolares y extraescolares, dirigidas tanto al alumnado y profesorado como a padres y a madres.

Como ya se ha comentado, la Consejería de Educación propone la Educación para la Salud como uno de los temas transversales sobre los que un centro educativo ha de trabajar, proporcionando el marco apropiado para incorporar la prevención del abuso de drogas, ya que las conductas de consumo de drogas forman parte de una serie de posibles estilos de vida no saludables.

Educar para la salud supone informar y responsabilizar al individuo para que adquiera los conocimientos, procedimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y formación de la salud individual y colectiva.

La Educación para la Salud pretende educar a los individuos ayudándoles a configurar estilos de vida sanos que sean incompatibles con el uso de drogas. Esto requiere actuaciones y situaciones de aprendizaje continuadas en el tiempo; no consiste en acciones aisladas, sino que ha de abordarse de una manera globalizada e interdisciplinar, siendo una tarea que competa a todo el centro y que estará presente en las decisiones del Proyecto de Centro, el Proyecto Curricular y las Programaciones de Aula.

Educar es prevenir, en la medida en que la escuela funciona adecuadamente como una institución educativa ya está actuando preventivamente.

En nuestro caso, como profesores, podemos actuar sobre el clima general del centro, el proceso de formación de los alumnos, el modo en que se relacionan entre ellos y los conocimientos que tienen sobre las drogas.

4.2. Prevención específica.

Se dirige a los factores que suponemos están estrechamente ligados al consumo de drogas, a los mecanismos presentes en el proceso de la adicción. En esta línea está la intervención a través de programas puestos en práctica, con objetivos concretos de prevención, generalmente por agentes especializados que pueden ser externos a la escuela. Este tipo de prevención es el que impera en Estados Unidos, donde continúa con la línea de perfeccionamiento de los programas específicos, incluyendo la intervención sobre el contexto social en el que se desarrollan, y buscando perfeccionar las técnicas de los programas a través de un proceso de evaluación continuo.

Dentro de la prevención específica vamos a considerar tres posibilidades:

1ª. - En primer lugar consideramos las actividades que por iniciativa del tutor o del orientador se realizan en el centro, principalmente en las horas de acción tutorial, pudiendo ser complementadas por alguna actividad más.

2ª. - La segunda opción consiste en asumir la prevención como una de las Finalidades del Centro y por lo tanto con repercusiones en todas las decisiones que se toman al planificar la acción docente.

3ª. - Una tercera posibilidad de prevención específica estaría constituida por los programas de prevención que se aplican por agentes externos al centro, siendo su característica fundamental el que surgen como algo determinado que viene a intentar solucionar un problema de consumo de drogas que se esté desarrollando en el centro o a combatir determinados factores de riesgo.

Veamos más detalladamente cada una de estas posibilidades.

4.2.1. La acción tutorial y el Departamento de Orientación

Como señalábamos al principio del presente apartado, la actuación idónea sería aquella en la que participan todos los miembros de la comunidad escolar de una forma planificada; pero esto, en general, es difícil ya que la sensibilidad hacia estos temas es diferente en cada profesional de la educación y no siempre es posible llegar a un acuerdo, por lo que a cada docente le queda, como mínimo, su tutoría para ejercer la acción preventiva.

La acción tutorial en el campo de las drogodependencias ha de cimentarse en el diálogo, y éste sólo surge de la confianza. Lo que para unos docentes pueda parecer difícil, que un alumno o alumna se dirija personalmente a su tutor para plantearle algún problema respecto de las drogas u otras cuestiones personales, en otros casos resulta frecuente y, lo que es más importante, natural. Pero esta relación de confianza no se improvisa y es fruto de la forma en que cada docente se plantea su relación con el alumnado.

Hay algunas características que hacen de la tutoría un espacio idóneo para la prevención del uso problemático de drogas:

1. La tutoría es uno de los espacios más adecuados para trabajar los aspectos no académicos de la educación (aunque no el único).
2. El espacio tutorial potencia la cercanía con los alumnos permitiéndonos dialogar con ellos acerca de sus problemas e intereses.
3. El tutor puede y debe facilitar la integración de los alumnos en el grupo y en el conjunto de la vida escolar, fomentando en ellos el desarrollo de actitudes participativas.
4. El tutor es quien, generalmente, conoce mejor al alumnado y tiene más relación con sus familias.

Otra posibilidad con la que cuenta el profesor, que a nivel particular trate de realizar prevención en su centro, es a través de sus programaciones de aula, para lo cual puede:

- Diseñar unidades didácticas específicamente dirigidas a prevenir los problemas con drogas

- Incluir en unidades ya elaboradas contenidos relacionados con la prevención

- Establecer metodologías de trabajo potenciadoras de las capacidades personales necesarias para manejar adecuadamente las situaciones relacionadas con el consumo de drogas.

Existen ya publicadas por diversas entidades programaciones, unidades didácticas, actividades, etc., que pueden ser utilizadas.

Si el tutor decide intentar prevenir el abuso de drogas previamente es conveniente:

1. Valorar las circunstancias y necesidades reales de sus alumnos y del medio en el que se desarrolla la vida de su centro.

2. Detectar los factores de riesgo presentes en el grupo con el que se va a realizar la actuación preventiva. De entre estos, seleccionar aquellos que sea más necesario tratar y que ofrezcan más posibilidades reales de ser modificados.

A nivel de centro, el Departamento de Orientación es el elemento clave desde el momento en que la implantación o inserción de los programas de prevención en el currículum supone, a su vez, la necesidad de la integración de la orientación en el currículum académico.

Bisquerra (1992: 26), ve al orientador como un "agente de cambio" que en colaboración con todo el personal docente, prescindiendo de

protagonismos, procura introducir factores de prevención y desarrollo que lleguen a provocar cambios planificados en el medio educativo.

Como aspectos muy importantes en relación directa con las drogas, según Vega (1.993), conviene señalar una serie de compromisos que el orientador deberá tener en cuenta:

-Conocer con detenimiento la extensión y características del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, especialmente en el contexto de su intervención.

-Tener unos conocimientos específicos sobre las drogas y sobre los modelos y métodos más adecuados para su prevención.

-Participar de la filosofía del programa educativo del propio centro en relación con la Educación para la Salud.

-Informar y asesorar a padres y alumnos, así como estimularlos para que se impliquen en actividades, asociaciones, programas, etc., orientados a dar respuesta a los problemas de las drogas.

-Derivar los casos problemáticos hacia los servicios adecuados, sin perder el contacto con estos individuos y colaborando siempre en la intervención educativa propuesta.

-Participar en las actividades de promoción de la salud dentro de la propia comunidad.

-Coordinarse con las entidades públicas y privadas de la comunidad para una mejor explotación de los recursos preventivos y terapéuticos de la comunidad.

Enunciamos a continuación las funciones del Departamento de Orientación relacionándolas con la prevención.

- Proponer aportaciones o modificaciones a los diferentes capítulos del proyecto educativo que reflejen la decisión del centro de trabajar la prevención del abuso de drogas.

- Elaborar, según las directrices establecidas por la Comisión de Coordinación Pedagógica (C.C.P.) y en colaboración con los tutores, las propuestas de organización de la orientación educativa, psicopedagógica profesional y del plan de acción tutorial, y elevarlas a la C.C.P. para su discusión y posterior inclusión en los proyectos curriculares de etapa.

- Proponer a los tutores la incorporación de la prevención al Plan de Acción Tutorial.

- Dar pautas para la orientación educativa, psicopedagógica y profesional que favorezcan el incremento de la integración, la satisfacción y las expectativas de los alumnos/as.

- Colaborar con los profesores, bajo la dirección del jefe de estudios, en la prevención y detección temprana de problemas de aprendizaje, y en la programación y aplicación de adaptaciones curriculares dirigidas a los alumnos que lo precisen (necesidades educativas especiales y programas de diversificación) .

- Buscar y diseñar instrumentos que permitan detectar los factores de riesgo presentes en su centro, atendiendo especialmente a los de tipo familiar.

- Diseñar o buscar los instrumentos que permitan establecer los hábitos de consumo de drogas de los alumnos.

- Abordar aquellos casos de alumnos con consumos problemáticos de drogas, atendiéndoles o derivándoles a terceros especializados.

- Colaborar con el profesor el tutor y la familia en la intervención con alumnos problemáticos.

Para Sanz (1987: 120), los programas que aspiren a ser clasificados como de prevención primaria se definen operativamente de la siguiente manera:

-Deben estar enfocados al grupo o a un colectivo en vez de a un individuo, aunque alguna de sus actividades puedan involucrar contactos individuales.

-Deben estar enfocados hacia grupos que no experimentan todavía desajustes significativos (aunque puedan, por sus situaciones vitales o experiencias recientes, estar en riesgo de tales problemas).

-Deben ser intencionales, es decir, fundarse en una base sólida de conocimiento, que sugiera que el problema tiene el potencial o bien de mejorar la salud psicológica o de prevenir la inadaptación o desajuste personal.

Son también áreas apropiadas para actividades de prevención primaria, los problemas de aprendizaje escolar y de conducta que originan dificultades de aprendizaje en las escuelas.

4.2.2. Programa específico de prevención integrado en el currículum

Entendemos por un programa de prevención una acción conjunta y planificada de los miembros de la comunidad educativa encaminada a prevenir de forma específica el abuso de drogas.

Para aplicar un programa de prevención en un centro educativo es preciso hacer previamente una detallada planificación de todas y cada una de las fases por las que vamos a pasar durante la aplicación del

programa. Una buena planificación, hecha con realismo y conocimiento de lo que pretendemos nos garantiza parte del éxito por los siguientes motivos:

a) Porque llegan a todo el alumnado, no sólo con los alumnos a los que tenemos acceso, y permite una adecuación a la diversidad de los alumnos.

b) Porque pueden y deben participar todos los miembros de la comunidad educativa (alumnado, padres, profesores, orientadores, etc.), aportando cada uno su visión del problema, y desempeñando cada uno la tarea que le corresponde. También puede resultar interesante la colaboración de un experto en prevención o la participación en algún curso de formación sobre el tema.

c) Permite actuar de manera planificada, lo cual nos permite tratar todo lo que queremos sin dejar lagunas, sin repetir mensajes, sabiendo los problemas que podemos encontrar y como los vamos a solucionar, dejando para la improvisación lo mínimo posible. Con un proyecto actuaremos coherentemente, dando todos un único mensaje y guiados por los mismos objetivos.

d) Garantiza la continuidad, ya que no dependerá de la voluntariedad de algún profesional que al año siguiente no esté o tenga otras ocupaciones o, simplemente, se haya cansado, desencantado, etc.

e) Se trabaja desde la transversalidad, lo que supone una obligación que aún está poco asumida y que garantiza el tratamiento de la prevención en todas las áreas del currículum.

Tal y como hemos ido planteando desde el inicio, una eficaz prevención de drogodependencias pasa por el objetivo fundamental de su integración transversal en el Proyecto de Centro. Es evidente que con

cierta frecuencia esto puede resultar difícil, al encontrarse en minoría los miembros de la comunidad educativa que sienten la necesidad de su abordaje. No obstante, vamos a centrar ahora nuestra atención en el proceso que se debería seguir para ese desarrollo de la Educación sobre Drogas, desde la perspectiva de la integración curricular, confiando en que cada cual, según sus circunstancias, pueda llevar a cabo dicho proceso en su totalidad o en parte.

Vamos a esbozar a continuación una propuesta de integración de la prevención de drogodependencias en el Proyecto de Centro a través de sus diferentes componentes:

1. Finalidades Educativas.

1.1.- Justificación del proyecto y marco teórico

1.2. - Análisis del contexto.

2. Proyecto Curricular de Centro.

2.1.- Plan de Orientación y Acción Tutorial.

2.2.- Plan de Formación del Profesorado del Centro.

2.3.- Proyecto Curricular de Etapa.

3. Reglamento de Organización y Funcionamiento.

1. Las Finalidades Educativas.

Al igual que la elección de las propias Finalidades Educativas, la incorporación a éstas de la Educación sobre Drogas debe partir de un mínimo análisis del contexto en que se desarrolla la actividad del Centro Educativo, siendo importante además por el proceso de reflexión sobre

nuestros propios valores y actitudes al respecto, lo cual redundará sin duda en la efectividad y coherencia de nuestras actuaciones.

Aparte de los diferentes aspectos que debe recoger dicho análisis para todo el conjunto de Finalidades Educativas del Centro, se hará preciso atender a cuestiones específicas relacionadas con las drogodependencias por lo que habrá que comenzar por el siguiente apartado:

1.1. - Justificación del proyecto y marco teórico.

En este apartado debemos explicitar las bases teóricas sobre las que planteamos nuestro modelo de prevención, el modelo que hemos elegido y el porqué hemos decidido aplicar un programa de prevención en ese centro.

También debemos establecer cuales son las señas de identidad que definen el estilo educativo del centro, así como sus intereses y posiciones respecto a las cuestiones de importancia educativa. Con respecto al consumo de drogas, la Comunidad Escolar debe reflexionar y manifestar su postura sobre:

- Cómo entiende el fenómeno del consumo de drogas.
- Cómo entiende la prevención del abuso de drogas.
- Qué actitudes tiene ante el consumo.
- Cómo ha de ser el estilo educativo del centro para prevenir los problemas con drogas.

1.2. - Análisis del contexto.

A la hora de valorar la importancia de introducir en dichas Finalidades aspectos preventivos, y descubrir los factores de riesgo que

pueden fomentar el consumo de drogas en los alumnos y alumnas, para que orienten dicha integración, podríamos contemplar aquellas características del centro, los alumnos, el profesorado, las familias, el entorno que puedan propiciar la aparición de problemas relacionados con el consumo de drogas. Esto nos facilitará saber cuales son los factores de riesgo que hay que combatir y cuales los factores de protección que hay que desarrollar. En definitiva, nos debe aportar información sobre:

- Oferta y consumo de drogas.
- Percepción social del problema.
- Clima educativo del centro.
- Características de las familias.
- Características de los alumnos y los grupos de iguales.
- Características socio-económicas de la comunidad.
- Alternativas de ocio.
- Recursos disponibles.
- Planes de prevención o educación para la salud existentes.
- Asociaciones, entidades o colectivos que estén trabajando sobre este tema.

Finalmente habrá que incluir como Finalidades Educativas del centro algunas relacionadas con la prevención de los problemas con drogas, del estilo de las siguientes:

- Desarrollar en los alumnos y alumnas un estilo de vida sana.
- Crear un ambiente saludable en el centro.

2. Proyecto Curricular de Centro

Supone la concreción del análisis realizado para el Proyecto de Centro, adaptándolo a la etapa concreta en la que vamos a trabajar.

2.1. Plan de Orientación y Acción Tutorial.

El Plan de Orientación es uno de los componentes del Proyecto Curricular de Centro, integrando tres facetas:

- La atención a alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales.
- El Plan de Orientación Profesional.
- El Plan de Acción Tutorial.

De estos tres aspectos, el Plan de Acción Tutorial es un ámbito imprescindible dentro de la prevención de drogas, al recoger el abordaje pedagógico de la relación entre docentes-discentes. Desde esa relación es desde donde mejor podremos detectar los problemas de nuestros alumnos y alumnas con las drogas y los factores previos que puedan inducir al consumo.

Si estudiamos las tareas generales asignadas a la función tutorial por el Plan para la Orientación Educativa de Andalucía y las aplicamos al ámbito de las drogodependencias, podremos recoger muchas posibilidades de actuación que pueden incorporarse al Plan de Acción Tutorial:

- Con los alumnos:
 - Facilitar la integración del alumno/a en el grupo-clase y en la dinámica escolar.
 - Ayudar a la mejora de su autoconcepto y autoestima.

- Promover estilos de vida saludables.

- Orientar hacia un adecuado uso del ocio y el tiempo libre.

- Abordar los problemas y obstáculos que la etapa de la adolescencia produce en los alumnos y alumnas, desde su expresión y reflexión individual y de grupo. Incluir dentro del seguimiento que se realiza a los procesos de aprendizaje de los alumnos / as, la detección de posibles problemas relacionados con las drogas, articulando las respuestas educativas adecuadas y recalando el asesoramiento y apoyo que puedan ser necesarios.

- Con el profesorado:

- Posibilitar líneas de actuación conjuntas entre los tutores ante problemas que puedan darse respecto de las drogas y factores que pudieran producirlos.

- Permitir la reflexión sobre la incidencia que la dinámica del centro y sus diferentes aspectos pudieran tener sobre dichos problemas.

- Con las familias:

- Facilitar el establecimiento de relaciones fluidas.

- Implicar a padres y madres en las actuaciones de prevención de drogodependencias que pudieran llevarse a cabo en el Centro.

- Ofrecerles un asesoramiento y formación (que bien puede hacerse a través de la Escuela de Padres y Madres, si existe) para el desarrollo de una adecuada prevención familiar de las drogodependencias.

- Atender las posibles inquietudes en relación con el consumo de drogas en el centro o con respecto a sus hijos que pudieran plantear,

ofreciendo asesoramiento y orientación o derivando a centros especializados, si el caso lo requiere.

2.2. Plan de Formación del Profesorado del Centro.

La falta de formación en drogodependencias, como en casi todas las materias transversales, es la principal dificultad que, según los diferentes estudios, manifiesta el profesorado a la hora de animarse a abordar su prevención. Como dice Bas (1998), es necesario facilitar al profesorado una formación que le capacite para articular los contenidos académicos con los contenidos presentes en la vida diaria, como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Dada la escasa formación inicial respecto a estos temas y la relativa novedad de la mayoría de ellos, parece innegable la necesidad de una mínima formación y, en especial, del correspondiente asesoramiento que nos ayude a centrar la cuestión adecuadamente en el ámbito educativo.

Desde hace varios años y dentro del Plan de Perfeccionamiento del Profesorado de Andalucía, que lo contempla específicamente como de especial interés, se desarrollan Cursos de Formación en Prevención de Drogodependencias, que vienen a cubrir estas necesidades.

Por otra parte, los Planes de Formación permiten una programación de la misma "a la carta", es decir, de acuerdo con las necesidades que demande el profesorado. Esto posibilita relacionar los contenidos formativos que puedan interesarnos más a la hora de apoyar nuestro programa de prevención.

2.3. El Proyecto Curricular de Etapa

Éste ha de ser el instrumento pedagógico-didáctico que permita al alumnado alcanzar a lo largo de la etapa las Finalidades Educativas del Centro, concretando así cuándo, cómo y qué vamos a enseñar, y qué,

cuándo y cómo vamos a evaluar; por lo tanto implica tomar decisiones en cuanto a:

- Adecuación de los objetivos generales de la etapa.
- Adecuación de los contenidos de las áreas.
- Orientaciones metodológicas.
- Programación de actividades extraescolares.
- Modificaciones propuestas al P.C.
- Temporalización y secuenciación de la intervención.
- Recursos.
- Criterios de evaluación.

3. Reglamento de Organización y Funcionamiento

Dentro de los diferentes apartados que se recogen en este documento del Proyecto de Centro, existe uno con profundas interrelaciones con la prevención de drogodependencias: la convivencia en el Centro Educativo. Al haber integrado en las Finalidades Educativas el objetivo de convertir nuestro Centro en un agente promotor de estilos de vida saludables, deberemos incorporar al proceso consensuado por el que se establezcan las normas de convivencia aquellos aspectos relacionados con los factores de riesgo respecto de las drogodependencias.

Ello conlleva dos puntos de vista complementarios:

a) Contemplar el abordaje de todas aquellas situaciones que desequilibren la dinámica interna del centro y generen tipos de relación predisponentes: marginación, enfrentamientos, falta de diálogo, falta de cooperación o participación en las decisiones y actividades del Centro...

b) Abordar algunas cuestiones específicas, como:

- La aplicación y cumplimiento de la legislación vigente sobre venta y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los centros educativos.

La postura oficial de la Comunidad Educativa sobre los problemas que pudieran darse derivados del consumo de drogas en el Centro y las estrategias para su resolución.

4.2.3. Programas específicos ajenos al currículum escolar.

Consisten en intervenciones puntuales que responden a una demanda más o menos urgente. Se pueden aplicar por iniciativa de cualquier sector de la comunidad educativa. No necesitan obligatoriamente la implicación del profesorado, aunque es deseable.

Tal y como señalan García Rodríguez y López Sánchez (1998), las acciones puntuales se pueden originar por los siguientes supuestos:

- Inquietudes de un colectivo (AMPAs, asociaciones de vecinos, consejos escolares, agrupaciones recreativas, instituciones, etc.) que se plantea la necesidad de “hacer algo” para prevenir el consumo de drogas en su comunidad.
- Justificación de una subvención, que lleva a un profesional o grupo de profesionales a realizar una acción preventiva que justifique el gasto, al margen de la mayor o menor efectividad de la actividad realizada.
- Celebración de actos de recaudación de fondos destinados a la lucha contra las drogas (partidos de fútbol, maratones, festivales, etc.).
- Justificación política en materia de prevención de drogas, con fines netamente electoralistas.

- Actividades con ánimo de lucro por parte de profesionales o grupos de profesionales.

En nuestro caso, se puede considerar que el supuesto primero es el que más se aproxima a la realidad en la que tratamos de intervenir, y esa inquietud a la que se refiere estaría más que justificada por las alarmantes cifras que reflejaba la memoria del CPD de 1997.

En esta modalidad de programas preventivos específicos, se pueden distinguir varios modelos que, no sólo dependen del enfoque del que procedan, sino que se pueden considerar cada uno como un intento de superación del anterior y por lo tanto han sido el resultado de la evolución, en el tiempo, de la prevención. Tres son los mayoritarios:

a) Modelos basados en la información:

Se centran en la propia sustancia y consideran que proveer de cierta información, sobre efectos y características de las drogas, va a suponer cierto grado de protección.

Como ya se ha visto, al repasar la evolución de la prevención, los primeros programas educativos propuestos para la prevención del consumo de la droga, programas de información general enfocados a poblaciones de gran tamaño, han adolecido de un exceso de confianza en que la información que se pudiese proporcionar, sobre las características de las distintas drogas y sus efectos negativos para el organismo, haría tomar a los individuos decisiones fundadas ante este problema. La premisa básica de estos programas, y en cierta medida los desarrollados posteriormente y dirigidos a pequeñas comunidades donde se da información fundamentalmente biológica y farmacológica, era que cuando se conocieran hechos concretos se cambiaría la actitud hacia la droga.

Estos programas en los que la educación se equiparó a la información sobre los riesgos que presentan las drogas, se desarrollaron inicialmente en el EEUU y otros países de la Europa Occidental, estaban sustentados en amplias campañas de prensa, radio y televisión. En España hemos tenido algún intento similar ("la droga mata") pero sin la extensión e intensidad de otros países. Sobre los citados programas de difícil evaluación ha recaído la sospecha de su carácter contrapreventivo al vulnerar todo lo que conocemos sobre comunicación. Se atrajo excesivamente la atención hacia el hecho de la drogodependencia impartiendo una información no creíble.

Es muy difícil evaluar la efectividad de este tipo de programas pues la mayoría carecen de un tratamiento metodológico adecuado.

Rosignoli y Polaino Lorente (1989), señalan en una recopilación sobre resultados empíricos del cambio de actitudes en programas informativos-preventivos que los estudios acerca del impacto de la información sobre las actitudes y su posible cambio indican que son tan probables los cambios negativos como los positivos en relación con la droga.

Los factores más importantes que podrían explicar los variados resultados obtenidos entre los programas analizados en la citada recopilación son:

- Diferencias en el tipo de información.
- Credibilidad de la fuente de información o del presentador del programa.
- Naturaleza de los medios de comunicación empleados.
- Características del alumnado (especialmente su grado de receptividad).

-Diferencias en los procedimientos de medida empleados para evaluar esos cambios de actitud.

-Presencia de actitudes identificadas como "pro" o "anti" droga.

Las investigaciones llevadas a cabo en estos años vienen a demostrarnos que los programas fundados en la información no cambian necesariamente las actitudes y que, cuando lo hacen, la dirección del cambio no es inequívocamente positiva. En algunos casos se han llegado a generar actitudes ambivalentes. En este sentido, Rossignoli y Polaino Lorente (1989), manifiestan:

-Los resultados con respecto al cambio de actitudes no han sido significativos en doce de los veintiséis estudios revisados, lo que significa que en el 46% de los casos no se logró tal cambio. A pesar de este aparente fracaso, el impacto de la información fue manifiesto en el 53.7% de las restantes investigaciones revisadas. Pero es preciso hacer notar que no en todos los programas que lograron cambiar las actitudes el cambio que se obtuvo fue en sentido contrario al consumo de drogas.

-Sólo en nueve de los veintiséis estudios (34.6%) se originaron actitudes antidroga; sólo en tres de ellos (11.5%), el resultado fue negativo, es decir, favorable al consumo de la droga; por último, sólo en dos investigaciones se observaron resultados mixtos, pro y antidroga.

-A partir de los datos anteriores se puede concluir que el efecto de la información respecto del cambio de actitudes hacia la droga no arroja un resultado suficientemente positivo y que el efecto de esos programas sobre el cambio de comportamiento ha sido no significativo, con la excepción de un solo programa.

b) Modelos basados en el cambio de actitudes.

La intervención de los modelos de actitudes no se centran en las drogas en sí, sino en el alumnado, suponiendo que la maduración y el crecimiento individual provocarán un cambio de actitudes suficientes para evitar o reducir el consumo.

Dado que los programas educativos ponen el énfasis en la modificación de las actitudes, parece conveniente en este apartado adentrarnos en este aspecto de singular importancia. Así, brevemente vamos a considerar algunos aspectos relacionados con la actitud, el cambio de actitud y la relación entre actitud y conducta.

Macía (1986), hace un recorrido por el concepto de actitud que proponen varios autores, con las implicaciones que estos conceptos tienen, comenzando por los componentes que se dan en las actitudes:

Estas definiciones sugieren la existencia de tres componentes:

a) El componente cognitivo: se refiere al grado de conocimiento, creencias, opiniones, pensamientos que la persona tiene hacia el objeto de actitud.

b) El componente afectivo: alude a los sentimientos de una persona y su evaluación del objeto de la actitud. Es la emotividad que impregna la idea. Si una persona "se siente bien" o se "se siente mal" cuando piensa sobre una categoría, podremos afirmar que tiene sentimientos positivos o negativos hacia los componentes de esta categoría. El elemento afectivo controla el nivel de agrado o desagrado de la persona con respecto al objeto.

c) El componente de comportamiento: cubre tanto las intenciones de conducta como sus acciones respecto al objeto de actitud.

Otro aspecto interesante a considerar de las actitudes es la relación de éstas con los hechos, relación que *a priori* podría darse por supuesta y sin embargo los estudios demuestran que su dependencia no está tan clara.

Azjen y Fisbein (1977), han señalado dos grandes periodos en el tratamiento de esta cuestión: hasta hace poco, afirman, y desde los últimos cuarenta años, se ha venido acumulando una creciente evidencia acerca de la baja o nula correlación existente entre actitudes y acciones; actualmente el problema se ha complicado extraordinariamente, en el sentido en que el planteamiento considera que la actitud es una más entre un complejo de variables de personalidad, situaciones, etc. , que deben ser tenidas en cuenta a la hora de analizar la cuestión.

También es interesante conocer cómo se pueden cambiar las actitudes. En este sentido, afirma Triandis (1974), que las actitudes pueden cambiarse de muy diversas formas; así por ejemplo, el cambio de actitud puede producirse cambiando primero el componente cognitivo, dando una nueva información; cambiando el componente afectivo, mediante experiencias agradables o desagradables en presencia del objeto de la actitud; o el componente comportamental, mediante cambio de normas o imposición legal de cambio de comportamientos.

Goodstadt (1978), indica que hay dos grandes modelos de programas de educación sobre las drogas: en el primero se supone que, aumentando los conocimientos o modificando las actitudes, se logrará al final cambiar los hábitos de consumo de las drogas (disminuir su abuso). En el segundo se parte de la hipótesis de que inculcando o reforzando determinados valores se modificarán los hábitos.

Pero ambos modelos se mueven en el terreno de las suposiciones pues no está demostrado que el aumento de conocimientos lleve a un

cambio de hábitos, ni tampoco está demostrado que inculcando ciertos valores se cambien los hábitos relacionados con las drogas.

Este tipo de programas educativo-formativos se han considerado útiles para conseguir un cambio de actitud hacia la droga. Sin embargo, el problema radica en la repercusión que pueda tener sobre el comportamiento futuro de los jóvenes.

En principio parece evidente la necesidad de una información objetiva sobre los efectos y circunstancias del consumo de las drogas, indispensable para satisfacer la considerable demanda de datos de este tipo y para evitar la difusión de datos inexactos o incluso falsos; así mismo, junto a esta información, una más completa formación facilitará la toma de decisiones racionales ante el uso de las drogas.

Sin embargo, parece que esto no es suficiente. Esta lógica no es la que encontramos siempre en la conducta.

c) Modelos combinados.

Entre ambos extremos, la información y la modificación de las actitudes, existe una amplia gama de posibilidades donde tienen cabida enfoques combinados, que van desde el conocimiento exacto de las drogas y sus efectos hasta el hecho de evitar su consumo, pasando por la toma de decisiones ante situaciones de oferta de droga que fomentan la adopción de posturas personales ajenas a influencias y presiones exteriores, incluida como tal la educación, en el sentido de que, ante la droga, cada cuál actúe como quiera.

Entendemos que en educación la prevención de la drogadicción es posible, en el marco de la Educación para la Salud, mediante programas educativos cuya meta principal sea la formación de actitudes negativas hacia el consumo de drogas y positivas hacia una vida sana en la

población infantil y juvenil. Se trata en definitiva de que la opción más fácil sea también la más sana, pero hasta que la Educación para la Salud este integrada en la práctica docente diaria como materia transversal, hay problemas urgentes que necesitan de una intervención específica.

De cara a nuestra intervención concreta vamos a enfocar la prevención de la drogadicción a través de la formación, el cambio de actitudes, la preparación para los procesos de toma de decisiones y resistencia a la presión de grupo, por ser la línea que consideramos más conveniente dentro de las intervenciones específicas.

Uno de los aspectos por los cuales se considera que muchos programas educativos no han tenido los resultados esperados ha sido por no tener presente en éstos el ambiente familiar y no controlar su influencia. Por otra parte, el ambiente en la escuela y el contexto próximo del centro no pueden ser ignorados. En nuestro programa, la intervención es tanto a nivel de instituciones, fundamentalmente la familia y la escuela, aunque ampliable a algunos aspectos del contexto social próximo, como a nivel individual, intentando completar el programa educativo tradicional con el aprendizaje de habilidades conductuales y el conocimiento de las posibilidades para emplear el tiempo de ocio.

5. MARCO LEGISLATIVO

La creciente importancia de adquirir y mantener hábitos saludables de vida, y por lo tanto ajenos a las drogodependencias, tiene su reflejo en la legislación que emana de las distintas administraciones. Hacemos a continuación un repaso de la normativa más significativa que, tanto desde el Gobierno Central como desde las Consejerías de Educación y Ciencia y de Salud, incide sobre las cuestiones relacionadas con la Educación para la salud.

Ya la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, recoge en su artículo 6 que las actuaciones de las administraciones públicas estarán orientadas a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población. Por su parte, el artículo 18 de dicha norma establece que las autoridades sanitarias propondrán o participarán con otros Departamentos en la elaboración y ejecución de la legislación sobre el medio escolar. En el ámbito andaluz esta acción compete especialmente a la Junta de Andalucía pues en materia de sanidad, entre las competencias traspasadas a la Autonomía por el Real Decreto 1113/1981, de 24 de abril, figuró la realización de los programas sanitarios tendentes a la protección y promoción de la salud escolar y la educación sanitaria.

Dos normas recientes aprobadas por el Parlamento Andaluz han venido a consolidar la importancia de la educación para la salud en el ámbito escolar. De un lado, el artículo 10.1 de la ley 1/1998, de 20 de abril, de Derechos y la Atención al Menor, que dice: "las Administraciones Públicas de Andalucía fomentarán que los menores reciban una adecuada educación para la salud, promoviendo en ellos hábitos y comportamientos que generen una óptima calidad de vida".

De otro lado, la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (BOJA nº 74 de 4 de julio de 1998) preceptúa, en su artículo 15, que la administración sanitaria pública promoverá el desarrollo de actuaciones relacionadas con la educación para la salud como elemento primordial para contribuir a la mejora de la salud individual y colectiva. No es casualidad, por tanto, que la educación para la salud se haya incorporado a los diseños curriculares que figuran en la Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre Ordenación General del Sistema Educativo (BOE 4/10/90) . Así tenemos que el fin principal del sistema educativo es "el pleno desarrollo de la personalidad del alumno", dentro de esta misma Ley así como en los decretos que desarrollan las distintas etapas educativas no

universitarias (Infantil, Primaria y Secundaria) encontramos los objetivos que hacen referencia explícita a la educación para la salud, como son:

Educación Infantil: Decreto 107/1992, de 9 de junio. (BOJA de 20/6/92)

a) Desarrollar una autonomía progresiva en la realización de actividades habituales, por medio del conocimiento y dominio creciente del propio cuerpo, de la capacidad de asumir iniciativas y de la adquisición de hábitos básicos de cuidado de la salud y el bienestar.

Educación Primaria: Decreto 105/1992, de 9 de junio. (BOJA de 20/6/92)

a) Conocer y apreciar el propio cuerpo y contribuir a su desarrollo, adoptando hábitos de salud y bienestar y valorando las repercusiones de determinadas conductas sobre la salud y la calidad de vida.

Educación Secundaria: Decreto 106/1992, de 9 de junio. (BOJA de 20/6/92)

a) Conocer y comprender aspectos básicos del funcionamiento del propio cuerpo y la incidencia que tienen los diversos actos y decisiones personales, tanto en la salud individual como colectiva.

En el desarrollo reglamentario de la materia que tratamos destaca el Decreto 74/1985, de 3 de abril, por el que se establecieron las acciones sobre salud escolar en los centros docentes no universitarios de Andalucía y que fundamentan los convenios y programas en esa materia, contemplándose la educación para la salud como parte de la salud escolar. Así, tres son las áreas de actuación dentro de la salud escolar: educación para la salud, el examen de salud escolar y el control sanitario del medio ambiente escolar.

La educación para la salud en el ámbito escolar constituye "la acción sanitaria fundamental", y se dirigirá a la adquisición de la

información, actitudes y hábitos que contribuyan a la protección y mejora de la salud, haciendo partícipe a toda la comunidad escolar.

Destinatarios de las acciones en esta materia serán por tanto, la población escolar, las familias de los escolares y el personal docente y no docente.

A la Administración sanitaria le compete la determinación de los criterios técnicos sanitarios de la educación para la salud. Por su parte, a la Administración educativa le corresponde asumir la elaboración de programas y orientaciones didácticas, en los niveles que proceda, que conduzcan a la adquisición de conocimientos, actitudes y hábitos positivos que contribuyan a elevar el nivel sanitario, cultural y social de la población, entendidos éstos como parte de la educación integral del alumno.

Ley 4/1997, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas. (BOJA nº 83 de 19 de julio de 1997).

Dentro de toda la normativa sobre educación para la salud ésta es sin duda la más específica de drogas, y también la que podría marcar un punto y aparte en la trayectoria de la prevención.

Artículo 8.

La educación para la salud, especialmente en sus aspectos relacionados con la prevención del consumo de drogas, formará parte de los contenidos de la enseñanza de los centros docentes no universitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Todos los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Andalucía establecerán en sus planes anuales el conjunto de actuaciones, tanto de desarrollo curricular como actividades extraescolares y complementarias, con el fin de concienciar a los alumnos y alumnas

acerca de la importancia de tener hábitos saludables, y de las consecuencias que conlleva para las personas y la sociedad el consumo de las sustancias a que se refiere la presente ley. A tal fin se dotará al sistema educativo de equipos de orientación y de personal especializado, que garanticen la formación del profesorado para la aplicación y desarrollo de los programas de educación sobre drogas que se mencionan. En dichas actuaciones se deberá tener en cuenta la participación del Consejo Escolar y de las asociaciones de padres y madres de alumnos.

Igualmente, se fomentará una formación adecuada sobre los distintos aspectos de las drogodependencias en los estudios universitarios de las áreas educativa, sanitaria y social.

Como se puede observar, todas estas disposiciones legislativas confirman la preocupación de las administraciones públicas por un tema tan importante como la salud pública. Sin embargo, a menudo, algunas de estas leyes quedan en el papel, sin tener la menor repercusión en la vida pública por falta de disposiciones que las desarrollen o de una adecuada financiación que pase a la práctica lo que ya está en la teoría.

Segunda parte:

PROGRAMA

CAPITULO IV:

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

CAPITULO IV:

FUNDAMENTOS TEORICOS

1. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS.....	151
1.1. Factores individuales.....	152
1.2. Factores grupales	157
1.3. Factores educativos.....	160
1.4. Factores familiares	161
1.5. Factores socioculturales	163
1.6. Factores ambientales.....	167
2. PREVENCIÓN DESDE EL ÁMBITO FAMILIAR.....	167
2.1. El trabajo con las familias desde los programas de prevención	172
2.2. Posibilidades desde los Centros Educativos de cara a la prevención familiar	176
2.3. Posibilidades desde las familias de cara a la prevención escolar.....	177
3. HABILIDADES SOCIALES	179
3.1. Las habilidades sociales en los Centros Educativos	180
4. LA PUBLICIDAD	186
4.1. Justificación.....	186
4.2. Estrategias publicitarias.	187
4.3. La publicidad desde el ámbito familiar.	291
4.4. La publicidad en los diseños curriculares.	292
5. OCIO Y TIEMPO LIBRE.....	196
5.1.-Tiempo libre y televisión:	198
5.2. El tiempo libre de drogas	199
6. LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	200
6.1. La intervención por programas.....	200
6.2. El concepto de prevención.....	204
6.3. Programas de prevención	208

En este capítulo presentamos los factores de riesgo, aspectos a los que hay que prestar especial atención ya que nos orientan sobre aquellos otros hacia donde se debe enfocar la actividad preventiva. Posteriormente presentamos el marco teórico en el que se basan cada una de las actividades preventivas que componen el programa, además de la relación que cada uno de estos temas tiene con la prevención y con los centros educativos, por lo que justificamos cada una de las sesiones.

1. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS

Como ya se ha comentado, el consumo de drogas, legales e ilegales, es un tema en torno al cual existe una gran preocupación social. Puede deberse, principalmente, a:

- a) El aumento del número de personas que consumen drogas.
- b) El consumo de drogas por los sectores más jóvenes de la población.
- c) La utilización de la droga en todas las clases sociales.

No existe un proceso de "escalada sistemático" hacia la toxicomanía después de la toma de una droga; podríamos hablar de una experiencia y nada más. En todo caso, y como educadores, debemos estar atentos al consumo que un alumno pudiera realizar, entender su significación, y a partir de ahí, dar una respuesta.

Así pues, la causa de la toxicomanía no es la droga por sí sola: debemos buscar los factores determinantes en las características personales del consumidor y en las circunstancias o contexto social que lo rodean.

El comportamiento humano es algo complejo en lo que influyen factores de distinto tipo, algunos de los cuales pueden favorecer la drogodependencia. Prevenir implica actuar sobre los que pueden favorecer el desarrollo de este tipo de conductas.

Como se ha dicho, los factores son variados y es preciso conocerlos para poder evitarlos. Para su presentación los vamos a agrupar como sigue:

1.1. Factores individuales

Son determinadas características personales que pueden favorecer el riesgo de tener problemas con las drogas; dentro de ellos tenemos:

- Factores evolutivos:

Referidos a que hay ciertas etapas en la vida de las personas en las que somos especialmente vulnerables para aceptar una oferta de drogas. Sin duda la más crítica es la adolescencia, etapa en la cual además de un progresivo alejamiento del control paterno y una mayor autonomía personal se da también una mayor susceptibilidad a la influencia del grupo de amigos, coincidiendo con cierto grado de curiosidad, ganas de parecer mayor, rebeldía ante las normas existentes, etc., en definitiva una etapa evolutiva crítica donde habrá que extremar las precauciones para que el alumno no caiga en el abuso de drogas.

Veamos con más detenimiento algunos de los rasgos de la adolescencia y los riesgos que pueden entrañar en relación con las drogas:

- Inseguridad: cuando bebe unas copas se encuentra con más confianza en mí mismo para "ligar", bailar, hablar...

- Atracción por las situaciones de riesgo: tomar drogas puede vivirse como una actividad arriesgada.

- Necesidad de ser y significarse: necesidad de que los adultos reparen en ellos. Si no lo consiguen de forma positiva lo hará desde la indisciplina o el consumo de determinadas sustancias.

- Necesidad de autoafirmarse: en este sentido el consumo drogas se utiliza para oponerse a los adultos (drogas ilegales) o para ser como ellos (alcohol y tabaco).

- Búsqueda de identidad en el grupo de iguales: si todos los amigos beben, él o ella lo harán también por no sentirse distintos.

Hay, además de las evolutivas, otras características en cada persona que se consideran favorables para el inicio al abuso de drogas.

● Baja autoestima:

Presenta las siguientes manifestaciones en el alumnado:

Dificultades para manifestarse en clase: salir a la pizarra, intervenir en debates, preguntar dudas, etc.

- Falta de confianza en las posibilidades y capacidades propias.

- Rechazo por parte de los compañeros y compañeras.

- Excesiva sensibilidad a la crítica.

- Poca colaboración en los trabajos en grupo por miedo a la censura de los compañeros.

- Desconfianza ante los elogios.

- Excesiva influenciabilidad.

- Rendimiento escolar por debajo de sus posibilidades.

- Poca tolerancia a la frustración:

Manifestaciones en el alumnado:

- No saber asumir los fracasos: una mala nota, una calificación no esperada, no ser escogido para algo que deseaban...
- Tener dificultades para trabajar en grupo por ser incapaces de postergar sus deseos en aras de los intereses del grupo.
- Dificultades para respetar las normas.
- Dificultades para establecer metas a medio y largo plazo.
- Reacciones agresivas ante situaciones vividas como un reto.
- Mostrarse reacios a respetar los acuerdos y decisiones tomadas por consenso en el grupo y que no coinciden con sus deseos.

- Falta de autonomía:

Manifestaciones en el alumnado:

- Preferencia sistemática por trabajar en grupo.
- Obtención de logros significativamente superiores en los trabajos de grupo en comparación a los individuales.
- Necesidad de que el profesor guíe totalmente su trabajo.
- Incapacidad para organizarse por sí mismos.
- Poca disposición a la acción o poca iniciativa.

- Falta de responsabilidad:

Manifestaciones en el alumnado:

- Frecuentes retrasos o faltas a clase.
- Incumplimiento de las tareas diarias.
- Necesidad de que les recuerden constantemente sus obligaciones.
- Dificultades para hacerse cargo de sus actos: la culpa, dirán, la tienen los otros, el profesor, los padres, etc.

● Dificultad para manejar la ansiedad:

Manifestaciones en el alumnado:

- Abandono frecuente de las tareas antes de finalizarlas.
- Respuestas impulsivas, agresivas o anárquicas.
- Extremada rigidez o tozudez.
- Inhibición exagerada.

● Escaso sentido crítico:

Manifestaciones en el alumnado:

- Incapacidad para cuestionar lo que dice el profesor.
- Falta de creatividad o poca imaginación.
- Inhibición en situaciones de debate.
- No aportar nunca modificaciones propias a las tareas propuestas por el profesor.
- No cuestionar nunca a los compañeros en los trabajos en grupo.

● Determinados sistemas de valores y actitudes:

Manifestaciones en el alumnado:

- Dificultades para proponerse objetivos a medio o largo plazo.
- Abandono frecuente de las tareas que requieren un esfuerzo.
- Ostentación de llevar marcas, tener cosas, etc.
- Desprecio manifiesto por las actividades extraescolares de tipo social, cultural, artístico,...

● Dificultad para resolver los conflictos:

Manifestaciones en el alumnado:

- Tendencia a evadir o ignorar los problemas.
- Dificultades para encontrar soluciones a situaciones problemáticas.
- Dificultades para elaborar planes que les permitan alcanzar sus objetivos.
- Confianza en soluciones mágicas a los problemas.
- Intentos de que el educador u otros resuelvan los problemas que les atañen a ellos.
- Delegación de su responsabilidad en situaciones conflictivas.
- Respuestas impulsivas ante los problemas.

● Dificultad para tomar decisiones:

Manifestaciones en el alumnado:

- Delegación en otros o en el profesor de decisiones que ellos deben tomar.
- Indiferencia ante las distintas opciones que se les presentan para elegir sobre temas que les afectan.
- Excesiva dependencia del grupo, que redundará en una menor resistencia a la presión ejercida por él.

1.2. Factores grupales

El consumo de drogas entre los adolescentes es casi siempre grupal: se bebe en grupo, los "porros" se fuman compartidos, pasándolos de mano en mano, las "pastillas" se comparten en una peculiar comunión "festiva", etc. El inicio en el consumo tiene lugar la mayoría de las veces por el ofrecimiento de un amigo delante de otros amigos. Por ello, atender a cómo se relacionan los alumnos con el grupo es fundamental desde el punto de vista de la prevención, ya que nos permitirá tomar las medidas necesarias para reforzar aquellas capacidades en que sean deficitarios y prepararles así para saber responder cuando se encuentren en situaciones de oferta.

Algunos de estos factores son los derivados de la excesiva dependencia del grupo, que se caracteriza por la búsqueda en el grupo de las soluciones o respuestas a aquellos conflictos o necesidades que no son atendidas en la familia o en la escuela.

Esta dependencia en exceso puede dar lugar a:

Consumir drogas, ya que en muchos casos, el consumo obedece más a la necesidad de no ser rechazado por el grupo que al deseo de hacerlo.

Tener menor resistencia a la presión ejercida por el grupo en situaciones de consumo de drogas.

Esta dependencia es propia de alumnos que:

a) No se atreven a contradecir la opinión mayoritaria.

b) Tienen una actitud pasiva, dócil y débil, resignados a las reglas y las condiciones dominantes en el grupo.

Los principales factores de riesgo en este sentido son:

- Determinadas posiciones en el grupo:

La relación que tiene con el consumo de drogas es la siguiente:

El papel de líder en grupos con estilos de vida asociados al consumo de drogas exige llevar al límite las conductas que dan identidad al grupo; o, por el contrario a quienes en el grupo desempeñan un papel "secundario" les es más difícil negarse a "hacer lo que hacen todos".

Es propia de alumnos que:

- Quieren ser siempre líderes.

- Se muestran inflexibles, haciendo las cosas a su manera y pasando por encima de las opiniones de los demás.

- Les gusta hacerse notar por su actitud provocativa, desafiante o perturbadora buscando la admiración de sus compañeros; o, por el contrario: pasan desapercibidos y se inhiben de participar en todo aquello que pudiera hacerles salir de su "anonimato".

- Señas de identidad favorecedoras del consumo:

Cuando el grupo se define por referencia a conductas o estilos de vida favorecedores de o ligados al consumo de drogas.

La relación que tiene con las drogas es la siguiente:

Existen estilos de vida, caracterizados por un excesivo gusto por el riesgo o las emociones fuertes, la absoluta despreocupación por el futuro o el consumo de determinadas drogas, que pueden favorecer los problemas con drogas.

Esto se manifiesta en una preferencia exclusiva por ocupar su ocio en actividades ligadas a la embriaguez y la diversión superficial e inmediata ("salir de marcha", "ir de fiesta", etc.) y en un interés exagerado por los temas relacionados con las drogas.

● Debilidad frente a la presión de grupo:

Dificultad para desmarcarse del grupo en aquellas situaciones en que uno desearía hacerlo.

Es propia del alumno que:

- Busca diluirse en el grupo, renunciando a su individualidad para ser aceptados.

- Se someten a las decisiones de sus compañeros, renunciando a todo protagonismo.

- Le es difícil mantener sus opiniones en debates en el grupo de clase.

- No suele ser elegido por sus compañeros para los trabajos en grupo porque pasa desapercibido.

- Muestran falta de iniciativa en los trabajos en grupo.

1.3. Factores educativos

La escuela juega un papel fundamental en la vida de los escolares. En ella pasan gran parte de su tiempo; se capacitan para ser adultos tanto en el ámbito de los conocimientos como en el de las actitudes y los valores, en una palabra: se socializan. El modo en que esta socialización tenga lugar influirá en las capacidades que desarrollen para convertirse en personas adultas, autónomas y responsables.

Situaciones de mala adaptación escolar, escasa integración, insatisfacción, ausencia de motivación y falta de expectativas, el bajo rendimiento, etc., serán fuentes de problemas, porque hacen que los alumnos necesiten buscar fuera de la escuela (normalmente en el seno de su grupo de iguales) las satisfacciones, motivaciones, el reconocimiento, que no encuentran en el medio escolar e influyen negativamente en la construcción de la personalidad (pueden entorpecer el desarrollo de la autoestima, generar ansiedad, etc.)

Se trata, pues, de educar a los alumnos para que:

- a) Sean asertivos, en el doble sentido de saber defender sus derechos y sus peculiaridades y de respetar los de las demás.
- b) Sepan tomar decisiones por consenso.
- c) Sepan tomar decisiones de modo autónomo y responsable, sin ceder a la influencia de los amigos o de las modas.

El centro educativo ha de responder a las demandas del alumnado y ofrecerle recursos para afrontar los problemas que la sociedad actual les plantea. La rigidez de las estructuras escolares y el contexto de competitividad hacen que el joven viva un fracaso escolar como una experiencia de fracaso social, que genera un proceso de ruptura y distanciamiento con el mundo de los adultos y búsqueda de satisfacciones

más fáciles y enfrentadas a esta realidad en la que considera que ha fracasado.

1.4. Factores familiares

Como se ha comentado en el apartado dedicado a prevención familiar, existen determinados modos de relacionarse con los hijos que pueden favorecer el desarrollo de conducta problemáticas de uso de drogas. A continuación describimos estos modos y especificamos cómo influyen en el individuo y en su relación con el grupo. Modificarlos es responsabilidad de los padres y madres, pero como educadores debemos tenerlos en cuenta a la hora de tratar con los alumnos, así como, si nos fuera posible, ponerlos en conocimiento de sus padres (desde la tutoría, por ejemplo). Estos factores de los que hablamos son:

- **Sobreprotección:**

Exceso de protección que no obedece a motivos reales, sino que es causado por la propia angustia de los padres; esto produce en el alumno poca autonomía, irresponsabilidad, escaso sentido crítico y dificultad para tomar decisiones por sí mismo. En cuanto a la influencia en la relación del alumno con su grupo la sobreprotección produce dificultad para establecer relaciones grupales o, en caso de establecerlas, hacerlo de forma dependiente.

- **Falta de comunicación:**

Dificultad para escuchar o responder adecuadamente al hijo lo que le favorece la introversión, inseguridad y ansiedad; en cuanto a su relación con el grupo, la falta de comunicación familiar puede provocar:

- Dependencia exagerada del grupo ya que es en éste donde intentará cubrir las necesidades de comunicación no satisfechas en la familia.

- Problemas de integración en el grupo por la dificultad para comunicarse adecuadamente

- Excesiva subordinación al grupo.

- Dificultad para fijar límites:

Excesiva permisividad o rigidez, motivada por la incapacidad para dar al hijo la autonomía que por su edad requiere; esto provoca:

- Dificultad para interiorizar normas de manera adecuada.

- Rigidez en el cumplimiento de las normas o tendencia a transgredirlas.

- Necesidad imperiosa de que el adulto lo normativice todo.

En cuanto a su relación con los demás, en los alumnos procedentes de ambientes autoritarios, puede darse una tendencia a ocupar el lugar de líder en los grupos, reproduciendo el modelo familiar, o, por el contrario, una tendencia a la inhibición.

- Situación familiar conflictiva:

Relación conflictiva entre los padres. Esto provoca cambios bruscos de comportamiento, incremento de la ansiedad, búsqueda de amparo en el grupo, con el consiguiente incremento de la dependencia de éste y dificultades para establecer relaciones grupales y con el propio profesor.

- Consumo excesivo de drogas por parte de los padres:

Uso abusivo de drogas, tanto legales (alcohol, tabaco y tranquilizantes) como ilegales por parte de los padres, los cuales son un modelo de imitación además de facilitarle la incorporación a grupos de consumidores.

- **Sobreexigencia:**

Exceso de expectativas de los padres respecto del hijo, lo que les puede producir falta de motivación y dificultad para aceptar los fracasos aunque sean pequeños y/o parciales. En relación con el grupo, la sobreexigencia puede producir dificultad para establecer relaciones en condiciones de igualdad con los compañeros de grupo ya que estos serán vividos como rivales.

1.5. Factores socioculturales

Está claro que algunas de las características de nuestra sociedad favorecen el consumo de drogas. Todos estamos expuestos a la influencia de estos determinantes, pero unas personas son más sensibles que otras a su influencia, dependiendo de su sentido crítico, su capacidad de análisis, su autonomía, etc. Nos interesa, pues, conocer cuáles son los rasgos de nuestra cultura que favorecen el consumo de drogas para intentar neutralizarlos:

- Concepción actual del ocio.
- Publicidad.
- Sistema de valores dominantes.

- **Concepción actual del ocio:**

Aunque hemos dedicado un apartado específico al ocio y tiempo libre, resumimos aquí algunas de las ideas más relevantes en relación al ocio como factor de riesgo.

El ocio es concebido en la actualidad como “desconexión”, como un tiempo vacío, pobre en actividades enriquecedoras.

En algunos entornos existe una falta real de alternativas a ocio de carácter consumista y ligado al consumo de alcohol. Y en ocasiones, cuando las alternativas existen, encontramos en los más jóvenes (pero no sólo en éstos) un desconocimiento de éstas y/o una escasa disposición a utilizarlas.

La relación que tiene con las drogas es la siguiente:

La concepción actual del ocio como un espacio vacío, paréntesis en la secuencia temporal llena por las “obligaciones”, es coherente con las nuevas pautas de consumo de drogas, en las cuales éste se incrementa en los fines de semana y las épocas vacacionales, e incluso hay muchas personas que sólo consumen aunque de un modo compulsivo, en estos periodos.

La ocupación del tiempo libre en actividades que giran en torno al consumo de alcohol (aperitivos, tertulias, locales nocturnos, discotecas...) es habitual entre los adultos. Los adolescentes imitándolos, no hacen sino entrenarse para ser mayores.

● Publicidad:

Al igual que sucede con el ocio, también a la publicidad dedicamos un apartado específico por lo que aquí recordamos algunas ideas sobre la publicidad como factor de riesgo.

La publicidad de las drogas legales, entre las cuales está la creciente publicidad de los medicamentos que fomenta el uso abusivo y la automedicación, y asocia su consumo con valores apreciados por los jóvenes: el alcohol se asocia con diversión, juventud, seducción, éxito, deporte; el tabaco con aventura, riesgo, poder, prestigio, deporte...

La Publicidad de algunos productos como alimentos o golosinas dirigida a los niños y jóvenes los presenta en muchas ocasiones como productos con efectos "mágicos" sobre la fatiga, la relación con los otros, la solución de problemas...

La relación que tiene con las drogas es la siguiente:

La publicidad de alcohol y tabaco, como toda publicidad, incita al consumo de estos productos y está dirigida en muchos casos al público juvenil.

La publicidad de productos de consumo infantil y juvenil se sirve a menudo de presentarlos como remedios mágicos para divertirse, reanimarse, hacer amigos... Esto les acostumbra a creer en la posibilidad de resolver este tipo de situaciones de forma instantánea, sin esfuerzo personal. El uso de determinadas drogas entre los adolescentes cumple precisamente funciones de este tipo.

● Sistema de valores dominante:

Algunos de los valores dominantes en la actualidad son coherentes con el uso de drogas: el presentismo, el predominio de lo estético frente a lo ético, el hedonismo excesivo y el consumismo.

La relación que tiene con las drogas es la siguiente:

Presentismo: las drogas producen gratificaciones inmediatas, mientras que las consecuencias negativas de su uso tienen lugar habitualmente más en el medio o largo plazo que en el corto.

Predominio de lo estético: las nuevas pautas de consumo de drogas se caracterizan, precisamente, por estar vaciadas de todo contenido ideológico y por valorar exclusivamente la apariencia externa.

Hedonismo: las drogas proporcionan un placer inmediato a cambio de poco esfuerzo.

Consumismo: en una sociedad en que todo se soluciona mediante "actos de consumo" (comprar para combatir la depresión, reunirnos para beber, tomar medicamentos ante el más mínimo malestar, etc.) el consumo de drogas es una manifestación más de esta sobrevaloración del consumo.

Los condicionantes socioculturales afectarán a todos nuestros alumnos, del mismo modo que nos afectan a nosotros. Sin embargo es de esperar que algunos de ellos sean más sensibles a la influencia del sistema de valores dominante, la publicidad, etc. (debido a su menor sentido crítico) y que, por tanto, deberemos incrementar nuestra actuación preventiva sobre ellos.

Para actuar frente a ellos deberemos:

- Promover actitudes diferentes frente a utilización del tiempo libre.
- Desvelar los mecanismos de persuasión de la publicidad.
- Promover valores alternativos.

1.6. Factores ambientales

De carácter más global son la disponibilidad y accesibilidad a diferentes drogas, que en nuestro país se pueden concretar en el fácil acceso al tabaco y alcohol por parte de toda la población.

En definitiva, son los citados y algunos más los factores que favorecen o condicionan el consumo de drogas, y sobre los que hay que proteger al alumnado dotándoles de una personalidad equilibrada en todos los sentidos. Esto implica, en nuestro programa, que se trabajen las habilidades sociales para resistir la presión de grupo y defender las opiniones propias, informar lo suficiente para aclarar sus ideas sin despertar la curiosidad, trabajar la autoestima, las relaciones con los demás, las alternativas de tiempo libre y, en definitiva, todo lo que compone el programa, que se presentará más adelante, y que pretende proteger al individuo de estos factores.

2. PREVENCIÓN DESDE EL ÁMBITO FAMILIAR

La influencia de los padres en cada individuo es determinante tanto en la construcción de la identidad personal como en el desarrollo de pautas de relación con los otros. Hasta cierta edad los padres constituyen el principal modelo de conducta para los hijos, y la forma de relacionarse con estos puede favorecer el desarrollo de conductas problemáticas de uso de drogas.

La familia es un espacio de crecimiento y aprendizaje para todos sus miembros porque:

- Es la forma más elemental de la sociedad y desempeña un papel fundamental en la transmisión de información, experiencias, valores y

reglas de conducta de generación en generación, proporcionando a los hijos perspectivas positivas de vida.

- Debe proporcionar a los hijos un ambiente de amor y aprobación, dándoles la estabilidad emocional necesaria para afrontar su proyecto de vida.

- En el entorno familiar, los padres deben suministrar normas de convivencia, ya que son un modelo de aprendizaje que facilita la socialización de los hijos, la convivencia solidaria, la responsabilidad y la autonomía.

- Puede permitir el establecimiento de una comunicación íntima entre sus miembros, favoreciendo el intercambio de sentimientos, emociones y experiencias como elemento fundamental para mantener una relación de bienestar, afrontar los problemas que surgen y orientar a sus miembros para resolverlos.

- La unidad familiar puede facilitar la participación de sus miembros en la comunidad y los ayuda a adaptarse a los cambios que se producen en ésta.

- El entorno familiar puede convertirse en un refugio para el descanso, para compartir experiencias y momentos de diversión.

Todo ello hace que el ámbito familiar pueda ser un espacio privilegiado para la prevención del consumo de drogas.

Sin embargo, para que la intervención como padres sea más eficaz, es necesario que tengan información suficiente acerca de las drogas y de las formas en que pueden intervenir para evitar o retrasar su consumo.

Éste es precisamente el objetivo del programa que se aplica a los padres, en el cual se comentan las diferentes drogas, sus efectos y las

complicaciones de su consumo, y aborda con detalle como los padres, a través de la influencia educativa que ejercen en el ámbito familiar, pueden contribuir a reducir la influencia de los factores de riesgo de consumo de drogas y, en consecuencia, a hacer menos probable el consumo de estas sustancias o a reducir las consecuencias negativas de éste.

Varios son los estudios que avalan la influencia de la familia en las conductas de riesgo relacionadas con la drogadicción. En este sentido Recio Agrados y otros (1991: 15) citan en su libro varios estudios que evidencian la estrecha relación entre algunas variables de índole familiar y problemas relacionados con las drogas.

Según Thompson, E.A. y otros (1982), los problemas que ponen en peligro los lazos familiares producen un estrés de alta intensidad relacionado con el consumo de drogas. Para Kandel (1978), entre los predictores del abuso de drogas por los adolescentes están el grado de intimidad de las relaciones con sus padres, el volumen de dicha interacción y la reacción al control parental.

Más aún, las variables de lazos familiares son las mejores predictoras del paso del consumo de alcohol y marihuana al consumo múltiple de drogas ilegales.

Para este autor, son fuertes predictores del uso del alcohol, de la marihuana y de las demás drogas ilegales la percepción del consumo excesivo de la droga manifestado por los propios padres y la actitud de los mismos percibida como tolerante hacia el uso de la droga.

Kandel (1980), piensa que la calidad de las relaciones padres-hijos es importante tan sólo en el último estadio del uso de drogas, apareciendo la cercanía y el afecto como más importantes que el control. Por otra parte, el que los adolescentes perciban no sentirse cercanos a sus

padres predice fuertemente la iniciación a las drogas ilegales distintas de la marihuana.

La iniciación de los adolescentes en el consumo de la marihuana se predice por la falta de intimidad y la pasividad de las madres frente a sus hijos y por las bajas aspiraciones educativas de los padres respecto de los mismos.

Asimismo, la iniciación en las drogas ilegales distintas de la marihuana, en cambio, viene fuertemente predicha por la percepción por parte de los adolescentes de intimidad en la relación con sus padres. También una serie de conductas desviadas de los padres (divorcio, arrestos, bebida, drogas) precedían la drogadicción”.

En estudios de Alonso Sanz (1995), realizados en torno al consumo de drogas institucionalizadas entre los escolares españoles indican sin lugar a dudas que la permisividad social que facilita dicho consumo entre los más jóvenes, tiene su reflejo más preocupante en el ámbito familiar. Esteban y cols. (1990), en un estudio realizado en la provincia de Guadalajara, concluyen que la persona que inició a los familiares en el consumo de tabaco fue un familiar (primos, hermanos, etc.) en el 30,4%, su padre en el 12,4% y su madre en el 1,7% de los alumnos que habían fumado. Del mismo modo, en este estudio indica que el 37,6% de los escolares que han bebido alcohol, lo hizo por primera vez en fiestas familiares (cumpleaños, bodas, etc.). Además, entre aquellos que consumen alcohol, un 43,1% lo hacen con sus padres y el 40,2 lo hace con otros familiares (primos, hermanos, etc.).

Otros estudios llegan a conclusiones similares en cuanto a la importancia del ambiente familiar. En este sentido Comas (1990), concluye que el hecho de que se fume en una familia implica un mayor uso de drogas para el escolar: en primer lugar de tabaco, en segundo de cannabis y en tercero de psicotropos, alcohol y café. En cuanto al

consumo de bebidas alcohólicas, este mismo autor señala que “ el día que más bebieron los escolares”, incluso con experiencia en ebriedad, se produjo durante las Navidades en el 30,8% de los casos y en celebraciones familiares en el 13,7%, demostrándose así el carácter familiar e integrador de tales consumos, de forma que el adolescente cumple con una prescripción en vez de transgredir una norma. Todo ello corrobora la idea de que, en muchos casos, el ámbito familiar es el lugar donde se introduce a los escolares en el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, generalmente en el marco de fiestas u otros momentos de celebración.

En estas condiciones, lograr la colaboración de los padres y familiares en cualquier programa de prevención es un objetivo de crucial importancia. De lo contrario, corremos el riesgo de someter a los alumnos a mensajes contradictorios, con el consiguiente debilitamiento de la eficacia de nuestra intervención.

En cualquier caso, la implicación de los padres puede alcanzar distintos grados, según el interés y las posibilidades mostradas por estos, que van desde algunos casos en los que será posible contar con su ayuda para actividades extraescolares o la animación sociocultural en el área de influencia del centro educativo hasta aquellos en los que no hay ningún tipo de implicación por parte de los padres, lo cual no nos debe hacer renunciar en nuestro propósito de informarlos. En otros casos, sólo se podrá obtener de ellos el compromiso de mantener en el hogar una postura coherente con el mensaje transmitido por el profesorado.

Esta última forma de colaboración es irrenunciable y debe traducirse en un posicionamiento paterno de clara oposición, también, al consumo de drogas legales. Naturalmente esta oposición al consumo no debe traducirse en castigos o prohibiciones vividas por el adolescente como arbitrarios, puesto que tales prácticas pueden desencadenar

fácilmente en él un sentimiento negativo producido por la restricción de su libertad que dará lugar a la realización de conductas orientadas a la recuperación de la libertad perdida. De este modo, el adolescente, al que se prohíbe consumir drogas o se le castiga por ello, puede recurrir a tal consumo para recobrar la parcela de libertad que ve amenazada.

Este mecanismo parece particularmente probable en los adolescentes, por encontrarse en un periodo de afianzamiento de su identidad, proceso que, a menudo, implica la oposición a la norma establecida.

En cualquier caso, es imprescindible que se intente establecer una corriente fluida de comunicación entre padres y profesores con el objeto de no someter a los alumnos a mensajes contradictorios.

2.1. El trabajo con las familias desde los programas de prevención.

La prevención de los problemas derivados del consumo de drogas mediante la acción de los padres resulta, pese a su innegable trascendencia, muy poco explorada desde el punto de vista científico. Mientras los artículos publicados en revistas científicas sobre la prevención del abuso de drogas en las escuelas son cada día más abundantes, la prevención a través de los padres es muy limitada; existen, eso sí, materiales preventivos (folletos, libros, vídeos, etc.), destinados a los padres, pero parece ser que las experiencias realizadas con los padres no se evalúan, en muchos casos suponemos que porque se limitan a la distribución del material.

Esto es de esperar, ya que el trabajo continuado con las familias presenta grandes y graves dificultades que impiden el desarrollo de una investigación de cierta envergadura. Por citar algunas, es difícil, por no

decir imposible, contar con la voluntariedad de todos los padres y madres de un colectivo grande de alumnado, y más aún cuando su presencia va a ser necesaria en varias ocasiones. Otra dificultad estaría en la heterogeneidad de sensibilidad, ideas, opiniones e información sobre aspectos a tratar, etc.

En España, Ferrer y otros (1993), hicieron una revisión a nivel internacional y encontraron una veintena de artículos válidos, la mayoría de ellos de Estados Unidos de los cuales extrajeron entre otras las conclusiones que a continuación se resumen:

1. -Existe un acuerdo general sobre que la familia es un factor etiológico primordial en la relación del individuo con las drogas, y por lo tanto se deben realizar actuaciones tendentes a eliminar los factores negativos existentes, los cuales son de tres tipos: a) la dinámica familiar; b) el modelado del consumo y c) la conformación de las actitudes.

2. -La familia es un ámbito privilegiado para la educación preventiva. Particularmente importante es la comunicación entre padres e hijos.

3. -La familia puede ejercer un relativo control sobre el resto de instancias socializadoras.

4. -Dentro de los fundamentos teóricos e ideológicos se citan como marcos teóricos de la intervención la Educación para la Salud, la Educación Cívica y la Educación para la Paternidad. Un componente esencial para esa paternidad sería un conocimiento profundo de la psicología evolutiva del niño y del adolescente. Los dos enfoques fundamentales para la educación de los padres se centran en las técnicas de modificación del comportamiento y la comunicación.

5. -Existe cierto consenso, aunque no total, en que las intervenciones deben centrarse en las drogas que suponen un riesgo más real para los hijos: alcohol y tabaco.

6. -En cuanto al método para formar a los padres, existen varios (cursos, talleres, grupos de trabajo, etc.), generalmente organizados por profesionales. También existe tal variedad de material impreso y audiovisual que en algunos casos puede llegar a confundir a sus destinatarios.

7. - En cuanto a las dificultades para la prevención del abuso de drogas desde la familia son varios los autores en señalar la desorientación, confusión e ignorancia como características típicas de los padres en lo que respecta a las drogas; un segundo grupo de problemas gira en torno a la negación de los padres frente al problema de las drogas. Otro problema ya comentado anteriormente es el ínfimo porcentaje de participantes en las acciones y programas organizados. Por último se hace mención de la tónica general de delegar la educación de los hijos en las madres, quedando los padres al margen de las actuaciones realizadas.

8. - En cuanto a los diseños de evaluaciones realizadas llama la atención el escaso número de estudios en los que se evalúe la eficacia de las intervenciones con padres con un diseño mínimamente adecuado. Lo más frecuente es una valoración subjetiva de los autores acerca de la presumida eficacia, aunque hay algunos globalmente aceptables y otros que a pesar de presentar problemas metodológicos permiten extraer datos de interés.

Generalmente la evaluación la realiza el propio equipo que elabora el programa preventivo.

En cuanto a las muestras de padres hay desde unos pocos padres hasta miles, y en otros casos son los alumnos, sobre los que se supone que ha influido la acción de los padres, los que forman la muestra.

En la gran mayoría de los casos se realiza una medición previa y otra posterior a la realización de la actividad preventiva. Sólo dos casos de los revisados incluyen grupos control, el resto sólo utilizan grupos de comparación o ningún tipo de comparación.

En lo que al tratamiento de datos se refiere, sólo en cuatro casos existe un tratamiento estadístico analítico, siendo en los demás casos descriptivo.

9. -En cuanto a los resultados de las experiencias analizadas, muchas de ellas no aportan ningún dato respecto al impacto de los diversos métodos, limitándose a informar del número global de participantes sin relacionarlo con la población objetivo primigenia, excepciones a ello son dos casos en los que se refleja unas participaciones del 2,66% y del 2,17% respectivamente.

Los resultados muestran la eficacia de técnicas como cursos breves y talleres para padres en la mejora de la comunicación con los hijos, e incluso en la disminución del consumo del tabaco. Los cursos, conferencias, folletos y vídeos son capaces de aumentar la información de los padres sobre aspectos que previamente desconocen pero se muestran inútiles para modificar creencias erróneas previas.

10. -En cuanto a las conclusiones, según Ferrer, parecen seguir siendo válidas las consideraciones de otros autores que señalaban como un área sorprendentemente inexplorada la de prevención de drogas legales e ilegales desde el ámbito familiar, a pesar de que las experiencias revisadas proporcionan una base sólida para establecer la necesidad de realizar prevención del abuso de drogas desde el medio

familiar. Ferrer considera imprescindible desarrollar varios modelos de intervención en este campo, evaluarlos a corto, medio y largo plazo e iniciar su implementación y difusión a nivel social para mejorar la eficacia de nuestras acciones.

2.2. Posibilidades desde los Centros Educativos de cara a la prevención familiar

Durante la adolescencia, una edad de transición en lo personal, social y afectivo es necesaria una ayuda y orientación permanente. Por esto es importante conseguir una integración familia-escuela eficaz mediante la implicación de todos en la tarea educativa, favoreciendo así el trabajo conjunto de padres y profesores.

En este sentido, respecto a la prevención del abuso de drogas, convendría:

a) Dar mayor participación a los padres en la vida del centro educativo, de manera que se sientan protagonistas de la educación de sus hijos

b) Dar a conocer a los padres el currículo escolar y, caso de que se haya elaborado un Proyecto de Prevención para el centro, explicárselo e invitarles a participar.

c) Recordar a los padres que cualquier trabajo sobre Educación para la Salud tendrá mayores posibilidades de éxito si se hace en colaboración entre la escuela y la familia.

d) Tomar conciencia de las actitudes de los padres con respecto al fenómeno del consumo de drogas.

e) Informar a los padres acerca de los factores de riesgo que pueden favorecer el consumo problemático de drogas.

f) Informar no sólo del rendimiento académico de los hijos sino también de los aspectos personales de su relación con los compañeros o con los profesores, de su proceso de maduración, sus hábitos de trabajo y estudio y sus hábitos conductuales. Es importante que la información que demos a los padres sobre sus hijos se dé en términos positivos, haciendo hincapié no sólo en lo que falta por conseguir sino también en lo ya alcanzado.

2.3. Posibilidades desde las familias de cara a la prevención escolar.

Las posibilidades de participación de los padres en los Centros Escolares son variadas ya que pueden participar:

-De manera individual y directa, es decir, mediante la participación personal que acontece de forma espontánea en distintas situaciones ya sea en las tutorías, entrevistas con el orientador, profesor, director o jefe de estudios.

-De manera colectiva y directa, ya sea en asambleas de padres de clase o del consejo escolar o a través del AMPA.

-De manera colectiva y representativa a través del Consejo Escolar.

Por su parte, a través de las AMPAs se puede:

-Comprometer a los padres en la prevención mediante la realización de actividades motivadoras a este fin.

- Formar y asesorar a los padres: Preparar a los padres del AMPA en lo relacionado con la prevención de drogodependencias para que puedan intervenir como agentes preventivos activos.

-Introducir temas relacionados con la prevención en las conferencias que organice el AMPA: la comunicación entre padres e hijos, la convivencia democrática, la toma de decisiones, la adolescencia, la salud, etc.

-Proponer actividades que ayuden a prevenir los problemas con las drogas.

-Motivar a los padres para que propongan al Consejo Escolar Centro la realización de planes, campañas y actividades para prevenir el abuso de drogas.

-Fomentar las relaciones y las actividades en común con instituciones y asociaciones del entorno que estén desarrollando actividades preventivas sobre las drogas: administración local, organizaciones sociales, organizaciones no gubernamentales, etc.

También a través de los representantes de padres en el Consejo Escolar se pueden llevar a cabo, entre otras, las siguientes medidas:

- Elevar propuestas al Consejo Escolar para la elaboración del P.C. (Proyecto de Centro) y el P.A. (Plan Anual) dando ideas para que se introduzcan contenidos, actividades y métodos relacionados con educación para la salud y la prevención.

-Colaborar en crear vías de comunicación adecuadas con el propio Consejo Escolar y con el AMPA.

-Realizar propuestas para organizarse internamente en grupos de trabajo relacionados con distintos temas, como por ejemplo la salud y la prevención del abuso de drogas.

-Sugerir actividades con la participación de alumnos, personal docente, padres y la comunidad en su conjunto.

3. HABILIDADES SOCIALES

Las personas somos esencialmente "animales sociales". La comunicación interpersonal es una parte esencial de la actividad humana. Ya que virtualmente casi todas las horas en que estamos despiertos las pasamos en alguna forma de interacción social, bien sobre la base de un grupo o a lo largo de una diversidad de grupos; el discurrir de nuestras vidas está determinado, al menos parcialmente, por el rango de nuestras habilidades sociales.

Las habilidades sociales y de comunicación interpersonal pueden considerarse como competencias necesarias para la vida en una sociedad, como la nuestra, compleja y en continua transformación. Su importancia reside en el hecho de que muchos problemas de relación interpersonal tienen su origen en déficits de destrezas sociales y habilidades de comunicación.

El entrenamiento en habilidades sociales es la técnica para intentar superar los déficits que conducen a una interacción negativa entre el individuo y el ambiente social que le rodea. Sus aplicaciones han resultado ser muy efectivas en el afrontamiento de la ansiedad social, la depresión, algunas psicosis, problemas de pareja, del alcoholismo y demás drogodependencias.

Como afirma Caballo (1987: 257), "La falta de HS ha estado implicada en una amplia gama de problemas".

Al repasar los factores de riesgo hemos podido comprobar que muchos de ellos están directamente relacionados con el déficit en alguna de las HS, como baja autoestima, etc.

Los déficits en HS han sido considerados frecuentemente como un problema principal en el alcoholismo; Bellack y Morrison (1982), indican

que se ha encontrado que a los alcohólicos les falta particularmente las habilidades necesarias para enfrentarse con situaciones conflictivas". Caballo (1987), hace referencia a varias investigaciones que confirman el empleo de entrenamiento en H.S. con éxito en individuos alcohólicos.

Macía (1986: 192), afirma que "se produce un cambio significativo en el componente comportamental de la actitud después de la intervención en los grupos de modelado y "role /playing", apareciendo una actitud más favorable a la realización de determinados comportamientos que favorecerán la posibilidad de resistirse al inicio de consumo de drogas".

3.1. Las habilidades sociales en los Centros Educativos

En el contexto escolar se producen interacciones entre el alumnado y de éstos con los profesores y profesoras, esto significa que además de aprender contenidos el alumnado está sometido a la influencia del grupo de iguales que suponen los compañeros de clase se considera como uno de los principales agentes socializadores ya que son muchas las horas que pasan juntos, y la influencia del profesorado que también supone un agente de socialización. Ello conlleva la necesidad de establecer una convivencia saludable y eficaz para poder disfrutar de las relaciones con los demás, y poder aprender en un clima positivo de comunicación.

Son múltiples los problemas que se desencadenan en los centros que tienen como origen las deficientes relaciones entre compañeros, y tanto su prevención como su tratamiento pueden abordarse desde el entrenamiento de las habilidades de interacción eficaz y resolución de conflictos; sin embargo éstas han sido poco enseñadas en la escuela, dependiendo siempre del criterio del profesorado, el cual tampoco ha contado con la formación adecuada al respecto. Generalmente en los centros educativos se ha primado la enseñanza de contenidos académicos

dejando a un lado la enseñanza de habilidades sociales, las cuales se han considerado responsabilidad de la familia o una cualidad personal sin más.

A pesar de la situación expuesta, la institución educativa no permanece ajena a estos hechos, consciente de que desde el centro se puede promover la competencia social del alumnado, desarrollando de esta forma la salud mental y social.

Caballo (1993), manifiesta que la enseñanza sistemática de las HS sería una importante prevención de los problemas de fracaso escolar y de posibles trastornos mentales.

Como ocurre con los programas de prevención, también para la enseñanza de HS reúne el centro educativo una serie de circunstancias que lo hacen uno de los espacios donde las HS han de tener cabida; entre ellos destacar que ofrece la infraestructura material y personal adecuada, que los P.C.C. suponen un marco ideal para incorporar contenidos de aprendizaje relacionados con las HS. , etc., aunque también existen deficiencias que corregir como es el hecho de la sensibilización y formación del profesorado en estos temas, mayor investigación y diversificación de materiales en este campo, etc.

Las habilidades sociales en el currículum

De manera implícita las habilidades sociales se han trabajado en el aula en forma de currículum oculto ya que tanto el profesor como algunos de los compañeros, en muchas ocasiones hacen de modelos a imitar y en otras, a través del refuerzo, de alguna forma van moldeando mutuamente determinadas conductas, pero en el contexto escolar no todos los alumnos se relacionan de forma socialmente hábil, ya que algunos carecen de los repertorios básicos adecuados, por lo que el aprendizaje incidental no es suficiente, es necesaria una intencionalidad,

una programación adecuada de las habilidades que se quieren enseñar para que el centro educativo desarrolle plenamente la personalidad del alumno.

La Reforma Educativa ha recogido esta necesidad y, de manera explícita, las habilidades sociales aparecen reflejadas en el currículum escolar tanto de Educación Infantil, como de Primaria y Secundaria Obligatoria, dispersas entre los diferentes objetivos, y contenidos de las distintas áreas que forman el diseño de cada etapa.

A continuación se presentan algunos de los ejemplos más significativos en cuanto a la carga de competencia social que persiguen algunos objetivos de distintas etapas:

● Educación Infantil:

Objetivos Generales:

- Área de Identidad y Autonomía Personal:

1. -Tener una imagen ajustada y positiva de sí mismo, identificando sus características y cualidades personales.

3. -Tener una actitud de respeto hacia las características y cualidades de las otras personas y empezar a valorarlas sin actitudes de discriminación en relación con el sexo o cualquier otro rasgo diferenciador.

7. -Identificar los propios sentimientos, emociones y necesidades y comunicarlos a los demás, así como identificar y respetar a los demás.

- Área del Medio Físico y Social:

1. -Participar en los distintos grupos con los que se relaciona en el transcurso de las diversas actividades, tomando progresivamente en consideración a los otros.

2. -Conocer las normas y modos de comportamiento social de los grupos de los que forma parte para establecer vínculos fluidos y equilibrados de relación interpersonal e identificar la diversidad de relaciones que mantiene con los demás.

- Área de Comunicación y Expresión:

1. -Expresar sentimientos, deseos e ideas mediante el lenguaje oral, ajustándose progresivamente a los diferentes contextos y situaciones de comunicación habituales y cotidianos y a los diferentes interlocutores.

8. -Utilizar técnicas y recursos básicos de las distintas formas de representación y expresión para aumentar las posibilidades expresivas.

● Educación Primaria:

- Área de conocimiento del Medio Social y Natural

2. - Participar en actividades grupales adoptando un comportamiento constructivo, responsable y solidario, valorando las aportaciones propias y ajenas en función de objetivos comunes, y respetando los principios básicos del funcionamiento democrático.

- Área de Lengua Castellana y Literatura

4. -Utilizar la lengua oral para intercambiar ideas, experiencias y sentimientos, adoptando una actitud respetuosa ante las aportaciones de los otros y atendiendo a las reglas propias del intercambio comunicativo.

● Educación Secundaria Obligatoria:

- Área de Ciencias Sociales, Geografía e Historia

9. - Realizar tareas en grupo y participar en discusiones y debates con una actitud constructiva, crítica y tolerante, fundamentando

adecuadamente sus opiniones y propuestas y valorando la discrepancia y el diálogo como una vía necesaria para la solución de los problemas humanos y sociales.

- Área de Lengua castellana y Literatura

4. -Utilizar recursos expresivos, lingüísticos y no lingüísticos en los intercambios comunicativos propios de la relación directa con otras personas.

Además de los objetivos aquí señalados existen en los diferentes currículums, otros objetivos y contenidos que guardan relación con las habilidades sociales aunque para algunos autores sigue siendo insuficiente, concretamente Vallés y Vallés (1996), afirman que Las habilidades sociales se encuentran diluidas asistemáticamente en el currículum escolar de las diferentes etapas de cada área educativa, siendo menor su presencia en Enseñanza Secundaria Obligatoria y con una redacción realizada en términos muy globales, lo cual dificulta la concreción en las actividades y la evaluación. Para este autor se hecha en falta la existencia de una metodología concreta de enseñanza/aprendizaje de habilidades sociales.

Para terminar vamos a realizar un breve repaso de los documentos y espacios en los que las habilidades sociales deben ocupar su lugar para que se haga efectiva su aplicación en el aula.

En un primer momento el interés que un centro muestre por dotar a su alumnado de un adecuado repertorio de recursos de competencia social ha de tener su reflejo en el Proyecto de Centro, y más concretamente en sus Finalidades Educativas como uno de los rasgos de identidad del centro.

En el Reglamento de Organización y Funcionamiento, las habilidades sociales pueden tener su espacio constituyéndose en un conjunto de procedimientos enfocados a conseguir los objetivos de convivencia.

El Proyecto Curricular de Centro en cuanto determina los objetivos, contenidos, criterios de evaluación, etc., de cada una de las etapas y áreas, hará cumplida referencia de aquellos apartados que tengan mayor carga de competencias sociales.

Mención especial merece la tutoría por tratarse de un espacio ideal para proceder al tratamiento de las habilidades sociales más necesarias para cada grupo, e incluso a nivel individual. En la tutoría se pueden desarrollar programas que contribuyan a la socialización positiva de los alumnos en sus dimensiones de prevención, evitando comportamientos hostiles y favoreciendo la convivencia y de tratamiento de los excesos o déficits conductuales con el asesoramiento del Departamento de Orientación.

El programa que planteamos propone trabajar en el aula las habilidades sociales mínimas que garanticen una interacción social adecuada, aunque con tiempo se podría y debería completar la gama de habilidades sobre las que hay algunas publicaciones en forma de fichas de trabajo perfectamente estructuradas y pensadas para trabajar en clase.

Con el bloque de habilidades sociales se pretende conseguir los objetivos ya mencionados que, en definitiva, intentan dotar de un mayor nivel de competencia frente a las presiones sociales, en base a sus intereses y bajo el principio de respeto mutuo.

De forma más específica cada una de las habilidades que se trabajan tiene sus particulares objetivos que se presentan en el programa.

4. LA PUBLICIDAD

4.1. Justificación

Otro apartado que creemos oportuno abordar, ya que es de suma importancia por la influencia que ejerce en las personas y particularmente en los jóvenes, y por lo tanto lo vamos a trabajar en nuestro programa, es la publicidad. Al igual que los medios de comunicación, la publicidad tiene una serie de características y dispone de unos recursos que contribuyen a que la sociedad configure una percepción determinada del fenómeno de las drogodependencias.

La publicidad se centra en el carácter legal, en el consumo habitual de ciertas drogas que están plenamente aceptadas socialmente, y profundamente arraigadas en nuestro modelo de relaciones. Lógicamente la publicidad, cuyo objetivo principal es aumentar el consumo de unos productos determinados, no considera sustancias que están prohibidas.

Es importante reiterar el hecho de que la publicidad utiliza no sólo drogas legales, sino que además estas sustancias cuentan con el beneplácito de toda la sociedad. Es más, su mera aparición en el discurso publicitario, legitima su consideración como elementos que caen fuera del "peligroso" ámbito negativo de las drogas. Si unas sustancias, que son drogas, aparecen en las vallas, la televisión, en los deportes o en las revistas es porque existe una posibilidad de un consumo no peligroso.

Esto es fundamentalmente verdad, ya que, dependiendo del tipo de consumo que se haga, el uso de una droga aparece como problemático o no. Sin embargo, este tratamiento de moderación igual a posibilidad sólo se realiza con las drogas denominadas legales. De hecho, es su legalidad lo que permite anunciarlas.

La regulación de la publicidad en España se efectúa por la Ley General de Publicidad, del 11 de noviembre de 1988. En el artículo 8 de

esta Ley, se considera publicidad ilícita toda aquella que infringe regulaciones respecto a juegos de suerte, envite o azar; estupefacientes, psicotrópicos y medicamentos. Se prohíbe la publicidad en TV de tabaco y bebidas alcohólicas con graduación superior a 20° y cuando se anuncie debe no crearse inducción directa o indirecta a su consumo indiscriminado y en atención a ámbitos educativos, sanitarios o deportivos. Sin embargo la realidad es que se induce al consumo y no se atiende a ámbitos. Cuando la publicidad directa se pone difícil se recurre a publicidad indirecta incluyendo productos en series de TV, películas, etc.

Para que nos hagamos una ligera idea de cómo ha evolucionado la publicidad de sustancias que crean adicción decir que en 1988, dentro de las principales marcas anunciadoras no había en España ninguna sustancia creadora de dependencia, en 1989 Tabacalera se sitúa en 6ª posición con 5.386 millones de pesetas en publicidad, en 1990 ocupa el 12 puesto con 3.700 millones y en 1991 Lotería española ocupa el 12 puesto con 5.357 millones.

Teniendo en cuenta que la labor preventiva con adolescentes se debe centrar en el alcohol y el tabaco, es importante conocer y analizar el funcionamiento de la mecánica publicitaria en torno a estas sustancias.

4.2. Estrategias publicitarias.

En primer lugar, es necesario decir que la publicidad ha sufrido un considerable progreso desde su aparición en la sociedad. Sería imposible analizar las complejas relaciones entre la evolución de la sociedad hacia la economía del consumo y el bienestar monetario y el progreso de la publicidad.

No obstante, existe un dato importante en torno a esto. La publicidad comenzó recomendando, instando al público, a comprar o adquirir cierto tipo de productos determinados. Hoy en día, el discurso

publicitario no vende productos, vende estilos de vida, vende actitudes. Es cierto que el objetivo, como ya se ha dicho, es aumentar el consumo y la venta de algo, pero no por lo recomendable que es, sino más bien por los efectos que produce.

La publicidad no utiliza verbos como comprar o adquirir, se ha extendido el uso de otros como poseer, tener, ser, llegar, etc. El modelo social de la sociedad de consumo basado en la competencia se ha trasladado a la publicidad; en muchos casos, se trata de tener más, en otros de tener lo mejor, en otros tener lo único. La publicidad se dirige a lo más profundo del ser humano.

Para poder estabilizar y hacer operativo ese desplazamiento desde la venta de productos hasta la venta de actitudes vitales, la publicidad se ha centrado en tres aspectos troncales de la motivación de las personas que se exponen brevemente a continuación:

a) La significación social: todas las personas están fuertemente impulsadas por sus deseos de ser valorados socialmente, de ser valorados con "buena nota", de que se tengan en cuenta sus peculiaridades personales, de tener un alto concepto de sí mismos, de tener poder sobre las cosas, las personas y los acontecimientos, de alcanzar un estatus social y económico.

b) La funcionalidad: la inteligencia y las potencialidades de las personas hacen que les resulte imprescindible ser útiles para algo, que las cosas que hacen sirvan para algo o alguien, que las ideas y las propuestas sean aplicables, estén dentro de su alcance, que, además, todo lo que realicen sea de calidad, que su trabajo no sea mediocre, que conserven el control sobre sus procesos y sobre los acontecimientos que les rodean.

c) El espectáculo: nuestra capacidad sensorial e intelectual nos mueve hacia aquello que nos divierte, aquello que se mueve o nos mueve,

hacia lo que estimule de forma más completa nuestros sentidos, lo que cambia, lo que es nuevo, original y único, lo que contiene ciertas dosis de riesgo.

Sin caer en el simplismo, podemos afirmar que el discurso publicitario se basa, a grandes rasgos, en estos tres aspectos de la persona. Otra cosa es la habilidad y los diferentes recursos con que se cuentan para transformar las motivaciones en consumo, en ventas, en un aumento de los números

Si la publicidad es capaz de utilizar en su discurso aquellas motivaciones más intrínsecas en el ser humano y, a la vez, considerar los aspectos sociales de las drogas, obtendrá unos productos publicitarios con alta probabilidad de cumplir su misión.

Si seguimos una estructura de acercamiento progresivo desde el público que atiende al discurso de la publicidad (la sociedad en general) hasta el producto publicitario (el anuncio) nos encontramos con las siguientes etapas:

1. Consideración de las motivaciones genéricas de las personas.
2. Traducción de esas motivaciones en valores y estilos de vida que satisfacen al público.
3. Conversión de los valores actitudinales en valores publicitarios que se asocian a productos.
4. Utilización de recursos lingüísticos y sensoriales para que se produzca dicha asociación.

Ya hemos hablado sobre los elementos que se tienen en cuenta en el primer paso, procederemos a explicar los distintos valores que representan estilos de vida deseables por la sociedad y que se han

convertido en valores publicitarios por antonomasia, para, por último, resaltar los valores publicitarios frecuentemente asociados con el alcohol y el tabaco.

Los valores publicitarios habituales aparecen agrupados por categorías:

- Naturalidad, salud, ecología, cuidado del cuerpo, protección del medio ambiente.
- Modernidad, posmodernidad, (referida al mundo cultural e ideológico).
- Actividad, dinamismo, movimiento, velocidad.
- Estatus, poder, prestigio sabiduría, control
- Sensualidad, sexualidad, belleza, estética, feminidad.
- Antigüedad, solera, añoranza, melancolía, clasicismo, elegancia.
- Valor de futuro, técnico, avance, vanguardismo (referido a la tecnología).
- Agresividad, intrepidez. fortaleza, virilidad, masculinidad, seducción.
- Universal, europeo, español, alemán (y cualesquiera localismos espaciales asociados a una virtud).
- Novedoso, distinto, exclusividad, originalidad, unicidad.

Aparte de los valores publicitarios habituales más arriba descritos, existen cuatro ideas más específicas que aparecen frecuentemente y fuertemente asociadas al alcohol y al tabaco:

- Gran cantidad de anuncios publicitarios y de otros elementos del discurso publicitario aparecen en un marco en el que se están desarrollando actividades relacionadas con el tiempo libre, las vacaciones, donde aparecen personas divirtiéndose, donde predominan sentimientos de alegría.

- Muchas veces la publicidad se concentra en representar el éxito en las relaciones interpersonales. Habitualmente, el recurso más potente son las relaciones heterosexuales, en las que idea a transmitir es la asociación del producto con hombres y mujeres de aspecto radiante que atraen hacia sí a otros/as de apariencia semejante.

- Los valores culturales de alto nivel, tales como saber mucho, saber sobre algo específico, ser el que sabe, se utilizan en la publicidad de alcohol y tabaco. Una vez que se va a consumir una droga es interesante que se haga con la autoconciencia de ser un experto en ello.

- Por último, paradójicamente, el valor de la salud también aparece asociado a estas sustancias. El discurso publicitario se permite el lujo de admitir cierto perjuicio por el consumo de los productos que vende, pero aprovechándolo para difundir que tal o cual producto es el menos dañino o el más controlable.

4.3. La publicidad desde el ámbito familiar

Que duda cabe de que es en el ámbito familiar donde hay más oportunidades de controlar la influencia que los medios de comunicación, y más concretamente la publicidad, ejercen sobre los jóvenes. Posiblemente el análisis a nivel familiar deba comenzar por los hábitos de los adultos, por el papel de modelos que ejercen sobre los jóvenes, considerando el tiempo que pasan frente al televisor o con este encendido, el tipo de programas que se ven, la influencia de la publicidad en sus hábitos de compra, etc.

Sin duda es en el seno familiar donde existen las oportunidades para que los padres en presencia de sus hijos, valoren los anuncios publicitarios, desmitificando los argumentos de culto al cuerpo, éxito, estatus social, felicidad, a los que ya nos hemos referido, y por otro lado es también aquí donde realmente se pueden seleccionar los programas que van a ser objeto de visionado por parte de los hijos, por lo tanto el trabajo con los padres respecto a la publicidad, será tan importante como el trabajo con los propios alumnos, de ahí que en el programa que se aplica a los padres se le conceda mucha importancia al empleo del tiempo libre y dentro de éste se contemplen los hábitos televisivos.

4.4. La publicidad en los diseños curriculares

Para finalizar, destacamos tan sólo dos ideas más: la primera tiene que ver con el alto grado de exposición de los jóvenes a la publicidad (especialmente la televisiva), además de la especificidad con la que muchas veces el discurso publicitario se dirige a este grupo concreto. La segunda tiene que ver con el alto grado de generalización que tienen las conclusiones obtenidas del análisis de anuncios publicitarios, si pensamos en posibles actividades educativas en otras áreas.

El trabajo sobre publicidad se debe realizar en distintas áreas y niveles, motivo por el cual en un programa específico y muy limitado en cuanto al número de intervenciones como es el nuestro, sólo dedicamos una sesión, a modo de taller, a un tema tan importante como la publicidad.

Hacemos a continuación un breve repaso de las alusiones más notorias que los diseños curriculares de las distintas etapas y áreas hacen respecto a los medios de comunicación y consecuentemente a la publicidad.

● Educación Infantil:

En la Orden de 16 de marzo de 1993, por la que se establecen criterios y orientaciones para la elaboración de proyectos curriculares de centro y la secuenciación de contenidos en la Educación Infantil, encontramos los siguientes contenidos

- Área: Comunicación y representación

Bloque 4: Uso y conocimiento de la lengua

Punto 16 "Identificación de algunos medios e instrumentos de uso cotidiano en su medio habitual que utilizan la lengua escrita en combinación con la expresión plástica": libros, revistas, periódicos, cuentos, carteles, etiquetas, anuncios...

● Educación Primaria:

En el anexo II del decreto 105/92 de 9 de junio de 1992 por el que se establecen las enseñanzas correspondientes a la Educación Primaria en Andalucía, encontramos los siguientes objetivos que se pueden relacionar con los medios de comunicación:

- Área de Conocimiento del Medio

10. Identificar algunos objetos y recursos tecnológicos en el medio y valorar críticamente su contribución a satisfacer determinadas necesidades humanas, adoptando posiciones adecuadas para que el desarrollo tecnológico se oriente hacia una mayor calidad de vida.

- Área de Educación Artística:

8. Conocer los medios de comunicación en los que operan la imagen y el sonido y los contextos en que se desarrollan, siendo capaz de apreciar críticamente los elementos de interés expresivo y estético.

- Área de Lengua Castellana y Literatura:

Dentro de los Sistemas de comunicación verbal y no verbal específica que la educación lingüística ha de contemplar esta interacción e incluir en el currículum la relación entre código verbal y códigos no verbales, tanto en la comunicación ordinaria como en los medios de comunicación social, en la publicidad, en documentales, dramatizaciones, textos teatrales, carteles, ilustraciones, cómic, fotonovelas, radio, televisión, teatro, cine, señales de tráfico, etc., cuyo tratamiento didáctico debe, además, contemplarse en esta etapa.

● Educación Secundaria:

En el Decreto 106/1992 de 9 de junio por el que se establecen las Enseñanzas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía, aparecen como uno de los objetivos generales de la etapa el siguiente:

k) Interpretar y producir con propiedad, autonomía y creatividad mensajes que utilicen códigos artísticos, científicos y técnicos.

Dentro de los objetivos de áreas también encontramos varios referidos a los medios de comunicación. A modo de ejemplo apuntamos los siguientes:

- Área de Ciencias de la Naturaleza:

5) Comprender y expresar mensajes científicos con propiedad, utilizando diferentes códigos de comunicación.

- Área de Educación Plástica y Visual:

4) Desarrollar destrezas que favorezcan y amplíen la capacidad expresiva, utilizando los códigos, terminología y procedimientos del lenguaje visual, para enriquecer las posibilidades de la comunicación.

- Área de Lengua Castellana y Literatura:

4) Reconocer y analizar los elementos y características de los medios de comunicación, teniendo en cuenta los signos verbales y no verbales que en ellos se utilizan y los códigos a que pertenecen, con el fin de ampliar las destrezas discursivas y desarrollar actitudes críticas, como receptores y emisores ante sus mensajes, valorando la importancia de sus manifestaciones en la cultura contemporánea.

Para el trabajo en la sesión que hemos dedicado a trabajar sobre la publicidad se han elegido dos actividades por diferentes motivos.

Los estereotipos, elemento básico e ineludible en el trabajo sobre el discurso social, se utilizan por exposición directa. Se ponen en relación tres elementos: la verbalización de unos estereotipos, el grado de acuerdo-aceptación del alumno/a ante esa afirmación y el dato real que desmonta el estereotipo. Esta exposición se hace por parejas y de manera secuencial.

La publicidad es importante ya que sólo existe sobre alcohol y tabaco, y éstas son las principales drogas sobre las que se pretende incidir en este programa. El análisis de anuncios publicitarios es ameno y directo.

Cualquiera de los dos elementos (publicidad y estereotipos) podrían tratarse desde otros puntos de vista, más profundamente o por separado.

5. OCIO Y TIEMPO LIBRE

El ocio, el tiempo libre, se caracteriza por cuatro elementos fundamentales. En primer lugar es el tiempo que no se dedica a trabajar o estudiar, ni comer o dormir. En segundo lugar, es un tiempo relacionado con el disfrute y la diversión. En tercer lugar es un tiempo útil para

sentirse bien, para aprender cosas, o para nuestras relaciones afectivas. Por último, es un tiempo en el que hacemos uso de nuestra iniciativa (haciendo lo que deseamos) y de nuestra libertad, ya que no estamos obligados a hacer algo concreto. Parece haber un acuerdo general en que todas las personas tenemos derecho a disfrutar de un tiempo de ocio en el que poder desarrollarnos con libertad, disfrutar de las actividades que nos gustan y buscar emociones y sensaciones que nos produzcan placer.

Sin embargo, aunque todo lo relacionado con el ocio parece positivo, las sociedades modernas están cayendo en una dinámica que hace del ocio un negocio, y como tal pone los medios a su alcance para llevarnos por unos derroteros que en muchas ocasiones no son los más saludables en ningún sentido. Veamos algunas características de esta evolución:

- El proceso en el que está inmersa la sociedad de consumo, por el que cada vez más cosas se traducen a su valor en pesetas (y por lo tanto pueden comprarse y venderse), da lugar a que el ocio se esté convirtiendo en un negocio rentable.

- Lo que no cuesta dinero o cuesta muy poco está desapareciendo: la calle, la tertulia, cuidar las plantas, escribir, etc. Existen muchas razones para ello pero una de las más importantes es que conversar y reírse sentados en un banco no enriquece a nadie (excepto a los que están haciéndolo). Los valores sociales y culturales que figuran hoy en día entre los más importantes se corresponden con dinero, mientras que aquellas ideas que "abaratán" la existencia de las personas tienden a desaparecer y a ser olvidadas; como ejemplo tenemos el hecho de que el 15% de los jóvenes escolarizados de 15 a 18 años manifiestan haberse emborrachado en el último mes Comas (1990). Suponiendo un gasto medio de unas 1000 pesetas por borrachera (y la cifra de tres millones de jóvenes), son

unos 480 millones de pesetas al mes o 5.760 millones al año, sólo con las borracheras.

- La información: cuanta más mejor; a todas horas y desde todos los lugares. De manera que llega un momento en que el exceso nos hace prescindir de gran parte de ella. Y cuando el acto de prescindir información se hace tan atropellado como su recepción, corremos el peligro de no seleccionar; de quedarnos con lo menos importante y rechazar lo que puede resultar relevante.

- La solidaridad es otro valor: Éste invita a emplear el tiempo libre en mejorar la vida de otras personas en lugar de emplearlo en el propio beneficio. Los jóvenes y las jóvenes cada vez dedican más tiempo a los demás a través del voluntariado, las organizaciones no gubernamentales, la solidaridad o el compromiso social.

- El horario de entradas y salidas, la predilección por la noche son elementos que están presentes e influyen en la forma de entender el tiempo libre.

- El dinero, los trabajos a tiempo parcial, el "buscarse la vida", la búsqueda de la autonomía e independencia económica ocupa cada vez más tiempo del que se podría considerar libre (verano, fines de semana...), a la vez que rompe con la vieja imagen de despreocupación juvenil.

5.1. Tiempo libre y televisión

Cada vez encontramos mayores dificultades para decidir sobre el uso de nuestro "tiempo libre". La televisión organiza la hora de merendar, la de volver a casa, la de finalizar las fiestas y la de levantarse de la siesta.

Y si no queremos verla, nos empeñamos en hacer cada vez más actividades diferentes. Queremos a veces que parezca que no es culpa nuestra, pero nuestro tiempo libre está organizado por nosotros mismos.

No hay duda de que el televisor se está convirtiendo en el rey de la casa y en la actividad por excelencia en la que se ocupa el tiempo libre. En España existen unos 43 televisores por cada 100 habitantes (la media mundial es de 27), y se invierten en ver la televisión unas 3 horas y 30 minutos diarios de media; es decir, de los siete días de la semana nos pasamos más de uno entero frente a la pantalla. Al teatro asistieron en total 2.321.318 personas durante 1994 (todo el teatro junto no estaría ni entre los cincuenta programas más vistos de la televisión).

No cabe duda de que la televisión es un avance de la sociedad actual y, como otras muchas cosas, no es buena ni mala en sí misma. Es la utilización que se hace o se puede hacer de ella la que la convierte en un objeto para nuestra felicidad o para nuestra desgracia. En cualquier caso no está de más detenerse a analizarla un poco más.

Cada vez tenemos una mayor preferencia por rodearnos y acompañarnos en nuestro tiempo libre de lo virtual, lo inexistente, en lugar de hacerlo con personas y de relacionarnos con ellas. Cuando la navegación por internet es una experiencia consciente de placer o aprendizaje no es importante el número de horas que pasemos "allí", pero cuando se trata del único reducto que nos queda una vez destruida nuestra capacidad de relacionarnos y aprovechar a los demás para ser felices y compartir ese placer y ese aprendizaje, conviene que nos paremos a pensar.

Los seres humanos tenemos un sistema nervioso peculiar: además de las múltiples y formidables ventajas y facilidades que da para ser felices y desarrollarnos, tiene una característica especial: necesita ser estimulado. Y, a veces, tenemos menos estimulación que la que recibimos.

Todas las personas necesitamos estimularnos en nuestro tiempo libre. Existen formas más inteligentes y otras que lo son menos.

En la actualidad las personas jóvenes tienen casi reducidas sus posibilidades de estimulación a la escuela y la televisión. Las relaciones familiares casi inexistentes, las dificultades para establecer una red de acompañamiento entre los vecinos, las distancias entre personas, la pobreza de los recursos para el ocio, la inaccesibilidad económica de algunos recursos e infraestructura y otros elementos, eliminan gran parte de las fuentes de estimulación posible.

La cultura actual del tiempo libre busca una estimulación fácil, accesible y fuerte, y muchas personas la encuentran en la excitación del alcohol y otras drogas, en el volumen de la música o en las pantallas electrónicas. Además la publicidad y las modas tratan de conseguir que esto sea así.

5.2. El tiempo libre de drogas

En numerosas ocasiones se ha mencionado el hecho de que un tiempo libre alternativo, que libere las actuales ofertas de ocio de la impenitente asociación al consumo de drogas, es un elemento básico de la prevención.

Esta idea se ha venido demostrando a lo largo del tiempo. Dejando a un lado algunos factores, es cierto que los jóvenes que tienen un tiempo libre organizado, que se asocian, que intervienen en el diseño de las actividades, etc. tienen menos probabilidades de alcanzar consumos problemáticos de alcohol, tabaco u otras drogas.

Si se recuerda brevemente, el objetivo específico sobre el tiempo libre es el de conocer formas de utilización del tiempo libre y el ocio en las que el uso de drogas no esté asociado.

En nuestro programa no pretendemos, ni mucho menos, que los/las adolescentes utilicen su tiempo libre en la forma en que nosotros creemos que es la más adecuada o la más saludable. Sin embargo, sí podemos proponerles que utilicen su tiempo libre de forma inteligente

6. LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Antes de pasar a presentar el diseño del programa de prevención utilizado en la investigación creemos oportuno caracterizar los conceptos de programa y prevención, ambos utilizados con frecuencia en orientación, que sirva a la vez como marco teórico y justificación del modelo de intervención.

6.1. La intervención por programas.

La intervención por programas constituye una metodología de intervención en plena expansión, ya que es cada vez más utilizada debido a que cuenta con algunos rasgos que la hacen propicia para determinadas condiciones.

Sanz (1990), caracteriza de la siguiente forma el enfoque de intervención por programas de orientación educativa:

- La orientación se concibe como un programa educativo en el que están implicados no sólo lo orientadores sino también los demás profesionales de la educación y otros paraprofesionales (monitores...).
- Persigue unos objetivos centrados en el desarrollo de competencias (y no en remediar déficits) mediante una intervención cuidadosamente planificada, ejecutada y evaluada.
- El programa es una propuesta de equipo.

Rodríguez Espinar y otros (1993), conceptualizan la actuación por programas añadiendo algunas características más, como son:

- Poniendo en relación a la escuela con el entorno.
- Que exige la creación de un currículum propio de orientación (metas y actividades).
- Para ser desarrollado a lo largo de toda la escolaridad.
- Evaluando los efectos/resultados de la intervención ejecutada.
- Y atendiendo las necesidades de formación para los propios ejecutores de la intervención.

Álvarez y Hernández (1998), integrando aportaciones de distintos autores, describen un programa como una oferta educativa u orientadora referida por una parte a un ámbito del desarrollo personal y/o social de los destinatarios a los que se dirige.

Al mismo tiempo el programa es una oferta de desarrollo profesional para sus gestores.

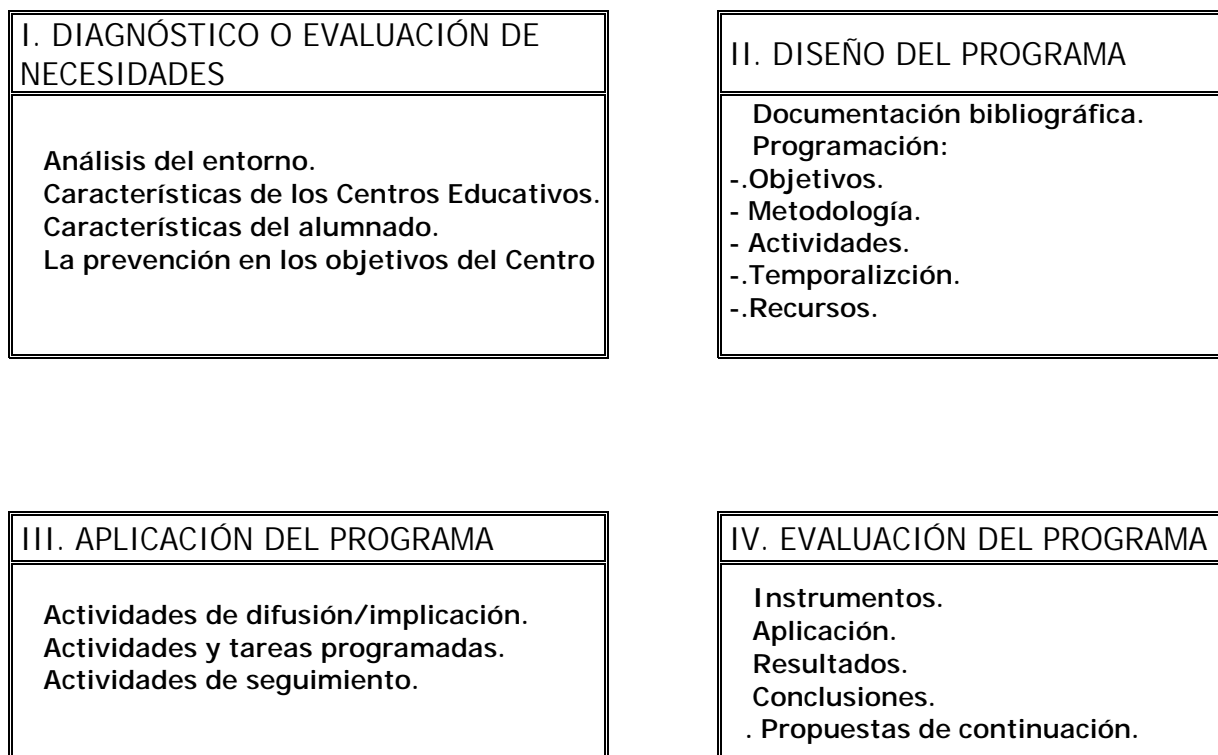
La finalidad de esa oferta puede abarcar cualquier planteamiento de intervención, ya sea preventivo, remedial o de desarrollo.

La oferta del programa incluye por una parte una propuesta metodológica en los ámbitos didáctico y relacional, y una propuesta de actividades concretas con una organización y unos medios definidos.

Por lo que se refiere a la delimitación de las fases que debe contener todo programa, existen tantas propuestas, casi, como autores; no obstante, las diferencias son más de forma que de fondo, por lo que es

posible vislumbrar cierto acuerdo en las fases básicas, que son las que siguen:

Figura 4.1.: Fases del proceso de intervención por programas



Dentro de cada una de estas fases se incluyen una serie de procesos que también varían según diferentes autores pero que, en general, presentan grandes coincidencias. A grandes rasgos, estas son las fases que nosotros hemos seguido, tal y como se puede apreciar en el capítulo V.

Una cualidad más del modelo de programas es su gran versatilidad que les hace adoptar las más diversas modalidades y formas; para una mejor comprensión de nuestro programa lo vamos a delimitar encuadrándolo según algunas de las clasificaciones de programas que presentan Álvarez y Hernández (1998).

a) Según la situación de los destinatarios y el nivel institucional de utilización, estamos ante un programa de utilización institucional limitada.

b) Según su finalidad, estamos ante un programa preventivo.

c) Según su duración, estamos ante un programa de ciclo corto.

d) Según su estructuración, estamos ante un programa a la carta.

e) Según su modalidad de aplicación, estamos ante un programa mixto entre los que se definen como integrados en el currículum y los modulares.

f) Según la perspectiva de la intervención, estamos ante un programa centrado en el alumnado.

g) Según la temática, estamos ante un programa global ya que se compone de un programa dirigido a las familias y otro centrado en el desarrollo personal y social del alumnado.

h) Por último, haciendo referencia al soporte, nos encontramos ante un programa de "papel y lápiz".

Para que el modelo de programas se considere consolidado como estrategia de intervención es necesario que éstos tengan un soporte físico que los haga disponibles para usuarios e investigadores y continuidad en el tiempo.

6.2. El concepto de prevención.

El concepto de prevención es tomado en orientación del ámbito de la salud mental, y es allí donde se establecen los marcos de referencia para el diseño de programas de prevención. Para Rodríguez Espinar (1993), de estos programas de prevención se reclama un enfoque psico-socio-cultural-educativo y se establece como objetivo el de desarrollar la competencia funcional y social de la persona, su capacidad de afrontar las situaciones así como el fortalecimiento de su propia fuerza interior.

Según este mismo autor, Conyne al analizar el concepto de prevención primaria le atribuye las siguientes notas: es proactiva, basada en la población, centrada en la población con riesgo e interviene antes de que acontezca el problema. La intervención puede desarrollarse directa o indirectamente. Reduce la incidencia de una situación, eliminando circunstancias o modificando condiciones ambientales. Promueve la fortaleza emocional, contribuyendo a desarrollar una mayor competencia para afrontar la posible situación de riesgo. Conyne nos ofrece un interesante retrato de la acción preventiva:

-Actúa antes de que se produzca el problema o disfunción.

-Se centra en la población sin problemas o en situación de riesgo.

-Su objetivo es la reducción de la tasa de incidencia de los problemas o disfunciones.

-Dirigida a grupos o poblaciones: sus destinatarios no son los individuos aislados de sus contextos y grupos primarios o asociativos.

-Dirigida a la reducción de los factores de riesgo o al incremento de los factores de protección o defensa.

-Se actúa teniendo presente el contexto: se asume una perspectiva ecológico-sistémica.

-Asume los postulados multiculturalistas.

-Comprometida con la justicia social y orientada a incluir a las minorías y grupos específicos de atención.

-Asume la colaboración, tanto en el marco conceptual (interdisciplinariedad) como en las estrategias de actuación (los destinatarios son también agentes activos de cambio).

-Orientada a la implicación y capacitación (*empowerment*).

La introducción o mejor enfatización del concepto de *empowerment* nos hace considerar el objetivo de un doble cambio en la acción preventiva:

Cambio del sistema: el objetivo es producir una significativa mejora en los diferentes factores que conforman el contexto de acción de los individuos: las organizaciones productivas o de servicios, las comunidades ciudadanas, o los propios programas de actuación social, educativa, sanitaria, etc. son los objetivos del cambio.

Cambio Personal: dos diferentes tipologías podemos considerar. Por una parte el cambio situacional de la persona que corresponde a las diferentes transiciones vitales en las que pueden identificarse grupos significativos de riesgo. Un segundo tipo de cambio personal es el referido a la adquisición de competencias para el desarrollo personal.

Para Álvarez (1994), la acción orientadora puede ser más eficaz y tener un menor coste personal, social y económico si se anticipa a la aparición de determinados problemas cuyas posibilidades de surgimiento en la población escolar a lo largo del proceso educativo o en alguno de sus momentos se ha constatado empíricamente.

Este mismo autor señala que la puesta en marcha de cualquier tipo de programa preventivo en el marco educativo ha de considerarse como el inicio de un proceso de cambio e innovación.

El principio de prevención lleva a la orientación a la necesidad de traspasar el marco de la propia escuela. La demostrada importancia de los primeros años del desarrollo del alumno reclama la intervención orientadora en esta etapa. La investigación pone de manifiesto:

-El carácter preventivo de la pronta relación familia–escuela.

-La intervención sobre el marco familiar ha de ser tanto de educación como de apoyo afectivo.

La conjunción de estrategias individuales y grupales es la que produce mayores efectos positivos.

Desde un principio esta corriente subraya la necesidad de intervenir en aquellos lugares donde se inicia la adaptación (o inadaptación) de los individuos; en las dos instituciones que afectan más profundamente al desarrollo humano en sus etapas iniciales: la familia y la escuela.

Este movimiento influye poderosamente en el ámbito educativo y la prevención primaria irrumpirá en él, dirigiéndose en un primer momento a los problemas de desajuste emocional, de inadaptación y a los problemas

de conducta en general; posteriormente se extiende a los ámbitos del aprendizaje y sus trastornos y a otros objetivos de la educación.

El principio de prevención primaria ha sido asumido por los orientadores con algunas precisiones. Según Sanz (1987):

a.- Las intervenciones preventivas deben ir dirigidas a todos los alumnos (no únicamente a los sujetos potenciales de un problema). En este punto difiere de la prevención en otros campos, en los que se considera población de riesgo como destinataria específica de la prevención primaria.

b.- Estas acciones se diseñan para dirigirlas a grupos y no a individuos.

c.- Se trata de intervenciones intencionales, planificadas sobre supuestos teóricos fiables y válidos para la prevención perseguida.

d.- Dirigidas a los problemas de aprendizaje escolar de la conducta.

Entre las razones que este autor aduce como responsables de la asunción del principio de prevención primaria por los ámbitos profesionales de la orientación (al menos a nivel teórico) de forma generalizada encontramos el que posibilita dar alguna respuesta a demandas o necesidades escolares y sociales sobre problemas o situaciones generados fuera de la institución escolar, pero de enorme trascendencia para la misma (consumo de drogas, paro juvenil...).

No obstante, la operativización de este principio entraña dificultades importantes, que han motivado una praxis preventiva proporcionalmente escasa, aún conociendo los beneficios potenciales de su incremento. La prevención primaria como estrategia de intervención plantea estas exigencias generales a los orientadores:

-Exige cambios importantes en la estrategia y en los modos de hacer de los orientadores de centro y de los equipos de zona y sector.

-Exige concentrar la mayor parte del esfuerzo en el diseño y evaluación de los programas o bien una relativa disponibilidad de programas ya probados como válidos y eficaces.

-Exige aceptación y colaboración por parte del profesorado.

-Exige recursos didácticos (materiales escritos y audiovisuales) y estructuras de apoyo (centros de información, consulta, acogida, etc.).

No podríamos decir que estas cuatro exigencias están satisfactoriamente atendidas en nuestro sistema educativo. La orientación preventiva es, por ahora, una buena idea.

6.3. Programas de prevención.

Para Sanz (1987), el principio de prevención primaria se ha adoptado en orientación estrechamente ligado a una estrategia específica de intervención: la intervención por programas; de tal forma que prácticamente la finalidad de la intervención (prevención) y el método de intervención (programas) han constituido una unidad conceptual.

Los modelos de intervención que Álvarez (1994), presenta (de servicios, por programas o de consulta) los considera modelos estructurales que una sociedad adopta para hacer llegar la acción orientadora a sus posibles destinatarios. La adopción de cualquiera de ellos condiciona indefectiblemente las formas de hacer de los profesionales de la orientación, es decir, los modelos de acción práctica, de los cuales nos interesa, por ser el que nosotros utilizamos, uno: el modelo curricular-modular, que conlleva una integración curricular parcial mediante módulos específicos diseñados para la consecución de objetivos/

metas de aprendizaje en cualquiera de los tres ámbitos de la acción orientadora y en cuya implementación juega un papel central el tutor. Una mayor interacción sujeto-medio, el procesamiento de información en diferentes niveles cognitivos (obtención, categorización, evaluación, aplicación) y la utilización de técnicas de ayuda y soportes didácticos son las características más destacables de este modelo.

Álvarez (1994), afirma que el modelo de programas se presenta como una forma de intervención más eficaz para hacer efectivos dos de los principios de la orientación educativa marginados en la práctica orientadora: el de prevención o productividad y el de intervención social y educativa. La noción de programa lleva implícito un tipo de intervención comprensiva, que atiende tanto a la prevención y al tratamiento remedial o terapéutico de situaciones problemáticas o crisis, como al desarrollo de situaciones educativas.

La adopción de este modelo implícito de intervención ha adoptado la forma de programas. En el ámbito de las relaciones con el entorno es en el que se han generado mayor número de ofertas de este tipo (programas de orientación vocacional y de transición e inserción laboral / ocupacional). No obstante, también en los otros dos ámbitos los programas/módulos de desarrollo cognitivo y de habilidades sociales aparecen como alternativas posibilistas.

CAPITULO V:

FASES SEGUIDAS EN LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA

CAPITULO V:

FASES SEGUIDAS EN LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA

1ª EVALUACIÓN DE NECESIDADES:.....	215
1.1. Análisis del entorno.....	217
1.2. Características de los centros Educativos.....	223
1.3. Características del alumnado.....	228
1.4. La prevención en los objetivos de los respectivos Proyectos de Centro.....	236
2ª DISEÑO DEL PROGRAMA	237
2.1. Documentación bibliográfica.....	237
2.2. Elaboración del programa	239
3ª APLICACIÓN DEL PROGRAMA.....	240
4ª EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.....	243

Como hemos visto, las fases básicas que todo programa incluye se ven en muchos casos completadas con otras que permiten un mayor detalle en la descripción del mismo. Nosotros vamos a seguir las fases básicas a la hora de presentar nuestro programa, completándolas o refiriéndolas a otras expuestas por algunos autores.

Fases que se han seguido para realizar el programa:

1ª EVALUACIÓN DE NECESIDADES

Como en cualquier programa de intervención que pretenda ser eficaz, y por tanto en éste, es preciso, para la planificación y la intervención preventiva, tener una idea clara de la realidad sobre la que queremos dirigir la intervención y determinar los condicionantes existentes que van a influir en la aplicación: colaboraciones que vamos a necesitar, relación con el profesorado y padres, etc.; y otras relacionadas con las características sociales, culturales, pedagógicas, etc., ya que con la intervención preventiva se trata de eliminar o disminuir el riesgo de aparición de cierto tipo de respuestas, de forma que no habiendo aparecido ninguna manifestación del trastorno, en el mejor de los casos, debemos valorar, por el conocimiento que tenemos del tema, las posibilidades de aparición a corto plazo y la conveniencia de trabajar en su prevención.

Para el análisis del entorno se ha realizado el estudio de las variables físicas, variables sociales, culturales y económicas. En este sentido se ha obtenido información sobre sectores de trabajo de la población, nivel de instrucción de los padres, actividades de tiempo libre, servicios sociales, asociaciones culturales, etc.

En las características de los Centros Educativos se han estudiado variables materiales, relacionadas con la parte física del centro; variables humanas, relacionadas con la plantilla de profesionales destinados en estos centros y aspectos organizativos, como son la existencia de profesores de apoyo, ratio, aplicación de otros programas, implicación del Plan de Centro en la Educación para la Salud, en cada una de sus etapas y áreas, etc.

Para el mencionado análisis nos hemos servido de nuestro propio conocimiento del entorno, centro y alumnado ya que, además de ser del lugar, hemos ejercido como docentes en el colegio de Huelma y visitado en varias ocasiones y por distintos motivos el de Cambil. También hemos utilizado fuentes de los propios centros, como el Proyecto de Centro, y fuentes ajenas a los mismos, como son el Atlas Económico de Andalucía de 1992, los estudios anuales del Instituto de Estadística de Andalucía, estudios realizados por los Ayuntamientos y la Agencia de Desarrollo Local de la comarca de Mágina, etc.

La evaluación inicial del alumnado se ha realizado a través de los cuestionarios que hemos pasado, los cuales nos permiten adaptar el programa a la realidad detectada. Los aspectos a diagnosticar han sido: información, actitudes, hábitos de consumo, alternativas conocidas de ocio y habilidades sociales.

Los instrumentos de recogida de datos, son los que en el anexo III se presentan.

Para definir de forma más nítida la influencia del entorno en la drogodependencia, se ha obtenido información del Centro Comarcal del IPAS (Instituto Provincial de Asuntos Sociales) sobre el consumo de drogas en las poblaciones objeto de estudio.

1.1. Análisis del entorno.

Variables físicas:

Comenzamos nuestro análisis por las variables físicas, aunque no tengan carácter preferente, hay algunos datos que conviene saber.

En este sentido, ambas localidades, por estar en la misma comarca, la de Sierra Mágina, y a poca distancia entre ellas, unos 8 Km en línea recta, gozan de un clima parecido que se califica de Mediterráneo-Continental, caracterizado por una fuerte amplitud térmica, con temperaturas medias en invierno que descienden por debajo de los 6° C y veranos calurosos con temperaturas de hasta 40°C, más extremas en Huelma que en Cambil debido a su mayor altitud (1000 metros sobre el nivel del mar). Estas temperaturas favorecen que las actividades de relaciones sociales no se den en espacios abiertos sino que por el contrario, tanto en invierno como en verano, por lo extremo de sus temperaturas, la gente se reúne en locales cerrados, dificultando también el desarrollo de actividades propias de aire libre, deportes, etc.

Dentro de los factores físicos, elementos ambientales como la polución, el ruido, no aparecen relevantes.

Geográficamente, sólo destacar que ambas localidades se encuentran en una comarca tradicionalmente aislada que no supone ruta de paso hacia ningún lugar; encontrándose Cambil más cerca (10 Km.) de la nacional IV que comunica Jaén con Granada.

En cuanto a aspectos arquitectónicos, decir que las localidades se caracterizan por sus calles estrechas y en cuesta, más Cambil que Huelma, pero en ambos casos ocupadas por los vehículos, careciendo de parques y lugares de esparcimiento suficientes.

Variables socioeconómicas y culturales:

En lo que a este tipo de variables se refiere, sin duda más interesantes para nuestro estudio, tenemos, en cuanto a demografía los datos que arrojan las siguientes tablas:

Tabla 5.1: Datos demográficos.

	Cambil	Huelma
Superficie	140 km ²	250km ²
Población de hecho	3.214 hab.	5.566 hab.
Varones	1.668	2.750
Mujeres	1.546	2.816
Población de derecho	3.536	5.942
Varones	1.847	2.970
Mujeres	1.689	2.972
Densidad de población	22,96 hab./km ²	22,26 hab./km ²

Fuente: "España en cdrom". Dinamic Multimedia.

En cuanto a la estructura de producción, el trabajo se reparte en los distintos sectores como indica la siguiente tabla:

Tabla 5.2: Sectores de trabajo

	Cambil		Huelma	
Población activa	2.851 personas.		4.570 personas.	
Varones	1.456		2.281	
Mujeres	1.395		2.289	
Población activa	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Agricultura	562	62	671	17
I. Extractivas	0	0	4	0
I. Manufactureras	31	58	270	262
Construcción	78	5	186	0
Comercio	48	29	144	55
Otros servicios	112	60	217	115

Fuente: "España en cdrom". Dinamic Multimedia.

Junto a estos datos, destacar que el municipio de Huelma cuenta con un número de demandantes activos parados que hasta el mes de

noviembre de 1998 se sitúa en 212 personas, siendo de 97 en Cambil y estando en torno al 45% de mujeres y el resto de hombres en ambas poblaciones. No obstante estos datos no son reales ya que existe una gran cantidad de empleo sumergido que las cifras oficiales no contemplan.

Al margen de los datos que ofrecen estas tablas es conveniente aclarar que en la población de Huelma hay una floreciente industria de fabricación de muebles, en este tipo de empresas se suelen contratar mayoría de hombres. Para las mujeres existe gran cantidad de talleres de confección donde es fácil encontrar trabajo. Estos datos, que en un principio pueden parecer favorables, no lo son tanto si tenemos en cuenta que el disponer de cierta facilidad para encontrar trabajo contribuye al abandono de los estudios, y por otro lado que estos trabajos están mal remunerados y requieren una dedicación horaria abusiva. Todo esto hace que durante el día se trabaje intensamente y llegada la noche y el fin de semana nos encontremos a adolescentes con dinero en el bolsillo, ganas de olvidar el alienador trabajo, y más de treinta bares donde poder relacionarse; por el contrario, ni en Huelma ni en Cambil existe un solo gimnasio.

En cuanto al nivel de formación, tenemos los datos que nos ofrece la siguiente tabla:

Tabla 5.3: Nivel de formación.

Estudios	Cambil	Huelma
Analfabetos/as	185./306	131./310
Sin estudios	1.230.	1.767.
Estudios primarios	1.148.	2.309.
Bachillerato	167.	416.
Diplomados	70.	140.
Licenciados	20.	57.
Doctores	1	0.

Fuente: "España en cdrom". Dinamic Multimedia.

También es interesante comentar que la minoría étnica, de raza gitana, en ambas poblaciones, no está del todo integrada, manteniendo ciertas distancias con los "payos"; proporcionalmente su presencia es más fuerte en Cambil. En general suelen vivir de trabajos temporeros, venta ambulante y del Plan de Empleo Rural.

Otro dato interesante lo aportan los recursos sociales, asistenciales, etc., con que cuentan estas poblaciones. En este sentido tenemos, además de los Ayuntamientos y las respectivas comisiones delegadas de las concejalías, en ambas localidades un Patronato de Bienestar Social y un Centro Social donde se imparten actividades para jóvenes y adultos.

Ambas localidades cuentan con un Hogar del Jubilado, dependiente del Ayuntamiento. Durante la recogida de la aceituna funciona, en Cambil, una Guardería Infantil, que en Huelma funciona durante todo el año.

Otros servicios que existen en ambos municipios y que es necesario destacar son los prestados por el Juez de Paz y por la Guardia Civil; ésta cuenta con un sargento comandante de puesto y varios guardias que residen en una casa cuartel.

Existen también, dependientes del Ayuntamiento, sendos Patronatos de Promoción Local, cuya principal tarea es la de promover iniciativas frente al bajo nivel de industrialización. A través de estos patronatos se ha solicitado la inclusión de la comarca en el programa Leader, que gestiona las inversiones de los Fondos Estructurales. Estos fondos provienen de la Comunidad Europea y están destinados a mejorar las infraestructuras de las comarcas europeas subdesarrolladas.

Existen también los siguientes equipamientos sociales y culturales constituidos, que funcionan en la actualidad o han funcionado durante la fecha de elaboración de este análisis:

- Escuela de deportes: un monitor en Cambil y uno en Huelma
- Polideportivo municipal de Cambil: un monitor de balonmano, un animador de deporte para todos.
- Centro de Educación de Personas Adultas: un profesor en Cambil y dos en Huelma.
- Escuela Taller, en ambas localidades, con cinco módulos profesionales en Huelma.
- Taller ocupacional para minusválidos en Huelma.
- Oficina de Información Juvenil: un monitor en cada municipio.
- Servicios Sociales Comunitarios: un asistente social, un animador (dos días a la semana) en Cambil y una psicóloga, un asistente social y un administrativo en Huelma.
- Biblioteca Pública: un bibliotecario en cada municipio.
- Centro de Salud situado en Huelma pero que cubre, entre otras, la zona de Cambil, atendiendo las necesidades de atención primaria.
- Asamblea local de Cruz Roja en Huelma que presta servicios de asistencia social y atención médica primaria.
- I.E.S. en Huelma que además de la E.S.O. oferta los bachilleratos de Humanidades y Ciencias Sociales y de la Salud, así como Formación Profesional específica en grado medio, concretamente en Gestión Administrativa y Equipos e Instalaciones Electrotécnicas.
- Conservatorio Elemental de Música y taller de baile municipal en Huelma.
- Equipo de Orientación Educativa, con sede en Huelma pero cubriendo una comarca bastante amplia entre cuyas poblaciones está Cambil.
- Emisora local de radio, en Huelma.

- En cuanto a asociaciones y movimientos culturales, deportivos y de ocio, existen en Cambil algunos movimientos asociacionistas como la AMPA, la Asociación Juvenil "Trébol", la Peña Recreativa "Los Amigos" y la Sociedad Recreativa "La Piña".

En 1990 se creó la Asociación de Mujeres "Primero de Marzo", que cuenta con 60 mujeres asociadas que organizan actividades en forma de talleres, charlas, viajes, con la intención de mejorar las perspectivas de la mujer cambileña. También en Huelma existe una asociación de mujeres con gran tradición y que lleva varios años organizando actividades de tipo cultural-reivindicativo, informativas y lúdicas.

En Cambil se ha promocionado bastante el ajedrez, existiendo un interés creciente entre los jóvenes por esta actividad, de la cual se han celebrado varios torneos patrocinados por el Ayuntamiento y por los particulares, pero no se acaba de lograr la creación de una Escuela Municipal de Ajedrez, a pesar de que se cuenta con monitores preparados para ello.

En 1992 se creó una Asociación Deportiva "Peña Madridista Real Madrid" que intenta recuperar algunas inquietudes deportivas, muy mermadas entre los jóvenes tras la desaparición del equipo municipal de fútbol.

También, en noviembre de 1992, se puso en marcha desde la parroquia una revista informativa y literaria que está abierta a todas las colaboraciones e intenta encauzar las inquietudes literarias de todos los cambileños.

En fechas recientes a este análisis, se ha fundado una asociación musical, "Hidalgo y Ruiz", que intenta aglutinar todas las inquietudes musicales de niños, jóvenes y mayores.

En Huelma existen también algunas peñas deportivas relacionadas con el fútbol, tres clubes de ciclismo, que hacen que sea ésta una de las prácticas deportivas que más se está extendiendo, un club de espeleología con cierto reconocimiento a nivel regional y una antigüedad de quince años, un club de montañismo de reciente creación, una asociación de lucha contra la droga, también de reciente creación pero que ya ha realizado algunos actos y tiene un programa semanal en la emisora local de radio, un grupo de teatro y una banda de música, además de las escuelas deportivas de fútbol y balonmano cuyos monitores ya han sido contabilizados. En definitiva una amplia oferta para el tiempo de ocio, que no siempre es conocida y sobre todo aprovechada por los más jóvenes.

1.2. Características de los centros Educativos

- *Cambil*

El centro se llama Colegio Público Comarcal "Castillo de Alhabar", está situado en la parte norte de Cambil, en la calle San José de Calasanz s/n. atravesado por el río Villanueva de norte a sur que deja dos pabellones a su margen derecha y cuatro a la izquierda.

Está dividido en 6 edificios separados, que integran un recinto vallado. Cuatro de ellos datan del año 1963, siendo uno de ellos remodelado en el año 1985; y los restantes son del año 1978. En el más moderno se encuentra el comedor, la dirección, secretaría, cocina, salón de usos múltiples, laboratorio, biblioteca y sala de reprografía.

Existe en el recinto escolar una pista polideportiva, propiedad del Ayuntamiento.

En este centro se imparte: Educación Infantil desde los tres años, Primaria, y primer ciclo de E.S.O.

En el centro funciona un Comedor Escolar para los niños del transporte, habiendo un maestro encargado, administrador, y dos maestros colaboradores de ocio. Hay también una cocinera titular, y una limpiadora, contratada por el Ayuntamiento.

Desde febrero del año 1992, la jornada es de lunes a viernes, de las 9,30 a las 14 horas, con dos tardes, lunes y martes, de las 16 a las 17,15 horas.

El profesorado realiza la complementación de jornada los lunes y los martes, de las 15 a las 16 horas; y los miércoles, jueves y viernes, de las 14 a las 15 horas.

La plantilla del centro la constituyen 19 profesores, siendo la media de edad de 36 años; respecto a la antigüedad en el centro, el 50% supera los diez años. Hay tres equipos docentes: infantil, Primaria y primer Ciclo de E.S.O.

Como órganos unipersonales, cuenta con Director, Jefe de Estudios y Secretario, elegidos por el Consejo Escolar. El Consejo Escolar está formado por 3 alumnos, 5 representantes de los padres, 5 representantes del claustro, además del Equipo Directivo, un representante del Ayuntamiento y otro del personal no docente.

- *Huelma*

El Colegio Público Comarcal Virgen de la Fuensanta es el único centro de Primaria de la localidad de Huelma. Está situado en la zona sureste de la localidad, colindando al norte con una calle peatonal que lo

separa del Instituto de Enseñanza Secundaria. Lo componen 4 edificios construidos en diferentes fechas y situados en el mismo recinto.

Las sucesivas construcciones no han tenido en cuenta las ya existentes, a excepción de la última en que si fueron consultados los distintos sectores de la comunidad escolar en cuanto a la ubicación y condiciones de seguridad en caso de inundaciones; esta circunstancia ha dado lugar a que la distribución de los distintos edificios (zonas de juego y recreo, urbanización, etc.) no sea la más adecuada, existiendo dentro del recinto vallas de separación entre unos y otros edificios que dificultan el tránsito y no responden a ninguna significación especial.

Uno de los cuatro edificios, el de dos unidades, está cedido al E.O.E., y E.A.T.A.I. comarcales.

El edificio de 16 unidades empezó a funcionar en el curso 1980/81; es el de mayor capacidad y número de dependencias. Consta de 3 plantas y se considera el principal al estar ubicadas en el mismo la dirección y secretaria. Cuenta además con sala de profesores, comedor, biblioteca, sala de pretecnología y laboratorio.

El edificio de 10 unidades es el de más reciente construcción. Se inauguró el curso 1989/90 y fue construido en sustitución de 3 antiguos pabellones en funcionamiento desde el curso escolar 1962/63, consta también de 3 plantas y dispone de sala de pretecnología y sala de audiovisuales que en la actualidad están habilitadas para clases.

Por último, el edificio de 6 unidades comenzó a utilizarse en el curso escolar 1985/86. Se construyó en sustitución de pabellones prefabricados que durante ese curso pasaron a depender en su uso del Ayuntamiento. Dispone de 2 plantas.

Los edificios se encuentran en buen estado de conservación, por su reciente construcción.

Además, existen en el recinto dos pabellones prefabricados uno destinado a almacén y otros usos del Ayuntamiento y otro a Taller de Baile Municipal.

Dadas las características del Centro, urge la construcción de los espacios necesarios para escolarizar a los alumnos de 3 años (3 unidades y espacios complementarios), las unidades necesarias para deshabilitar los espacios complementarios del centro, (3 unidades), un salón de usos múltiples y una sala de medios audiovisuales.

En cuanto a personal, la composición jurídica del centro, en el curso I.997-98, es la siguiente: 6 unidades de infantil, 20 de primaria, 6 de secundaria y 2 unidades de Apoyo a la Integración.

En total, 34 unidades y 37 profesores. Del total de profesores 34 son definitivos, si bien durante el presente curso, 5 de estos profesores no están en el Centro por diversos motivos (cargo electo, comisión de servicios, etc.), por ello se cuenta con 4 profesores provisionales y 4 interinos.

El Centro debería contar con:

- Un profesor más de Educación Física
- Un profesor más de apoyo a ciclos.
- Un profesor de Música.
- Un Logopeda.

-Un monitor para atender a los niños diagnosticados con necesidades motóricas.

-Un administrativo.

-Un conserje

El numero total de alumnos es de 828. De ellos, 32 utilizan el transporte escolar. Proceden de los anejos o pedanías de: Las Cabritas (12 alumnos), La Villa (6 alumnos) y Solera (14 alumnos). La ratio se encuentra en torno a los 23 alumnos por aula.

Si analizamos la evolución de la matrícula durante los últimos cinco cursos académicos, observamos un paulatino descenso, si bien parece estabilizarse en los dos últimos años.

Se cuenta con un comedor escolar con capacidad para 107 comensales.

Es un centro autorizado para la integración de niños con necesidades educativas especiales, según Orden de 15-10-1.989. Durante el curso actual son 15 los alumnos integrados en todos los niveles; presentan deficiencias psíquicas, motóricas y/o problemas conductuales.

Desde septiembre del año 1996, la jornada es de lunes a viernes, de las 9 a las 13,30 horas (los viernes se sale a las 13 horas), con dos tardes, de las 15,30 a las 17 horas (lunes y martes).

El profesorado realiza la complementación de jornada los lunes y martes, de las 15 a las 16 horas; y los miércoles, jueves y viernes, de las 14 a las 15 horas.

1.3. Características del alumnado

- *Cambil:*

- Características Sociales:

Según el Proyecto de Centro las principales deficiencias que se derivan de la realidad socioeconómica, ya expuesta al tratar las variables del entorno, son las siguientes:

- Desatención familiar y escaso nivel de comunicación.
- Dejadez de la función educativa familiar.
- Nivel cultural bajo.
- Pocas expectativas en relación con las actividades escolares.
- Escasez de códigos lingüísticos, mínimamente cultos, en la familia.
- Alta tasa de analfabetismo y paro.
- Carencias relacionadas con la alimentación, higiene y salud.

- Características Pedagógicas:

Tal y como se puede deducir de las características sociales, estas influyen en el ámbito pedagógico en los siguientes aspectos:

- Poco hábito de estudio.
- Pocas expectativas escolares de promoción
- Actitud pasiva ante el aprendizaje.
- Escasa continuidad en enseñanzas medias.

-Abandono de la escuela antes de finalizar la escolaridad.

-Alumnos con fuerte absentismo, por desplazamientos familiares, en épocas de recolección.

-Desfase entre edad cronológica y escolar: Este desfase va descendiendo progresivamente debido a la imposibilidad legal de repetir más de un curso por etapa.

De un total de 387 alumnos matriculados, van escolarizados de acuerdo con su edad cronológica 340, lo que supone un 88%. Sufren, en consecuencia, desfase escolar un grupo de 47 alumnos, lo que suponen un porcentaje del 12%.

El descenso de alumnos que sufren desfase cronológico es progresivo, y se debe a las siguientes causas:

1. - La Ley sólo permite prolongar en un año la estancia de un alumno en su etapa.

2. - La convicción del Equipo Directivo de la conveniencia de mantener a los alumnos integrados en su grupo de clase, recibiendo apoyos sólo en las materias donde presenten dificultad.

3. - La bajada que ha experimentado la ratio en este centro, lo que permite una mayor atención a aquellos alumnos con problemas en su aprendizaje.

En cuanto a la tasa de éxito escolar, oscila bastante, pues dependen de los grupos concretos de alumnos de cada promoción. No obstante hay una línea general de éxito en primaria, que desciende en secundaria, alcanzando a veces índices de verdadera alarma.

Un aspecto interesante por la relación que tiene con el tema que nos ocupa es la preocupación que en el PC se muestra por el abuso de televisión, tal y como se menciona en el texto siguiente:

“Además de la falta de iniciativas familiares y ambientales, los niños y niñas de nuestra comunidad, manifiestan una fuerte intoxicación televisiva; lo que impregna su conducta de grandes dosis de violencia, falta de imaginación e iniciativas a la hora de emplear su tiempo de ocio. Esto ocasiona un desinterés por las actividades lúdicas de la calle y por las actividades manuales creativas.

La televisión está quemando la infancia de los niños de nuestra comunidad educativa, haciéndoles competitivos, fiscalizadores y acusadores del compañero: se burlan de los errores, disfrutan con el castigo ajeno.

Hay una fuerte dosis de apatía. No se vuelve sobre lo hecho y se deja todo a la última hora, confiándose a la chapuza y a la prisa. La desgana hace presa en los alumnos y alumnas, que trabajan con la ley del mínimo esfuerzo”.

- Valoración de la comunidad sobre la institución escolar.

Los maestros son una referencia obligada de clase social, en unos núcleos de depresión económica como Cambil y, en menor medida, Huelma. Y hacia ellos se dirigen muchas de las comparaciones. En el Proyecto de Centro de Cambil se puede leer al respecto:

“La mayoría de los jóvenes abandonan los estudios cuando acaban la escolarización obligatoria. Esto es debido al bajo nivel económico de Cambil y Arbuniel y a que los padres no infunden motivación a sus hijos para que sigan estudiando. La indiferencia hacia la Escuela es muy grande. La función docente no es valorada. En el ánimo de los niños pesa mucho la descalificación a que por parte de los padres se ve sometido el proceso educativo”.

Estas referencias llevan una carga velada de acusación social, como si los maestros, cabezas visibles de la institución escolar, fueran responsables de las diferencias sociales. Lo expuesto produce un cierto distanciamiento entre un sector de padres y la figura del maestro, el cual, a veces no sale muy bien parado en las conversaciones familiares, siendo frecuentes las críticas y las descalificaciones.

Hay muchos padres que no conocen a los maestros de sus hijos, ya que al coincidir el horario escolar con las tareas agrícolas la recogida del boletín de información familiar queda normalmente confiada a las madres.

Hay diferentes posturas, que van desde la desconfianza absoluta hasta la fe ciega en un determinado maestro. Se generaliza en función de los "malos maestros" y pocas veces en función de los "buenos maestros".

Muchos padres, por creer ciegamente en los maestros, no acuden a la escuela. Los que desconfían tampoco acuden.

Los que se acercan a la institución escolar, por falta de práctica, suelen hacerlo con desconfianza y en tono fiscalizador. No se incorporan de pleno derecho a la participación democrática en la gestión del centro ni creen poder aportar nada a los diseños curriculares. Los profesores de ambos colegios manifiestan que las puertas de los mismos, y las de cada clase en particular, están abiertas a todos los padres y madres de nuestros alumnos, para que no sólo expresen sus dudas o inquietudes, sino que enriquezcan el programa con sus aportaciones personales, incorporando ideas y opiniones en un diálogo de mutua confianza.

En cuanto a la disciplina, no existen en este colegio graves alteraciones, que limiten la libertad y perjudiquen las relaciones de los miembros de la comunidad, aunque hay alteraciones esporádicas que provienen de alumnos con problemas de afectividad. Su comportamiento

negativo incide no sólo en su propio rendimiento sino también en el de sus compañeros, por ocasionar alteraciones del ritmo normal de las clases. Esto falsea a veces las estadísticas de éxito escolar, ya que estas alteraciones no están recogidas en documentos, por ser sus causantes niños psicológicamente normales y no estar diagnosticados. Suelen ser alumnos con problemas familiares.

Sin embargo, no hay problemas graves de disciplina; y las relaciones profesorado-alumnado mantienen el clima afectivo imprescindible para la tarea docente

. La A.M.P.A. no funciona, a pesar de los impulsos que se le dan desde el centro, habiendo una afiliación del 15%.

La participación en el Consejo Escolar y en su proceso electoral es muy baja; en la última elección han acudido 5 padres voluntariamente y el índice de participación se ha elevado al 15 %.

El número de alumnos que abandonan la enseñanza obligatoria representa alrededor del 15 % de los matriculados en el primer ciclo de la E.S.O. y, aunque la tendencia sea a la baja, el profesorado no está conforme, por lo que se intenta arbitrar medidas para que estos alumnos continúen en el centro.

- *Huelma:*

Según estimaciones del profesorado, el nivel social de los alumnos se mueve en torno a clase social media-baja, propia de la comarca natural en la que nos encontramos. Al ser el único centro de Educación Infantil, Primaria y primer ciclo de E.S.O. de la localidad, al mismo acceden todos los jóvenes del municipio, por lo que el nivel sociocultural del alumnado es tan heterogéneo como la propia localidad.

La tasa de éxitos que alcanza el centro (tabla 6.4), está en una media del 88 % de alumnos que han alcanzado el graduado escolar en los últimos cinco cursos académicos.

Tabla 5.4: Evolución del alumnado que obtiene el graduado escolar

Curso	Nº Prof	Nº Alum	Nº Grupos	Ratio	% 1 ^{er} C	% 2º C	% 3 ^{er} C	% 1º eso	% 2º eso
93/94	35	914	33 + AI	26,1	90,5	87,6	70,6	78,7	89,3
94/95	36	885	34+1AI	24,5	94	82,8	78,3	78,7	85,3
95/96	36	874	34+1AI	24,2	97,5	89,09	64,7	77,1	91,6
96/97	37	864	33+2AI	23,35	91,3	77,2	75,5	83,1	91,02
97/98	37	828	33+2AI	22,3	79,2	78,6	83	76,1	83,1

Fuente: Proyecto de Centro de C.P.C. Virgen de la Fuensanta de Huelma

No se ha observado una relación clara entre alumnos con desfase escolar y clase social de pertenencia, sino que más bien éstos se distribuyen entre los grupos sociales predominantes en la población. De todas formas, hemos de hacer constar que los resultados se han obtenido por estimación del profesorado, sin que existiese acuerdo previo sobre indicadores de clase social, ya que las diferencias no son acusadas, al tratarse de una población, la de Huelma, bastante homogénea en el aspecto socioeconómico (tabla 6.5).

Tabla 5.5: Alumnos con desfase escolar según la capa social

ADSCRIPCIÓN A CLASE SOCIAL			
Baja	media-baja	media	media-alta
10	35	82	3

Fuente: Proyecto de Centro de C.P.C. Virgen de la Fuensanta de Huelma

La tasa de abandonos y absentismo escolar no es significativa. La asistencia de los alumnos a clase es bastante regular, sin que existan problemas a destacar de emigración temporera.

1.3.1. Evaluación inicial del alumnado a través del pretest.

Para tener un conocimiento más completo y exacto de lo que el alumnado sabe sobre drogas, de las actitudes que tiene respecto a ellas, de las habilidades sociales con que cuentan, los hábitos de consumo y el modo en que emplean su tiempo libre, en definitiva para adaptar nuestro programa a las necesidades reales del alumnado en aquellos aspectos que hemos decidido como los más adecuados para trabajar, así como para poder evaluar los cambios producidos, se pasaron al comienzo de nuestra intervención una serie de cuestionarios (anexo III) que nos proporcionaron la información suficiente para establecer los objetivos de nuestra intervención adecuados a las características del centro y de los alumnos.

De los mencionados cuestionarios, la información que destacamos, en base a la adaptación del programa, es la siguiente:

Cuestionario sobre hábitos de consumo:

El consumo de tabaco negro es casi nulo, afectando el de tabaco rubio a un 22,5% de los encuestados.

El consumo de cerveza y vino comienzan a hacer su aparición tímidamente, siendo el de los licores (12%) y el de los combinados (13%) los más alarmantes.

El consumo de medicamentos es prácticamente nulo en todos.

Al 10 % le han ofrecido drogas ilegales y el 3% ha probado alguna.

Cuestionario de actitudes:

Un 18% probaría el tabaco por curiosidad y un 30% no lo rechazaría, si se lo ofreciesen.

Sólo un 38 % rechazaría una invitación de alcohol y un 34,6% no saben si mantendrían su postura contraria, en un grupo, sobre el consumo de alcohol.

Un 18% se muestran favorables a las drogas ilegales y un 35 % no lo tienen claro o no rechazarían la invitación, a pesar de su opinión negativa, lo cual hace pensar que lo que les cuesta es decir no.

Al 38,5% le cuesta mantener su postura contraria frente a un grupo; un porcentaje parecido al del alcohol y el tabaco por lo que está claro que la presión de grupo pesa mucho. Un 43 % no están seguros o no resistirían la oferta de drogas por parte de los amigos.

Cuestionario de información:

Un 25 % desconocen algunos de los efectos nocivos del tabaco, tanto en fumadores activos como pasivos

Un 86,5 % tienen claros los efectos nocivos del alcohol sobre la salud y un 72,3 % sus efectos sociales y personales.

Un 41,9 % reconoce el alcohol como vehículo para otras drogas y casi el 90 % acepta que cualquiera puede ser alcohólico.

El 41 % reconocen que tener una postura contraria al consumo no es suficiente para rechazar un ofrecimiento.

El 56 % no sabe o no está de acuerdo con que sea fácil negarse al ofrecimiento de drogas por parte de los amigos; el resultado de este ítem

junto al de otros indica que hay que trabajar las habilidades sociales en cuanto a defender sus derechos y opiniones frente a la presión grupal.

El 93 % reconoce los peligros que entraña el consumo de medicamentos sin prescripción médica.

Habilidades sociales:

Un 28 % no se consideran capaces de manifestar abiertamente sus quejas, y al 29 % les cuesta exponer sus opiniones en público.

Un 35 % se deja llevar por el grupo de amigos en contra de su voluntad y sus intereses y al 32 % les cuesta expresar opiniones diferentes a las de sus amigos.

El 24,5 % no resiste la presión de la gente que le incita a beber.

Cuestionario de ocio y tiempo libre:

Nadie recuerda todas las ofertas que para el tiempo libre ofrece su localidad y un 80% no hace mención ni de la mitad de ofertas ni en cantidad ni en variedad.

1.4. La prevención en los objetivos de los respectivos Proyectos de Centro

En las finalidades de ninguno de los centros aparecen referencias específicas de la educación para la salud y tampoco en los objetivos de etapa ni de área que no sean las que la administración determina como mínimas.

Esto nos viene a confirmar que el profesorado en general no es sensible a la problemática que en torno a las drogas existe en estas poblaciones y por lo tanto no es de extrañar que la demanda de ayuda haya venido de un sector externo a los centros docentes, concretamente

del Instituto Provincial de Asuntos Sociales (IPAS), y lo que es más grave, que no siempre encontremos la buena disposición que sería deseable en el profesorado en general.

Por otro lado, una vez realizado el diagnóstico inicial nos llama la atención el hecho de no encontrar datos especialmente alarmantes que nos permitan identificar los factores de riesgo que están colocando a estas poblaciones entre las más castigadas por el azote de la droga, lo cual nos hace reflexionar sobre distintos aspectos:

1º Por un lado nuestra intervención preventiva llega a tiempo ya que el consumo de cualquier tipo de droga es muy bajo.

2º Por otro lado, de la relativa normalidad que encontramos, deducimos que los factores de riesgo deben hacer su mayor presión a partir de estas edades por lo que planteamos los objetivos en base a esos factores de riesgo de los que nos queremos proteger.

2ª DISEÑO DEL PROGRAMA

2.1. Documentación bibliográfica

Además de contar con la experiencia que da el haber realizado prevención desde varias áreas y en distintas etapas y con los conocimientos que proporciona el preparar dos libros de prevención de drogas en la escuela, para hacer este programa, nos hemos documentado extensamente, para lo cual hemos seguido los siguientes pasos:

1º. - Elaboración de criterios de documentación bibliográfica. Por la temática de nuestra investigación, las palabras claves más utilizadas en la búsqueda de documentación han sido:

-Drogodependencia y escuela.

-Métodos de prevención en la Escuela.

-Experiencias sobre prevención de drogas en distintos ámbitos, primando los centros educativos.

-Prevención familiar

2º.- Elección de los centros que pueden aportar bibliografía. En nuestro caso hemos utilizado:

-Centro de profesores.

-Comisionado para la Droga

-Consejería de Salud.

-Diputación Provincial.

-Centro Provincial de Drogodependencias (C.P.D.).

-Escuela Andaluza de Salud Pública.

-Fundación de Ayuda al Drogodependiente (F.A.D.).

-Plan Nacional contra la Droga

-Universidad de Jaén.

-Universidad de Granada.

-U.N.E.D.

3ª. - Posteriormente se procedió a ordenar la bibliografía según los criterios de selección.

Cada documento seleccionado se ha analizado y clasificado en función de la parte de la investigación a la que puede aportar algo, para más tarde realizar la lectura y confección de resúmenes, fichero de citas, conclusiones y datos bibliográficos.

2.2. -Elaboración del programa

En la elaboración del programa hemos establecido:

- Objetivos
- Metodología.
- Material de trabajo.

Estos pasos están contemplados en el apartado correspondiente a la presentación de nuestro programa y con más detalle en cada una de las sesiones que se aplica con el alumnado (anexo II).

3ª APLICACIÓN DEL PROGRAMA

Para llevar a la práctica el programa hemos seguido la planificación que se detalla a continuación:

Cuadro 5.7.:Planificación del mes de septiembre

MES	DIA	ACTIVIDAD	LUGAR	RESPONSABLE
S E P T I E M B R E	1	Reunión con el equipo de Huelma para presentar el programa. Primera toma de contacto. Presentación de un calendario provisional y reparto de tareas.	Huelma	Directora IPAS Psicólogo Autor
	2	Reunión con el Jefe de Servicio de Ordenación Educativa para comentarle el programa y ver la forma de introducirlo en la escuela. Comenta que en las revisiones trimestrales del PCC.	Jaén	Autor
	3	Presentación del programa a la Diputada de Bienestar Social la cual lo desvía al CPD.	Jaén	Directora IPAS
	6	Reunión con el Director del C.P. Virgen de la Fuensanta de Huelma para presentarle el programa y proponerle su aplicación en el Centro. Quedamos en que lo hablará con el coordinador de 1er ciclo de E.S.O. y el presidente del AMPA y nos vemos otro día.	Huelma	Directora IPAS Director del Centro
	7	Reunión con el Director del C.P. Comarcal Castillo de Alhabar de Cambil para presentarle el programa y proponerle su aplicación en el Centro. Quedamos en que lo hablará con el coordinador de 1er ciclo de E.S.O. y el presidente del AMPA y nos vemos otro día.	Cambil	Directora IPAS Director del Centro Autor
	11	Reunión con los responsables del CPD para darle el visto bueno al programa. El programa le parece novedoso e interesante.	Jaén	Directora suplen. Directora IPAS. Autor
	22	Presentación del programa al coordinador/a del 1er ciclo de eso. Este ,posteriormente, lo presentará al resto de compañeros en la reunión de ciclo y concretarán la participación, el calendario y horario de aplicación.	Cambil Huelma	Autor
	25	Envío de cartas a los padres de alumnos convocándolos a la reunión informativa.	Cambil Huelma	Directora IPAS
	26	Reunión con el equipo para ultimar programa y calendarios	Huelma	Directora IPAS Psicólogo Autor

Cuadro 5.8.:Planificación del mes de octubre

MES	DIA	ACTIVIDAD	LUGAR	RESPONSABLE
O C T U B R E	2	Reunión con los padres en Huelma para presentarle el programa y demandar su colaboración. Asisten 46 personas. Se les entrega una ficha de inscripción donde pueden especificar el día y hora que mejor les viene y se pone una fecha límite para su entrega.	Huelma	Directora IPAS Autor Presidente APA
	6	Reunión con los profesores de cada Centro que van a aplicar la parte primera para comentar el material.	Cambil Huelma	Autor Profesores
	7	Reunión con los padres en Cambil. Asisten 26 personas	Cambil	Director Centro Autor
	8	Se pasan cuestionarios en Huelma a los alumnos de los tres cursos de 2º de E.S.O.	Huelma	Psicólogo. Directora IPAS
	10	Se pasan cuestionarios a los alumnos de los dos cursos de 2º de E.S.O.	Cambil	
	10-17	Se corrigen los cuestionarios		Equipo
	18	Curso de Formación de Monitores de Prevención de Drogas en el Medio Familiar	Sevilla	Autor Direct. IPAS
	20	1ª sesión informativa a los tres cursos de Huelma (clase de E.F.). 1ª sesión informativa a los dos cursos de Cambil	Huelma Cambil	Profesora de.EF. Profesor Matem.
	22	2ª sesión informativa a los tres cursos de Huelma (clase de E.F.). 2ª sesión informativa a los dos cursos de Cambil	Huelma Cambil	Profesora de E.F .Profesor Matem
	27	3ª sesión informativa a los tres cursos de Huelma (clase de E.F.) y Cambil	Huelma Cambil	Profesora de E.F .Profesor Matem
29	4ª sesión informativa a los tres cursos de Huelma (clase de E.F.) y Cambil. 1ª sesión con padres en Huelma	Huelma Cambil	Profesora de EF/Profesor Matem	

Cuadro 5.9.:Planificación del mes de noviembre

MES	DIA	ACTIVIDAD	LUGAR	RESPONSABLE
N O V I E M B R E	4	2ª sesión con padres Cambil	Cambil	Profes.
	5	2ª sesión con padres en Huelma	Huelma	Directora IPAS
	10	1ª sesión de HS.	Cambil	Psicólogo
	11	3ª sesión con padres en Cambil/ HS en Huelma	Huelma Cambil	Psicólogo Directora IPAS
	12	2ª de HS en Cambil/ 3ª sesión con padres en Huelma / HS. en Huelma	Cambil Huelma	Psicólogo Directora IPAS
	13	HS. en Huelma	Huelma	Psicólogo
	14	HS. en Huelma	Huelma	Psicólogo
	17	3ª sesión de HS. en Cambil	Cambil	Psicólogo
	18	4ª sesión con padres en Cambil /HS en Huelma	Huelma Cambil	Psicólogo Directora IPAS
	19	4ª sesión de HS. En Cambil/ 4ª Sesión con padres en Huelma /HS Huelma	Huelma Cambil	Psicólogo Directora IPAS
	20	HS. Huelma	Huelma	Psicólogo
	21	HS en Huelma	Huelma	Psicólogo
	24	5ª de Cambil	Cambil	Psicólogo
	25	5ª sesión con padres en Cambil/ HS en Huelma	Huelma Cambil	Psicólogo Directora IPAS
26	6ª de Cambil / 5ª sesión con padres en Huelma/ HS. Huelma	Huelma Cambil	Psicólogo Directora IPAS	

Cuadro 5.10.:Planificación del mes de diciembre

MES	DIA	ACTIVIDAD	LUGAR	RESPONSABLE
D I C I E M B R E	2	6ª Sesión con padres en Cambil	Cambil	Psicólogo
	3	6ª sesión con padres en Huelma	Huelma	Directora IPAS
	4	HS en Huelma	Huelma	Psicólogo
	5	HS en Huelma	Huelma	Psicólogo
	9	7ª sesión con padres en Cambil	Cambil	Directora IPAS
	10	7ª sesión con padres en Huelma.	Huelma	Directora IPAS
	17	2ª pasada de cuestionarios en Cambil	Cambil	Psicólogo
	19	2ª pasada de cuestionarios en Huelma	Huelma	Psicólogo

4ª EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Para Carballo (1991), la evaluación de Programas de Orientación se entiende desde una perspectiva amplia que concibe la evaluación como el proceso de recogida, análisis e interpretación de la información que va a servir de soporte para la toma de decisiones en base a un juicio de valor. La adopción de este nuevo enfoque ha sido paralela al cambio en la concepción de la Orientación que ha pasado de considerarse únicamente como intervenciones basadas en servicios a intervenciones basadas en programas.

Según Pineault y Daveluy (1990), la evaluación de un programa de Educación para la Salud debe responder a tres niveles:

- a) Los efectos del programa, es decir, el logro de los objetivos, así como otras posibles consecuencias (los resultados).
- b) La validez de las actividades (el proceso)
- c) La adecuación de los recursos (la estructura).

A. Evaluación de resultados

Los autores citados hacen una distinción importante entre la eficacia potencial de un programa y su eficacia real (efectividad). La eficacia potencial se refiere a los resultados obtenidos en las condiciones óptimas de aplicación del programa, generalmente en condiciones experimentales rigurosas. La efectividad hace referencia a lo que sucede cuando el programa es aplicado en situaciones reales.

La evaluación de la eficacia de un programa de Educación para la Salud presenta importantes problemas prácticos. Las entidades e instituciones dedicadas a la realización de programas de Educación para la Salud, frecuentemente con limitaciones presupuestarias importantes,

privilegian la puesta en marcha de sus proyectos en detrimento de la evaluación de la eficacia de los mismos. Sólo las subvenciones para investigación permiten generalmente realizar una evaluación seria.

Incluso cuando hay recursos disponibles, la evaluación de la eficacia de un programa se convierte en una cuestión delicada. Estos autores exponen varios dilemas de la evaluación en el campo de la Educación para la Salud; uno de ellos se refiere a los efectos a corto plazo versus efectos a largo plazo. En este sentido es difícil emitir un juicio evaluativo preciso respecto a los efectos de un programa sobre el comportamiento de sus destinatarios. En general, todo aprendizaje tiende a perder su eficacia con el tiempo, a menos que se refuerce periódicamente. Así, el momento en el que se efectúa la medición de los resultados influye notablemente en la interpretación de la eficacia del programa. Además ciertos comportamientos pueden no detectarse hasta transcurrido un periodo de latencia que puede variar de unas pocas semanas a varios años. Esto sucede particularmente durante la adolescencia, cuando los comportamientos son más exploratorios.

Aunque la medición del objetivo final del programa (reducir la incidencia del abuso de drogas entre los adolescentes) plantea numerosas dificultades de orden metodológico y práctico, es posible evaluar a corto plazo resultados intermedios, tales como la posible modificación de hábitos, información y actitudes relacionados con las drogas; para ello hay que:

- Establecer criterios de evaluación. En nuestro caso el criterio será la existencia de diferencias significativas entre el pretest y el postest.
- Seleccionar y aplicar instrumentos de medición.

- Analizar datos obtenidos mediante instrumentos de evaluación, en este sentido nosotros utilizaremos algunos contrastes estadísticos aplicados mediante el programa SPSS.

B. Evaluación del proceso

La evaluación del proceso atiende al desarrollo de las actividades, y busca asegurar que la aplicación real del programa corresponde a lo previsto en el momento de su elaboración, a fin de poder realizar los oportunos ajustes. Un programa cambia a lo largo de su implantación. Es necesario contar con mecanismos de evaluación que favorezcan esta adaptación sin desviarse de los objetivos perseguidos. Estos mecanismos intentan asegurar un seguimiento regular del programa. Tal y como se propone en el apartado relativo a las tareas de implantación, corresponde a la persona responsable del programa asegurar este seguimiento y adecuación continua

C. Evaluación de la estructura

Este tipo de evaluación atiende particularmente a la cantidad, calidad y disponibilidad de los recursos humanos, técnicos y financieros del programa. La persona responsable del mismo tendrá que hacer el balance de los recursos invertidos, por lo que es importante que cuente en su tarea evaluadora con el apoyo de todo el equipo que hace posible la aplicación del programa

Tercera parte:

INVESTIGACIÓN

CAPITULO VI:

EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: METODOLOGÍA

CAPITULO VI:

EVALUACIÓN DE NUESTRA INVESTIGACIÓN: METODOLOGÍA

1. HIPOTESIS	253
2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	254
3. MUESTRA.	256
4. VARIABLES.....	257
5. FUENTES DE INVALIDACIÓN.	259
6. PROCEDIMIENTO.....	261
7. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.	263

El problema planteado en la evaluación de la investigación es comprobar la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias, que consta de dos niveles, el primero de los cuales interviene sólo con el alumnado y el segundo incluye, además, una intervención con los padres y madres del alumnado, de forma que se pueda determinar si esta intervención incide en ciertos aspectos de sus hijos.

1. HIPÓTESIS

Las hipótesis que se pretenden validar con esta investigación son las siguientes:

1ª - Existen diferencias significativas en la información del alumnado de 2º de E.S.O., en relación con el rechazo al tabaco, alcohol y otras drogas, en función de que se les aplique o no el programa de prevención de drogas, siendo estas diferencias favorables al rechazo en el caso de que se les aplique dicho programa.

2ª- La aplicación de un programa de prevención familiar a los padres del alumnado determinará una mejor información de este último en cuanto al rechazo de tabaco, alcohol y otras drogas, que si no se realiza la intervención con los padres.

3ª- Existen diferencias significativas en la actitud del alumnado de 2º de E.S.O., en relación con el rechazo al tabaco, alcohol y otras drogas, en función de que se les aplique o no el programa de prevención, siendo estas diferencias favorables al rechazo en el caso de que se les aplique dicho programa.

4ª- La aplicación de un programa de prevención familiar a los padres del alumnado determinará una mejor actitud de este último en cuanto al

rechazo de tabaco, alcohol y otras drogas, que si no se realiza la intervención con los padres.

5^a- Existen diferencias significativas en los hábitos de consumo, del alumnado de 2º de E.S.O., en relación con el tabaco, alcohol y otras drogas, en función de que se les aplique o no el programa de prevención de drogas, siendo estas diferencias desfavorables al consumo en el caso de que se les aplique dicho programa.

6^a- Existen diferencias significativas en los hábitos de consumo del alumnado de 2º de E.S.O., en relación con el tabaco, alcohol y otras drogas, en función de que se les aplique o no un programa de prevención de drogas a sus padres, siendo estas diferencias desfavorables al consumo en el caso de que se les aplique a sus padres dicho programa.

7^a- Existen diferencias significativas en las habilidades sociales del alumnado de 2º de E.S.O., en función de que se les aplique o no el programa de prevención de drogas, siendo estas diferencias positivas en cuanto a que el alumnado es socialmente más habilidoso en el caso de que se les aplique dicho programa.

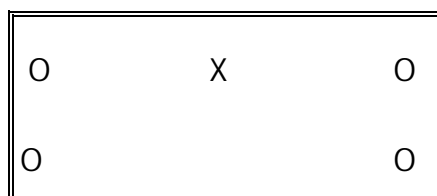
2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación utilizado es el diseño cuasi experimental pretest-postest con grupo de control no equivalente, descrito por León y Montero (1993: 259).

Este diseño es de gran difusión en la investigación de los fenómenos educativos. Consta de dos grupos, experimental y de control, que han recibido tanto el pretest como el postest ciertamente sin igualación preexperimental por aleatorización. Los grupos constituidos lo son de forma natural, clase o curso concreto; el tratamiento X se asigna

por azar a uno cualquiera de los grupos. El diagrama típico sería el siguiente:

Cuadro 6.1.:Diagrama del diseño con grupo de control



Aunque este tipo de investigación también tiene sus limitaciones, es la que mejor se adapta, en este caso, al contexto en el que se va a desarrollar la investigación, ya que algunas condiciones no se pueden manipular y en definitiva se trata de probar que algo funciona tal y como refieren León y Montero (1993:256), cuando dicen que una investigación aplicada hace referencia a una determinada intervención en una situación para modificarla en un sentido socialmente deseable.

Para Jiménez y otros (1987: 375) “cuanto más similares sean en su reclutamiento el grupo experimental y el de control, y así sean constatadas tras la realización del pretest respectivo, más eficaz resultará el control”.

En nuestro caso el esquema del diseño es el siguiente:

Cuadro 6.2.:Esquema del diseño de nuestra investigación

Grupo	Aplic.Cuest.	Progr.Alumn.	Progr.Padres	Aplic.Cuest.
A (Control)	O			O
B (Experim.1)	O	X		O
C(Experim.2)	O	X	Y	O

En este esquema las filas constituyen subgrupos, representando **O** la observación realizada en el pretest y en el posttest, **X** el tratamiento con los alumnos (aplicación del programa) e **Y** el tratamiento con los padres y madres (aplicación del programa de padres y madres).

El subgrupo A está formado por un grupo natural de 2º de E.S.O. de Huelma a los cuales sólo se les ha pasado el pretest y el posttest.

El subgrupo B está integrado por tres grupos, también respetando la distribución natural de las aulas, dos a Cambil y uno a Huelma.

El subgrupo C está integrado por el alumnado de un curso de Huelma.

Por lo tanto, por localidades, la distribución en los grupos quedaría como representa el siguiente cuadro:

Cuadro 6.3.: Distribución de grupos por localidades.

Poblaciones	G. de Control	G. Experimental 1	G. Experimental 2
Huelma	1	1	1
Cambil	0	2	0

3. MUESTRA

La muestra está constituida por 125 sujetos que suponen la totalidad de la población de Huelma y Cambil que cursan estudios de 2º curso de E.S.O. Al tratarse de un nivel obligatorio, estamos hablando de la práctica totalidad de la población, de estos núcleos urbanos, comprendida en el intervalo de edad de 13-14 años. Ya se ha comentado que lo que se pretende es determinar la validez de un programa elaborado para un contexto concreto, por lo que no pretendemos en este estudio

hacer extensivos los resultados a otros sujetos diferentes de los de nuestra muestra.

Los alumnos se encuentran agrupados en cinco cursos, tres en Huelma y dos en Cambil, habiéndose hecho la distribución de los mismos a los grupos por orden alfabético. El número de alumnos por clase está entre 26 y 29. Las clases son asignadas al azar a las distintas condiciones experimentales y de intervención.

Los centros en los que se va a llevar a cabo la investigación son el Colegio Público Nuestra señora de la Fuensanta, en Huelma (Jaén), y el Colegio Público Castillo de Alhabar, en Cambil (Jaén)

4. VARIABLES

Las hipótesis anteriores ponen en relación las variables independientes y dependientes que coexisten en la investigación.

Las variables dependientes, en este caso y refiriéndonos a las drogas (tabaco, bebidas alcohólicas, psicofármacos y drogas ilegales).son:

- La información del alumnado.
- La actitud.
- Los hábitos de consumo.
- Las habilidades sociales del alumnado.
- Las actividades que realizan en su tiempo libre.

La variable independiente es la aplicación del programa de prevención, y consta de dos niveles: el primero que supone la intervención sólo con los alumnos, y el segundo que incluye, también, la intervención con padres.

Se controlan variables de:

- *Inteligencia general*: a través del rendimiento académico, el cual es prácticamente el mismo en todos los grupos, existiendo en todos algunos alumnos destacados y algunos con retraso por haber repetido un curso.

- *Estatus socioeconómico*: como se ha visto en el análisis del contexto, el nivel socioeconómico de ambas poblaciones es bastante homogéneo.

Se estudian y contrastan variables de:

Consumo de drogas

Actitudes

Información

Habilidades sociales

Ocupación del tiempo libre

El control del primer grupo de variables mencionadas se realiza asignando a los sujetos a cada grupo según el apellido ya que se trata de grupos naturales en los que el alumnado se ha repartido en las diferentes aulas siguiendo el orden alfabético de sus apellidos.

El control de las variables del segundo grupo estaba previsto hacerlo formando subgrupos de sujetos que muestran puntuaciones similares en cada una de estas variables y repartiendo a estos sujetos de forma equilibrada en los diferentes grupos, pero ante las puntuaciones equilibradas que arrojan los cuestionarios no ha sido necesario la formación de dichos subgrupos ya que se ha comprobado, como veremos más adelante, que no existen diferencias significativas entre los distintos grupos en las medidas del pretest.

5. FUENTES DE INVALIDACIÓN

Analizamos a continuación las posibles fuentes de invalidación, referidas a la validez interna.

La historia.

En lo que se refiere a acontecimientos específicos ocurridos en el desarrollo de la experimentación, los cuales pueden afectar la actuación de los sujetos antes o después del tratamiento experimental, no tuvo lugar durante el desarrollo de la investigación ninguna campaña en los medios de comunicación ni algún otro acontecimiento que pudiese influir en el cambio de actitudes de los sujetos.

Aplicadores del programa.

La fuente de sesgo que pueden constituir aquí los aplicadores del programa, profesores y expertos, se intentó controlar mediante la coordinación de la aplicación en las reuniones de asesoramiento y seguimiento, de forma que ésta se llevase a cabo de acuerdo a las mismas consideraciones metodológicas y didácticas. También se controló haciendo que la mayor parte del programa, ocho de las diez sesiones de que se compone, fuese aplicado por las mismas personas, por lo que las sesiones de la parte de información las impartió la profesora de educación física y las seis correspondientes a la segunda parte del programa corrieron a cargo de un psicólogo.

Expectativas del experimentador

Tampoco éstas han inducido variación alguna en los comportamientos de los sujetos, entendiendo por comportamientos las variables que se están estudiando (actitudes, hábitos de consumo, etc.), ya que no ha sido el mismo investigador el que ha aplicado el programa, sino otros expertos, que como ya se ha comentado, han sido los mismos en el pretest y en el postest.

En cuanto al horario de aplicación, al hacerse dentro del horario escolar a razón de dos sesiones por semana, todas de la misma duración, no ha habido diferencias significativas en la aplicación del programa.

La maduración.

En este sentido, se puede afirmar que dos meses es un espacio de tiempo muy corto para que pueda producirse un cambio madurativo relevante entre la aplicación del pretest y la del posttest, más aún cuando todos los alumnos y alumnas destinatarias se hallan en la misma etapa evolutiva. Así pues, la maduración se estima controlada en cuanto se supone que actuará de forma similar en los grupos, dada la igualdad inicial de los mismos.

Por otra parte, cualquier maduración en este sentido tiende a provocar en el alumnado, según manifiestan los estudios de Rooney y Villahoz (1990), una tendencia a aumentar las actitudes permisivas hacia el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, por lo que la maduración constituiría un elemento que daría más consistencia a los resultados del posttest.

La instrumentación.

En este sentido no ha habido ningún cambio en los instrumentos de medición utilizados, por lo que esta posible fuente de sesgo no lo es en este caso.

La mortalidad experimental.

En nuestro caso, al tratarse de sujetos en edades de escolaridad obligatoria, los efectos de la mortalidad experimental quedan limitados al mínimo al depender del traslado de algún alumno o alumna o de alguna causa no deseada. En realidad no se produjo ningún caso.

Las posibles interacciones entre selección-maduración.

Recurrir a los grupos de control es una forma de controlar estas interacciones.

Así pues, estas posibles interacciones quedan controladas por las propias características del diseño.

En cuanto a la *validez externa*, Campbell y Stanley (1.966) consideran que las fuentes de invalidación de la misma (interacción de administración de tests y X, interacción de selección y X, e interferencia de X múltiples) quedan controladas por las características del diseño.

6. PROCEDIMIENTO

Fase I:

Información de lo que se va a hacer a cada uno de los sectores en los que se va a intervenir y aplicación de la batería de cuestionarios.

En la primera sesión se informa a los sujetos de que se va a realizar en el centro un programa preventivo del consumo de drogas por un grupo de psicólogos y pedagogos en colaboración con los profesores de centro y que con este fin se pide su colaboración para responder a los cuestionarios que se les proporcionan, aclarándoles que la colaboración es anónima.

A continuación se les pasan los cuestionarios. El experto procede a la lectura y explicación de cada ítem, tras lo cual el alumnado responde.

Todo el material se corrige inmediatamente con el fin de tener un conocimiento preciso de los sujetos con respecto al tema a tratar, y valorar la conveniencia de realizar subgrupos específicos en orden a

controlar algunas variables de consumo, actitudes, información, etc. que pueden distorsionar la investigación.

Fase II:

Se procede a la aplicación del programa, tanto a los alumnos como a los padres. Tras la aplicación de los programas se vuelven a pasar los cuestionarios.

Fase III:

Se analizan los resultados y se elaboran conclusiones. El procedimiento estadístico seguido ha consistido en analizar cada una de las variables estudiadas tal y como a continuación se detalla:

1º Se ha realizado un análisis de varianza para comparar los resultados del pretest en los distintos grupos y variables para comprobar si existían diferencias significativas entre ellos antes de aplicar el programa.

2º De igual forma se ha realizado un análisis de varianza, en cada una de las variables, para ver las diferencias intragrupos entre el pretest y el posttest.

3º En los cuestionarios de actitud los análisis se han hecho para cada una de las variables, tabaco, alcohol y otras drogas y en el caso de las actitudes, además para cada uno de los componentes dentro de cada sustancia, perceptivo, afectivo y comportamental.

7. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Recogida de información

El trabajo con los alumnos se inicia con la aplicación de una serie de cuestionarios (anexo III) a todos los participantes en el programa, con el fin de evaluar aspectos puntuales de los alumnos con respecto a las drogas (conocimientos, actitudes, hábitos de consumo) y a otros aspectos que nos interesan de cara a la intervención (habilidades sociales y alternativas de tiempo libre).

Antes de iniciar la aplicación de los cuestionarios se ha realizado una exposición a los alumnos de lo que se pretende y espera de ellos con la puesta en marcha del programa, el contenido del mismo y el procedimiento.

Cuestionarios utilizados

Los cuestionarios que hemos empleado para nuestra investigación se han utilizado anteriormente en distintos estudios, comenzando por la Tesis Doctoral presentada por Macía¹ (1983), distintas publicaciones sobre el tema Macía y otros (1993), y recomendados en el último libro del mencionado autor (1997) donde forman parte del mismo,

● *Cuestionario de información*

Tiene por objeto evaluar el conocimiento de los alumnos sobre el tabaco, alcohol, psicofármacos y drogas ilegales.

El cuestionario consiste en una prueba de "verdadero- falso" donde se ha introducido una tercera alternativa de respuesta "?", a señalar cuando no se conociese la respuesta correcta, (ver anexo III).

¹ Tesis dirigida por la Doctora Doña Rocío Fernández Ballesteros.

El cuestionario sobre alcohol es un resumen (10 ítems) de uno más extenso de Piqueras (1973), con el fin de conseguir acortar el tiempo de aplicación. La reducción se realizó mediante criterios racionales por tres jueces expertos en el tema.

Con los ítems sobre tabaco, psicofármacos y drogas se pretende obtener información sobre el grado de conocimiento del alumnado sobre las restantes drogas.

A estos cuestionarios les hemos realizado una prueba para comprobar su fiabilidad, concretamente el procedimiento ha consistido en calcular la correlación de Pearson entre las dos mitades en las que se ha dividido la escala y posterior aplicación de Sperman-Brown para el caso de la longitud doble.

También se ha calculado el grado de consistencia interna, utilizando para ello el Alpha de Crombach.

Los resultados que arrojan estas pruebas han sido:

Fiabilidad: dos mitades de Sperman-Brown = 0,720.
Consistencia: Alpha de Crombach = 0,740

● *Cuestionario sobre hábitos de consumo*

La información suministrada por este cuestionario es fundamental para la evaluación de la efectividad del programa sobre los hábitos de los alumnos.

El objetivo del cuestionario es recoger de la forma más precisa y exacta información sobre el consumo de todos los tipos de drogas. Consta de seis ítems con distintos apartados cada uno, (ver anexo III).

● *Cuestionario de actitudes*

Este cuestionario, que consta de tres apartados, recoge información sobre el uso del tabaco, alcohol, psicofármacos y drogas ilegales

El primer apartado responde a las conclusiones de Guilford, Taylor y Parker citados por Macía (1986), que argumentan que una simple pregunta general puede, en ocasiones, proporcionar una buena medida de las actitudes de los interrogados. El segundo apartado de las escalas de actitud evalúa la actitud, en su componente afectivo, hacia el consumo de la sustancia, y su elaboración responde a la técnica del diferencial semántico de Osgood. El tercer apartado de las escalas evalúa las intenciones de conducta. Para su construcción se utilizó la técnica de Likert de calificaciones sumadas, que recoge y elabora gran cantidad de frases sobre el tema de las drogas, intentando que éstas sean de antemano desfavorables o favorables. Se agruparon con relación a los tres componentes de la actitud, cognitivo, afectivo y comportamental. A continuación se aplican las nueve escalas (tres para el alcohol, tres para el tabaco y tres para otras drogas) a todos los alumnos, pidiéndoles que muestren su acuerdo o desacuerdo a cada una de las frases a través de cinco opciones: "Muy de acuerdo", "de acuerdo", "indiferente", "desacuerdo" y "muy en desacuerdo". (Ma/A/?/D/MD). Tras esto se calcula la puntuación total de cada alumno en cada escala, dando unos valores numéricos de 5 a 1, respectivamente, a las cinco modalidades de respuesta, excepto en las frases desfavorables donde se invierte la puntuación. Se elige el 25% superior e inferior de los alumnos. Posteriormente se calcula la media de los valores numéricos de las respuestas dadas a cada elemento en ambos grupos extremos, así como la diferencia de medias. Finalmente se eligen para la escala definitiva aquellas frases que discriminen entre los sujetos de ambos grupos, (ver anexo III).

En esta escala también hemos calculado la fiabilidad y consistencia interna, obteniendo los resultados que aparecen a continuación:

Fiabilidad: dos mitades de Spermán-Brown = 0,672.

Consistencia: Alpha de Crombach = 0,719

● *Cuestionario de habilidades sociales*

Hemos aplicado el cuestionario de habilidades del aprendizaje estructurado de Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (1989), (ver anexo III).

Pasadas las pruebas de fiabilidad y consistencia, éstas han arrojado los siguientes resultados:

Fiabilidad: dos mitades de Spermán-Brown = 0,662
--

Consistencia: Alpha de Crombach = 0,697

● *Cuestionario de alternativas de tiempo libre*

Consta de 20 elementos en los que se enumeran distintas actividades posibles a realizar en el tiempo libre (ver la televisión, leer, hacer deporte, etc.), en el que se pregunta por la frecuencia con que se realizan. Un segundo apartado considera que aún no realizándolas sí le gustaría hacerlo y en qué medida, (ver anexo III).

Todo el material recogido fue corregido inmediatamente con el fin de tener un conocimiento preciso de los alumnos con respecto a los distintos temas a desarrollar en las sesiones de trabajo y hacer las modificaciones necesarias de adaptación del programa al alumnado.

CAPITULO VII:

RESULTADOS OBTENIDOS, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

CAPITULO VII:

RESULTADOS OBTENIDOS, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1. RESULTADOS.	271
2. DISCUSIÓN.	272
3. CONCLUSIONES.	285
4. PROPUESTAS:	292
4.1. Propuestas de continuación.	297

1. RESULTADOS

Como hemos visto la distribución de las intervenciones es la que sigue: Cuadro 7.1.:Esquema del diseño de nuestra investigación

Grupo	Aplic.Cuest.	Progr.Alumn.	Progr.Padres	Aplic.Cuest.
A	O			O
B	O	X		O
C	O	X	Y	O

En cuanto a la técnica a seguir, León y Montero (1993:276), señalan que "cuando las muestras son más de dos o las variables independientes analizadas son también plurales, la técnica más utilizada es el análisis de varianza".

Los diseños que conllevan más de una medida al mismo grupo (pre-post) utilizarán un modelo de medidas repetidas. Cuando este tipo de medida se combina con un grupo control, se puede aplicar un diseño mixto (factor inter-sujetos y factor intra-sujetos) o un análisis de covarianza. En este segundo caso, se utiliza la medida del pretest, en ambos grupos, como covariable de la medida en el posttest.

Los cálculos estadísticos se han realizado con el SPSS/PC+ en su versión 8.0. El SPSS es un conjunto de programas informáticos que posee el objetivo general de realizar análisis estadísticos y es capaz de leer unos datos, manipularlos, realizar análisis y presentar los resultados del conjunto de pruebas de hipótesis que presenta con muchas posibilidades de control y decisión.

2. DISCUSIÓN

Al iniciar la presente investigación, nos propusimos realizar una acción preventiva eficaz, basada en una intervención global que actuase sobre los distintos frentes que influyen en el individuo; para ello seleccionamos las acciones que en otros contextos se habían mostrado eficaces y las adaptamos al nuestro, modificándolas, completándolas y unificándolas en un solo programa que resultase coherente y temporalmente aplicable. A la vez incluimos como novedoso el trabajo paralelo con los padres, aún a sabiendas de la dificultad que entrañaba el comprometerlos para que asistiesen a ocho sesiones de más de una hora, en las noches de invierno. Una vez concluida la aplicación de los programas y recogida la información, sólo queda ver los resultados, contrastar hipótesis y extraer conclusiones.

Una **primera hipótesis** se refería a que la aplicación del programa podría modificar la información que el alumnado tuviese sobre las drogas. Esta primera hipótesis se ha confirmado parcialmente, ya que, observando los resultados que nos ofrece la tabla 7.2, nos damos cuenta de que no existen diferencias significativas en los distintos grupos antes de comenzar el tratamiento en cuanto a información se refiere, la cual viene desglosada en sus tres apartados de tabaco, alcohol y otras drogas.

Tabla 7.2.:Análisis de varianza entre grupos. pretest de información.

INFORMACIÓN		Suma de Cuadrad.	gl	F	Sig.
TABAC	Inter-grupos	8,413	2	1,109	0,333
	Intra-grupos	470,469	124		
	Total	478,882	126		
ALCOH	Inter-grupos	1,402	2	0,176	0,839
	Intra-grupos	494,331	124		
	Total	495,732	126		
DROGA	Inter-grupos	2,977	2	0,293	0,747
	Intra-grupos	629,921	124		
	Total	632,898	126		
TOTAL	Inter-grupos	11,335	2	0,217	0,805
	Intra-grupos	3242,854	124		
	Total	3254,189	126		

Posteriormente se realizó un análisis intragrupos para ver las posibles diferencias pretest/postest. Los resultados de este análisis se presentan en las tablas 7.3., 7.4. y 7.5.; que como se puede observar, sí aparecen diferencias significativas, concretamente en la información relacionada con el tabaco, el alcohol, las drogas y la información total del

grupo experimental 1 (tabla 7.3) y en la información relativa al alcohol del grupo experimental 2 (tabla 7.4).

Adicionalmente, tal y como se esperaba, no se han encontrado diferencias significativas para el grupo control entre la información del pretest y la del postest, respecto al tabaco, al alcohol, a otras drogas ni a la información total (tabla 7.5).

Tabla 7.3: Análisis de varianza intragrupo. Pretest/Postest de los cuestionarios de información, G. Experimental 1.

INFORMACIÓN		Suma de Cuadrad.	gl	F	Sig.
TABAC	Inter-grupos	35,998	1	10,002	,002
	Intra-grupos	561,470	156		
	Total	597,468	157		
ALCOH	Inter-grupos	25,231	1	6,569	,001
	Intra-grupos	599,148	156		
	Total	624,380	157		
DROGA	Inter-grupos	26,566	1	5,770	,017
	Intra-grupos	718,269	156		
	Total	744,835	157		
TOTAL	Inter-grupos	261,702	1	10,790	,001
	Intra-grupos	3783,792	156		
	Total	4045,494	157		

Tabla 7.4.:Análisis de varianza intragrupo. pretest/postest de los cuestionarios de información, G. Experimental 2.

INFORMACIÓN		Suma de Cuadra.	gl	F	Sig.
TABAC	Inter-grupos	10,800	1	2,523	0,123
	Intra-grupos	119,867	28		
	Total	130,667	29		
ALCOH	Inter-grupos	20,833	1	4,949	0,034
	Intra-grupos	117,867	28		
	Total	138,700	29		
DROG	Inter-grupos	0,133	1	0,032	0,858
	Intra-grupos	115,067	28		
	Total	115,200	29		
TOTAL	Inter-grupos	56,033	1	3,150	0,087
	Intra-grupos	498,133	28		
	Total	554,167	29		

Como se puede apreciar, las diferencias entre el pretest y el postest del grupo experimental 2 sólo son significativas en cuanto a alcohol se refiere

Tabla 7.5. :Análisis de varianza intra grupo. pretest/posttest de los cuestionarios de información. Grupo control.

IFORMACION		Suma de cuadrad	gl	F	Sig.
TABC	Inter- grupos	3,382	1	1,022	0,317
		175,345	53		
	Intra- grupos	178,727	54		
	Total				
ALCOH	Inter- grupos	6,553	1	2,014	0,162
		172,429	53		
	Intra- grupos	178,982	54		
	Total				
DROG	Inter- grupos	1,122	1	0,250	0,619
		237,714	53		
	Intra- grupos	238,836	54		
	Total				
TOTAL	Inter- grupos	29,792	1	1,611	0,210
		979,917	53		
	Intra- grupos	1009,709	54		
	Total				

En cuanto a la **segunda hipótesis**, referida a la diferencia de información en el caso de que el programa se le aplique también a los padres, ésta no se puede confirmar, ya que no hay diferencias

significativas entre los resultados del postest de los grupos experimentales 1 y 2 tal y como se muestra en la siguiente tabla (7.6).

Tabla 7.6.: Resultados de las comparaciones entre las puntuaciones postest de los grupos experimentales 1 y 2 en información.

INFORMACIÓN		Suma de Cuadrad.	gl	F	Sig.
TABAC	Inter-grupos	4,765	1	1,421	,236
	Intra-grupos	325,255	97		
	Total	330,020	98		
ALCOH	Inter-grupos	2,688	1	,741	,391
	Intra-grupos	351,636	97		
	Total	354,323	98		
DROGA	Inter-grupos	4,366	1	1,181	,280
	Intra-grupos	358,543	97		
	Total	362,909	98		
TOTAL	Inter-grupos	3,003	1	,160	,690
	Intra-grupos	1819,543	97		
	Total	1822,545	98		

Esto puede deberse a que la información que el alumnado tiene sobre este tipo de sustancias no viene, en general, de la familia y, por otro lado, a que no ha habido tiempo para que la familia influya. También es un factor a tener en cuenta el hecho de que sólo ha asistido al programa

un miembro de la familia, generalmente la madre, por lo que la influencia queda, aún más si cabe, limitada.

La **tercera hipótesis** referida al cambio de actitudes del alumnado que recibe un programa de prevención, sí se verifica, ya que, tampoco en este caso, se encuentran diferencias significativas entre grupos en el pretest (Tabla 7.7.):

Tabla 7.7.:Análisis de varianza entre grupos. pretest de actitudes.

ACTITUDES		Suma de cuadrad	gl	F	Sig.
TABAC	Inter-grupos	47,276	2	0,209	0,812
	Intra-grupos	14029,638	124		
	Total	14076,913	126		
ALCOH	Inter-grupos	116,583	2	0,269	0,764
	Intra-grupos	26820,594	124		
	Total	26937,177	126		
DROG	Inter-grupos	91,341	2	0,470	0,626
	Intra-grupos	12050,013	124		
	Total	12141,354	126		
TOTAL	Inter-grupos	569,546	2	0,387	0,680
	Intra-grupos	91141,336	124		
	Total	91710,882	126		

Un análisis de las diferencias intragrupos, en cuanto a actitud se refiere nos da los resultados que se observan en la tabla siguiente:

Tabla 7.8.:Análisis de varianza intragrupos. pretest/postest de actitudes. Grupo experimental 1.

ACTITUDES		Suma de Cuadrad.	gl	F	Sig.
TABAC	Inter-grupos	750,978	1	7,455	,007
	Intra-grupos	15714,935	156		
	Total	16465,913	157		
ALCOH	Inter-grupos	477,869	1	3,018	,084
	Intra-grupos	24702,544	156		
	Total	25180,413	157		
DROGA	Inter-grupos	161,931	1	2,314	,130
	Intra-grupos	10918,436	156		
	Total	11080,367	157		
TOTAL	Inter-grupos	4307,842	1	8,150	,005
	Intra-grupos	82456,380	156		
	Total	86764,222	157		

Como se puede apreciar, se dan diferencias significativas en las actitudes respecto al tabaco y en total.

Tabla 7.9: Análisis de varianza intragrupos. pretest/postest de actitudes. Grupo experimental 2.

ACTITUDES		Suma de Cuadrad.	gl	F	Sig.
TABAC	Inter-grupos	381,633	1	5,729	,024
	Intra-grupos	1865,067	28		
	Total	2246,700	29		
ALCOH	Inter-grupos	378,075	1	3,818	,061
	Intra-grupos	2772,467	28		
	Total	3150,542	29		
DROGA	Inter-grupos	414,408	1	4,192	,050
	Intra-grupos	2768,267	28		
	Total	3182,675	29		
TOTAL	Inter-grupos	3520,833	1	6,301	,018
	Intra-grupos	15645,533	28		
	Total	19166,367	29		

En este grupo se dan algunas diferencias más que en el grupo experimental 1 ya que aquí las diferencias son significativas en cuanto al tabaco, otras drogas y en total.

Tabla 7.10.: Análisis de varianza intragrupos. pretest/postest de actitudes.Grupo control.

ACTITUDES		Suma de Cuadrad.	gl	F	Sig.
TABAC	Inter-grupos	5,611	1	,042	,839
	Intra-grupos	7126,417	53		
	Total	7132,027	54		
ALCOH	Inter-grupos	1,620	1	,014	,908
	Intra-grupos	6346,908	53		
	Total	6348,527	54		
DROGA	Inter-grupos	32,501	1	,370	,546
	Intra-grupos	4660,908	53		
	Total	4693,409	54		
TOTAL	Inter-grupos	46,200	1	,059	,809
	Intra-grupos	41283,500	53		
	Total	41329,700	54		

Observando la tabla podemos comprobar que la actitud respecto al consumo de tabaco y el total mejora significativamente en el grupo experimental 1 y frente al tabaco, otras drogas y la actitud total mejoran significativamente en el grupo experimental 2, no mejorando significativamente, en ningún aspecto, en el grupo control. Por lo tanto el programa se manifiesta claramente efectivo en el cambio de actitudes.

La **cuarta hipótesis** referida a la mejora de actitudes del grupo experimental 2 respecto al 1 no se confirma, ya que no hay diferencias significativas entre las puntuaciones que ofrecen estos grupos, tal y como se muestra en la siguiente tabla (7.11):

Tabla 7.11.: Resultados de las comparaciones entre las puntuaciones posttest de los grupos experimentales 1 y 2 en información.

ACTITUDES		Suma de cuadrad	gl	F	Sig.
TABAC	Inter-grupos	2,886	1	,000	,985
	Intra-grupos	7702,643	97		
	Total	7702,672	98		
ALCOH	Inter-grupos	108,978	1	2,277	,135
	Intra-grupos	4642,936	97		
	Total	4751,914	98		
DROG	Inter-grupos	24,229	1	,474	,493
	Intra-grupos	4959,609	97		
	Total	4983,838	98		
TOTAL	Inter-grupos	28,591	1	,085	,771
	Intra-grupos	32578,323	97		
	Total	32606,914	98		

La explicación a este hecho es similar a lo que ocurre con la información; en definitiva, poca influencia de la madre sobre la actitud del hijo hacia estas sustancias y poco tiempo transcurrido para ejercer esa influencia, además de que la actitud, en general, se puede considerar bastante aceptable, por lo que es difícil de mejorar y nos movemos en

intervalos muy pequeños que pueden no dar lugar a puntuaciones lo suficientemente separadas como para que la diferencia sea considerada como significativa.

En cuanto a la **quinta y sexta hipótesis** relacionadas con los hábitos de consumo, no se han producido diferencias significativas en ninguno de los apartados, tal y como se puede observar en la tablas que se presentan en el anexo de resultados sobre hábitos de consumo y habilidades sociales (anexo IV), aunque esto era de prever dado, por un lado el bajo nivel de consumo en cualquier tipo de sustancias, tal y como muestra el diagnóstico inicial, y por otro, el hecho de que el trabajo sobre hábitos de consumo es a largo plazo. También se debe tener en cuenta que en la variable hábitos de consumo, lo normal es que estos aumenten a esta edad, por lo que una diferencia no significativa puede ser un éxito, máxime si tenemos en cuenta que el posttest se ha realizado en vísperas de las vacaciones de Navidad, fechas en las que el consumo de todo tipo de drogas se dispara.

En cuanto a la **séptima hipótesis** se refiere, en las habilidades sociales apenas se han observado diferencias significativas, ni entre grupos ni intragrupos. Tan sólo en algunos de los ítems se muestran diferencias tal y como se puede apreciar en las tablas del anexo de resultados. Como resumen de las mismas incluimos la siguiente tabla (7.11).

Tabla 7.11: Diferencias entregrupos e intragrupos en HS.

Items	Diferencias entregrupos prest (Sig.)	Diferencias entregrupos post (Sig.)	Diferencias intragrupo G.Exp.1(Sig.)	Diferencias intragrupo G.Exp.2(Sig.)
1	0,225	0,521	0,913	0,863
2	0,488	0,249	0,437	0,426
3	0,509	0,433	0,546	0,493
4	0,394	0,017*	0,583	0,468
5	0,548	0,464	0,752	0,018
6	0,034*	0,987	0,152	0,515
7	0,096	0,500	0,154	0,802
8	0,025*	0,419	0,771	0,687
9	0,790	0,589	0,995	0,753
10	0,001*	0,717	0,005*	0,036
11	0,713	0,345	0,006*	0,761
12	0,701	0,796	0,604	0,920
13	0,569	0,958	0,384	0,536
14	0,778	0,527	0,200	0,978
15	0,192	0,589	0,136	0,718
16	0,403	0,969	0,301	0,093
17	0,326	0,294	0,942	0,427
18	0,115	0,067	0,501	0,063
20	0,483	0,548	0,486	0,530

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel 0,05.

La explicación puede ser que una sesión es muy poco para cambiar algo y que los cambios se producen a más largo plazo, por lo que lo ideal sería programar unas sesiones de habilidades, para aplicarlas, sólo a los

alumnos que las necesiten, por parte del tutor que es quien conoce al alumnado y comenzando desde el primer curso de Educación Infantil.

3. CONCLUSIONES.

Las conclusiones que presentamos pretenden no sólo valorar lo que ha supuesto el programa en cuanto a proceso programado y aplicado con unos resultados que permiten aceptar o rechazar las hipótesis planteadas, sino, además, hacer una reflexión de cómo se ha vivido esta experiencia, cómo se ha recibido en la escuela, en las familias y en definitiva cuáles son las expectativas que a nuestro entender puede tener un asunto de tanto interés como la prevención de drogas.

Para empezar hemos de realizar algunas consideraciones:

a) Respecto a las condiciones previas a la aplicación del programa:

A pesar de las alarmantes cifras que maneja el Centro Provincial de Drogas respecto al consumo de drogas en estas poblaciones, nos ha llamado la atención el hecho de que tras el análisis inicial hemos comprobado que la información, actitudes y hábitos de consumo del alumnado, respecto al tema que tratamos, son bastante positivas respecto al no consumo. Esto se puede interpretar de varias formas, y nosotros consideramos que algunos de los factores de riesgo que con más intensidad actúen sobre los individuos pueden ser posteriores a la etapa de escolaridad.

En la evaluación del proceso, es importante tener presente los condicionantes que desde primera hora hemos encontrado, a saber, se ha tratado de una intervención puntual, en horario escolar, con escasa colaboración del profesorado, nula colaboración de uno de los equipos directivos, y una participación activa y efectiva del otro, para tratar de prevenir, o sea, evitar una conducta futura y que, por lo tanto,

actualmente no es sufrida como un problema en los Centros, prueba de ello es que no se contempla en los respectivos Planes de Centro la aplicación del programa y la inclusión en el currículum de la Educación para la Salud como materia transversal

Tampoco existe en las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Educación ni en los Centros de Profesorado ningún técnico especialista en materia de prevención. En este sentido se ha dado un paso atrás en los últimos años porque durante unos cursos ha existido un programa de prevención a nivel andaluz con un responsable provincial que, aunque se nombraba por el sistema de libre designación, en algunos casos realizaron un gran trabajo.

Otro ejemplo del desinterés de la administración es que se aprueban leyes que posteriormente no se desarrollan; en el caso que nos ocupa, el ejemplo más importante es el de la Ley de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas 4/1997. En otros casos, como en el de la venta de tabaco y alcohol a menores, lo normal es incumplir la ley.

b) Respecto a la intervención:

Como ya se ha planteado al hablar de los programas inespecíficos y específicos, el que se ha aplicado corresponde a estos últimos, y dentro de ellos a la tercera modalidad: modelos específicos ajenos al currículum escolar. Aunque ya en este capítulo se deja claro que, a nuestro juicio, no es ésta la forma ideal de hacer prevención. Si se pudiese manipular alguna variable como el tiempo, formación del profesorado, participación de los padres, agrupamientos de los alumnos, etc., el programa hubiese tenido otras características, pero para la realidad con la que contamos, después de aplicarlo y ver los resultados, creemos que es la forma más eficaz de prevenir el problema y de hecho continuamos aplicándolo, si bien con algunas modificaciones e intentando implicar cada vez a mayor número de personas.

Ante la falta de apoyo para introducir este tema de manera prioritaria en las distintas programaciones se acordó que la intervención más acertada sería con la aplicación de un programa específico durante unos cursos, de manera que el profesorado poco a poco asumiese la aplicación del mismo y, por otro lado, se fuese despertando la sensibilidad hacia esta problemática y haciéndose de instrumentos para abordarla en el aula.

En cuanto a los instrumentos de medida utilizados unos han sido más adecuados que otros. Algunos de los inconvenientes que presentaban ya los hemos señalado, inconvenientes referidos principalmente a que necesitaban más tiempo del utilizado para reflejar las diferencias habidas a raíz de la aplicación del programa, por lo que el problema está no tanto en los instrumentos en sí como en la temporalización de su aplicación. No obstante, algunos cuestionarios han sufrido pequeñas modificaciones para el curso 98/99, otros se han cambiado y otros sencillamente no se han aplicado porque se necesita un tiempo y unos recursos de los que no disponemos.

En general, la información obtenida a través de los distintos cuestionarios ha sido válida para adaptar la intervención a las actitudes e información previa del alumnado. También han sido útiles para evaluar los resultados aunque, como ya se ha comentado, sería necesario un plazo de tiempo más largo para constatar algunos cambios.

La aplicación del programa ha supuesto un total de 60 horas en sesiones con los alumnos, 12 horas de formación con los padres, 16.625 ítems corregidos, 16.000 folios en material para los alumnos, etc. Más datos sobre reuniones, etc., hemos visto en el capítulo en el que se trata la planificación del programa.

c) En cuanto a los resultados conseguidos y los inconvenientes encontrados:

En la investigación sólo aparecen los resultados que se han pretendido, de alguna forma, medir; aspectos como la inquietud y sensibilidad que la aplicación del programa ha despertado en los distintos colectivos, padres, profesores, compañeros de otros cursos, administración local, fuerzas del orden, establecimientos expendedores, etc., son variables que, a largo plazo, pueden influir tanto como cualquier otra intervención de tipo más directo.

Como se ha podido comprobar, los resultados son lo suficientemente significativos como para confirmar que el camino elegido era acertado y tienen la ventaja de que se han obtenido de la más pura realidad.

Respecto a los logros conseguidos, insistimos, de los que se han cuantificado, en general, a través de nuestra intervención hemos conseguido mejorar las actitudes e información además de estabilizar los hábitos de consumo.

Entre los logros conseguidos pero no cuantificados tenemos que destacar los siguientes:

1º Desde el curso 1998/99, hay en Huelma otra profesora colaborando en la aplicación del programa; con lo que ya son dos las profesoras que tienen algún compromiso con el programa y van profundizando en temas de prevención; de igual forma, en Cambil también se ha incorporado otro profesor a la aplicación del programa.

2º Otro logro es que se ha incluido el programa de prevención en los Planes Anuales de Centro.

Por el contrario, se ha intentado poner en funcionamiento en ambos centros un grupo de trabajo que incorporase la Educación para la Salud como eje transversal al proyecto curricular y a la práctica del aula y

ha sido imposible ya que el profesorado no se ha querido comprometer. De alguna forma se trataba de darle un reconocimiento oficial a la colaboración que estaban prestando al programa e implicarlos un poco más de cara a cursos próximos.

Uno de los principales inconvenientes con el que nos hemos encontrado en la aplicación del programa y está presente, no sólo en los programas de prevención, sino también en los de cualquier materia transversal, es el de la falta de sensibilidad y preparación que el profesorado, en general, tiene respecto a estos temas, los cuales, dicho sea de paso, son cada vez más extensos y diversos. Otro de los inconvenientes es la poca colaboración de la administración, que en un plato de la balanza coloca algunos concursos y materiales de cara a trabajar estos temas mientras en el otro pone en los medios de comunicación públicos miles de horas de violencia, publicidad de drogas, idealizando vidas artificiales y estilos de vida totalmente contradictorios, con lo que el sistema educativo intenta conseguir. Como muestra un ejemplo: al tiempo que en nuestro país aumentan de manera alarmante el número de casos de jóvenes con problemas de anorexia y bulimia, en las TV públicas se multiplican los desfiles y anuncios de modelos anoréxicas, presentándolas como modelos de imitación.

A modo de conclusión queremos plantear una reflexión: Cuando intentamos educar en un estilo de vida saludable, desarrollando, como la LOGSE pretende, plenamente la personalidad del alumnado, haciendo de estos personas que sepan enfrentarse críticamente y constructivamente a cualquier medio de presión, que vaya en contra de sus planteamientos, enseñándoles a tomar decisiones consecuentes, inculcándoles una escala de valores en la que valga más lo que se es que lo que se tiene, entonces, el problema de la drogadicción se empezará a solucionar porque la cuestión de las drogodependencias no está en la sustancia sino, como apunta Rodríguez López (1991), en la falta de libertad de la persona

frente a la sustancia que puede ser una droga o tratarse de una adicción sin droga, como señala Alonso Fernández (1995): El alimento, el sexo, la compra, el juego, el trabajo, y la televisión son elementos que en ocasiones dejan de cumplir su propia misión para esclavizar al ser humano actual.

Quizás esta Educación para la Libertad se pueda identificar con la Educación en Valores o considerarse como la unión de todas las áreas transversales, la educación que permita al individuo hacer lo que realmente desee sin verse condicionado por estímulos externos que responden a intereses creados; la educación que, a través de una buena formación en valores, permita que el natural instinto bondadoso, pacífico y solidario que Rousseau le atribuía a la naturaleza humana pueda manifestarse por encima de cualquier condicionante externo.

Por otro lado, se puede añadir la sensación de que la prevención es un tema en el que siempre se está comenzando. Los responsables políticos que se nombran llegan inexpertos y empiezan desde el principio, no utilizan el camino recorrido por sus antecesores, ni aprenden de los errores cometidos por aquellos.

En la formación inicial universitaria de los futuros docentes no se incluye una formación específica relacionada con el tema.

En la formación permanente, que es voluntaria, no hay ningún tipo de itinerario formativo relacionado con el tema, las actividades de prevención se repiten cada dos o tres años, se realizan por diferentes motivos y no se tiene ninguna garantía de que lo aprendido se aplique a la práctica en el aula.

A modo de resumen presentamos la siguiente tabla:

Tabla 7.12.: Conclusiones.

RESPECTO A LA CONDICIONES PREVIAS DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA
- Factores de riesgo posteriores a la etapa de escolaridad obligatoria.
- Escasa sensibilidad de los Centros frente al problema en general.
- Desinterés de la Administración Educativa.
RESPECTO A LA INTERVENCIÓN
- La más adecuada a la situación concreta.
- Necesidad de tiempo para hacer efecto.
- Supone un esfuerzo considerable de medios ajenos al Centro.
RESPECTO A LOS RESULTADOS
- Confirman la bondad de la intervención.
- Mejoran actitudes.
- Mejoran la información.
- Estabilizan los hábitos de consumo.
- Sensibilización del profesorado y de la opinión pública en general.
- Inclusión del Programa en los Planes Anuales del Centro.

4. PROPUESTAS

Siguiendo con la línea en la cual hemos planteado nuestra investigación, creemos que:

1ª Sería acertado, y de hecho así lo estamos haciendo, incluir los contenidos del programa dentro de áreas específicas, entrando a formar parte del currículum ordinario; de esta forma las cuatro primeras sesiones junto con el taller de tiempo libre formarían parte del currículum de educación física y el taller de publicidad pasaría al área de lengua.

2ª La enseñanza de habilidades sociales exige de una preparación específica y grupos más reducidos, que los propios de un aula, para ser operativos; aunque el espacio ideal para estos temas sería la tutoría, en primaria, que es donde se deben comenzar, no hay un tiempo específico para esta importante labor, y en secundaria es demasiado tarde para abordar ciertos temas, por lo que otra propuesta es crear al menos una hora de tutoría en primaria y formar a los docentes tanto en su formación inicial como continua en este tipo de trabajo.

3ª Consideramos necesario introducir las materias transversales, entre ellas la Educación para la Salud, en la formación inicial del profesorado

4ª También proponemos realizar un esfuerzo en la formación continua del profesorado encaminado a sensibilizar y dotar de instrumentos si queremos que el profesorado incluya estas materias en su práctica docente. Vacunar a la gente contra el futuro consumo de drogas no consiste en facilitar únicamente información, sino también de promover estilos de vida, valores, sentimientos y pensamientos contrarios al consumo. Estamos hablando de ese tipo de objetivos con los que el profesorado no está acostumbrado a trabajar, planificar, ni evaluar, que

son los actitudinales, por eso es tan necesaria la formación y sensibilización.

No obstante al tiempo que la Educación para la Salud se va arraigando en los centros docentes, en Andalucía, la Consejería de Educación está convocando concursos anuales para que, de forma voluntaria, los centros que quieran participen en la aplicación de un programa de prevención, pero como ya se ha visto en pasadas décadas, la administración sólo difunde, en el mejor de los casos, estos programas, quedando a voluntad del profesorado el prepararse para aplicarlos y con los inconvenientes propios de todas las actividades voluntarias y puntuales, o sea, sólo llegan a los alumnos cuyos tutores tienen algún tipo de inquietud y tienen conocimiento de estos programas, la continuidad en el tiempo es escasa y carecen del tratamiento de tema transversal, tratándose como algo ajeno al currículum con los consiguientes inconvenientes que esto conlleva.

En Andalucía el programa que se pretende difundir desde la Consejería de Educación viene del País Vasco, y es a su vez traducción de un programa Canadiense, aunque programas autóctonos, como ya hemos visto, existen.

En cuanto a la formación, en los planes de formación continua de 1998 se han incluido dos cursos de formación de drogodependencias por provincia, de veinte horas cada uno y destinado a 30 profesores de enseñanzas no universitarias. Estos cursos se organizan desde los Centros de Profesorado.

5^a Es necesaria la implicación de todas las administraciones de cara a ofertar actividades extraescolares, que no tienen por qué desarrollarse bajo la responsabilidad del profesorado.

Igualmente corresponde a las administraciones poner los medios necesarios para que las leyes que existen se cumplan.

6ª En cuanto al trabajo con padres y madres, nuestra propuesta para valorar la eficacia del programa es que se trabaje exclusivamente con un programa de prevención familiar, sin el programa de los alumnos, sólo con los padres y madres, ambos, y contrastando los cambios a medio y largo plazo y con dos grupos totalmente homogéneos en cuanto a condiciones familiares, puesto que en nuestro estudio los grupos de alumnos eran homogéneos, pero de las familias no se sabía nada y, al ser la participación voluntaria, cabe la posibilidad de que vengan, como suele ocurrir, las de aquellos alumnos que tienen mejor clima familiar o al menos que sus familias se preocupan más por la educación de sus hijos.

7ª Hay que retomar el papel educador de la familia y el profesorado, puesto que actualmente la función de la familia está quedando restringida a conseguir los medios para que a sus hijos no les falte de nada, dejando la educación en manos de los centros educativos. Los padres exigen buena educación pero no participan en ella, y como muestra tenemos la baja participación en todos los acontecimientos escolares, ya sea elecciones, reuniones, tutorías, etc. Por otro lado, el profesorado, entre la familia y la administración, cada vez se limita más a ser un transmisor de contenidos conceptuales y aunque en la etapa de primaria está más presente el concepto de tutor, no existen en esta etapa horas de dedicación a esta función y, de cara al futuro, siquiera existe en la formación inicial universitaria nada relacionado con la formación para el desarrollo de la acción tutorial.

A modo de resumen presentamos la siguiente tabla:

Tabla 7.13. Propuestas.

PROPUESTAS
1 ^a .- Incluir los contenidos del programa dentro de áreas específicas, entrando a formar parte del currículum ordinario.
2 ^a .- El entrenamiento en habilidades sociales exige de una preparación específica y grupos más reducidos para ser operativos.
3 ^a .- Crear al menos una hora de tutoría en primaria y formar a los docentes tanto en su formación inicial como continua en este tipo de función.
4 ^a .- Buscar la forma de incentivar la participación de los padres y madres en el programa de prevención familiar.
5 ^a .- Introducir las materias transversales, entre ellas la Educación para la Salud, en la formación inicial del profesorado.
6 ^a .- Es necesaria la implicación de todas las administraciones de cara a ofertar actividades extraescolares.
7 ^a .- Hay que retomar el papel educador de la familia y del profesorado

En la lectura y estudio de muchas investigaciones y publicaciones de todo tipo referidas al tema que tratamos hemos observado que, con frecuencia, se están dando vueltas sobre las mismas cuestiones, abriendo debates que ya quedaron resueltos en años anteriores y que hay, quizás, una falta de saber empírico o cuerpo científico donde apoyar las acciones que se emprendan en materia de prevención; por eso, cuando hemos encontrado postulados en los que coinciden en general varios autores y

con los que estábamos completamente de acuerdo, los hemos anotado y ahora los reflejamos en estas páginas como parte de nuestras propuestas, porque los asumimos y nos identificamos plenamente con los términos en que se expresan, así Rodríguez López (1991:217), dice:

- Una sociedad libre de drogas es imposible incluso a largo plazo
- Es preciso desmitificar el problema de las drogas, desligarlo de las sustancias y centrarlo más en el fenómeno de la dependencia.
- Los métodos preventivos utilizados hasta ahora son claramente ineficaces y, en ocasiones, contraproducentes.
- Las soluciones de cara al futuro, siempre limitadas y parciales sin un cambio del sistema social de valores, implican una actuación decidida en el campo de la educación escolar, la familia y otros agentes primarios de salud.
- En el campo de la educación se hace preciso encontrar un sistema de valores en el que prime la consecución de la libertad, como antídoto contra todo tipo de dependencias.

Del Decálogo de la reunión Nacional de Prevención de las Drogodependencias (1997), que representa la primera actividad del Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) de la Universidad Miguel Hernández, García Rodríguez y López Sánchez (1998), extraemos los siguientes puntos que nos parecen los más interesantes:

(...)

6. Se ha de proporcionar a los profesionales y agentes de prevención instrumentos y técnicas específicos para llevar a cabo los programas, así como soportes materiales adecuadamente contrastados.

7. Dado que el medio escolar es privilegiado para el desarrollo de programas preventivos, se debe fomentar la preparación de los maestros y otros mediadores sociales desde su formación en la universidad de manera sistemática y continuada.

(...)

9. Se han de garantizar prácticas preventivas estables, siendo necesaria la coordinación entre instituciones públicas y los agentes de prevención.

(...)

4.1. Propuesta de continuación

Como ya se ha mencionado, nuestra intención es continuar con el programa, de hecho así lo estamos haciendo, pero descargando el protagonismo sobre el profesorado y aplicándolo, en la medida de lo posible, integrado en el currículum ordinario ya que muchos temas están contemplados en el mismo y para otros el profesorado se va puede ir formando con la ayuda del experto externo, reduciendo la implicación de este al mínimo.

. En cuanto a la formación de los padres creemos que el camino a seguir debe ser a través de los medios de comunicación y actividades muy concretas ya que no vemos la forma de implicar a los padres y madres de una forma estable y sistemática con el Centro.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

Aizpiri, J. y Freixa, F. (1982): *Criterios de formación en alcoholismo y drogadicción*. VIII Jornadas nacionales de Socidrogalcohol. Ponencias y Comunicaciones. Valencia: Servicio de Alcoholismo y Toxicomanía. Diputación Provincial de Valencia.

Alarcón, E.J. (1984): *La estructura familiar en la propensión a las toxicomanías*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Alemaný, G. y cols. (1984): *Eficacia de las técnicas dramáticas y de las charlas en la prevención del abuso de drogas desde la escuela*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Alonso Sanz, C. (1995): *Tabaco, alcohol y educación: una actuación preventiva*. Toledo: Servicio de Publicaciones de la Junta de Castilla-La Mancha.

Alonso Fernández, F. (1995): *Adicciones sin droga*. Discurso leído en la sesión inaugural del curso 1995 de la Real Academia Nacional de Madrid.

Álvarez, V. (1994): *Orientación educativa y acción orientadora*. Madrid: EOS.

Álvarez, V. y Hernández, J. (1998): El modelo de intervención por programas. *Revista de Investigación Educativa*, 16 (2). 79-123.

Arévalo, P.; y otros (1994a): *Prevención de drogodependencias en el medio educativo: Información general (I)*. Jaén: Consejerías de Educación y Ciencia y de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.

Arévalo, P.; y otros (1994b): *Prevención de drogodependencias en el medio educativo: Material de apoyo (II)*. Jaén: Consejerías de Educación y Ciencia y de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.

Azjen, I. y Fishbein, M. (1977): Attitude-behaviour relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological bulletin*, 84. 888-918.

Bas, E. y otros (1991): *Prevención de drogodependencias. Actividades*. Almería: Diputación Provincial, Consejería de Educación y Ciencia y Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía.

Bas, E. y otros (1994): *Prevención de drogodependencias. Actividades en el medio educativo: ESO, BUP, COU, FP*. Almería: Diputación Provincial, Consejería de Educación y Ciencia y Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía.

Bas, E. (1998): Prevención de drogodependencias: formación del profesorado e integración curricular. En García, J.A. y López, C., (Ed.) *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Síntesis, 263-300.

Balanza, P. y cols. (1985): Prevención de las drogodependencias: una experiencia de educación para la salud en el municipio de Murcia. *XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Ponencias y Comunicaciones*. Palma de Mallorca: Servei d'informació i prevenció de l'abús de drogues de Consell Insular de Mallorca.

Basterretxea y otros (1992): *Programa de Prevención de drogodependencias. Desarrollo curricular de la E.S.O.* Bilbao: Ayuntamiento de Bilbao.

Becoña Iglesias, E.(1997): *Programa para dejar de fumar.* Sevilla: Comisionado para la Droga y Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.

Bellack, A.S. y Morrison, R.L. (1982): *Interpersonal dysfunction.* Guilford press New York. Citado por Caballo, V.E. (1987): *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.* Valencia: Promolibro.

Bisquerra, R. (1992): *Orientación psicopedagógica para la prevención y el desarrollo.* Barcelona. Boixarau universitaria.

Blanco, F. Y cols. (1980): *Técnicas de prevención de las fármacodependencias. VII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Ponencias y Comunicaciones.* Pamplona: Diputación Foral de Navarra.

Bogani, E. (1973): *Esquemas educativos antialcohólicos. XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías. Ponencias.* Madrid: Liade.

Bogani. E. (1975): *El alcoholismo enfermedad social.* Barcelona: Plaza Janés.

Brok, J.S. et al (1977): *Correlates of adolescent marijuana use as related to age, sex and ethnicity. The yale journal of biology and medicine.*

Brok, J.S. et al (1978): *Family socialization and adolescent personality and their asociation with adolescent use of marijuana. Journal of gen. Psychology .*

Caballo, V.E. (1987): *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.

Calafat, A. y cols. (1984): Eficacia de un programa de prevención sobre drogas, especialmente centrado en la "toma de decisiones" según sea desarrollado por especialistas o por profesores de los alumnos. En *Drogalcohol*, IX (3), 147-170.

Calafat, A. y cols. (1985): Actitudes de los profesores hacia la prevención escolar del abuso de drogas en Mallorca. *Drogalcohol*, X (4), 131-140.

Calafat, A. y cols. (1995): *Tú decides. Programa de educación sobre drogas*. Palma de Mallorca: Sevei d'acció social i sanitat. Consell insular de Mallorca.

Campbell, D. y Stanley, J. (1966): *Diseños experimentales y cuasi-experimentales en la investigación social*. Argentina: Amorrortu editores.

Cano, L. y Bretona, E. (1986): *Educación y drogas en la Comunidad Valenciana*. Valencia: D.G. Serveis Socials. Generalitat Valenciana.

Carballo, R. (1991): Introducción a la Evaluación de programas de acción social: Decisiones para su realización. *Revista Complutense de Educación*, 2(1). 111-126

Centro Provincial de Drogas C.P.D. (1998): *Memoria de actividades de 1997*. Jaén: Centro Provincial de Drogas.

Comas, D. (1990): *El síndrome de haddock: alcohol y drogas en las enseñanzas medias*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Comisionado para la Droga (1995): *Los andaluces ante las drogas IV*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.

Comisionado para la Droga (1997): *Los andaluces ante las drogas V*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.

Costa, R. (1984): *Educació per a la salut: educació sobre les drogues*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

De la Garza, F. y Vega, A. (1983): *La juventud y las drogas. Guía para jóvenes, padres y maestros*. México: Trillas.

Delgado y otros (1996): *Programa de prevención de drogodependencia (Tabaco y Alcohol) al finalizar la E. Primaria*. Sevilla: Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía.

Dirección General de Salud Pública (1979): *Fichas informativas sobre alcohol y alcoholismo*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

España en CD- ROM. (1998). Madrid: El Mundo y Dinamic Multimedia.

Esteban, J.L. y otros (1990): *Consumo de drogas en la escuela*. Guadalajara: Ayuntamiento de Guadalajara.

Ferrer, X. (1981): La educación sobre las drogas en la universidad y escuelas especiales para los profesionales implicados. *Drogalcohol*, VI (2), 117-126.

Ferrer, X. y otros (1993): Los padres en la prevención del abuso de drogas: enfoques, experiencias y resultados en varios países. *Idea-Prevención*, 6 . 81-91.

Freixa, F. y otros (1981): *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella.

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996): *Y tú ¿qué piensas?*. Sevilla: Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996): *Programa Integral de Prevención Escolar (PIPES)*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996): *Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

García, J.A. y López, C. (1998): *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Síntesis.

Gil, E. y cols. (1984): *El sistema audiovisual como una medida de prevención*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Goldstein, A.P. y cols. (1989): *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.

Gómez Sanjuán, M.I. y Cols. (1984): *Modelo metodológico de prevención en centros escolares*. Vitoria: Servio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

González García, A. (1983): *Prevención de las drogodependencias: Fichas informativas*. Madrid: Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Goodstadt, M.S. (1978): Alcohol and drug education: models and outcomes. *Health education monographs*.

Gorsuch, R.L. y Butler, M.C. (1976): Initial drug abuse: a review of predisposing social psychological factors. *Psychological bulletin*.

Jiménez, C. y otros (1987): *Pedagogía experimental II (1)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Jiménez, C. y otros (1987): *Pedagogía experimental II (2)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Junta de Andalucía (1992): *Temas transversales del currículum. Colección de materiales curriculares para la Educación Primaria*. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía.

Junta de Andalucía (1990): *Propuesta de educación para la salud en los centros docentes*. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Junta de Andalucía (1998): *Órdago. El desafío de vivir sin drogas*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales y Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

Kandel, D.B. (1978): Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Findings and Methodological Issues. New York: Hemisphere-Halsted Press. 269. En Recio Adrados, J.L., y otros (1991): *El papel de la familia los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.

Kandel, D.B. (1980): Drug and Drinking Behavior Among Youth. Annual Rev.Sociol. p.235-285. En Recio Adrados, J.L., y otros (1991): *El papel de la familia los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.

León Carrión, J. (1985): El ambiente conductual (behavioral settings) unidad básica para la prevención de las drogodependencias. *Los municipios ante las drogodependencias. Ponencias*. Madrid: Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

León Carrión, J. (1985): Consideraciones sobre la prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar: un análisis experimental. *XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Ponencias y Comunicaciones*. Palma de Mallorca: Servei d'informació i prevenció de l'abús de drogues.

León Carrión, J. (1986): *Bases para la prevención de las drogodependencias*. Sevilla: Alfar.

León, O. G. y Montero, I. (1993): *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación*. Madrid: Mcgraw-hill.

López, A. y cols. (1985):Evaluación de cursos de formación de educadores en drogodependencias. *XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Ponencias y Comunicaciones*. Palma de Mallorca: Servei d'informació i prevenció de l'abús de drogues.

López, P. (1985): Evaluación de los efectos de una intervención preventiva sobre las actitudes y el consumo de alcohol de estudiantes de BUP. *XII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Ponencias y Comunicaciones*. Palma de Mallorca: Servei d'informació i prevenció de l'abús de drogues.

López Sorlozano, J. (1993): Aspectos preventivos del fenómeno de la drogodependencia a nivel internacional. En *Estudios Internacionales*. Madrid: Sociedad de Estudios Internacionales.

Loza, C. y Reyes, I. (1985): Sondeo familiar como medio de prevención escolar. *XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Ponencias y Comunicaciones*. Palma de Mallorca: Servei d'informació i prevenció de l'abús de drogues.

Macía, D. (1983): *Aplicación de la terapia de modelado en la prevención del inicio al consumo de la droga*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.

Macía, D. (1986): *Método conductual de prevención de la drogodependencia*. Valencia: Promolibro.

Macía, D. (1997): *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.

Macía, D., Olivares, J. y Méndez, F.X. (1993): *Intervención conductual en contextos comunitarios I : programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.

Macía, D. y Méndez, F.X. (1991): Prevención del consumo de drogas. En Buena Casual y Caballo, V.E.(Ed) *Manual de psicología clínica aplicada*, . 551-556. Madrid: Siglo XXI

Medina y otros (1994): *A tu salud. Programa de prevención de drogodependencias en centros educativos*. Madrid: Comunidad de Madrid.

Mendoza, R y Vega, A. (1978): Educación sobre drogas en el centro escolar. En *Drogalcohol* III, p. 2 -19.

Mendoza, R y Vega, A. (1978): *El papel del educador ante el problema de las drogas*. Madrid: Pablo del Río.

Mendoza, R. y cols. (1980): Actividades de educación en materia de drogas llevadas a cabo por centros sanitarios españoles. *Drogalcohol*, V (4), 181-198.

Mendoza, R. (1981): Propuesta para la formación en farmacodependencia de los maestros y otros educadores. *Drogalcohol*, IV (2), 107-116.

Mendoza, R. (1984): Un renacimiento esperanzador. En *Cuadernos de Pedagogía* . Barcelona. 4-5.

Mendoza, R. y cols (1986): *La educación sobre las drogas en el ciclo superior de la EGB*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1976): *Fichas informativas sobre el alcohol y alcoholismo*. Madrid: Dirección General de Salud Pública.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1985): *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Servicio de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1998): *Encuesta Domiciliaria sobre consumo de Drogas*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Nieto ,A y cols. (1985): Mantenimiento de profesores en un programa de prevención escolar en su primer año. *XIII Jornadas Nacionales de*

Socidrogalcohol. Ponencias y Comunicaciones. Palma de Mallorca: Servei d'informació i prevenció de l'abús de drogues.

Oñate (1983): *Prevención de las toxicomanías y educación.* Madrid: Cruz Roja Española.

Organización Mundial de la Salud (1973): *Informe de un grupo de estudio: La juventud y las drogas.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud: *Farmacodependencia* (1974). Ginebra Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud: *Atención primaria de salud* (1978). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud: *Educación para la salud* (1989). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ortiz de Anda, M.A. (1998): Estrategias para la prevención comunitaria de las drogodependencias. En García, J.A. y López, C., *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias.* Madrid: Síntesis. 179-206.

Pelechano, V. (1979): *Psicología evolutiva comunitaria en E.G.B.* Valencia: Universidad de Valencia .

Pérez de Aróspide, J. (1985): Aspectos de la política de prevención educativa. *XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Ponencias y Comunicaciones.* Palma Mallorca: Servei d'informació i prevenció de l'abús de drogues.

Piédrola Gil, G. (1972): Medicina preventiva y social de la drogadicción. En *Anales*. Cuaderno tercero. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina. 477-505.

Pineault, R. y Daveluy, C. (1990): *La planificación sanitaria: conceptos, métodos y estrategias*. Barcelona: Masson.

Piqueras, F. (1973): *Informe sobre el alcoholismo*. Oviedo: Naranco.

Polaino-Lorente, A. (1987): *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.

Prunes, J. (1985): Alternativas psicoeducacionales al mal uso de las drogas. *XII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Ponencias y Comunicaciones*. Palma de Mallorca: Servei d'informació i prevenció de l'abús de drogues.

Recio Adrados, J.L., y otros (1991): *El papel de la familia los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.

Rodríguez Espinar, S. y otros (1993): *Teoría y Práctica de la Orientación Educativa*. Barcelona: PPU.

Rodríguez López, A. (1991): The prevention of drug adicction. *Anthropos* . Barcelona. En *the european handbook of psychiatry ans mental health II*.

Rodríguez López, A. (1995): *El futuro de la prevención en las drogodependencias*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

Rodríguez Martos, A. (1977): Nivel de información que, en materia de alcoholismo, poseen diversas poblaciones muestrales. En *Drogalcohol* II (4), 51-56.

Rooney, J. y Villahoz, J. (1990): *Estudio sobre el uso de drogas entre la población estudiantil de la provincia de Huelva*. Huelva: Diputación Provincial.

Rosignoli, J.L. y Polaino-Lorente, A. (1989): Programa informativos preventivos en las toxicomanias. En *Revista Española de Pedagogía*. XLVII,(184), 524-537.

Salleras, L. y Gill, M. (1985): *Plan de lucha antitabáquica de la Generalitat de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Sanz, R. (1987): Metodología de la orientación preventiva. En Álvarez Rojo, V.: *Metodología de la Orientación Educativa*. Sevilla: Alfar. 107-130.

Sanz, R. (1990): *Evaluación de programas de orientación educativa*. Madrid: Pirámide.

Santodomingo (1981): Programación general de la prevención en el abuso de las drogas. En *Drogalcohol*, VI (1), 53-66.

Serrano y cols. (1985): Programa de prevención de las drogodependencias. *XII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Ponencias y Comunicaciones*. Palma de Mallorca: Servei d'informació i prevenció de l'abús de drogues.

Thompson, E.A. et al. (1982): Social Control Theory: Evaluating a Model for the Study of Adolescent Alcohol and Drug Use. En *Youth and Society* 13, 303-326.

Triandis, H.C. (1974): *Actitudes y cambio de actitudes*. Barcelona: Toray.

Trigueros, R. y cols. (1986): Modelos didácticos en la prevención de las drogodependencias. En *XIV Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Cáceres: No publicadas.

Unicaja (1992): *Atlas económico de Andalucía*. Málaga: Unicaja.

Vallés, A. y Vallés, C. (1996): *Las habilidades sociales en la escuela. Una propuesta curricular*. Madrid: EOS.

Varó, J.R. y otros (1983): *La edad escolar y el uso de drogas*. Pamplona: OSPN.

Varó, J.R, Aguinaga, M. y Cortaire,R. (1983): La edad escolar y el uso de drogas, prevención y educación sanitaria. *I Jornadas de medicina e higiene escolar* . Pamplona: Diputación Foral de Navarra.

Vega, A. (1981): *Las drogas ¿un problema educativo?*. Madrid: Cincel-kapelusz.

Vega, A. (1982): El maestro y las drogas. *VIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Ponencias y Comunicaciones*. Valencia: Diputación Provincial.

Vega, A. y cols. (1982): *Delincuencia y drogas*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Vega, A. (1983): *La droga a l'escola*. Barcelona: Ceac.

Vega, A. (1984a): *Filosofía y métodos para la prevención*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Vega, A. (1984b): *Los maestros y las drogas. Programa de formación básica*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

Vega, A. (1985): *La formación del maestro ante las drogas: Teoría y práctica*. Madrid: Escuela Española.

Vega, A. (1993): *Las drogas en el proyecto educativo de la escuela: propuesta educativa para la enseñanza obligatoria*. Valencia: Promolibro.

Zaccagnini, J.L., Colom, R. Y Santacreu, J. (1993): *Catálogo de programas de prevención de la drogadicción*. Valencia: Promolibro.

ANEXOS

ANEXO I:
CONCEPTOS BÁSICOS

CONCEPTOS BÁSICOS

1.- Drogodependencia.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), define la drogodependencia como un síndrome bio-psico-social que se manifiesta a través de un patrón conductual en el que se da una clara prioridad al uso de una droga psicoactiva. El término síndrome se utilizaría para significar que se trata de un fenómeno en el que contribuyen diversos componentes, sin que sea necesario que todos ellos se hallen siempre presentes, ni que lo hagan siempre en la misma intensidad.

Algunas de las dimensiones que, en conjunto, identificarían la drogodependencia serían:

a- Durante los intentos de abandonar o moderar el uso de la droga, aparece una conciencia subjetiva de compulsión al uso de la misma.

b- La existencia de un deseo de dejar la droga, contrapuesto a otro de seguir tomándola.

c- La existencia de un ámbito relativamente estereotipado del uso de la droga.

d- Evidencia de neuroadaptación (tolerancia y síntomas de abstinencia)

e- Uso de la droga para aliviar o evitar síntomas de abstinencia.

f- La búsqueda de la droga pasa a ser una conducta destacable en comparación con otras importantes prioridades.

2.- Dependencias física y psicológica.

Aunque, como veremos más adelante, la O.M.S. propone cambiar estos términos por otros, en la mayoría de los manuales seguimos encontrando los que aquí se citan.

Así, dependencia psíquica sería "una condición por la que una droga produce una sensación de satisfacción y una pulsión psíquica que motiva al sujeto a repetir su consumo para inducir el placer o evitar el malestar".

Mientras que dependencia física sería "un estado adaptativo caracterizado por la aparición de trastornos físicos intensos cuando suspendemos la administración de la droga. Tales trastornos forman un síndrome de abstinencia que se compone de signos o síntomas somáticos y psíquicos que son característicos del tipo de droga de que se trate".

Las modificaciones introducidas por la O.M.S. (1981) plantean que el término "dependencia física" da origen a confusión, dado que la presencia de síndrome de abstinencia puede no ir acompañada de consumo posterior ni incluso del deseo de volver a ingerir la sustancia. Por tanto, este término debe abandonarse y reemplazarse por el de neuroadaptación o estado neuroadaptativo, entendiéndose por tal "los cambios neurales adaptativos que subyacen tanto a la tolerancia como a las características de la abstinencia en los casos de dependencia física". La naturaleza de esta neuroadaptación es tal que si dejamos de administrar la droga o la desplazamos de su lugar de acción, se genera un síndrome de abstinencia característico de la sustancia y de la especie biológica determinada.

La neuroadaptación se acompaña, casi siempre, por un cierto grado de tolerancia a algunos de los efectos de la droga. Por otra parte, es posible que una determinada droga genere un estado de neuroadaptación

sin el correspondiente síndrome de dependencia, o alternativamente presentar dicho síndrome cuando la neuroadaptación ya ha desaparecido.

Se plantea la posibilidad de neuroadaptación recíproca o cruzada entre dos sustancias o drogas, cuando una de ellas tiene la capacidad de prevenir las manifestaciones de abstinencia que se generan por el abandono de la otra y mantiene un estado neuroadaptativo similar.

Igualmente, la O.M.S., (1981) plantea la posibilidad de sustituir el término dependencia psíquica por el de "conducta aprendida de búsqueda de la droga".

3.- Hábito

La O.M.S., (1981) define hábito como "la situación originada por la administración repetida de una droga".

4.- Síndrome de abstinencia

Síndrome específico para cada sustancia tóxica, que aparece cuando se suspende o reduce su ingesta tras un consumo previo regular y que provoca la inducción de un estado fisiológico de intoxicación.

5.- Tolerancia

Estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico.

6.- Tolerancia cruzada

Fenómeno por el que la toma de una droga origina la aparición de tolerancia, no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo o a veces de otro grupo farmacológico; por ejemplo, la heroína produce tolerancia

cruzada a la morfina y viceversa, y en un menor grado, el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos.

7.- Uso / abuso

Aunque la definición de estos términos es muy relativa y de difícil precisión, en un intento de delimitación se puede concebir el uso de drogas como aquella forma de consumo no generadora de consecuencias negativas para el sujeto y el abuso cuando se desemboca en situaciones conflictivas capaces de comprometer su salud o interferir en su funcionamiento normal.

8.- Consumidores de drogas

Para la comprensión del problema de la droga es de gran importancia establecer una clasificación que identifique las formas en que una persona entra en relación con las mismas.

Así pues, podemos clasificar a las personas en su relación con las drogas en cuatro grandes grupos:

1º. Consumidores experimentales o causales: personas que sólo en una ocasión han consumido la droga y que tras esta única experiencia no han vuelto a consumirla.

2º. Consumidores ocasionales: personas que consumen sólo de vez en cuando alguna sustancia, sin que aparezca ningún síntoma de tolerancia a las mismas.

3º. Consumidores habituales: utilizan la droga con relativa frecuencia, apareciendo los síntomas de tolerancia, generándose comportamientos tendentes a la continuidad del uso, si bien no se

presenta el síndrome de dependencia en su totalidad. En estas personas puede observarse ya un deterioro de su funcionamiento personal.

4°. Drogodependientes: personas que hacen uso muy frecuente de la droga. Este uso prolongado y frecuente conduce al síndrome de dependencia, manifestándose claramente la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

Que una persona se haga dependiente de una droga estará en función de la interacción de tres factores:

a- Las características personales del sujeto.

b- La naturaleza del ambiente en que se mueve.

c- Las características farmacológicas de la droga en cuestión, teniendo en cuenta que influye la cantidad utilizada, la frecuencia del uso y la vía de administración.

9.- Politoxicómano

Es la persona que consume varias drogas simultáneamente en distintos momentos. Con frecuencia, el abuso y la dependencia incluyen muchos tipos de sustancias, bien simultánea o secuencialmente. Por ejemplo, los sujetos con una dependencia de la cocaína toman frecuentemente alcohol, ansiolíticos u opiáceos para contrarrestar los síntomas persistentes de la ansiedad.

10.- Prevención

En términos generales, significa incidir sobre los factores que originan un fenómeno para evitarlo. Cuando se habla de prevención del abuso de drogas, no se refiere tan sólo a evitar que la gente abuse de determinadas sustancias, sino a todo un conjunto de actividades

encaminadas a limitar o anular los diferentes factores que favorecen el consumo de drogas.

ANEXO II:
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGAS

1. PRESENTACIÓN

Con la aplicación de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo, se establece que la educación sobre drogas debe formar parte importante de la educación para la salud, abordada ésta, como una asignatura transversal en los momentos oportunos de las diferentes áreas y en los distintos cursos y niveles educativos. La utilización del presente programa de educación sobre drogas debe ser considerada como un abordaje específico, complementario a este tratamiento general que sugiere el ordenamiento legislativo, en respuesta a una demanda concreta.

Por ello se ha elaborado un programa global de prevención que interviene en los ámbitos que Ortiz de Anda (1998), considera más relevantes del quehacer preventivo, como son: la familia, la escuela, los medios de comunicación y la comunidad, dentro de la cual nosotros incluimos el grupo de iguales y contemplamos una propuesta de actividades para realizar en el tiempo libre, alternativas, y en muchos casos contrarias, al consumo de drogas.

La influencia de los medios de comunicación se va a tratar en el programa destinado al alumnado, el cual dedica un taller a trabajar sobre los mensajes publicitarios.

La influencia de la familia se intenta mejorar a través del programa que se va aplicar a los padres de forma paralela al que se aplicará al alumnado y que más adelante se detalla en objetivos, contenidos, etc.

La influencia del grupo de iguales también esta mediatizada en el momento en que el programa se aplica a todos los habitantes de una población comprendidos entre una cierta edad, por lo que, en general, se estará aplicando a la mayoría de sus amigos.

En cuanto al empleo del tiempo libre, en el programa del alumnado, se dedica una de las sesiones a trabajar este tema y en el programa de los padres también se trata.

2. OBJETIVOS

El fin último que pretende todo programa de prevención es el de prevenir el consumo de drogas. Siguiendo esa meta nos planteamos como objetivo general el de retrasar o impedir el inicio en el consumo de drogas.

El objetivo general lo alcanzaremos a través de otros objetivos más concretos que se plantean a lo largo de las sesiones, de los que destacamos:

<ul style="list-style-type: none">• Dotar al alumnado de las capacidades, habilidades y recursos personales necesarios para manejar adecuadamente las situaciones en las que entren en contacto con las drogas.

<ul style="list-style-type: none">• Ofrecer una información útil, precisa y adaptada al alumnado, padres y profesorado, sobre aspectos relacionados con el uso de las drogas.

<ul style="list-style-type: none">• Adoptar una actitud crítica frente a la publicidad, principalmente enfocada a los mensajes sobre tabaco y bebidas alcohólicas.
--

<ul style="list-style-type: none">• Mostrar alternativas de ocio y educar para su disfrute, creando hábitos de vida saludables.

<ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar a la comunidad educativa sobre el fenómeno de las drogodependencias y su magnitud.

- Contrarrestar la influencia de los factores de riesgo de todo tipo que pudieran favorecer la aparición de problemas con el consumo de drogas.

- Modificar y/o favorecer actitudes positivas dirigidas hacia el mantenimiento de la salud y negativas respecto al consumo de drogas.

- Recoger información sobre hábitos y actitudes frente a las drogas.

- Dotar a padres y profesores de recursos para hacer frente a situaciones conflictivas relacionadas con los jóvenes.

3. PROGRAMA QUE SE APLICA AL ALUMNADO

El Programa de Prevención que se pretende aplicar con el alumnado se encuadra dentro de los que, en el capítulo 3, hemos definido como de prevención específica ya que persigue objetivos concretos y se dirige fundamentalmente a la modificación de los conceptos, procedimientos y actitudes que el alumnado presenta ante las drogas, fundamentalmente el alcohol y el tabaco, reforzando algunas de sus habilidades sociales y proponiéndoles alternativas para el disfrute de su tiempo libre, con el fin de facilitar la toma de decisiones y dotarles de los recursos personales necesarios para mantener su opción frente a la presión social.

El programa está organizado en diez sesiones que se pueden agrupar en dos bloques: el primero de ellos, constituido por los cuatro primeros temas, corresponde a una prevención más específica del consumo del alcohol y tabaco, aunque profundizando en el trabajo de las actitudes sin olvidar el trabajo de los conceptos que forman parte de una información básica, para estas sesiones se ha utilizado, con las adaptaciones precisas, el material del programa <<Tú decides>> de Calafat (1995). El segundo bloque, integrado por seis sesiones, está enfocado desde una prevención más inespecífica del consumo de drogas a través del desarrollo de algunas habilidades sociales como son la asertividad, la autoestima, la defensa de los propios derechos y opiniones frente a la presión del grupo y la toma de decisiones, el sentido crítico frente a la publicidad y el conocimiento de las distintas alternativas para emplear su tiempo libre que su localidad les ofrece.

El desarrollo del programa con el alumnado se hace, por lo tanto, en diez sesiones de trabajo, dos por semana, además de las dos que se precisan para pasar los cuestionarios, una al principio y otra al final.

3.1. Sesiones del programa que se va a aplicar con los alumnos

Sesión previa:

Presentación, explicación y pasada de pruebas

El trabajo se inicia con una presentación y explicación de nuestro programa, para el cual se le pide su colaboración comentándoles lo que se espera de ellos e insistiéndoles en lo anónimo de sus respuestas, para pasar a la aplicación de los cuestionarios que nos darán la información que nos va a permitir evaluar la situación de partida.

Los cuestionarios que se han pasado son los siguientes²:

Cuestionario de información (tabaco, alcohol, psicofármacos y drogas ilegales)

Cuestionario sobre hábitos de consumo

Cuestionario de actitudes

Cuestionario de habilidades sociales.

Cuestionario de alternativas de tiempo libre.

1ª sesión:

Ideas básicas sobre drogas

Esta lección se diferencia de las demás por su claro contenido informativo. Al ser preparatoria o introductora, el profesor aprovechará

² La información sobre estos cuestionarios se amplía en el capítulo siete y estos aparecen en el anexo de cuestionarios.

para averiguar las ideas previas que acerca de las drogas tiene el alumnado. El profesor ha de estar atento a las ideas erróneas para trabajar sobre ellas y aclararlas, cuando se traten.

Objetivos:

El Objetivo general de esta sesión es que el alumno llegue a disponer de una información básica sobre las drogas.

En términos de capacidades el alumno será capaz de:

- Distinguir entre la realidad y los tópicos en torno a las drogas.
- Separar los efectos de una droga de su legalidad / ilegalidad.
- Conocer los efectos, a corto y largo plazo, de las drogas más consumidas.
- Definir la dependencia y la tolerancia.
- Las creencias principales y sus correspondientes actitudes sobre las que hay que trabajar son:
 - Las drogas no perjudican la salud.
 - Las drogas auténticamente peligrosas son las ilegales.
 - Las drogas no perjudican la práctica deportiva.

Metodología y actividades:

Se les presenta la información, se discute, se contrastan las opiniones y el profesor va proporcionando información y corrigiendo conceptos e ideas equívocas.

El trabajo con los alumnos se inicia distribuyendo el cuadernillo *¿Qué pasa con las drogas?* Calafat y otros (1995), con la instrucción de que se lea individualmente, intentando retener lo que llame la atención. Una vez que el profesor observa que la mayoría de los alumnos ha terminado la lección puede iniciarse la discusión en ésta.

En esta discusión se trata de contrastar lo que se dice de las drogas con los conocimientos ciertos. Se puede empezar, por ejemplo, por preguntar opiniones, conocimientos y comentarios en general sobre el alcohol, los alcohólicos, el tabaco, los fumadores, etc.

En el apartado "hechos" del material del alumnado, aparecen algunas informaciones que pueden servir de apoyo.

2ª sesión:

Una forma de empezar

El tema de esta sesión es el de cómo se empieza a consumir una droga.

La historieta sobre la que trabajamos presenta la evolución de Pere, en una situación deportiva, situación de oferta (bar, fiesta,...etc.), diversos momentos de la escalada de consumo y cambio desde la situación inicial.

Sólo se hace referencia al tabaco y a las bebidas alcohólicas.

Las cuestiones más importantes, que después se explican en el apartado "hechos", son:

-El primer consumo siempre está ligado a una oferta, y en una situación de oferta pueden entrar en juego muchas cosas;

-Las decisiones se suman (hábito).

-Una decisión lleva a otra (escalada).

En esta sesión se plantea la importancia de las decisiones, y se muestra de qué manera se llega a adoptar conductas dejándose llevar por otros y sin haber tomado una decisión responsable, incluso contraviniendo actitudes previas.

Objetivos:

-El alumno distinguirá las situaciones neutrales de las no neutrales o comprometedoras, en cuanto a ofrecimiento de drogas.

-Será capaz de percibir y describir los factores y presiones de las situaciones comprometedoras (presión de los compañeros, necesidad de agradar, etc.).

-Podrá señalar los pasos que conforman un hábito como suma de decisiones.

Metodología y actividades:

El profesor distribuye entre sus alumnos el cuadernillo correspondiente a esta lección.

Cada alumno lo lee individualmente con la consigna de que se intente retener lo que más llame la atención.

También se puede hacer una lectura colectiva de la historieta, encargando la lectura del texto correspondiente a cada personaje a un alumno. Al terminar la lectura, puede empezar la discusión.

Para la discusión se puede partir de la historieta leída, y de lo que espontáneamente les sugiera a los alumnos: opiniones, críticas, recuerdos de situaciones semejantes, etc. Otra forma de orientar la discusión es utilizar las preguntas del apartado “¿Qué piensas?”. Estas preguntas pueden responderse individualmente o en grupos, y plantear la discusión a partir de las respuestas.

Se trata de que la discusión descienda al detalle de situaciones reales vividas o con gran probabilidad de que ocurran en el futuro (primer cigarrillo, ofrecimiento de una copa, etc.). Los alumnos pueden expresar sus sentimientos, recordando lo que les ocurrió, cómo se sentían, qué pensaban, etc.

3ª sesión:

María se divierte

El tema de esta sesión es aprender a decir “no” cuando no se quiere consumir, y pensar en alternativas al consumo de drogas. Esta negación, aparentemente simple, puede resultar trascendente cuando se plantea una oferta de consumo de drogas. Es por lo que las campañas publicitarias contra las drogas insisten en el ¡NO!. Nosotros también vamos a insistir ya que en la sesión de “defiende tus derechos” volvemos a tratar la negación.

Los conceptos más importantes hacen referencia de nuevo a:

- Lo que implican las situaciones de oferta de drogas.
- Las presiones que se producen.
- Los diversos tipos de dificultades que plantea decir no.

Objetivos:

-El alumno será capaz de decir no a un ofrecimiento de drogas si no le interesa realmente consumir. En cualquier caso podrá justificar su decisión.

-Buscará y encontrará conductas alternativas al consumo de drogas.

-No utilizará el alcohol o el tabaco como facilitadores de la relación social.

Metodología y actividades:

El profesor distribuye entre sus alumnos el cuadernillo correspondiente a esta lección.

Cada alumno lo lee individualmente con la consigna de que se intente retener lo que más llame la atención.

También se puede hacer una lectura colectiva de la historieta, encargando la lectura del texto correspondiente a cada personaje a un alumno.

Al terminar la lectura puede empezar la discusión, partiendo de la historieta leída o de lo que espontáneamente les sugiera a los alumnos: opiniones, críticas, recuerdos de situaciones semejantes, etc.

4ª sesión:

Dos versiones de una misma historia

Aquí se trata la cuestión de qué hacer en caso de abuso. Se plantea la alternativa: ¿intervenir es interferir?

El material con el que se trabaja consta de dos historietas que tratan la situación de Pere y su problema de abuso de alcohol. En primer lugar, aparece el punto de vista de Pere, y a continuación cómo lo ven sus amigos.

Cuestiones importantes que surgen son:

-Consumo de alcohol o drogas en general y la conducción de vehículos.

-Distinción entre uso y abuso.

-Si es posible ayudar a otros, cómo hacerlo y a quién pedir ayuda si es necesario.

-En que consiste la libertad individual para consumir.

-La actitud de los demás hacia los que abusan de drogas (por ejemplo, los que beben demasiado).

-Lo que significa aceptar la ayuda de otros y a quién acudir.

Se finaliza la lección con unas breves indicaciones de que hacer para dejar de fumar y en caso de abuso de drogas. También se inserta una lista de instituciones y direcciones útiles.

Objetivos:

- El alumno distinguirá entre uso y abuso.
- Asumirá una postura activa ante problemas de abuso.
- Sabrá a quien acudir cuando existan problemas de abuso suyo o de otros.
- No conducirá cuando haya consumido alcohol u otras drogas que afecten a la conducción, y procurará evitar, dentro de sus posibilidades, que conduzcan otros que hayan consumido.
- Entenderá que el consumidor, con el paso del tiempo, empieza a ver su propio consumo de forma distinta que los demás y aprende a justificarlo.

Metodología y actividades:

Se distribuyen los cuadernillos con la consigna de que se lean, procurando retener lo que más llame la atención. Finalizada la lectura, se inicia la discusión a partir de lo reflejado en las historietas, hasta que surjan situaciones vividas o imaginarias que puedan ser representadas o aclaradas de cualquier otra forma.

5ª sesión:

La publicidad

Objetivos:

-Adoptar una actitud crítica frente a los mensajes publicitarios y prácticas sociales que incluyen el consumo de tabaco y/o bebidas alcohólicas.

Metodología y actividades:

El profesor presenta al alumnado un resumen del apartado sobre publicidad (Cap. IV), insistiendo principalmente en las estrategias publicitarias. Posteriormente se forman grupos de cuatro personas y se les entrega un anuncio publicitario de alcohol y / o tabaco. Y los alumnos siguen las instrucciones de la ficha sobre publicidad.

6ª sesión:

La conducta asertiva.

Objetivos:

-Utilizar de forma armónica todos sus recursos expresivos en intercambios comunicativos propios de la relación con otras personas, mejorando su relación con los demás con la expresión de sus propias opiniones y sentimientos.

-Utilizar el lenguaje oral para la expresión de situaciones reales e imaginadas, aprendiendo a expresarse asertivamente en tales situaciones.

Metodología y actividades:

Se distribuye el material para el alumno correspondiente a esta sesión y se van siguiendo las indicaciones dadas por el profesor³. La forma de trabajar las sesiones de habilidades sociales va a ser muy parecida en

³ En el caso de esta sesión experto externo.

todas ellas y se puede ver en el material de trabajo por lo que no vamos a insistir más en el tema.

7ª sesión:

La autoestima

Objetivos:

-Utilizar los recursos expresivos en intercambios comunicativos mejorando la relación con sus compañeros a través del intercambio de cumplidos y de la expresión de sentimientos positivos hacia sus compañeros

Metodología y actividades:

Se distribuye el material para el alumno correspondiente a esta sesión y se van siguiendo las indicaciones dadas por el profesor

8ª sesión:

Decir no. Defiende tus derechos.

Objetivos:

-Utilizar sus recursos expresivos en intercambios comunicativos propios de la relación directa con otras personas, expresando adecuadamente opiniones contrarias y argumentando correctamente las negativas.

-Expresar situaciones reales e imaginarias, aprendiendo a negarse de forma asertiva, argumentando adecuadamente las exigencias de

respeto a sus derechos, especialmente ante ofertas de tabaco y/o bebidas alcohólicas, regulando así su propia conducta y la de los demás.

Metodología y actividades:

Se distribuye el material para el alumno correspondiente a esta sesión y se van siguiendo las indicaciones dadas por el profesor

9ª sesión:

Toma de decisiones

Objetivos:

-Valorar los pros y contras, no sólo a corto plazo, que implica una decisión y controlar la propia conducta de acuerdo a las decisiones una vez tomadas.

Metodología y actividades:

Se distribuye el material para el alumno correspondiente a esta sesión y se van siguiendo las indicaciones dadas por el profesor

10ª sesión:

Actividades para el tiempo libre.

Objetivos:

El objetivo general de esta sesión es presentar distintas alternativas en las que emplear su tiempo libre que pueden encontrar en su entorno

próximo. Estas alternativas son variadas: intelectuales, recreativas, sociales, culturales, deportivas, etc.

Metodología y actividades:

Junto a la evaluación de las actividades que normalmente realizan en su tiempo libre y la posterior discusión, se hace un repaso de las posibilidades que ofrece la localidad, detallando las características de cada una y completándose con el trabajo en grupo que se realiza.

A modo de ejemplo, algunas de las entidades que se pueden dar a conocer en Huelma son:

- Conservatorio de música
- Banda de música
- Grupo Accatuci de actividades en la naturaleza
- Equipo de Fútbol y otras actividades deportivas como balonmano, atletismo, voleibol, clubes ciclistas, etc.
- Centro de la Mujer
- Cruz Roja

Para esta actividad se puede concertar la visita de algunas de las personas responsables de dichas entidades que comenten el funcionamiento y las actividades que realizan.

Última sesión:

Nueva aplicación de cuestionarios.

Se vuelven a pasar los cuestionarios que se pasaron en la sesión previa.

4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL AMBITO FAMILIAR

Para la intervención con los padres vamos a utilizar principalmente el Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Familiar de la FAD⁴, sobre el cual hemos realizado un curso como monitores de prevención familiar tanto la Directora del IPAS como el autor, realizando las modificaciones necesarias para adaptarlo a nuestro contexto

Objetivo General:

-Facilitar un adecuado enfoque del fenómeno del uso y abuso de drogas, y dotar de estrategias de intervención que permitan a los padres actuar como agentes preventivos dentro del ámbito familiar.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar a los padres y madres sobre la necesidad y conveniencia del trabajo preventivo.
- Modificar sus propias actitudes y conductas frente a las drogas legales.
- Enmarcar la prevención dentro de la Educación para la Salud.
- Identificar los factores de riesgo del consumo de drogas.
- Informar sobre lo que son las drogas, tipos y efectos.
- Identificar los factores de protección frente al consumo de drogas.
- Conocer y potenciar los factores de protección en los hijos.

⁴ Fundación de Ayuda contra la Droga.

-Dar a conocer las formas y modos de participar en la escuela como ámbito de Prevención.

-Analizar el abordaje ante los problemas de drogas.

Metodología

Es un programa eminentemente práctico, con una metodología activa y participativa, que se desarrolla en sesiones de grupo tutorizadas por un animador.

Contenidos

El Programa de Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar, consta de siete bloques temáticos que son los que aparecen en el siguiente apartado.

Sesiones del programa que se aplica a las familias:

I. Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar.
II. Información básica sobre drogas.
III. Elementos básicos para una buena prevención familiar.
IV. Intervención familiar con hijos de 0 a 12 años.
V. Intervención familiar con hijos de 13 a 17 años.
VI. Prevención, Familia y Escuela.
VII. La familia ante los problemas de drogas.

Material

El Programa de Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar consta de:

-Carpeta con siete dossiers para los participantes con contenidos teóricos, ejercicios y cuestionarios de evaluación.

-Un manual para el experto/animador con la estructura metodológica para cada una de las sesiones, fichas de seguimiento y cuestionarios de evaluación.

-Información complementaria para el alumnado.

-Material Audiovisual y guías didácticas: <<Diríatata>> y <<Vivir sin alcohol>>.

Temporalización

Este programa tiene prevista una duración de 12 horas (2 horas por bloque temático) Las sesiones se distribuirán de forma flexible en función de las necesidades del grupo.

Destinatarios

El programa está pensado para padres y madres con hijos hasta los dieciocho años, pertenecientes a Asociaciones de Padres de Alumnos de centros docentes y demás padres y madres interesados en profundizar sobre estrategias relacionadas con la prevención del consumo de drogas, aunque nosotros lo aplicaremos a los padres de los alumnos que son sujetos de nuestra intervención.

Para llegar a los padres y madres, a principio de curso se tiene una reunión con el Equipo Directivo del Centro y El Presidente de la Asociación

de Padres y se les presenta el programa con todo detalle, junto con el calendario de aplicación. También se les entrega por escrito lo que se pretende de cada órgano del Centro.

A través de la asociación de padres se les envía una carta a todos los padres de los alumnos del primer ciclo de E.S.O. que van a ser los receptores del programa presentándoles el programa y explicándoles la conveniencia de que ellos participen todo esto de forma superficial, ya que el objetivo de la carta es citarlos a una reunión en las que se les comentará más detenidamente el programa y se les intentará implicar de forma personal insistiendo en la conveniencia de su participación durante todo el proceso. Lo que se pretende es que la participación de padres y madres sea lo más alta posible.

MATERIAL DE TRABAJO CON EL ALUMNADO

SESIÓN 1ª

¿QUÉ PASA CON LAS DROGAS?

1 - ¿QUÉ PASA CON LAS DROGAS?

SOMOS ALGUNOS DE LOS PROTAGONISTAS DE ESTAS HISTORIAS. NOS GUSTARIA PRESENTARNOS!!



Me llamo Pere. Tengo 16 años. Me gusta el baloncesto y el futbito. Me encanta tener amigos y divertirme. Me gusta vivir sin preocupaciones. Lo que más añoro es el verano porque es cuando me siento más libre, sin tener que llegar a casa a una hora determinada.



Yo soy Bernat. Disfruto haciendo excursiones y todo tipo de deportes. El futuro para los jóvenes puede ser difícil e intento prepararme estudiando. Creo que hay tiempo para todo y cada cosa tiene su momento. Para mí lo más importante es la amistad y el compañerismo.



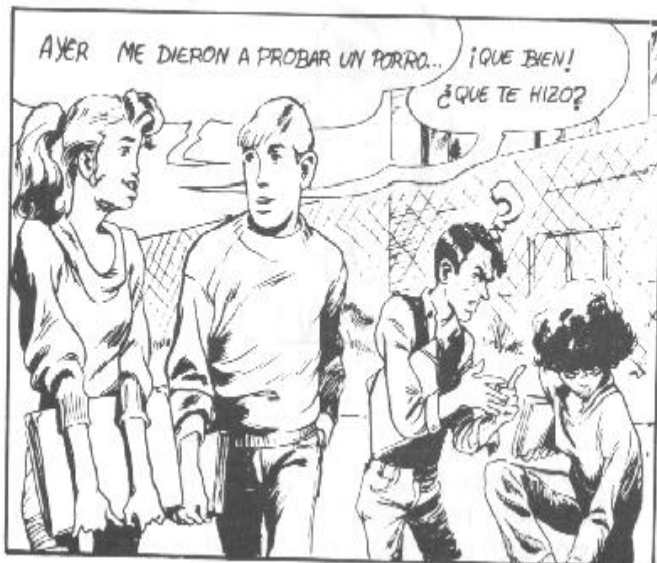
Soy María. Algunas veces mis compañeros me toman por serio, pero yo necesito divertirme como cualquiera. Me interesa mucho la biología, la naturaleza y los grupos ecologistas. Creo que la juventud hay que tomársela en serio (y eso no significa que haya que aburrirse). Me llevo fenomenal con mis hermanos y no me importa salir con ellos.



Me llamo Joana. A veces en casa me riñen por los estudios, pero yo pienso que ya llegará el momento de trabajar y, por ahora, prefiero estar con los amigos. Estoy bien con ellos y no creo que haya nada malo en tener un carácter alegre como el mío. Procuo estar en buena forma física y soy del club de baloncesto del colegio. Me llama la atención lo poco que los mayores entienden e nosotros los jóvenes.

Vas a empezar una serie de clases en las que va a salir el problema de las drogas. Al empezar cada clase te darán un cuadernillo como este. Léelo atentamente y procura fijarte en lo que más te llame la atención. Después lo discutirás con tus compañeros durante la clase. Hay otros tres cuadernillo. Guárdalos en la carpeta.

¿ QUE PASA CON LAS DROGAS?







1. ¿Por qué está de moda hablar de drogas?, ¿Es importante hablar de drogas?.

2. En la historia Bernat dice que no quiso probar el "porro", ¿Tú que hubieras hecho?.



3. ¿Es verdad que se exagera sobre el daño que hacen las drogas? ¿A quién le puede interesar exagerar o engañar en estas cosas?

4. ¿Por qué hay tanta gente que toma alguna droga si todos sabemos que pueden perjudicar?.

5. ¿Tu padre fuma? ¿Crees que sabe que el tabaco es perjudicial para la salud? ¿Por qué fuma?

6. ¿Por qué la sociedad permite que se consuma alcohol y tabaco, si son drogas nocivas para la salud? ¿Por qué unas drogas son legales y otras son ilegales, si parece que todas son nocivas?.

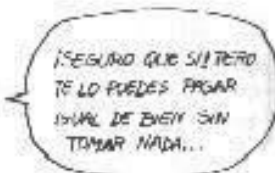
7. ¿Qué es abusar? ¿Cómo diferenciar el abuso del simple consumo?.

¿Es lo mismo abusar de unas drogas que de otras?

¿Se puede mantener el consumo de alguna droga sin llegar a abusar?.



8. ¿Es necesario tomar drogas para pasarlo bien? ¿Qué puedes hacer para divertirte sin drogas?.



9. ¿Por qué crees que hay algunos que aguantan más la bebida que otros?

¿Qué pasará al cabo de un tiempo?

¿Depende de la fortalez del individuo o de su habilidad?



Seguramente tú ya sabes muchas cosas sobre drogas. También podría ser que no, que tuvieras algunas dudas. En cualquier caso, conviene recordar algunos hechos.

1. En primer lugar hay que saber que las drogas son aquellas sustancias que actúan sobre el sistema nervioso produciendo sensaciones, vivencias y alteraciones de conducta, que inducen al individuo a insistir en su uso creándose una dependencia o hábito.

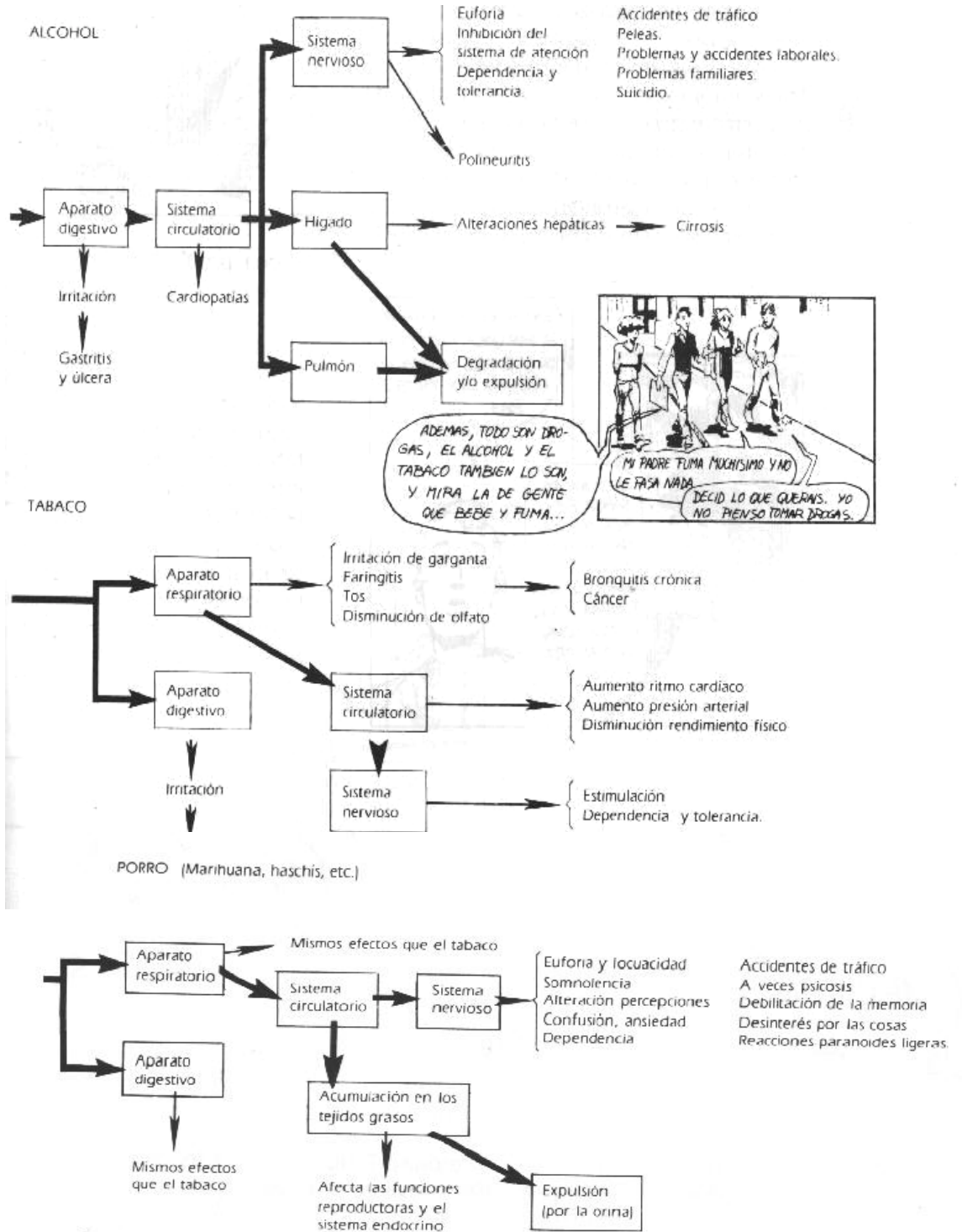
2. Los motivos para empezar a consumir una droga suelen ser muy variados. Puede ser simple curiosidad, deseo de hacer algo distinto, ser como los demás, que lo que se dice de la droga es interesante, o cualquier otra razón. La cuestión es que el consumo resulta atractivo. A esto hay que añadir el efecto estimulante o tranquilizador que producen, al menos al principio. Y puesto que normalmente todavía no aparecen daños en el cuerpo i trastornos excesivos en la vida cotidiana, el consumidor se convence cada vez más de que su propio consumo es bueno. Entonces aparece la **DEPENDENCIA** cuya característica principal es un deseo intenso y casi irreprimible de repetir esas



sensaciones. La privación de la droga produce angustia, y a veces incluso sensaciones físicas muy desagradables (síndrome de abstinencia), lo que lleva a la persona a tomar de nuevo la droga. Con algunas drogas (alcohol, tabaco y heroína entre otras) esto se complica al producirse la **TOLERANCIA**, es decir, un proceso por el que el cuerpo se acostumbra a la droga de tal forma que es

necesario aumentar la cantidad necesaria para obtener el efecto deseado.

3. Debes saber también cuáles son los efectos de las drogas. Aquí tienes algunos efectos de las drogas más utilizadas.



SESIÓN 2ª :
UNA FORMA DE EMPEZAR

II-UNA FORMA DE EMPEZAR





MESES DESPUES...





1. ¿Por qué hay gente que fuma? ¿Cómo empezaron?
2. Si tú fumas, ¿cómo empezaste?, ¿quién te dio el primer cigarrillo?, ¿dónde ocurrió?, ¿te gustó fumar?
3. ¿Por qué da la impresión es fumar o tomar una copa?

- de que en algunas ocasiones lo "normal" es fumar o tomar una copa?
4. ¿Es más fácil empezar una amistad con un chico o una chica que no conocemos mucho si les ofrecemos un cigarrillo o una copa? ¿Se puede hacer lo mismo sin ofrecer tabaco ni alcohol?
 5. ¿Qué pasa en estas ocasiones en que se ofrece tabaco o alcohol? ¿Por qué la mayoría acepta el ofrecimiento?
 6. ¿Por qué es tan fácil comprar tabaco o bebidas alcohólicas?
 7. ¿Sabías que está prohibido servir bebidas alcohólicas a los menores de 16 años en locales públicos? ¿O que está prohibido vender tabaco a los menores de 16 años? ¿Crees que esto se cumple? ¿Por qué? ¿Sería necesario que se cumpliera?



...momentos en que sea probable que alguien te ofrezca una droga legal o ilegal. Imagínalo con todo detalle. ¿Quién hay? ¿Cómo te sientes? ¿Qué hace cada uno de los que estáis? ¿Por qué decir sí? ¿Por qué decir no? ¿Qué pensarán los demás si aceptas? ¿Y si no

aceptas?

...es la primera vez que vas a una discoteca. Vas con algunos amigos de tu hermano mayor. Una vez dentro, os acercáis a la barra y uno pide whisky y los demás un "cubata" u otra clase de combinados. ¿Tú qué pedirás? ¿Por qué?. Piensa en todas las ventajas y desventajas de lo que decidas.

...estás con unos amigos tuyos en tu casa. Tus padres están fuera. Vas a la cocina a buscar algo y cuando vuelves encuentras que alguien ha preparado un "porro" y se lo están pasando. ¿Qué harás? ¿Pedirás que dejen de fumarlo? ¿Harás como si no te enterases? ¿Pedirás que te dejen probar? .Piensa las ventajas y los inconvenientes de cada decisión.

HECHOS

1.El comienzo

Para consumir una droga por primera vez no hace falta ser una persona especial, ni tener grandes problemas, ni tener una postura favorable al consumo de drogas. Es suficiente con que alguien la ofrezca.

La primera vez que se toma una droga, sea la que sea, casi siempre es aceptando una invitación.

Es muy corriente que se ofrezcan drogas especialmente tabaco y bebidas alcohólicas. En algunas situaciones es fácil rechazar la oferta...



Son situaciones en las que no se plantea nada más que consumir o no consumir algo.

En otras ocasiones es distinto.



A Pere no se le ofrece sólo el cigarrillo o la bebida. Se le plantea la posibilidad de "ligar". El cigarrillo o la bebida son los medios para entrar en contacto. Entonces Pere dice que sí a toda la situación, es decir, a "ligar" y a las drogas que se le ofrecen. De esta manera, sin apenas darse cuenta, se encuentra fumando y bebiendo.

Tú puedes pensar otras situaciones que te hayan ocurrido, o que posiblemente te ocurran algún día, en que lo que está en juego es otra cosa que quieres conseguir. Puede ser, por ejemplo, una amistad, que te acepten en un grupo, que te vean de una determinada manera, que piensen que eres agradable, etc.

Las decisiones se suman o cómo se construye un hábito.

Pere ha decidido aceptar un cigarrillo. Otro día aceptará otro. Después otro más, etc.



Encontrará nuevas ocasiones para fumar. Después decidirá comprar, y a partir de este momento ya podrá fumar cada vez que le apetezca, no como antes que sólo fumaba cuando alguien le invitaba.

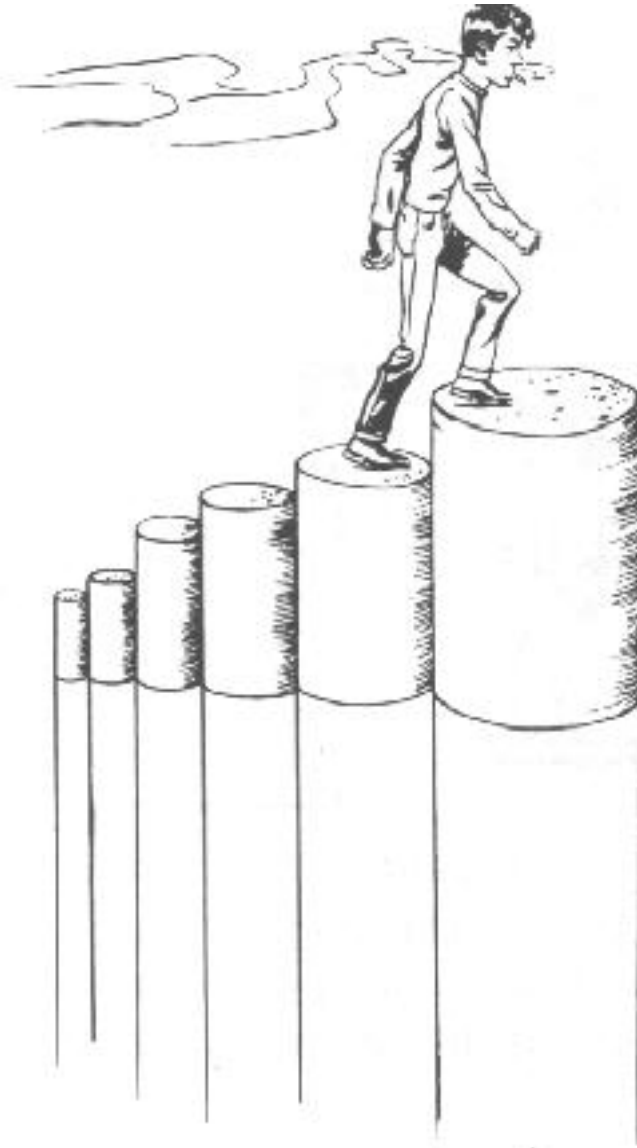
Una decisión lleva a otra. La escalada.

Así como el hacerse fumador de una cajetilla es un proceso largo, también es muy improbable que repentinamente uno decida consumir una droga menos tolerada si antes no consumía otras más toleradas. Quien consume una droga, fácilmente puede consumir otras.

No es que consumir una droga cree la necesidad de tomar otras más fuertes.

Lo que ocurre es que:

- Aprender unas cosas favorece que se aprendan otras. Así, si te acostumbras a fumar tabaco es más fácil que algún día pruebes los "porros", si tomas alcohol para animarte, fácilmente buscarás efectos parecidos en otras drogas.
- Si tomas una droga con bastante frecuencia, o tomas muchas drogas, es muy probable que vayas con gente que hace lo mismo. Entonces es muy fácil que conozcas personas que tomen drogas que tú aún no consumías, y que alguna vez te inviten a tomarlas.



- Uno piensa que si hace lo mismo que los demás es más fácil que te acepten o que no te compliquen la vida.

SESIÓN 3ª:
MARIA SE DIVIERTE

III - MARIA SE DIVIERTE







- 1.- ¿Es necesario beber para animarse en una fiesta?
¿Hace falta tomar cualquier otra clase de droga?



- 2.- Invitar a fumar o a tomar una copa se suele tomar como señal de amistad. ¿Es señal de enemistad no aceptar?
- 3.- ¿Por qué es difícil decir que no? ¿Por qué da la impresión de que el que no fuma ni bebe o no toma cualquier otra droga, es un poco raro?
- 4.- ¿Por qué la gente suele insistir en que te tomes una copa, por ejemplo, a pesar de las negativas?
- 5.- ¿Se pueden ofrecer bebidas sin alcohol en una fiesta? ¿A qué se puede invitar que no sea droga?



1.- Decir que no a un ofrecimiento de drogas puede ser difícil entre otras cosas porque:

- a lo mejor te insisten una y otra vez, con lo que poco a poco tu postura se debilita.
 - los otros las consumen y aparentemente no les pasa nada malo.
 - si los otros consumen y tú no, puedes tener la sensación de que no eres como los demás, de que eres el raro del grupo o de que todos son más fuertes o decididos que tú.
- para decir "sí" no hace falta buscar ninguna justificación, pero si quieres decir "no" tendrás que buscar razones o excusas, y a lo mejor no se te



ocurre ningún argumento convincente.

2.- Cuando alguien te ofrece una droga y tú le dices que no quieres tomar, puede parecer que le reprochas que él consuma. Por eso es posible que insista para que tú también tomes o se burle de ti si no quieres. De esta forma, si tú aceptas, él se sentirá tranquilo porque ya no habrá ningún reproche. Es necesario que sepas qué es exactamente lo que

quieres. Si decides no consumir debes saber mantenerte en tu opción. Si por el contrario, decidieras consumir, respeta la opción de quienes no consumen: acostúmbrate a consumir para ti y a no invitar.

3.- Todos somos en principio libres de tomar o no tomar una droga. Parece que hay que respetar esta libertad individual. Conviene tener en cuenta, sin embargo, que no consumir una droga no perjudica a nadie mientras que las consecuencias del consumo repercuten en consumidores y no consumidores.

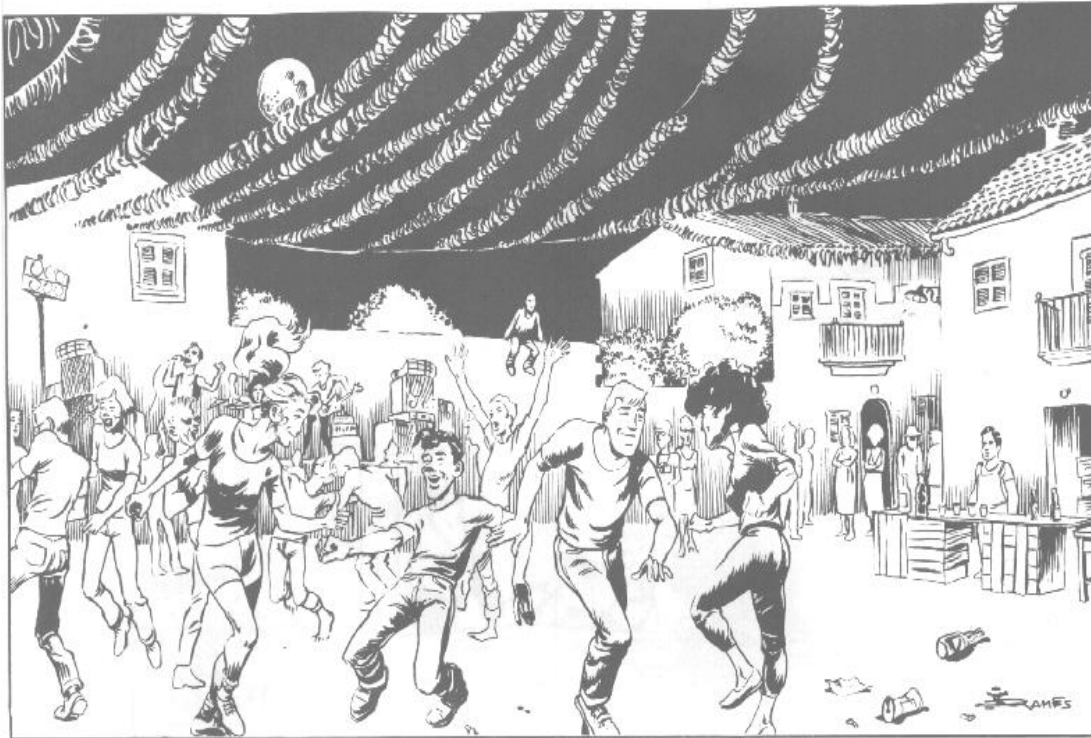
SESIÓN 4^a:
DOS VERSIONES DE LA MISMA HISTORIA

IV Dos versiones de la misma historia

1. EL PUNTO DE VISTA DE PERE







2. COMO LO VEN SUS AMIGOS





1. ¿Por qué cuando uno ha bebido demasiado le cuesta admitirlo?
2. ¿Se debería dejar conducir a uno que ha tomado drogas? ¿Por qué?
3. ¿Le sienta bien a un fumador que le digan que fuma demasiado o que debería dejar de fumar?
4. ¿Es fácil dejar de fumar? ¿Conoces a alguien que haya dejado de fumar?
5. ¿Cuándo se empieza a ser alcohólico? ¿Abusar del alcohol es emborracharse, o existen otras formas de abuso?
6. ¿Hay que ayudar a un amigo con problemas de drogas, o es meterse donde a uno no le importa?
7. ¿Se podría hacer algo útil para ayudar?



... tienes un amigo de 15 años que se emborracha con cierta frecuencia ¿Qué piensas de esto?
¿Cómo te sientes? Podrías, por ejemplo:

- decirlo a sus padres.
- hablar seriamente con él para que evite beber.
- ponerle en contacto con otros amigos que no beban.
- llevarlo al cine para evitar que se meta en el bar.
- hablar con el dueño del bar y decirle que a la edad de tu amigo es ilegal servirle bebidas alcohólicas.
- no hacer nada.

¿Se te ocurre alguna otra cosa que quieras hacer?

... una amiga tuya muchas veces tiene dolor de cabeza y casi cada día toma pastillas. Acaba de tomarse un montón, pero dice que aún se siente fatal y toma algunas más.

¿Qué puedes hacer? Analiza las ventajas y desventajas de cada una de las siguientes actuaciones:

- llevarla al médico.
- decírselo a un familiar suyo.
- esconder el tubo.
- hablar con ella y decirle que ha de ir al médico.
- no hacer nada.

¿Puedes hacer otra cosa diferente de las anteriores?

Identificar el ABUSO de drogas

1. Frente al **tabaco** pueden darse tres posturas:

NO USO. Incluye a no fumadores y fumadores que lo han dejado.

USO. Aquellos que intentan **reducir** los efectos perjudiciales del tabaco.

Por ejemplo:

- escogiendo cigarrillos con menos contenido de nicotina y alquitranes además de que siempre deben tener filtro).
- no apurando los cigarrillos. En la última parte del cigarrillo que se fuma se acumulan el máximo de sustancias tóxicas.
- procurando no tragarse el humo.
- no dejando el cigarrillo en la boca entre chupada y chupada.
- Fumando menos cigarrillos al día, evitando especialmente aquellos que se fuman de forma automática.

ABUSO.

- Los que fuman excesivamente (no hay un número fijo de cigarrillos a partir del cual deba considerarse que se hace un consumo excesivo, pero se calcula que para una persona adulta es excesivo fumar más de ½ cajetilla diaria).
- Las mujeres embarazadas que fuman.
- fumar después de un esfuerzo físico.
- Fumar cuando se tienen enfermedades respiratorias de garganta o cardíacas.

2. En cuanto al **alcohol** también pueden darse las mismas tres situaciones:

NO USO. Incluye a los abstemios y a los que decidieron dejar de beber.

USO. Beber en vaso de vino o una cerveza en las comidas, o tomar alguna copa (1 ó 2 como máximo) muy de vez en cuando.

ABUSO.

- Tomar más de 2 vasos de vino ó 2 cervezas al día (es la cantidad máxima que puede tolerar el organismo sin que se produzcan problemas).
- Beber los fines de semana hasta "colocarse", aunque el resto de la semana no se beba nada.
- Emborracharse.
- Beber 3 copas (o su equivalente en vino, cerveza u otra bebida alcohólica) si se tiene que conducir.
- Beber durante el embarazo.
- Mezclar el alcohol con otras sustancias para "colocarse".

¡**ATENCIÓN!** El efecto de las bebidas alcohólicas no depende de la cantidad de líquido que se toma, sino de su contenido en alcohol. Hay aproximadamente la misma cantidad de alcohol en : 1 copa de coñac,

1 cerveza grande, 1 whisky, 1 combinado (tipo cubata, gin-tonic, etc.), 1 vaso de vino, 1 botellín de vermut, 1 copa de licor...

¿QUÉ HACER PARA DEJAR DE FUMAR?

- 1. Decidirte.** Sin una decisión firme, el hábito reaparecerá en poco tiempo.
- 2. Pensar** en las ventajas de una vida sin humo.
- 3. Señalar un día** a partir del cual dejarás de fumar, sin ponerte luego excusas ni cambiar o retrasar la fecha.
- 4. Prepararte** hasta que llegue este día descubriendo nuevos motivos por los que dejar de fumar.
- 5. La noche antes** tira o fuma el tabaco que te quede y esconde todos los utensilios de fumar (encendedores, ceniceros, etc.).
- 6. El día señalado** levántate un poco más temprano y haz algo de gimnasia. No pienses que no fumarás más. Piensa simplemente que hoy no fumarás, otro día ya se verá lo que pasa. No tomes bebidas alcohólicas ni excitantes. Procura, si la organización de las comidas en tu casa lo permite, comer sobre todo frutas y verduras. Si te entran ganas de fumar no te asustes, te relajas y haz algo para no fumar: puede servirte beber agua, comer una fruta o masticar alguna cosa. Procura no hacer las cosas que antes acompañabas con un cigarrillo. Al acostarte, si no has fumado, podrás sentirte orgulloso.
- 7. El día después** y los cinco o seis días siguientes, sigue las mismas instrucciones de ayer.
- 8. Al cabo de una semana** el impulso de fumar ya no será tan fuerte. Sin embargo, no te descuides. No es verdad que por un cigarrillo no pasa nada. Si lo fumas, aunque ya haga mucho tiempo que lo dejaste, tus esfuerzos anteriores habrán sido inútiles, y en poco tiempo estarás fumando otra vez como antes.
- 9. Si recaes**, no te desanimes. Repasa lo sucedido para corregir los errores y vuelve a empezar desde el principio.

... EN CASO DE ABUSO?

1. INTOXICACIÓN AGUDA, por ejemplo, alcohólica. Puede ocurrir que ocasionalmente tú o algún amigo tuyo os toméis una cantidad excesiva de bebidas alcohólicas, lo que producirá un rápido aumento de la tasa de alcoholemia con el consiguiente efecto sobre la conducta, como retrasos en las reacciones, errores en la estimación de distancias y de velocidad, excitación, etc. (lo que, entre otras cosas, hace peligrosa la conducción), aunque uno está tan eufórico que ni se da cuenta de que le ocurra esto. Para esas ocasiones has de saber que:

- no se debe beber en ayunas.
- no se debe mezclar el alcohol con medicamentos ni con otras drogas.
- no hay que conducir hasta que pasen varias horas.
- no hay que dejar conducir a los que hayan bebido.
- hay que dejar de beber bastante antes de tener que irse.
- conviene beber líquidos no alcohólicos (especialmente zumos) en abundancia al percibir los primeros síntomas de la borrachera.

2. ABUSO CRÓNICO, es decir, consumo repetido (no necesariamente cada día) de drogas.

- recordar que si se produce la tolerancia se tiene la impresión de que la droga no afecta. Esta impresión es engañosa porque cuando aparezcan los efectos desagradables quizá ya sea demasiado tarde para retroceder;
- intentar reducir el consumo, si no es posible dejarlo del todo. Si es muy difícil, buscar la ayuda de algún profesional (por ejemplo, un médico o un psicólogo);
- si se trata de que el que abusa es un amigo, hablar con él para conocer su problemática más a fondo. Hay que saber que muchas veces no bastará nuestra voluntad para ayudar de verdad, por lo que es conveniente consultar con algún profesor o profesional.

SESIÓN 5:
LA PUBLICIDAD

“LA PUBLICIDAD”

Material para el alumnado

Trabajo con anuncios publicitarios:

-Tapa la marca y el producto del siguiente anuncio.



-Describe lo que ves.

-Cuenta qué es lo que crees que quiere decir el anuncio.

-¿Qué producto se anuncia?

-¿En que valor se apoya?

-¿Cómo dice que conseguiremos ese valor?

-¿Ese valor es realmente importante y bueno?

-¿A través de ese producto conseguiremos realmente ese valor?

-¿De qué manera es posible conseguirlo?

-¿Nos está diciendo la verdad el anuncio?. ¿Coméntalo con tus compañeros y anota tus propias conclusiones?

-Escribe en el papel que oculta la marca la palabra "droga".

SESIÓN 6:
LA CONDUCTA ASERTIVA

“LA CONDUCTA ASERTIVA”

- La conducta asertiva
- La conducta no-asertiva
- La conducta agresiva

Existen tres clases de conductas o estilos de actuar en las relaciones sociales: la conducta asertiva, la conducta no asertiva y la conducta agresiva. La conducta deseable en las relaciones con los demás es la ASERTIVA. La no-asertiva no llega y la agresiva se pasa. Después de trabajar esta unidad sabrás...

- Cual es tu estilo de actuar.
- Las ventajas que tiene actuar asertivamente.
- Conocer bien a los que te rodean. Sabrás si actúan asertivamente o no, y si lo hacen de manera agresiva.
- Utilizar muchos recursos, tales como: expresar tus sentimientos, tus necesidades, tus opiniones de manera directa y sin violar los derechos de los demás.

PRUEBA

Con esta prueba no se trata de que digas si te portas bien, mal o regular, se trata de que reflexiones sobre tu estilo de hacer las cosas, comunicándote, arrollando o escondiéndote.

¿Y CUAL ES TU CONDUCTA?

En tus conversaciones con los amigos...

- a) Les cuento muy pocas cosas.
- b) Soy un SUPERCOMUNICADOR, expreso directamente lo que siento.
- c) Impongo casi siempre mis puntos de vista.

2. Si alguien me critica, yo...

- a) Pienso que siempre tienen razón. Yo soy el que falla.
- b) Estudio bien la crítica, la aceptaré o la rechazaré, según.
- c) ¿Quién me critica a mí? ¡Que se atrevan!

3. En las relaciones con los demás suelen existir problemas. Yo lo que hago es...

- a) Bueno. no hago mucho, los demás lo solucionarán y, si no, me aguanto.
- b) Sí que suelo aceptar ideas.
- c) Con una amenaza lo resuelvo rápidamente.

4. Yo pienso de mí mismo/a que...

- a) Psss. Fallo en muchas cosas soy un desastre.
- b) Mis habilidades para relacionarme con los demás son de notable alto. Me veo bien.
- c) Me pongo un 10. Soy fenomenal, no fallo en nada. Me veo a mí mismo/a superior.

5. ¿Cómo funciona tu “coco”?

- a) Tengo muchos pensamientos que me bajan la moral.
- b) Me defiendo bien.
- c) Yo no pienso.

6. En mi equipo o mi grupo, yo...

- a) Participo más bien poco.
- b) Creo que soy un buen elemento.
- c) Yo soy el equipo, sin mí no funcionaría.

7. ¿Y con las personas del otro sexo? ¿Qué tal te va?

- a) Me da mucho corte. Soy bastante reservado/a para dirigirme a un/a chico/a.
- b) No lo hago mal.
- c) Eso a mí no me afecta. No tengo ningún problema. Consigo lo que quiero.

8. Cuando hablas con los demás, ¿haces uso de gestos apropiados?

- a) A veces suelo mirar a los ojos de quien me habla.
- b) Sí.
- c) De todos los gestos, los adecuados y otros que yo me sé.

9. Un compañero/a va muy “tope guay” a la última, te encanta su “ropaje”, entonces tu...

- a) Me callo, no digo nada.
- b) Le digo alguna cosita agradable.
- c) Le digo que va horrible (aunque no sea verdad).

10. Cuando alguien no respeta mis derechos, yo...

- a) Me aguanto.
- b) Le expreso mis quejas directamente pero con educación.
- c) Pobre de quien se atreva.

RESULTADOS

a) Si tus respuestas son principalmente de la clase a), tu conducta se puede considerar NO ASERTIVA (PASIVA). Debes espabilar y "manejarte" bien con los demás. Tú tienes tus derechos, tú eres muy válido/a, tú eres muy importante. ¡MÉTETELO EN LA CABEZA Y PRACTICA HABILIDADES SOCIALES!

b) Si tus respuestas están aquí, ¡MUY BIEN!, tú funcionas ASERTIVAMENTE, es decir, expresas directamente lo que sientes, necesitas, opinas. No obstante, perfecciona tus habilidades.

c) Por aquí no es el camino a seguir para ser hábil socialmente. No se trata de avasallar, imponer, aplastar, salirte siempre con la tuya. Reflexiona y piensa que los derechos de los demás también existen. Es el momento de comenzar a tener HABILIDADES SOCIALES.

LOS ASERTIVOS

¿CÓMO SON?

Expresan directamente lo que sienten, sus necesidades, sus derechos y sus opiniones, pero sin violar los derechos de los demás.

¿QUÉ HACEN?

En las conversaciones con los demás, lo que expresan con palabras va acompañado de **conductas no verbales**: postura adecuada, gestos con la cara, las manos...

Ejemplo:

- Permíteme decirte que estoy bastante molesto porque ayer me quedé esperándote tú no apareciste.
- Es que...

CONDUCTA ASERTIVA = ESTO ES LO QUE YO PIENSO.
ESTO ES LO QUE YO SIENTO.

...para decir todo esto no se necesita humillar, desagradar o fastidiar a los demás. La conducta asertiva respeta a uno mismo (defiendes tus derechos) y a los demás.

¿PARA QUÉ?

- Para comunicarte mejor.
- Para conseguir respeto.
- Para mejorar tu AUTOESTIMA.

¿Cuáles son mis derechos?

¿Cuáles son sus derechos?

TÚ PUEDES SENTIRTE SATISFECHO/A DE HABER EXPRESADO TUS PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS, AUNQUE NO HAYAS CONSEGUIDO LO QUE TE PROPONÍAS.

¿Qué piensas?

Las personas asertivas antes de hablar piensan las consecuencias de lo que van a decir, de manera que no perjudique a los demás, pero expresando claramente lo que pretenden.

Algunos ejemplos

- Si un amigo está tardando mucho a una cita, cuando llegue tú tienes derecho a...

- Si un compañero no te devuelve el libro después de varios meses, tú tienes derecho a...

- Si te han dado un producto defectuoso en la tienda, al darte cuanta de ello tú tienes derecho a...

Si yo expreso mi alegría, entonces ellos... seguro que se alegrarán también.

Si yo le expreso mi enfado, entonces él...

a) _____

b) _____

c) _____

TÚ PUEDES EXPRESAR MOLESTIAS LEGÍTIMAS, CRÍTICAS JUSTIFICADAS, EXPRESAR TUS SENTIMIENTOS.

VENTAJAS

Te sientes mejor por haber sido capaz de expresar tus opiniones, aunque no hayas conseguido otros objetivos.

Te defiendes bien en tus relaciones interpersonales.

Aumentas la confianza en ti mismo/a.

¿Cómo puedo ser yo uno de ellos?

PARA ACTUAR ASERTIVAMENTE

1º Piensa qué quieres (decir, hacer,...).

2º Piensa en las consecuencias de tu conducta.

3º Actúa (di o haz) respetando el derecho de los demás.

- *Si yo digo/hago esto, ocurrirá que...*

ESTO ES SER ASERTIVO

Comportarte asertivamente no quiere decir que no haya conflictos en tus relaciones con los demás. Los conflictos suelen ser frecuentes, lo importante es prevenirlos y resolverlos sin que te afecte demasiado.

ESTÁIS ORGANIZANDO UNA FIESTA PARA EL PRÓXIMO SÁBADO.

¿ Dónde podríamos ir?

No sé.

Podríamos preguntarle a mi primo, él ha dicho que tiene una nueva cadena de música.

¿Tú qué dices, Miguel?

Miguel, ¿qué idea llevas para la fiesta?

¿Quién, yo?

Sí, tú dijiste que te gustaría que estrenásemos tu supercadena nueva.

Ah!, sí.

- Podemos quedar a las 6.

Es un poco tarde.

Yo creo que es un poco pronto.

Podríamos votar la hora.

¿Os parece bien?

¿Quién se comporta asertivamente?

¿Por qué? _____

Ha ayudado a mantener la conversación.

Ha participado.

Ha expresado sus opiniones.

Ha dicho lo que pensaba sin reparo.

No ha molestado a nadie.

Se siente bien por su aportación. Aumenta su confianza.

ESTO ES SER ASERTIVO

TÚ Y TU AMIGO ESTÁIS JUGANDO AL PARCHÍS.

AMIGO: ¡No puedes adelantar seis puestos!

TÚ: Perdona, pero las reglas del juego dicen que sí lo puedo hacer.

AMIGO: Pero así no se juega.

TÚ: Tú sabes perfectamente que puedo.

AMIGO: Bueno, vale.

¡BRAVO! TE HAS EXPRESADO ASERTIVAMENTE.

Has defendido tus derechos.

No has ofendido ni fastidiado a tu amigo.

Has conseguido tus derechos que eran justos.

Has resuelto un problema con habilidad y sin enfadarte.

¿EN CUÁNTAS SITUACIONES PARECIDAS ACTÚAS ASÍ? Intenta recordarlas.

LOS NO-ASERTIVOS

¿CÓMO SON?

Las personas con comportamiento no asertivo son incapaces o tienen mucha dificultad para expresar sus sentimientos, sus pensamientos, sus opiniones. Son incapaces de decir que NO. Dejan que los demás violen sus derechos.

¿QUÉ HACEN?

Comportarse de manera no-asertiva es...

- Evitar la mirada del que te está hablando.
- Apenas se le oye cuando habla.
- Postura corporal tensa.
- "Nervios, muchos nervios", tics, movimientos inapropiados.

LA CONDUCTA NO ASERTIVA= UNA FALTA DE RESPETO HACIA TUS PROPIAS NECESIDADES.

DESVENTAJAS

Al actuar de manera no asertiva (pasiva)...

- Te sientes incomprendido.
- Te sientes mal contigo mismo/a.
- Algunos dolores de cabeza, nervios, etc., son debidos a ello.
- Los demás no llegan a comprendernos bien.

LAS PERSONAS QUE ACTÚAN DE MANERA NO-ASERTIVA SUELEN TENER SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD.

"Yo no pinto nada" "Yo no cuento para esto" "Que se aprovechen de mí si quieren" "Yo no soy nadie". "Tú eres superior". "Lo mío no es importante".

TÚ NO MERECEES PENSAR eso.

ESTO ES COMPORTAMIENTO NO-ASERTIVO (PASIVO)

ESTÁIS ORGANIZANDO UNA FIESTA PARA EL PRÓXIMO SÁBADO.

¿Dónde podríamos ir, Sandra?

+ Psss, no sé.
¿Tú qué opinas?
+ Lo que vosotros queráis.
Me gustaría que fuésemos a mi casa, veréis cómo suena mi nueva minicadena.
+ Bueno.
¿A ti qué te parece?
* Apenas te oigo. ¿Qué dices?
+ Es que.
+ El caso es que mi idea sería ir a casa de Julián, allí seguro que todos lo pasaríamos bien.
* ¿Piensas algo?
+ No, no, nada.
+ Debería haberles dicho mi opinión. Ahora me encuentro más nerviosa.

¿Quién está actuando de una manera NO-ASERTIVA?

¿Por qué? _____

No ha expresado lo que pensaba.

Estaba muy nerviosa

¿En qué situaciones tu conducta no ha sido asertiva? Explícalas.

La conducta no asertiva tiene muchas desventajas; para ti, ¿cuáles son las principales desventajas?

LOS AGRESIVOS

¿CÓMO SON?

Las personas que se comportan de modo agresivo...

- Violan los derechos de los demás.
- Es una conducta inapropiada.
- Ofenden, insultan, amenazan y son muy hostiles, humillan.

¿QUÉ HACEN?

Cuando alguien se comporta de manera agresiva en sus relaciones interpersonales emplea gestos amenazantes, lenguaje con doble sentido que ofende, desprecio por lo que los demás opinan.

EL OBJETIVO DE LOS QUE SE COMPORTAN AGRESIVAMENTE ES VENCER, FORZAR A LA OTRA PERSONA A PERDER, SALIRSE SIEMPRE CON LA SUYA A COSTA DE LO QUE SEA.

- *¿Cómo?*

Humillando a los demás.

Pierden el control de sí mismos.

Lo suyo no son HABILIDADES SOCIALES. Van perdiendo amigos. La gente les evita.

- *¡Pero tú qué sabes!*

- *Lo que yo digo es importante, lo tuyo no*

ESTO ES COMPORTAMIENTO AGRESIVO

ESTÁIS ORGANIZANDO UNA FIESTA PARA EL PRÓXIMO SÁBADO.

PEDRO: ¿Dónde podríamos ir?

JUAN: Le podemos preguntar a Miguel si podemos ir a su casa.

PEDRO: ¿Por qué?

JUAN: Pues porque seguro que allí lo pasaremos bien.

PEDRO: Miguel, quieren que organicemos la fiesta en tu casa, con lo aburrido que tú eres, ja, ja...

PEDRO: ¿Qué hacemos, pues?

JUAN: Yo creo que si Miguel quiere, puede ser un buen sitio, y...además, tiene varios compact nuevos, ¿verdad, Miguel?

PEDRO: No tenéis ni idea, nos podemos divertir más yéndonos a otro sitio.

SONIA: Deberías cuidar un poco más tu manera de hablar, siempre estás "descalificando" lo que decimos.

PEDRO: Bah, me da igual.

¿Quién se comporta de manera agresiva?

¿Por qué? _____

- Descalifica las opiniones de los demás.
- Es grosero en su manera de hablar.
- Ofende a los demás.
- Piensa que es superior.

**¿En alguna ocasión tu comportamiento ha sido agresivo?
Descríbelo.**

¿Cómo actuarías ahora en esa situación?

SESIÓN 7:
LA AUTOESTIMA

“LA AUTOESTIMA”

●Tú vales mucho

El concepto que tienes de ti mismo/a es muy importante para sentirte bien, feliz y a gusto. Descubre cómo eres, cuáles son tus aficiones, descríbete a ti mismo/a y descubre también cómo es tu estilo cuando hablas, cuando piensas y cuando actúas.

Con las tareas de esta unidad aprenderás a:

- Valorar lo importante que eres.
- Descubrir tus cualidades positivas.
- Pensar en, las cosas buenas de ti.
- Aumentar tu AUTOESTIMA.

Veamos la descripción de sí misma que haría una compañera que tiene una alta autoestima.

1.¿Cuál es tu aspecto físico? (Describe tu altura, peso, aspecto facial, piel, pelo, tipo de indumentaria.)

Tengo 15 años y mido, aproximadamente, 1,70; no estoy ni gorda, ni delgada, aunque más bien delgada que gorda. Mi cara es alargada y dos ojos negros y grandes ocupan gran parte de ella; mi pelo es castaño y liso. Me gusta ir a la última pero siempre marcando mi propio estilo.

Un día en la vida de...

DESCRIPCIÓN DE MÍ MISMA.

2. ¿Cómo te relacionas con los demás?(Describe tus dotes y debilidades con los amigos, la familia, forma de relacionarte con desconocidos en diferentes situaciones sociales.)

Me encanta hacer amigos, conocer gente nueva, si conozco a alguien que es tímido, intento romper el hielo hablando como si le conociera de toda la vida; él/ella se siente a gusto y yo también. Es muy bueno tener amigos, compartir buenos momentos, ayudarlos y que te ayuden, pero nunca me dejo llevar por alguien, simplemente hago lo que pienso. Me gusta hablar de todo con mis amigos. porque confío en ellos y ellos confían en mí.

3. Personalidad. (Describe tus rasgos de personalidad positivos y negativos.)

Soy la chica simpática, graciosa y burlona del grupo, pocas veces soy seria. Soy responsable de mis actos, me gusta mostrarme a la gente tal y como soy,' por lo dicho, soy bastante extrovertida y por eso más de una vez me han hecho daño.

La verdad es que soy un poco "granuja", me gusta pasármelo bien con mis amigas (dejando a un lado la compostura) y por eso más de una vez me hubiese gustado ser chico.

Odio a la gente que se pasa el día haciendo comentarios sobre mí: "mira cómo viste", "mira lo que hace", a mi me entra por una oreja y me sale por otra. Soy como soy

4. ¿Cómo me ven los demás?

Sobre todo, amiga y compañera para todo, me siento a gusto porque confían en mí (y yo en ellos/as). Muchas de mis amigas me piden consejo y yo les respondo como si de mí se tratase.

Para la gente mayor, soy la chica graciosa pero a la vez educada y responsable.

Estoy contenta porque sé que a la gente le gusta estar conmigo.

5. Rendimiento en los estudios. (describe cómo afrontas las tareas de estudio.)

Sobre todo, me gusta tener un orden mental, planificar mis horarios de estudio y diversión, cada cosa tiene su tiempo. Me gusta realizar esquemas sobre el tema estudiado, ¡así resulta más fácil aprenderlo! Frente a las fechas de exámenes, empiezo a "prepararlos" varias semanas antes, de esta manera consigo aprenderlo todo en un tiempo pausado y sin nervios.

6. ¿Cómo hago las tareas de cada día?: higiene, salud, alimentación...

Lo primero que hago tras levantarme: ir al baño para lavarme y asearme. después desayuno y ayudo a mi madre en las tareas caseras. Me gusta darme una ducha diaria; antes solía bañarme, pero como andamos escasos de agua...

Mis comidas son variadas, nunca abuso de algo (por mucho que me guste), pues puede sentarme mal y además aborrecerlo.

7. Funcionamiento mental. (Valora tu razonamiento, cómo aprendes, creas, inventas, te interesas por la cultura en general, tus áreas de conocimiento especiales, tu formación particular, tus ideas,...)

Me gusta bastante meditar (aunque no he realizado nunca un viaje astral), me siento y pongo en orden mi cabeza, valoro a las personas tal y como son.

Me gusta crear mi propio estilo de vida, la libertad es algo esencial para encontrarse bien y suerte tengo de tenerla, cada día, al acostarme, doy un repaso a mi cabeza y siempre aprendo algo nuevo.

Un día en la vida de...

(Rotula tu nombre)

Pega aquí tu foto o dibújate.

MI DESCRIPCIÓN

¿Cuál es tu aspecto físico?

¿Cómo te relacionas con los demás?

¿Cuál es tu personalidad?

¿Cómo te ven los demás?

¿Es cierto que en los estudios vas...?

¿Cómo “funcionas” en casa (tus hábitos de higiene, salud, alimentación,...)?

¿Qué tal tu “coco”? (Describe tu inteligencia, memoria, aprendizaje, interés, cultura, conocimientos...)

Todavía no nos has contado cuáles son tus aficiones, deportes, manías,...¿Cuáles son?

EN OCASIONES, SOLAMENTE PENSAMOS EN LOS DEFECTOS QUE TENEMOS. TODO EL MUNDO LOS TIENE. PODEMOS APRENDER A CAMBIAR NUESTROS PENSAMIENTOS NEGATIVOS POR OTROS MÁS POSITIVOS. PODEMOS DECIRNOS A NOSOTROS MISMOS FRASES BONITAS CUANDO ESTEMOS DESANIMADOS.

INADECUADO

- Soy muy torpe.
- Soy gordo/a y feo/a.

ADECUADO

- Hay veces en que las cosas no me salen todo lo bien que quisiera, pero en otras ocasiones sí lo hago bastante bien.
- Tengo algunos kilitos de más, que puedo controlar. ¿Quién dijo que soy feo/a?. Bueno, como cualquier otro/a, normal, puedo pasar. Además, tengo algún encanto, ¿no?.

ELIMINA TODAS LAS FRASES NEGATIVAS QUE TE DIGAS A TI MISMO/A.
NO EXAGERES TUS RASGOS MÁS DÉBILES.

Revisa el cuestionario de las páginas anteriores.

Relee tus respuestas y, si encuentras alguna en la que hayas exagerado tus debilidades o defectos, reflexiona sobre ello y piensa cómo podrías mejorar tu propia autoestima rebajando su importancia y realzando los aspectos positivos.

Haz una lista de dotes personales que tú tengas.

1. Yo soy capaz de _____

2. Se me da muy bien _____

3. _____

4. _____

5. _____

Lee atentamente lo que has escrito.

Piensa en ello durante unos minutos. Añade a la lista alguna otra habilidad que no hayas puesto.

A VECES PENSAMOS QUE SOLAMENTE LOS DEMÁS POSEEN DOTES O HABILIDADES MARAVILLOSAS, PERO... RECONOCE EN TI MISMO/A TUS CUALIDADES, PORQUE SEGURO QUE SÍ LAS TIENES.

Consulta a dos amigos/as o compañeros/as.

Diles que escriban en esta página y en la siguiente algunas cualidades tuyas.

Mi amigo/a _____ dice de mí
que YO...

Mi amigo/a _____ dice de mí que
YO...

Haz una "descripción" de ti mismo/a, procurando no exagerar los defectos y buscando tus cualidades. Cuando hayas terminado, léetela varias veces durante algunos días.

MI DESCRIPCIÓN

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

- Completa.

Yo me siento fuerte cuando ... _____

Yo me siento cordial cuando... _____

Yo me siento amistoso/a cuando... _____

Yo me siento afectuoso cuando... _____

Yo me siento sincero/a cuando... _____

Yo me siento auténtico/a cuando... _____

Yo me siento respetuoso/a cuando... _____

DE LA MISMA MANERA QUE APRENDES UNA CANCIÓN
TARAREÁNDOLA MUCHAS VECES, "TARAREA", PIENSA, LEE, PRACTICA,
ESTA DESCRIPCIÓN ADECUADA QUE HAS HECHO DE TI MISMO/A Y
APRENDERÁS A PENSAR ESPONTÁNEAMENTE SOBRE TUS CUALIDADES.

¡TÚ VALES MUCHO! ÉSTE PUEDE SER TU ESTILO

LO QUE DICES

- Firme y directo en tus palabras: "Yo opino que..." "Me siento ..." "¿Y tú qué piensas de...?"
- Sin falsas modestias: "Pues yo también tengo cierta habilidad en..."
- Con exactitud en tu lenguaje; sé preciso/a en lo que dices.

NO – Siempre estoy fatal, horrible, mal, deprimido,...

SÍ – En alguna ocasión me ha sentido algo mal, pero en otras muchas me he encontrado a gusto.

LO QUE TÚ PIENSAS

- Busca el lado positivo de las cosas.
- Recréate en tus cualidades.
- Cambia pensamientos que te desanimen por otros más adecuados sobre ti mismo/a. Cámbialos en el momento que aparezcan en tu mente, no esperes más tiempo a que "te invadan" y te dejen el ánimo maltrecho.
- Ten confianza en ti mismo/a. Tú eres capaz de solucionar muchas cosas, hasta tus propios defectillos.

LO QUE HACES

Siéntete satisfecho contigo mismo/a.

Mantén una buena relación con los demás.

Sé capaz de elegir lo que quieres hacer. Tu expresión alegre anima a los demás y a ti mismo/a.

SESIÓN 8:
DECIR NO. DEFIENDE TUS DERECHOS.

Material para el profesor

"DECIR NO"

Presente así el tema:

Hoy vamos a hablar sobre las negativas, es decir, sobre la forma en que podemos negarnos a algo sin que la otra persona se sienta mal.

No siempre es fácil decir que no. Por ejemplo, imaginad la siguiente situación:

Imaginad que en la televisión hay un programa que os gusta muchísimo. Es el que más os gusta y cuanto empieza dejáis todo para verlo.

Imaginad ahora que ese programa es esta tarde. Estáis en casa y os sentáis ante el televisor. El programa empieza. En ese momento suena el teléfono. Es un amigo tuyo y te dice:

- ¡Oye! Tengo que comprar un regalo a mi hermano y no se que elegir. Acompáñame a la tienda y ayúdame a decidirme.
¿Qué contestarías?

Hay varias posibilidades:

1) ¡Déjame en paz! ¡Estoy ocupado!

2) Podrías decir Bueno.... de mala gana y probablemente acabarías enfrentándote con tu amigo por haberte perdido el programa.

3) También podrías negarte a ir, pero sin herir sus sentimientos.
¿Cómo se haría esto?

Hay algunas formas de negarte que no sentarían tan mal a tu amigo. Por ejemplo:

- " ¿Por qué no ves el programa conmigo y después vamos?"

- " Mira, lo siento. Ahora no puede ir, pero más tarde sí podré. Si quieres vamos luego".

Veamos ahora lo que le sucede a la persona que os hace la petición:

¿Cómo os sentiríais si vuestro amigo os dice ¡Déjame en paz! ¡Estoy ocupado!"?

En cambio, cómo os sentiríais si os dice "Mira, precisamente ahora no puedo, pero si quieres iremos más tarde".

Vemos que no hay razón para que una negativa sienta mal a la persona que la recibe. Por ello no debéis tener miedo a negaros a algo cuando no

deseáis hacerlo o creáis que no es correcto. Basta con negarse de una forma sincera y expresando claramente vuestras ideas. Pero ¡cuidado!. Esto no quiere decir que tengamos que negarnos siempre a todo lo que nos pidan. Algunas debemos hacer determinadas cosas, aunque ello no nos agrade, porque todos tenemos obligaciones que cumplir. Por ejemplo, imaginad que vuestra madre está muy ocupada y os pide que vayáis a la tienda a comprar algo. Puede que os moleste hacer el recado pero no debéis negaros porque tenéis el deber de ayudar en las tareas de la casa. Otras veces, en cambio, sí podéis decir que no.

Veamos un ejemplo:

El profesor y un supervisor (o dos supervisores deben representar la situación siguiente (situación 1) con sus tres diálogos.

Después de cada diálogo, dé las explicaciones que se incluyen.

SITUACIÓN 1: Un amigo quiere que le prestes la bicicleta esta para ir de excursión. Tú no quieres prestársela.

Respuesta OTRO: **¿Me podrías dejar tu bicicleta esta tarde?**
Asertiva
(YO) TU: **Lo siento (nombre), pero no me gusta prestarla**

Esta forma de negarte es asertiva porque:

- Has contestado de forma sincera.
- Has explicado claramente el motivo de tu negativa.

Respuesta OTRO: **¿Me podrías dejar tu bicicleta esta tarde?**
Pasiva
(RATON) TU: **Bueno... quizá quiera usarla más tarde, pero puedes llevártela.**

Esta forma de negarte es pasiva porque:

- No eres sincero con tu amigo y estás haciendo algo que no quieres.
- Puedes acabar enfadado con tu amigo por haberse llevado tu bicicleta.
- Esta tarde no podrás usar tu bicicleta.

Respuesta OTRO: **¿Me podrías dejar tu bicicleta esta tarde?**
Agresiva
(MONSTRUO) TU: **¡Cómprate una ! ¡No presto mi bicicleta a nadie!**

Esta forma de negarte es agresiva porque:

- Eres poco educado.
- Puedes perder tu amistad con ese chico.
- No has explicado los motivos de tu negativa.

Continúe explicando:

Como veis hay distintas formas de responder cuando deseamos negarnos a algo que nos piden. Lo importante es comportarse como es uno mismo (ni como el ratón ni como el monstruo) expresando lo que pensamos de forma clara y respetuosa.

Veamos otro ejemplo.

Dé instrucciones para que dos supervisores representen la situación siguiente (situación 2):

Después de cada diálogo, dé las explicaciones que se incluyen.

SITUACION 2: Estás pasando la tarde con un grupo de amigos. Estáis aburridos. Uno de ellos sugiere que podíais juntar dinero para comprar una botella de cerveza. Las demás están de acuerdo. Ahora te pregunta a ti.

Respuesta OTRO: **Venga ¿Quieres cerveza? Tienes que poner cinco duros.**

Asertiva TU: **No, no quiero comprar cerveza. No me gusta beber.**

(YO) OTRO: **Venga, hombre. No nos estropees la fiesta.**

interesa. TU: **Siento estropearos los planes, pero no me**

Esta forma de negarse es asertiva porque:

- Contestas sinceramente, exponiendo tus razones.
- No cedes a las peticiones de los demás. En el futuro respetará

n tus ideas. OTRO: **Venga ¿Quieres Cerveza? Tienes que poner cinco duras.**

Respuesta TU: **La verdad es que la cerveza no me gusta mucho.**

Pasiva OTRO: **Venga, hombre. No nos estropees la fiesta**

422 TU: **Bueno, si no hay más remedio.**

(RATON)

Esta forma de "negarte" es pasiva porque:

- No expresas claramente lo que piensas.
- Dejas que los demás te impongan algo que no deseas hacer.
- Probablemente, en el futuro tendrás que ceder ante otras peticiones.

Respuesta Agresiva (MONSTRUO)	OTRO: Venga ¿Quieres cerveza? Tienes que poner cinco duros. TU: ¡Déjame en paz! ¡Yo no pongo dinero! OTRO: Contigo no se puede planear nada. TU: ¡Me da igual!
-------------------------------	---

Esta forma denegarte es agresiva porque:

- No dices tus motivos para negarte.
- Utilizas malos modos. Probablemente tus amigos no volverán a contar contigo para nada.

Continúe explicando

Ahora ya sabéis cómo ser "yo", es decir, cómo ser "uno mismo" a la hora de negaros a algo y no ser "ratón" ni "monstruo"
¿Alguna duda?

Inicie el procedimiento general de formación de grupos.

Cuando terminen el trabajo en grupo y cada alumno haya elegido su pareja para representar situaciones, dé instrucciones para representar algunas ante toda la clase.

Después de cada una, comente en qué grado es asertiva y por qué.

A continuación presente la actividad de grupo como sigue:

Ahora vamos a realizar una actividad de grupo.

La actividad de grupo consiste en seis situaciones que los alumnos deben imaginar. En ellas, un amigo dice algo relacionado con el consumo de alcohol o tabaco y los alumnos deben encontrar una respuesta asertiva. Para ello, deben discutir en cada grupo hasta ponerse de acuerdo en una respuesta única. Cuando alcancen tal acuerdo, el supervisor escribe la respuesta en la ficha que tiene para ello.

Por último, presente la actividad para casa.

Material para el alumnado

"DECIR NO"

PARA REPRESENTAR ANTE TODA LA CLASE

SITUACION 1: Un amigo quiere que le prestes la bicicleta esta tarde para ir de excursión.

Respuesta Asertiva (YO)	OTRO: ¿Me podrías dejar tu bicicleta esta tarde? TU: Lo siento (nombre), pero no me gusta prestarla.
-------------------------------	---

Esta respuesta es asertiva porque:

- Has contestado de forma sincera.
- Has explicado claramente el motivo de tu negativa.

SITUACION 2: Estás pasando una tarde con un grupo de amigos. Estáis aburridos. Uno de ellos sugiere que podáis juntar dinero para comprar una botella de cerveza. Los demás están de acuerdo. Ahora te preguntan a ti.

Respuesta Asertiva (YO)	OTRO: Venga ¿Quieres cerveza? Tienes que poner cinco duros. TU: No, no quiero comprar cerveza. No me gusta beber. OTRO: Venga, hombre. No nos estropees la fiesta. TU: Siento estropearos los planes, pero no me interesa.
-------------------------------	---

Esta respuesta es asertiva porque:

- Contestas sinceramente exponiendo tus razones.
- No cedes a las peticiones de los demás. En el futuro respetarán tus ideas.

TRABAJO EN GRUPO

SITUACION 3: En un grupo de amigos, uno saca un paquete de tabaco. Todos cogen. Ahora te ofrecen a ti.

Respuesta

Asertiva

(YO)

OTRO: **Toma, coge un cigarro.**

TU: **No, gracias. No me gusta fumar.**

OTRO: **Venga, no seas gallina.**

TU: **No soy gallina. Soy listo.**

Esta respuesta es asertiva porque:

- Contestas sinceramente, exponiendo tus razones.
- No cedés ante las peticiones de los demás.
- Es probable que te respeten en el futuro. Saben que tienes tus propias ideas.

AHORA IMAGINA UNA SITUACION EN QUE ALGUIEN TE PIDA ALGO Y TENGAS QUE NEGARTE.

Si tienes dificultad, pide asertivamente a tus compañeros que te ayuden.

PUEDES ESCRIBIR AQUÍ EL GUION PARA RECORDARLO MEJOR:

Actividades para casa

Describe la situación más reciente en que te hayas visto obligado a decir "no", es decir, a negarte a algo:

¿CUAL ERA LA SITUACIÓN?:

¿QUE TE PIDIERON?

¿QUIEN TE LO PIDIO?

¿POR QUE TE LO PIDIO?:

¿QUE LE CONTESTASTE?:

¿COMO CREES QUE SE SENTIO LA OTRA PERSONA?:

¿COMO TE SENTISTE TU AL NEGARTE?:

SESIÓN 9:
TOMAR DECISIONES

"TOMAR DECISIONES"

Material para el profesor

Presente así el tema:

Hoy vamos a hablar de la forma de tomar decisiones. Seguro que alguna vez habéis tenido dudas a la hora de tomar una decisión.

Probablemente recordáis alguna ocasión en que os ha costado decidir por algo y también alguna vez en que habéis tomado una decisión equivocada y os habéis sentido mal por ello.

Hay veces en que es *muy* difícil: decidirse por algo. Por eso es muy importante aprender a tomar decisiones, es decir, a valorar las distintas posibilidades que tenemos y elegir una de ellas. Veamos un ejemplo.

SITUACION 1: Esta tarde habías planeado ir a pasear con tu bicicleta. Tus padres te han pedido que lleves a tu hermano pequeño contigo. En realidad tú no quieres. Es una decisión difícil de tomar.

1. TUS OPCIONES SON:

- a) Ir con tu hermano
- b) No ir con tu hermano
- c) No ir a pasear

2. LAS CONSECUENCIAS BUENAS Y MALAS DE CADA OPCIÓN SON:

- a) Tus padres y tu hermano estarán contentos. pero puede que tú te aburras y no disfrutes del paseo.
- b) Probablemente decepcionarás a tus padres y es posible que tu hermano piense que no le quieres. Seguramente eso hará que te sientas mal.
- c) Lo has planeado hace días y te gustaría ir a pasear en bicicleta.

3. TU ELECCIÓN ES:

- a) Irás con tu hermano a pasear en bicicleta. Así tus padres y tu hermano estarán contentos y puede que de todas formas, te lo pases bien.

4. TU ACCIÓN ES:

Pedir a tu hermano que te acompañe a dar una vuelta en bicicleta.

Continúe explicando

Muchas veces las decisiones que tomamos son muy sencillas. Por ejemplo decidir qué ropa nos pondremos un día o qué programa de televisión ver.

Sin embargo, otras veces las decisiones son muy difíciles, porque sentimos miedo o vergüenza de elegir una de ellas, por ejemplo pedirle a un chico o a una chica que te gusta que te acompañe al cine.

Otras veces son difíciles porque todas las posibilidades te gustan. Por ejemplo decidir si compras un juego o un disco cuando los dos te interesan. Igualmente, puede ser que la decisión sea difícil porque las dos posibilidades te disgustan. Por ejemplo, decidir entre estudiar toda la tarde o ayudar a tu madre en las tareas de casa.

Lo importante es analizar cada posibilidad con detenimiento y darse cuenta de las consecuencias buenas y malas que cada una tenga.

Después, elige libremente. Veamos otro ejemplo.

SITUACIÓN 2: Mañana tienes un examen y un amigo te invita a ir al cine esta tarde. Toma una decisión.

1) TUS OPCIONES SON:

- a) Ir al cine y no estudiar.
- b) Quedarte en casa estudiando.
- c) Ir al cine y estudiar un poco después de cenar.

2) LAS CONSECUENCIAS BUENAS Y MALAS DE CADA OPCION SON:

- a) Irás al cine con tu amigo y lo pasarás bien, pero probablemente suspenderás el examen. Entonces te sentirás mal y tus padres te reñirán.
- b) Probablemente aprobarás el examen y te sentirás satisfecho de ti mismo, pero te fastidiará no haber ido al cine. Sin embargo, podrás ir al cine mañana con otros amigos o con alguno de tus hermanos.
- c) Irás al cine con tu amigo, pero estarás preocupado por el examen. Seguramente no disfrutarás del cine y tampoco estudiarás mucho en el tiempo que te queda.

3) TU ELECCIÓN ES:

b) Quedarte en casa estudiando esta tarde, pero mañana te recompensarás por el esfuerzo de hoy, yendo al cine y comprándote algo después. Seguramente también lo pasarás bien.

4) TU ACCIONES:

Quedarte en casa estudiando.

Por último, presente la actividad para casa.

"TOMAR DECISIONES"

Material para trabajo individual

En este tema hemos visto un método para tomar decisiones. Ahora tienes que trabajar tú solo. Para eso tienes que tratar de imaginarte en la situación que se describe a continuación y después tomar una decisión siguiendo el mismo esquema que en los ejemplos anteriores:

SITUACION: Es tu cumpleaños. Es hora de comer y lo estás celebrando con tu familia. Al final de la comida hay champán. Cuando lo están sirviendo te preguntan:

- ¡Hoy es tu cumpleaños! Si quieres, puedes beber un poquito. ¿Quieres?

Decide tu respuesta:

TUS OPCIONES SON:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

LAS CONSECUENCIAS BUENAS DE CADA OPCION SON:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

LAS CONSECUENCIAS MALAS DE CADA OPCION SON:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

TU DECISION ES: _____

TU RESPUESTA SERA: _____

Actividad para casa

"TOMAR DECISIONES"

Elige una situación que se te plantee fuera del colegio, en la que tengas que tomar una decisión (gastar dinero, salir o quedarte en casa, hacer algo o no hacerlo, etc). Toma tu decisión siguiendo este esquema:

¿ CUAL ES LA SITUACION?:

LAS OPCIONES SON:

a) _____

b) _____

c) _____

LAS VENTAJAS DE CADA UNA SON:

Ventajas de a) _____

Ventajas de b) _____

Ventajas de c) _____

LOS INCONVENIENTES DE CADA UNA SON:

Inconvenientes de a) _____

Inconvenientes de b) _____

Inconvenientes de c) _____

TU ELECCION ES: _____

PORQUE ASI _____

Material para el alumnado

PARA TRABAJAR CON TODA LA CLASE

SITUACION 1: Esta tarde habías planeado ir a pasear en bicicleta. Tus padres te han pedido que lleves a tu hermano pequeño contigo. En realidad tú no quieres. Es una decisión difícil de tomar.

1. TUS OPCIONES SON.

- a) Ir con tu hermano.
- b) No ir con tu hermano.
- c) No ir a pasear.

2. LAS CONSECUENCIAS BUENAS Y MALAS DE CADA OPCION SON:

- a) Tus padres y tu hermano estarán contentos, pero puede que tu te aburras y no disfrutes del paseo.
- b) Probablemente decepcionarás a tus padres y es posible que tu hermano piense que no le quieres. Seguramente eso hará que te sientas mal.
- c) Lo has planeada hace días y te gustaría ir a pasear en bicicleta.

3. TU ELECCION ES:

- a) Irás con tu hermano a pasear en bicicleta. Así tus padres y tu hermano estarán contentos y puede que de todas formas te la pases bien.

4. TU ACCION ES:

Pedir a tu hermano que te acompañe a dar una vuelta en bicicleta.

SITUACION 2: Mañana tienes un examen y un amigo te invita a ir al cine esta tarde. Toma una decisión.

1. TUS OPCIONES SON:

- a) Ir al cine y no estudiar.
- b) Quedarte en casa estudiando.
- c) Ir al cine y estudiar un poco después de cenar.

2. LAS CONSECUENCIAS BUENAS Y MALAS DE CADA OPCION SON:

- a) Irás al cine con tu amigo y lo pasarás bien, pero probablemente suspenderás el examen. Entonces te sentirás mal y tus padres te reñirán.
- b) Probablemente aprobarás el examen y te sentirás satisfecho de ti mismo, pero te fastidiará no haber ido al cine. Sin embargo, podrás ir al cine mañana con otros amigos o con alguno de tus hermanos.

c) Irás al cine con tu amigo, pero estarás preocupado por el examen. Seguramente no disfrutarás del cine y tampoco estudiarás mucho en el tiempo que te queda.

3. TU ELECCION ES.

b) Te quedarás en casa estudiando esta tarde, pero mañana te recompensarás por el esfuerzo de hoy, yendo al cine y comprándote algo después. Seguramente también lo pasarás bien.

4. TU ACCION ES:

Quedarte en casa estudiando.

SESIÓN 10:
ACTIVIDADES PARA EL TIEMPO LIBRE

Material para el alumnado

“ACTIVIDADES SOBRE TU TIEMPO LIBRE”

1. Escribe diez de las cosas que recuerdes que se pueden hacer en tu pueblo en el tiempo libre.

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

6.-

7.-

8.-

9.-

10.-

2. Hacer una puesta en común y anotar las que han dicho los demás que tú no has escrito:

3. Describe alguna asociación o entidad, pública o privada, de la que seas socio o tengas conocimiento, repasando en que consiste, como se accede, que actividades desarrolla, horarios, calendarios, requisitos, y todo lo que se te ocurra.

4. En grupos de cuatro os encargareis de visitar una de las asociaciones que ha puesto el profesor en la pizarra y rellenareis la siguiente ficha:

NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN, CLUB O ENTIDAD:

ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA:

NÚMERO DE SOCIOS: _____ INTERVALO DE EDAD _____
REQUISITOS PARA APUNTARSE

MATERIAL NECESARIO _____
PERIODO DE INSCRIPCIÓN O SOLICITUD DE PLAZAS _____
CUOTA _____ MATRICULA _____
DIRECCIÓN DE LA SEDE _____
OBSERVACIONES (escribe aquí lo que te haya llamado la atención) _____

Con estas fichas se realizará una puesta en común en clase en la próxima sesión.

ANEXO III:
CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS DE CONSUMO.

CLAVE: _____

Este cuestionario pretende obtener información precisa y cierta sobre el consumo de algunos productos entre los estudiantes. Te rogamos pues, que si contestas, lo hagas con seriedad y sinceridad.

No firmes ni escribas tu nombre. La encuesta es anónima. No olvides poner la clave sólo era utilizada por las personas que intervienen en el programa. Esperamos tu colaboración y sinceridad.

GRACIAS.

Instrucciones.

① Anota en relación al último mes, para cada sustancia, el número de unidades consumidas:

- Tabaco negro. Número de cigarrillos _____
- Tabaco rubio. Número de cigarrillos _____
- Cerveza. Número de quintos _____
- Vino. Número de vasos (1/5) _____
- Licores y destilados (coñac, whisky, manzana, etc.) _____
- Número de copas _____
- Combinados (cubatas, gin-tonic, etc.). _____
- Número de copas _____
- Otras. Número _____

② ¿Tomas alguna vez medicación para estimularte o levantarte el ánimo?

SI NO

En caso afirmativo indica el nombre del producto comercial así como el número de comprimidos o dosis en la casilla correspondiente.

Nombre del producto _____

Nº de dosis en los 6 últimos meses _____

③ ¿Tomas alguna vez medicación para estudiar?

SI NO

En caso afirmativo indica el nombre del producto comercial así como el número de comprimidos o dosis en la casilla correspondiente.

Nombre del producto _____

Nº de dosis en los 6 últimos meses _____

④ ¿Tomas alguna vez medicación para tranquilizarte o dormir?

SI NO

En caso afirmativo indica el nombre del producto comercial así como el número de pastillas o dosis en la casilla correspondiente.

Nombre del producto: _____

Nº de dosis en los 6 últimos meses _____

⑤ ¿Te han ofrecido droga ilegal?

Nunca Alguna vez Pocas veces

Bastantes veces Muchas veces

⑥ ¿Has probado alguna droga ilegal?

SI NO

En caso afirmativo indica el nombre del producto comercial así como el número de comprimidos o dosis en la casilla correspondiente.

Nombre del producto: _____

Nº de dosis en los 6 últimos meses _____

CUESTIONARIO DE ACTITUDES.

CLAVE: _____

Este cuestionario pretende obtener información precisa y cierta sobre tus opiniones respecto al consumo de algunos productos entre los estudiantes. Te rogamos pues que si contestas lo hagas con seriedad y sinceridad. No firmes ni escribas tu nombre. La encuesta es anónima. No olvides poner la clave.

Toda la información recogida se considerará estrictamente confidencial y secreta, y sólo será utilizada por las personas que intervienen en el programa.

Esperamos tu colaboración y sinceridad. GRACIAS.

Consumo de tabaco.

Instrucciones: Pon una "X" en el recuadro correspondiente a tu respuesta a las dos siguientes preguntas:

① ¿En general, tienes una opinión favorable o desfavorable al consumo de tabaco:

Muy desfavorable Desfavorable Indistinta
 Favorable Muy favorable

② El consumir tabaco es:

	Muy	Bastante	Un poco	Neutro	Un poco	Muy	
BUENO							MALO
AGRADABLE							DESAGRADABLE
ADMIRABLE							DESPRECIABLE
CONVENIENTE							INCONVENIENTE
INTELIGENTE							ESTÚPIDO

Instrucciones: Rodea con un círculo tu elección a las siguientes preguntas en base a: MA/Muy de acuerdo; A/ De acuerdo; ?/ Inseguro; D/ En desacuerdo; MD/ Muy en desacuerdo.

- | | |
|--|--------------|
| 1. Estaría desacuerdo a probar el tabaco por curiosidad. | MA/A/?/D/MD. |
| 2. Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de tabaco. | MA/A/?/D/MD. |
| 3. Estaría dispuesto a comprar tabaco para mi uso. | MA/A/?/D/MD. |
| 4. Estaría dispuesto a rechazar la invitación de alguien para que fume. | MA/A/?/D/MD. |
| 5. Estaría dispuesto a mantener mi postura contraria en un grupo sobre el consumo de tabaco. | MA/A/?/D/MD. |

6. Estaría dispuesto a resistir la insistencia de un grupo para que fumase. MA/A/?/D/MD.
7. Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo de fumar. MA/A/?/D/MD.
8. Estaría dispuesto a fumar cuantas veces fuera necesario. MA/A/?/D/MD.
9. Estaría dispuesto a proporcionar tabaco a mis amigos para que lo probasen por primera vez. MA/A/?/D/MD.
10. Estaría dispuesto a felicitar a alguien por dejar de fumar. MA/A/?/D/MD.

Consumo de alcohol.

①. ¿En general, tienes una opinión favorable o desfavorable al consumo de alcohol?

- Muy desfavorable Desfavorable Indistinta
 Favorable Muy favorable

②. El consumir alcohol es:

	Muy	Bastante	Un poco	Neutro	Un poco	Muy	
BUENO							MALO
AGRADABLE							DESAGRADABLE
ADMIRABLE							DESPRECIABLE
CONVENIENTE							INCONVENIENTE
INTELIGENTE							ESTÚPIDO

Instrucciones: Rodea con un círculo tu elección a las siguientes preguntas en base a: MA/Muy de acuerdo; A/ De acuerdo; ?/ Inseguro; D/ En desacuerdo; MD/ Muy en desacuerdo.

1. Estaría dispuesto a dejar de ir a algunos sitios por ser sitios de consumo de alcohol. MA/A/?/D/MD.
2. Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de alcohol. MA/A/?/D/MD.
3. Estaría dispuesto a comprar alcohol para mi uso. MA/A/?/D/MD.
4. Estaría dispuesto a rechazar la invitación de alguien para que tome alcohol. MA/A/?/D/MD.
5. Estaría dispuesto a mantener mi postura contraria en un grupo sobre el consumo de alcohol. MA/A/?/D/MD.
6. Estaría dispuesto a resistir la insistencia de un grupo de amigos para que bebiese alcohol. MA/A/?/D/MD.
7. Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo del alcohol. MA/A/?/D/MD.
8. Estaría dispuesto a tomar alcohol cuantas veces fuera necesario. MA/A/?/D/MD.
9. Estaría dispuesto a convencer a mis amigos para que probasen el alcohol por vez primera. MA/A/?/D/MD.

Consumo de psicofármacos y drogas ilegales.

① ¿En general, tiene una opinión favorable o desfavorable al consumo de drogas ilegales? (porros, coca, etc.).

- Muy desfavorable Desfavorable Indistinta
 Favorable Muy favorable

②. El consumir droga es:

	Muy	Bastante	Un poco	Neutro	Un poco	Muy	
BUENO							MALO
AGRADABLE							DESAGRADABLE
ADMIRABLE							DESPRECIABLE
CONVENIENTE							INCONVENIENTE
INTELIGENTE							ESTÚPIDO

Instrucciones:

Rodea con un círculo tu elección a las siguientes preguntas en base a: MA/Muy de acuerdo; A/ De acuerdo; ?/ Inseguro; D/ En desacuerdo; MD/ Muy en desacuerdo.

- | | |
|--|--------------|
| 1. Estaría dispuesto a probar la droga por curiosidad. | MA/A/?/D/MD. |
| 2. Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de droga. | MA/A/?/D/MD. |
| 3. Estaría dispuesto a rechazar la invitación de alguien a que tome droga. | MA/A/?/D/MD. |
| 4. Estaría dispuesto a dejar de ir a algunos sitios por ser sitios de consumo de drogas. | MA/A/?/D/MD. |
| 5. Estaría dispuesto a comprar droga para mi uso. | MA/A/?/D/MD. |
| 6. Estaría dispuesto a mantener mi postura contraria en un grupo sobre el consumo de drogas. | MA/A/?/D/MD. |
| 7. Estaría dispuesto a resistir la insistencia de un grupo de amigos para que tomase droga. | MA/A/?/D/MD. |
| 8. Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo del consumo de drogas. | MA/A/?/D/MD. |
| 9. Estaría dispuesto a tomar cualquier tipo de droga. | MA/A/?/D/MD. |
| 10. Estaría dispuesto a dejar unas compañías por consumir ellos droga. | MA/A/?/D/MD. |

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN.

CLAVE: _____

Rodea con un círculo la "V" cuando creas que el enunciado es verdadero, la "F" cuando creas que es falso y el "?" cuando creas no saber la respuesta. Si te equivocas, lo tachas (con un X) y rodeas de nuevo. Recuerda escribir tu número de clave.

Tabaco:

1. El Tabaco produce trastornos circulatorios y del corazón.
V F ?
2. Que tanta gente fume, es una muestra de que el tabaco no es tan perjudicial como se dice.
V F ?
3. Los efectos del tabaco pueden llegar a ser mortales.
V F ?
4. El humo del tabaco no perjudica a los no fumadores.
V F ?
5. La única sustancia dañina del tabaco es la nicotina.
V F ?
6. Si te acostumbras a fumar tabaco, es más fácil que algún día fumes "porros".
V F ?
7. La primera vez que se fuma tabaco es casi siempre aceptando una invitación.
V F ?
8. Cuando ante un ofrecimiento, se acepta el primer cigarrillo, no se decide ser fumador, pero es el primer paso para hacer posible que se llegue a serlo.
V F ?
9. Para una persona adulta se considera excesivo (abuso) fumar más de media cajetilla diaria.
V F ?

10. Para consumir tabaco por primera vez no hace falta tener una postura favorable al consumo, es suficiente que alguien te ofrezca.

V F ?

Alcohol.

1. El alcohol puede producir trastornos físicos y mentales.

V F ?

2. Una persona puede ser alcohólica bebiendo sólo cerveza.

V F ?

3. El abuso de alcohol produce infelicidad a largo plazo.

V F ?

4. Que tanta gente consuma alcohol, es una muestra de que no es tan perjudicial como se dice.

V F ?

5. El alcohol es un estimulante, no un depresor.

V F ?

6. La mayor parte de los alcohólicos proceden de clases sociales bajas.

V F ?

7. Es fácil dejar de beber una vez que uno ha tomado la decisión de hacerlo.

V F ?

8. No existe relación entre fumar o tomar alcohol y el consumo de otras drogas ilegales.

V F ?

9. Quien toma alcohol para animarse, fácilmente buscará efectos parecidos en otras drogas.

V F ?

10. Cualquier persona normal puede terminar siendo alcohólico.

V F ?

CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES.

CLAVE _____

Indica, mediante el código siguiente:

- +3 muy característico en mi, muy descriptivo.
- +2 bastante característico en mi, bastante descriptivo.
- +1 algo característico en mi, ligeramente descriptivo.
- 1 algo raro en mi, poco descriptivo.
- 2 bastante extraño en mi.
- 1 muy poco característico en mi.

Hasta qué punto te describen o caracterizan cada una de las afirmaciones de la lista.

1. Presto atención (mirando a los ojos, o al rostro) a quien me está hablando. _____
2. Pregunto enseguida cuando algo no entiendo (a profesores, adultos, amigos) o cuando algo me resulta confuso. _____
3. No tengo dificultad para integrarme en un grupo o en una actividad _____
4. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños. _____
5. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos. _____
6. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención. _____
7. Expreso ante la gente mis opiniones con facilidad. _____
8. Si un conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi propio punto de vista _____
9. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto. _____
10. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado. _____
11. Con frecuencia no sé que decir a personas del otro sexo. _____
12. Defiendo mis derechos y opiniones dando a conocer a los demás cuál es mi postura sobre un tema. _____
13. Expreso mi malestar cuando un amigo me ha hecho algo que no me ha gustado. _____
14. Si observo que un grupo de compañeros me deja solo (me olvida, margina en una actividad) pido que me incluyan. _____
15. Expreso a los demás mi malestar por criticar o ridiculizar a un amigo mío de forma injusta. _____

16. Decido lo que quiero hacer cuando los demás (el grupo de amigos) quieren que haga otra cosa distinta y que sé que no me interesa realizar. _____
17. Resuelvo la sensación de aburrimiento en el grupo, proponiendo actividades interesantes. _____
18. Llamo la atención a alguien que dice o hace algo que me molesta íntimamente. _____
19. Expreso con facilidad opiniones diferentes a las de las personas con las que estoy. _____
20. Resisto la presión de gente que me incita a beber. _____

ANEXO IV:
RESULTADOS SOBRE HÁBITOS DE CONSUMO Y HABILIDADES
SOCIALES

Tablas de contingencia. Consumo pretest / postest Grupo Experimental 1

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
VAR00002 * grupos	129	98,5%	2	1,5%	131	100,0%

Tabla de contingencia VAR00002 * grupos

			grupos		Total
			g.exp1	g.exp2	
VAR00002	,00	Recuento	80	46	126
		% de VAR00002	63,5%	36,5%	100,0%
	1,00	Recuento	1		1
		% de VAR00002	100,0%		100,0%
	3,00	Recuento	1		1
		% de VAR00002	100,0%		100,0%
	20,00	Recuento		1	1
		% de VAR00002		100,0%	100,0%
Total		Recuento	82	47	129
		% de VAR00002	63,6%	36,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,891 ^a	3	,409
Razón de verosimilitud	3,832	3	,280
Asociación lineal por lineal	1,338	1	,247
N de casos válidos	129		

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,148	,409
N de casos válidos		129	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tablas de contingencia

Advertencia

La tabla de contingencia de VAR00009 * prepost está vacía.
 La tabla de contingencia de VAR00010 * prepost está vacía.
 La tabla de contingencia de VAR00012 * prepost está vacía.
 La tabla de contingencia de VAR00015 * prepost está vacía.
 La tabla de contingencia de VAR00018 * prepost está vacía.
 La tabla de contingencia de VAR00019 * prepost está vacía.

*Ya que se trata de
 variables no cuantitativas o
 que no se pueden
 medir con
 precisión*

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
VAR00002 * prepost	166	100,0%	0	,0%	166	100,0%
VAR00003 * prepost	166	100,0%	0	,0%	166	100,0%
VAR00004 * prepost	166	100,0%	0	,0%	166	100,0%
VAR00005 * prepost	166	100,0%	0	,0%	166	100,0%
VAR00006 * prepost	166	100,0%	0	,0%	166	100,0%
VAR00007 * prepost	165	99,4%	1	,6%	166	100,0%
VAR00008 * prepost	166	100,0%	0	,0%	166	100,0%
VAR00011 * prepost	165	99,4%	1	,6%	166	100,0%
VAR00013 * prepost	1	,6%	165	99,4%	166	100,0%
VAR00014 * prepost	166	100,0%	0	,0%	166	100,0%
VAR00016 * prepost	1	,6%	165	99,4%	166	100,0%
VAR00017 * prepost	165	99,4%	1	,6%	166	100,0%
VAR00020 * prepost	1	,6%	165	99,4%	166	100,0%
VAR00021 * prepost	166	100,0%	0	,0%	166	100,0%

VAR00002 * prepost

Tabla de contingencia

		prepost		Total	
		pre	post		
VAR00002	.00	Recuento	83	80	163
		% de VAR00002	50,9%	49,1%	100,0%
	1,00	Recuento		1	1
		% de VAR00002		100,0%	100,0%
	3,00	Recuento		1	1
		% de VAR00002		100,0%	100,0%
	7,00	Recuento	1		1
		% de VAR00002	100,0%		100,0%
Total		Recuento	84	82	166
		% de VAR00002	50,6%	49,4%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,134	,387
N de casos válidos		166	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00003 * prepost

Tabla de contingencia

			prepost		Total
			pre	post	
VAR00003	,00	Recuento	67	64	131
		% de VAR00003	51,1%	48,9%	100,0%
1,00	1,00	Recuento	2	1	3
		% de VAR00003	66,7%	33,3%	100,0%
2,00	2,00	Recuento	1	1	2
		% de VAR00003	50,0%	50,0%	100,0%
3,00	3,00	Recuento	3	1	4
		% de VAR00003	75,0%	25,0%	100,0%
4,00	4,00	Recuento	1	1	2
		% de VAR00003	50,0%	50,0%	100,0%
5,00	5,00	Recuento	1	4	5
		% de VAR00003	20,0%	80,0%	100,0%
6,00	6,00	Recuento	1		1
		% de VAR00003	100,0%		100,0%
7,00	7,00	Recuento		1	1
		% de VAR00003		100,0%	100,0%
10,00	10,00	Recuento	1	2	3
		% de VAR00003	33,3%	66,7%	100,0%
12,00	12,00	Recuento	1		1
		% de VAR00003	100,0%		100,0%
14,00	14,00	Recuento	1		1
		% de VAR00003	100,0%		100,0%
15,00	15,00	Recuento	1		1
		% de VAR00003	100,0%		100,0%
20,00	20,00	Recuento	1	1	2
		% de VAR00003	50,0%	50,0%	100,0%
25,00	25,00	Recuento		1	1
		% de VAR00003		100,0%	100,0%
40,00	40,00	Recuento	1	1	2
		% de VAR00003	50,0%	50,0%	100,0%
60,00	60,00	Recuento		3	3
		% de VAR00003		100,0%	100,0%
70,00	70,00	Recuento	1	1	2
		% de VAR00003	50,0%	50,0%	100,0%
80,00	80,00	Recuento	1		1
		% de VAR00003	100,0%		100,0%
Total		Recuento	84	82	166
		% de VAR00003	50,6%	49,4%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,274	,701
N de casos válidos		166	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00004 * prepost

Tabla de contingencia

			prepost		Total
			pre	post	
VAR00004	.00	Recuento	70	65	135
		% de VAR00004	51,9%	48,1%	100,0%
	1,00	Recuento	3	4	7
		% de VAR00004	42,9%	57,1%	100,0%
	2,00	Recuento	3	5	8
		% de VAR00004	37,5%	62,5%	100,0%
	3,00	Recuento	1	3	4
		% de VAR00004	25,0%	75,0%	100,0%
	4,00	Recuento	1	3	4
		% de VAR00004	25,0%	75,0%	100,0%
	5,00	Recuento	1		1
		% de VAR00004	100,0%		100,0%
	6,00	Recuento	1		1
		% de VAR00004	100,0%		100,0%
	11,00	Recuento	1		1
		% de VAR00004	100,0%		100,0%
	12,00	Recuento	1		1
		% de VAR00004	100,0%		100,0%
	16,00	Recuento	1		1
		% de VAR00004	100,0%		100,0%
	20,00	Recuento		2	2
		% de VAR00004		100,0%	100,0%
	60,00	Recuento	1		1
		% de VAR00004	100,0%		100,0%
Total		Recuento	84	82	166
		% de VAR00004	50,6%	49,4%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,247	,460
N de casos válidos		166	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

458 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla de contingencia

			prepost		Total
			pre	post	
VAR00005	,00	Recuento	77	74	151
		% de VAR00005	51,0%	49,0%	100,0%
	1,00	Recuento	1	4	5
		% de VAR00005	20,0%	80,0%	100,0%
	2,00	Recuento		1	1
		% de VAR00005		100,0%	100,0%
	3,00	Recuento	2		2
		% de VAR00005	100,0%		100,0%
	4,00	Recuento		2	2
		% de VAR00005		100,0%	100,0%
	5,00	Recuento		1	1
		% de VAR00005		100,0%	100,0%
	6,00	Recuento	1		1
		% de VAR00005	100,0%		100,0%
	8,00	Recuento	2		2
		% de VAR00005	100,0%		100,0%
	18,00	Recuento	1		1
		% de VAR00005	100,0%		100,0%
Total		Recuento	84	82	166
		% de VAR00005	50,6%	49,4%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,258	,159
N de casos válidos		166	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00006 * prepost

Tabla de contingencia

			prepost		Total
			pre	post	
VAR00006	,00	Recuento	73	72	145
		% de VAR00006	50,3%	49,7%	100,0%
	1,00	Recuento	2	1	3
		% de VAR00006	66,7%	33,3%	100,0%
	2,00	Recuento	4	1	5
		% de VAR00006	80,0%	20,0%	100,0%
	3,00	Recuento	1	2	3
		% de VAR00006	33,3%	66,7%	100,0%
	4,00	Recuento		1	1
		% de VAR00006		100,0%	100,0%
	5,00	Recuento	1	1	2
		% de VAR00006	50,0%	50,0%	100,0%
	6,00	Recuento	2	1	3
		% de VAR00006	66,7%	33,3%	100,0%
	7,00	Recuento		2	2
		% de VAR00006		100,0%	100,0%
	10,00	Recuento		1	1
		% de VAR00006		100,0%	100,0%
	15,00	Recuento	1		1
		% de VAR00006	100,0%		100,0%
Total		Recuento	84	82	166
		% de VAR00006	50,6%	49,4%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,212	,556
N de casos válidos		166	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00007 * prepost

Tabla de contingencia

			prepost		Total
			pre	post	
VAR00007	.00	Recuento	69	66	135
		% de VAR00007	51,1%	48,9%	100,0%
1,00		Recuento	4	2	6
		% de VAR00007	66,7%	33,3%	100,0%
2,00		Recuento	3	4	7
		% de VAR00007	42,9%	57,1%	100,0%
3,00		Recuento	3	4	7
		% de VAR00007	42,9%	57,1%	100,0%
4,00		Recuento	1	2	3
		% de VAR00007	33,3%	66,7%	100,0%
6,00		Recuento		1	1
		% de VAR00007		100,0%	100,0%
8,00		Recuento	2		2
		% de VAR00007	100,0%		100,0%
9,00		Recuento		1	1
		% de VAR00007		100,0%	100,0%
10,00		Recuento	1		1
		% de VAR00007	100,0%		100,0%
15,00		Recuento	1		1
		% de VAR00007	100,0%		100,0%
200,00		Recuento		1	1
		% de VAR00007		100,0%	100,0%
Total		Recuento	84	81	165
		% de VAR00007	50,9%	49,1%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,219	,600
N de casos válidos		165	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00008 * prepost

Tabla de contingencia

			prepost		Total
			pre	post	
VAR00008	,00	Recuento	71	76	147
		% de VAR00008	48,3%	51,7%	100,0%
	1,00	Recuento	4	2	6
		% de VAR00008	66,7%	33,3%	100,0%
	2,00	Recuento	3	1	4
		% de VAR00008	75,0%	25,0%	100,0%
	3,00	Recuento	2		2
		% de VAR00008	100,0%		100,0%
	4,00	Recuento	1	1	2
		% de VAR00008	50,0%	50,0%	100,0%
	5,00	Recuento	1		1
		% de VAR00008	100,0%		100,0%
	8,00	Recuento		2	2
		% de VAR00008		100,0%	100,0%
	10,00	Recuento	2		2
		% de VAR00008	100,0%		100,0%
Total		Recuento	84	82	166
		% de VAR00008	50,6%	49,4%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,225	,266
N de casos válidos		166	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00011 * prepost

Tabla de contingencia

			prepost		Total
			pre	post	
VAR00011	,00	Recuento	84	81	165
		% de VAR00011	50,9%	49,1%	100,0%
Total		Recuento	84	81	165
		% de VAR00011	50,9%	49,1%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	.
N de casos válidos		165

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00011 es una constante.

Tabla de contingencia

			prepost	
			pre	Total
VAR00013	,00	Recuento	1	1
		% de VAR00013	100,0%	100,0%
Total		Recuento	1	1
		% de VAR00013	100,0%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	a
N de casos válidos		1

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00013 y prepost son constantes.

VAR00014 * prepost

Tabla de contingencia

			prepost		Total
			pre	post	
VAR00014	,00	Recuento	83	82	165
		% de VAR00014	50,3%	49,7%	100,0%
	4,00	Recuento	1		1
		% de VAR00014	100,0%		100,0%
Total		Recuento	84	82	166
		% de VAR00014	50,6%	49,4%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,077	,322
N de casos válidos		166	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00016 * prepost

Tabla de contingencia

			prepost	
			pre	Total
VAR00016	,00	Recuento	1	1
		% de VAR00016	100,0%	100,0%
Total		Recuento	1	1
		% de VAR00016	100,0%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	a
N de casos válidos		1

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00016 y prepost son constantes.

VAR00017 * prepost

Tabla de contingencia

			prepost		Total
			pre	post	
VAR00017	,00	Recuento	83	82	165
		% de VAR00017	50,3%	49,7%	100,0%
Total		Recuento	83	82	165
		% de VAR00017	50,3%	49,7%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	a
N de casos válidos		165

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00017 es una constante.

VAR00020 * prepost

Tabla de contingencia

			prepost	Total
			pre	
VAR00020	,00	Recuento	1	1
		% de VAR00020	100,0%	100,0%
Total		Recuento	1	1
		% de VAR00020	100,0%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	a
N de casos válidos		1

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00020 y prepost son constantes.

VAR00021 * prepost

Tabla de contingencia

			prepost		Total
			pre	post	
VAR00021	,00	Recuento	80	78	158
		% de VAR00021	50,6%	49,4%	100,0%
	1,00	Recuento	3	1	4
		% de VAR00021	75,0%	25,0%	100,0%
	2,00	Recuento		3	3
		% de VAR00021		100,0%	100,0%
	7,00	Recuento	1		1
		% de VAR00021	100,0%		100,0%
Total		Recuento	84	82	166
		% de VAR00021	50,6%	49,4%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,171	,172
N de casos válidos		166	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Un factor

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
ACTTAB	Inter-grupos	381,633	1	381,633	5,729	,024
	Intra-grupos	1865,067	28	66,610		
	Total	2246,700	29			
ACTALCOH	Inter-grupos	378,075	1	378,075	3,818	,061
	Intra-grupos	2772,467	28	99,017		
	Total	3150,542	29			
ACTDROG	Inter-grupos	414,408	1	414,408	4,192	,050
	Intra-grupos	2768,267	28	98,867		
	Total	3182,675	29			
ACTTOTAL	Inter-grupos	3520,833	1	3520,833	6,301	,018
	Intra-grupos	15645,533	28	558,769		
	Total	19166,367	29			
INFTABC	Inter-grupos	10,800	1	10,800	2,523	,123
	Intra-grupos	119,867	28	4,281		
	Total	130,667	29			
INFALCOH	Inter-grupos	20,833	1	20,833	4,949	,034
	Intra-grupos	117,867	28	4,210		
	Total	138,700	29			
INF DROG	Inter-grupos	,133	1	,133	,032	,858
	Intra-grupos	115,067	28	4,110		
	Total	115,200	29			
INF TOTAL	Inter-grupos	56,033	1	56,033	3,150	,087
	Intra-grupos	498,133	28	17,790		
	Total	554,167	29			

Tablas de contingencia. Consumo pretest/ postest Grupo experimental 2

Advertencia

La tabla de contingencia de
VAR00010 * prepost está vacía.
La tabla de contingencia de
VAR00013 * prepost está vacía.
La tabla de contingencia de
VAR00016 * prepost está vacía.
La tabla de contingencia de
VAR00020 * prepost está vacía.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos	
	Válidos	
	N	Porcentaje
VAR00002 * prepost	30	100,0%
VAR00003 * prepost	30	100,0%
VAR00004 * prepost	30	100,0%
VAR00005 * prepost	30	100,0%
VAR00006 * prepost	30	100,0%
VAR00007 * prepost	30	100,0%
VAR00008 * prepost	30	100,0%
VAR00009 * prepost	30	100,0%
VAR00011 * prepost	29	96,7%
VAR00012 * prepost	30	100,0%
VAR00014 * prepost	30	100,0%
VAR00015 * prepost	30	100,0%
VAR00017 * prepost	30	100,0%
VAR00018 * prepost	30	100,0%
VAR00019 * prepost	30	100,0%
VAR00021 * prepost	30	100,0%

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos			
	Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
VAR00002 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00003 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00004 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00005 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00006 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00007 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00008 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00009 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00011 * prepost	1	3,3%	30	100,0%
VAR00012 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00014 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00015 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00017 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00018 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00019 * prepost	0	,0%	30	100,0%
VAR00021 * prepost	0	,0%	30	100,0%

VAR00002 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00002	,00	14	15	29
	1,00	1		1
Total		15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,034 ^a	1	,309		
Corrección de continuidad ^a	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	1,421	1	,233		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,500
Asociación lineal por lineal	1,000	1	,317		
N de casos válidos	30				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

VAR00003 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00003	,00	12	14	26
	1,00	1		1
	2,00	1		1
	20,00	1		1
	70,00		1	1
Total		15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,154 ^a	4	,386
Razón de verosimilitud	5,699	4	,223
Asociación lineal por lineal	,426	1	,514
N de casos válidos	30		

a. 8 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

VAR00004 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00004	,00	13	15	28
	2,00	2		2
Total		15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,143 ^a	1	,143		
Corrección de continuidad ^a	,536	1	,464		
Razón de verosimilitud	2,916	1	,088		
Estadístico exacto de Fisher				,483	,241
Asociación lineal por lineal	2,071	1	,150		
N de casos válidos	30				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,00.

VAR00005 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00005	,00	14	15	29
	1,00	1		1
Total		15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,034 ^a	1	,309		
Corrección de continuidad ^a	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	1,421	1	,233		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,500
Asociación lineal por lineal	1,000	1	,317		
N de casos válidos	30				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

VAR00006 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00006	,00	12	15	27
	1,00	2		2
	2,00	1		1
Total		15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,333 ^a	2	,189
Razón de verosimilitud	4,493	2	,106
Asociación lineal por lineal	2,829	1	,093
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

VAR00007 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00007	,00	15	15	30
Total		15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	30

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00007 es una constante.

VAR00008 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00008	,00	13	15	28
	1,00	1		1
	2,00	1		1
Total		15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,143 ^a	2	,343
Razón de verosimilitud	2,916	2	,233
Asociación lineal por lineal	1,851	1	,174
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

VAR00009 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00009	,00	15	15	30
Total		15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	, ^a
N de casos válidos	30

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00009 es una constante.

VAR00011 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

	prepost		Total
	pre	post	
VAR00011	14	15	29
Total	14	15	29

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	, ^a
N de casos válidos	29

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00011 es una constante.

VAR00012 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

	prepost		Total
	pre	post	
VAR00012	15	15	30
Total	15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	, ^a
N de casos válidos	30

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00012 es una constante.

VAR00014 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

	prepost		Total
	pre	post	
VAR00014	15	15	30
Total	15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	30

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00014 es una constante.

VAR00015 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00015	,00	15	15	30
Total		15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	30

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00015 es una constante.

VAR00017 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00017	,00	15	15	30
Total		15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	30

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00017 es una constante.

VAR00018 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00018	,00	13	15	28
	2,00	2		2
Total		15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,143 ^b	1	,143		
Corrección de continuidad ^a	,536	1	,464		
Razón de verosimilitud	2,916	1	,088		
Estadístico exacto de Fisher				,483	,241
Asociación lineal por lineal	2,071	1	,150		
N de casos válidos	30				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,00.

VAR00019 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00019	,00	15	15	30
Total		15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	, ^a
N de casos válidos	30

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00019 es una constante.

VAR00021 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00021	,00	15	15	30
Total		15	15	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	, ^a
N de casos válidos	30

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00021 es una constante.

Tablas de contingencia. Consumo pretest / postest Grupo Control

Advertencia

La tabla de contingencia de
VAR00010 * prepost está vacía.
La tabla de contingencia de
VAR00013 * prepost está vacía.
La tabla de contingencia de
VAR00016 * prepost está vacía.
La tabla de contingencia de
VAR00020 * prepost está vacía.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
VAR00002 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00003 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00004 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00005 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00006 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00007 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00008 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00009 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00011 * prepost	52	96,3%	2	3,7%	54	100,0%
VAR00012 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00014 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00015 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00017 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00018 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00019 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00021 * prepost	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%

VAR00002 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00002	,00	26	27	53
	1,00	1		1
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,019 ^b	1	,313		
Corrección de continuidad ^a	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	1,405	1	,236		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,500
Asociación lineal por lineal	1,000	1	,317		
N de casos válidos	54				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,5.

VAR00003 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00003	,00	22	26	48
	1,00	2		2
	2,00	1		1
	20,00	1		1
	70,00		1	1
	80,00	1		1
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,333 ^a	5	,275
Razón de verosimilitud	8,651	5	,124
Asociación lineal por lineal	,102	1	,750
N de casos válidos	54		

a. 10 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,3.

VAR00004 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00004	,00	25	27	52
	2,00	2		2
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,077 ^b	1	,150		
Corrección de continuidad ^a	,519	1	,471		
Razón de verosimilitud	2,850	1	,091		
Estadístico exacto de Fisher				,491	,245
Asociación lineal por lineal	2,038	1	,153		
N de casos válidos	54				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,00.

VAR00005 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00005	,00	25	26	51
	1,00	2	1	3
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,353 ^b	1	,552		
Corrección de continuidad ^a	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,359	1	,549		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,500
Asociación lineal por lineal	,346	1	,556		
N de casos válidos	54				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,50.

VAR00006 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00006	,00	23	25	48
	1,00	3		3
	2,00	1		1
	3,00		1	1
	5,00		1	1
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,083 ^a	4	,193
Razón de verosimilitud	8,401	4	,078
Asociación lineal por lineal	,233	1	,629
N de casos válidos	54		

a. 8 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.

VAR00007 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00007	,00	27	26	53
	2,00		1	1
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,019 ^b	1	,313		
Corrección de continuidad ^a	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	1,405	1	,236		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,500
Asociación lineal por lineal	1,000	1	,317		
N de casos válidos	54				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.

VAR00008 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00008	,00	22	27	49
	1,00	3		3
	2,00	1		1
	12,00	1		1
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,510 ^a	3	,138
Razón de verosimilitud	7,443	3	,059
Asociación lineal por lineal	1,947	1	,163
N de casos válidos	54		

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

VAR00009 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00009	,00	27	27	54
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	, ^a
N de casos válidos	54

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00009 es una constante.

VAR00011 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00011	,00	26	26	52
Total		26	26	52

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	, ^a
N de casos válidos	52

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00011 es una constante.

VAR00012 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00012	,00	27	27	54
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	, ^a
N de casos válidos	54

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00012 es una constante.

VAR00014 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00014	,00	27	27	54
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	, ^a
N de casos válidos	54

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00014 es una constante.

VAR00015 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00015	,00	27	27	54
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	, ^a
N de casos válidos	54

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00015 es una constante.

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00017	,00	27	27	54
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	, ^a
N de casos válidos	54

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00017 es una constante.

VAR00018 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00018	,00	24	24	48
	1,00		3	3
	2,00	3		3
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bitateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,000 ^a	2	,050
Razón de verosimilitud	8,318	2	,016
Asociación lineal por lineal	,654	1	,419
N de casos válidos	54		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,50.

VAR00019 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00019	,00	27	27	54
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	54

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00019 es una constante.

VAR00021 * prepost

Tabla de contingencia

Recuento

		prepost		Total
		pre	post	
VAR00021	.00	27	27	54
Total		27	27	54

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	54

a. No se calculará ningún estadístico porque VAR00021 es una constante.

Tablas de contingencia de las Habilidades Sociales pretest / postest Grupo experimental 1

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
VAR00001 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00002 * PREPOST	163	99,4%	1	,6%	164	100,0%
VAR00003 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00004 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00005 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00006 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00007 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00008 * PREPOST	162	98,8%	2	1,2%	164	100,0%
VAR00009 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00010 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00011 * PREPOST	163	99,4%	1	,6%	164	100,0%
VAR00012 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00013 * PREPOST	163	99,4%	1	,6%	164	100,0%
VAR00014 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00015 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00016 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00017 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00018 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00019 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%
VAR00020 * PREPOST	164	100,0%	0	,0%	164	100,0%

VAR00001 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00001	1,00	42	34	76
	2,00	19	25	44
	3,00	19	17	36
	4,00	1	3	4
	5,00	1	1	2
	6,00	1	1	2
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,128	,739
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00002 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00002	1,00	20	15	35
	2,00	25	22	47
	3,00	23	27	50
	4,00	8	6	14
	5,00	5	6	11
	6,00	2	4	6
Total		83	80	163

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,116	,819
N de casos válidos		163	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00003 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00003	1,00	28	21	49
	2,00	21	31	52
	3,00	19	13	32
	4,00	6	9	15
	5,00	4	4	8
	6,00	5	3	8
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,174	,401
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00004 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00004	1,00	25	17	42
	2,00	14	18	32
	3,00	15	11	26
	4,00	12	11	23
	5,00	4	14	18
	6,00	13	10	23
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,223	,126
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00005 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00005	1,00	27	24	51
	2,00	14	18	32
	3,00	15	16	31
	4,00	7	13	20
	5,00	8	2	10
	6,00	12	8	20
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,201	,229
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00006 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00006	1,00	29	33	62
	2,00	12	23	35
	3,00	11	10	21
	4,00	10	6	16
	5,00	7	6	13
	6,00	14	3	17
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,260	,036
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00007 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00007	,00		1	1
	1,00	37	15	52
	2,00	15	23	38
	3,00	12	23	35
	4,00	10	8	18
	5,00	5	5	10
	6,00	4	6	10
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,299	,013
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00008 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00008	1,00	15	16	31
	2,00	15	23	38
	3,00	14	18	32
	4,00	8	13	21
	5,00	11	4	15
	6,00	18	7	25
Total		81	81	162

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,258	,042
N de casos válidos		162	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00009 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00009	,00	1		1
	1,00	10	11	21
	2,00	13	17	30
	3,00	21	14	35
	4,00	11	15	26
	5,00	12	8	20
	6,00	15	16	31
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,162	,622
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00010 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00010	1,00	15	30	45
	2,00	12	12	24
	3,00	8	8	16
	4,00	6	12	18
	5,00	12	5	17
	6,00	30	14	44
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,295	,008
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00011 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00011	1,00	16	17	33
	2,00	6	18	24
	3,00	12	10	22
	4,00	10	9	19
	5,00	25	8	33
	6,00	14	18	32
Total		83	80	163

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,294	,009
N de casos válidos		163	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00012 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00012	1,00	30	28	58
	2,00	24	25	49
	3,00	10	15	25
	4,00	9	5	14
	5,00	2	6	8
	6,00	8	2	10
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,213	,167
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00013 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00013	,00	1	1	2
	1,00	43	34	77
	2,00	17	27	44
	3,00	10	9	19
	4,00	4	1	5
	5,00	3	4	7
	6,00	5	4	9
Total		83	80	163

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,179	,496
N de casos válidos		163	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00014 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00014	1,00	14	14	28
	2,00	14	20	34
	3,00	22	17	39
	4,00	10	7	17
	5,00	9	7	16
	6,00	14	16	30
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,125	,763
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00015 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00015	1,00	27	28	55
	2,00	13	25	38
	3,00	10	16	26
	4,00	13	5	18
	5,00	11	2	13
	6,00	9	5	14
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,299	,007
N de casos válidos		164	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00016 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00016	1,00	17	22	39
	2,00	21	25	46
	3,00	13	15	28
	4,00	8	11	19
	5,00	10	3	13
	6,00	14	5	19
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,235	,087
N de casos válidos		164	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00017 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00017	,00	1		1
	1,00	33	23	56
	2,00	15	27	42
	3,00	17	16	33
	4,00	5	7	12
	5,00	4	2	6
	6,00	8	6	14
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,209	,276
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00018 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00018	1,00	46	37	83
	2,00	11	20	31
	3,00	10	15	25
	4,00	6	4	10
	5,00	3	2	5
	6,00	7	3	10
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,199	,239
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00019 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00019	,00	1		1
	1,00	16	18	34
	2,00	19	16	35
	3,00	20	20	40
	4,00	7	16	23
	5,00	7	8	15
	6,00	13	3	16
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,253	,083
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00020 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00020	,00		3	3
	1,00	46	44	90
	2,00	8	10	18
	3,00	6	9	15
	4,00	6	3	9
	5,00	3	2	5
	6,00	14	10	24
Total		83	81	164

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,183	,456
N de casos válidos		164	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tablas de contingencia de las Habilidades Sociales pretest / posttest Grupo Experimental 2

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
VAR00003 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00004 * PREPOST	29	96,7%	1	3,3%	30	100,0%
VAR00005 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00006 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00007 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00008 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00009 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00010 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00011 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00012 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00013 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00014 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00015 * PREPOST	29	96,7%	1	3,3%	30	100,0%
VAR00016 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00017 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00018 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00019 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00020 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00021 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%
VAR00022 * PREPOST	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

VAR00003 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00003	1,00	4	5	9
	2,00	7	4	11
	3,00	4	4	8
	5,00		1	1
	6,00		1	1
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,298	,570
N de casos válidos		30	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00004 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00004	1,00	3	2	5
	2,00	3	4	7
	3,00	7	8	15
	4,00		1	1
	6,00	1		1
Total		14	15	29

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,275	,667
N de casos válidos		29	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00005 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00005	1,00	3	5	8
	2,00	9	2	11
	3,00	1	3	4
	4,00		4	4
	5,00		1	1
	6,00	2		2
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,549	,024
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00006 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00006	1,00	7	1	8
	2,00	1	6	7
	3,00	1		1
	4,00	2	2	4
	5,00	1	5	6
	6,00	3	1	4
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,546	,026
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00007 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00007	1,00	3	6	9
	2,00	2	1	3
	3,00	3	4	7
	4,00	3	4	7
	6,00	4		4
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,397	,229
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00008 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00008	1,00	8	6	14
	2,00	2	2	4
	3,00	4	2	6
	4,00	1	3	4
	5,00		1	1
	6,00		1	1
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,341	,556
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00009 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

	PREPOST		Total
	1,00	2,00	
VAR00009	,00	1	1
	1,00	5	7
	2,00	4	7
	3,00	2	7
	4,00	2	3
	5,00	1	3
	6,00	1	2
Total	15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,357	,625
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00010 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

	PREPOST		Total
	1,00	2,00	
VAR00010	1,00	7	10
	2,00	2	6
	3,00	3	7
	4,00	1	2
	5,00		1
	6,00	2	4
Total	15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,319	,637
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00011 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00011	1,00	4		4
	2,00	4	2	6
	3,00	5	3	8
	4,00		5	5
	5,00		1	1
	6,00	2	4	6
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,532	,037
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00012 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00012	1,00	12	1	13
	2,00		2	2
	3,00		2	2
	4,00	2	3	5
	5,00		1	1
	6,00	1	6	7
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,613	,003
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00013 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00013	1,00	6		6
	2,00	4	1	5
	3,00	3	3	6
	4,00		3	3
	5,00	2	3	5
	6,00		5	5
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,590	,007
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00014 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00014	1,00	7	4	11
	2,00	3	6	9
	3,00	3	4	7
	4,00	1		1
	5,00	1	1	2
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,300	,564
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00015 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00015	1,00	8	3	11
	2,00	5	8	13
	3,00		1	1
	4,00		1	1
	5,00		1	1
	6,00	2		2
Total		15	14	29

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,464	,160
N de casos válidos		29	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00016 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00016	1,00	3	1	4
	2,00	1	8	9
	3,00	3	4	7
	4,00	1		1
	5,00	1		1
	6,00	6	2	8
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,511	,060
N de casos válidos		30	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00017 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00017	1,00	5	3	8
	2,00	6	5	11
	3,00	2	5	7
	4,00	1		1
	6,00	1	2	3
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,311	,523
N de casos válidos		30	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00018 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00018	1,00	4	4	8
	2,00	1	4	5
	3,00	3	2	5
	4,00	5	3	8
	5,00		2	2
	6,00	2		2
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,422	,261
N de casos válidos		30	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00019 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00019	1,00	7	3	10
	2,00	2	8	10
	3,00	3	2	5
	4,00	2		2
	5,00	1		1
	6,00		2	2
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,507	,065
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00020 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00020	1,00	6	6	12
	2,00	6	5	11
	3,00	2	3	5
	4,00	1		1
	6,00		1	1
	Total		15	15

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,266	,682
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00021 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00021	1,00	1	1	2
	2,00	4	3	7
	3,00	3	6	9
	4,00	3	3	6
	5,00	3	1	4
	6,00	1	1	2
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,258	,829
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00022 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00022	,00		2	2
	1,00	9	5	14
	2,00	2	2	4
	3,00	2	1	3
	4,00	1		1
	5,00		1	1
	6,00	1	4	5
Total		15	15	30

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,442	,296
N de casos válidos		30	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tablas de contingencia de las Habilidades Sociales pretest / poste Grupo Control

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
VAR00003 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00004 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00005 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00006 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00007 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00008 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00009 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00010 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00011 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00012 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00013 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00014 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00015 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00016 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00017 * PREPOST	53	98,1%	1	1,9%	54	100,0%
VAR00018 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00019 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00020 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00021 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%
VAR00022 * PREPOST	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%

VAR00013 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00013	1,00	1	4	5
	2,00	4	8	12
	3,00	8	1	9
	4,00	4	3	7
	5,00	4	3	7
	6,00	6	8	14
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,381	,103
N de casos válidos		54	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00014 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00014	,00	1		1
	1,00	7	9	16
	2,00	11	9	20
	3,00	3	4	7
	4,00	3	1	4
	5,00	1	3	4
	6,00	1	1	2
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,250	,732
N de casos válidos		54	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00015 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00015	,00	1	1	2
	1,00	10	11	21
	2,00	9	6	15
	3,00	2	7	9
	4,00	3		3
	5,00		2	2
	6,00	2		2
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,402	,108
N de casos válidos		54	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00016 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00016	,00	1		1
	1,00	8	5	13
	2,00	5	4	9
	3,00	5	5	10
	4,00	2	3	5
	5,00	1	6	7
	6,00	5	4	9
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,309	,459
N de casos válidos		54	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00017 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00017	,00	1		1
	1,00	9	9	18
	2,00	7	7	14
	3,00	2	6	8
	4,00	3	3	6
	5,00	1	1	2
	6,00	3	1	4
Total		26	27	53

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,264	,679
N de casos válidos		53	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00018 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00018	,00	1		1
	1,00	4	7	11
	2,00	11	12	23
	3,00	2	4	6
	4,00	3	2	5
	5,00	5	1	6
	6,00	1	1	2
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,301	,494
N de casos válidos		54	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00019 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00019	,00	1		1
	1,00	6	7	13
	2,00	6	6	12
	3,00	6	6	12
	4,00	3	5	8
	6,00	5	3	8
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,192	,838
N de casos válidos		54	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00020 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00020	,00	1		1
	1,00	9	13	22
	2,00	8	4	12
	3,00	5	6	11
	4,00	1	3	4
	5,00	1		1
	6,00	2	1	3
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,304	,483
N de casos válidos		54	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00021 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00021	,00	2		2
	1,00	3	8	11
	2,00	9	6	15
	3,00	7	8	15
	4,00	4	3	7
	5,00		2	2
	6,00	2		2
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,379	,169
N de casos válidos		54	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00022 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00022	,00	2	1	3
	1,00	13	15	28
	2,00	3	3	6
	3,00	4	4	8
	4,00	1	1	2
	5,00	2		2
	6,00	2	3	5
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,217	,848
N de casos válidos		54	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00011	1,00	3	4	7
	2,00	1	6	7
	3,00	8	3	11
	4,00	5	5	10
	5,00	2	3	5
	6,00	8	6	14
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,327	,263
N de casos válidos		54	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00012 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00012	1,00	6	7	13
	2,00	2	3	5
	3,00	8	4	12
	4,00	3	5	8
	5,00	2	4	6
	6,00	6	4	10
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,236	,673
N de casos válidos		54	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00013 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00009	1,00	5	4	9
	2,00	7	7	14
	3,00	5	8	13
	4,00	5	5	10
	5,00	3	1	4
	6,00	2	2	4
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,180	,876
N de casos válidos		54	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00010 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00010	1,00		2	2
	2,00	13	10	23
	3,00	6	6	12
	4,00	4	7	11
	5,00	2	1	3
	6,00	2	1	3
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,259	,567
N de casos válidos		54	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00011 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00007	,00	1		1
	1,00	4	7	11
	2,00	9	11	20
	3,00	8	6	14
	4,00	4	2	6
	5,00	1		1
	6,00		1	1
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,290	,548
N de casos válidos		54	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00008 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00008	1,00	11	8	19
	2,00	4	9	13
	3,00	5	3	8
	4,00	3	2	5
	5,00	1	5	6
	6,00	3		3
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,374	,119
N de casos válidos		54	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00009 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00005	1,00	3	5	8
	2,00	10	12	22
	3,00	10	7	17
	4,00	2		2
	5,00	1	2	3
	6,00	1	1	2
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	248	,617
N de casos válidos		54	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00006 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00006	1,00	5	3	8
	2,00	8	6	14
	3,00	5	6	11
	4,00	3	5	8
	5,00		4	4
	6,00	6	3	9
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	325	,271
N de casos válidos		54	

a. No asumiendo la hipótesis nula.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00007 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00003	1,00	10	14	24
	2,00	10	7	17
	3,00	5	3	8
	4,00	1	3	4
	6,00	1		1
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,253	,449
N de casos válidos		54	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00004 * PREPOST

Tabla de contingencia

Recuento

		PREPOST		Total
		1,00	2,00	
VAR00004	1,00	2	3	5
	2,00	9	7	16
	3,00	10	7	17
	4,00	4	4	8
	5,00	1	5	6
	6,00	1	1	2
Total		27	27	54

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,251	,601
N de casos válidos		54	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VAR00005 * PREPOST

