

Prevención de las drogodependencias en el medio escolar

Por Diego Maciá Antón

Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. universidad de Murcia.

Introducción.

En España, tradicionalmente con un consumo muy elevado de las drogas institucionales, con el incremento del consumo de drogas ¡legales se empieza a tomar conciencia social del problema que pudiera derivarse del consumo abusivo de estas sustancias; iniciándose las primeras intervenciones en el campo de la acción terapéutica y posteriormente, de forma más aislada, actuaciones de carácter preventivo.

Junto al tabaco, el alcohol es la droga de mayor y más grave incidencia en nuestro país, seguida a cierta distancia del abuso de determinados fármacos psicotrópicos y finalmente de las toxicomanías de carácter ¡legal. En éstas últimas se observa un descenso en el consumo de heroína y el incremento del consumo, especialmente en los últimos años, de la cocaína y de las denominadas «drogas de diseño». Siendo destacable la tendencia actual de la politoxicomartía.

Al hablar del «problema de la droga» se continúa poniendo el énfasis de las sustancias psicoactivas de venta ¡legal, olvidando, por una parte que el consumo de tabaco y alcohol es la puerta de entrada al consumo de otras sustancias (Kandel, Yamaguchi y Chen, 1992) y que este consumo está relacionado directamente con las principales causas de muerte en las sociedades occidentales desarrolladas; y por otra, se olvida que el alcohol es la droga que más problemas crea en nuestra sociedad y que su consumo en los últimos años se incrementa de forma espectacular entre nuestros jóvenes los fines de semana (Comas, 1990).

La necesidad de la prevención viene determinada por la incidencia de las drogas en nuestra sociedad. La prevención primaria de las drogodependencia supone, por una parte, la puesta en práctica de actuaciones tendentes a la limitación de la disponibilidad de las drogas (limitación de la oferta) a través fundamentalmente de medidas de índole legal y policial

(limitación o prohibición de la publicidad, represión del narcotráfico, persecución del blanqueo de dinero, etc.); por otra parte, implica la realización de actuaciones encaminadas a la reducción de la demanda (medidas sociales y educativas).

En España, es a partir de la elaboración del Plan Nacional Sobre Drogas (1985) cuando asistimos a un importante esfuerzo por parte de los gobiernos: central, autonómicos y municipales, en la puesta en marcha de las actuaciones tendentes a la prevención.

La propia Organización Mundial de la Salud reclama la necesidad de técnicas avanzadas para influir principalmente en los grupos de población particularmente expuestos a la drogodependencia (vg. jóvenes y adolescentes). Para la OMS junto a medidas legales y sociales, las medidas educativas son la base de la labor preventiva. Medidas educativas que deben tener como objeto un cambio en las actitudes hacia las drogas y su consumo.

La prevención del uso y abuso de las drogas se ha enfocado desde diversos modelos teóricos; modelos que hacen hincapié de forma distinta en alguna de las múltiples variables que influyen en la aparición del problema. Existen una gran diversidad de actuaciones, que responden a planteamientos teóricos y estrategias distintas, y que aun de acuerdo con el objetivo último, plantean objetivos concretos muchas veces contradictorios. Se requiere, por tanto, un posicionamiento teórico sobre la prevención primaria, unos objetivos, una metodología y su concreción con un modelo de intervención que pueda ser aplicado, evaluado y mejorado progresivamente.

Muchas actuaciones preventivo-educativas se han elaborado sin tener en cuenta las teorías relevantes sobre la conducta humana. La Psicología Científica considera el abuso de las drogas como patrones de conducta socialmente adquiridos y aprendidos; mantenidos por numerosas incitaciones anteriores y por reforzadores posteriores de naturaleza psicológica, sociológica y fisiológica.

Los determinantes de una conducta, y el consumir una sustancia psicoactiva es una conducta, han sido imputados en muchos casos de una forma excluyente: bien a variables personales, bien a variables externas o sociales. El individuo aprende sus repertorios básicos de conducta (la personalidad) en la relación que su organismo mantiene con el ambiente. De otra parte, la conducta -en un momento dado- depende tanto de la situación real presente como de los repertorios básicos de conducta aprendidos, los cuales, a su vez, determinarán cómo el sujeto percibe la realidad. Por último, la conducta ejecutada, influirá tanto sobre la situación presente como sobre los repertorios de conducta. Así, el funcionamiento psicológico supone una continua interacción entre la conducta y las variables orgánicas (o personales) y ambientales (o situacionales).

La estrategia de intervención que proponemos para la prevención de la drogodependencia y que se deriva de esta conceptualización, enfatiza una perspectiva ecológica de interacción, en la que el ajuste entre personas y medios puede mejorarse creando nuevas alternativas sociales y desarrollando recursos o competencias personales.

Debe perseguirse un doble objetivo, por una parte propiciar cambios en los aspectos del contexto del joven que se reconocen como posibles factores desencadenantes del inicio al consumo, o que dificultan su desarrollo personal y una correcta adaptación, a través de la implicación activa de padres y profesores en la prevención; y por otra, conseguir en el joven una actitud favorable a una vida sana y al no consumo de drogas, y aprenda una serie de conductas, habilidades o competencias que le permitan comportarse con independencia del medio y con libertad; se intenta promocionar a los jóvenes, aún no consumidores habituales, los recursos teóricos y técnicos para que desarrollen un equipamiento de habilidades que los capacite para prevenir y resolver de una forma adecuada el mayor número de situaciones relacionadas con la problemática del inicio al consumo de drogas.

Existen una serie de acciones que padres y profesores han de realizar que consideramos «actos preventivos»: formar el sentido crítico de los niños y jóvenes, que aprendan a tomar decisiones, que desarrollen su autocontrol, que mantengan una actitud favorable hacia la salud en general, etc. y también, a cierta edad que conozcan la naturaleza y los efectos de ciertas sustancias psicoactivas.

El período crítico para la experimentación, para el primer contacto con una o más sustancias psicoactivas es la preadolescencia y la adolescencia. La experimentación con el tabaco y el alcohol es muy frecuente en estas edades. Ciertos factores socioambientales parecen ser los causantes del inicio, mientras que estos **últimos** factores, más las propiedades farmacológicas de las sustancias, son la causa del futuro mantenimiento del uso, con el desarrollo de la dependencia física y psíquica de la sustancia.

Muchas veces se ha repetido que el uso y abuso de drogas por los jóvenes constituye un síntoma de que algo no funciona en la familia, en la escuela y en la sociedad. Dicho lo anterior, es importante considerar que el uso y abuso del consumo de drogas en los jóvenes se presenta siempre junto a una variedad de las conductas problemáticas. El joven que experimenta con el consumo de alcohol, tabaco, hachís, etc... suele presentar conductas disfuncionales en su comportamiento general (bajo rendimiento escolar, conducta antisocial, retraimiento, ansiedad, rebeldía, agresividad, etc.). Esto hace pensar que un gran número de comportamientos problemáticos pueden estar causados por los mismos factores subyacentes.

De este modo, es razonable suponer que la prevención del consumo de drogas ha de ir pareja a la prevención de otras muchas manifestaciones de los problemas mas personales y relacionales del adolescente y del joven, de tal forma que las actuaciones que padres y educadores en general puedan realizar para prevenir el inicio al consumo no son sólo útiles para afrontar este problema, sino que en general son las que podemos considerar básicas para una correcta educación y formación de los jóvenes, y por tanto estarían en la base de la prevención de cualquier otra manifestación conductual problemática de nuestros hijos. De este modo, la tarea preventiva no ha de estar centrada de forma exclusiva en las drogas, sino que debe abarcar determinantes subyacentes en este conjunto de conductas problemáticas.

Partimos de la consideración de que sólo una actuación preventiva basada en la información y llevada a cabo por los cauces y agentes normales, fundamentalmente padres y profesores pueda tener una razonable esperanza de éxito.

I. Prevención del consumo de drogas.

Junto a las medidas sociales y legales, las medidas educativas son la base de la labor preventiva. Las medidas educativas se marcan como objetivo el modificar las actitudes de los individuos y de la colectividad.

Las primeras actuaciones educativas propuestas, enmarcadas en el modelo médico, señalaban que la drogodependencia podía evitarse mediante sencillas estrategias de información al público, sustentadas en campañas a través de los medios de comunicación. Sin embargo, no existen, por desgracia, pruebas a favor de esta afirmación. En una revisión realizada por Blane (1976) se concluye con la imposibilidad de establecer la eficacia de las mismas, al carecer dichas intervenciones de criterios de valoración.

Estas actuaciones donde la educación se equiparó a la información sobre los riesgos que presenta el abuso en el consumo de las drogas se desarrollaron inicialmente en Estados Unidos (años sesenta) y en otros países de la Europa Occidental y estaban sustentadas en amplias campañas de prensa, radio y televisión. En España se tuvo un intento tardío pero similar, «la droga mata» fue el mensaje que apareció en un buen número de paneles publicitarios. Sobre dichas intervenciones de difícil evaluación ha recaído la sospecha de su carácter **contrapreventivo** al vulnerar todo lo que conocemos sobre comunicación y persuasión. Se atrajo excesivamente la atención hacia el hecho de la drogodependencia, impartiendo en muchos casos una información no creíble.

En nuestro país surgen las primeras voces de alarma en la década **de los sesenta**, con los primeros incrementos del consumo de drogas ¡legales, constituyéndose en 1974 una Comisión

Interministerial para el estudio del problema del alcoholismo y el tráfico de estupefacientes; apareciendo en 1975 la Memoria del Grupo de Trabajo (Ministerio de Gobernación, 1975). Respecto a la prevención, la Memoria apunta que no se conocen en nuestro país programas específicamente orientados a promover una información adecuada respecto al uso de drogas, ni a la población en general ni a los jóvenes en el ámbito escolar. Las propuestas concretas, tanto sobre el alcoholismo como sobre otras drogas (no se incluye el tabaco) que se recogen en la Memoria suponen el inicio de una nueva etapa en las actuaciones preventivas, y giran en torno a la necesidad de educación escolar sobre pautas sanas de bebida, limitaciones sobre publicidad, difusión de pautas sanas de vida, desarrollo de programas de información y educación sobre drogas, formación de especialistas, etc. Ya en esta Memoria se pide un control de las actividades informativas, cuestionando la conveniencia de utilizar medios de masas, y se manifiesta una cierta preocupación porque informaciones deformadas estimulen el consumo de drogas.

Posteriormente (principios de la década de los 80) se empezaron a poner en **marcha estos** mismos programas informativos pero dirigidos a pequeñas comunidades (**modelo** médico y modelo psicosocial), considerando el centro escolar como marco adecuado de intervención. Como los anteriores, se basaban en el supuesto de las malas costumbres sanitarias de la comunidad, y junto a esto se consideraba la importancia de factores psicosociales subyacentes en las personas drogodependientes. Sin embargo, las estrategias de intervención a nivel escolar, se reducían en la mayoría de los casos a charlas informativas impartidas por «**expertos**» (policías, médicos, psicólogos, etc.); el recurso al miedo, la exposición a modelos de extoxicómanos, fueron las estrategias utilizadas. Estos programas basados en la información han mostrado unos resultados muy pobres respecto al cambio de actitudes (Schelegel y Norris, 1980; Pickens, 1985; Rossignoli y Polaino, 1989), levantando fundadas sospechas sobre su posible carácter contrapreventivo (**Goodstadt**, 1978). Pickens (1985) realiza una revisión sobre la eficacia obtenida en 26 programas desarrollados en la década de los 70 que se sustentaban en la información, concluyendo que dichos programas no necesariamente cambian las actitudes, y que cuando lo hacen, la dirección del cambio no es inequívocamente positiva. Estas estrategias preventivas que fueron fuertemente criticadas, evolucionaron hacia lo que podemos denominar el submodelo pedagógico o de educación afectiva (Swisher, 1979), con la puesta en marcha de programas específicos (orientados directamente a la prevención de drogas) e inespecíficos (orientados a **la prevención de un amplio** campo de conductas de salud) utilizando grupos de discusión, actividades escolares relacionadas con la problemática de la juventud y de la droga, etc. En estos programas el objetivo es conducir al participante, a través de un proceso de autorrealización, hasta que sea capaz de funcionar a pleno rendimiento y con armadura entre sus creencias y acciones. Estos programas adjudicaron a la escuela la responsabilidad de crear un clima conducente a una buena salud mental y social. Se esperaba que la escuela diese la oportunidad a sus alumnos de encontrar respuestas y llegar a principios sólidos desarrollando un sentido de responsabilidad personal y social. Es muy difícil evaluar la efectividad de este tipo de

intervenciones, pues la mayoría adolecen de un tratamiento metodológico adecuado. Desde nuestro punto de vista, las limitaciones de estos programas radican en que se basan en una hipotética fuerza de voluntad, en el supuesto de un determinado tipo de relación aumenta el desarrollo social y emocional del sujeto.

Otros programas desarrollados desde la perspectiva pedagógica (programas educativo-formativos) que utilizan fundamentalmente estrategias de información, persuasión y otras actividades escolares, se han podido demostrar ú para conseguir un cambio en las creencias y un cambio en la actitud hacia la droga (Bangert-Drowns, 1988; Escámez, 1990). Sin embargo el problema radica en la repercusión que pueda tener sobre el comportamiento futuro de los jóvenes. principio, parece evidente la necesidad de una información objetiva sobre los e: tos de las drogas, indispensable para satisfacer la considerable demanda de da de este tipo y para evitar la difusión de datos inexactos o 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, esto no parece suficiente exhortación, la persuasión moral y el hecho de apelar al poder del sujeto, su formación, puede provocar un cambio de actitud, pero no entrena al sujeto a resolver, situaciones concretas problemáticas, ni le capacita para afrontarlas con un bagón de habilidades que sin duda serían útiles.

En 1985 es aprobado en España el Plan Nacional sobre las Drogas, en intento de marcar prioridades, coordinar y unificar los criterios de actuación las distintas administraciones y las actuaciones privadas y buscar la máxima eficacia de las mismas. Al mismo tiempo que se planifica se consideran los recursos humanos y económicos necesarios. Para el Plan, las actividades prioritarias a desarrollar en materia de prevención de la demanda en el ámbito escolar se centra en la educación sobre drogas que debe enmarcarse en la educación para la salud, la educación integral que la escuela debe facilitar.

En este contexto y como resultado de la limitada eficacia que se atribuyen, **los diversos programas tradicionales de** educación sobre las drogas, se han confirmado dos estrategias que en la actualidad, para muchos, se mantienen como contrapuestas en las actividades de prevención de la drogodependencia.

La **primera**, que impera en los Estados Unidos, continúa con la línea perfeccionamiento de los programas específicos incluyendo la intervención sol el contexto social en que se desarrollan (Jonhson, Hansen y Pentz, 1986), y buscando perfeccionar las técnicas de los programas (Botvin y Wills, 1985; Flay, 198 Se utilizan nuevas estrategias de prevención basadas en un conocimiento m completo de las razones por las cuales los jóvenes se ven involucrados en el consumo de sustancias psicoactivas, centrándose en los factores psicosociales que mentan el inicio en dicho abuso. Los trabajos realizados bajo el enfoque de «influencia social»

(entrenamiento en habilidades de resistencia) han mostrado que pueden lograr disminuciones significativas en la conducta de fumar, con resultados que van desde el 33% al 39% en la reducción de nuevos fumadores en el grupo de intervención frente al grupo de control; por su parte los enfoques de «aprendizaje de habilidades sociales y personales generales» han mostrado en los estudios que valoran su efectividad, efectos muy importantes en la conducta de los jóvenes con reducciones en nuevos casos de fumar experimental del 42% al 75% (Botvin y Botvin, 1994).

La segunda, considera que la prevención del consumo de drogas ha de considerarse en el contexto de la Educación para la Salud, que con la reforma educativa se incorpora en el diseño curricular base como materia obligatoria (línea transversal). Siendo muy positivo el planteamiento, pues dentro de una materia general como ésta, el problema de las drogas está contextualizado y no despierta un interés especial, si nos centramos en el problema de la prevención del consumo de droga, son muchos los riesgos que se corren de limitar nuestra actuación al contenido de una materia tan amplia. El problema puede plantearse si se considera que el papel de la escuela, tan importante en la prevención del consumo de las drogas, se reduce o queda justificado con actuaciones que serían en la mayoría de los casos puramente informativas o «rutinarias». Cuando lo que se necesita es un compromiso de toda la comunidad educativa (padres, profesores y alumnos) y su inclusión en el Proyecto Educativo de Centro (Vega, 1993). Esto permitiría que la escuela pusiese en marcha todo tipo de actuaciones, escolares y extraescolares, dirigidas a los alumnos y a padres, actuaciones que puedan utilizar otros recursos comunitarios de forma coordinada. Con esta formulación nos adentramos en un modelo de actuación con importantes limitaciones metodológicas, donde es difícil operativizar la meta a alcanzar y no permite disponer el trabajo de forma que se pueda evaluar la eficacia real.

Sin querer profundizar en la polémica especificidad-inespecificidad (García Rodríguez, 1989), nuestra posición es claramente favorable a la conveniencia de programas preventivos generales o inespecíficos que, partiendo de un análisis de cada situación real, incorporen actuaciones específicas o diferenciadas (Maciá, 1986; 1994). Actuaciones específicas que no suponen «hablar sólo de drogas», sino que combinan todo tipo de tareas dirigidas a la prevención del inicio al consumo de drogas, en la que participan padres, profesores, los propios alumnos y elementos del medio.

La reforma y mejora del sistema educativo y el desarrollo de programas de educación integral en la escuela que evitan un tratamiento diferenciado de las drogas, son, sin duda, estrategias importantes a desarrollar y que pueden demostrar un gran potencial a la hora de influir sobre las actitudes y comportamientos de los jóvenes en relación, también, al problema de las drogas. Sin embargo, consideramos que estas actuaciones inespecíficas deben complementarse con actuaciones específicas en edades críticas (especialmente con respecto al alcohol y tabaco), pues, como afirma Calafat (1988), sabemos lo difícil que resulta que el joven

cuando se encuentra en una situación real de oferta, en la que tiene que tomar alguna determinación, utilice en el sentido deseable, desde el punto de vista de la salud, la información de que dispone. Este mismo autor, Calafat (1994), apunta que la inespecificidad del abordaje de la prevención de las drogodependencias se refiere especialmente al enfoque global, que exige que el tema de la droga sea abordado junto con otras temáticas, pero considerando que caben dentro de este marco general actuaciones específicas, siendo esto particularmente más necesario en el caso de la prevención del consumo de drogas legales.

Como hemos apuntado anteriormente, los jóvenes tienen su primer contacto con las drogas aproximadamente a los 12 años, comienzan a consumir en un rango de edad entre 12-17 años, y las drogas utilizadas en el primer contacto son el tabaco y el alcohol. Por tanto, el trabajo preventivo debe iniciarse antes de esa edad (Educación Primaria 6-12 años), obviamente con un planteamiento inespecífico; aquí, tal y como se ha apuntado, la Educación para la Salud es el marco ideal para generar en los más pequeños actitudes positivas al mantenimiento de la salud y el «entrenamiento a padres» para coadyuvar al desarrollo personal de los jóvenes.

La formación de padres puede ser absolutamente necesaria si además consideramos que en los jóvenes que se inician de forma más temprana, su conducta frente a las drogas puede formar parte de un síndrome general (Jessor, 1982), pues como hemos comentado varios tipos de conductas problemáticas (los jóvenes que fuman o beben suelen sacar peores notas, presentan mayor absentismo escolar, no suelen participar en actividades de tipo deportivo o recreativo, y son más propensos a presentar conductas antisociales -mentir, robar, engañar, etc.-) resultan probables dentro de un mismo individuo, lo que sugiere que un gran número de éstas puedan estar causadas por los mismos factores subyacentes. De modo que es necesario desarrollar intervenciones preventivas que actúen sobre estos determinantes subyacentes.

Actuaciones que pueden iniciarse desde la escuela dirigidas fundamentalmente a la formación de padres y a detectar y resolver problemas relacionados con la conducta y el desempeño escolar (Olivares, Maciá y Méndez, 1993). Como sostiene **Patterson (1986)**, entre los principales elementos en el desarrollo de los problemas de conducta del niño se hallan las deficiencias en habilidades propias del papel de padres: disciplina, vigilancia, refuerzo positivo, solución de problemas e implicación. De esta forma, el entrenamiento a padres puede definirse como un enfoque para la prevención y el tratamiento de los problemas de la conducta infantil que utiliza estrategias por medio de las cuales se entrena a los padres a modificar la conducta de sus hijos en casa. Se persigue, fundamentalmente, modificar la interacción progenitor (es) - hijo (s) con el fin de fomentar la conducta social y disminuir la conducta desviada (McMahon, 1991).

Es posteriormente, a partir de 12 años (nivel superior de la actual E.G.B. o nivel de Educación Secundaria Obligatoria 12-16 años) cuando actuaciones globales integradas en la

Educación para la Salud han de complementarse con intervenciones gradualmente más específicas.

II. Prevención desde el marco escolar.

11. 1. Escuela y prevención del consumo de drogas.

Como la familia, la escuela tiene un papel decisivo en la prevención, mediante la promoción del crecimiento, el desarrollo, la maduración y la socialización de los jóvenes; además de la detección temprana y el manejo de problemas emocionales.

Sólo si los profesores asumen que principalmente son educadores, que han de hacer de tutores, entendiendo por esto que han de estimular y orientar al joven en ese proceso de desarrollo inseguro y titubeante por el que atraviesa en esas edades, sólo si se preocupan en adquirir la capacidad para influir en ese proceso de maduración podrán prevenir el consumo de drogas.

Como afirma Vega (1994), si la escuela funciona como institución educativa, ya se hace prevención, de este modo, una escuela auténticamente educadora es preventiva por sí misma. La calidad de la enseñanza y la progresiva y continua mejora del sistema educativo constituyen, en sí, elementos potenciadores de la adquisición de valores, actitudes y conductas saludables, previniendo de este modo la drogadicción.

Es importante que la escuela aplique los principios preventivos adecuados, que pueden abarcar los siguientes aspectos:

a) La preocupación por los niños problemáticos, es decir, la identificación de aquéllos que pueden experimentar dificultades e inadaptaciones.

b) La adaptación de instrucción a las diferencias individuales para ver la posibilidad de satisfacer los intereses y las necesidades de los alumnos.

c) La planificación del consejo y la orientación.

d) La dirección adecuada de la clase llevando a cabo un programa de disciplina constructivo, consistente e inteligente.

e) El desarrollo de métodos eficaces de trabajo y estudio.

f) Un programa de actividades fuera del ámbito de la clase.

g) El perfeccionamiento del método didáctico empleado.

h) La atención a la educación para la salud, integrando la educación sobre drogas.

La escuela presenta ciertas características que debidamente aprovechadas pueden permitir obtener el máximo de eficacia a la medida que con carácter preventivo se puedan emprender. La escuela se nos presenta como el sitio idóneo para una eficaz labor educativa con fines preventivos hacia el consumo de las drogas. Esta, puede de una forma coordinada y sistemática abordar la educación del niño, asumiendo un papel básico en el proceso educativo.

Nuestra propuesta de intervención desde el marco escolar, el programa educativo que posteriormente expondremos en detalle, se enmarca en una conceptualización amplia de la intervención psicológica preventiva en los problemas de salud. Frente a las actuaciones tradicionales de intervención terapéutica, y a las estrategias de Educación para la Salud en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud basadas con exclusividad en la mera transmisión de información y que se han mostrado insuficientes para la mejora de la salud, se plantea como alternativa los programas de intervención comportamental-educativa para la salud en atención primaria (Antón, Maciá y Méndez, 1988; Maciá, Méndez y Olivares 1993).

11.2. Intervención comportamental-educativa.

11.2. 1. Aspectos teóricos.

Esta estrategia de intervención surge de la confluencia de varios hechos, entre los que cabría resaltar, en primer lugar, la consideración de un nuevo concepto de salud, primero de salud mental y posteriormente de salud en general en el que entiende el proceso de salud/enfermedad como resultante de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales, debiéndose centrar la atención sanitaria, conceptual y técnicamente, en estos tres niveles y ser abordada de forma interdisciplinar, estableciéndose una relación de colaboración entre distintos profesionales (médicos, trabajadores sociales, enfermeros, educadores, psicólogos, etc.).

Junto a esto se va conformando una concepción nueva de la sanidad, basada en la Atención Primaria y en la promoción de la salud, surgida por la crisis de los servicios de atención de la salud y las críticas dirigidas al funcionamiento del sistema sanitario; en esta nueva concepción la Educación para la Salud (O.M.S., 1978; 1989) se ha convertido en la estrategia de intervención básica para la promoción y prevención, definida ésta como una metodología educativa que tiende sobre todo a incitar al individuo a una toma de responsabilidad para lo que es su propia salud y la de la colectividad así como a desarrollar sus aptitudes para participar de manera constructiva en la

vida de la comunidad.

Por último, cada vez más, empieza a considerarse la necesidad de una colaboración y acción intersocial, con participación comunitaria, que integre en los servicios de salud actividades como educación, tiempo libre, calidad ambiental y bienestar social.

El modelo de salud pública parte del valor que todas las personas conceden a la salud, y considera que la educación y la información objetiva modificará la actitud y la conducta. Como afirman Dwore y Matarazzo (1981) la unión de la ciencia conductual con la educación para la salud supone una perspectiva muy prometedora para hacer realidad la modificación de los estilos de vida y, por tanto, los objetivos y metas de la salud pública al permitir disponer de técnicas o estrategias de intervención conductual que se han **comprobado** adecuadas para el cambio de conducta.

Si de forma tradicional prevenir en Salud Pública suponía inmunizar a la población contra enfermedades transmisibles y adoptar medidas de saneamiento ambiental, actualmente supondrá también, y cada vez más, modificar comportamientos y cambiar los contextos en los que aquéllos se dan.

De este modo la intervención comportamental-educativa se convierte en la estrategia de intervención básica como resultado de la convergencia de la evaluación de los sistemas sanitarios hacia los objetivos del modelo de Salud Pública y del desarrollo y participación de la Psicología de la Salud (con una orientación conductual-comunitaria), pudiéndose definir como: actuaciones que tienen por objetivo informar sobre las condiciones de vida asociadas a un buen estado de salud, así como facilitar las modificaciones comportamentales y ambientales que lo hagan posible.

Pese a las dificultades que puedan surgir en la práctica respecto a las competencias de los distintos niveles de administración y a la posibilidad de racionalizar los recursos existentes concretando los distintos objetivos de los diversos departamentos de gobierno (sanidad, educación, servicios sociales, etc.) y sus respectivos servicios organizados (Servicios Sociales de Base, Equipos de Salud, Equipos de Salud Mental, Servicios Psicopedagógicos Escolares, etc.) por la ausencia de un sistema socio-sanitario integrado (Marziale, 1988), al menos podemos afirmar que se dispone y se acepta un marco referencial preciso, unos objetivos y una metodología que permite la elaboración de unos presupuestos que se traduzcan en medidas concretas de intervención.

11.2.2. Intervención comportamental-educativa en la prevención del inicio al consumo de las drogas.

El objetivo general más importante de la intervención que proponemos es la promoción del

desarrollo psicosocial del joven, y de forma específica el objetivo principal consiste en proporcionar a los jóvenes aún no consumidores habituales, los recursos teóricos y técnicos para que desarrollen un equipamiento de habilidades que los capaciten para prevenir y resolver de forma adecuada el mayor número de situaciones relacionadas con la problemática del inicio al consumo de las drogas, especialmente las primeras ofertas.

Se intenta una doble tarea: a) Por una parte propiciar cambios de aquellos aspectos del contexto del joven (familia, colegio, iguales, barrio o comunidad) que se reconocen como propiciatorios del inicio al consumo, o que dificultan un buen desarrollo y una correcta adaptación, mediante el trabajo fundamentalmente con padres (Olivares, Maciá y Méndez, 1993) y profesores (Méndez, Maciá y Olivares, 1993) u otros agentes sociales, b) y por otra al mismo tiempo, se intenta que el joven tenga una actitud favorable al mantenimiento de la salud y al no consumo de drogas y aprenda una serie de conductas y estrategias que le permitan comportarse con independencia del medio y con libertad (Maciá, 1984).

El objetivo de la intervención es generar un clima familiar y escolar positivo a través del mantenimiento y la formación de padres y profesores, así como fomentar la conducta social de los jóvenes, que éstos aprendan un conjunto de habilidades genéricas para afrontar la vida; habilidades que sin duda tienen una aplicación más amplia que lo relacionado con el inicio al consumo de drogas. Trabajamos las habilidades sociales por: a) haber encontrado relaciones significativas en la competencia social infantil y el posterior desarrollo psicológico y social, y b) el reconocimiento por parte de los agentes educativos de la gran importancia que las habilidades sociales y de las relaciones interpersonales tienen para una buena adaptación a la vida cotidiana.

En este sentido, el «aprendizaje de habilidades sociales» es el elemento central junto al «entrenamiento a padres» y la «modificación del clima social escolar» y de las actuaciones inespecíficas en los últimos cursos de la Educación Primaria. Se propone por tanto que junto a la Educación para la Salud, que generará actitudes positivas para el mantenimiento de la salud, la intervención se inicie en una primera etapa con este tipo de actuaciones inespecíficas en este nivel educativo.

NIVEL	ACTUACIONES	OBJETIVOS
-------	-------------	-----------

1ª ETAPA	Educación primaria (6 -12 años)	Inespecíficas A través de padres y profesores: Entrenamiento Padres. Formación profesores Interviniendo sobre los alumnos: Educación para la Salud Entrenamiento en habilidades Sociales	Desarrollo pasicosocial Actitud favorable hacia la salud. Generar un clima escolar y familiar positivo.
2ª ETAPA	Educación Secundaria Obligatoria. (12-16 años)	Específicas. Aprendizaje de las habilidades sociales en situaciones específicas Información/formación Inoculación actitudinal Formación de padres y profesores	Toma de decisiones frente al consumo. Generación de alternativas tiempo libre.

Esta primera etapa de la actuación comportamental-educativa para la intervención inespecífica del inicio al consumo de las drogas, debe tener su continuidad en los años sucesivos, en momentos evolutivos posteriores. con actuaciones más específicas que pueden llevarse a cabo en la Educación Secundaria y Obligatoria (12-16 años).

Así el trabajo preventivo con los alumnos debe complementar sus objetivos con uno fundamental: el desarrollo de la capacidad de tomar decisiones responsables sobre la utilización de diversas drogas. Se trata de enseñar al joven a identificar las situaciones en las que se deberá tomar una decisión sobre el consumo de una droga (legal o ilegal), y que cuando se encuentre ésta, utilice los conocimientos aprendidos para tomar la decisión. Debiendo por tanto aprender estrategias cognitivas y conductuales con el fin de:

- Reconocer en qué situaciones será más probable que se le ofrezca droga para su consumo.
- Anticipar de forma realista dichas situaciones.
- Reconocer los factores ambientales e internos que se implican en toda conducta y que pueden afectar su decisión. - Particularmente deberá reconocer el factor «presión de grupo» en cada situación y la «necesidad de agradar».
- Predecir las consecuencias de cada alternativa (consumo/no consumo) en cada situación y preparar su conducta para ello.

Hay que considerar que las habilidades y competencias sociales son de especial relevancia en su aplicación a situaciones específicamente relacionadas con el inicio al consumo: Decir no al ofrecimiento para consumir por parte de un compañero, mantener ante un grupo una opinión contraria al consumo, adelantarse a situaciones en la que la oferta y la presión subsiguiente es

segura, etc.

Se completa, por tanto, un programa pedagógico (educativo-formativo) de formación-cambio de actitudes con elementos propiamente comportamentales (intervención comportamental-educativa). Así, junto a la información, se persigue el establecimiento de una relación formativa entre el educador y los alumnos que participan en el programa, la cual permite proporcionar valores y creencias que se opongan al uso de las drogas, este programa utiliza técnicas conductuales para la inculcación actitudinal, el cambio de actitud y el aprendizaje de conductas adecuadas que hacen disponer al joven de un repertorio comportamental útil para enfrentarse satisfactoriamente a esas situaciones, problema que se conoce como de gran importancia para el inicio en el consumo. A su vez, el proceso de información-discusión, modelado y ensayo de conducta es utilizado para un aprendizaje efectivo del proceso de resolución de problemas, siendo ésta una habilidad más, junto al autocontrol (Santacreu, Froján y Hernández, 1991) muy importante a disponer por los jóvenes.

Se pretende que los jóvenes puedan observar que ciertos comportamientos se pueden dar (por ejemplo: resistirse a las presiones del grupo, o dar argumentos en un grupo sobre los efectos nocivos de una droga determinada). De esta forma los alumnos pueden aprender y ensayar la puesta en práctica de ciertas habilidades y comportamientos.

Por último, trabajar con alternativas de tiempo libre (Maciá, Olivares y Méndez, 1990; 1993), supone facilitar la inserción en la colectividad proponiendo actividades de índole intelectual, social, cultural o recreativas que puedan reemplazar al consumo de drogas. Alternativas que puedan ofrecer al joven experiencias gratificantes en el orden social, físico y mental.

11.2.3. Proceso de intervención.

El programa ha de modularse en función de las peculiares características de cada centro y de los alumnos a los que se dirige. Así, la intervención preventiva que proponemos consta de cinco fases:

1ª) Detección de la necesidad de intervenir y evaluación del problema.

Se plantea la necesidad de intervenir a nivel grupal-comunitario cuando un problema presenta cierta frecuencia en la población, y repercute negativamente en el bienestar personal de los sujetos o previsiblemente tendrá efectos negativos sobre su salud en el futuro. Antes de tomar la decisión de intervenir se evalúa la incidencia del problema, las variables que lo determinan y sus efectos sobre los individuos o su medio.

Los objetivos de esta primera fase son:

1.- Detección e identificación del problema.

2.- Recogida de información sobre las condiciones ambientales y personales que pueden estar asociadas al problema.

3.- Evaluación del problema. Para la consecución de estos objetivos recorreremos los siguientes pasos:

a) Detección de la necesidad de intervenir. Todo proceso de intervención requiere inicialmente la obtención de una información preliminar. La evaluación y la posible intervención es reclamada por una persona o institución en función y para resolver o prevenir un problema determinado. La aproximación al problema desde una vertiente preventiva supone una primera valoración del riesgo de los sujetos para los que se solicita la intervención.

b) Recogida de información sobre las condiciones ambientales.

El evaluador estudia la realidad que tiene frente a él; esta realidad está representada por los sujetos que constituyen su objeto de análisis y el ambiente o contexto en el que actúan. Lo más importante en esta subfase es valorar las características del contexto social, escolar y familiar.

Los primeros datos a recoger son relativos a variables físicas y sociales del barrio o población en el que está enclavado el centro o los centros educativos. Inicialmente una observación no sistematizada nos podrá advertir de la necesidad de considerar y evaluar con más precisión algún aspecto que pueda aparecer con más significado; pasaríamos así a construir con criterios relacionales registros para la valoración de esas variables físicas que se muestran relevantes.

Más importante para el objeto de nuestra evaluación que las variables físicas son el grupo de variables sociales; en esta categoría se integran características tales como el estatus socio-profesional de sus habitantes, el clima social en él existente (presencia de organizaciones vecinales, asociaciones recreativas y culturales, etc.), la disponibilidad de recursos socio-sanitarios (escuelas infantiles, centros de salud, centro socio-culturales, etc.). La recogida de tales datos puede hacerse mediante técnicas de entrevista y observación.

Tras la evaluación del contexto en el que está inmerso el centro, nos centramos en éste como contexto del alumno. Como en el caso anterior, la recogida de información se inicia sobre variables físicas y arquitectónicas (características y disponibilidad de espacios para actividades

deportivas, recreativas, culturales, etc.) para a continuación recabar información sobre variables de organización (horarios, accesibilidad fuera del horario escolar de las dotaciones del centro, etc.) y variables psicosociales (clima social, relaciones interpersonales, etc.). El clima social puede ser evaluado y descrito en base a atributos o características, así una determinada clase de un centro escolar puede ser más o menos «creativa», «participativa», «pasiva», etc. La «Classroom Environment Scale» (Trickett y Moos, 1973) y su adaptación española «Escala de Clima Social en el Centro Escolar» (TEA, 1984), tiene como objetivo el estudio del clima de la clase.

Un aspecto sin duda de gran importancia es la presencia o ausencia en el contexto próximo del alumno de agentes sociales o instituciones que le proporcionen alternativas; si bien, la escuela, también debería asumir su papel en este importante asunto. Si se pretende que ésta sea una institución abierta a la vida, el educador debe asumir su papel de animador o facilitador de actividades alternativas extraescolares (montañismo, teatro, deporte, música, etc.) entendiendo que implantar estilos alternativos de vida podrá disminuir el deseo de las drogas y aumentar el interés por el desarrollo personal.

De los distintos ambientes en los cuales se mueve el alumno, sin duda el contexto familiar es de gran importancia en la determinación de su conducta. Mediante autoinformes a los padres y alumnos objeto de la intervención, recabaremos información sobre las variables que consideremos pueden tener más significación. Recabaremos pues datos sobre el estatus socio-profesional de los padres, su preparación cultural, el clima afectivo y de relaciones interpersonales en el ámbito familiar, etc. Sin duda el objetivo último que más nos puede interesar es el conocimiento del nivel de recursos o habilidades que puedan disponer los padres para la labor educativa de sus hijos. Un posible instrumento de evaluación a utilizar es el «Cuestionario de Conocimientos Terapéuticos» de Pelechano (1980).

Con el fin de evaluar el nivel de información de los padres y profesores respecto al problema de las drogas y la actitud hacia las mismas, así como poder valorar el efecto de la intervención posterior con ellos, pueden utilizarse los mismos cuestionarios que disponemos para los alumnos.

Esta evaluación permite obtener un conocimiento preciso del entorno del alumno, conocimiento que ha de utilizarse para propiciar e impulsar determinadas acciones de tipo social/comunitario, familiar y escolar.

c) Evaluación de los alumnos. Para la consecución de los objetivos de la primera etapa (intervención inespecífica), la evaluación puede limitarse a la aplicación de un cuestionario de habilidades sociales y de un cuestionario sobre comportamientos problemáticos (p.e. «Cuestionario Paidós» en Olivares, Maciá y Méndez, 1993).

En la segunda etapa, el trabajo con los alumnos se inicia con la aplicación de una serie de cuestionarios más amplia (Maciá, 1994). Esta recogida de información, nos permitirá obtener los suficientes datos para poder establecer de forma definitiva nuestras hipótesis de esta segunda etapa, así como establecer los objetivos de nuestra intervención, adecuados a las características del centro y de los alumnos. Por otra parte, estos datos nos permitirán con posterioridad a la intervención valorar los efectos de la misma, al poder apreciar los cambios producidos con una nueva evaluación.

2.4) Formulación de hipótesis explicativas del problema.

Los estudios previos permiten formular hipótesis explicativas y deducir predicciones contrastables acerca del problema de salud.

Los programas de intervención comportamental preventivos han destacado frecuentemente: falta de información (o información errónea) sobre el problema de salud y sobre el modo de prevenirlo; falta de habilidades comportamentales para resolver situaciones directamente relacionadas con el problema de salud; y la importancia de ciertas variables ambientales (fundamentalmente miosociales) en la génesis de determinados problemas.

Los objetivos son:

1.-Formulación de hipótesis explicativas contrastables acerca de las conductas-problema y deducción de predicciones verificables.

2.-Selección de conductas-clave a modificar.

3.-Selección de variables relevantes a manipular.

Con la información que disponemos sobre la naturaleza, causas de aparición, formas de manifestarse, etc., y con los datos de la evaluación realizada, formulamos las hipótesis explicativas que tratamos de verificar con la puesta en marcha del programa. Así, el objetivo fundamental en esta segunda fase es el establecimiento de supuestos funcionales verificables: selección de las conductas objetivo a modificar, selección de las variables relevantes a manipular.

En la primera etapa, estas hipótesis básicamente giran en torno a la existencia o no de habilidades y destrezas por parte de los padres para la educación y el desarrollo psicosocial de sus hijos, junto a la actitud para con la salud de los jóvenes y su nivel de desarrollo de recursos o competencias personales; si bien, obviamente, el número de hipótesis puede ser mucho más amplio abarcando cualquiera de las causas enunciadas en el capítulo segundo.

En la segunda etapa, las hipótesis más importantes se relacionan con la ausencia o presencia de habilidades específicas en los jóvenes relacionadas con las primeras ofertas.

3.^a) Establecimiento de los objetivos de la intervención preventiva.

Como se ha comentado anteriormente, la intervención comportamental preventiva tiene por objetivo el eliminar o eventualmente disminuir el riesgo de aparición de alteraciones comportamentales o de salud para toda la población intentando lograr la máxima integración ecológica entre personas y ambientes, utilizando dos estrategias de intervención: la primera intentando cambiar los factores ambientales que dificultan el pleno desarrollo del individuo; la segunda, intentando promover habilidades y comportamientos con el fin de que la persona sea eficaz en su mundo personal, social y físico.

Los objetivos son:

- 1.-Establecimiento de los objetivos de intervención.
- 2.-Selección de los procedimientos de intervención.
- 3.-Establecimiento del diseño de intervención y valoración.

La información preliminar obtenida nos permitirá formular las metas y objetivos concretos y diseñar la intervención. Los objetivos generales a alcanzar con la aplicación del programa vienen claramente delimitados por el conocimiento que se tiene sobre las causas de iniciación al consumo y por los resultados obtenidos en la evaluación. Así, por ejemplo, la intervención a nivel familiar, en un primer momento, persigue mejorar la interacción padres/hijos con el fin de fomentar la conducta social y prevenir o disminuir la conducta desviada. Este objetivo general se concreta al haber realizado la evaluación previa en objetivos más específicos: incrementar la capacidad de resolución de problemas, el aprendizaje de estrategias de negociación, etc.

Los datos obtenidos hasta este momento y el conocimiento que ya disponemos del caso, nos permite en segundo lugar, poder seleccionar las técnicas o actuaciones más indicadas que conforman el programa de intervención. Así en la primera etapa, las estrategias a utilizar a nivel familiar en el contexto del entrenamiento a padres pueden ser: El entrenamiento en la aplicación de técnicas operantes. estrategias de manejo de ansiedad, resolución de problemas, comunicación y negociación, etc. En el contexto escolar, las técnicas posibles a utilizar son la de inoculación actitudinal, técnicas operantes, entrenamiento en hábitos de estudio, etc.

Para el aprendizaje de habilidades sociales, puede utilizarse como guía el «aprendizaje estructurado» (Goldstein, Sprafkin, Gershaw y IUein, 1989) de habilidades cognitivas y conductuales: habilidades sociales/interpersonales, habilidades de autocontrol y autoestima, habilidades de toma de decisiones y resolución de problemas, habilidades de enfrentamiento al estrés y la ansiedad.

En la segunda etapa puede utilizarse este mismo programa de aprendizaje estructurado, aplicado a la especificidad de las situaciones de oferta y posible consumo (Maciá, Olivares y Méndez, 1993).

Por último debe planificarse la intervención contando con la elección de un diseño apropiado. Para confirmar si los cambios se deben a la estrategia de intervención y el alcance de los mismos, ésta tiene que llevarse a cabo bajo condiciones que permitan establecer una relación causal entre dicha intervención y las conductas-objetivo, esto es, dentro de un diseño experimental

4º) Diseño y aplicación de la intervención.

En las dos etapas (intervención inespecífica y específica), la intervención consta de tres subfases aplicables tanto a padres, profesores como alumnos:

a) Fase educativa: partiendo del conocimiento que sabemos se dispone por los cuestionarios aplicados, se informa y se discute sobre el problema de salud y su prevención.

El objetivo es incrementar la información y modificar las actitudes, utilizando estrategias de persuasión o comportamentales, de los sujetos frente al problema.

b) Fase de entrenamiento de habilidades: se realizan experiencias de aprendizaje de diferentes habilidades o competencias comportamentales.

c) Fase de aplicación: se practica lo aprendido en situaciones artificiales y/ o naturales. Los objetivos son:

1.- Formación de padres y profesores.

2.- Intervención con los alumnos.

Tal como se ha expuesto en el apartado anterior, inicialmente se actuaría sobre los padres y profesores, de forma que éstos puedan introducir cambios importantes en el ambiente del joven, y

con los alumnos fundamentalmente para el aprendizaje de las habilidades sociales generales; posteriormente, la intervención tendría un cariz más específico al objeto de relacionar las habilidades comportamentales y cognitivas aprendidas con las situaciones de oferta de drogas.

(A) Formación del profesorado. (Duración: de 10 a 20 horas).

Los objetivos generales a alcanzar estarían relacionados con su propio cambio de actitud hacia el problema y su relación con el mismo, tomando conciencia de la necesidad de las actuaciones preventivas, de su colaboración en la elaboración y aplicación.

De forma más específica los objetivos serían:

- Sensibilización del profesorado.
- Adquisición de información básica sobre drogas.
- Capacitarlos en el dominio de técnicas concretas de formación/cambio de actitudes.
- Capacitarlos en el dominio de técnicas comportamentales.
- Formarlos en la elaboración, diseño y aplicación de programas.
- Elección de asignaturas y elaboración de materiales a utilizar.
- Formarlos en valoración de programas.

El contenido del curso de formación debe incluir por tanto:

- 1.- Conceptos básicos y clasificación de las drogas.
- 2.- Incidencia del consumo y causas del inicio, consumo y abuso de las drogas.
- 3.- Prevención: aspectos teóricos y metodológicos.
- 4.- Actitudes y cambio de actitudes.
- 5.- Técnicas conductuales. El Aprendizaje estructurado.
- 6.- Objetivos, método y actividades en la aplicación del programa.

(B) Formación de los padres. (Duración: de 10 a 20 horas.)

La intervención se inicia con una evaluación que nos permitirá conocer su nivel de información, actitudes y hábitos respecto a las drogas y las destrezas y habilidades que disponen para hacer frente a su labor educativa. Junto a la información relacionada con las drogas y sus modos de acción, las razones para su uso y los factores sociales que facilitan o lo inhiben, se resalta la importancia de mantener abiertas ciertas líneas de comunicación, se incluye el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas, la elaboración conjunta (familia-colegio) de estrategias para prevenir el fracaso escolar, la implicación de padres y profesores en la puesta en marcha de actividades de tiempo libre, etc.

Básicamente se incluirían los objetivos y contenidos desarrollados en este mismo libro en el capítulo cuarto.

Los objetivos a alcanzar serían:

- Sensibilizarlos sobre la necesidad y conveniencia del trabajo preventivo.
- Modificar sus propias actitudes y conductas frente a las drogas legales.
- El aprendizaje de recursos conductuales para mejorar la calidad educativa en la familia.

El contenido del curso de formación debe incluir por tanto:

- 1.- Conceptos básicos sobre drogas e incidencia del consumo en nuestro país.
- 2.- Causas del inicio, consumo y abuso de las drogas.
- 3.- La familia como agente preventivo.
- 4.- Aprendizaje de habilidades de comunicación y resolución de problemas.

(C) Intervención con los alumnos.

En la primera etapa, el trabajo con los alumnos puede concretarse en el aprendizaje de habilidades sociales y en los contenidos propios a impartir en la materia de Educación para la Salud.

Los objetivos del trabajo más específico (segunda etapa) con los alumnos se pueden

resumir en:

- Recogida de información sobre hábitos, información y actitudes respecto a las drogas.
- Ofrecer una información básica y adecuada a las necesidades sobre las drogas y las causas de inicio a la drogodependencia.
- Formar actitudes positivas hacia la salud, hacia una vida sana.
- Aprendizaje de estrategias conductuales y cognitivas para enfrentarse a las situaciones-problema de oferta.
- Potenciar la búsqueda de alternativas de tiempo libre.

El trabajo con los alumnos se inicia con la aplicación de una serie de cuestionarios con el fin de evaluar aspectos puntuales de estos respecto a las drogas (Cuestionario de información, Escala de actitudes, Cuestionario sobre hábitos de consumo, Cuestionarios de alternativas de tiempo libre, Cuestionario sobre habilidades sociales). Una vez evaluados los cuestionarios se debe proceder a la creación de pequeños grupos (máximo 15 alumnos), distribuyéndolos en función de los resultados obtenidos. Estructura y desarrollo de las lecciones.

Primera lección: «¿Drogas?. ¿Qué pasa con las drogas?»

Es una introducción general al tema. Se proporciona información básica sobre bebidas alcohólicas, tabaco, medicinas y «porro».

Los conceptos más importantes que se incluyen en esta lección son: concepto de droga, efectos, legalidad-ilegalidad, incidencia del consumo.

Se pretende trabajar el concepto de droga partiendo de la propia percepción de los alumnos para así conocer la información que poseen, con el fin de mejorarla y corregir posibles errores.

Objetivos: Los objetivos de esta lección se centran en que los alumnos adquieran unos conocimientos básicos sobre las distintas drogas y reconozcan los efectos de cada una sobre el organismo y el comportamiento. Para ello deben:

- Distinguir entre hechos y suposiciones.
- Separar los efectos de una droga de su legalidad o ilegalidad.

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:

El trabajo con los alumnos puede iniciarse distribuyendo el cuadernillo primero ¿Qué pasa con las drogas? (Calafat, Amengual, Farrés, Mejías y Borrás, 1989), para que una vez leído por los alumnos, iniciar una discusión con ellos para contrastar lo que se dice de las drogas con los conocimientos ciertos.

Durante la discusión debe proporcionarse información con el fin de actuar sobre los objetivos de la lección.

Posteriormente y mediante el Philips 6/6 se propone a cada grupo que respondan las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Qué es el hachís?
- 2.- ¿Crees que consumir hachís puede producir efectos positivos para la salud? Si tu respuesta es positiva di cuales.
- 3.- ¿Piensas que su consumo puede producir efectos nocivos para la salud? Explica cuáles.

Los alumnos compararán sus respuestas con las «fichas de información»: Información sobre el alcohol, tabaco y cánnabis (Mendoza, Vilarrasa y Ferrer, 1986).

Segunda lección: «¿Por probar?»

Se prosigue proporcionando información muy general sobre las drogas.

Los conceptos más importantes que se deben incluir son: tolerancia y dependencia.

Objetivos: - El más importante a alcanzar en esta lección es que los alumnos sean capaces de definir la dependencia y la tolerancia. - Podrá señalar los pasos que conforman un hábito como suma de decisiones. (las decisiones se suman -hábito-, una decisión lleva a otra -escalada-).

La creencia y actitud sobre las que hay que trabajar es:

- Las drogas no generan hábito.
- En cualquier momento se puede abandonar el consumo de una droga.

Metodología y actividades:

Inicialmente se propone a cada alumno que conteste por escrito a las siguientes cuestiones:

Imagínate que dispones de una cantidad suficiente de dinero para comprarte unos pantalones, un jersey, unos deportivos, unas gafas de sol y una bolsa de deporte.

- a) ¿A qué tienda irías a comprártelos?
- b) ¿Pedirías una marca determinada? ¿Cuáles?
- c) Si has contestado afirmativamente la pregunta b, explica por qué las pedirías.

Comentar las respuestas colectivamente, analizando críticamente las razones mencionadas y los factores que conducen a actuar de este modo (publicidad, presión de grupo, imitación, identificación con determinados personajes, etc.).

El objetivo de esta actividad es analizar la necesidad de poseer productos de una determinada marca y reflexionar los factores que provocan esta necesidad. Para posteriormente reconocer otras situaciones de dependencia.

Posteriormente se reparte el cuadernillo «Una forma de empezar» (Calafat y cols., 1989). Procediéndose posteriormente a la discusión de su contenido.

Tercera lección: «¿Cómo lo ves?»

Objetivos:

Continuando con la información introductoria se abordan los siguientes aspectos muy importantes:

- La distinción entre el uso y el abuso.
- Uso/abuso y comportamientos peligrosos.
- Las justificaciones de los consumidores ante sí mismos y los demás.
- Asumir una postura activa ante el abuso de drogas.

Las creencias principales y sus correspondientes actitudes sobre las que hay que trabajar son:

- En cualquier momento se puede abandonar el consumo de una droga.
- Sólo tiene problemas con las drogas el drogadicto.

Metodología y actividades:

Utilizando el Philips 6/6 se plantea a los alumnos diferentes situaciones de consumo de alcohol, debiendo analizar y decidir en cuáles hay un abuso o uso inapropiado, en cuáles no y por qué.

Los alumnos considerarán las situaciones de abuso cuantitativo y el uso inapropiado por criterios cualitativos (Mendoza, Vilarrasa y Ferrer, 1986).

Posteriormente se reparte el cuadernillo «Dos versiones de una misma historia» (Calafat y cols., 1989) y se inicia la discusión tras su lectura.

Cuarta lección: «Una forma de empezar»

El tema de esta lección es cómo se empieza a consumir una droga. Se hace referencia al tabaco y a las bebidas alcohólicas. Se da información sobre la incidencia, la iniciación y sus causas, haciendo especial hincapié en la curiosidad y en la presión de grupo.

El alumno conocerá las variables (físicas y sociales) más importantes implicadas en las primeras ofertas.

Objetivos:

- El alumno distinguirá las situaciones neutras de las comprometidas en cuanto al ofrecimiento de drogas.

- Será capaz de describir los factores que presionan en una situación determinada (presión de los compañeros, necesidad de agradar, etc.)

- Aprenderá a prepararse ante ciertas situaciones para poder actuar con independencia de los demás. Las creencias y actitudes sobre las que hay que centrar la atención son:

- El consumir droga es una exigencia social.

- Las personas se drogan porque han sido inducidas por gente sin escrúpulos.

Metodología y actividades:

El trabajo puede iniciarse atendiendo a dos factores: la publicidad y los intereses económicos. Para ello los alumnos recopilarán anuncios de tabaco y alcohol de la prensa escrita para su posterior análisis de la imagen y del texto.

El trabajo puede continuar con la entrega del cuadernillo «María se divierte» (Calafat y cols., 1989) para la posterior discusión.

Posteriormente se representarán situaciones reales que recuerden los alumnos (modelado/ensayo de conducta).

Quinta lección: «Yo decido»

El tema de esta lección es el análisis del comportamiento humano individual y en grupo. El fin último es que aprendan a decir no cuando no se quiere consumir. Se proporciona información sobre el funcionamiento de la conducta y sus determinantes.

Los conceptos más importantes hacen referencia de nuevo a:

- Lo que implican las situaciones de oferta.

- Las presiones que se producen.
- Las previsiones que se producen.
- Las diversas dificultades que puede plantear el decir no.

Objetivos:

- El joven debe ser capaz de realizar un análisis de su conducta.
- Evaluar sus propios problemas y reconocer los factores que los determinan. ,
- Conozca su capacidad de actuar sobre su conducta, modificándola y sobre su propio entorno (autocontrol).
- Reconocer la importancia que tiene la presión de grupo a la hora de tomar una decisión.
- Observar la dificultad de tomar una decisión independiente si no se dispone de ciertas habilidades para enfrentarse a dicha situación.
- Aprendizaje secuencial de habilidades sociales. Decir no. El alumno será capaz de decir no a un ofrecimiento si no le interesa realmente consumir.

Metodología y actividades:

Puede iniciarse el trabajo con los alumnos con la proyección del vídeo sobre «Presión de grupo y toma de decisiones» confeccionado por Cruz Roja y el Ministerio de Asuntos Sociales.

Posteriormente se inicia el aprendizaje estructurado de habilidades sociales (Goldstein, Sprafkin, Gershaw y IUEin, 1989).

Sexta lección: «Mi tiempo libre: a divertirse tocan».

El tema de esta lección es trabajar sobre distintas alternativas de tiempo libre, lo que supone la inserción en la colectividad de los jóvenes, proponiendo actividades de índole intelectual, social, cultural o recreativas que puedan ocupar el tiempo libre y reemplazar el

consumo de drogas.

Objetivos:

- Descubrir con los jóvenes alternativas válidas a las drogas.
- No utilizar el alcohol y el tabaco como facilitadores de la relación social.
- Proporcionar al alumno oportunidad real de conocer las distintas posibilidades que le ofrece su medio próximo de participar en asociaciones, clubs, etc. de índole cultural, recreativo, deportivo, etc.
- Interesar y motivar al alumno en la participación en dichas actividades.

Metodología y actividades:

Junto a la evaluación de las actividades que realizan frecuentemente en el tiempo libre y la posterior discusión, se presentan, a través de la presencia en el centro de representantes de distintas entidades (deportivas, culturales, recreativas, etc.) las posibilidades de participar de forma activa en las mismas.

5.º) Valoración de resultados y seguimiento.

Los objetivos son:

- 1.- Comprobar si los datos avalan las hipótesis previamente formuladas.
- 2.- Comprobación de si se mantienen los resultados de la intervención.

Finaliza la aplicación del programa preventivo con la valoración del mismo, es decir, su utilidad como instrumento de prevención (Maciá, 1994b). La especificación ambigua de los objetivos de intervención, y la utilización de un diseño metodológico y una instrumentación adecuada, permitirá la valoración de los resultados y la comparación de la eficacia relativa de las diferentes estrategias o de las mejoras introducidas.

La cuestión principal a la que hacemos referencia cuando hablamos de valoración de programas es a la posible efectividad de la intervención elegida para hacer posible el cambio deseado. Lo que supone establecer inicialmente y de la forma más concreta posible el criterio de cambio, operativizando por tanto ese criterio de efectividad en base a una serie

de variables dependientes que habrán de ser utilizadas en la medida del cambio que se supone que se va a producir. Lo importante es comprobar que si no se ha producido el cambio esperado en el conjunto de variables dependientes elegidas (información, habilidades, actitudes, hábitos de consumo, etc.) podemos considerar dos opciones: que la intervención no ha sido eficaz para producir el cambio (no se han alcanzado los criterios de cambio), o que las variables dependientes elegidas o los instrumentos utilizados para su medida no han sido lo suficientemente sensibles como para poner de relieve los cambios producidos.

La aplicación inicial a los sujetos de una serie de cuestionarios con el fin de evaluar aspectos puntuales de los alumnos con respecto a las drogas (conocimiento, actitudes, hábitos de consumo, etc.) y con respecto a ciertos repertorios conductuales (habilidades sociales, toma de decisiones, etc.) nos permite un conocimiento diferenciado de cada uno de los aspectos citados, permitiéndonos fijar una serie de objetivos instrumentales o intermedios de cara a la consecución de objetivos conductuales más específicos. La baja frecuencia de uso de drogas entre los estudiantes hace difícil evaluar la eficacia del programa en base exclusivamente al posible cambio observado en los hábitos de consumo, aspecto éste que debe quedar pospuesto para el seguimiento. Los objetivos intermedios nos permitirán medir el impacto de la intervención en la reducción de la probabilidad de que en el futuro se instaure el uso o abuso de las drogas.

La sola recogida de información realizada a través de la evaluación nos permite determinar si ha habido cambio, si bien nunca explicará por qué ha cambiado. La forma de disponer la situación a fin de valorar el efecto de la intervención es el diseño experimental. Para confirmar si los cambios se deben a la estrategia de intervención modificadora, ésta tiene que llevarse a cabo bajo unas condiciones que permitan establecer una relación causal entre dicha intervención y las conductas objeto, esto es, dentro de un diseño experimental. Los errores más comunes en los programas de prevención de drogas son aquéllos que parten de la omisión de grupos de control atentando así a la validez interna. Es una opinión muy extendida que en el marco educativo es casi imposible seguir una metodología experimental; pese a las dificultades que evidentemente entraña, creemos que es cada vez más necesario que esto se convierta en algo común y, en este caso, los programas de intervención comportamental-educativa, se considera totalmente necesario.

BIBLIOGRAFIA.

ANTÓN, M.D., MACIÁ, D. Y MENDEZ, F.X. (1988). *"Intervención comportamental educativa en atención primaria. Rol de Enfermería"*, 118, 31-35.

BLANE, H.T. (1976). *"Education and Prevention of alcohol. The Biology"*

of alcoholism".

BOTVIN, G.J. Y BOTVIN, E.M. (1994). *"Adicción juvenil a las drogas: estrategias de prevención, hallazgos empíricos y temas de valoración"*. EN J.A. García Rodríguez y J. Ruiz Fernández (Eds.). *"Yatado sobre prevención de las drogodependencias"*. FAD, Gobierno Vasco y EDEX.

BOTVIN, G.J. Y WILLS, T.A. (1985). *"Personal and social skills training. Cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention"*. En C. Bell y R. Battjes (Eds.). *"Prevention researeh: Detering Drug Abuse Children an Adolescents "*. Washington, NIDA. Research Monograph.

CALAFAT, A. (1988). Prólogo, en J.A. Rodríguez y C. López, *"Drogodependencias en la escuela"*. Santa Pola: Publicaciones del Ayuntamiento de Santa Pola.

CALAFAT, A. (1994). *"Estrategias de prevención familiar y comunitaria"*. En J. A. García Rodríguez y J. Ruiz Fernández (Eds.). *"7)-atado sobre la prevención de las drogodependencias"*. FAD, Gobierno Vasco y EDEX.

CALAFAT, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1989). *"Tú decides. Programa de educación sobre drogas"*. Servei «inforinació i Publicacions de l'abús de drogues. Consell Insular de Mallorca.

COMAS, D. (1990). *"El síndrome de Haddock: Alcohol y drogas en enseñanzas medias"*. Madrid: CIDE.

DWORE, R. B. Y MATARAZZO, J. (1981). *"The behavioral sciences and healt education: disciplines with a compatible interest?. Healt education"*. 12, 4-7.

FLAY, B.R. (1985). *"Psychosocial Approaches to Smoking Prevention: A review of findings. Health psychology"*. 4, 449-488.

GARCÍA RODRÍGUEZ, J.A. (1989). *"Prevención de las drogodependencias: prevención específica versus prevención inespecífica"*. Revista Adicciones, vol. 1, 2, 80-89.

GOLDSTEIN, A.P., SPRAFKIN, R. P., GERSHAW, N.J. Y KLEIN, P. (1989). *"Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia"*. Barcelona: Martínez Roca.

GOODSTADT, M.S. (1978). *"Alcohol and drug education: models and outcomes"*. Healt Education Monographs, 6, 263-279.

JONHSON, C.A., HANSEN, WB. Y PENTZ, M.A. (1986). "*Comprehensive community programs for drug abuse prevention*". Journal of Children in Contemporary Society, 18, 181-199.

KANDEL, D.B.; YAMAGUCHI, K. Y CHEN, K. (1992). "*Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood. further evidence for the Gateway Theory*". Journal of Studies on Alcohol, vol. 53, ng 5, 447-457.

MACIÁ, D. (1984). "*Aplicación de la terapia de modelado en la prevención del inicio al consumo de la droga*". Infancia y Aprendizaje, 26, 87-94.

MACIÁ, D. (1986). "*Método conductual de prevención de la drogodependencia*". Valencia: Promolibro.

MACIA, D. (1994). "*Un adolescente en mi vida*". Madrid: Pirámide.

MACIÁ, D. (1994b). "*La valoración de programas de intervención comportamental-educativa para la prevención de la drogodependencia*". En J.A. García Rodríguez y J. Ruiz Fernández (Eds.). Watado sobre prevención de las drogodependencias. FAD, Gobierno Vasco y EDEX.

MACIÁ, D., MÉNDEZ, F.X. Y OLIVARES, J. (1993). "*Intervención comportamental y prevención*". En F.X. Méndez, D. Maciá y J. Olivares. (Eds.) Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados en prevención. Madrid: Pirámide.

MACIÁ, D., OLIVARES, J. Y MÉNDEZ, F.Y- (1990). "*Alternativas de tiempo libre en la prevención de las drogodependenciats*", VIII Congreso Nacional de Psicología. Barcelona.

MACIÁ, D., OLIVARES, J. Y MÉNDEZ, F.X. (1993). "*Intervención comportamental-educativa en la prevención de la drogodependencia*". En F.X. Méndez, D. Maciá y J. Olivares. (Eds.) Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados de prevención. Madrid: Pirámide.

MARZIALE, F. (1988). "*Estructuras alternativas a la escuela en los campos de prevención, tratamiento y, en especial, del papel de las instituciones en la educación para la salud tendente a prevenir las toxicomanías*". Bosquejo de una solución integrada. Comunidad y Drogas, 9, 67-109.

MC MAHON, R. J. (1991). *'Entrenamiento de padres'*. En Y Caballo (Ed.). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Madrid: Siglo M.

MÉNDEZ, F.X., MACIÁ, D. Y OLIVARES, J. (1993). *"Programas para prevenir el fracaso escolar en formación profesional"*. En F.X. Méndez, D. Maciá y J. Olivares. (Eds.) Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados de prevención. Madrid: Pirámide.

MENDOZA, R., VILARRASA, A. Y FERRER, X. (1986). *"El medio escolar y la prevención de las drogodependencias"*. Ministerio de Educación y Ciencia.

OLIVARES, J., MACIÁ, D. Y MÉNDEZ, F.X. (1993). *"Intervención comportamental educativa en el entrenamiento a padres"*. En D. Maciá, F.X. Méndez y J. Olivares (Eds.). Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento. Madrid: Pirámide.

Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención primaria de salud. Alma Ata. Serir «Salud para todos», 1.

Organización Mundial de la Salud. (1989). Educación para la salud. Ginebra.

PATTERSON, G.R. (1986). *"Performance models for antisocial boys"*, American Psychologist, 41, 432-444.

PELECHANO, V. (1980). *"Terapia familiar comunitaria"*. Valencia: Alfaplus.

PIKENS, K. (1985). *"Drug education: The effects of Giving Information "*. Journal of Alcohol an Drug Education, vol. 30, 3, 32-44.

Plan Nacional sobre Drogas (1985). Madrid. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

ROSSIGNOLI, J.L. Y POLAINO, A. (1990). *"Programas informativo-preventivos en las toxicomanías. el cambio de actitudes como indicador predictor de eficacia"*. Revista Española de Pedagogía, 184.

SANTACREU, J.; FROJÁN, M.X. Y HERNÁNDEZ, J.A. (1991). *"El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias"*. Revista Española de

Drogodependencias. Vol. 16,(3),201-215.

SCHELEGEL, R.P. Y NORRIS, J.E. (1980). "*Effects of attitude change on behavior for highly involving issues: The case marijuana smoking*", *Addictive Behaviors*, 5, 113-124.

SWISHER, J.D. (1979). "*Prevention issues*". En R. I. Dupont, A. Goldstein y J. O'Donnell (Eds.). *Handbook on Drug Abuse*. Washington. NIDA.

T.E.A. (1984). *Escalas de Clima Social*. Madrid. TEA Ediciones S.A.

TRICKETT, E. Y MOOS, R.H. (1973). "*The social environment of junior high school classrooms*". *Journal of Educational Psychology*, 65, 93-102.

VEGA, A. (1993). "*Las drogas en el proyecto educativo de la escuela*". Valencia. Promolibro.

VEGA, A. (1994). "*Ea intervención educativa escolar ante las drogas*". En J.A. García Rodríguez, y J. Ruiz Fernández (Eds.). *Tratados sobre prevención de las drogodependencias*. FAD, Gobierno Vasco y EDEX.