PREVENCION ESCOLAR DE LA DROGA

EXPERIMENTACION DE UN PROGRAMA

TESIS DOCTORAL
DR. AMADOR CALAFAT FAR

PALMA DE MALLORCA 1987

Depósito Legal PM 698/1988

P R O L O G O

Son aún escasos los trabajos de investigación sobre toxicomanias en nuestro país, probablemente porque este problema no se habia presentado de modo grave e importante, produciendo autentica alarma social, hasta hace muy pocos años. Estamos, pues, ante una materia en la que, como dice el autor, "la necesidad de hacer algo parece imperativo" en estos momentos, ya que el consumo de drogas, legales e ilegales, causa desasosiego en nuestra sociedad, y, especialmente el de las últimas, provoca graves problemas de inseguridad ciudadana, siendo frecuente que droga y delincuencia vayan ultimamente unidas, por lo que la sociedad demanda hoy que este problema sea atendido de modo prioritario

Para luchar contra la droga se precisa tanto de medidas de prevención como asistenciales. No caben medidas aisladas, sino que se ha de adoptar un conjunto de medidas coordinadas y complementarias, procurando la atención integral del toxicomano, informando y previniendo; pero tambien rehabilitando y reinsertando socialmente al drogadicto. No bastan, por consiguiente, las medidas sanitarias, sino que éstas se han de conjugar con un amplio abanico de medidas de orden social, de empleo, etc. La lucha contra la droga en nuestros días ha de pasar necesariamente por una acción conjunta y decidida de toda la sociedad, que se imponga como uno de sus objetivos prioritarios alcanzar la erradicación de la drogadicción.

Como resalta el D. Calafat, no se debe esperar que la solucción nos venga dada pura y simplemente por la acción de las Administraciones públicas, de las que frecuentemente se espera que nos resuelvan todos los problemas, por el contrario, estamos ante un problema en el que si no aportamos todos y cada uno nuestro esfuerzo personal, nuestro grano de arena, para luchar contra él, dificilmente podrá ser erradicado.

Por ello , la Consellería de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Balear se complace en patrocinar la publicación del estudio del Dr. Calafat Far, que ha constituido la tesis doctoral del autor, merecedora de la calificación " Cum Laude" por unanimidad. Estudio importante, sobre todo para nosotros, por cuanto que ha sido concebido y desarrollado sobre la realidad de nuestra Comunidad Autónoma, realizando una interesante prospectiva entre un grupo de alto riesgo, los jóvenes alumnos de enseñanza media de Mallorca, constituyendo a su vez

un interesante estudio epidemiológico y preventivo de la drogadicción respecto del indicado colectivo, y aportado, a mayor abundamiento, un valioso programa educativo para la prevención de la Droga entre aquellos, el cual recoge el principio, ya comunmente aceptado, de que la educación sobre drogas es una parte importante de la educación sanitaria y de la educación social, con las que necesariamente se ha de conjugar.

Destacaríamos una conclusión del trabajo, de especial preocupación para el gobernante y, también, para cualquier persona responsable, la que se deriva de estudio epidemiológico realizado sobre la muestra de 3.690 estudiantes de enseñanza media, que acredita la gravedad del problema en la propia sociedad balear, calificando el autor la situación como de " alto riesgo", ante el elevado consumo de drogas legales, sobre todo alcohol, y el alto porcentaje de experimentación de drogas ilegales, que ha constatado entre los adolescentes encuestados.

En definitiva, consideramos muy valioso el estudio que, presentamos, tanto para el profesional como para quien esté interesado en el conocimiento de la problemática de la drogadicción, sobre todo en el importante aspecto de su prevención mediante programas de educación escolar, en el que Amador Calafat Far ha volcado su valiosa y amplia experiencia profesional, así como sus inquietudes para mejorar en lo posible la atención a este importante problema sanitario y social, azote de la sociedad de nuestro tiempo. Con ello comparte la preocupación, y las lineas de acción politica y administrativa con que por la Consellería de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Balear se viene actuando en la lucha contra la droga.

Palma de Mallorca, Julio de 1.988

Gabriel Oliver Capó
Conseller de Sanidad y S.Social

Agradecimiento.

Agradezco al Prof. Ballús la dirección en esta tesis y el haberme ayudado a poner orden en este magma de datos e informaciones disponibles. También expreso mi especial deuda a Miguel Amengual y Carlos Farrés por su inestimable ayuda en la recopilación de gran parte de los resultados aquí recogidos. Expreso también mi agradecimiento a Matilde Borrás y Mercedes Monserrat y a Ismael Font, Erik Cobo y Alfonso Palmer del Centre de Calcul de la Unidad de Bioestadística de la Universidad Politécnica de Barcelona y a los numerosos alumnos y profesores, que muchas veces de manera anónima, han colaborado de muchas maneras en hacer posible esta investigación. Agradecer por último a Margarita Isern que ha realizado la labor siempre engorrosa del mecanografiado.

INDICE.

	Página
1. Introducción general al tema de la prevención de las drogas.	1
La prevención en relación con el tratamiento.	2
Prevención de la demanda y de la oferta.	4
Prevención de las drogas legales e ilegales.	8
Tipos de consumo y de consumidores.	10
Prevención específica e inespecífica.	13
Educación sobre drogas en la escuela.	14
Otros aspectos prácticos de la prevención.	17
2. Revisión bibliográfica.	20
Introducción.	20
Revisión de revisiones.	22
Papel de los profesores.	29
La visión de los alumnos.	35
Papel de los padres.	39
Tabaco.	41
Algunos mitos sobre la prevención escolar.	44
Técnicas que utilizan el miedo.	44
Revisión de la formulación de recomendaciones sobre nuevos programas.	48
Conclusiones.	55
"Solución americana" o "Solución europea".	57
Otras conclusiones y comentarios.	58

3. Breve historia de la situación de la prevención de la droga en la escuela en nuestro país. 60

La prevención en nuestro país. Evolución situación actual. 60
Encuesta sobre actividades preventivas en España. 62
Descripción de los equipos que han contestado a la encuesta. 63
Descripción de las actividades realizadas por los equipos. 64
Datos relacionados exclusivamente con las activ. preventivas. 66
Correlaciones. 68
Conclusiones. 69

4. Introduccion al trabajo de investigación. 72

5. Estudios epidemiológicos. 80

5.1. Estudio de las características del consumo de droga, actitudes, nivel de información y otros aspectos relacionados, entre los estudiantes de enseñanza media de Mallorca. 80

5.1.1. Elaboración de la encuesta. 83

Establecer frecuencia y cantidades del consumo de las diversas drogas. 84
Conocer edades del primer consumo de cada droga. 84
Definir circunstancias de la oferta de cada droga. 85
Consumo de la familia de drogas legales. 85
Nivel informativo sobre el mundo de las drogas. 86
Actitudes frente al problema de la droga. Planteamiento de hipótesis etipopatogénicas. 86
Cuestiones supuestamente relacionadas con el uso de drogas. 90
Identificación del alumno. 91
Cuestiones sobre cursos de prevención. 91
Proceso de confección de la encuesta. 92

5.1.2. Elección de la muestra. 93

5.1.3. Resultados de la encuesta entre el alumnado. 98

5.1.3.1. Resultados para cada variable de la encuesta. 99

5.1.3.2. Resumen de los principales datos de consumo. 131

5.1.3.3. Generación de nuevas variables. 137

5.1.3.4. Principales correlaciones establecidas. 144

5.1.3.5. Comentarios y conclusiones. 175

5.2. Perfil del estudiante consumidor y del no consumidor. 183

5.2.1. Primera hipótesis. 183

5.2.2. Tipología del estudiante consumidor. 185

5.2.2.1. Descripción de las variables que correlacionan significativamente. 186
5.2.2.2. Proceso de datos. 189
5.2.2.3. Grupo no-consumidores. 190
5.2.2.4. Grupo consumidores. 191
5.2.2.5. Consumidores drogas legales y consum. drogas ilegales. 192
5.2.2.6. Tablas. 194
5.2.2.7. Gráficos. Lectura del gráfico. 200
5.2.2.8. Discusión. 204

5.3. Actitudes del profesorado hacia la prevención escolar del abuso de drogas. 206

5.3.1. Introducción. 206
5.3.2. Metodología. 206
5.3.3. Resultados. 208
Características de la población estudiada. 208
Percepción de los profesores del consumo de sus alumnos y sus motivaciones. 208
Medidas preventivas más eficaces y forma de practicarlas. 210
Necesidad de información del profesorado. 211
Consumo de los profesores. 212
Comportamiento de los profesores con alumnos consumidores. 213
5.3.4.Datos sobre la prevención escolar y la formación del profesorado. 214
Características de los profesores en función de si creen o no que podría hacerse la prevención desde la escuela. 215
Características de los profesores en relación con su nivel de formación y el método de reciclaje escogido. 215
Características de los profesores según la opción escogida para la autoformación en prevención de toxicomanías. 216
5.3.5. Conclusiones. 217
5.3.6. Apéndices 221
Apéndice 1. Tablas. 221
Apéndice 2. Centros que intervienen y nº de encuestas 224
Apéndice 3. Modelo encuesta a los profesores. 227

6. Un programa de prevención escolar basado en la toma de de decisiones según sea desarrollado por los profesores o por especialistas ajenos al centro. 237

6.1. Introducción. 237

6.2. Objetivos de la investigación. 245

6.3. Diseño y procedimiento. 245

6.4. Descipción del programa. 248

6.4.1. Preparación del material del alumno. 250

Material del alumno. 255

6.4.2. Preparación y material del profesor. 278

6.4.2.1. Primer tema del material del profesor. Generalidades sobre salud y drogas. 279

Conceptos previos que el alumno debe conocer. 279
Objetivos de esta parte del tema. 280
Conceptos más importantes. 280
Información básica. 280
Contenido de la lección. 281
Trabajos prácticos. 288

6.4.2.2. Tercer tema del material del profesor. Las drogas en la legislación española. 293

Información previa necesaria al alumno. 293
Objetivos de la lección. 293
Conceptos más importantes. 293
Contenido de la lección. 294
Sugerencias para la clase. 296
¿Es necesario que la ley controle las drogas?. 297
Sugerencias para la clase. 304
¿Que dicen las leyes?. 306
Sugerencias para la clase. 311

6.4.3. Charla con los padres. 312
Esquema de la conferencia para los padres. 313

6.4.4. Elección de la muestra. 316
Lista de centros y nº de alumnos seleccionados por centro. 318

6.4.5. Elaboración encuesta post-test. 319

Lista preguntas no incluidas en el pretest. 320

6.5. Resultados. 327

Información general sobre drogas. 327
Valoración pormenorizada de las unidades didácticas. 328
Consumo. 330
Tablas de resultados más importantes. 332

6.6. Conclusiones del programa experimental. 335

Efectos secundarios o contrapreventivos. 335
Información. 335
Comprensión de las influencias externas sobre el cossumo. 335
Aceptación de las limitaciones en el uso de drogas. 336
Toma de decisiones. 336
Influencia sobre el consumo. 337
Profesores o especialistas. Relación coste-eficacia. 337
Programa monográfico o incluido en el curriculum escolar. 338
El papel de los padres. 339
Aceptación del programa por los alumnos. 339
Como solucionarían un problema de abuso de drogas. 340

7. Discusión general. 341

8. Conclusiones generales. 351

9. Bibliografía. 355

1. INTRODUCCION GENERAL AL TEMA DE LA PREVENCION DE LAS DROGAS.

Referirse a las drogas no es siempre cuestión fácil pues, por lo menos aparentemente, es un fenómeno dinámico y el panorama que ofrecen es muy cambiante. Cambia el producto de moda, varía la edad de inicio, se modifican los sectores de población más afectados, evolucionan las pautas de consumo, son distintas las motivaciones que condicionan su uso, se altera la percepción social que se tiene del problema etc. Tanta metamorfosis se puede pensar que se debe principalmente al producto, la droga, que es en realidad sólo uno de los terminos de la ecuación que conduce a la adicción. Existen otras dos variables, la persona y la sociedad, que son las que realmente proporcionan complejidad a la dinámica creada por la droga. Está actuaría en realidad como descubridora, amplificadora y catalizadora de la propia dinámica personal, familiar y social, señalando y potenciando las inconsistencias, contradicciones y fisuras preexistentes. La droga en si misma tiene unos efectos, pero lo que observamos es el resultado de su acción sobre la persona, que a su vez está inscrita en un contexto social. Un buen ejemplo de ello puede ser el uso que los soldados americanos hicieron de muchas drogas, incluida la heroína, en la guerra del Vietnam y que, a su vuelta a la metrópolis, bastantes fueron los que la pudieron abandonar, aun cuando tuvieron importantes problemas de adaptación.

Esta misma complejidad de la cuestión, lleva paradójicamente a la tentación continua de reducir el problema al producto o al síntoma. La tarea de cambiarlo todo (sociedad, persona, etc.), sin renunciar a ninguna de las multiples connotaciones del problema de la droga hay que admitir que es harto utópica. Hay que comprender pues que aceche el reduccionismo y la simplificación de uno u otro lado para explicar o tratar de solucionar el problema. Este es el caso sobre todo del tratamiento donde el síntoma, el dejar la droga, con frecuencia es lo único que interesa al drogadicto y al terapeuta. Otro tanto ocurría en los primeros momentos de la prevención, en la década de los sesenta, cuando se creía que la educación sobre la droga

iba a conjurar el problema, pero se fue tomando conciencia paulatina de que medidas tan concretas eran bastantes ineficaces. Este reduccionismo de que hablamos es más difícil que funcione aquí porque el objeto de la prevención -nos referimos especialmente a la primaria- no son consumidores habituales de droga, sino población general no consumidora, cuya conexión con el uso de drogas hay que hipotetizarla estableciendo una concatenación de conductas que lleve de la abstinencia al consumo abusivo.

La prevención tiene por consiguiente dificultades enormes para explicar cual es su campo, su método, las hipótesis que la sustentan, su objeto. Esto seguramente no podía ser de otra manera puesto que el fenómeno de las drogas no es una cuestión simple. Su causalidad es compleja y plural, su problemática, como decíamos, es cambiante, aparecen nuevos productos, cambia la oferta de drogas tanto en su cantidad como en su forma y también cambian los posibles destinatarios de esta droga. En definitiva, podemos ya establecer que ninguna medida preventiva singular va a ser efectiva en solitario para reducir la problemática de la droga (si exceptuamos las que tienen que ver con la disminución de la oferta). Otra cuestión suplementaria a añadir a esta dificultad anunciada está en la relativa novedad de las técnicas preventivas, en lo costoso de su evaluación y en la necesidad de planificar lagos periodos.

La prevención en relación con el tratamiento.

De lo que no cabe duda, a pesar de las dificultades señaladas, es que la prevencion de la droga goza de creciente prestigio. Esta preponderancia de la prevención pensamos que no es sólo específica del campo de las drogas, sino que tiene que ver con la situación general de la prevención dentro de la problemática sanitaria en general. Las enfermedades infecciosas dejaron de tener su peso específico dentro del conjunto de la sanidad y el interés general de la sanidad se está desplazando hacia otras enfermedades como las cardiovasculares o el cáncer donde claramente los aspectos preventivos son prioritarios frente a los curativos.

Pero existen también unos aspectos específicos. Las resonancias que despierta todo el fenómeno de las drogas en amplias capas de la población, cuyo reflejo más patente está en el espacio importante que dicho asunto ocupa en los medios de comunicación, hace que la necesidad de hacer algo

parezca imperativa. El resultado son una serie de actuaciones bien intencionadas y más o menos efectivas, pero que tienen entre otras funciones las de conjurar mágicamente el peligro. Como dice el ministro de Sanidad: "¿Cúales son las razones que justifican un Plan Nacional sobre Drogas?. Quizá la contestación más simple a esta pregunta sea que la sociedad lo reclama... Algunos ciudadanos se han enfrentado al problema del consumo de drogas relativamente indefensos. No tienen una información sificiente sobre sus causas, lo que les produce cierta inquietud y les crea cierta sensación de indefensión, ni sobre las alternativas de que disponen para actuar si lo desean... Otros grupos de ciudadanbos hacen hincapié en que el consumo de drogas es causa de delincuencia y de una parte importante de la inseguridad ciudadana" (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 1985). Estos miedos, esta indefensión, este desconocimiento de la cuestión de las drogas hizo que las miradas de todos se pusiesen en primer lugar en la vertiente terapéutica, más concreta, más fácil de articular. Parecería como que una vez creada una red asistencial suficiente fuese a terminar el problema, pero ésto, como muy bien sabemos, no es así. Se empezaron a conocer ya hace años los porcentajes de "curación entendida ésta en su más mínima expresión de no recaida en el uso de la droga y no llegaban muchas veces al 20% de resultados positivos. Además se añade el hecho de que no todos los toxicómanos buscan ayuda o si la buscan pasa un tiempo entre que empezaron a utilizar la droga y acuden por primera vez a consulta. En el caso de la heroína y en un estudio reciente, se muestra que transcurre un promedio de un año entre que el toxicómano toma conciencia de su dependencia y decide ponerse en tratamiento. Al parecer hasta que no se produce un cierto sentimiento de cansancio hacia la propia toxicomanía no se pide ayuda terapéutica (INGOLD y OLIEVENSTEIN, 1983), por tanto, desde el primer contacto con el producto hasta que pide ayuda pueden pasar perfectamente varios años con el agravante de que el adicto se dedica, por la misma dinámica del consumo, a facilitar el uso de drogas a otras personas todavía no consumidoras o que sólo son consumidoras ocasionales. En una revisión de las medidas preventivas y de tratamiento en 67 naciones se destaca que desde la última revisión en 1976 se había adoptado una gama más amplia de medidas preventivas y terapéuticas, y aún cuando muchos países se habían concretado en mayor medida en programas terapéuticos y rehabilitadores, se marcaba la tendencia a interesarse en mayor medida por la prevención "teniendo en cuenta sobre todo que una vez consumada la toxicomanía,

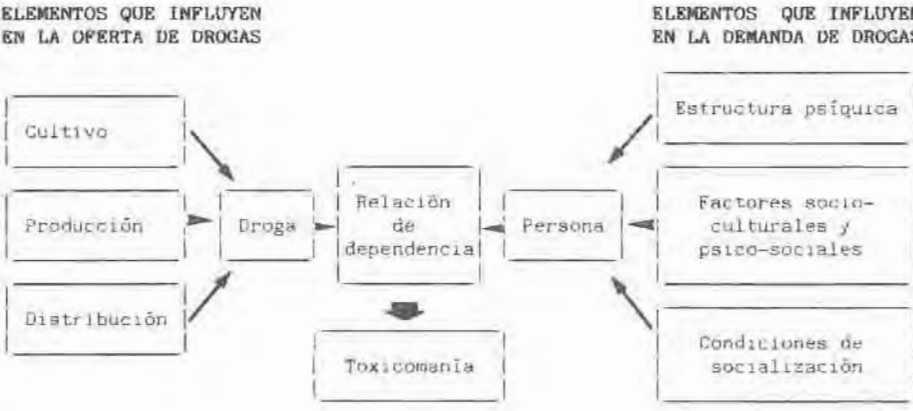
parecía bastante difícil lograr una curación completa" (Secretaría de las Naciones Unidas, 1983). El campo terapéutico ha alcanzado pues un cierto techo dentro de las ilusiones de la gente.

Hay un aspecto de la terapéutica que está especialmente conectado con la prevención que es la detección y tratamiento precoz, dada la labor proselitista a la que se ve abocado el toxicómano para poder mantener su consumo. Por breve que sea el período en que interrumpe el consumo, es un período en el que deja de hacer su labor multiplicadora.

La disyuntiva prevención o tratamiento es en principio falsa. Está claro que es necesaria una red asistencial, así como también que debe existir un dispositivo preventivo. Pero en la práctica los recursos económicos y personales son limitados y la utilización de estos medios en una de las dos vertientes suelen ser en detrimento de la otra. Normalmente se tienden a cubrir en primer término las necesidades asistenciales por la presión de los propios toxicómanos, sus familiares y porque para el profesional y el político representan un tipo de soluciones más definidas y mucho más rentables a corto plazo. En estas primeras fases la prevención se queda en una inevitable declaración de principios. La consecución de una política preventiva choca con frecuencia con la institucionalización del tratamiento y los intereses de los mismos profesionales.

Prevención de la demanda y de la oferta.

Ya hemos insinuado que no se pueden esperar resultados de medidas preventivas aisladas. Existe una división muy amplia que separa aquellas medidas preventivas dirigidas a disminuir la demanda de droga por parte de la población, de aquellas otras destinadas a limitar la oferta. dentro de la dinámica de la adicción (ver esquema 1). Podemos actuar a cualquiera de los niveles para desarrollar medidas preventivas. Sin embargo, hoy en día sería ilusorio pensar que sólo la prevención de la demanda va a ser suficiente para ejercer el control de la situación. Incluso se levantan algunas voces pesimistas que abogan por que "la reducción del consumo de drogas puede posiblemente ser lograda a través de la reducción de la oferta más que a través de la educación" (ISDD, 1982).



Elementos que influyen en la aparición de las toxicomanías

Seguramente en la actualidad, tal como decíamos, es difícil pensar en la prevención sin entenderla como una serie de medidas de la más diversa índole y también es difícil valorar cual es el peso que tiene dentro del conjunto cada una de las partes. No obstante, no conviene pecar de ingenuidad cuando se estudia la eficacia potencial de una medida porque a veces los resultados no son los esperados. Sirva el siguiente ejemplo como ilustración de lo dicho. En un condado de Inglaterra se realizó un intensa y costosa campaña dirigida a que los conductores de automóviles utilizasen con mayor frecuencia el cinturón de seguridad. Esta labor consiguió, al cabo de unos meses, elevar el porcentaje de uso desde un 40% a un 42%. Poco después, una nada costosa ley que convertía el uso del cinturón en obligatorio, elevaba en pocos días el porcentaje a más de un 90% (citado por LEDWITH en las Jornadas sobre Drogodependencias, Barcelona, 1985). La conclusión parece ser la de que existe una relación coste/eficacia que debe ser tenida en cuenta.

Pocas dudas caben sobre la eficacia que tiene reducir la oferta de una droga en orden a reducir su consumo y los problemas que se derivan de su abuso. La cuestión se plantea evidentemente de diversa manera para las drogas legales y las ilegales. Está claro que no son sólo los criterios

sanitarios los que deben prevalecer al adoptar medidas restrictivas. La Ley Seca de los Estados Unidos fue un éxito sanitario (disminución de cirrosis alcohólicas, etc.) pero hubo muchos problemas asociados que la convirtieron en inviable. Además, pocos estados, cuya economía dependa en cierta medida de la producción del alcohol y del tabaco, adoptan medidas restrictivas de su producción, a excepción de si es la misma política económica la que impone la disminución de la producción, como es el caso de la producción de alcohol en España desde la entrada en la Comunidad Europea. Vista la dificultad de países de economía avanzada en controlar sus producciones, comprenderemos inmediatamente lo complicado que va a ser que otros países tercermundistas renuncien a sus intereses económicos conseguidos con la producción de droga ilegal.

Es un hecho que desde el final de la Segunda Guerra Mundial ha ido aumentando el consumo de alcohol en todos los países, habiendo sido mayor en los últimos años entre los países que tenían los índices de consumo per capita más bajos. Uno de los pocos países que ha detenido esta progresión del consumo es Fancia. Desde hace tiempo está demostrado que el aumento global del consumo guarda una relación directa con la catidad de problemas alcohólicos (LEDERMANN, 1956). Las dificultades económicas de la población o el aumento de los precios de las bebidas llevan a la gente a consumir menos bebidas destiladas y a preferir, a cambio, cerveza o vino. No obstante, lo que ocurre desde hace años en Europo es que el precio de las bebidas alcohólicas sube por debajo de la inflación, con lo que se puede decir que no existe una política de restricción de la oferta de alcohol por parte de los gobiernos, puesto que las pocas medidas adoptadas como el control de la publicidad, más que una influencia en la cantidad global del consumo, sirven más bien para orientar al consumidor hacia una u otra marca.

Sin entrar en la polémica de si razones culturales no hacen viable la incorporación de medidas típicas de "países anglosajones", el hecho es que en nuestro país las tímidas leyes que controlan la venta de alcohol y tabaco a los menores no son aplicadas en absoluto. Es motivo de reflexión la menor disonancia entre las leyes y su aplicación real que se da en otros países no tan lejanos, lo que permite el control real del suministro de drogas legales a los menores. Hay otras situaciones que, independientemente de su utilidad, es difícil pensar que pudiesen ser aplicadas en nuestro país, como por ejemplo que sea el Ministerio del Interior el responsable de

llevar el registro obligatorio de los drogadictos en tratamiento, como ocurre en el Reino Unido, o el tratamiento obligatorio que existe para los drogadictos en diversos países europeos.

La influencia de la disminución de la oferta de drogas ilegales sobre los consumidores tiene sus matices diferenciales. Los efectos son distintos según se trate de consumidores ocasionales y primeros consumos, o de verdaderos adictos. Al disminuir la cantidad de droga disponible los adictos controlan su prodigalidad y se reservan la droga para ellos con unos efectos claramente beneficiosos para estos no-consumidores propicios a pasar a un consumo experimental (se calcula que una de cada dos personas que recibe una oferta acaba aceptando) o para los consumidores esporádicos. Si la dificultad para conseguir droga continua, puede que el adicto opte por drogas más potentes o desconocidas para él, o bien sanitariamente más peligrosas (adulteración, etc) o puede verse forzado a aumentar su delictividad o a solicitar ayuda para su toxicomanía. Por tanto, si nos referimos exclusivamente al consumidor habitual, la diminución de la disponibilidad de droga puede tener algunas consecuencias negativas que conviene valorar (ADVISORY COUNCIL ON THE MISUSE OF DRUGS, 1984).

Como vemos, este capítulo de disminución de la oferta es muy amplio y en él entran todos los aspectos represivos del tráfico, cuestiones legislativas (como las que se están ensayando en algunos países de embargar todos los bienes del traficante y familiares cuya adquisición no puede ser justificada), control de la publicidad, control de los precios, sustitución de cultivos en países productoresde drogas ilegales, control de la nicotina y alquitranes de los cigarrillos, etc.

Pero, la realidad parece indicar que hay diversos tipos de medidas dirigidas tanto a prevenir la demanda como la oferta están obligados a convivir entre si. En este sentido se expresaron los expertos del ICAA Internacional Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence cuyo tema nonográfico era precisamente: "Respondiendo a un mundo de drogas. Efectos pretendidos y no previstos del control, el tratamiento y de la prevención" reunidos recientemente (abril del 86 en Amsterdam) donde a pesar de que existía una polarización entre países que mostraban un mayor interés por las medidas de control (USA, Suecia, Tailandia, etc) en contraposición con una minoria más escéptica hacia estas medidas (Holanda)

ninguno pretendió que solo las medidas de control, o sea de prevención de la oferta, iban a ser suficientes. Más bien la impresión resultante era de que solo la movilización de amplios sectores de la sociedad iba a dar algún resultado a medio y largo plazo, siendo precisamente uno de estos sectores la población escolar.

Prevención de las drogas legales e ilegales.

Somos sin lugar a dudas partidarios de evitar generalizaciones innecesarias en el tema de las drogas. Referirnos indistintamente a unas drogas por otras puede tener sus efectos contrapreventivos. Hacemos mención a aquellas situaciones o estrategias que amenazan al adolescente indiscriminadamente poniendo, por ejemplo, apareados la cannabis y la heroína. En la mente de algunos adultos los efectos de las drogas ilegales pueden confundirse fácilmente y como consecuencia presentarle a su hijo, alumno, etc. una inmagen equívoca, que cabe pensar que tenga efectos contraproducentes en un adolescente que dispone en este aspecto de mayor información y que conoce por propia experiencia o de sus compañeros los efectos a corto plazo del cannabis (no olvidemos que en nuestro medio estudiantil de enseñanza media se acercan a una tercera parte los que han tenido alguna experiencia personal con la marihuana).

En este mismo orden de cosas se alinean con frecuencia alcohol y heroína dentro de un mismo grupo denominado "drogas duras", lo cual puede llevar también a algunos equívocos, especialmente entre los jovénes, incapaces de preocuparse por unos efectos que en el caso del que abuse del alcohol pueden tardar en aparecer quince o más años. Indudablemente que todo son drogas -y si no que se lo pregunten al fumador de tabaco que pretende dejar su hábito- pero las consecuencias son bastante distintas de un tipo a otro de droga, y por lo mismo, el tratamiento también se enfoca diferentemente.

Si tal como hemos señalado, existen drásticas diferencias entre los efectos y consecuencias de las diversas drogas, mereciendo una particularización sobre todo en lo que a su tratamiento se refiere, desde la perspectiva de la prevención hay lugar para un enfoque conjunto en donde se establecen amplias conexiones entre ellas. La política preventiva no va dirigida por definición a la población adicta y su problema consiste entonces en cómo influir en una serie de comportamientos más o menos

encadenados que pueden llevar al individuo al consumo abusivo. Es decir, la prevención no se hace con el toxicómano y la meta es actuar antes de que aparezca el problema. Nuestro campo de actuación son personas abstemias o que hacen un uso más o menos moderado de alcohol y tabaco o que ocasionalmente han hecho un uso experimental de las drogas ilegales.

Uno de los grupos a los que primordialmente se dirige la prevención son los adolescentes, debido a que su abordaje en grupo viene facilitado por su asistencia a la escuela y que están todavía en los primeros escalones del consumo. Esto no significa que otras edades sean inmunes al riesgo de la adicción, como lo demuestra la tendencia de personas de más de 25 años a iniciarse a la heroína y sobre todo la cocaína, o bien el típico alcoholismo que comienza con la jubilación o el caso del alcoholismo del ama de casa. Volviendo al caso del adolescente, la dificultad está en cómo realizar esta prevención de las drogas ilegales cuando la mayoría de veces es un problema inexistente para él en el momento de nuestra intervención. Es en este punto donde se conjuntan ambas estrategias, la prevención de las drogas legales y la de las ilegales.

Existen muchas lagunas en como se establece el aprendizaje del consumo de las drogas ilegales. Parece existir una relación entre el consumo de las drogas legales y el de ilegales. En todo caso la barrera que para los adultos puede suponer el paso hacia un producto ilegal, no existe para los jóvenes, pareciendo según diversos estudios que se trata muchas veces de una cuestión de oportunidades y accesibilidad hacia la droga ilegal. O sea que tiene mucho de verdad para muchos jóvenes que el no haber consumido todavía una droga ilegal es debido a que aún no se la han ofrecido. Pues bien, más allá de subrayar la importancia de la prevención de la oferta, de la que ya hemos hablado, y de señalar que existe una prevención de la demanda inespecífica, de la que hablaremos, en lo que concierne a la prevención específica las drogas ilegales están en la práctica indisolublemente ligadas a las legales. Es difícil imaginar una táctica efectiva en prevenir la demanda que esté dirigida unicamente a las ilegales. En el caso concreto de los jóvenes proporcionarles información sobre ellas, especialmente si es exagerada y errónea, prácticamente no afectará a los proclives a iniciarse o a los ya iniciados y puede despertar el interés entre los inicialmente no interesados. Por tanto, es más prudente recurrir a una prevención dirigida, sobre todo, a las drogas legales, con la hipótesis implícita de que la experiencia y el autocontrol

que se adquiera con éstas, podrá extrapolarse en su momento a las ilegales.

También hay que entender que las drogas legales por sí mismas justifican campañas preventivas específicas dada su importancia sanitaria y el alto coste social que comportan. Además dichas actuaciones suponen en su diseño y realización menos problemas contrapreventivos que en el caso de las ilegales. Es decir, difícilmente una campaña antitabaco llevará aparejada la consecuencia no deseable de que las personas receptoras de la campaña fumen más o se sientan impelidas a utilizar otras drogas. Pero lo que nos interesa recalcar aquí es que las campañas exclusivamentedirigidas contra las drogas ilegales (sobre todo si tienen como soporte la utilización masiva de medios de comunicación social) pueden favorecer el interés y la experimentación de dichas drogas. Es muy posible -aunque no demostrado- que la prevención directa de las drogas legales tengan sus efectos beneficiosos también sobre el consumo de las ilegales. Ocurre que desde otras diversas instancias y tipos de intereses puedan convenir seguir tratando las dos cuestiones como problemas aparte, retrasando así los buenos resultados. No creemos que sea casualidad que los países que están consiguiendo en estos momentos éxitos en la lucha contra las drogas ilegales, ello vaya acompañado con un éxito similar sobre el tabaco. Sigue sorprendiendo todavía a demasiados que se utilize el mismo rasero de denominar drogas tanto a las legalizadas como a las otras. Y todavía son más los que se sorprenden de la importancia que está adquiriendo el tabaquismo. Para todos ellos solo hay una droga: la ilegal. Esta adtitud maniquea forma parte del mismo problema y es el resultado de la elaboración defensiva que muchas personas e instituciones realizan con el objetivo de situarse a sí mismos fuera del problema. Nada más lejos de la realidad.

Tipos de consumo y de consumidores

Es necesario establecer las características del consumo y de todas aquellas cuestiones que puedan tener alguna relación con él antes de iniciar cualquier tipo de acción preventiva. Esto es verdad tanto para los programas a gran escala como para actuaciones concretas como pueden ser las intervenciones en un colegio. Como más próximos estemos al conocimiento de la realidad sobre la que queremos intervenir, más adecuada y desprejuiciada puede ser nuestra actuación y más fácil será el seguimiento y evaluación de la tarea realizada. Hay evidentemente dos niveles de esta realidad: el que

tiene que ver más especialmente con los grandes números, más descriptiva y si se quiere superficial y el segundo nivel que está conformado por una incursión en las motivaciones, inquietudes, frustaciones, dependencias, inseguridades, etc. del adolescente y su relación con el consumo. Ambos niveles son necesarios y en absoluto excluyentes pués la prevención -aunque tiene una dimensión individualizada de la cual el paradigma es la intervención en crisis- se dirige a grupos más o menos amplios e interesa por ello tener esta visión global del adolescente y sus habitos de consumo en un momento determinado.

Lógicamente es más fácil, técnicamente hablando, el nivel de la descripción estadística de las pautas de consumo y de algunas actitudes y comportamientos ligados con él y es por este lado que se suele empezar a investigar. En nuestro país durante los últimos años se han realizado trabajos serios en este sentido, pero que suelen dirigirse preferentemente a sectores determinados de la población (p. ej. estudiantes) o se limitan a una región determinada. Por otro lado existen los otros estudios realizados a nivel nacional los cuales adolecen de la insuficiencia de la muestra que según señala Comas (1985), se situa idealmente en 90.000 individuos y que por lo menos debería comprender a 60.000. Todo ellos choca según el mismo autor con que en el año 1984 se realizaban simultaneamente 6 estudios a nivel nacional de características similares y cada uno de ellos con una muestra insuficiente. Para que luego se diga que el gran problema de este pais es el económico, cuando a todas luces en ocasiones es más un problema de mera coordinación.

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de entender la dinámica del abuso y sus consecuencias, así como su posible prevención y tratamiento, viene determinado porque existen a grosso modo tres grandes grupos, suponiendo cada uno de ellos una vía distinta de llegada a la droga (ROUSANVILLE,1982). Uno de ellos viene determinado por aquel sector de niños y adolescentes proclives a la delincuencia, para los que la drogadicción es un estadio más de esta conducta delictiva. Y que incluso "curada" la adicción, hay grandes posibilidades de que prosigan sus actuaciones contra la ley. En segundo lugar está el otro grupo formado por los drogadictos que ya manifestaron trastornos claros de personalidad y conflitcos internos y/o con su ambiente en la anámnesis especialmente durante su infancia. Existe, por último, un tercer grupo que supone aproximadamente el 45% del total de los adictos, formado por aquellos que

no tienen entre sus antecedentes conductas delictivas o trastornos aparentes de la personalidad. Este último grupo coincide el que Bergeret constituye con aquellas personalidades cuya apariencia externa no muestra una patología especial pero que no poseen una estructura de personalidad sólidamente formada sea psicótica o neurótica y que por ello pueden encontrar en la droga una ayuda a sus tendencias depresivas (BERGERET, 1974, 1984). A simple vista está que nos hallamos ante unos grupos bastante diferenciados y que requerirán comprensión y un abordaje distintos.

Existen también distintas formas de consumo que tampoco conviene confundir entre sí. Se trata del consumidor experimental, ocasional y el habitual o adicto propiamente dicho. No todos los que experimenten con una droga legal o ilegal se van a convertir en consumidores habituales. Algún trabajo comenta que la mitad de los que entran en contacto con la heroína hacaban siendo consumidores habituales. No obstante, estos porcentajes siempre son difíciles de establecer por razones obvias y no conviene abusar de determinismo dado que puede tener consecuencias negativas tratar a estos experimentadores o incluso consumidores esporádicos como verdaderos adictos.

Una de las cuestiones que hacen compleja la prevención es la heterogeneidad de los grupos a los que va dirigida. Incluso un grupo a priorísticamente tan homogéneo como puede ser el constituido por una clase, es en realidad una mescolanza de subgrupos que imposibilita el pretender conseguir una respuesta homogénea a una actuación nuestra.

Es interesante conocer, por ejemplo, qué características diferencian en una clase a los no-consumidores de los consumidores y entre éstos a los consumidores de únicamente drogas legales de los que además han probado las drogas ilegales. Una política preventiva adecuada debe conocer estos datos para tratar de favorecer aquellas pautas que llevan a la abstinencia. En este trabajo profundizaremos sobre esta cuestión. Más que saltos cualitativos entre los subgrupos establecidos lo que parece existir en un continuum en que en un extremo están los no-consumidores, luego los consumidores de solo drogas legales y en otro extremo los que añaden a su consumo de drogas legales su experiencia con las ilegales. El mayor conocimiento de estos subgrupos pensamos que ayudará a mejorar la comprensión de la formación de las conductas adictivas y a la par aumentará la eficacia de las actuaciones preventivas.

Prevención específica e inespecífica.

Existirían por lo menos dos buenas razones para considerar separadamente una estrategia preventiva que tenga que ver directamente con las drogas y otra que pretenda tener influencia sobre dicho problema de un modo indirecto. En primer lugar existe una separación creada por la importancia que se le concede al síntoma droga. La disyuntiva es si atacamos la punta del iceberg o bien la única solución pasa por enfrentarse con la totalidad del iceberg. La tentación de aislar el síntoma droga y entender que una vez conseguido su control desaparece el problema, es evidentemente grande por lo que supone de simplificación y comodidad. No obstante, este enfoque es tributario de una escotomización de la realidad y de una cierta ingenuidad, que aumenta la medida que se aisla más el síntoma. La posición contraria consiste en primar el entramado social, y entender que la droga no es más que un síntoma de la conflictividad latente en esta estructura y que por tanto lo que corresponde es tratar esta estructura dañada, con lo que por añadidura mejorará el problema de la droga. Llevado a un extremo esta posición también peca del ingenuismo de pensar que las estructuras son fáciles de cambiar.

La otra fuente de divergencias nace de la aplicación práctica de los medios preventivos específicos e inespecíficos. No se trata de discutir la eficacia de las medidas específicas que tratan de influir en la oferta de drogas cuya necesidad y eficacia está fuera de dudas, pero en lo que concierne a la prevención de la demanda, no existe una última palabra sobre el tema pues por su misma naturaleza son cuestiones difíciles de evaluar y muchas veces las diferencias que se trazan son más cuestión de principios que de resultados. No hay que olvidar además que sólo el 5% de los recursos son destinados a la prevención según alguna estimación reciente, siendo el resto utilizado en el campo del tratamiento (GOOS, 1985) con lo cual forzosamente nos encontramos en un momento embrionario. En una primera etapa, en la década de los 60, se puso todo el peso en la educación para la droga en las escuelas. Dicha medida específica no dió el resultado tan esperado y de aquí nació el desprestigio de las medidas específicas. Posteriormente se ha visto lo descabellado de las pretensiones dado que difícilmente unas pocas clases durante el curso podían contener un problema que recibía constantes refuerzos durante todo el año. El resultado fue que unos (especialmente norteamericanos y canadienses) decidieron seguir en la

misma línea pero ampliando, coordinando y sofisticando sus actuaciones, mientras que otros (sobre todo europeos) optaron por una estrategia más inespecífica que en el campo escolar se concreta una educación para la salud y en el caso de la población general consiste en una búsqueda de alternativas, en un intento de cambio en las relaciones interpersonales o intrafamiliares, etc. Está visión global de la actividad humana coincide con la propuesta de que "cambiar los estilos de vida perjudiciales será la tarea más importante de la salud pública en lo que queda de este siglo. La necesidad de evitar formas de vida que aumenten el riesgo de enfermedades, accidentes y tensión social hace que hagan falta programas sobre puntos como ejercicio, comida, beber, fumar, conducir... Así como el uso responsable de la droga y la evitación del abuso" (ADVISORY COUNCIL ON THE MISUSE OF DRUGS, 1984).

Desde nuestro punto de vista el problema surge cuando sólo cuestiones ideológicas o doctrinales son tenidas en cuenta para hacer la elección. Si nos quedamos en la postura de reprimir el síntoma, tenemos la ventaja de su relativamente fácil instrumentalización y la posibilidad de controlar y evaluar nuestra actuación, pudiéndose por consiguiente introducirse en cada momento las rectificaciones pertinentes. Tiene en su contra que deja de lado muchas cuestiones que tienen que ver también con el problema. Si por contra escogemos el enfoque inespecífico tendremos en cuenta desde el primer momento bastante más de los factores etiológicos que están detrás del problema, pero chocamos en que su realización práctica es mucho más difícil y que pueden quedarse en una declaración de principios. Alguna mayor concreción a estas alternativas la daremos al hablar de la educación sobre drogas. Allí ampliaremos, aplicados a una cuestión puntual, cuales son las opciones. No obstante ya adelantamos, aunque pueda parecer lo del huevo de Colón, que un compromiso entre ambas posturas es seguramente la opción más realista, ya que no son excluyentes entre sí. Quizás se trataría de diseñar un programa en el que se contemplasen en cada etapa unos objetivos a cumplir, determinados por la posibilidades y recursos de cada momento, y guardando como filosofía y meta final esta opción más global.

Educación sobre drogas en la escuela.

Es ésta la opción de prevención de la demanda más ampliamente utilizada. La concentración de la mayor parte de la juventud en la escuela

justificaba la elección de esta modalidad preventiva. Los casi 25 años de utilización masiva de esta técnaca no han supuesto un progreso definitivo en el diseño de estrategias o en el conocimiento de su forma de funcionamiento. Al principio se confió en el aporte de información, muchas veces tendenciosa y exagerada, iba a ser suficiente para conjurar el peligro, pero lentamente se fue constatando que ni la información ni el miedo eran elementos suficientes en el cambio de comportamiento de los adolescentes respecto al consumo de drogas. Se ensayaron otras técnicas basadas en la maduración personal, clarificación de valores, toma de decisiones, etc. Pero también su eficacia fue poco consistente y nunca totalmente convincente. Hay que tener en cuenta los pocos programas que incluyen una evaluación con garantías científicas, debido ello principalmente a la dificultad inherente al hecho educativo (cambian los alumnos y los administradores del programa, distintas edades, cambian las condiciones sociales, dificultad en evaluar los efectos a largo plazo, etc). Se conocen bastantes aspectos sobre el funcionamiento de estos programas educativos, pero son tantas las variables que intervienen y es un mundo tan cambiante, que difícilmente podrá surgir una formula universalmente válida. Y es que el resultado del programa depende también de factores extraescolares.

En efecto, las últimas evaluaciones de programas en los que se previene el consumo de tabaco muestran un éxito indiscutible, subsidiario seguramente del nuevo clima social creado alrededor del tabaquismo. En una de las revisiones (MOSKOWITZ, 1983) se estudian 6 trabajos y se muestran como a pesar de la distinta metodología utilizada -en algunos casos incluso basada sobre el dar información- se conseguían resultados positivos. Los otros trabajos a los que hemos tenido acceso muestran un éxito similar, especialmente si el programa va dirigido exclusivamente al tabaco. Esta mejora en los resultados se interpreta directamente conectada con la campaña que a niveles más amplios se lleva contra el tabaco, que ha inducido a muchos adultos a un posicionamiento claro respecto a este producto, algo que no ocurre con otras drogas como el alcohol, marihuana y cocaína que provocan una reacción más ambivalente entre el amplio público.

A pesar de que se han comenzado a conseguir resultados positivos y de que se ha visto que las expectativas depositadas a priorísticamente en unos cursos de unas horas al año eran a todas luces excesivas, sigue el clima de

crisis dentro de la educación sobre drogas. Se ha reaccionado ante ello de dos maneras aparentemente contrapuestas y que he decidido denominar "solución americana" y "solución europea" y que lo explicaré más ampliamente en la revisión bibliográfica. Como todo esquema es simplificador de la realidad, pero sirve para ilustrar dos tipos de reacciones. En lo que denominamos "solución americana" se sigue confiando en que una prevención específica de la droga es posible a través de la educación, pero es necesario afinar en los objetivos y hay que ampliar el campo de actuación. Los autores americanos siguen confiando en que los cursos mejorarán en su eficacia a partir de que incluyan en su programación las características de los estudiantes en cuanto a edad, curso, sexo, desarrollo psicológico y comportamental, uso anterior de substancias, poseer un comportamiento problemático, etc. Y sobre todo esperar que se consigan cambios paralelos a los programas en el clima social hacia las substancias, para poder mejorar los resultados al igual de como ha ocurrido con el tabaco.

En Europa en general se ha reaccionado de distinta manera ante las dificultades de la educación sobre drogas, tendiendose a una educación inespecífica dentro lo que se denomina "educación para la salud".

Sea uno u otro el camino elegido se choca con otra dificultad consistente en la realización práctica de los programas diseñados por los profesores encargados. Existe bastante unanimidad en la literatura consultada acerca de las importantes variaciones introducidas por cada profesor en la administración del programa, llegándose a la conclusión de que los efectos de un determinado programa están más en función de las circunstancias locales de administración que del modelo elegido (PATTON, 1979). Un experto de la OMS ve la cuestión de la siguiente manera: "La educación sanitaria en estos momentos, en la mayoría de los países europeos no constituye un tema importante, no se considera relevante, y es por eso por lo que tengo personalmente dudas respecto a si deberíamos aplicarnos a fomentar esta educación sanitaria... Siempre y cuando la educación sanitaria integrada en el curriculum de las escuelas primarias y secundarias se considere como algo marginal, algo sin importancia, mucho me temo que no va a conseguir el objetivo de prevención que se pretende con ella" (GOOS, 1985).

La realidad es que más alla de evaluaciones más o menos favorables, la educación sobre drogas sigue siendo de actualidad, existiendo una demanda creciente de este tipo de programas. La misión de los especialistas es la

de atender esta demanda, estudiarla y reconvertirla si fuera preciso. En ocasiones surge la demanda de la dirección del colegio sin más pretensiones que organizar un acto social más y sin que responda a necesidades del colegio en cuestión, otras veces no es más que la ansiedad de los padres ante un problema que no controlan y que necesitan por tanto organizar alguna actividad para parecer que se está haciendo algo, en otros casos será la curiosidad a ultranza de los alumnos, etc. Se debe estudiar cada situación y tratar de responder de una forma no estereotipada, tratando de involucrar a los padres y profesores, antes que realizar el concebido programa con los alumnos. Destacar, por fin, que estos programas educativos sólo muestran su eficacia y adquieren su sentido cuando forman parte de una estrategia más amplia, como hemos remarcado tantas veces.

Otros aspectos prácticos de la prevención.

Existen grupos de la población que merecen una atención preferente de las campañas preventivas. Hemos señalado antes el grupo constituido por los jóvenes, pero existen otros sectores cuyo interés viene dado por su papel influyente sobre los demás. Las personas que componen el sector sanitario son las que merecen según diversos estudios un interés especialísimo y primordial replanteándose tanto la necesidad de modificar sus estudios durante su formación como conseguir el reciclaje de los ya licenciados. Se recuerda con especial interés la importancia que han tenido los médicos ingleses en la lucha contra el tabaco. Otros grupos importantes son los padres, educadores, políticos, líderes juveniles, etc. Según Bergeret existe una falta de modelos identificativos para los jóvenes para poder ser utilizados sea a favor o en contra, dado que cada vez son más los adultos que "escabullen el bulto". Nuestro propio trabajo avala esta hipótesis en cuanto a que el perfil del consumidor incluye entre sus rasgos diferenciales una mayor distancia de los adultos a costa de la dependencia acrecentada hacia el grupo de amigos.

Entre los padres se trata de hacer una labor dirigida a evitar que adopten posiciones defensivas en el diálogo con los hijos sobre estos problemas, propuesta de diálogo que puede sugir en el momento menos esperado y que puede verse truncada por la reacción de los adultos. Esta reacción oscila entre posturas autoritarias que no admiten el diálogo ("Si

yo alguna vez me enterase que uno de mis hijos se droga, desde aquel mismo momento dejaría de serlo y lo sacaría de casa") hasta posturas dimisionarias ("Yo a la juventud no la entiendo, que hagan lo que quieran"). Señalamos estos aspectos más específicos de la droga, sin olvidar que el papel de los padres se extiende a muchas más áreas, todas ellas importantes para la estructuración de la personalidad del niño y del adolecente. Precisamente se cita con frecuencia esta ausencia de padre física o moral entre unos de los factores de la drogadicción (BERGERET, 1984). Es interesante el estudio del "movimiento de padres" en U.S.A. que han desarrollado muchas actividades a partir de las asociaciones de padres en los colegios que en gran número (más de 4.000 en el año 1983) se unieron para abordar directamente la lucha contra la droga. Tenían la impresión de que los profesionales no se tomaban en serio la situación y que con su actitud pasiva y permisiva contribuían a que se extendiese el problema. Según algunos este movimiento tiene a su favor el haber conseguido una parte importante del éxito en la lucha contra las drogas de los últimos 5 años en U.S.A. (HARVEY, 1984; LINDBLAD, 1983).

Interesa hacer algún comentario sobre el papel de las organizaciones gubernamentales. Ya hemos constatado su importancia en los aspectos legislativos y de fiscalización, etc., pero parece que su eficacia disminuye cuando se trata de realizar tareas más concretas. Se mantiene que "los intentos por los gobiernos de desempeñar una función que no fuera simplemente la de coordinar, orientar y facilitar la labor o de imponer un determinado método o intervención, habían resultado las más de las veces, no sólo costosas sino menos eficaces de lo que se creía. Una política más acertada sería estimular la conciencia de las necesidades a partir del nivel comunitario más bajo" (INFORME DEL GRUPO DE EXPERTOS SOBRE REDUCCION DEL USO INDEBIDO DE DROGAS, 1983). Sería interesante que se reflexionase sobre este punto porque precisamente en este país se tiene la inveterada manía de recurrir a la administración pública para que nos subsane todos los males, cuando la realidad es que tradicionalmente ha mostrado lentitud y dificultad para solucionar los problemas. Los mismos profesionales, incluídos los de orientación comunitaria, adolecemos de esta desconfianza a ultranza de asociaciones u organizaciones no estatales, religiosas, etc. en un intento de conservar el monopólio, con lo cual se desperdician importantes recursos de la comunidad.

Parece que los programas locales gozan de buan predicamento porque se

adaptan mejor a las situaciones y permiten aprovechar mejor los recursos. Pero, aquí también es esencial el papel del estado para coordinar los esfuerzos y evitar multiplicidades y que cada grupo local tenga que preparar sus propias encuestas epidemiológicas, diseñar su material didáctico, etc. Queda mucho por andar para alcanzar este objetivo en este país. En Francia parecen haber tenido éxito las campañas antialcohólicas que combinaban una campaña nacional con otras adaptadas a cada región, habiéndose conseguido que dicho país abandonase el tradicional primer lugar del consumo per cápita de alcohol en favor de Portugal.

Existen muchos otros aspectos que merecen la atención del preventólogo y que a continuación sólo vamos a enunciar. Uno de estos aspectos es el de prestar atención a los medios de comunicación y a partir de una colaboración influir sobre el tipo de noticias relacionadas con las drogas y la forma de darlas. Otro asunto es el intervencionismo precoz con los adolescentes que atraviesen crisis -aunque no estén relacionados en aquel momento con la droga- o que hayan iniciado sus primeros consumos. Existen también aspectos extraescolares y de mejorar los hábitos de salud de la población que deben ser tenidos en cuenta. Tampoco hemos nombrado una vertiente de la adicción que tiene sus indudables repercusiones y que e el abuso de psicofármacos y analgésicos o la moderna versión de drogadicción constituida por la inhalación de solventes industriales. Existe también una labor especial a realizar con colectivos marginados (presos, grupos de delincuentes, etc.).

Como podemos constatar la labor a realizar es suficientemente variada y extensa como para que no se pueda abarcar a la vez en un solo momento. Interesa que los planteamientos sean realistas, asignando prioridades y plazos de realización, así como estableciendo en lo posible medios de seguimiento y de evaluación. No hacelo así puede llevar al desencanto y a la ineficacia.

2. REVISION BIBLIOGRAFICA

Introducción.-

En esta revisión se contempla primeramente la literatura al uso en el momento de diseñar e iniciar la presente investigación. Logicamente desde que comenzó este trabajo en el año 1980 han aparecido publicados nuevos trabajos y he tenido acceso a otras publicaciones anteriores a dicha fecha pero con las que no pude contar en un primer momento. He preferido en esta redacción final utilizar todos los trabajos significativos con los que he podido contar a fin de hacer una puesta al dia de la bibliografía hasta principios del 86. Existen trabajos que no he considerado por su escaso nivel científico a pesar de estar a mi disposición, mientras que seguramente otros con mayor nivel científico no han sido incluidos por no estar a mi alcance, aunque estos últimos no creo que variasen de un modo sustancial el panorama que ofrezco aquí. Las fuentes consultadas han sido las típicas fuentes de datos (Excerpta Médica, etc.), las revistas especializadas a las que el Centre d'Informació i Prevenció de l'Abùs de Drogues del Consell Insular de Mallorca está suscrito (J. Drug Education, Bulletin on Narcotics, Drogalcohol, J.Drug Issues, etc.), libros o artículos obtenidos de diversas procedencias y en especial la consulta personal y directa en un centro de información bibliografica especializada en drogas y situada en Londres, el ISSD.

Dado el carácter crítico y polémico que he querido dar a la presente revisión, precisamente para resaltar los aspectos más contradictorios o que necesitan una ulterior investigación, he creido oportuno introducir en algunos momentos datos provenientes de esta misma investigación con el ánimo de proporcionar un punto de referencia más cercano y un mayor realismo.

Imagino que cualquier revisión bibliográfica es forzosamente una tarea árida. Cuando me enfrenté en concreto con la literatura correspondiente a la prevención escolar pensé en algùn momento si además de árdua, iba a ser poco menos que inútil dada la existencia de revisiones e informes relativamente recientes y sobre todo al ver como en algunas planificaciones

y programas que van apareciendo se exponen directrices claras y precisas, como si ya se hubiese llegado a un consenso amplio sobre el estado de la cuestión y no hubiese lugar para la duda. Hay que decir que la búsqueda directa sobre el material bibliográfico disponible nos ha abierto los ojos a una realidad de programas y evaluaciones variada y compleja (diversos enfoques, distintas metodologías, poblaciones hetereogéneas, etc.) que además a su vez nos remite a otra realidad todavía más compleja que es el hecho educacional en sí mismo, por un lado, y el fenómeno de la droga con su dinámica propia, por el otro.

El investigador trata de recortar la realidad -una cierta realidad que él cree ver- para hacerla comprensible y explicable. Salta a la vista el abismo entre los esfuerzos de realizadores de programas e investigadores en comparación con los menguados resultados obtenidos. Aún admitiendo que podría mejorar la calidad de la investigación, cabe pensar que existen unas dificultades inherentes a la complejidad misma, del proceso educacional y de la dinámica del uso de la droga.

Asalta la tentación en ocasiones de acomodarse sin más a alguna de las grandes generalizaciones, como pueden ser la consideración de que la prevención escolar de la droga no tiene utilidad alguna o bien de que la única solución está en orientar la educación sobre las drogas dentro de un plan general de educación para la salud. Pero el estudio pormemorizado de la bibliografía existente nos aleja por el momento de pensar que estamos a las puertas de "la" solución. Mi propuesta consiste pues en aceptar un paseo por las contradicciones y por las evidencias (tantas veces provisionales) que constituyen precisamente el meollo de la literatura disponible. Comprobaremos que hay pocos caminos cerrados definitivamente por la acumulación de hallazgos incontrovertibles. Comprobaremos que en este campo existen modas, que la "realidad" se resiste y que no obstante debemos afirmar con justicia que sabemos bastante más cosas en la actualidad de las que sabíamos hace 15 años cuando se iniciarón los primeros trabajos serios. Olvidarlo sería poco inteligente.

En la exposición que sigue se han dejado de lado algunas cuestiones importantes. Algunas porque creo que merecen un tratamiento aparte como es la revisión de teorías pedagógicas, mientras que en otros casos ha sido una necesidad de limitarse en la extensión como son las cuestiones del papel de la información o de la edad y otras características del estudiante, etc. Estos últimos temas merecen todo mi interés pero no las incluyo momen-

taneamente por pensar que el lector dispone ya de suficiente información para conseguir una idea global de la situación de la prevención escolar de la droga a través de las otras cuestiones que sí he incluido.

REVISION DE REVISIONES

La literatura acerca de la descripción y evaluación de programas es relativamente abundante así como el número de revisiones sobre estos trabajos. A continuación expondré resumidamente algunos comentarios sobre las revisiones que he tenido ocasión de analizar y estudiar.

En una publicación del 72 (HAMMOND, 1972) revisa material empleado en la educación sobre drogas y entre 500 filmes especializados en el tema descubre que el 80% contienen información científica y médica incorrecta. Solo un 16% fueron reconocidos por el National Coordinating Council on Drug Education. De entre 800 piezas de otros materiales (posters, cuadernillos, etc.) solo 30 reunían condiciones aceptables.

La primera revisión de programas evaluados que abordo (BRAUCHT et al. 1973) hace referencia en la introducción a una revisión anterior de Freeman que ya en 1966 decía: "el estado actual de estos programas es descorazonador" alegando la falta de una filosofía clara respecto a las metas perseguidas. Veremos que esta queja tan temprana la encontramos todavía en comentarios posteriores. De este estudio del 73 destacamos que las preocupaciones allí expresadas son parecidas a muchas actuales: "no existe prácticamente evidencia empírica de la eficacia de estos programas. En concreto falta la evidencia empírica que nos resuelva la cuestión, ¿qué tipo de programa de educación sobre drogas, qué tipo de efecto tiene en qué grupo de personas?". Ya se afirma que no existe una relación entre el aumento del conocimiento sobre drogas y su consumo, se ponen en entre dicho las tácticas que utilizan el miedo como persuasión para no utilizar drogas, se hace referencia a los efectos, poco duraderos de estos programas y se afirma que eficacia de un programa determinado variará según el tipo de público a que se dirija.

El año 74 nos encontramos con dos publicaciones de la "Addiction Research Foundation of Ontario", del Canadá. El primero de los trabajos está realizado por Smart y Fejer (SMART Y FEJER, 74) y resume la situación de la siguiente manera: "comparado con el vasto número de programas realizados, aquellos que han sido sometidos a evaluación por rudimentaria que ésta sea

es muy reducido -no más de unas pocas docenas. El número de programas que cuenten con una evaluación publicada que reuna las mínimas condiciones de una experimentación cuidadosa es probablemente de menos de una docena: aquellos que cuentan con un grupo control no son más de ocho". Se hace referencia en esta revisión a uno de los primeros trabajos que utilizó grupo control y que fue realizado el año 1970 por Cox y Smart titulado: "A Failed Comparison of Structured and Unstructured Approaches to Drug Education" y cuyos resultados fueron que no hubo prácticamente diferencias antes y después del programa y donde incluso algunos de los resultados favorecieron a los grupos control. En resumen, esta revisión concluye en que no hay duda alguna sobre el efecto de cualquier tipo de programa sobre el aumento de los conocimientos; en cuanto al cambio de actitudes no hay resultados consistentes pero insinuan que los que consiguen resultados positivos son programas de larga duración y que abiertamente intentan influir sobre las actitudes. En cuanto a si los programas afectan al consumo se encuentran los autores con que hay pocas evaluaciones controladas que traten de medirlo y entre los que si miden consumo los resultados son muy contradictorios, llegando a la conclusión de que los cursos de menos de 10 sesiones no tendrían un impacto sobre el consumo.

La otra publicación de la Addiction Research Foundation of Ontario del mismo año es una recopilación de artículos entre los que hay 2 revisiones. La primera es de Michael Goodstadt (GOODSTADT, 74) quien afirma: 1º. Dados los pocos estudios exixtentes que reunen condiciones científicas se puede afirmar que no hay evidencia científica ni en un sentido ni en otro sobre la validez de los programas de educación. 2º. A partir de los pocos programas evaluados que reunen unos mínimos requisitos experimentales los casi únicos resultados positivos han sido en el nivel de información, no habiéndose producido prácticamente cambios ni en las actitudes ni en el consumo. Termina con la afirmación de que la situación tal como viene planteada hasta el momento no conduce al optimismo.

El segundo artículo es de Swisher (SWISHER, 74) y al igual que el anterior trata de responder a la angustia generada entre el gran público y los profesionales sobre la falta de evidencia acerca de la eficacia de la educación sobre drogas. Señala que "muchas autoridades piensan que la educación sobre drogas puede ser más parte del problema que de la solución del abuso de drogas". Esta revisión llega a las mismas conclusiones que la anterior -obviamente disponen para su análisis de las mismas evaluaciones-

pero trata de encontrar vías de salida fuera del típico modelo información-actitudes-consumo, interesándose en valorar los enfoques concretos. Basándose en una evidencia limitada cree que los programas de clarificación de valores son útiles en la enseñanza secundaria y que los materiales altamente estructurados fueron efectivos en un estudio en enseñanza primaria pero no encontraron relación entre un programa dirigido a mejorar la salud mental y el uso de drogas presuponiendo que variables como la presión de los compañeros tendrían más peso que la alineación.

En 1975 nos encontramos todavía en plena crisis de la inesperada ineficacia de este tipo de programas (GIBBINS et al. 1975). Se ha adquirido conciencia de que la mera exposición de hechos sobre las drogas no es suficiente, pero todavía no se acaba de comprender y aceptar el porque de este fracaso. La conclusión es "antes de que se abandone cualquier esfuerzo sería prudente buscar nuevos métodos y contenidos para los programas... los resultados negativos pueden reflejar simplemente fallos en los conocimientos básicos en las ciencias sociales necesarios para conseguir cambios en la conducta". Se muestra confianza en que el programa científico mejorará los resultados.

En 1976 Schaps (SCHAPS, 1976) revisa 127 trabajos quejándose nuevamente de las insuficiencias metodológicas. Sólo 8 de estas evaluaciones reunían según él garantías científicas. De estos programas 7 tendían a mostrar resultados positivos. Insiste en que los programas basados en la información no tienen potencial preventivo e insinua el potencial preventivo que suponen los programas llevados por los compañeros o que se basan en un componente afectivo. Comenta acerca de la ausencia de programas enfocados hacia la utilización de la familia o de la comunidad fuera de la escuela. Similares conclusiones son las reseñadas en otra revisión de la literatura (RANDALL Y WONG, 1976) del mismo año. A saber, pobreza metodoiógica en el diseño de las evaluaciones y en que junto a resultados positivos se alineaban resultados de signo contrario.

Una tercera revisión aparecida también en el 76 (BERBERIAN et al. 1976) analiza 27 evaluaciones de las que sólo 5 reunen mínimas condiciones científicas para valorar la eficacia de los programas. El resultado es que 2 muestran resultados positivos, 1 tiene resultado negativo y otros 2 no consiguen mostrar su eficacia. La otra cuestión que destaca es que con los alumnos mayores nunca hubo resultados negativos, en contraste con los más jóvenes donde se produjeron resultados mixtos.

Existe todavía una cuarta revisión (DORN, 1976) realizada por un grupo de trabajo constituido entre otros por DeHaes y Goodstad y que se reunen en septiembre de 1975 bajo el patrocinio de la UNESCO para analizar la situación europea. Más que para aportar información nueva, este documento es interesante por sus comentarios y algunas orientaciones. En concreto, sobre la situación en Europa constatan la escasa dedicación de medios humanos y financieros en relación con los USA. Se calcula para el año 1975 que se han realizado entre 5y 10 evaluaciones en todo el territorio europeo y que hay otras tantas en marcha. Concluyen en que cualquier trabajo de educación sobre drogas no tiene resultados unívocos y que cabe esperar para un mismo programa resultados preventivos y contrapreventivos. No se comprometen por ninguna metodología concreta y más bien apoyan la diversidad de objetivos (y por tanto de metodología) pero exigiendo una explicitación de los objetivos forzosamente limitados que cada programa persigue. Es muy llamativo que una de sus conclusiones sea precisamente que "no piensan que la educación relativa a las drogas debe necesariamente ser considerada como formando parte de la educación para la salud" en oposición a postulados que actualmente se mantienen. En otras de sus conclusiones dicen "es imposible pronunciarse en general de forma favorable o desfavorable sobre la educación escolar o la educación abierta a la comunidad. No existen tampoco recomendaciones generalmente aplicables en cuanto a la elección de los métodos a utilizar".

En 1979 aparece un trabajo de Wepner que más que una revisión es una reflexión acerca de la limitada eficacia de la prevención escolar y la atribuye a que dicha eficacia va conectada con la visión y valoración que hace el mundo que rodea al joven. Si, como ocurre normalmente, dicho ambiente considera la droga "in" esto limita forzosamente los programas de prevención que pretenden demostrar que las drogas son dañinas. La solución estaría en un vasto programa que consiga que las drogas estén "out". Esto está ocurriendo precisamente en la actualidad en el caso del tabaco en donde se ha conseguido que esta droga deje de ser bien vista socialmente -por lo menos en algunos países- lo cual creemos que influirá en el evidente éxito de los programas escolares antitabáquicos.

Goodstadt en 1979 realiza un trabajo de revisión de 25 programas que estaban relacionados con trabajos realizados por él mismo o por la Addiction Research Foundation durante los últimos 6 años. Esta revisión no obstante atiende más a aspectos metodológicos y económicos por lo que disminuye el interés que tiene para nosotros. Como conclusión únicamente desta-

caremos que estos trabajos de investigación requerían una media de tiempo para su desarrollo de 3 años, lo cual indica, a las claras, que hace falta una planificación a largo plazo para poder realizar estudios serios.

Existe un tercer trabajo de revisión en 1979 patrocinado por la OMS (VUYLSTEEK, 1979) en donde se seleccionan y comentan 12 programas escolares entre 50 pertenecientes a Europa. Según su opinión muchos programas todavía tienen una orientación demasiado tradicional (excesivo énfasis en la información, modelo médico del fenómeno droga, excesivo papel del profesor, etc.) pero ya se nota el interés en incluir ideas innovadoras. Se han puesto en marcha unos pocos programas con una orientación totalmente distinta y con una concepción nueva de la educación sanitaria. Más que un análisis de la bibliografía publicada en un análisis de la implementación de la educación sobre drogas en un momento determinado en Europa.

Goodstadt nuevamente publica en 1980 una interesante revisión de los trabajos que habían mostrado evidencia negativa publicados hasta la fecha (no incluyendo aquellos trabajos que tiene que ver sólo con el trabajo). Son únicamente 15 los trabajos que consigue reunir que cumplan unos mínimos experimentales y que hayan mostrado resultados negativos. La mayor parte de ellos refieren aumentos del consumo o una actitud más "liberal" hacia las drogas como resultado del programa educativo. En todos los trabajos se consiguen también resultados positivos. Del análisis de los programas no se podían determinar características comunes que explicasen el porque de sus resultados negativos. Por último señalar que, a excepción de dos, el resto presenta problemas importantes de rigor experimental. Estos fueron sus hallazgos, pero más interesantes son sus opiniones sobre los resultados negativos de los programas de educación. No cree que necesariamente un aumento del consumo o un pase a actitudes más liberales hacia las drogas sea algo forzosamente negativo. En cuanto a las actitudes existe evidencia de que en ocasiones el paso a una postura más liberal se asocia a un descenso del consumo. Cabe pensar que tras un programa de prevención desapadezcan ansiedades irracionales e injustificadas en relación con las drogas y esto lleve a una actitud menos rígida y menos defendiva sin que eso deba interpretarse como necesariamente malo. Por último, y especialmente en lo que hace referencia a programas basados en la toma de decisiones, al hacerse énfasis en el individuo más que en la droga misma, puede parecer que se ha pasado hacia una actitud más liberal respecto al uso de drogas pero esto no tiene poque corresponderse con un mayor uso. En cuanto a si, en algunos casos, los cuestionarios muestran un aumento del consumo

tras un programa de prevención, ello puede ser devido a los efectos del mismo programa que aumente la sinceridad de los pacientes. Pero incluso en el caso de que este aumento en el consumo fuese real, y no sólo porque los estudiantes han perdido el miedo a decir su consumo real, recoge el comentario de Blum quien surgiere que como resultado de estos programas de educación hay chicos ya predispuestos que se inician en el consumo, lo cual ya era altamente posible que esto ocurriese de todas maneras, pero que como su resultado de su participación en el programa cabría esperar un uso controlado. La conclusión podría ser según Goodstadt, que en el diseño de los programas no fuese una condición sine qua non el conseguir reducir el consumo o llegar a actitudes más conservadoras hacia las drogas y que el objetivo fuese en cambio conseguir un uso de drogas controlado y sin problemas.

Otra revisión a la que hemos tenido acceso esta publicada en 1980 por Kinder (KINDER et al. 1980) sin que aporte demasiadas novedades. Además de los 25 trabajos que cita, excepto 2 que están publicados en 1977, el resto son previos a esta fecha. Hace referencia en la introducción a que los trabajos publicados concernientes a la evaluación de programas superaban con creces los 100. En sus conclusiones insiste en los aspectos habituales de falta de rigor metodológico de los trabajos de evaluación, de la inconsistencia de la información en influir en el uso de drogas, de los posibles efectos negativos, etc. El único aspecto novedoso sería el de que los programas con adultos -por tanto, nos salimos del ambiente escolar- puedan ser en algunas situaciones eficaces.

También en 1980 hay un informe de la UNESCO (UNESCO, 1980) titulado: "Las tendencias del consumo de drogas y la educación preventiva en los países industrializados". Se trata de un material de trabajo para una reunión de expertos de 21 países que tuvo lugar en Lisboa en septiembre del mismo año. Más que sacar conclusiones lo que pretende es exponer la situación en los diversos países. Se puede comparar las diferencias de medios y el desarrollo que este tipo de educación posee en los diversos países, resultando favorecido naturalmente los USA donde existe una movilización de medios importante relacionado, entre otras cosas, con la mayor antigüedad del problema, endicho país. Estos trabajos de organismos internacionales son, la mayor parte de las veces, más expositivos que críticos con la situación que analizan.

Ya situados en el año 1981 nos hallamos con un amplio informe del Consejo de Europa, preparatorio de una reunión de expertos (COMITE RESTREINT

D'EXPERTS SUR LA PREVENTION DE LA TOXICOMANIE, 1981) donde se hacen aportaciones teóricas interesantes. El balance que realizan de la situación hasta el momento de aparición del informe a partir de la bibliografía disponible es el siguiente: 1º) Es posible sensibilizar más a los jóvenes acerca de los peligros de la droga; 2º) Las tentativas dirigidas a persuadir a las personas a no consumir drogas han dado más resultados negativos que positivos; 3º) Los trabajos dirigidos a reducir el consumo, unos han conseguido aumentarlos, otros disminuirlos y otros no han aceptado la situación inicial. Confirma por tanto el pesimismo sobre los métodos tradicionales de prevención escolar, que les lleva a pensar en nuevos programas que: 1. provean al individuo interesado de información objetiva que les ayude a determinarse frente a la droga en situaciones concretas; 2. estén incluidos dentro de programas más amplios de educación para la salud. "Los especialistas de la salud y toda la comunidad debe ser coresponsables de estos programas y cada vez más debe ponerse el acento sobre el compartir responsabilidades y sobre la autodeterminación" (p. 46). Tal tipo de programas suponen dificultades mayores cara a su evaluación que los programas más tradicionales.

En 1983 Moskowitz (MOSKOWITZ, 1983) publica una nueva revisión bastante interesante por su intencionalidad crítica y por estar fundamentada en bibliografía reciente. En general se mantienen las grandes conclusiones: 1) Los programas de educación sobre drogas son en líneas generales inefectivos, sobre todo a la hora de influenciar el consumo. 2) Muchos estudios evaluativos tienen grandes dificultades metodológicas y 3) Muchos trabajos evaluativos no especifican las metas del programa ni describen suficientemente la población a la que van dirigidos. Se reafirma en el fracaso de aquellos programas basados en el modelo información-conducta, pero tampoco existe evidencia suficiente para aquellos otros basados en la toma de decisiones y especialmente en los diseñaods a partir de las teorías de Bandura acerca de la "capacidad social" al ser estos últimos más recientes. Moskowitz muestra un interés especial por este nuevo enfoque pero dada la falta de corroboración científica de su eficacia sigue manteniendose el principio general de que los enfoques teóricos sobre la educación en drogas tiene poca base empírica. Más optimista se muestra sobre la prevención del tabaco donde diversos tipos de programas -incluido uno con enfoque y metodología tradicional- muestran su eficacia. Parece indudable la relación entre el éxito de estos programas antitabáquicos y el clima social contrario al

tabaco que se ha desarrollado desde hace unos años en los países civilizados. Esto le hace pensar que "el éxito en la prevención del abuso de substancias distintas del tabaco puede tener que esperar a que cambie el clima social concerniente a estas substancias". Termina indicando la dificultad y la necesidad existente en llegar a un consenso sobre las metas preventivas en drogas como el alcohol y la marihuana.

En esta revisión que acabamos de citar se hace mención a suvez a otras revisiones recientes a la que nosotros no hemos tenido acceso, pero que no parecen cambiar las conclusiones a las que llegó Moskowitz. Las citas bibliográficas son las siguientes: Evans et al. (1979); Hanson (1980); Mackintosh et al. (1981); Rothan and Byrne (1981); Schaps et al. (1981); Staulcup et al. (1979); Thompson (1978).

En otra revisión del 83, Weisheit (WEISHEIT, 1983) dice "la posibilidad de éxito parece estar todavía más lejana que hace 40 años. Lo que más sorprende sin embargo es que a pesar de una pauta ininterrumpida de aparente fracaso, la educación sobre el alcohol y las drogas, es tan popular como siempre". La posición de este autor es que la visión demasiado concreta para medir los resultados de parte de los evaluados hace que éstos sean forzosamente insuficientes, mientras que cambiaría absolutamente el panorama si se tuviese en consideración el contexto social. El tipo de soluciones que se han dado hasta ahora han consistido en afinar la estrategia (comenzando a edades más tempranas, incorporar la educación sobre drogas en un marco más general, etc.) pero desconfía de que esto sea suficiente para desmostrar la bondad de estos programas. En su lugar propone que nos fijemos en otros aspectos como el de si estos programas se acomoden a las necesidades de la comunidad, profesores y políticos quienes también tienen sus necesidades de que se haga algo.

Por último citaremos un informe del Gobierno inglés sobre prevención (Advisory Council on the Misuse of Drug, 1984) que es una puesta al día de la política a seguir en aquel país en dicha materia. En su revisión de la bibliografía existente llega a las mismas conclusiones que el Consejo de Europa en su informe del 81 y entre sus proyectos de como realizar la prevención escolar de las drogas, cree que ésta debe ser realizada dentro de un marco más amplio de educación social y para la salud.

Papel de los profesores.

La tendencia actual es que sean los profesores habituales de los alumnos quienes realicen los programas de prevención sobre drogas en lugar

de personal ajeno al centro. Tal como lo expresa uno de tantos documentos: "Se estima que la educación preventiva debe correr a cargo de un personal docente capacitado que esté acostumbrado a tener contactos con los jóvenes y que sepan inspirarles confianza, y son éstas unas características que pueden no poseer personas ejenas al centro. Existe también la posibilidad de que la información que proporcionen a los estudiantes los visitantes no sea del tipo adecuado o no sea presentado de un modo que facilite realmente la prevención... Además, la utilización de especialistas exteriores, tiende a aislar y a destacar la singularidad de la educación preventiva, cuando en realidad, a juicio de muchos maestros y profesores, es preferible tratarla como una parte normal de la disciplina a la cual haya quedado incorporada". (UNESCO, 1980). Estas serían, pues, las líneas maestras de la prevención escolar de la droga en la actualidad.

Pero tal como nosotros vemos la problemática de la prevención, no pueden ser tan categóricas las afirmaciones, ni las verdades son tan innamovibles. En efecto, ni toda la literatura es tan concluyente sobre los efectos contrapreventivos de los expertos exteriores a la institución escolar (SMART, 1974; KIM, 1981), ni los propios profesores son los que gozan de más confianza en estos temas delante de los alumnos(ver apartado de opinión de los alumnos), ni está tan claro que sea definitiva la solución aislada de diluir todo el programa antidroga en el curriculum escolar normal porque el impacto sobre el alumno se convierte en mínimo, dudándose entonces de su eficacia (SHEPPARD, et al.1985) o bién, puede resultar, como dicen los trabajos basados en la toma de decisiones, que la información y las actitudes aprendidas no sean utilizadas en el momento crítico en el que se hace la oferta (DORN y THOMPSON, 1975).

Existe todavía unas dificultades adicionales que nos harán aún más conscientes de que nos movemos en un terreno resbaladizo. Una de ellas es que el mundo de los alumnos es tremendamente cambiante. No son los mismos alumnos aquellos que en nuestro país escuchaban hace unos años hablar de drogas en sus clases, sin prácticamente ninguna experiencia en drogas ilegales y con un clima social poco preocupado por este problema, a los alumnos actuales con experiencia directa o indirecta de estos productos y con unos medios de comunicación a su alrededor que se refieren continuamente a estos temas.

Una de las cuestiones a analizar en profundidad es el papel del profesor una vez que se ha elegido una determinada estrategia a seguir. No basta con decir que la escuela, y por ende el profesor, solucionarán este

problema social como ya se hizo con la sexualidad, la salud mental, la seguridad vial, la degradación de la naturaleza, la "normalización" de los minusválidos, etc. ¿Qué piensa él del asunto?. ¿Qué piensa hacer él?, ¿Qé va a hacer?, ¿Cómo lo va a hacer?. Estas son varias de las preguntas a contestar y como veremos no es precisamente un camino de rosas

El problema viene agravado por la inexistencia de una estrategia única, consensuada y asumida que ofrecer por parte de los "especialistas" a los profesores. La oferta es de hecho muy dispar: desde un cursillo para los alumnos dirigido a mejorarles su capacidad de afirmación personal y de resistencia ante las presiones de los compañeros, hasta la negación de que ddeba existir un programa específico de prevención primaria de toxicomanías, dado que ésta debe entenderse como una labor "educativa" montada sobre las realidades ambientales del niño como son la familia, las escuelas y aquellos organismos que existen naturalmente alrededor de sus actividades espontáneas (BERGERET, 1983).

Luego hay que tener en cuenta las dificultades intrínsecas del propio profesorado que pueden ser de muy diversa índole. En un informe sobre las dificultades previsibles en el desarrollo en Francia de un programa educativo, se dice lo siguiente: "Son de esperar las máximas resistencias: la falta de motivación de los profesores y el rechazo a realizar actividades de forma voluntaria debido al deterioro de las condiciones materiales de la profesión y de la falta de tiempo". (VUYLSTEEK,1979). Esta es una situación que no tiene porqué darse en todo momento y en cualquier país, pero es algo que se debe tener en cuenta especialmente si se trata de programas de ámbito nacional y de caracter obligatorio.

Disponemos en nuestro medio de algunos estudios que pueden indicarnos cúal es la disposición del profesorado. En un estudio reciente entre la población enseñante de Mallorca (ver capítulo 5.3.) existe prácticamente unanimidad (93%) sobre la conveniencia de realizar trabajos preventivos en el centro escolar. No obstante, una gran parte de ellos (53%) opina que éstos deben correr a cargo de especialistas ajenos al centro, un grupo minoritario (21,5%) cree que la prevención solo debe realizarla los profesores motivados y otro grupo minoritario (24,1%) piensa que la prevención debe ser obra de la mayoría del profesorado. Se considera mayoritariamente (68%) que el programa será eficaz si es una iniciativa del propio centro. En otra encuesta de otra región del ámbito español (VARO, 1983) se ofrecen datos coincidentes, resultando también que la competencia de la prevención sobre drogas en la escuela la atribuyen mayoritariamente

a psicólogos y otros profesionales (normalmente ajenos al centro).

Más datos de la encuesta entre el profesorado de Mallorca indican que más de la mitad de ellos (53%) no han tocado el tema en clase y el resto que si lo ha hecho ha sido casi siempre (71%) a instancia del propio alumnado. El (92%) piensan necesaria la formación del profesorado en estos temas -porcentaje similar al de la encuesta de VARO- pero solo la mitad (46%) a través de cursos de capacitación.

Digamos que el panorama tiene sus contradicciones pues a pesar de que una inmensa mayoria (93%), tal como dijimos, cree que se debe hacer prevención escolar, sin embargo esta estrategia es acogida sólo en un tercer lugar, prefiriendo otros enfoques que no les competen tan directamente como la promoción de hábitos más sanos entre la población general y proporcionar una mejor información. Hemos visto también como es una elevada proporción el profesorado busca que la prevención escolar sea realizada por especialistas ajenos al centro.

Existe otra cuestión que tiene también su indudable trancendencia a la hora de la prevención. Se trata del propio consumo de los profesores. Es ésta una profesión cuyas características de trabajo parecen ser una fuente de tensión. En un trabajo reciente (FIMIAN et al. 1985) entre profesores norteamericanos se señala la estrecha relación entre situaciones de stress y uso de psicofármacos y alcohol, habiendo entre un 6 y un 11% de ellos que admiten una gran necesidad de utilizar psicotropos en situaciones de stress, mientras que un 3 y un 11% los estaban utilizando en aquellos momentos de una forma diaria o habitual, mientras que un 10% recurre al alcohol a dosis elevadas en tiempos de tensión.

En nuestro medio, por lo que respecta al tabaco nos hallamos con que aproximadamente algo más de la mitad de la población enseñante está constituida por no-fumadores y por un pequeño porcentaje de exfumadores, coincidiendo en ésto los diversos trabajos españoles (Grup de Treball sobre Drogodependencies, 1982; SUAREZ y DOVAL, 1984; y nuestro estudio capítulo 5.3.). En lo referente al alcohol un 53% se consideran bebedores ocasionales, un 21% bebedores sociales y un 3,3% bebedores diarios (ver capítulo 5.3.) hallando otro investigador cifras inferiores (VEGA, 1983).

¿De qué forma el propio consumo puede afectar la realización de una tarea preventiva?. En nuestro medio tenemos que un 25% no evita fumar delante de los alumnos asi como un 14% no evita beber y un 33% ni se ha planteado que ésto pueda ser un problema cuando ellos mismos aceptan mayorita-

riamente la imitación social como uno de los factores principales motivadores del consumo (ver capítulo 5.3.). En una investigación del cambio de actitudes del profesorado durante 10 años resulta que: "hay menos profesores que fuman en la escuela y los que fuman están en general más convencidos de los efectos sobre la salud del fumar, aunque continuan rehusando estar activamente implicados en actividades antitabáquicas" (CHEN y WINDER, 1985).

Abordaremos ahora la cuestión de la formación del profesorado. Este es un tema forzosamente amplio y abierto a la polémica. ¿Necesidad o no de cursos para el profesorado?. ¿Qué contenido?. ¿Obligatorios o voluntarios?. ¿Para qué tipo de profesores?. ¿En qué grado logran estos cursos sus objetivos con los profesores?. ¿Existen diferencias en los resultados de los alumnos que participan en programas que son dirigidos por profesores entrenados o sin formar?.

Parece ser general la demanda de formación de los enseñantes sobre estos temas y de hecho en muchos lugares los profesores se encuentran realizando prevención pensando que no han recibido formación especializada suficiente lo que les hace a veces sentirse incomodos e inseguros de cual debe ser su posición. En un trabajo ya antiguo (ELKIN, 1971) la actitud espontánea de los profesores era de intentar disuadir a sus alumnos de utilizar drogas, volviendose insensible a las opiniones y hechos que no cuadrasen con su opinión, con la consecuencia de que los estudiantes rechazaban sus enseñanzas por alejadas de su propia experiencia. Sin embargo -y como tantas veces ocurre en este campo- otro trabajo (BLUM et al. 1978) señala que como consecuencia de la experiencia educativa directa con los alumnos en prevención sobre la droga, los profesores más conservadores, adquirían opiniones más favorables y flexibles respecto a la prevención, al contrario de los profesores liberales que tendían a ser más críticos como resultado de su experiencia.

Los cursos para profesores -al igual de los cursos para los alumnos- aumentan sin lugar a dudas el nivel de información y no tienen efecto o no de una forma consistente sobre las actitudes, aunque parece que como efecto más descrito estaría que tienden a ser menos rígidos (FELDSTONE citado por SMART y FEJER, 1974: SHERMAN et al. 1984; DICICCO et al. 1983; SLAVEN, 1980) Como dice FAGAN (citado por DICICCO, et al. 1983) "las actitudes son bastante menos dependientes de los efectos de los cursos de formación que de características preexistentes como el tipo de trabajo (p. ej. profesor o

tutor), número de cursos a los que se ha asistido y los propios hábitos y actitudes respecto a la bebida".

Igualmente son efectivos en enseñar técnicas educativas adecuadas para la prevención como técnicas de comunicación, de resolver problemas y de aumentar la autoestima (SCHAPS et al. 1984). A pesar de todo, surge la duda de si estos cursos sirven para algo. En 1974, Smart y Fejer decían: "en estos momentos no estamos seguros de que los profesores entrenados sean más efectivos que los no entrenados" (SMART y FEJER, 1974). Las evaluaciones posteriores no son definitivas al respecto. Rose y Duer (1978) en un programa sobre cambio de actitudes de los alumnos afirmaron que era determinante en los resultados conseguidos la formación especializada de los profesores.

Otro trabajo (NEWMAN, et al. 1984) orientado hacia la toma de decisiones encontró también significativa la variable formación de los profesores, tanto para la mejora de los conocimientos de los alumnos como a su capacidad de toma de decisiones. Sin embargo, un nuevo trabajo muy bien diseñado (SHAPS, et al. 1984) con los grupos control correspondientes no desmostró logros importantes excepto para los chicos que mostraron al final del curso menos consumo de marihuana junto con una valoración más negativa de sus efectos.

Un aspecto que no se ha trabajado suficientemente es el del contenido y la forma en que se deben administrar los cursos de los profesores. Existe bastante material al respecto (EISEMAN, et al. 1984; VEGA, 1984; BEDWORTH y D'ELIA, 1973) pero pocas evaluaciones de como actúan, que metedología se debe seguir y cual es su eficacia.

Una última consideración la haremos sobre las dificultades que existen para que los profesores realicen los cursos de prevención con los alumnos de la forma que han sido previstos, existiendo bastante unanimidad en la literatura consultada sobre las importantes variaciones que se producen en su instrumentalización (MOSKOWITZ et al. 1982; VALERIO, 1984; SCHAPS, et al. 1984). En un seguimiento del programa oficial de prevención del alcoholismo en Costa Rica (VALERIO, 1984) encontró que entre 1.069 educadores sólo el 15% aplicaba correctamente el programa, no obstante que la mayoría lo encontró de fácil uso. En un trabajo ya citado de (SCHAPS, 1984) hallaron que los profesores variaban considerablemente en la frecuencia de utilización en las clases de las técnicasque les habían sido enseñadas. En países anglosajones especialmente existen profesores que creen que la meta

de todo programa educativo es conseguir la abstinencia (p. ej. del alcohol) lo cual los puede hacer entrar en conflicto con aquellos materiales didácticos que preven tanto la abstinencia como el uso moderado de algunas drogas como metas posibles (KENNEY, 1978; DICICCO, et al. 1983).

Patton (1979) llega a la conclusión de que los efectos de un determinado programa dependen más de las circustancias locales que del modelo concreto que se esté utilizando. Es muy posible que esta falta de uniformidad en la realización de los programas se inherente al fenómeno educativo y no se trata de pretender que las cosas tengan que ser necesariamente de otra manera. Pero qué duda cabe que los especialistas, los programadores y los evaluadores más les vale que tengan en cuenta estas circunstancias y no sólo atender el resultado final del programa. Esto introduce la cuestión de lo que pasa con los programas obligatorios y cuales son los profesores más adecuados para impartir educación sanitaria.

La visión de los alumnos.

No puede haber mayor distancia entre la opinión de los alumnos consignada en la literatura que hemos podido revisar y las instrucciones que hoy en día tacitamente aceptamos sobre quien y cómo deben darse los programas de prevención. Actualmente aceptamos a partir de no se sabe cuales evidencias, que los programas deben ser realizados por los profesores habituales, con la materia informativa diluida dentro del curriculum escolar habitual, evitando presentaciones espectaculares, prohibiendo la entrada en el colegio de expertos y de films sensacionalistas. Nada más lejos de los intereses manifiestos de los alumnos.

En el primer relato que disponemos (NOWALK, 1969) acerca de las recomendaciones que hacen los propios alumnos sobre unos programas de prevención en los que han participado son los siguientes: Se debe disponer de un ex-drogadicto como conferenciante invitado; hay que señalar cuales son los efectos de los medicamentos y de las drogas; son necesarias películas con gente real que esté en el programa de drogas; que estas películas sean "realistas" y que asusten; que los profesores salgan de las clases para que la discursión sea más libre, etc. Según la investigadora "estas recomendaciones y criticismos han sido escogidos por su labor en construir futuros programas y por la frecuencia en que se han recogido dichas informaciones". Era un estudio sobre 1.044 alumnos.

Existía la convicción entre los programadores de trabajo de prevención, durante la década de los 70, que sólo en el caso de estudiantes con una actitud positiva hacia el aprendizaje y en que el dispendador del programa estuviese en una posición de alta credibilidad se pueden conseguir cambios de actitudes. "Parecería que un comunicante con alta credibilidad puede provocar una discursión entre la audiencia que facilite un mayor cambio de actitud que otro con bajo nivel de credibilidad en que es más fácil hacer caso omiso de sus puntos de vista". (BROWN, 1975). "Es por ello que cualquier profesor lo tiene difícil para ganarse la confianza de los jóvenes sobre su abilidad para enseñar objetivamente sobre drogas. Es por ello precisamente que otros personajes como los propios compañeros del alumno, el ombudsmen y el tutor han sido sugeridos como profesores más eficaces para la educación sobre drogas". (GIBBINS et al. 1975) según una publicación de la Addiction Research Foundation of Toronto aportando la correspondiente bibliografía.

La bibliografía que hemos utilizado es también concluyente sobre este punto. Prefieren a los ex-drogadictos (NOWALK, 1969; DEMBO y MIRAN, 1976; MACRO-SYSTEM, 1972; GEIS, et al. citado por SMART, 1974; STEPHENS, 1979; ZIMERING, 1974; PASCALE, citado por Mc. CLEAf, 1975) o a los expertos (SHEPPARD et al. 1985; GBBINS et al. 1975) o al ombudsman (GIBBINS, 1975; KIM, 1981) quieren debates en clase (DEMBO y MIRAN, 1976; ZIMERING, 1974) información sobre las drogas (ZIMERING, 1974; SHEPPARD, 1985) y películas especializadas (ZIMERING, 1974; NOWALK, 1969; Mc. CUNE citado por SMART, 1974) -aunque sobre este último punto las opiniones no son concluyentes ya que hay diversidad de opiniones (SHEPPARD, 1985). Los estudiantes están divididos en su valoración sobre la posible eficacia de los programas de prevención que han recibido creyendo algunos que son ineficaces (MACRO-SYSTEM, 1972) aunque esta visión logicamente no es general (Mc.CUNE citado por SMART, 1974; HAMMARLUND, 1979).

En una revisión reciente (SHEPPARD et al. 1985) del impacto producido en los estudiantes por los programas obligatorios recibidos sobre educación de drogas resultaba que porcentajes elevadisimos (podían llegar hasta el 81% según el curso encuestado) afirmaban no haber recibido ningún tipo de educación sobre este tema. En concreto, eran las películas, el sistema educativo que menos recordaban. Hacen los autores la salvedad de que los resultados se basan en lo que los estudiantes dicen recordar, pero que ésto ni impide que hayan podido ser influenciados aunque no tengan conciencia de

ello (aunque ésto último lo ven poco probable).

En otro trabajo (CUMMINS, 1976) se refleja también la polarización de opiniones sobre el papel de la educación sobre las drogas. Para los administradores de la política educativa habia prácticamente unanimidad es decir que el papel de la escuela debe ser el de fomentar actitudes responsables. El cuerpo de profesores estaba más dividido y casi a partes iguales elegían entre fomentar la responsabilidad de los alumnos y que el papel de la escuela es proporcionar información exacta. Los estudiantes por mayoría creían que de lo que se trataba es de que se les diese buena información. En este aspecto de la importancia que dan los alumnos a la información sobre las drogas coinciden otros trabajos (ZIMERING, 1974).

Todos estos trabajos no significan una descalificación automática del profesor como agente de la prevención a los ojos de los alumnos, pero establecen claramente cuales son sus prioridades. De lo que no cabe duda es de que la mayoría de las programaciones actuales no recogen los intereses expresados por los alumnos y hay que decir que esta nueva moda -independiente de que se esté de acuerdo con ella o no- basada en el papel central del profesor no creemos que surja de una evidencia experimental del fracaso de los agentes ajenos a la escuela.

En una revisión (SMART, 1974) de la eficacia de los ex-drogadictos no llega a demostrarse que tengan un papel definitivo -pero esto ocurre con muchos tipos de programas y con los mas variados temas- pero tampoco detecta resultados negativos. En la evaluación que realizo en el capítulo 6. en que comparo la eficacia de un mismo programa basado en la toma de decisiones, realizado por profesores y expertos ajenos al centro, mostramos -dentro de la limitada eficacia de estos programas- que los expertos conseguian mejores resultados en general sin que hubiesen problemas contrapreventivos. Incluso, dentro de la misma investigación y en un trabajo no publicado no se conseguía mostrar aspectos contrapreventivos en un programa llevado a cabo por la policía con la utilización de películas y con un enfoque un tanto tremendista.

Por consiguiente, los cambios de estrategia hay que atribuirlos muchas veces a intuiciones, buenos deseos, mitos científicos y a una cierta huida hacia adelante. No cabe duda que el terreno es difícil, quizá sea conveniente recordar a Stevenson (citado por BLUM, 1976) cuando resume su visión del aprendizaje de los niños, llegando a las siguientes conclusiones: 1) No es facilmente predictible el aprendizaje del niño por lo de su planifi-

cación no es cuestión sencilla. 2) Las expectativas lógicas y con sentido común pueden no resultar en la práctica. 3) Los niños pueden aprender más de lo que no estaba programado expresamente como materia de aprendizaje. Gran parte del aprendizaje cotidiano del niño parece ser más incidental que intencional. 4) Existen muchos tipos de aprendizaje y cada niño varía en su capacidad para cada uno de ellos, lo cual hace la planificación uniforme de programas alejada de la realidad.

Una fuente adicional de problemas viene dada poque los jóvenes muestran un interés mayor por fuentes de información en el tema de drogas que no son precisamente ni los padres ni los profesores como muestran muchos estudios y además con la particularidad de que los más proclives al consumo o los que ya han hecho sus primeras experiencias son precisamente los que menos confían en las fuentes tradicionales (SMART citado por BLUM, 1976; capítulo 5.1.y 5.2.) y prefieren a sus propios compañeros o los medios de comunicación social que forzosamente proporcionarán una visión más distorsionada del mundo de las drogas.

Existe, por último, otra cuestión referente a los alumnos y es la de que algunos trabajos (GOLDSTEIN citado por SMART, 1974 y nuestro propio estudio epidemiológico de los capítulos 5.1. y 5.2.) muestran como los menos informados sobre problemas de las drogas son los que menos consumen. En ocasiones se hace la extrapolación de que es mejor estar menos informados porque así se evitará el consumo. Pero esta deducción es incorrecta dado que poseer mayor o menor información -se entiende sin recurrir a haber pasado por programas preventivos de tipo informativo- está en función del estilo de vida que se "decide" llevar. Si se decide un estilo extrovertido socialmente hay mayores posibilidades de estar más informado y de consumir más, si por el contrario el estilo de vida es más "tranquilo" se dispondrá de menos información y menos posibilidades de consumo. Por tanto, el aumentar la información desde un programa preventivo no tiene por qué aumentar el consumo, dado que éste estaría más bien ligado al estilo de vida. No obstante, no cabe duda que cada uno de estos subgrupos tendrá una forma distinta de procesar la información y el impacto consiguiente será distinto.

Papel de los padres.

La influencia de la familia en la adquisición de hábitos toxicofílicos parece fuera de discusión. Evidentemente no es una causalidad directa, inmediata y hay que entenderla incluida dentro de la pluricausalidad del fenómeno droga. Todos los estudios señalan que los hábitos de consumo de los padres tiene su traducción en los de los hijos. En nuestro trabajo epidemiológico entre estudiantes de enseñanza media vemos como el consumo no sólo del alcohol y tabaco sino también de productos farmacéuticos se relaciona significativamente con el consumo de drogas legales e ilegales de los hijos. Por la edad de nuestra muestra no se puede hablar de la existencia de auténticos drogadictos por lo menos en lo que a drogas ilegales se refiere, es decir que muchos de estos consumidores no pasarán a un auténtico abuso, para lo que habrá que tener en cuenta además otros factores. Ya hemos hablado de la policausalidad, y el consumo familiar no es el único factor que se tiene en cuenta como factor etiológico proveniente de la familia. Se habla de las carencias identificatórias del futuro toxicómano facilitado por familias sincráticas pasivas, es decir familias en que los roles parentales son difusos e inconsistentes, o por familias en los que falta uno de los padres en el sentido físico o afectivo. (BERGERET, 1984).

Al igual que en otros estudios, hemos comprobado en nuestros trabajos (ver capítulos 5.1. y 5.2.) que el menor consumo está relacionado con la proximidad a la familia y otras figuras institucionales (profesores), mientras que la menor dependencia hacia estas personas y una mayor presencia de los amigos se relaciona con un aumento del consumo. Destaca igualmente la poca presencia que tienen los padres (5,1%) y los profesores (4,7%) como fuentes de información entre los alumnos.

Por todo lo anterior parece obvio plantearse el papel de los padres en la prevención de la droga. No obstante la relación padres-hijos es suficientemente compleja y la cuestión de las drogas es sólo uno de los problemas de los hijos, como para no caer en un reduccionismo y tratar de influir en esta relación con la única pretensión de disminuir el consumo de drogas. Por lo tanto, no creemos que toda acción llevada a término en este campo de la familia (y de la educación en general) tenga que tener como única meta la reducción del consumo de drogas de los hijos. Lo que ocurre en la práctica es que normalmente un cierto reduccionismo es inevitable pues los padres a veces sólo se movilizan cuando tienen el problema frente a ellos.

La situación actual tiene dos vertientes muy opuestas, en lo que al papel de los padres se refiere, según nos fijemos en Europa o en los Estados Unidos. La situación europea puede ser resumida así, acogiéndonos a un informe sobre la situación en Alemania: "La prevención del abuso de drogas puede ser incluida también en las actividades de las asociasiones de padres. Sin embargo, los resultados son que los padres se resisten a considerar que la cuestión tenga que ver con ellos mismos hasta que surge el problema" (NILSON-GIEBEL, 1980). El comité de expertos del Consejo de Europa anunciaba el siguiente principio: "Debe considerarse seriamente una mayor utilización como educadores de los padres, compañeros y otras personas competentes de la comunidad (distintos de los profesores) como un medio de reforzar los resultados positivos de los programas de educación en materia de drogas" (Comité Restreint d'Experts sur la Prevention de la Toxicomanie, 1981). A pesar de estos buenos propósitos en España y en el resto de Europa la participación de los padres en programas de preveción de la droga sigue siendo mínima, mientras que las asociaciones de padres de toxicómanos tienen un mayor protagonismo -tampoco muy considerable. Más allá de las consabidas resistencias de los padres a participar en un programa por no querer pensar que tenga que ver con ellos, tendiendo a depositar su confianza en las instituciones para que sean ellas las que resuelvan el problema, también habría que considerar las resistencias de los propios profesionales. Efectivamente es muy posible que éstos tampoco ésten muy convencidos de cual debe ser el papel de los padres y teman que un mayor protagonismo de éstos pueda desencadenar una dinámica de imprevisibles resultados.

En Estados Unidos la situación actual es bastante distinta. Suponemos que influyen sobre todo dos factores: 1) una historia más larga del problema de las drogas y de programas de prevención escolar, con su eficacia siempre relativa; 2) una mayor tradición y confianza en los movimientos de autoayuda (Salvation Army, Alcohólicos Anónimos, etc.). Desde el año 1969 por lo menos hay sugerencias de que los padres intervengan en la educación de la droga de los jóvenes (MERKI citado por BRAUCHT, et al. 1973) pero es en 1977 cuando se dispara la participación de los padres, existiendo en 1983 más de 4.000 organizaciones oficiales de padres (LINDBLAD, 1983) en lo que se ha definido como "nueva frontera" en prevenir el abuso de drogas (DUPONT, 1980). Según Lindblad (1983) los padres se han convertido en la fuerza preventiva más influyente del país,

siendo un movimiento que se diferencia de antiguas asociaciones de padres en 1) el ritmo vertiginoso de su crecimiento, 2) la energía con que defienden sus posiciones y su prontitud para asumir responsabilidades y 3) estar desarrollando su propio saber en la materia. Sus actividades desde la presión para conseguir legislaciones más restrictivas, al control directo de los hijos o a prohibir "cualquier programa educativo, preventivo o terapéutico que abogue o permita el uso responsable de drogas ilícitas incluyendo el uso del alcohol para menores" (VESNOSKA, 1983). Lo que seguramente alarma a los profesores es a dónde puede llevar un movimiento nacido reactivamente a "la inquietud, el temor y la indignación de los padres de toda juventud del país" (LINDBLAD, 1983). No obstante en los Estados Unidos se apoya desde instituciones oficiales este mivimiento con programas televisivos como "Chemical Career" solicitando la partici- pación de los padres en las reuniones de las organizaciones locales y a servir como fuerzas de choque para combatir el uso de drogas (LAUDEMAN, 1984). Existen también salidas profesionalizadas para implicar a los padres en la tarea educativa de las drogas (COOMBS, et al. 1984).

El reto para Europa y para nosotros, los profesionales, consiste en conseguir interesar a los padres en las tareas educativas, a movilizarlos al margen de las instituciones sin tener que recurrir a tácticas de miedo o culpabilización. Pero nos tememos que los profesionales también participan del problema del "institucionalismo" y les puede ser difícil renunciar a ciertas formas de trabajo aprendidas y consolidadas quedando como solución el quejarse de la falta de participación -y en concreto de los padres- en las tareas educativas.

Tabaco.

El tabaco merece una consideración aparte, pues a diferencia de los programas dirigidos a otros tipos de drogas, los que tiene que ver esclusivamente con la prevención del tabaco han mostrado su eficacia sin lugar a dudas. En una revisión de la evidencia sobre este tipo de prevención (MOSKOWITZ, 1983a)se estudian 6 trabajos todos ellos con resultados positivos, independientemente de la metodología adoptada (modelamiento a partir de la utilización de los compañeros, técnicas de autoafirmación, información de los efectos del tabaco a corto plazo, información sobre los efectos a largo plazo) llegando a funcionar incluso

programas de corte tradicional. Entre las recomendaciones para conseguir el máximo de eficacia para este tipo de programas está la de dirigirla a las edades más tempranas o aprovechando la "natural" actitud antitabáquica propia de estos momentos, así como procurando que el programa incluya al máximo de alumnos de la misma escuela para influir así sobre las actitudes del colectivo y las normas de grupo adecuandolas a las individuales. Este aspecto de que varian en su eficacia los programas según afecten a pocos o a muchos alumnos de una misma escuela es muy valorado por este autor también para programas dirigidos a otros tipos de drogas (MOSKOWITZ et al. 1984). Según este autor no habría todavía evidencia sobre el efecto positivo de la prevención escolar en fumadores habituales, que normalmente se dan sólo en los cursos superiores.

Los trabajos que he consultado son también afirmativos respecto a su eficacia preventiva, especialmente los que son monográficos en el tema del tabaco. Dos programas con una estrategia muy similar basada principalmente en resistir las presiones sociales, información sobre los efectos del tabaco a corto plazo y facilitar la identificación con líderes no-fumadores muestran resultados positivos importantes. Uno de ellos (HURD et al. 1980) muestra como el aumento de fumadores regulares se dobló en la escuela control y también hubo en ésta menos alumnos que dejasen de fumar, según pudo comprobarse con los autoinformes de los alumnos corroborados por el análisis de la saliva con tiocianato. El otro trabajo, (BOTUIN et al. 1980) mostró un éxito de un 75% en reducir el número de nuevos fumadores. No obstante este éxito fue del 100% entre los más jóvenes (alrededor de 14 años), 75% entre los medianos (unos 15 años) y 44% entre los mayores (unos 16 años). Un tercer trabajo inglés (GILLIES y WILCOX, 1984) evaluando el proyecto "My Body" que muestra el funcionamiento de los aparetos cardiovascular y respiratório, conteniendo un apartado antitabáquico, muestra que los alumnos que siguieron dicho programa tenían menos de la mitad de posibilidades de fumar que los del grupo control al cabo de dos años.

Sin embargo aquellos programas en que el tabaco está incluido entre otras drogas no consiguen efectos tan consistentes (MOSKOWITZ, 1983 y nuestra propia experiencia ver para ello capítulo 6) siendo a pesar de ello normalmente uno de los aspectos más beneficiados entre los escasos resultados que suelen conseguir estos programas más amplios. Algún programa (Mc.ALISTER et al. 1980) sin embargo consigue tan buenos resultados como los monográficos en tabaco, logrando que la proporción de los que empiezan

a fumar descienda por debajo de la mitad del grupo control. Sería interesante profundizar en las causas que producen resultados tan diversos entre los trabajos especializados en el tabaco y otros en que el tabaco está incluido junto a otras drogas e incluso plantearse la prioridad de programas antitabáquicos sobre otros más globales especialmente si se sustenta la hipótesis de alguna relación de causalidad entre el consumo de tabaco y el iniciarse en el consumo de las drogas (aprendizaje escalonado).

A nadie se le escapa que el éxito de los programas preventivos en reducir el tabaquismo tiene que ver con el nuevo clima social sobre el tabaco que a ido instaurándose de forma firme y paulatina, condicionando por el descenso experimentado en algunos países civilizados en el número de fumadores, hecho que viene ocurriendo desde el año 1983. La prueba de que estas modas están pesando la tenemos en que en nuestro medio en una muestra de estudiantes de enseñanza media (ver capítulo 6.5.) un 74,7% se había planteado en los últimos cuatro meses abandonar el tabaco o por lo menos fumar menos, sin que la frecuencia de dicho deseo viniese influenciada por haber participado o no en un programa educativo de toma de decisiones. Cuestiones de moda influyen también seguramente para que en la actualidad haya más mujeres entre los nuevos fumadores y menos entre los que dejan de fumar.

En una revisión (KINDER, 1980) de los efectos de programas basados en el miedo, estos no conseguían mostrar su eficacia excepto en un programa (SMART y FEJER, 1974 b) en el que se ofrecían mensajes basados en el miedo respecto a una droga inexistente denominada "Mot", consiguiéndose actitudes negativas y menores expectativas de uso respecto a esta droga, lo que no se consiguió en el mismo trabajo respecto a la marihuana. Creemos que este hallazgo abona la idea de que los programas de prevención funcionan mejor -o quizás funcionan únicamente- cuando se encuentran con un ambiente social coherente y sin posicionamientos contradictorios o ambivalentes hacia el uso social del producto (como ocurre muy especialmente con el alcohol y la marihuana y últimamente con la cocaína).

ALGUNOS MITOS SOBRE LA PREVENCION ESCOLAR

Al recien llegado al campo de la prevención se le enfrenta de una forma directa o indirecta a una especie de decálogo que reune lo que se puede o no se puede hacer en dicho campo. Los profesionales que llevan más tiempo también tienen su código de verdades y lugares comunes que lógicamente condicionan su trabajo y su teorización. La existencia de una discurso dominante nos parece ineludible en cualquier área de la actividad humana. No podemos estar en eterna crisis y poniendo continuamente en duda las "verdades" sobre las que fundamentamos nuestra práctica. Pero lo contrario, considerar como inamovibles algunas certezas que todavia no han tenido tiempo de ser suficientemente contrastadas, puede ser cuando menos una ligereza y en todo caso una comodidad que empobrece el camino de la investigación y que consolida prácticas que tienen una fundamentación insuficiente.

A lo largo de nuestra exposición, y en sus diversos apartados, hemos intentado no ocultar las contradicciones e insuficiencias del estado actual de la investigación en un intento de desmitificar -esperemos que no de desmoralizar. Hemos visto, por ejemplo, como el empleo de personal ajeno al centro escolar no es una cuestión cerrada, como tampoco lo es la bondad universal del empleo del profesorado. Existen otras temáticas que aparentemente tenían el aspecto de cuestiones conclusas, cuando la literatura consultada no parece ser tan determinante como podría esperarse. Hemos escogido como ejemplo la utilización del miedo en prevención. No pretendemos hacer un análisis exhaustivo sino introducir simplemente algunos elementos de discusión.

Técnicas que utilizan el miedo.

"El miedo no es una táctica adecuada en la educación sobre las drogas" reza una de las conclusiones de una reunión de expertos de la UNESCO (Reunión de expertos sobre la Coordinación de la educación escolar y la extraescolar relativas a los problemas relacionados con el uso de drogas, 1980) y lo argumentan de la siguiente manera: "Un gran número de investigaciones han puesto de manifiesto que la vertiente de los programas tradicionales basada en el temor no dá resultado. Aunque hay quienes

afirman que han logrado éxito utilizando técnicas de este tipo a corto plazo, las investigaciones demuestran que los efectos a largo plazo son mínimos". En relación con esta última afirmación cabría puntualizar que pocas técnicas, por no decir ninguna, han demostrado su efecto a largo plazo, por tanto este no es un hecho imputable exclusivamente a las que utilizan el miedo.

Veamos qué pasa con las numerosas investigaciones que se aducen para corroborar las insuficiencias de este tipo de técnicas. Tenemos la impresión de que es bien poca la evidencia que existe al respecto, entre otras cosas porque desde hace unos diez años este tipo de enfoque ha pasado de moda con lo cual no ha habido prácticamente investigaciones diseñadas al efecto y las anteriores tenían importantes problemas metodológicos. Existió una etapa en la década de los sesenta y a principios delos setenta en que se abusó de este enfoque y además fue utilizada irracionalmente y sin respetar la verdad científica, con lo cual el descrédito del programa ante unos alumnos mucho mejor informados estaba asegurado. Braucht (1973) hace referencia en su revisión a varios autores que "apoyan la opinión común de que las tácticas destinadas a asustar son pobablemente ineficaces y deben ser evitadas". No hemos tenido acceso a los artículos originales pero tenemos la impresión de que hacen referencia a programas con una carga irracional de temor, corriente como decíamos en los programas de la época (KINDER, 1980). Según Smart y Fejer (1974 b) de la Addiction Research Foundation de Toronto a pesar de las afirmaciones de que no se debe utilizar el miedo "no se ha realizado investigación alguna sobre el valor del temor a inducir cambios de actitudes o conductas relacionadas con el consumo de drogas". Todas las revisiones importanes, según ellos, no hacen mención a las drogas excepto el tabaco. Veamos lo que dicen estas revisiones respecto al tabaco. En una de ellas seis estudios han demostrado que los que incluían mensajes más fuertes obtenían mejorees resultados, mientras que algún otro estudio no hallaba ninguna relación o incluso tenía resultados negativos.

Quizás conviene aclarar a estas alturas que el miedo tiene unas connotaciones casi obligatoriamente negativas que nos hacen casi automáticamente pensar en el rechazo a técnicas que lo utilicen. Pero queríamos aportar la reflexión de que continuamente se emplean con nosotros tácticas "educativas" que tienen al miedo como telón de fondo. Nos referimos a la publicidad dirigida a que vacunemos a nuestros hijos, a que

nos vacunemos nosotros mismos -p.ej. del tétanos-, o la información al final del puente de vacaciones de que han muerto tantos individuos, o a que paguemos a tiempo y sin fraude nuestra deuda fiscal.

Desde el año 1974 hemos conseguido reunir cuatro trabajos en que se hace intervenir la variable miedo o temor. El primer trabajo es de Smart y Fejer (1974) y estudia el valor persuasivo de tres niveles de utilización del temor en relación con la marihuana y una droga inexistente denominada Mot. Los mensajes que intentaban producir máximo temor entre los alumnos informaban de que, con una cierta probalidad, dichas substancias producían dependencia, que con una cierta frecuencia causaban reacciones de ansiedad y pánico y que podían llevar al consumo de drogas más fuertes como el LSD. El mensaje más débil quitaba importancia a los efectos desagradables de estas sustancias o mantenía que no estaban suficientemente probados. Los resultados para la droga inventada, Mot, fueron tanto más positivos (intención de no probar dicha droga) cuanto mayor la intensidad alarmante del mensaje recibido. Con la marihuana no hubo diferencias significativas entre los tres niveles y el grupo control sin mensaje especial, pareciendo que lo que tenía verdadera influencia era haber probado el producto.

Otro trabajo (FRITZEN y MAZER citado por KINDER, 1980) del año 1975 muestra que el grupo de alumnos que recibió mensajes más aversivos hacia el alcohol presentaban al cabo de una semana actitudes más negativas hacia el consumo de dichas bebidas en comparación con el grupo control y con el de mensajes menos dramáticos. No se consiguió, sin embargo, ningún cambio que afectase al consumo real.

Un trabajo bastante conocido es el de De Haes y Schuurman (1975) en que compara con un grupo control tres tipos de tratamiento: 1) enfoque subrayando los aspectos negativos de las drogas, 2) enfoque de hechos sin comentarios subjetivos, 3) educación para las relaciones interpersonales o base de discursiones sobre sus problemas y sólo tratando la cuestión de la droga si surgía. Los resultados fueron un aumento de la información en los cuatro grupos pero más en los 1 y 2 aunque con el tiempo se disluyó la diferencia. En cuanto a las actitudes se liberalizaron respecto al uso de drogas mostrándose contrarios a su prohibición en el grupo 3 de educación para las relaciones interpersonales, mientras que en el 1 se pensaba claramente que las drogas eran peligrosas y que debían ser prohibidas. Sin embargo un 7,3% de este último grupo comenzó a consumir marihuana después de terminar el curso frente a solo un 2,6% del grupo 3. En el grupo control

se había producido 3,6% de nuevos fumadores. La conclusión es que ninguno de los tres enfoques es claramente preventivo, todos produjeron una mezcla de buenos y malos efectos, sin embargo los autores se decantan por el enfoque educacional en las relaciones interpersonales pues según los maestros ayudan a crear un clima positivo en la clase. Se hace referencia a que un cierto número de trabajos americanos informan de resultados prometedores dentro de este enfoque.

El último trabajo consignado es el de Williams et al., (1985) que tratan de mostrar como la retención de una información es función de la "credibilidad" del comunicante bajo unas condiciones de miedo, demostrando que de esta forma la información persiste mejor en el tiempo, sin embargo no se consiguieron efectos sobre las actitudes, aunque piensan que quizás no se han detectado todavía debido al tiempo de latencia (sleeper effect).

La conclusión parece obvia. Ha habido poca investigación y las evidencias son pocas y contradictorias, y en todo caso no más negativas que en otros aspectos analizados.

Hemos dedicado bastante espacio a un aspecto aparentemente obsoleto de la parafernalia de la educación sobre drogas. Hay dificultades para encarar directamente el problema aún a sabiendas de que muchos programas pueden acabar siendo utilizados por algún profesor como reedición del cuento del palo y la zanahoria, y de que parte de los alumnos se sienten incómodos ante la presentación aséptica de los efectos de la marihuana exigiéndonos que seamos mucho más drásticos.

Pensamos que es difícil para alumnos e impartidores de programas liberarse del fantasma del miedo (que podrá disfrazarse en forma de miedo o protesta ante las consecuencias de la ley, o la reacción de los padres, etc.). Cuando decimos que no se deben dar mensajes sensacionalistas sobre la droga porque esto despierta su curiosidad y por lo tanto aumenta las posibilidades de llegar al consumo, nos estamos refiriendo a un sector de jóvenes . Falta saber que ocurre con el otro sector y si los primeros habrían pasado al consumo igualmente, independientemente de los mensajes recibidos.

Revisión de la formulación de recomendaciones sobre nuevos programas.

Trataremos de resumir aquí las recomendaciones que desde distintas investigaciones o revisiones se han venido haciendo desde hace ya unos 15 años, momento que se comenzó a tomar plena conciencia de que la prevención primaria no disponia de soluciones fáciles, inmeriatas y generales, acerca de como se podrían perfeccionar los programas futuros.

Distinguiríamos cuatro etapas, en función cada una de ellas del tipo de propuestas y conclusiones más frecuentemente realizadas en cada periodo. La distinción es en parte artificial, porque obviamente algunas de las propuestas se mezclan en las diversas etapas y además no tienen una concreción en el tiempo exacta.

la primera etapa coincide con el desarrollo de los primeros programas y afecta basicamente a los Estados Unidos. Es una fase en la cual todavía no se han previsto las dificultades y en que reina un cierto optimismo hacia los medios educativos como solución al problema de las drogas. Se aceptan como directrices correctas las propias demandas de los alumnos en cuanto a necesidad, tipo y forma de dar la información, etc. (NOWACK, 1969). El National Institute for Mental Health promueve varias publicaciones en 1969 y 1972 (citado por BOLDT et al., 1976) en las que se recomienda entre otras cosas:

1.- Comenzar la prevención en la escuela primaria.
2.- Examinar las condiciones de la sociedad que promueven el uso y el abuso de drogas.
3.- Proporcionar información farmacológica y legal. Diferenciar entre uso, mal uso y abuso.
4.- Evitar la exageración, la distorsión, el sensacionalismo y la moralización puesto que destruyen la eficacia de la educación.
5.- Los programas en que interviene toda la escuela en una gran asamblea, mientras se interrumpen las clases, tienen más probabilidades de aumentar que de suprimir el consumo de drogas.

Por lo que vemos el énfasis se hace en la información, advirtiendo ya de los peligros del sensacionalismo. Recordemos que es el momento en que muchos programas se basaban principalmente en infundir temor a los alumnos, a base incluso de exageraciones e inexactitudes.

La segunda etapa la hacemos coincidir con la primera parte de la década de los setenta, en que tras la proliferación de programas preventivos promovidos por la presión social de la opinión pública americana preocupada por la ámplia difusión del problema de las drogas, aparecen las primeras evaluaciones de dichos programas nada optimistas en sus resultados.

Las recomendaciones van dirigidas principalmente a recuperar el prestigio perdido y a fundamentar la prevención en bases empíricas más sólidas. Vuelve a ser nuevamente una respuesta dada desde los Estados Unidos y en menor medida del Canadá, únicos países en que existía de hecho una práctica suficiente sobre estos temas. Las instrucciones para futuros programas son muy claras y definitivas: "Todos los programas deben ser concebidos como estudios evaluativos con medidas pre-test y post-test y con un seguimiento algunos meses después del final" (SMART y FEJER, 1974 b); "parece proponer que los programas de educación sobre drogas que se hagan a partir de ahora sean planificados y conducidos como experimentos o, si no, mejor no hacerlo" (BERBERIAN et al., 1976); "una premisa fundamental en cualquier desarrollo en educación sobre drogas debe estar basada en un concienzudo análisis y estudio" (GOODSTADT, 1976); "la evaluación sistenática y bien diseñada es esencial para todo programa sobre drogas" (MATHEWS, 1975); "los programas conducidos como experimentos son seguramente la mejor forma de contestar a los interrogantes" (BERBERIAN, et al., 1976). Junto con esta preocupación por la evaluación también comienza a darse instrucciones concretas sobre algunos aspectos de la elaboración de los programas. Por ejemplo, una vez adquirida conciencia de la insuficiencia de la información como forma de afectar la conducta, se recomienda buscar otras tácticas como es la de in- cluir a los alumnos en la realización activa del programa. Pero sobre todo se han adquirido conciencia plena de la limitación de estos programas de prevención en la escuela y se insiste en que "la escuela no debe tratar de combatir los problemas de droga por separado, sino que debe hacerlo en consonancia con otras instituciones y personas de la comunidad" (MATHEWS, 1975): "la educación no puede perseguir, para ser eficaz, más que un número limitado de objetivos..." Todo objetivo exigirá un método específico, adaptado a la consecución del objetivo predeterminado, que no corresponderá normalmente a un objetivo distinto bajo el riesgo de producir efectos contrarios a los resultados deseados (DORN, 1976). Es a finales de esta etapa que Europa

comienza a hacer su aparición, con unas pocas evaluaciones (entre 5 a 10) y en general siguiendo aproximadamente las mismas preocupaciones de los americanos. "En Europa, a excepción de Suecia, no existen formulaciones claramente definidas más bien se constata la tendencia por parte de los gobiernos de publicar opiniones contradictorias junto con sugerencias, más que principios generales inequívocos" (DORN, 1976). Comienza en esta etapa una preocupación poraspectos concretos del método y que respondan a cuestiones como: 1) quién debe enseñar 2) contenido del material didáctico 3) metodología de la enseñanza 4) a quién se debe enseñar y 5) que efectos se buscan (BERBERIAN, 1976).

La tercera etapa es una continuación lógica de la anterior en la que prácticamente no aparecen elementos nuevos pero se perfilan y concretan los intereses. Se insiste en la importancia de la evaluación y en el prefeciona- miento de la metodología en el desarrollo de los nuevos programas. Aparecen varias publicaciones patrocinadas por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) de los Estados Unidos especificamente sobre metodología de la evaluación, como son los trabajos de BUKOSKI en 1979, de French y Kaufman en 1981 y French, Fisher y Costa en 1983 (FRENCH et al., 1983) y en todas las revisiones se hace especial hincapié en los aspectos metodológicos de los trabajos publicados (existencia de grupo control, definición clara de metas, pre-test y pro-test, etc.). Por otro lado se trata de ir perfilando las estrategias (toma de decisiones, clarificación de valores, grupos de crecimiento personal, búsqueda de alternativas, etc.) comparándolos entre si, buscando el momento ideal de la intervención educativa, tratando de conocer los efectos sobre cada uno de los subgrupos que componen una determinada clase, etc. La pretensión última es la de conseguir completar el gran rompecabezas a base de que cada pequeña pieza sea lo más perfecta y exacta posible, se desmenuza y se analiza el clásico modelo información-actitudes-conducta y se proponen otras alternativas. A finales de los 70 se ha creado una cierta filosofía uniforme y común consistente en proporcionar al alumno la información y la posibilidad de conocer los determinantes de su conducta y facilitarle los instrumentos para tomar sus propias decisiones.

La cuarta etapa o etapa actual, responde a la necesidad de dar una respuesta a la aparentemente escasa eficacia de los programas específicos de educación sobre la droga. Su perfeccionamiento y la búsqueda de enfoques distintos para este tipo de programas no ha dado los resultados previstos.

Se concluye que unas pocas horas de prevención escolar al año difícilmente podrán variar el sino de un comportamiento, como es el uso de ciertas sustancias, tan lleno de significaciones para el joven y que además encuentran en su vida diária múltiples refuerzos. Ante este estado de cosas hemos creido ver dos estrategias diferenciadas que denominamos, "solución americana" y "solución Europea".

La "solución americana" sigue fiel a su empeño de perfeccionar los pro- gramas específicos pero incluyendo la manipulación del contexto social en que se desarrollan. Seguramente el éxito cosechado por los programas escolares contra el uso del tabaco durante estos últimos años les ha animado a seguir en esta línea. Efectivamente, en el caso de los programas antitabáquicos, cabe pensar que su éxito está condicionado por el nuevo clima social que se ha creado en los últimos años sobre el tabaco. Cabría esperar que si cambia el clima respecto a las drogas mejoraría paralelamente la eficacia de los programas concretos. Por consiguiente, no se renuncia a la amplia experiencia adquirida en los programas "específicos". Michael Goodstadt en una conferencia reciente (Jornadas sobre la prevención de las Drogodependencias, organizado por el grupo IGIA, Barcelona, junio de 1985) llegaba a las siguientes conclusiones: 1) Fallamos porque no planificamos y no precisamos. 2) Hay que considerar que la vida es complicada y lo que conseguimos con un programa es aveces muy limitado. Hay que hacerlos más sofisticados y más amplios. 3) Hay que dedicar esfuerzo a la implementación de los programas para los profesores. En este mismo sentido de perfeccionar la técnica de los programas se expresa Moskowitz (1983) para quien el éxito de los programas es en función de que tengan en cuenta las características de los estudiantes incluyendo la edad, el curso, sexo, el desarrollo psicológico y comportamental, el uso anterior de substancias y el poseer un comportamiento problemático. Paralelamente a este perfeccionamiento de los programas estaría también la intervención en estos casos problemáticos, entendiendo por tales aquellos estudiantes que atraviesen algún tipo de crisis personal o familiar o que se conozca que han comenzado la experimentación con drogas o bien que muestren poca adaptación a la escuela. Como ya decíamos estas medidas tienen que ir conjuntamente con un cambio en el contexto social. "El éxito en prevención al abuso de otras substancias distintas al tabaco debe esperar cambios en el clima social hacia estas substancias... Una fuente de

conflictos sobre las metas de la prevención es un clima social que sostiene una diversidad de opiniones, valores y normas inconsistentes en relación con el uso y el abuso. Este clima heterogéneo dificulta el diseño de programas de educación sobre la droga que comuniquen un mensaje logicamente consistente" (MOSKOWITZ, 1983). Una solución, según Wepner (1979), para cambiar este clima favorable a las drogas es la utilización de los medios de comunicación para conseguir que la idea que les transmitimos normalmente a los jóvenes de que las drogas son perjudiciales pese a ser de que están de moda. No es ajeno a este intento de cambio de clima social el "movimiento de padres" recientemente constituido y cuya influencia es ampliamente reconocida.

La "solución europea" tal como la intuimos -tengase en cuenta nuevamente la mayor dificultad de acceso a la bibliografía pertinente que en el caso de la literatura anglosajona- parece tener sus características propias. Ya en 1979 Vuylsteek, en la redacción de un trabajo patrocinado por las Naciones Unidas sobre la situación europea, significativamente lo titulaba: "Educación sanitaria: tabaquismo, alcoholismo, drogas". Efectivamente, explica como hay que dar un salto cualitativo en estos temas, normalmente orientados desde un "modelo somático", hacia un "modelo interpersonal" y señala como orientaciones para los programas futuros en educación sanitaria de las drogas, el convertirlos en una "forma de animar a los individuos a desarrollar su capacidad y que sean capaces de establecer relaciones sociales adecuadas con los que les rodean". Existe una conciencia de fracaso de los "programas restringidos sobre el abuso de drogas" y hay que pasar a poner la confianza sobre "programas generales" en que el problema de la droga "no sea más que un elemento de un enfoque más amplio de la educación para la salud que trate de promocionar una vida sana que se dirija a un conjunto de individuos de todas las edades y que trate, entre otros casos, de la falta de ejercicio, de los errores de la alimentación, del tabaquismo, de las tensiones interpersonales, del consumo excesivo de grasas poli-insaturadas, del alcohol y de las drogas obtenidas con receta médica o ilegalmente" (COMITE RESTREINT D'EXPERTS SUR LA PREVENTION DE LA TOXICOMANIE, 1981).

Vuylsteek (1984) vuelve sobre el tema afirmando que la "Toxicomanía no debe ocupar un lugar aparte dentro de los programas de educación para la salud, ni constituirse en programas exclusivos y singulares. Es necesario considerar al individuo en su contexto, cara al problema salud-enfermedad, del que forma parte la toxicomanía. Se pueden así situar ocasionalmente y

preferentemente de forma puntual, los problemas que se suponen ligados a las toxicomanías, problemas que por otra parte pueden también dar lugar al nacimiento de otros tipos de dificultades individuales o relacionados como son los suicidios, la violencia, la marginación social, la delincuencia, etc... (la educación para la salud) debe estar orientada y realizada en la escuela, sin embargo es esencial que participen el medio extra-escolar, la comunidad y la familia y que compartan las responsabilidades de esta acción. La salud no es unicamente un elemento de la persona, sino que concierne a toda la sociedad". En términos similares se expresa Bergeret (1985 a) afirmando en una entrevista "hay que tener sumo cuidado con los programas de enseñanza sobre el alcoholismo y droga. En la prevención primaria no deben pronunciarse las palabras droga o alcoholismo". Y en otro momento dice "no tenemos ningún interés en hacer del problema de la droga un problema aparte, aislado de las angustias fundamentales que agitan a los hombres de nuestro tiempo y a los jóvenes en particular. Toda prevención inteligente y con pretensiones de eficacia debe, ciertamente, interesarse por las formas adoptadas por la angustia y la depresión humanas de las que las farmacodependéncias nos revelan los aspectos particulares" (BERGERET, 1985 b). Naturalmente la complejidad y la naturaleza de este tipo de enfoques hace: "que no deba encargarse de forma automática ni a los enseñantes ni a otro personal de la misma naturaleza la ejecución de estos programas. Debe estudiarse con interés el recurrir más ampliamente como educadores a los padres, compañeros y otras personas preparadas de la comunidad como medio de reforzar los resultados positivos de los programas de educación sobre drogas" (COMITE RESTREINT D'EXPERTS SUR LA PREVENTION DE LA TOXICOMANIE, 1981).

En la misma línea, aunque quizás más contemporizador con las diversas formas de de entender la prevención de las drogas, está un informe oficial del Reino Unido. "La evaluación sobre la droga como tal no debe recomendarse como materia separada tanto en los curriculums escolares, en otras instituciones o en los medios de comunicación (prensa nacional o local). Donde sea posible, la educación sobre drogas debe integrarse dentro de un marco de referencia más amplio de educación social y para la salud" (ADVISORY COUNCIL ON THE MISUSE OF DRUGS, 1984).

Este nuevo enfoque no está exento de dificultades. Una de ellas es el problema notable que supone la evaluación de estos programas más generales dado que las metas son menos concretas, tratar de influir sobre un estilo de vida más que sobre pautas concretas y sus resultados pueden ser a años

vista. Además se requieren nuevas técnicas o formas prácticas de realización de los programas sobre las que tampoco existe experiencia acumulada y evaluada. Otra dificultad ya insinuada, pero que querría subrayar, viene determinada por la complejidad y la naturaleza de estos programas que hace que su instrumentalización se pueda convertir en un talón de Aquiles difícil de superar. Como ya se ha comentado en estos programas no procede la asignación automática a un tipo de profesores, lo cual significa recurrir a la movilización de sectores más amplios de población, cosa que en muchos paises europeos, con una menor tradición que en Estados Unidos de movimientos de auto-ayuda, y más acostumbrados a apoyarse en las instituciones, pueden quedar en una bonita declaración de principios, sin ninguna repercusión práctica. Evidentemente éste es el reto.

Esta división que hemos realizado entre "solución americana" y "solución europea" tiene por supuesto su dosis de esquematismo. ya en el 73 (SAODAP, 1973), y a la vista de los resultados de las primeras evaluaciones, se proponia en América hablar menos de drogas y de sus problemas y hacer más bien referencia a las personas y su ambiente y en el mismo año un informe de la UNESCO (UNESCO, 1973) mencionaba la misma cuestión, añadiendo que habia que tratar de que el tema de las drogas perdiese su aura mágica que tanto fascina a los jóvenes. Es decir, que ni es una novedad la idea de realizar enfoques más amplios, ni tampoco es una exclusiva europea.

CONCLUSIONES.

El recorrido que hemos dado por la literatura especializada puede llevar a más de uno al desánimo más absoluto. En cualquier caso podría parecer que la credibilidad de la prevención escolar de la droga deja mucho que desear. Claro está que estos juicios tienen que ver con el tipo de expectativas depositadas apriorísticamente sobre este tipo de actuaciones. Cabría pues preguntarse, antes de analizar los resultados conseguidos por los programas de prevención, ¿que tipo de expectativas que mantienen respecto a estos programas y si razonablemente cabía pensar sí podían ser satisfechos dados los medios utilizados?.

Si programamos y evaluamos un curso preventivo sobre drogas, y como consecuencia del mismo no resulta de forma concluyente una disminución del consumo de drogas, parece obvio que nos sintamos decepcionados. Se nos ocurre que puede haber tres formas de reacción ante este determinado hecho: 1) Una descalificación global, reactiva y negándole toda posibilidad a la prevención escolar de la droga. 2) Una huida hacia delante planteando nuevos enfoques y metas, sin tener en cuenta la experiencia acumulada y 3) Analizar pormemorizadamente los resultados de ésta y otras experiencias y planificar el futuro sobre esta base. Por ejemplo, en el caso que recien exponíamos, cabría preguntarse si no son excesivas o ingénuas nuestras pretensiones de conseguir resultados positivos con programas que suponen como media unas 4 a 10 horas por año. Hay que convenir que con tan poco tiempo difícilmente se pueden contrarrestar los efectos de actitudes y comportamientos que acerca de las drogas tienen los jóvenes y que son el resultado de la significación profunda que tiene para ellos la dinámica del consumo de las drogas y de los múltiples resfuerzos que reciben diariamente de sus compañeros, medios de comunicación, etc. Nosotros evidentemente preferimos esta tercera posibilidad que nos permite utilizar la experiencia acumulada.

¿Y qué nos dice la experiencia acumulada? Pues que no cabe esperar cierto tipo de soluciones al problema de la droga a partir unicamente de la prevención escolar. Esta conclusión nos llega también desde otros campos que se ha pretendido utilizar la escuela como solucionadora de cuestiones tales como la sexualidad, la delincuencia, etc. Un ejemplo de lo que queremos decir, aunque no sea el resultado de una experiencia escolar, lo tenemos en un trabajo de educación comunitaria dirigido a propiciar el uso

del cinturón de seguridad en la conducción de coches. Tras una fuerte y costosa campaña en un condado inglés se consiguió aumentar el porcentaje de usuarios de un 40% a un 42%, mientras que la promulgación de una simple y costosa ley, haciendo obligatorio el uso del cinturón de seguridad para los usuarios de coches,consiguió en pocos días superar ampliamente el 90% de usuarios (citado por Ledwith en su ponencia a las Jornadas sobre Prevención de Drogodependencias, Barcelona, junio de 1985). Es decir, que en algunas ocasiones medidas legislativas o de otro tipo, pueden ser ampliamente más efectivas que medidas educativas. Se nos ocurre que un campo con grandes posibilidades inmediatas de aplicación de medidas de diversos tipos en una búsqueda de una máxima eficacia es el caso del tabaco.

Pero, indudablemente, la prevención escolar de la droga tiene un lugar y una función que cumplir dentro de un esquema general de prevención de la droga. Este papel nosotros lo entendemos a tres niveles, que hemos denominado: función simbólica, función dentro de un plan general y función concreta del programa.

La función simbólica es la que explica especialmente el éxito de que goza la prevención escolar entre los políticos y el gran público a pesar de los resultados adversos o por lo menos limitados de las evaluaciones. El problema de la droga despierta ansiedades importantes y muchas veces más allá de la racionalidad entre muchas personas. La importancia, la incertidumbre y la necesidad de hacer algo explica que se haya recurrido con tanta frecuencia a la prevención escolar como fórmula para conjurar el peligro. Si non e vero e ben trovato. Los padres saben que se está haciendo algo con sus "indefensos e inocentes" hijos y esto solo ya les tranquiliza y les permite seguir con su vida normal. Los políticos cumplen subvencionando los programas de educación que reclaman sus electores, tal como dice el prólogo del plan nacional sobre drogas: "¿Cúales son las razones que justifican un Plan nacional? Quizá la contestación más simple a esta pregunta sea que la sociedad lo reclama" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985).

Todas éstas son necesidades y ansiedades de los adultos que encuentran una respuesta en el sistema escolar, lo que supone como consecuencia una cierta desresponsabilización por parte de los padres del problema. Otros resuelven el problema por mi y yo no tengo poque cambiar ninguno de mis hábitos y concepciones. Es por ello que encontramos necesario reconducir estas demandas involucrando a los padres y a la sociedad en general en las tareas de prevención. A pesar de todo pensamos que en una sociedad compleja

como la nuestra es necesaria y lícita una cierta división de papeles por lo que tiene su razón de ser que el ciudadano piense que la escuela va a resolver una parte de ciertos problemas.

Otra función de la prevención escolar la entendemos nosotros en relación con estrategias más amplias que tengan en cuenta además otros niveles de actuación extraescolares y formando parte de planificaciones a largo plazo. A modo de ejemplo dice Walsh (1982) "la educación y la información deben ser vistos como una parte esencial de la política general sobre el alcohol. Por consiguiente, la educación puede preparar el terreno para la introducción de otros métodos de control y hacerlos más aceptables". Dentro de este apartado cabe la consideración de la educación escolar sobre drogas como formando parte de una nueva concepción de la salud que desde diversas instancias se debe incorporar en los hábitos de una población. Creemos que los recientes éxitos de los programas escolares antitabáquicos muestra como medidas escolares se complementan con programas más globales. Nos parece claro que comprender y actuar sobre estas interaciones puede mejorar los resultados conseguidos o en todo caso nos proporciona una pespectiva distinta sobre el alcance de un programa situando quizás a sus efectos a varios años vista.

La tercera función, es la que normalmente asignamos a corto plazo a cualquier programa. Esperamos de esta forma que un determinado programa sirva para aumentar la información y mejorar la toma de decisiones sobre el tabaco. Tradicionalmente es la única óptica con la que se han abordado los programas de prevención y con esta visión se ha intentado medir su eficacia. Existe una abundante bibliografía sobre este aspecto de los programas y precisamente ha sido esta visión reducida la que ha tenido como consecuencia el ver los programas como actuaciones con escasa repercusión. Es necesario pues recurrir a planificaciones preventivas amplias donde la prevención escolar tenga cabida y adquiera así su sentido pleno.

"Solución americana" o "Solución europea".

Otro aspecto que nos preocupa es el de resolver la disyuntiva planteada por la opción programas concretos o educación para la salud, que en realidad son programas concretos más actuación sobre el clima social versus educación para la salud, que de alguna forma hemos convenido en denominar "solución americana" y "solución europea". Que duda cabe de que

como enunciado de intenciones la educación para la salud ofrece un panorama más optimista y más respetuoso del hombre y además evita aquellos aspectos negativos que tradicionalmente se han asignado a los programas sobre drogas (exceso de información, dramatización y sensacionalismo, recurso al miedo, etc.) En contrapartida hay una serie de cuestiones que no están a favor como son la dificultad de implementación y evaluación y que no exista todavía suficiente experiencia en su aplicación, lo cual obliga a guardar las lógicas reservas.

Existen todavía otros elementos a considerar. El relativamente reciente éxito de los programas escolares contra el tabaco en relación con el nuevo clima social creado alrededor del hábito del fumar nos obliga a repensar en las posibilidades reales de los programas específicos. Pero donde nosotros vemos uno de los escollos importantes a salvar en países como el nuestro es el de la realización práctica de cualquier tipo de programas escolares. Ni existe una tradición en educación sanitarias en nuestras escuelas, ni sabemos demasiado del grado de voluntarismo de nuestros profesores y hay que considerar además el elevado grado de burocratización de nuestras instituciones. Nos tememos que cualquier reforma acabe en un enunciado general, en unos retoques de los libros de texto y poco más. Claro, el peligro será mayor cuanto más ámplio y general sea el programa a emprender.

No sabríamos decir si la disyuntiva que planteamos es de fondo o de forma. Parecería que el modelo americano premia los aspectos de instrumentalización como corresponde a su habitual pragmatismo mientras que la vieja Europa defiende más bién una concepción del hombre. ¿Es posible una síntesis? Existen suficientes puntos de contacto como para que se pueda intentar.

Otras conclusiones y comentarios.

Aceptando una concepción ámplia y positiva de la salud, junto con la idea de proporcionar al joven instrumentos y posibilidades para realizar sus propias decisiones y sobre todo contando con las limitaciones de las investigaciones en este campo, veamos que orientaciones pueden recomendarse:

1.- Concebir los programas escolares de prevención de la droga formando parte de una planificación más general intra y extraescolar.

2.- Definir para cada programa las expectativas, límites y posibilidades a todos los niveles, como puede ser sus efectos a corto y largo plazo, su interación dentro de un plan general, su coste económico y su utilidad social.

3.- Diseñar paralelamente en los programas pilotos y experimentales una evaluación que tenga en cuenta todos estos niveles.

4.- Dejar abiertas las posibilidades investigadoras a diversas formas de concebir la prevención escolar siempre que existan garantías metodológicas suficientes.

5.- Considerando un gran paso la inclusión de información pertinente dentro del curriculum escolar normal, ello no obstante no es suficiente para que se produzcan cambios significativos en las actitudes y el comportamiento de los estudiantes. Debe seguir estudiándose que modalidades complementarias de intervención tienen mayores posibilidades de movilizar a los alumnos hacia posiciones que puedan ejercer en mejores condiciones su capacidad de decisión.

6.- Dada la complejidad y versatilidad implícita en el fenómeno de la droga, es necesario disponer de diversos tipos de programas, de los que es necesario conocer sus ventajas y limitaciones.

7.- Excepto por cuestiones de principio o aspectos muy generales que sean facilmente realizables, todas las demás actuaciones deben dejarse en manos de personas interesadas y con una cierta preparación.

8.- Hace falta una concepción global del proceso por el que se llega al abuso de drogas. Un mejor conocimiento de esta dinámica orientaría y mejoraría la eficacia de las acciones preventivas en los diversos niveles.

3. BREVE HISTORIA DE LA SITUACION DE LA PREVENCION DE LA DROGA EN LA ESCUELA EN NUESTRO PAIS.

La prevención en nuestro país. Evolución situación actual.

Como en tantos otros aspectos de la política nuestro país, existe una disonancia entre planes y su puesta en práctica. En flecha tan temprana como es el año 1974 se reune una comisión interministerial (Grupo de trabajo por el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estufefacientes, 1975) que establece una filosofía preventiva muy acertada pero que tubo una mínima incidencia práctica.

En la memoria publicada informa que que no existe prevención en España ni para el tema del alcoholismo ni para las otras drogas, ni tan siquiera en los aspectos exclusivamente informativos. Tampoco existía una política de promoción oficial de estos aspectos, ni de formación del personal. En consecuencia se propone establecer un plan general de acción y coordinación que incluye programas de educación escolar y de formación de personal especializado.

En 1977 un nuevo estudio de la situación (MENDOZA y VEGA, 1977) llegan a las mismas conclusiones, aunque parece que se ha empezado a hacer charlas informativas, éstas últimas sin demasiado fundamento pedagógico y respondiendo más bien a necesidades puntuales creado por asociaciones, colegios, etc. Pero sin formar parte de ningún plan.

Nuevamente en 1978 los mismos autores (MENDOZA, VEGA, y SAGRERA, 1978) inician un estudio más serio para conocer más a fondo cual era el panorama nacional del momento. Solo recibieron respuesta de un 6,7% de las encuestas enviadas. Estas encuestas recibidas muestran su interés en que se haga prevención escolar de la droga. Suelen combinar su trabajo preventivo con el terapéutico que es el que en realidad cosi monopolita los recursos. Se trata sobre todo de programas de información y van dirigidos principalmente a población general, médicos, estudiantes, y educadores. No existen datos epidemiológicos, ni un seguimiento de las acciones emprendidas, la

financiación ésta a cargo de iniciativas particulares.

Estos mismos autores (BLANCO, MENDOZA y VEGA, 1979) vuelven a repetir un año despúes en el transcurso de una ponencia conclusiones similares: Falta de recursos y poca coordinación de los existentes, la evaluación inexistente, falta de interés del estado por una política preventiva, legislativa y educativa sanitaria.

En 1980 uno de estos autores (MENDOZA, 1980) presenta una comunicación titulada "Propuesta para la Formación en Farmacodependencias de los maestros y otros educaores" en el transcurso de unas jornadas para la unificación de criterios en la educación sobre drogas. Indica la necesidad de una cuidadosa planificación previa del educador en este terreno. Analiza los contenidos y la forma de dar los cursos para los educadores.

Otra vez elmismo autor (MENDOZA,1984) en un artículo de divulgación de la situación española dirigido a especialistas extrajeros, señala que solo existen en marcha tres programas experimentales en nuestro país (el del I.C.E. de la Universidad de Barcelona, el del SPOTT de la Diputación de Barcelona y el de la Comissió de Sanitat del Consell Insular de Mallorca).

Una nueva revisión de la situación española corre a cargo de P. OÑATE (1984) que realiza su trabajo por encargo del Ministerio de Sanidad y Consuno. Pocos nuevos datos son aportados por dicho trabajo que modifiquen sustancialmente lo ya conocido sobre el panorama español, pero si se detecta ya la existencia de embriones distribuidos por el territorio español en el que junto a nuestro trabajo descubrimos otros nucleos en Barcelona, País Vasco, etc. Aunque existen en este trabajo reflexiones interesantes, en general peca de un exceso de teoricismo que lo convierte en poco útil para una planificación adecuada.

Nuevamente Mendoza (1985), en el transcurso de una conferencia dada dentro de las Jornadas sobre Prevención de las Drogodependencias organizadas por el grupo IGIA en Barcelona en junio del 85, resume así la situación española en cuanto a prevención:

- Visión restrictiva de lo que es la prevención.
- No se controla la publicidad suficientemente.
- No se trabaja en educación de adultos.
- Persiste la deficiente formación y evaluación.
- La Universidad sigue de espaldas al problema.
- Se da una utilización política del problema.
- No existe una política juvenil.

Por fin aparece el Plan Nacional sobre drogas (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 1985) que en un documento con pocos planteamientos teóricos y sin una filosofía muy clara y que parece más el resultado de que casen de alguna manera en una misma planificación políticas distintas, resultado de la peculiar situación administrativa española del momento actual y la necesidad por tanto de que colaboren en un mismo plan instituciones que están de por sí poco acostumbradas a trabajar entre sí. Por ello quizás su mayor virtud sea su falta de pretensiones. En sus planteamientos teóricos no supone ningún avance respecto al primer documento oficial que sobre este asunto elaboró la Comisión Interministerial Para La Droga en 1975.

Encuesta sobre actividades preventivas en España.

Citaremos por último algunos de los resultados de una encuesta nacional inquiriendo por el tipo de labor preventiva y características de los equipos, llevada a cabo por el Centre d'Informació i Prevenció de l'Abús de Drogues como parte de la ponencia a las XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, celebradas en Palma de Mallorca en noviembre de 1985.

Se enviaron 270 cuestionarios, por correo, a las consejerías de Sanidad y de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, a las concejalías de Sanidad y de Servicios Sociales de los Ayuntamientos de las capitales de provincias, a centros sanitarios y equipos que presuntamente realizan actividades preventivas, no sólo en el ámbito escolar. Se han recibido 54 cuestionarios contestados, lo cual supone el 20% del total de cuestionarios enviados. Así, pues, el porcentaje de respuestas ha aumentado sensiblemente con respecto al que Mendoza y colaboradores obtuvieron en 1978.

El cuestionario consta de tres partes diferenciadas. La primera consta de preguntas de tipo general, que vienen a constituir la ficha de identificación de los equipos encuestados. La segunda consta de preguntas exclusivamente dirigidas a los equipos que trabajan específicamente en prevención escolar del abuso de drogas. Y la tercera consta de preguntas exclusivamente dirigidas a los equipos que trabajan específicamente en la prevención comunitaria del alcoholismo.

Descripción de los equipos que han contestado a la encuesta.

- La localización urbana de los equipos corresponde en su mayoría (75,93%) a capitales de provincia, el resto a otras poblaciones.
- La composición de los equipos indica que la moda estadística es tener un psicólogo y un AA.SS.. Psiquiatras, médicos y administrativos ocupan los lugares siguientes en cuanto a la composición.

  Es posible que el primer dato esté directamente relacionado con el número de licenciados existentes actualmente en este país en cada una de las dos especialidades y con el hecho de que el campo de las toxicomanías es uno de los que ofrece posibilidades de trabajo sin excesivas dificultades, aunque quizás no en muy buenas condiciones.

  Nuevamente hay que destacar la diferencia respecto de los resultados de la encuesta de Mendoza (1978): Ha aumentado el número de psicólogos y AA.SS., y casi han desaparecido de los trabajos de prevención los ex-alcohólicos y los ex-toxicómanos.
- La antigüedad de los equipos o centros de trabajo:
  la media de antigüedad de los equipos que han contestado la encuesta es de cuatro años, y la variación en la respuesta va de cero a diez y seis años.
- Institución o entidad de la que depende el equipo. En primer lugar destacan Ayuntamientos y Gobiernos Autónomos.
  En segundo lugar, Diputaciones y fundaciones privadas.
  Concejalías y Consejerías de sanidad y de servivios sociales se reparten el 40% de las actividades que se hacen en el país en cuanto a las toxicomanías.
  Quizás el hecho de que la mayoría de los equipos lleven trabajando cuatro años, puede tener que ver con la revitalización de las administraciones locales.
- Tipo de contratación Los contratos, en sus diversas modalidades, son la forma de vinculación laboral en casi el 40% de los casos. Las fórmulas mixtas entre los distintos tipos de contratos y las subvenciones posibilita el trabajo del 31,48% de los equipos. Las subvenciones siguen siendo la única fuente de financiación en el 16,67% de los casos.

El hecho de que sólo el 38,89% de los equipos funcione con contratos, sin entrar en las condiciones que marcan estos contratos, pone en evidencia la precariedad de las condiciones laborales en las que trabajan muchos equipos, repercutiendo esto sin duda en su rendimiento.

- Dedicación horaria semanal de los componentes de los equipos: Psicólogos, AA.SS., psiquiatras y médicos trabajan alrededor de 32 horas semanales. Administrativos y otros (profesionales eventuales, estudiantes en prácticas) trabajan alrededor de las 37 horas semanales.

  Tal dedicación horaria supone como mínimo 6 horas de trabajo diarias dedicadas al tema de las toxicomanías. Es una cantidad de trabajo nada despreciable que permite pensar que dará muy buenos resultados dentro de algún tiempo.
- Años de experiencia de los componentes de los equipos : Los psicólogos, y AA.SS. rondan los tres años y medio de experiencia. Los psiquiatras tienen una media de siete años.
- Tiempo que llevan trabajando en el equipo sus componentes: Los psicólogos, AA.SS. y médicos llevan alrededor de dos años y medio. Los psiquiatras, un poco más de cuatro años y medio. Tanto la dedicación horaria semanal, como los años de experiencia y el tiempo que se lleva trabajando en el mismo equipo, permite pensar que empieza a existir cierta continuidad y consistencia en los trabajos. También hay que tener en cuenta que los datos sobre los años de experiencia y el tiempo que se lleva trabajando en el equipo, indican que muchos equipos han empezado sus tareas a partir de la asistencia y que han ido asumiendo funciones de prevención primaria posteriormente.
- Ambito de actuación que abarca el equipo: en primer lugar el provincial, en segundo lugar el municipal, y en tercer lugar el ámbito de la comunidad autónoma.

  El hecho de que los equipos tengan ámbitos geográficos de actuación claramente definidos puede tener múltiples ventajas siempre y cuando se cuente con una coordinación efectiva que permita rentabilizar esfuerzos.

Descripción de las actividades realizadas por los equipos encuestados.

El 20,37% de los equipos encuestados hacen exclusivamente prevención, asistencia y reinserción. Sería interesante investigar la efectividad de los equipos especializados y la de los equipos que abarcan tanto la

prevención y la asistencia como la reinserción, para poder ofrecer datos que orienten a la administración local, principalmente, sobre qué tipo de equipo es el más efectivo en relación con los objetivos que se deseen cubrir

- Porcentaje del horario de la actividad del equipo que se ha dedicado durante el último año a:

  *Prevención una media del 44,5% del tiempo del equipo.

  *Asistencia una media del 56,8% del tiempo del equipo.

  *Reinserción una media del 18,1% del tiempo del equipo.

  La asistencia sigue siendo la actividad a la que se dedica más tiempo. Pero aunque no disponemos de datos para comparar, da la impresión de que las actividades de prevención están "ganando tiempo".

- Campos a los que afecta el trabajo del equipo.

  Tanto en prevención, asistencia como reinserción, la atención mayoritaria se dedica a las drogas legales e ilegales conjuntamente, sobre todo en prevención. La atención a las drogas legales únicamente es muy baja en los tres campos. Son el último mono. Es posible que esto sea debido a las presiones sociales y políticas, que muy poco tienen que ver con las evidencias sanitarias y científicas.

- Población a la que va dirigido el trabajo de prevención:

  Los grupos de población mayoritariamente escogidos como destinatarios de las acciones preventivas son, principalmente, la población general, la población escolar, los profesores, los padres y el personal sanitario. Es importante resaltar aquí que el personal sanitario se ha desplazado de un segundo lugar, según la encuesta de Mendoza de 1978, a un quinto lugar según nuestros datos. Las actividades actuales se dirigen más al medio educativo que al sanitario.

- Tipo de intervenciones que se realizan. Las charlas a los padres (62,96%) y a la población general (57,41%) son bastante frecuentes. Seguramente porque la demanda de estos sectores de población hacia los equipos especializados es elevada.

  Los cursillos van mayoritariamente dirigidos a profesores y profesionales de la salud. Seguramente por la mejor disponibilidad de estos grupos de población y por la mayor exigencia de los equipos especializados.

- Existencia de un plan de actuación con respecto a la prevención de toxicomanías en las comunidades autónomas:

  El 53,70% de los equipos encuestados dice que su comunidad autónoma

correspondiente tiene un plan de actuación con respecto a la prevención de las toxicomanías. Y de este 53,70%, el 72;5% dice estar integrado en él.

Se dan casos de que en la misma comunidad autónoma hay discrepancias sobre la existencia o no de un plan de actuación de la que depende el equipo. Incluso en algunas comunidades autónomas hay equipos que dependen de ellas y que sostienen afirmaciones distintas. Quizás sea un problema de información, falta de coordinación o de que los planes de las comunidades autónomas están poco claros.

Datos relacionados exclusivamente con las actividades preventivas.

- La mayoría de los trabajos de prevención escolar van dirigidos al nivel de EGB (91,89%).
- El % de población escolar cubierto por las acciones preventivas en relación al % teórico que deberían abarcar los equipos en función de su ámbito geográfico de actuación es del 20,5% como media.
- El 81% de los equipos afirman la existencia de una orientación teórica predominante en su trabajo. Sin embargo, al intentar definir esta orientación, la mayoría nombra tipos de actuación, como por ejemplo no intervenir directamente sobre los alumnos, o nombran fórmulas generales como la promoción de la salud. Esto indica la falta de clarificación teórica de los equipos, debida seguramente a la gran dificultad que esto tiene. De todas formas, cada vez se hace más evidente la necesidad de adoptar o elaborar una teoría que sustente y oriente el trabajo práctico para evitar el esquema acción-reacción o las actividades aisladas, concretas, puntuales y descoordinadas que suelen ser poco eficaces.
- Aproximadamente el 75,5% han realizado algún tipo de estudio previo de las características de la población a la que va dirigido su trabajo. El método más utilizado para la realización del estudio previo es la encuesta.
- En cuanto a los objetivos generales planteados son, en primer lugar la promoción de actitudes y en segundo lugar la toma de decisiones y la maduración personal de los alumnos. El objetivo de la transmisión de información se ha desplazado a un cuarto lugar en comparación con los resultados de trabajos anteriores.
- La evaluación del trabajo realizado es llevada a cabo, de una u otra

forma, por el 70% de los equipos.

- Casi el 65% tiene algún informe redactado sobre el trabajo hecho y el 35% preven modificaciones en la orientación de su trabajo. Sin embargo, muy pocos equipos nos han remitido sus informes o trabajos, a pesar de haber insistido en la petición. Hay que decir que la respuesta más habitual que recibimos fue que estos materiales estaban en elaboración .
- Los problemas de contratación, la insuficiencia de personal y las dificultades presupuestarias son los problemas principales que padecen los equipos.
- El tema de quién debe hacerse cargo de la prevención escolar divide al personal entrevistado en varias opciones, dos de ellas claramente destacadas: el 51,35% piensa que desde equipos de educación sanitaria y el 45,95% desde equipos especializados exclusivamente en prevención.
- En general, las puntuaciones de muy buena colaboración con los equipos de los distintos grupos de población son bajas. Pero, sobre todo, llama la atención que sólo el 10,81% de los padres, directores de centros y autoridades educativas sean considerados como buenos colaboradodes por los equipos en los trabajos de prevención escolar.
- La inmensa mayoría de los equipos considera que son los profesores los que deben hacerse cargo de la prevención en la escuela. Llama la atención que en segundo y tercer lugar, los equipos consideren que deben ser los padres y los alumnos supervisados por profesores los que deben hacerse cargo de estas tareas. Este dato va en el mismo sentido de la desespecialización que apuntaba Oñate en su trabajo.
- El 56,76% de los equipos dicen haber elaborado algún tipo de material didáctico. Los cursillos de reciclaje para profesores han sido organizados por el 73% de los equipos y la media de asistencia a estos cursillos durante el último año ha sido de 168 profesores.
- El presupuesto anual con que cuentan los equipos para hacer los trabajos de prevención ha sido una cuestión muy poco contestada. Lo más habitual, es decir la moda estadística, es que se disponga de unos cuatro millones de pesetas por equipo y año.
- En cuanto a las conexiones, contactos e intercambios mantenidos con otros equipos hay que decir que la mayoría de estos contactos son de ámbito nacional. El tipo de contactos consiste básicamente en el intercambio de resultados de investigación, intercambio de memorias anuales e intercambio de proyectos de investigación.

Correlaciones.

El 50% de los equipos que llevan trabajando tres años prevén modificaciones en su línea de trabajo, así como los 2/3 de los equipos que llevan trabajando cinco años. Parece pues, que los tres y los cinco años de trabajo son los puntos de inflexión en la línea seguida. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el 40% de los equipos que llevan trabajando cuatro años también se plantean modificaciones. Por tanto, la época de modificaciones está comprendida entre los 3 y los 5 años.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los equipos dicen hacer evaluación, hay que considerar que parece absolutamente normal que sólo 1/3 de los equipos que llevan trabajando menos de un año tengan algo hecho en este sentido. Sin embargo, llama la atención que sólo la 1/2 de los equipos de tres años tengan hecha algún tipo de evaluación. Esto puede ser debido a los cambios o puntos de inflexión que más arriba comentábamos. Aquí se debe plantear la cuestión de qué se entiende o en qué consiste la evaluación para los equipos consultados. En una serie de conversaciones telefónicas con los equipos que decían en la encuesta hacer evaluación, pudimos comprobar que en general se entiende por evaluación la recogida de información después de haber realizado algún tipo de intervención, pero en ninguna ocasión esta evaluación era, ni pretendía ser, experimental. Es decir, con grupo control, pre-test y post-test, etc. Queda abierta la cuestión de qué es y cómo debe hacerse la evaluación, tema que será discutido en otra ponencia de estas jornadas.

La creación de equipos dedicados exclusivamente a prevención parece ser reciente (el 50% de los equipos con dos años de antigüedad trabajan sólo en prevención). Mientras que los equipos más antiguos, se hacen cargo de prevención, asistencia, reinserción, probablemente por que fueron creados para realizar funciones asistenciales y han ido incorporando las otras tareas.

Los equipos con más antigüedad dependen principalmente de las Diputaciones y los Gobiernos Autónomos (estos últimos seguramente debido al fenómeno del traspaso de competencias). Los equipos más recientes dependen, básicamente, de los Ayuntamientos.

Los Gobiernos Autónomos y los Ayuntamientos son las instituciones que mayores partidas de su presupuesto dedican a la prevención. Aúnque casi la mitad de los equipos que dependen de los Gobiernos Autónomos se quejan de

las dificultades presupuestarias que sufren.

Los Ayuntamientos, aúnque dedican presupuestos relativamente importantes a la prevención, tienen tendencia a hacer contrato de servicios con los equipos, lo que probablemente incide en forma de inseguridad con respecto a la continuidad de la labor empezada, y esto podría explicar la escasa evaluación que se hace de su trabajo.

Conclusiones.

Estas conclusiones surjen de la comparación del panorama descrito en la primera parte de este capítulo y los resultados de la encuesta.

1.- La composición de los equipos ha variado, predominando ahora los psicólogos y asistentes sociales, e incorporándose ya algunos pedagogos. Prácticamente han desaparecido los ex-alcohólicos y ex-toxicómanos de los equipos de prevención.

2.- Junto a los equipos tradicionales que hacen prevención y asistencia, dedicando la mayor parte de su tiempo a la asistencia, ya se nota la presencia de algunos equipos dedicados exclusivamente a la prevención.

3.- La población general sigue siendo la principal destinataria de las actividades de prevención, pero ahora la atención se dedica en segundo lugar a la población escolar, padres, profesores y en último lugar al personal sanitario.

4.- La gran mayoría de experiencias ya parten de un estudio previo de la población, y realizan después una evaluación de los resultados, aunque con una diversidad de métodos que hacen difícil las comparaciones y la generalización.

5.- La información y la mejora de conocimientos, como objetivos de los trabajos, han dado paso, según manifiestan los equipos, a la promoción de actitudes y a la toma de decisiones.

6.- La idea de que la prevención debe ser parte de la educación sanitaria es compartida por la mitad de los equipos, la otra mitad piensa que es una tarea propia de equipos especializados en prevención.

7.- No obstante, la necesidad de prevención todavía no ha llegado a sectores importantes de la población,como son padres de alumnos, directores de centros, y autoridades educativas.

8.- Frente a la intervención directa de especialistas propia de hace pocos años, ahora estos especialistas abogan por la preparación de padres y

profesores en estas tareas. Incluso se ha introducido la idea de educación a través de los pares (alumnos supervisados por profesores).

9.- Los problemas de contratación, y por tanto de inseguridad en la continuidad del trabajo, junto con la insuficiencia de personal y los problemas presupuestarios, son los principales inconve- nientes con los que nos encontramos. Esto afecta a la eficacia y rentabilidad de los equipos.

10.-Es clara la potenciación de los trabajos de prevención de las toxicomanías a partir del resurgimiento democrático de la Administración Local (Ayuntamientos y Comunidades Autónomas), pero cabe preguntarse hasta qué punto esta potenciación está inspirada por criterios técnicos, sociales y sanitarios, o, por el contrario, son criterios políticos, propagandísticos y electoralistas los que sustentan todo este fenómeno.

A modo de epílogo, y para constatar que desde instancias oficiales, la educación sobre drogas en la escuela no goza -por mucho que en ocasiones se diga lo contrario- de las prioridades que yo creo se merece, veamos como entre las propuestas del Plan Nacional dicho tipo de prevención ocupa un lugar harto impreciso dentro del apartado 4. Veamos dichas propuestas:

Las líneas de actuación que la delegación del gobierno para el Plan nacional sobre Drogas propone para 1987 son la continuación y profundización de lo ya realizado en 1986, incorporando las modificaciones que aconseja la experiencia y las nuevas situaciones que se van produciendo.

1. Ejecución del Sistema de Información sobre Toxicomanías, según las indicaciones y pautas que se han venido discutiendo en 1986.

2. Potenciar recursos asistenciales adecuados e integrados en la red pública y mejorar la calidad de la asistencia que se presta actualmente, tanto a adultos como a menores.

3. Prevención y asistencia a otros problemas de salud de los drogadictos, principalmente SIDA.

4. Formación de recursos humanos dedicados a prevención, asistencia y

reinserción de drogadictos, tanto desde centros específicos como desde centros inespecíficos.

5. Alternativas a la reinserción social en el ámbito comunitario y aproximación a un sistema de información y evaluación.

6. Apoyo al movimiento asociativo.

7. Atención a la problemática de los drogadictos ingresados en el sistema penitenciario.

4. INTRODUCCION AL TRABAJO DE INVESTIGACION

Cuando a finales del año 80 iniciamos la presente investigación pocas esperanzas teníamos de que pudiese desarrollarse en todas sus fases. Las características de este tipo de trabajo, hacen que no puedan plantearse en plazos concretos y breves, condensando en 1 año todo el trabajo y los diversos pasos que lo constituyen. A ésto se debe añadir el que una investigación de esta envergadura difícilmente se puede hacer sin el patrocinio de una Institución Oficial (por el elevado presupuesto que comporta y por la necesidad de estar avalado por un organismo público que te facilite el acceso a los colegios, asociaciones de padres, etc) y en este país es difícil lograr contratos para realizar trabajos específicos que superen el período de 1 año, comportando ésto que la investigación total se subdiviría en etapas para satisfacer además de las necesidades investigadoras, otras exigencias también presentes como son las políticas o sociales, que en último termino son las que garantizan la continuidad. A finales del 85 realizabamos la última etapa propuesta, con la edición de un nuevo material escolar para profesores y alumnos como complemento de la estrategia diseñada a partir de los resultados de la investigación, de la revisión bibliográfica, etc.

Tampoco es concebible este tipo de investigaciones sin entenderlas como el resultado de un trabajo de equipo. Han colaborado desde un primer momento 2 psicólogos: Miguel Amengual y Carlos Farrés y en diferentes fases de la investigación han intervenido Mercedes Monserrat, psicóloga, Matilde Borrás, asistente social y desde el Centro de Cálculo de la Unidad de Bioestadística de la Universidad de Cataluña Erik Cobo y Alfonso Palmer. Existe logicamente más personal y profesionales que en momentos puntuales han podido intervenir, pero al no tratarse aquí de realizar una lista de agradecimientos sino de constatar la necesidad del trabajo en equipo, por la envergadura y la esencia de la investigación, no hacemos más extensiva esta relación.

¿Que se pretendió con la presente investigación?

Aunque existían diversos objetivos parciales, se pueden resumir en pretender una puesta al día para nuestro país de la problemática y de las posibilidades de la prevención escolar de la droga. Existía una amplia

experiencia en este campo en otros países, especialmente en USA, sin que se diesen conclusiones claras y definitivas. Y en el momento de iniciarse nuestra investigación no existía ninguna iniciativa seria en nuestro país a excepción de un proyecto del ICE de Barcelona que posteriormente sufrió problemas financieros importantes. Por aquellos tiempos se empezaron ya a utilizar conceptos, hipótesis y consejos trasplantados de la realidad americana y que ni respondían exactamente a lo que ocurría en América ni tenían porque adaptarse sin más a nuestra realidad social. Es por ello que entendimos necesario en aquel momento valorar alguna técnica o estrategia para nuestro país y realizar simultaneamente algún tipo de teorización.

El planteamiento inicial sigue siendo valido todavía ahora en toda su extensión a pesar de los años transcurridos, pues dicho tipo de investigación no se han precisamente prodigado en nuestra geografía, con lo cual no se puede hablar de cuestiones conclusas. Además el avance en este tipo de investigaciones es forzosamente lento porque son trabajos de varios años y la generalización de los resultados es lenta.

Por otro lado el problema de la droga sigue siendo una cuestión en alza y sin resolverse lo cual, por desgracia, hace que el tema que tratamos sea de plena actualidad. Y la terapéutica, que monopoliza los recursos económicos dedicados a combatir la droga (el 95% según un experto de la OMS) sabemos que tiene claras limitaciones en si misma para resolver el problema del drogadicto, como para contener el problema más general del incremento del uso de las drogas. Esto ha hecho a la fuerza que sean crecientes las expectativas respecto a la prevención en general, y a la prevención escolar en concreto.

Todo lo expresado refuerza la necesidad de un status científico de la prevención escolar. Hasta ahora su auge es más bien el resultado de una respuesta a veces indiscriminada a las necesidades de la sociedad. Se ha hecho mucha prevención escolar sobre todo en USA y Canadá y actualmente en Europa. Pero, la mayor parte de veces se hace en un circuito elemental estímulo-respuesta sin que haya un seguimiento y valoración de las experiencias en marcha y sin que se tenga una teorización y planificación al nivel pertinente. No es que pretendamos que la prevención escolar de la droga sea una ciencia en sí misma. Nada de eso. Se trata más bien de una disciplina subsidiaria de los progresos que se han dado en disciplinas afines: Pedagogía, Psicología del adolescente, dinámica de grupo, etc. Lograr este status científico es lo que asegurará delante de la sociedad su

continuidad lejos de los oportunismos, electoralismos, reacciones destinadas a esconder el miedo a la impotencia, etc que es lo que de momento ha avalado en parte ciertamente los presupuestos de la prevención.

Llegamos ahora a la necesidad de reivindicar **el carácter médico de la prevención** (aunque también sociológico, psicológico, pedagógico, etc). Se ha pretendido enclaustrar al médico en su "modelo médico", entendido éste como una forma menos rica, más rígida y más obsoleta del "modelo psicológico" y este a su vez siendo superado por el "modelo sociológico o social" que sería el más completo y el único que integraría todas las variables. Si bien a modo de ejemplificación y simplificación didáctica la utilización de estos modelos ha podido tener su utilidad, en contrapartida pueden haber tenido la consecuencia de relegar al médico a una caricatura de lo que es el tratamiento, entendido éste unicamente en sus aspectos más biológicos. Reivindicamos desde aquí que el campo de la prevención es un hecho también médico, que tiene cabida dentro del modelo médico -aunque desde luego no es exclusivamente médico. Creo por tanto que mi dedicación a esta actividad de la prevención escolar debe incluirse dentro de las actividades tipicamente médicas, aún cuando necesitará -¿quien no?- utilizar instrumentos prestados desde otras disciplinas. Lo mismo le ocurrirá al psicológo o pedagogo que se aventure en el terreno de la prevención: se verá forzado a recurrir a la metodología o conocimientos desarrollados por otros profesionales.

La investigación que nos propusimos en un primer momento consistía en poner a punto y evaluar una estrategia de intervención en el medio escolar para prevenir el abuso de drogas. Trabajos similares habian sido desarrollados en otros medios como ya hemos dicho (sobre todo USA y CANADA) e interesaba conocer si estrategias similares podrían ser adaptadas a nuestro país. Dado que se conocia relativamente poco de la situación del escolar en nuestro país, se hacia imprescindible incluir en el estudio una investigación a fondo de las características del escolar para poder decidir si la metodología utilizada por los americanos tendría algunas posibilidades entre nosotros o bien nos hallabamos con que la población estudiantil nuestra difería radicalmente, lo cual nos llevaría a pensar en técnicas nuevas y distintas. También habría que valorar el grado de motivación y preparación existente entre el profesorado de nuestra región, pues las condiciones laborales, sociales u educativas difieren entre los diversos países. Intento decir con esto que dada la escacez de trabajos en

este campo en sus diferentes niveles me vi en la necesidad de detenerme en cada una de las etapas, diseñando un estudio completo para cada uno de ellas, a fin de conseguir unos fundamentos aceptables en el momento de hacer el tratamiento experimental. Caso contrario nos exponemos a no saber a que atribuir los resultados conseguidos y en todo caso sin saber si son extrapolables. Era pues del todo necesario explorar con profundidad cada uno de los pasos del estudio.

Por lo demás concebimos nuestro trabajo siguiendo los presupuestos marcados para cualquier investigación, a saber, revisión bibliográfica, diseño pretest-postest, grupos experimentales y grupo control, etc. En concreto debemos tener en cuenta los siguientes pasos:

I. Revisión bibliográfica.

II. Estudios epidemiológicos.

A) Entre el alumnado.

B) Entre el profesorado.

III. Planteamiento y realización del experimento.

A) Establecimiento de la hipótesis.

B) Diseños de la investigación.

C) Elaboración de la metodología y del material.

D) Establecimientos de grupos experimentales y control.

E) Realización de la investigación.

F) Recogida de datos (post-test).

G) Elaboración de los resultados.

IV. Conclusiones.

V. Propuestas para un nuevo curso y diseño del material.

El estudio de la bibliografía sirve como es usual para conocer el estado de la investigación y de la teorización en el momento de diseñar nuestro estudio, conocer los puntos conflictivos, hipótesis comprobadas y a comprobar, etc. Como se ha visto la revisión realizada no ha sido una acumulación de datos sino que he tratado de asegurar continuamente que se reflejasen las contradicciones, insuficiencias e intuiciones.

Al tratarse de trabajos difícilmente reproducibles en el laboratorio, ello conlleva una variedad notable entre las investigaciones, que difieren en las características de la población utilizada, tratamiento a que se someten, metas perseguidas, etc. Se trata pues de una revisión bibliográfica crítica, en la que se priman los trabajos que cumplen con las exigencias científicas y en donde intentamos desterrar falsos mitos obtenidos a partir

de datos parciales, a todas luces insuficientes para basar verdades científicas y que formaban parte erroneamente del acervo cultural de especialistas. Comprobaremos que existe un riesgo en la literatura estudiada, a favor de la de origen anglosajón, tendencia que seguramente refleja en parte el hecho de que en dichos países se investigue más y mejor sobre estas materias, pero también que tienen una capacidad de distribuir su producción científica por encima de otros países (p.ej. europeos). Hemos incluido en la bibliografía trabajos que no conocíamos o que no existían en el momento que nos lanzamos a esta investigación y que logicamente han ido apareciendo a lo largo de los años que ha durado está investigación. Tal como lo he transcrito finalmente creo que refleja perfectamente el estado de la investigación sobre está materia en el momento actual y plantea críticamente las lineas a investigar y las tendencias contrapuesta en que se mueve la prevención escolar de la droga.

Los estudios epidemiológicos ocuparán una parte importante de nuestro tiempo. Consideramos desde el primer momento que éstos iban a ser uno de los aspectos importantes de la investigación. Era necesario establecer de una forma precisa la forma y la extensión en que la problemática de la droga afectaba nuestra población escolar, tanto desde la pespectiva del alumno como del profesorado. Para el caso de los estudiantes necesitabamos 1) saber sus niveles de consumo de drogas legales e ilegales, su nivel informativo y sus actitudes hacia las drogas y hacia los programas de prevención para establecer si era necesaria la realización de algún tipo de prevención de la droga y en caso afirmativo de que tipo 2) establecer si los estudiantes son un grupo homogéneo en cuanto a esta problemática y que consecuentemente se puede esperar de ellos una respuesta estereotipada al tratamiento preventivo o bien, si por el contrario, existen subgrupos, que debemos conocer en su singularidad y de los que cabe suponer respuestas divergentes al acto preventivo 3) conseguir los datos suficientes para realizar los tres grupos experimentales que luego serán destinados al azar para servir como grupos con tratamiento y grupo control 4) reunir la información que servirá como punto de referencia (pre-test) para la comparación con los datos obtenidos tras el experimento (post-test). Todos estos resultados nos permiten además establecer comparaciones con otras poblaciones estudiantiles y de este modo poder establecer si nos hallamos ante un grupo normativo o de alto riesgo.

Evidentemente el trabajo epidemiológico implica la elaboración de la

encuesta, el establecer la muestra adecuada y estadísticamente significativa, la administración de la encuesta y la elaboración de los datos. No se debe olvidar que más allá de lo tedioso de esta parte de toda investigación, existe también un componente creativo en la elaboración de la encuesta así como en el momento de trabajar con los datos obtenidos, establecer correlaciones, etc.

La otra vertiente del estudio epidemiológico está destinada al profesorado. Interesa conocer su nivel de consumo de drogas, su nivel informativo, sus motivaciones y actitudes cara a la prevención escolar de la droga, sus contradicciones, nivel de satisfacción en el trabajo, etc. Todo ello es necesario para poder establecer su nivel de colaboración, la forma ideal de llegar hasta él, conocer sus resistencias, sus habilidades, que areas del curriculum escolar son las más adecuadas según ellos para la prevención y que metodología será la mejor aceptada, etc. Servirá de base para extrapolar las conclusiones de la investigación y poder establecer su viabilidad más allá de la evidencia experimental concreta de Mallorca. También en este apartado hay que considerar la realización del diseño experimental, estableciendo la hipótesis de trabajo, preveyendo los pasos necesarios y la metodología adecuada, con que material se contaría, la elección de grupos experimentales, como se realizaría la medición de resultados, etc. Como ya dijimos hemos seguido un diseño experimental pretest-postest, con lo cual cuando hablabamos de la fase epidemiológica en realidad ya estabamos incluidos en el diseño experimental en la fase pretest. A grosso modo se trata de demostrar la viabilidad y la eficacia de un sistema de prevención escolar del abuso de drogas basados en la toma de decisiones y apoyado en un material preparado para el uso del alumno antes de cada una de las clases. Al mismo tiempo se ensayará la diferente eficacia según sean los profesores de los alumnos o especialistas ajenos al centro quienes desarrollen el programa preventivo.

La elección de la orientación que prima la toma de decisiones sobre otros aspectos como son el proveer información, clarificar valores, etc. es tratado en diversos momentos como son la revisión bibliográfica y en el apartado 6.1. y también viene justificado por los resultados de los trabajos epidemiológicos. En efecto la toma de decisiones parece ser el sistema que más acerca al alumno a representarse como es el uso de drogas en una situación real, guardando para el profesor un papel relativamente neutral, nada paternalista -lo cual pensamos que puede facilitar la

colaboración tanto del profesor como del alumno- y en el que se preven un mínimo de efectos contrapreventivos pues se evita dar información excesiva e innecesaria al alumno, al mismo tiempo que no hay lugar para mitificaciones de la droga y además se promueve un rol activo por parte del alumno y de toda la clase que puede facilitar el aprendizaje. Se ha comprobado durante la realización de la fase epidemiológica la heterogeneidad dentro de una misma clase en cuanto a sus actitudes hacia el fenómeno droga, niveles de consumo, etc, no cabiendo en consecuencia esperar la misma respuesta por parte de todos los alumnos hacia un mismo mensaje o situación, pero cabe esperar que por su propia naturaleza el sistema de toma de decisiones no va a despertar resistencias innecesarias entre ellos o efectos contrapreventivos para ser tomados en consideración. El otro aspecto de la investigación que tratará de comparar la eficacia del programa según su instrumentación por profesores o especialistas ajenos al centro, está en la óptica de explorar la relación coste/eficacia (un programa que puede ser realizado por el profesorado habitual dentro de sus horas lectivas siempre será menos costoso que el mismo programa realizado por expertos ajenos al centro) y de profundizar en la aparición y causas de los efectos contrapreventivos, en caso de que surjan.

No entraremos en esta introducción en los pasos seguidos para la elaboración del material del alumno, la definición de los grupos experimentales, la formación del profesorado, la realización práctica del curso, la preparación de la encuesta post-test, etc. Todos estos aspectos se explicarán convenientemente en los correspondientes capítulos. Digamos aquí unicamente que como resultado de nuestra labor se llegará a la recolección de unos resultados, que convenientemente elaborados y contrastados darán lugar a unas conclusiones, que es la meta de toda investigación.

Naturalmente toda investigación es un largo proceso madurativo, en el que a medida que transcurre el tiempo, se enriquece la visión del problema con nuevas reflexiones y perspectivas. El resultado final no es unicamente la elaboración de unas conclusiones, pues éstas encierran el germen de nuevas preguntas y planteamientos. Este por lo menos ha sido nuestro caso y una de las "conclusiones" ha sido la propuesta de un nuevo material para el alumno y el profesor que no supone en absoluto una negación del primer material. No se trata de que el material empleado en la experimentación no sirva sino simplemente de que es posible conseguir un nuevo material como

una fase más madura que integra la anterior pero incorporando nuevos elementos, como consecuencia de las conclusiones alcanzadas. Lo definiríamos diciendo que es posible conseguir un material menos ingenuo, más contrastado con la realidad. La ciencia avanza así.

5.ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS

Se concentran en dos areas: 1) los estudiantes de enseñanza media de Mallorca y 2) los profesores de EGB y BUP tambien de Mallorca. Se pretende conseguir a través de dichos estudios la información necesaria para enfocar y fundamentar adecuadamente el diseño experimental. Son las dos poblaciones que junto con los padres integran la institución escolar.

Para los padres no hemos preparado sin embargo ningún trabajo epidemiológico pues, tal como está preparada la investigación, se les concede un lugar pero es en todo caso accesorio. Abordaremos por separado ambos estudios dado que logicamente se emplean distintas encuestas y variaban obviamente los puntos de interés.

5.1.ESTUDIO DE LAS CARACTERISTICAS DEL CONSUMO DE DROGA, ACTITUDES, NIVEL DE INFORMACION Y OTROS ASPECTOS RELACIONADOS, ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA DE MALLORCA.

Este fue el primer escalón propiamente experimental que hubo que salvar. El interés por esta parte del estudio fue evidente desde el primer momento para mí dada la necesidad de establecer unas coordenadas que nos indicasen a las claras que terreno estabamos pisando. ¿Era nuestra población estudiantil un grupo de alto riesgo o por el contrario eran las fantasias de educadores, prensa, especialistas, etc., quienes les atribuian altos consumos sin que ello se correspondiese con la realidad? ¿Habia penetrado en dicha población el uso de drogas ilegales? Era necesario responder a esta y otras cuestiones antes de empezar una actividad preventiva seria, sino ésta estaría minada en su misma base. ¿Cual era pues el conocimiento epidemiológico de la población estudiantil española en el momento de comenzar nuestro estudio?.

Voy a exponer una tabla con la relación de estudios epidemiológicos que trataban el tema del uso de drogas entre población general en nuestro país en el momento del inicio de nuestro estudio. En concreto, hacen

referencia al uso del del alcohol y el alcoholismo. Son los siguientes:

AUTOR	POBLACION	AÑO
Santodomingo	Madrid	1966
Alonso Fernández	La Coruña	1966
Valenciano Gayá	Murcia	1966
Polaino Lorente	Sevilla	1972
Marquinez Bascones	Vizcaya	1978
EDIS	Vitoria	1978
PASN	Navarra	1979

Fuente: "La población española ante las drogas" Caritas Madrid, 1981

Se trata de trabajos centrados sobre el tema del alcoholismo principalmente y la población que les interesa es población adulta. Son por tanto estudios de escasos interes para nosotros. Existen otros trabajos que incluyen las otras drogas y cuya lista exponemos a continuación:

AUTOR	POBLACION ESTUDIADA	AÑO
Calcedo	Cadiz. Estudiantes de Medicina	1971
Seva Díaz	Zaragoza. Población activa	1972
Soler Insa	Barcelona. Estudiantes de Enseñanza Media	1976
Gutiérrez Martí	Barcelona. Estudiantes de Medicina	1977
Cruz Montes	Vizcaya. 9-22 años	1979
EDIS	Nacional. 12-24 años	1979
PASN	Navarra. Mayores de 15 años	1979
EDIS	Nacional. Todas las edades	1980

Fuente: "La población española ante las drogas" Caritas. Madrid. 1981.

El estudio más reciente de los citados, o sea el realizado por EDIS en 1980, afirmaba en su introducción: "la investigación realizada ha tenido que superar no pocas dificultades, que han emanado principalmente de la ausencia casi total de estudios previos y de la temática conflictiva que se abordaba. Por lo general, a la hora de adentrarse en el complejo estudio de las actitudes y comportamiento de la población ante un determinado hecho

social, la investigación debe tener en cuenta los trabajos y estudios ya realizados sobre el mismo tema e incorporar aquellas conclusiones que estime más conducentes para lograr los objetivos propuestos. En el caso de la presente investigación, se trata de detectar los niveles de consumo y las actitudes y motivaciones subyacentes en forma a productos considerados como drogas, los antecedentes científicos de que se partía han sido exiguos" (Caritas, 1981). Suscribo en su totalidad estas afirmaciones pues para estos autores que iniciaban un estudio a nivel de toda la población constatan la insuficiencia de estudios previos, en el caso presente se agrava el problema al tratarse de un estudio más especializado y que se concreta en la población escolar de enseñanza media. En efecto aunque el trabajo de SOLER INSA (1976) se concreta en la misma población que nosotros, pero existen insuficiencias metodológicos importantes debidas seguramente a problemas de infraestructura. Se repartieron en dicha investigación 1070 encuestas durante el curso 1975-76 entre estudiantes y se pasaron a recoger posteriormente con lo que no se garantizaba en absoluto el anonimato o la contaminación de las encuestas entre sí, llegandose a recojer 818, es decir que se "perdieron" cerca de un 20%, con lo cual en niveles de consumo recogidos son extraordinariamente bajos. Hubo además centros de enseñanza que no colaboraban por lo cual las leyes de azar no se aplicaron en su totalidad. Como dato orientativo resulta que solo un 9,4% afirma haber probado la droga ilegal.

Otros trabajos que merecieron mi interés aunque no permitian comparaciones por dirigírse a poblaciones más amplias o distintas, son las citadas de CIDUR-EDIS 1979 y EDIS 1980, así como un trabajo no incluido en la tabla anterior pero interesante porque se dirigía a población escolar, en este caso EGB de la provincia de Barcelona (RODRIGUEZ-MARTOS, 1978). El trabajo de CIDUR-EDIS de marzo del 79 escoge una muestra de 1600 jóvenes de edades comprendidas entre 12-24 años de municipios de más de 10.000 habitantes de toda España. Y el siguiente trabajo de EDIS realizado por encargo de CARITAS escoge una muestra de 2000 encuestas dirigída a población española de más de 15 años de todo el territorio nacional durante el mes de mayo de 1980. Según los autores esta segunda muestra permite operar en un margen de error de un 2,2%, pero tambien advierten que ello es así para aquellos resultados obtenidos para la totalidad de la muestra, pero en casos concretos debido a que no toda la muestra ha contestado a un determinado item "se pierde naturalmente tan alto rigor estadístico y lleva

consigo tan solo una validez indicativa o tendencial". Esto es precisamente lo que ocurre con las drogas ilegales. Pero como decíamos estos trabajos marcaron en más de una ocasión por donde debía ir mi interés o sobre la manera de hacer determinadas preguntas o sobre porcentajes que podían ser empleados o tendencias que se insinuaba en el consumo o en las actitudes. El trabajo de Rodríguez Martos (1978) técnicamente bien planteado y realizado, se interesa únicamente por el problema del consumo del alcohol y va dirigido a población de EGB, pero nos orienta respecto a los porcentajes altos de consumo de drogas legales que cabe esperar en una población normativa.

Empleó una amplia muestra escolar entre 4 y 14 años constituida por 12.856 alumnos, dandose el consumo de alcohol entre el 94,9% de la población estudiada, especialmente enlevada entre los varones de 11 a 14 años y de niveles socioeconómicos menos favorecidos. El consumo medio correspondiente a la nuestra total viene a ser el equivalente a 1 vaso pequeño de vino al día, aunque un 6,8% de los encuestados bebe más de 1/2 litro de vino al día y un 0,01% rebasa el equivalente a 1 litro de vino díario.

El panorama en resumen, a la hora de diseñar nuestro trabajo es de que existian pocos trabajos y los disponibles se dirigían generalmente a poblaciones no coincidentes con mi abanico de intereses. Pero tal como tambien decían, me fueron útiles en señalar cuales son los puntos de interés en las investigaciones y cual la forma de confeccionar algunas cuestiones. Una vez revisada la escasa literatura sobre epidemiológia de las drogas existente, los siguientes pasos eran: 1) elaboración del cuestionario de la encuesta y 2) elección de la muestra.

5.1.1. ELABORACION DE LA ENCUESTA.

Se decidió que la recogida de información se realizaria a traves de un cuestionario anónimo, administrado durante el tiempo de una clase. Dado el largo tiempo disponible para rellenar el cuestionario, casi 1 hora, se pensó que la extensión no iba a ser un problema como lo es actualmente por tanto se decidio hacer una encuesta ámplia que diese cabida a toda la información necesaría para cumplir con los diversos cometidos de la encuesta. ¿Cuales eran los cometidos que se pretendia cubrir con esta encuesta ? seguidamente exponemos una lista:

1) Establecer frecuencia y cantidades del consumo de las diversas drogas.

Para conseguirlo y separadamente para cada una de las siguientes drogas: tabaco, café, próductos derivados del cannabis, narcóticos, alucinogenos, cocaina, estimulantes tipo anfetaminas, tranquilizantes y analgésicos, hipnóticos se pregunta la frecuencia de consumo y la cantidad que se consumía. Para el alcohol se hizo lo mismo pero subdividiendolo en los diversos tipos de presentación que tiene en el mercado local, a saber: vino, vinos tipo jerez, espumosos, vermuts, licores dulces, coñac, whisky, otros licores, combinados tipo cubalibre, cocteles, carajillos y cervezas, con la intención de evitar globalizaciones que rebajasen sensiblemente el consumo cuantitativo y cualitativo de alcohol. Existía una última pregunta para saber si se había consumido alguna droga no anunciada en la encuesta (como podia ser los inhalantes, no incluido expresamente para evitar su propaganda).

En total fueron 43 preguntas que cubrieron el aspecto estricto del consumo las preguntas cuantitativas que hacian referencia a la cantidad que de una bebida determinada estaba consumiendo el sujeto era logícamente el extremo al que se intentaba llegar.

2) Conocer edades del primer consumo de cada droga.

Se conseguirá conocer este punto mediante una única pregunta por cada droga. En el caso del alcohol solo se hizo una sola pregunta que englobaba.

La necesidad de establecer con exactitud el arraigo del uso de drogas ha sido una meta primordial para evitar extrapolaciones forzosamente inexactos de poblaciones similares en el extranjero o de poblaciones no coincidentes en nuestro país. Esto justifica que se hayan incluido 46 preguntas en este apartado, que es por tanto el más amplio de todos. (Incluye preguntas nº: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 26, 31, 35, 39, 43, 47, 51, 55, 59 y 63. Tener en cuenta que bajo el mismo número se comprenden en el cuestionario varias preuntas) todos los tipos de bebidas alcoholicas, añadiendose una pregunta sobre la edad de la primera embriaguez. Totalizan 11 preguntas las que integran este apartado.

Las edades del primer consumo tienen importancia porque nos indican el mejor momento para hacer una labor preventiva antes de que se afiance el

habito. (Se incluyen las preguntas nº: 20, 21, 27, 32, 36, 40, 44, 48, 52, 56 y 60).

3) Definir circunstancias de la oferta de cada droga.

Para cada droga se realizarón 2 preguntas dirigidas a conocer el lugar en que más probablemente les era ofrecida cada droga y cual era la persona que lo solía hacer. Constituyen en total un bloque de 20 preguntas.

Como la estrategia preventiva que se va a emplear tiene que ver con aprender a tomar decisiones en las situaciones de oferta, obviamente interesaba determinar en que condiciones se realizaba dicha oferta. No iba a ser lo mismo que la marihuana fuese ofrecida principalmente por un desconocido a la salida de los colegios o que fuesen los propios compañeros del alumno quienes se la iban a ofrecer.
(Se incluyen las preguntas nº 22, 23, 28, 29, 33, 34, 37, 38, 41, 42, 45, 46, 49, 50, 53, 54, 57, 58, 61 y 62)

4) Consumo de la familia de drogas legales

Esta iba a ser una cuestión que sólo podía ser contestada de forma imprecisa porque quienes teniamos delante eran los hijos que nos hablaban del consumo presumido de sus padres o familiares.

Se incluyeron sendas preguntas sobre el uso del alcohol dentro y fuera de las comidas y otra sobre el consumo de tabaco de los padres. Otra cuarta pregunta pretendía establecer el consumo de medicamentos no utilizados explícitamente como droga por los miembros de la familia. Se trata de un total de 3 preguntas, que en realidad se multiplican por más al hacer cada pregunta por cada miembro de la familia.

La necesidad de conocer el consumo familiar de diversas drogas hace de la hipótesis de que el consumo de sustancias químicas por los padres, incluso con fines no adictivos como es el caso de algunos medicamentos, puede tener consecuencias para el consumo de los hijos. Esto lo veremos cuando establezcamos correlaciones.
(Incluye las preguntas nº 24, 25 y 66)

5) Nivel informativo sobre el mundo de las drogas

No es fácil saber que tipo de preguntas deben incluirse en este apartado, pues no se trata desde nuestro punto de vista de demostrar hasta que punto están informados de aspectos tales como que el tetrahidro cannabinol es el producto activo del cannabis. Más que el aspecto cuantitativo de su saber nos interesaba el cualitativo, aquel que denotase cual es su actitud. Si acierta en describir que productos son drogas y cuales no, ello nos interesa no por una cuestión académica sino por la actitud, bloqueos y resistencias que demuestra. Si pone que el alcohol es droga y no incluye la cerveza, más que un fallo académico me interesa conocer hasta que punto está influyendo un cliché social y que obviamente ésto tendrá repercusiones practicas.

Se ha incluido la típica pregunta acerca del medio en que se ha informado sobre las drogas. Siguen 6 preguntas sobre cual es el producto más peligroso, más consumido, que produce más problemas que la droga, etc. Incluyo otra pregunta por si conoce alguna otra droga además de las señaladas en la encuesta. Existe otra pregunta dirigida a que identifique de que manera "las drogas" influyen sobre el comportamiento sexual. Se trata de un bloque de 9 preguntas. Quizás la poca extensión relativa que tiene este apartado indica en que medida no considero de primer orden este apartado sobre información, frente al de consumo o actitudes. Incluso las preguntas de información han sido incluidas más por su carácter orientativo hacía posturas o prejuicios que por el ánimo académico.
(Se incluyen las preguntas nº 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 64 y 75)

6) Actitudes frente al problema de la droga. Planteamiento de hipótesis etiopatogénicas

Junto con la cuestión de las actitudes tan importantes para conocer de que manera el mundo de las drogas afecta al joven y de que manera tiene éste previsto actuar, pensamos incluir alguna hipótesis etiológica que sin malograr la primera necesidad de establecer algunas actitudes nos permitiesen avanzar en el conocimiento de la dinámica del establecimiento del consumo.

Sabemos que el uso de la droga es fruto de una dinámica pluricausal,

por tanto, la atención mía aquí sólo sería de hacer algunas contribuciones parciales al conocimiento de dicha dinámica. Para ello utilizaremos además a la hora de trabajar los resultados conseguidos, el material proporcionado por otras preguntas que no pertenecen a este apartado en el momento de establecer correlaciones.

Para esta exploración simultanea de actitudes y etiología destinamos específicamente 4 preguntas, cada una de ellas con 8 posibles respuestas. Se trata concretamente de las preguntas 68, 69, 70 y 71 de nuestro cuestionario las que pretenden medir las actitudes predominantes de los sujetos encuestados. En su creación, pensábamos aislar algunas actitudes favorecedoras o inhibidoras del consumo de drogas, en función de cuatro categorías de sujetos:

1.- Normativo. No consumiría drogas ilegales siendo sus motivaciones de índole moral, sujeto a la norma de la autoridad, con notables prejuicios en contra de la droga y de cualquier otra desviación.

2.- Maduro. Conocedor de la droga, que valora por sí mismo la información de que dispone extrayendo las conclusiones acerca de la conveniencia de consumir o de no hacerlo. Le suponemos un consumo esporádico y, en cualquier caso, mínimo

3.- Inmaduro o dependiente. Sujeto a la norma del grupo supeditando su juicio e iniciativa a la presión grupal. Su consumo dependerá en mayor medida de la presión a que se vea sometido.

4.- Desviacionista. Con tendencia a la "desviación psicopática". No necesariamente consumidor, pero le suponemos adicto en potencia.

Se hicieron dos preguntas de opinión y otras dos sobre situaciones de incitación al consumo. Un grupo de "jueces" seleccionó dos respuestas atribuídas a cada categoría de actitud para cada pregunta. Las respuestas correspondientes son:

Pregunta 68	Pregunta 69	Pregunta 70	Pregunta 71
4 y 6 = 1	1 y 6 = 1	1 y 8 = 1	6 y 7 = 1
5 y 7 = 2	4 y 5 = 2	4 y 6 = 2	3 y 5 = 2
2 y 8 = 3	7 y 8 = 3	3 y 7 = 3	2 y 8 = 3
1 y 3 = 4	2 y 3 = 4	2 y 5 = 4	1 y 4 = 4

Habiendo previsto que las categorías, o las afirmaciones que se les suponen, puedan estar mal construídas, o que las actitudes en los sujetos

no estén claramente definidas, se ideó un sistema para comprobar la coherencia de cada pregunta y del conjunto. Los encuestados debían afirmar una respuesta y negar otra en cada pregunta. De este modo, si en una pregunta se afirma una de las frases normativas y se niega cualquiera de las frases no normativas, consideraríamos la respuesta de este sujeto como normativa en esta pregunta. Por el contrario, si la afirmación es a una de las frases normativas y la negación es a la otra frase también normativa, consideraríamos que en esta pregunta no podemos definir la actitud del sujeto en cuestión. En el cómputo de las cuatro preguntas, para asignar un sujeto a una de las categorías debe aparecer definido en por lo menos tres. No es suficiente, por ejemplo, aparecer como normativo en dos preguntas para ser catalogado de normativo, sino que debe definirse como en tal en tres o en cuatro preguntas.

Si un número suficiente de sujetos fuese asignado, por este sistema, a cada actitud, entonces deberíamos ver los respectivos consumos de las distintas drogas para comprobar la veracidad de las hipótesis iniciales. De no haber sujetos suficientes, distintos análisis permitirían comprobar si las respuestas no son discriminatorias, con lo que se deberían reconstruir, o si los sujetos mantienen diversas actitudes para ocasiones diversas.

Los números de las variables correspondientes a cada pregunta son los siguientes:

Para la pregunta 68: afirmación v. 119
negación v. 120

Para la pregunta 69: afirmación v. 121
negación v. 122

Para la pregunta 70: afirmación v. 123
negación v. 124

Para la pregunta 71: afirmación v. 125
negación v. 126

Según lo que antecede, el proceso puede ser el siguiente:

- Si V. 121 Igual a 1 ó 6 y V. 122 No igual a 1 ó 6 - P.69 = 1
- Si V. 121 Igual a 4 ó 5 y V. 122 No igual a 4 ó 5 - P.69 = 2
- Si V. 121 Igual a 7 ó 8 y V. 122 No igual a 7 ó 8 - P.69 = 3
- Si V. 121 Igual a 2 ó 3 y V. 122 No igual a 2 ó 3 - P.69 = 4
- Si no se cumplen las condiciones anteriores - P.69 = 5

- Si V. 123 Igual a 1 ó 8 y V. 124 No igual a 1 ó 8 - P.70 = 1
- Si V. 123 Igual a 4 ó 6 y V. 124 No igual a 4 ó 6 - P.70 = 2
- Si V. 123 Igual a 3 ó 7 y V. 124 No igual a 3 ó 7 - P.70 = 3
- Si V. 123 Igual a 2 ó 5 y V. 124 No igual a 3 ó 7 - P.70 = 4
- Si no se cumplen las condiciones anteriores - P.70 = 5

- Si V. 125 Igual a 6 ó 7 y V. 126 No igual a 6 ó 7 - P.71 = 1
- Si V. 125 Igual a 3 ó 5 y V. 126 No igual a 3 ó 5 - P.71 = 2
- Si V. 125 Igual a 2 ó 8 y V. 126 No igual a 2 ó 8 - P.71 = 3
- Si V. 125 Igual a 1 ó 4 y V. 126 No igual a 1 ó 4 - P.71 = 4
- Si no se cumplen las condiciones anteriores - P.71 = 5

Para el recuento, la condición es que en por lo menos tres de las cuatro preguntas debe coincidir el valor asignado para que éste sea tenido en cuenta. Desconocemos si una instrucción de este tipo se puede introducir en el ordenador. Si no fuese posible, cabría la solución de encontrar una fórmula metemática, que de momento no hemos encontrado. Se nos ocurre otra posibilidad que es recodificar las cuatro preguntas de esta forma:

- Si P.68 Igual a 1 y P.69 Igual a 1 y P.70Igual a 1 y P.71 Igual a 1, ó P.68 Igual a 1 y P.69 Igual a 1 y P.70 Igual a 1, ó P.68 Igual a 1 y P.69 Igual a 1 y P.71 Igual al, ó P.68 Igual a 1 y P.70 Igual a 1 y P.71 Igual a 1, ó P.69 Igual a 1 y P.70 Igual a 1 P.71 Igual a 1 - Actitud = 1
- Etcétera para los demás valores.

El inconveniente es que se trata de una formulación engorrosa, aunque quizá puede hacerse de forma resumida. la ventaja es que tiene en cuenta todas las posibilidades que interesan. Si se adopta este tipo de instrucción, carece de sentido mantener el valor 5 en las condiciones parciales de cada pregunta y bastaría introducirlo en el recuento final.

Existen 2 preguntas más sobre actitudes pero que no están expresamente englobadas dentro de los perfiles elaborados en los parrafos anteriores que son la 65 y la 72. Las dos cuestiones exploran expectativas de conducta, una a la toma de medicamentos y la otra sobre la persona a la que se acudiría en caso de problemas con las drogas. Sobre todo la segunda pregunta que cuestiona a quien se va a pedir ayuda es importante porque permite establecer que personajes estan más cercanos y merecen más confianza al joven por si, a la vista de los resultados, se cree oportuno reforzar o cambiar dichas expectativas a traves del curso.

Por tanto este grupo está compuesto por 6 preguntas: 65, 68, 69, 70, 71 y 72.

7) Cuestiones supuestamente relacionadas con el uso de drogas

Aquí se incluyen preguntas de variado origen, pero que se presupone que puedan tener alguna relación directa o indirecta con las actitudes o el consumo de drogas. Surgen de cuestiones que he podido ver en otras encuestas, comentarios de actores que hablan de las drogas o intuiciones mias.

Las preguntas 73 y 74 exploran como ve el alumno a su padre y a su madre (dominante, permisivo, etc.) y como autodefine su relación con cada uno de los padres (rebeldía, dependencia, etc). se trata pues de 4 preguntas al subdividirse las dos en preguntas hacia el padre y la madre. Sabemos que la educación familiar tiene que ver para bastantes autores con el uso de drogas.

La 76 indaga sobre las experiencias sexuales mantenidas por el alumno, mientras que la pregunta 77 quiere establecer como emplea el alumno su tiempo libre, cuestión que sabemos siempre se puede relacionar con el uso de drogas.

La 78 quiere saber sobre el rendimiento escolar del alumno a través de preguntar cuantas asignaturas aprobó en los últimos examenes de junio.

En la 79 se pregunta sobre las creencias y prácticas religiosas.

La 80 intentará dar información sobre las tendencias políticas y el uso de drogas. Aunque la mayoría de alumnos no están en edad de votar, se les pregunta sobre su intención de voto.

La 81 pregunta sobre sus aspiraciones profesionales. ¿Existe alguna relación entre expectativas laborales y uso de drogas?.

La 82, 83, 84 y 85 tratan de establecer el nivel socioeconómico educativo de los padres. ¿Que estudios tienen? ¿Que trabajo tienen? ¿Inmigrantes o no? ¿De pueblo o de ciudad?.

Las 88, 89 y 67 preguntan acerca del dinero que dispone el sujeto y cuanto es utilizado en comprar drogas.

Este grupo comprende pues 15 preguntas del cuestionario (67, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88 y 89).

8) Identificación del alumno.

Las cuestiones de identidad del alumno ocupan en la encuesta la última parte de manera expresa, contraviniendo lo habitual que las situa en la primera parte. Mi intención ha sido la de no levantar resistencias innecesarias en el alumno. Pues aunque se le dice que el cuestionario es anónimo, si le preguntan ya de entrada por demasiadas cuestiones que tienen que ver con su identidad puede mostrarse reticente, mientras que si se hace esto al final, contestará más complacido pues ya sabe de que va la encuesta.

Las preguntas 86 y 87 establecen la situación del domicilio familiar.

La 90, 91 y 92 corresponden a la edad, sexo y estado civil.

La 93 y 94 curso y turno al que asisten.

Existe, por último, una clave individual en el inicio de cada encuesta que solo el alumno puede componer y descifrar y que está destinado a realizar comparaciones en caso de que se administre algún nuevo test con los mismos alumnos.

Se incluyen en este grupo 8 preguntas del cuestionario (86, 87, 90, 91, 92, 93 y 94 además de la clave individual en el inicio de la encuesta).

9) Cuestiones sobre cursos de prevención.

Las preguntas 95, 96 y 97 son abiertas y estan destinadas a que el alumno opine sobre su interés en recibir cursos de prevención sobre droga y con que contenido.

Más que para ser tabuladas estas preguntas van destinadas a resumir información sobre la curiosidad o desinformación del los alumnos.

Este apartado reune 3 preguntas del cuestionario (95, 96 y 97).

Proceso de confección de la encuesta

A esta encuesta definitiva se llegó tras un cierto proceso en el que, como ya dije, se consultaron los escasos estudios anteriores disponibles y tambien se revisó la siguiente literatura: "El papel del educador ante el problema de la droga" de MENDOZA y VEGA (1980), "Methodologie pour les enquêtes sur l'usage des drogues chez les éstudiants" de SMART (1980), "Model de qüestionari a les xerrades o classes sobre les drogues" de MENDOZA (1980), "Qüestionari per mestres" del Servei d'Alcoholisme i altres Toxicomanies de la Clinica Mental de Sta. Coloma de Gramanet (1978), "Cuestionario sobre drogas del C.I.T. (1979), "Qüestionari sobre drogues" de MENDOZA (1979), y "Nivel de información que poseen diversas poblaciones muestrales" de A. Rodríguez Martos (1977).

El borrador de la encuesta fue revisado y comentado por diversos especialistas entre los que destaco: Alicia Rodríguez Martos, José Ramón Varo, Ramón Mendoza, Xavier Ferrer y Ernesto Sierra. Tambien fueron consultados el epidemiologo Ricardo Saiegh y Dr. J. Esteban director ejecutivo de la Unitat de Bioestadistica del Centro de Calcul de la Universitat Politecnica de Barcelona, aun cuando estos dos últimos estuvieron sobre todo implicados en la selección de la muestra.

Se elaboraron 4 borradores sucesivos. El último de ellos fué administrado experimentalmente a una muestra de 100 estudiantes de diversos centros de FP y BUP, comprobandose que los cuadros de consumo producían cierta confusión, por lo que fueron modificadas quedando ya el cuestionario en su forma definitiva.

Se comprobó con esta administración experimental que el tiempo de respuesta era de 3/4 de hora con una variación en más o en menos de 1/4 de hora, por tanto totalmente incluibles dentro del tiempo de una clase. Comprobé igualmente que el nivel de colaboración era bueno, que el cuestionario era entendido sin que surgiesen problemas especiales, por ejemplo aclaraciones o preguntas ambiguas o mal planteadas, que obligasen al alumno a pedir consejo al entrevistador..

5.1.2. ELECCION DE LA MUESTRA.

La población que iba a ser estudiada era toda la población escolar de enseñanza media de Mallorca. Esto comprende todos los centros de Mallorca incluidos dentro de una de estas categorías: Institutos Nacionales de Bachillerato, Centros de Formación Profesional de Palma y de los pueblos de la Isla y Centros Privados homologados de BUP y COU de Palma y del resto de la Isla de Mallorca. El nombre de cada centro, su número de alumnos, así como el número de alumnos encuestados por cada centro puede ser visto en la tabla que sigue de centros encuestados. En total son 40 centros de los que 11 son INB, 9 son de FP y 20 son privados.

Como es lógico cuando se manejan poblaciones tan amplias, no se procede a administrar la encuesta a cada uno de los componentes sino que se selecciona una muestra siguiendo criterios estadísticos. Disponemos de una población total de 16.758, que se distribuyen en 7.635 alumnos de INB, 3.380 pertenecientes a Formación Profesional y 5.743 estudiantes de colegios privados de bachiller.

Existían entonces 2 posibilidades de elaborar la muestra, consistiendo la primera en aplicar al azar a toda la población y la segunda, considerar la población estratificada en clases y aplicar las leyes del azar a la elección de que clases de cada curso (teniendo en cuenta que participarían todos los cursos de todos los colegios). La primera posibilidad la descartamos porque practicamente obligaba a que en cada clase hubiese algún alumno seleccionado y entonces nos encontrabamos ante una doble alternativa engorrosa en cualquiera de sus dos opciones o solo prácticar la encuesta a los seleccionados, con lo cual podríamos levantar resistencias importantes a la sincesidad y motivación tan necesarias para este tipo de encuesta o pasarla a toda la clase para luego seleccionar las adecuadas con lo cual practicamente tendríamos que encuestar a los dieciseis mil y pico estudiantes, tarea claramente imposible.

Por tanto escogimos la alternativa de elegir aleatoriamente clases enteras que representasen por lo menos el 20% del total del curso, incluyendo todos los cursos y todos los colegios, llegandose en ocasiones a incluir el 25% del curso. De todos los centros de la isla 3 no fueron estudiados, tratandose de uno privado "La Porciúncula" con 69 alumnos porque fue utilizado precisamente para validar la encuesta y los otros 2 centros por imposibilidades técnicas de concretar fechas hábiles debido

sobre todo a que la encuesta se administró a finales del curso académico. Estos centros son uno de FP, el Instituto Politécnico Nacional con 890 alumnos y Santa Monica con 389. Esto hace que la población que realmente abarca el estudio hace referencia a 15.410 y 37 centros (11 de INB, 8 de FP y 18 Privados).

Fueron encuestados 3.690 alumnos que suponen un 24% de la población total estudiada y al tratarse de una muestra que cumple las leyes aleatorias, tiene una confianza del 99,7% con un error máximo inferior a +/-2,5%, que es obviamente un nivel muy alto, teniendo en cuenta además que sólo fueron rehusadas 7 encuestas del total por incorrecciones graves o por una muestra clara de no colaboración en las respuestas.

Las características de la muestra vienen expresadas a continuación:

Edad

Edad	C.F.P.	I.N.B.	C.P.	TOTAL
13-14	23%	17%	14,6%	18%
15	30%	22%	26,9%	25%
16	21%	22%	22,9%	22%
17	13%	20%	23,5%	19%
18	6%	9%	9,6%	9%
más de 18	7%	5%	2,6%	7%
	(788)	(1.785)	(1.117)	(3.690)

Distribución según centro	C.F.P.	I.N.B.	C.P.	TOTAL
Formación Prof. Primer grado - 1º	46,9	---	---	9,9
" " " " - 2º	29,0	---	---	6,1
Formación Prof. Segundo grado - 1º	11,1	---	---	2,3
" " " " - 2º	10,3	---	---	2,2
" " " " - 3º	2,7	---	---	0,6
1º BUP	---	30,9	31,3	24,4
2º BUP	---	26,6	26,7	21,0
3º BUP	---	21,9	25,0	18,2
C.O.U.	---	20,7	17,0	15,3
	(788)	(1.785)	(1.117)	(3.690)

Turno	C.F.P.	I.N.B.	C.P.	TOTAL
Nocturno	11,9	16,9	—	10,9
Diurno	88,1	83,1	100	89,1
	(788)	(1.785)	(1.117)	(3.690)

Especialidad	%
BUP/COU Ciencias	12,8
BUP/COU Letras.....	9,6
FP Administrativa ...	8,8
FP Mecanica Autom. ..	4,7
FP Electricidad Aut..	0,7
FP Electricidad	3,2
FP Peluquería	1,5
FP Sanitária	0,5
FP Electrónica	0,4
FP Informática	0,4
FP Metal	0,2
FP Cartinpería	0,1
FP Calzado	0,0
FP Agraria	—
No Consta	56,8
Total	(3.690)

CENTROS ENCUESTADOS Y NUMERO DE ALUMNOS TOTALES Y ENCUESTADOS

1.- Institutos Nacionales de Bachillerato

	Nº Al.	Nº Enq.
Arta	179	96
V. de San Salvador (Felanitx)	339	101
Mª Antonia Salvá (Llucmajor)	474	109
Pollensa	229	135
Berenguer D'Anoia (Inca)	911	222
Guillermo Colom (Soller)	205	103
Mossén Alcover (Manacor)	843	201
Ramón Llull (Palma)	1.475	241

Guillermo Sagrera (Palma)	773	185
Juan Alcover (Palma)	941	196
Total	7.635	1.785

2.- Centros de Formación Profesional de los pueblos de la Isla

	Nº Al.	Nº Enq.
C.F.P. Arta	51	47
C.F.P. Felanitx	96	37
C.F.P. Llucmayor	149	67
C.F.P. La Puebla	287	101
C.F.P. Inca	652	218
C.F.P. Soller	101	33
C.F.P. Manacor	494	156
Total	1.830	659

3.- Centros Privados de BUP y COU (Homologados)

	Nº Al.	Nº Enq.
Madre Alberta (Palma)	396	86
B. Ramón Llull (Inca)	363	71
San Francisco (Palma)	432	86
La Porcincula (Palma)*	69	69
Virgen del Carmen (Palma)	140	78
San Pedro (Palma)	307	62
Luis Vives (Palma)	419	85
Santa María (Palma)	107	21
La Salle (Palma)	698	134
San Alfonso Mª Ligorio (Palma)	115	23
San Luis Gonzaga (Palma)	165	32
San Agustín (Palma)	119	24
Pío XII (Palma)	270	54
San Cayetano (Palma	393	77
La immaculada (Palma)	83	15
Santa Mónica (Palma)*	389	78
C.I.D.E. (Palma)	356	68
San José Obrero (Palma)	324	65

Ntra. Sra. de Montesión (Palma)	472	97
La Salle (Inca)	126	22
Total.....	5.743	1.247

4.- Centros de Formación Profesional de Palma (del MEC)

	Nº Al.	Nº Enq.
C.F.P. Polígono de Levante	660	165
Instituto Politécnico Nacional*	890	185
Total	1.550	350

* Estos centros no fueron incluidos finalmente en la nuestra, el primero de ellos porque sirvió para realizar el ensayo de la encuesta y el 2º por problemas de coordinación y tiempo.

5.1.3. RESULTADOS DE LA ENCUESTA ENTRE EL ALUMNADO.

La encuesta analizada fue administrada de forma anónima, sin presencia del profesorado y por personal ajeno al centro escolar entre los meses de febrero y mayo del 81. Ya se ha dicho que la muestra seleccionada entre los 15.410 alumnos fue de 3.690, y que el nivel de confianza de esta muestra es del 99,7% con un error máximo admisible inferior a +/-2,5%. El nivel de colaboración por parte de los alumnos fue altísimo. Ya hemos mencionado las 7 encuestas desechadas que suponen un porcentaje realmente muy bajo y aunque sobre algunas cuestiones concretas no haya respuesta como es normal en muchas encuestas, del total de la muestra casi nunca se llega al 3% entre respuestas erróneas y no contestadas. Esto me lleva a no incluir estos porcentajes mínimos dentro de las tablas, tratandolas a todas uniformemente, como si no hubiese respuestas erróneas o no contestadas, a excepción de cuando este porcentaje sea significativo en que se especificará concretamente el porcentaje de preguntas desechadas. Para la elaboración de los datos fue necesaría la ayuda del Dr. Erik Cobos del Centro de Cálculo Unidad de Bioestadísticas de la Universidad Politécnica de Barcelona.

La cantidad de datos disponibles tras la administración de la encuesta codificación y procesamiento es realmente elevada, sobre todo si se tiene en cuenta que además de los resultados globales referidos a toda la población, dichos datos también se consiguieron referidos a cada centro, a cada curso, al grupo de Centros Privados, al de los Institutos, y al de Formación Profesional, etc. Existen además las correlaciones que se establecieron y las nuevas variables generadas que a su vez fueron igualmente cruzadas con las otras variables. También fueron generadas nuevas variables para la mejor comprensión de los datos (p. ej. globalización de todos los consumos de bebidas alcohólicas en una cantidad única) o por reagrupaciones necesarias para evitar la dispersión de los datos.

A continuación expondremos los datos de la siguiente forma:

5.1.3.1. Resultados referidos a la muestra total por todas las variables de la encuesta.

5.1.3.2. Resumen y ordenación de los principales datos de consumo.

5.1.3.3. Generación de nuevas variables.

5.1.3.4 Principales correlaciones establecidas

5.1.3.5. Comentarios y conclusiones.

5.1.3.1. RESULTADOS PARA CADA VARIABLE DE LA ENCUESTA

Exponemos a continuación uno a uno todos los resultados para cada variable y referidos a toda la muestra. Su lectura es forzosamente engorrosa y en el siguiente apartado 5.1.3.2. ofrecemos un resumen y un reagrupamiento de los datos más significativos en un intento de facilitar su lectura y proporcionarles un sentido.

La exposición que sigue servirá tambien al proposito de mostrar el tipo de encuesta que se administró y cuya elaboración ha sido expuesta ya en el punto 5.1.1.. La única variación sobre el original ha sido la inclusión del número de variable junto a la propia numeración de la encuesta que obviamente no coinciden, pues por ejemplo en el caso de la pregunta nº 2 de la encuesta acerca de que el alumno exprese sus opiniones sobre si diversos productos son drogas o no, desde el punto de vista de la tabulación son en realidad 9 variables las que deben ser tenidas en cuenta y lo mismo sucede con otras preguntas. Por tanto, en la relación que sigue coexistirán la numeración de la encuesta original junto con el número de variable asignado para realizar el procesamiento de datos oportuno. En los casos de variables cuantitativas incluiremos las medidas de tendencia central y de dispersión más usuales, a saber, media, moda, mediana y desviación standard o tipo.

CUESTIONARIO DE INFORMACION, CONSUMO Y ACTITUDES

Este cuestionario es ANONIMO. Te rogamos que lo contestes con franqueza y sinceridad. Ni el Consell Insular de Mallorca ni los centros escolares pueden identificar a los autores de las respuestas. No es propósito de este trabajo averiguar quienes consumen, sino qué se consume y en qué cantidad, así como las actitudes predominantes y nivel de información en relación al tema de las drogas. Por tanto, se trata de un estudio sobre el uso de las drogas y no de una investigación en el sentido policial.

EN NINGUN CASO LAS RESPUESTAS PODRAN ACARREAR REPERCUSIONES NI INDIVIDUALES NI COLECTIVAS

Procura contestar TODAS las preguntas. En alguna ocasión puede parecer que una frase no puede aplicarse directamente a tí, a pesar de ello, responde también en este caso lo mejor que puedas.

Procura contestar las preguntas por orden, sin adelantar hojas ni volver atrás.

Lee atentamente las instrucciones de cada pregunta y todas las posibles respuestas de la misma antes de elegir la más adecuada. Si no obstante, te equivocas, pon al lado del error la palabra NULO y señala una nueva respuesta.

Los cuadros del margen derecho son para la corrección. No escribas nada en ellos.

En caso de tener alguna duda, pregunta a alguno de los encuestadores que procurarán resolvértela.

****

1. (V2).- ¿Por qué medio has recibido más cantidad de información sobre las drogas? (Señala la respuesta que mejor se ajuste a tu caso, poniendo X en el paréntesis correspondiente).

	%
- A través de mis padres	3,8
- A través de mis hermanos	1,5
- A través de compañeros o amigos del centro	16,5
- A través de de diarios o revistas	14,7
- A través de radio o televisión	18,9
- A través de compañeros o amigos fuera del centro	24,4
- A través de profesores y maestros	5,7
- A través de libros o conferencias informativas	12,3
- No he recibido ninguna información	2,1

2.- De la siguiente lista de substancias, señala cuáles son drogas y cuáles no lo son:

	% SI	% NO
(V 3) Marihuana (hachis, "porro")	99,1	0,9
(V 4) Antibióticos	37,5	62,5
(V 5) Tranquilizantes y calmantes	74,8	25,2
(V 6) Alcohol	68,0	32,0
(V 7) Cocaína	99,3	0,7
(V 8) Aguarrás	4,1	95,9
(V 9) Tabaco	78,4	21,6
(V 10) Cerveza	31,6	68,4
(V 11) Anfetaminas (pastillas para adelgazar)	73,6	26,4

3.- (V12) De la siguiente lista, señala el producto que tú consideras el más peligroso:

	%
- Heroína	37,3
- Marihuana y haschis	8,2
- L.S.D. (ácido)	38,0
- Cocaína	6,6
- Fármacos estimulantes (anfetaminas, etc.)	1,1
- Alcohol	2,6
- Tabaco	1,1
- Café	0,2
- Fármacos tranquilizantes (valium, etc.)	1,2
- Resp. errónea	3,7

4.- Señala si los siguientes productos contienen alcohol o no:

	% SI	%NO
(V 13) Sidra	57,5	42,5
(V 14) Quina	57,8	42,2
(V 15) Hierbas dulces	83,8	16,2
(V 16) Vermut	93,7	6,3
(V 17) Cerveza	90,7	9,3
(V 18) Agua del Carmen	11,8	88,2
(V 19) Palo (aperitivo)	83,8	16,2

5.- (V20) ¿Cuál es tu opinión la mejor definición de droga?:

- Droga es toda sustancia cuyo consumo está prohibido	5,5
- Droga es cualquier substancia cuyo consumo modifica el comportamiento y crea dependencia	63,7
- Droga es todo aquello que alienta a la persona, que lo saca de la problemática real que está viviendo	29,1
- Droga es toda aquella substancia que se inyecta	1,7

6.- (V21) De la siguiente lista, señala el producto que crees que es el más consumido en España:

- Heroína	0,8
- Marihuana y haschis	10,5
- L.S.D. (ácido)	0,3
- Cocaína	1,4
- Fármacos estimulantes (anfetaminas, etc)	1,9
- Alcohol	21,8
- Tabaco	35,4
- Café	5,9
- Fármacos tranquilizantes (valium, etc)	1,9

7.- (V 22) De las siguientes substancias, ¿Cuál crees que durante el último año ha causado más problemas sociales y económicos (absentismo laboral, accidentes, hospitalizaciones, problemas familiares, muertes etc.)?

	%
- Heroína	9,9
- Tabaco	2,6
- Marihuana (haschis, "porro")	18,7
- Alcohol	68,8

8.- (V 23) ¿Con qué frecuencia tomas cerveza?

	%
- No he tomado nunca	7.1
- Sólo la he probado una vez	16,4
- La tomo ocasionalmente	59,9
- La tomo los fines de semana o días festivos	10,8
- La tomo cada día	5,8

(V.24).- ¿Qué cantidad de cervera tomas semanalmente?:

n.º de vasos	%
0=	51
1=	20
2=	9
3=	5
4 - 5=	5
6 - 7=	3
8 - 9=	2
10 Ó más =	1
N.C. =	4

Media:1,357 Moda: 0,000 Desviación tipo: 3,029 Mediana: 0,478

9.- (V 25) ¿Con qué frecuencia bebes vino de mesa?

	%
- No he bebido nunca	10,5
- Sólo lo he probado una vez	13,3
- Lo bebo ocasionalmente	54,8
- Lo bebo los fines de semana o días festivos	7,0
- Lo bebo cada día	14,5

(V. 26) ¿Qué cantidad de vino de mesa bebes semanalmente?:

nº de vasos	%
0 =	46
1- 2 =	24
3- 4 =	9
5- 6 =	3
7- 8 =	6
9-10 =	3
10 ó más =	6
N.C. =	4

Media 2,800 Moda 0,000

Desviación Standard 5,688 Mediana 0,822

10.- (V 27) ¿Con qué frecuencia bebes otros vinos, tipo Jerez, Oporto, Moscatel, etc.?

	%
- No he bebido nunca	14,5
- Sólo he bebido una vez	11,8
- Bebo ocasionalmente	59,1
- Bebo los fines de semana o días festivos	13,8
- bebo cada día	0,8

(V 28) ¿Qué cantidad de estos vinos tomas semanalmente?:

nº. de vasos	%
0 =	57
1 =	22
2 =	9
3 ó más =	12

Media: 2,800 Moda: 0,000 Desviación tipo: 5,688 Mediana: 0,822

11.- (V29) ¿Con qué frecuencia bebes vinos espumosos o Champagne?

	%
- No he bebido nunca	3,3
- Sólo he bebido una vez	4,2
- Lo bebo ocasionalmente	58,6
- Bebo los fines de semana o días festivos	33,8
- Bebo cada día	0,1

(V 30) ¿Qué cantidad tomas semanalmente?:

nº. de copas	%
0 =	49
1 =	22
2 =	13
3 ó más=	15

Media	0,929	Moda	0,000
Desviación standard	1,617	Mediana	0,525

12.- (V31) ¿Con qué frecuencia tomas Bitter, Vermut o Quina?

	%
- No he tomado nunca	20,8
- Sólo he tomado una vez	13,3
- Lo tomo ocasionalmente	47,1
- Tomo los fines de semana y días festivos	17,4
- Tomo cada día	1,4

(V 32) ¿Qué cantidad tomas semanalmente?:

nº. de vasos	%
0 =	57
1 =	21
2 =	11
3 ó más =	11

Media	0,790	Moda	0,000
Desviación standard	1,451	Mediana	0,377

13.- (V 33) ¿Con qué frecuencia tomas licores dulces (anis, palo, cointreau, etc.)?

	%
- No he tomado nunca	17,1
- Sólo he tomado una vez	15,3
- Tomo ocasionalmente	55,1
- Tomo los fines de semana o días festivos	11,7
- Tomo cada día	0,8

(V 34) ¿Qué cantidad tomas semanalmente?:

nº. de copas	%
0 =	62
1 - 2 =	29
3 - 4 =	4
5 ó más =	1
N.C. =	4

Media: 0,635 Moda: 0,000 Desviación standard: 1,948 Mediana: 0,300

14.- (V 35) ¿Con qué frecuencia tomas coñac?

	%
- No he tomado nunca	45,6
- Sólo he tomado una vez	27,7
- Tomo ocasionalmente	22,6
- Tomo los fines de semana y días festivos	3,2
- Tomo cada día	1,0

(V 36) ¿Qué cantidad tomas semanalmente?:

nº. de copas	%
0 =	84,4
1 - 2 =	10,1
3 - 4 =	1,4
5 - 6 =	0,6
7 - 8 =	0,6
9 -10 =	0,2
más de 10 =	0,2
N.C. =	2,5

Media 0,294 Moda 0,000

Desviación standard 1,118 Mediana 0,092

15.- (V 37) ¿Con qué frecuencia tomas Whisky?

	%
- No he tomado nunca	46,5
- Sólo he tomado una vez	26,3
- Tomo ocasionalmente	21,7
- Tomo los fines de semana o días festivos	5,3
- Tomo cada día	0,2

(V 38) ¿Qué cantidad tomas semanalmente?:

nº. de copas	%
0 =	82
1 - 2 =	10
3 - 4 =	3
5 - 6 =	1
7 ó más =	1
N.C. =	3

Media	0,405	Moda	0,000
Desviación standard	1,362	Mediana	0,108

16.- (V 39) ¿Con qué frecuencia tomas otros licores (ron, vodka, ginebra)?

	%
- No he tomado nunca	42,5
- Sólo he tomado una vez	16,6
- Tomo ocasionalmente	30,8
- Tomo los fines de semana o días festivos	10,3
- Tomo cada día	0,1

(V 40) ¿Qué cantidad tomas semanalmente?:

nº. de copas	%
0 =	75,3
1 - 2 =	18,3
3 - 4 =	2,4
5 - 6 =	0,3
7 ó más =	0,4
N.C. =	3,3

Media	0,382	Moda	0,000
Desviación standard	0,965	Mediana	0,164

17.- (V 41) ¿Con qué frecuencia tomas combinados (cubalibre, gin tonic,)?

	%
- No he tomado nunca	21,4
- Sólo he tomado una vez	16,0
- Tomo ocasionalmente	37,9
- Tomo los fines de semana o días festivos	24,2
- Tomo cada día	0,4

(V 42) ¿Qué cantidad tomas semanalmente?:

nº. de vasos	%
0 =	56,1
1 - 2 =	32,9
3 - 4 =	5,6
5 - 6 =	1,1
7 - 8 =	0,5
9 -10 =	0,2
N.C. =	3,6

Media	0,784	Moda	0,000
Desviación standard	1,386	Mediana	0,392

18.- (V 43) ¿Con qué frecuencia tomas cócteles?

	%
- No he tomado nunca	61,0
- Sólo he tomado una vez	16,6
- Tomo ocasionalmente	20,2
- Tomo los fines de semana o días festivos	2,1
- Tomo cada día 0,1	

(V 44) ¿Qué cantidad tomas semanalmente?:

nº. de copas	%
0 =	88,3
1 =	6,3
2 =	1,6
3 ó más =	3,8

Media	0,140	Moda	0,000
Desviación standard	0,755	Mediana	0,066

19.- (V 45) ¿Con qué frecuencia tomas carajillos?

	%
- No he tomado nunca	70,9
- Sólo he tomado una vez	11,7
- Tomo ocasionalmente	13,5
- Tomo los fines de semana o días festivos	2,1
- Tomo cada día	1,8

(V 46) ¿Qué cantidad tomas semanalmente?:

nº. de tazas	%
0 =	86
1 =	5
2 =	2
3 ó más =	7

Media 0,307 Moda 0,000

Desviación standard 1,550 Mediana 0,081

20.- (V 47) ¿A qué edad tomaste por primera vez bebidas alcohólicas (cerveza, vino, quina, coñac, etc), aunque sólo haya sido un sorbo?

Media 9,619 Mediana 9,809

Moda 10 Desviación standard 3,281

21.- (V 48) ¿Te has emborrachado alguna vez?

	%
- SI	44,4
- NO	55,6

(V 49) En caso afirmativo ¿a qué edad cogiste tu primera borrachera?

edad	%
Menos de 10 =	9
11 - 12 =	10
13 - 14 =	42
15 - 16 =	32
17 - 18 =	6
18 ó más.=	1

Media: 13,71 Mediana: 14,06

desviación standard: 2,91 Moda: 14

(V 50) En los últimos seis meses, ¿te has enborrachado alguna vez?

	%
-SI	24,3
-NO	75,7

(V 51) En caso afirmativo, ¿cuantas veces?

	%
1 =	50
2 =	25
3 =	11
4 =	4
5 =	2
5 ó más =	8

N: 852

Media: 2,46

22.- (V 52) Indica el lugar donde te han ofrecido con más frecuencia bebidas

	%
- En casa	5,5
- En el colegio	0,3
- En fiestas con amigos	48,8
- En bares o pubs	16,7
- En la discoteca	15,6
- En la calle	0,2
- Otro sitio (espacifica)	2,1
- En ningún sitio	10,8

23.- (V 53) Indica la persona que te ha ofrecido con más frecuencia bebidas alcohólicas (cerveza, vino, quina, coñac, etc.)

	%
- Padres	4,8
- Hermanos	0.6
- Otros familiares	5,7
- Amigos o conocidos	70,5
- Profesores	0,2
- Médicos	0,0
- Practicantes o farmacéuticos	0,0
- Desconocidos	1,3
- Otros especifica)	0,9
- Nadie	15,8

24.- Durante las comidas en tu casa, ¿con qué frecuencia se consumen bebidas alcohólicas?
(marca con una X las casillas que corresponda)

		NUNCA	OCASIONALMENTE	HABITUALMENTE (cada día)
(V 54)	MI PADRE	17,5	43,9	38,7
(V 55)	MI MADRE	36,2	44,2	19,6
(V 56)	YO	40,7	49,0	10,4
(V 57)	HERMANOS MENORES	71,4	24,4	3,1

25.- (V 58) Fuera de las horas de la comida, ya sea en casa u otro lugar:

	%
- Ningún miembro de mi familia toma bebidas alcohólicas	36,7
- Sólo mi padre toma bebidas alcohólicas	25,7
- Sólo mi madre toma bebidas alcohólicas	1,1
- Sólo tomam bebidas alcohólicas los mayores de 14 años	9,7
- Todos tomamos bebidas alcohólicas	5,3
- Algún miembro de la familia no toma bebidas alcohólicas	21,0

26.- (V 60) ¿Con que frecuencia fumas tabaco?

	%
- No he fumado nunca	10,8
- Sólo lo he probado una vez	22,3
- Fumo ocasionalmente	26,5
- Fumo los fines de semana o días festivos	5,7
- Fumo cada día	34,8

(V 159) ¿Qué nº de cigarrillos fumas semanalmente?

Media: 25

27.- (V 62) ¿A qué edad fumaste por primera vez?

Media: 11,9 Desviación standard: 3,064

Moda: 14 Mediana: 12,487

28.- (V 63) Indica el lugar donde te han ofrecido tabaco con más frecuencia

	%
- En casa	1,1
- En el colegio	20,4
- En fiestas con amigos	46,2
- En bares o pubs	10,8
- En la discoteca	9,4
- En la calle	1,8
- Otro sitio (especifica)	2,2
- En ningún sitio	8,0

29.- (V 64) Indica la persona que te ha ofrecido tabaco con más frecuencia

	%
- Padres	0,7
- Hermanos	1,0
- Otros familiares	2,8
- Amigos o conocidos	85,3
- Profesores	0,2
- Médicos	0,0
- Practicantes o Farmacéuticos	0,0
- Desconocidos	1,0
- Otros (espacifica)	0,3
- Nadie	8,4

30.- ¿Qué cantidad de tabaco consumen tus padres diariamente?

	PADRE	MADRE
% fumadores	59,0	13,0
Media	10,79	1,228
Desv. standard	13,62	4,689
Moda	0,0	0,0
Mediana	5,35	0,073

31.- (V 67) Con qué frecuencia tomas café (solo, cortado o con leche?

	%
- No he tomado nunca	4,5
- Sólo lo he probado una vez	7,0
- Tomo ocasionalmente	40,9
- Tomo los fines de semana o días festivos	6,6
- Tomo cada día	41,0

(V 68) ¿Qué cantidad de café tomas semanalmente?:
nº de tazas (ya sea solo, cortado o con leche)

	%
0 =	22
1 =	12
2 =	10
3 =	7
4 =	4
5 =	3
6 =	2
7 =	21
8 ó más =	19

Media: 10,605 Desviación stantard: 3,545
Moda: 10 Mediana: 10,815

33.- (V 70) Indica el lugar donde te han ofrecido café con más frecuencia

	%
- En casa	63,5
- En el colegio	0,4
- En fiestas con amigos	5,8
- En bares o pubs	12,3
- En la discoteca	0,0
- En la calle	0,4
- Otro sitio (especifica)	4,8
- En ningún sitio	12,9

34.- (V 71) Indica la persona que te ha ofrecido café con más frecuencia

	%
- Padres	45,7
- Hermanos	2,1
- Otros familiares	16,9
- Amigos o conocidos	16,9
- Profesores	0,2
- Médicos	0,1
- Desconocidos	0,5
- Otros (especifica)	10,0
- Nadie	16,6

35.- (V72) ¿Con qué frecuencia consumes cannabis o sus derivados ("porros", haschis, chocolate, hierba, grifa, marihuana,etc)?

	%
- No he tomado nunca	71,3
- Sólo he probado una vez	13,9
- Una vez al mes o menos	7,8
- Varias veces al mes, pero no cada semana	4,0
- Una vez o más a la semana, pero no cada día	2,8
- Cada día	0,5

(V 73) ¿Qué cantidad de cannabis consumes semanalmente?:

Media: 0,294 Moda: 0,000

Desviación standard: 2,353 Mediana: 0,032

36.- (V 74) ¿A qué edad consumiste Cannabis por primera vez?:

Media: 15,4

Moda: 15

37.- (V 75) Indica el lugar donde te han ofrecido con más frecuencia Cannabis o sus derivados

	%
- En casa	0,2
- En el colegio	2,9
- En fiestas con amigos	19,1
- En bares o pubs	6,8
- En la discoteca	6,1
- En la calle	7,0
- Otro sitio (especifica)	2,0
- En ningún sitio	55,9

38.- (V 76) Indica la persona que te ha ofrecido con más frecuencia Cannabis o sus derivados.

	%
- Padres	0,1
- Hermanos	0,5
- Otros familiares	0,4
- Amigos o conocidos	36,7
- Profesores	0,1
- Médicos	0,0
- Practicantes o farmacéuticos	0,1
- Desconocidos	6,5
- Otros (especifica)	0,5
- Nadie	55,0

39.- (V 77) ¿Con qué frecuencia consumes heroína, morfina u otros medicamentos con opiáceos?.

	%
- No he tomado nunca	98,5
- Sólo he probado una vez	1,2
- Una vez al mes o menos	0,3
- Varias veces al mes, pero no cada semana	0,0
- Una vez o más a la semana, pero no cada día	0,0
- Cada día	0,0

(V 78) ¿Qué cantidad consumes semanalmente?:

Media: 0,016 Desviación standard: 0,766

Moda: 0,000 Mediana: 0,004

40.- (V 79) A qué edad consumiste heroína, morfina u otros opiáceos por primera vez:

Media: 15,255 Desviación standard: 5,542

Moda: 15,000 Mediana: 15,107

41.- (V 80) Indica el lugar donde te han ofrecido opiáceos con más frecuencia.

	%
- En casa	0,1
- En el colegio	0,4
- En fiestas con amigos	3,2
- En bares o pubs	1,9
- En la discoteca	1,9
- En la calle	2,6
- Otro sitio (especifica)	0,5
- En ningún sitio	89,5

42.- (V 81) Indica la persona que te ha ofrecido opiáceos con más frecuencia:

	%
- Padres	0,1
- Hermanos	
- Otros familiares	0,1
- Amigos o conocidos	7,1
- Profesores	0,0
- Médicos	0,2
- Practicantes o farmacéuticos	0,0
- Desconocidos	3,4
- Otros (especifica)	0,1
- Nadie	88,9

43.- (V 82) ¿Con qué frecuencia consumes L.S.D. (ácido) u otros alucinógenos?:

	%
- No he tomado nunca	96,8
- Sólo he probado una vez	2,2
- Una vez al mes o menos	0,7
- Varias veces al mes, pero no cada semana	0,2
- Una vez o más a la semana, pero no cada día	0,0
- Cada día	

(V 83) ¿Qué cantidad de L.S.D. consumes semanalmente?:

Media: 0,008

Moda: 0,000

44.- (V 84) ¿A qué edad tomaste L.S.D. u otro alucinógeno por primera vez?

Media: 15,717

Desviación standard: 2,119

Mediana: 15,800

45.- (V 85) Indica el lugar donde te han ofrecido con más frecuencia L.S.D. u otros alucinógenos:

	%
- En casa	0,1
- En el colegio	0,4
- En fiestas con amigos	2,2
- En bares o pubs	2,2
- En la discoteca	1,4
- En la calle	1,6
- Otro sitio (especifica)	0,3
- En ningún sitio	91,8

46.- (V 86) Indica la persona qué te ha ofrecido con más frecuencia L.S.D. u otro alucinógeno:

	%
- Padres	0,0
- Hermanos	0,1
- Otros familiares	0,1
- Amigos o conocidos	5,8
- Profesores	0,1
- Médicos	0,1
- Practicantes o farmacéuticos	0,0
- Desconocidos	2,5
- Otros (espscifica)	0,2
- Nadie	91,3

47.- (V 87) ¿Con qué frecuencia consumes Cocaína?(La Coca-cola no contiene)

	%
- No he tomado nunca	97,8
- Sólo he probado una vez	1,7
- Una vez al mes o menos	0,4
- Varias veces al mes, pero no cada semana	0,1
- Una vez o más a la semana, pero no cada día	0,0
- Cada día	0,0

(V 88) ¿Qué cantidad de Cocaína consumes semanalmente:?

Media:0,008 Desviación standard: 2,472

Moda: 0,000 Mediana: 0,004

48.-(V 69) ¿A qué edad tomaste Cocaína por primera vez?:

Media: 15,662 Desviación standard: 2,472

Moda: 17 Mediana:15,844

49.- (V 90) Indica el lugar donde te han ofrecido con más frecuencia Cocaína:

	%
- En casa	0,1
- En el colegio	0,2
- En fiestas con amigos	2,3
- En bares o pubs	1,3
- En la discoteca	1,2
- En la calle	1,4
- Otros sitio (especifica)	0,3
- En ningún sitio	93,2

50.- (V 91) Indica la persona qué te ha ofrecido con más frecuencia Cocaína:

	%
- Padres	0,0
- Hermanos	0,1
- Otros familiares	0,1
- Amigos o conocidos	4,1
- Profesores	0,1
- Médicos	0,1
- Practicantes o farmacéuticos	0,0
- Desconocidos	2,4
- Otros (especifica)	0,2
- Nadie	93,1

51.- (V 92) ¿Con qué frecuencia tomas estimulantes o anfetaminas (pastillas para adelgazar, para no dormir, para estudiar etc.)?

	%
- No he tomado nunca	84,7
- Sólo he probado una vez	8,8
- Una vez al mes o menos	4,6
- Varias veces al mes, pero no cada semana	1,1
- Una vez o más a la semana, pero no cada día	0,6
- Cada día	0,3

(V 93) ¿Qué cantidad consumes semanalmente?:

Media: 0,072 Desviación standard: 3,639
Moda: 0,000 Mediana: 0,009

52.- (V 94) ¿A qué edad tomaste estimulantes o anfetaminas por primera vez?

Media: 14,705 Desviación standard: 3,639
Moda: 15,000 Mediana: 14,795

53.- (V 95) Indica el lugar donde te han ofrecido con más frecuencia estimulantes o anfetaminas:

	%
- En casa	4,8
- En el colegio	2,9
- En fiestas con amigos	3,5
- En bares o pubs	1,9
- En la discoteca	0,9
- En la calle	1,2
- Otro sitio (especifica)	1,8
- En ningún sitio	83,2

54.- (V 96) Indica la persona que te ha ofrecido con más frecuencia estimulantes o anfetaminas:

	%
- Padres	3,3
- Hermanos	0,3
- Otros familiares	0,3
- Amigos o conocidos	9,6
- Profesores	0,2
- Médicos	2,1
- Practicantes o farmacéuticos	0,4
- Desconocidos	1,3
- otros (especifica)	0,4
- Nadie	82,1

55.- (V 97) ¿Con qué frecuencia tomas tranquilizantes, calmantes analgésicos, etc.)

	%
- No he tomado nunca	58,1
- Sólo he probado una vez	12,2
- Una vez al mes o menos	21,1
- Varias veces al mes, pero no cada semana	5,3
- Una vez o más a la semana, pero no cada día	2,5
- Cada día	0,8

(V 98) ¿Qué cantidad consumes semanalmente?:

Media: 0,259 Desviación standard: 1,819

Moda: 0,000 Mediana: 0,043

56.- (V 99) ¿A qué edad tomaste tranquilizantes por primera vez?

Media: 12,6

Moda: 14

57.-(V 100) Indica el lugar donde te han ofrecido con más frecuencia tranquilizantes.

	%
- En casa	28,1
- En el colegio	0,9
- En fiestas con amigos	1,4
- En bares o pubs	0,7
- En la discoteca	0,3
- En la calle	0,4
- Otro sitio (especifica)	3,6
- En ningún sitio	64,5

58.-(V 101) Indica la persona que te ha ofrecido con más frecuencia tranquilizantes.

	%
- Padres	21,4
- Hermanos	0,3
- Otros familiares	0,9
- Amigos o conocidos	3,6
- Profesores	0,1
- Médicos	8,8
- Practicantes o farmacéuticos	0,6
- Desconocidos	0,5
- Otros (especifica)	0,5
- Nadie	63,2

59.-(V 102) ¿Con qué frecuencia tomas somníferos o sedantes (pastillas para dormir, barbitúricos, etc.)?

	%
- No he tomado nunca	90,6
- Sólo he probado una vez	6,1
- Una vez al mes o menos	2,2
- Varias veces al mes, pero no cada semana	0,5
- Una vez o más a la semana, pero no cada día	0,3
- Cada día	0,3

(V 103) ¿Qué cantidad consumes semanalmente?:

Media: 0,061 desviación standard: 1,247

Moda: 0,000 Mediana: 0,005

60.-(V 104) ¿A qué edad tomaste somníferos por primera vez?

Media: 13,786 Desviación standard: 5,100

Moda: 15,000 Mediana: 14,012

61.-(V 105) Indica el lugar donde te han ofrecido con más frecuencia somníferos o sedantes.

	%
- En casa	6,6
- En el colegio	0,4
- En fiestas con amigos	0,5
- En bares o pubs	0,4
- En la discoteca	0,1
- En la calle	0,4
- Otro sitio (especifica)	1,5
- En ningún sitio	90,0

62.-(V 106) Indica la persona que te ha ofrecido con más frecuencia somníferos o sedante.

	%
- Padres	5,1
- Hermanos	0,3
- Otro familiares	0,6
- Amigos o conocidos	1,4
- Profesores	0,1
- Médicos	2,6
- Practicantes o garmacéuticos	0,1
- Desconocidos	0,3
- Otros (especifica)	0,1
- Nadie	89,4

63.-(V 107) ¿Has tomado algún otro tipo de droga distinta de las mencionadas en el cuestionario, sin que un médico te la haya indicado?

	%
- SI	0,9
- NO	99,1

64.-(V 108) ¿Conoces otras drogas que se tomen actualmente y no estén mencionadas en este cuestionario?

	%
- SI	2,1
- NO	97,9

65.-(V 109) De las siguientes afirmaciones, señala cuál se ajusta más a tu caso:

	%
- No me gusta tomar medicamentos aunque lo diga el médico	18,5
- Si estoy enfermo, prefiero que el médico indique lo que he de tomar	73,4
- Cuando me encuentro mal voy a la farmacia a buscar alguna medicina	3,9
- Me gusta tomar vitaminas u otros medicamentos que previenen enfermedades	4,3

66.- ¿Con qué frecuencia se toman medicamentos en casa?
(Señala con una X la casilla correspondiente)

		1	2	3	4	5
		CASI NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	DIARIAMENTE	NO CONTESTARON
(V 110)	PADRE	46,1	23,8	10,4	12,4	7,3
(V 111)	MADRE	33,1	32,3	16,7	13,0	4,9
(V 112)	HERMANOS	49,2	26,4	5,8	3,1	15,5
(V 113)	YO	57,0	28,2	5,1	3,8	5,8

67.- ¿Cuánto dinero te gastas semanalmente en comprar las siguientes sustancias?

		MEDIA	MODA	DESVIACION STANDARD	MEDIANA
(V 115)	ALCOHOL	79,843	0,000	215.339	0,267
(V 116)	TABACO	84,1	0,000	153,336	0,374
(V 117)	MARIHUANA	21,28	0,000	138,076	0,542
(V 118)	OTRAS	4,09	0,000	53,250	0,013

68.- (V 119) (V120)En tu opinión, el que se droga lo hace:
(Señala la respuesta más cercana a tu opinión poniendo SI en el paréntesis correspondiente, y la más opuesta con un NO. Sólo un SI y un NO).

	% SI	% NO
- Porque se pasa bien	8,4	12,7
- Para tener amigos	1,3	44,9
- Porque para aburrirse, como ocurre muchas veces, más vale drogarse	2,4	16,7
- Los que se drogan, muchas veces han sido inducidos por gente sin escrúpulos	19,6	4,1
- Porque no sabe encontrar satisfación en otras cosas	19,1	3,2
- Sólo acaban drogándose los que tienen una inclinación hacia el vicio	4,3	9,2
- Empiezan sin darse cuenta y con el tiempo ya no pueden pasar sin la droga	40,0	2,8
- Nunca me lo he planteado	4,8	6,3

69.- ¿Tú por qué crees que hay personas que no consumen drogas?
(Señala nuevamente con un SI la repuesta más cercana a tu opinión, y con un NO la más opuesta. Sólo un Si y un NO).

(V 121) (V 122)	% SI	% NO
- Porque un chico normal no se debe drogar	9,1	31,9
- Seguramente no se lo han planteado todavía	5,9	10,1
- Porque no se atreven con experiencias nuevas	8,0	8,8
- Porque sus ventajas no compensan los peligros	19,5	4,3
- Porque existen otras cosas que les interesan más que las drogas	37,8	26,6
- Porque es un delito	2,4	26,6
- Porque en su ambiente no circula la droga	13,1	11,0
- No lo sé	4,3	4,7

70.- (V 123) (V 124) En una reunión de amigos o una fiesta:
(Marca nuevamente SI a la respuesta más cercana a tu caso, y NO a la más opuesta. Un solo SI y un solo NO)

	% SI	% NO
- Me sentiría incómodo si alguien tomada droga	15,8	12,1
- La gente que se droga es más divertida	3,6	24,8
- Si todos tomaran drogas, me sería difícil negarme	7,0	15,0
- Se toman drogas porque está de moda	5,5	10,2
- Me gustaría que alguna vez alguien trajera droga	2,4	9,7
- Yo no necesito drogas para divertirme aunque los demás las tomen	46,6	2,8
- Si alguien ofreciera drogas esperaría a ver qué hacen los otros	1,9	6,3
- Me opondría a que se consumiera droga o me iría 17,1	19,2	

71.- (V 125) (V 126) Si un día alguien te ofreciera comprar una droga: (Marca nuevamente SI a la respuesta más cercana a tu caso, y No a la más opuesta. Un solo SI y un solo NO).

	% SI	% NO
- La compraría ya que ésto me haría ganar amigos	0,9	5,9
- La compraría si viera que mis compañeros también lo hacen	0,8	15,5
- No me molestaría, pero simplemente le diría que no me interesa	44,2	1,7
- No me daría miedo probarla	5,1	1,9
- No la compraría porque prefiero gastar mi dinero en otras cosas	16,7	1,4
- La rechazaría y prevendría a mis amigos	18,4	3,9
- Me sentiría muy incómodo y la rechazaría sin dudarlo	12,3	4,0
- Me sería muy difícil rechazarla si conociera al vendedor	1,6	12,6

72.- (V 127) Si tuvieras un problema relacionado con las drogas, ¿a quién consultarías en primer lugar?

	%
- A un amigo consumidor de drogas	9,8
- A un amigo no consumidor	16,4
- A un consumidor experimentado, independientemente de que sea amigo o no	2,9
- A mis padres	30,1
- A mis hermanos	7,7
- A un médico o a un psicólogo	25,7
- A un profesor del Centro	1,7
- A un sacerdote o un religioso	1,8
- A otra persona (especifica)	4,0

73.- Consideras que tus padres son:

(V 128 (V 129)	PADRE	MADRE
	%	%
- Intransigente	4,3	3,1
- Dominante	12,2	7,1
- Firme	19,4	12,0
- Razonable	55,8	64,4
- Permisivo	3,7	6,7
- Dévil	1,1	5,1
- Indiferente	3,5	1,6

74.- En general, en la relación con tus padres eres:

(V 130) (V 131)	PADRE	MADRE
	%	%
- Rebelde	9,6	11,1
- Dócil	14,4	10,8
- Independiente	18,4	16,1
- Dependiente	21,7	17,9
- Hostil	3,6	3,3
- Cariñoso	23,5	34,4
- Indiferente	3,5	6,3

75.- (V 132) De la siguiente lista, señala la principal consecuencia que puede traer consumir drogas antes de las relaciones sexuales:

	%
- Aumentar la potencia sexual	4,1
- Disminuir las inhibiciones sexuales o timidez	10,3
- Disminuir la potencia sexual	10,1
- Aumentar las inhibiciones o timidez	1,9
- Agresiones sexuales o violaciones	15,8
- Potenciar la sensibilidad	3,2
- No lo sé	54,6

76.- (V 133) Tus experiencias sexuales son:

	%
- Con compañeros del otro sexo	33,7
- Con personas mayores del otro sexo	2,6
- Con compañeros del mismo sexo	0,9
- Con personas mayores del mismo sexo	0,3
- Masturbación (paja)	25,0
- Ninguna experiencia	36,8
- No lo sé	54,6

77.- (V 134) Cuando no estudias ni trabajas, señala aquello a lo que más te dedicas.

	%
- Deportes, excursiones, "footing" (correr)	28,6
- Discoteca, bares y cafeterías	18,1
- Club juvenil	3,5
- Ver televisión	11,4
- Cine	3,8
- Música o leer	20,4
- Ayudar en casa	7,1
- No hago nada	1,0
- Otras (especifica)	6,2

78.- (V 135) ¿Cuantas asignaturas suspendiste en junio pasado?:

	%
0 =	47,6
1-3 =	34,7
4 ó más =	15,6
No contesto =	3,8

Media: 1,417 Moda 0,000

Desviación standard: 1,887 Mediana: 0,536

79.- (V 136) En cuanto a la religión, te consideras:

	%
- Creyente y practicante	30,0
- Creyente, pero no practicante	54,6
- Practicante, pero no creyente	3,5
- Ni creyente ni practicante	11,8

80.- (V 137) Marca el partido político o tendencia con la que puedes identificarte mejor:

	%
- Unión de Centro Democrático	28,3
- Partido Comunista de España (P.C.I.B.)	3,2
- Alianza Popular	7,5
- Partit Socialista De Mallorca	12,9
- Falange	1,2
- Partido Socialista Obrero de España	21,9
- Anarquista	5,8
- Organización de Izquierda Comunista, Movimiento Comunista, Partido Comunista Obrero de España	1,4
- Fuerza Nueva	3,4
- Partido Carlista	0,4
- Otros (especifica)	14,1

81.- (V 138) ¿Cuál es el tipo de profesión a la que aspiras en el futuro?

	%
- Profesión liberal (médico, abogado, artista...)	40,9
- Técnicos (ATS, peritaje...)	10,5
- Empresario, directivo o ejecutivo	4,3
- Administrativo, funcionario o emplea. banca	16,6
- Militar	6,8
- Trabajador industrial o de hostelería	4,9
- Comerciante o trabajador por cuenta propia	6,9
- Campesino o ganadero	1,2
- Trabajos domésticos	0,8
- Otro (especifica)	14,1

82.- ¿Qué estudios terminados tienen tus padres? (V 139) (V 140)

	PADRE %	MADRE %
- Sin estudios	10,8	13,0
- Escuela primaria (bachillerato superior)	49,3	62,5
- Escuela secundaria	16,1	13,3
- Escuela de formación o grado de especialización	6,4	2,3
- Formación superior o universitaria	12,8	5,1
- Respuesta errónea	4,6	3,8

83.- (V 141) (V142)¿Cuál es la ocupación de tus padres?

	PADRE%	MADRE%
- Empresario o propietario	24,5	5,9
- Profesión liberal (médico, abogado, artista)	9,9	3,4
- Militar	4,5	0,2
- Trabajador industrial o de hostelería	18,4	4,5
- Campesino propietario	6,8	1,7
- campesino no propietario, albañil, jornalero	12,5	1,7
- Funcionario, trabaj. especializado, administ.	19,6	3,4
- Trabajos domésticos, sus labores	0,7	78,4
- Parado, jubilado	3,1	0,8

84.-(V 143) (V 144)Tus padres han nacido en:

	PADRE%	MADRE%
- Baleares	73,0	72,0
- Cataluña	3,0	3,0
- Levante (incluídos Murcia y Albacete)	5,0	5,0
- Andalucía	7,0	8,0
- Extremadura	1,0	1,0
- Castilla la Nueva	3,0	3,0
- Castilla León	2,0	2,0
- Aragón	1,0	1,0
- Navarra	0,0	0,0
- Euskadi	1,0	0,1
- Cantabria	0,0	0,0
- Asturias	0,0	0,0
- Galicia	1,0	1,0
- Canarias	0,0	0,0
- Otro:	3,0	4,0

85.- (V 145) (V 146)Tus padres proceden de:

	PADRE%	MADRE%
- Medio rural	54,0	54,5
- Medio urbano	42,5	42,0
- Respuesta errones	3,4	3,5

86.- (V 147) ¿Tu familia dónde vive actualmente?

	%
- En una casa dedicada a los trabajos del campo (possessió, fora vila, etc.)	2,9
- En un pueblo de menos de 1.000 habitantes	3,4
- En un pueblo que tiene entre 1.000 y 5.000 h.	16,0
- En un pueblo que tiene entre 5.000 y 10.000 habitantes	12,8
- En un pueblo que tiene entre 10.000 y 50.000 habitantes	16,9
- En una barriada de Palma	20,3
- En el centro de Palma	23,2
- En un chalet o zona residencial	4,6

87.- (V 148) Actualmente, tú vives en:

	%
- Domicilio paterno	91,2
- Domicilio propio (independizado)	3,8
- Domicilio de un familiar	3,0
- Pensión o casa particular	1,4
- Piso o casa con otros estudiantes	0,4
- Hotel	0,1

88.- (V 149) El dinero de que dispones procede de:

	%
- Asignación familiar	85,6
- Trabajo remunerado	10,6
- Otros	3,8

89.- (V 150) ¿De cuánto dinero dispones semanalmente?:

Media: 698,1 Desviación standard: 715,721

Moda: 500 Mediana: 499,917

90.- (V 151) ¿Cuántos años tienes?:

Media: 16,192 Moda: 15,000

Desviación standard: 2,906 Mediana: 15,817

91.- (V 152) ¿A qué sexo perteneces?

	%
- Varón	51,4
- Mujer	48,6

92.- (V 153) ¿Cuál es tu estado civil?

	%
- Soltero	99,0
- Casado	0,9
- Viudo	0,0
- Separado	0,1

93.- (V 154) ¿Qué curso haces?

	%
- B.U.P. 1º	24,4
2º	21,0
3º	18,2
- C.O.U.	15,3
- Formación Profesional de primer grado 1º	9,9
2º	6,1
- Formación profesional de segundo grado 1º	2,3
2º	2,2
3º	0,6

94.- (V 155) ¿En qué turno estás matriculado?

	%
- Diurno	89,1
- Nocturno	10,9

95.- (V 156) ¿Crees que las charlas sobre drogas son interesantes?

	%
- SI	90,4
- NO	0,6

5.1.3.2. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DE CONSUMO

Tabla 1.- Consumo anual de alcohol puro (en litros). (*)

Litros	%
0 =	22,0
0,1 a 5 =	29,0
5,1 a 10 =	19,6
10,1 a 15 =	11,6
15,1 a 20 =	6,0
20,1 a 25 =	4,6
24,1 a 30 =	1,6
más de 30 =	5,5
	(3.690)

(*) Para conseguir estos resultados hemos acudido a la generación de una variable, V G1, que es el total de las variables que miden el consumo de cerveza, vino, coñac, etc y que viene explicada en el apartado 5.1.3.3.

Tabla 2.- Consumo diario de cigarrillos.

Nº de cigarrillos	%
0 =	45
1 a 5 =	32
6 a 10 =	11
11 a 15 =	5
16 a 20 =	5
más de 20 =	2
	(3.690)

Tabla 3.- Consumo semanal de drogas ilegales. (*)

Cantidad semanal	Cannabis	Opiáceos	L.S.D.	Cocaína
0	91,1	97,2	96,3	97,3
1 a 3	3,7	--	0,1	--
4 a 6	1,0	--	0,0	--
7 a 9	0,3	--	--	--
10 a 12	0,3	--	0,0	--
más de 12	0,4	0,0	--	0,0
N. C.	3,1	2,8	3,6	2,7
	(3.690)	(3.690)	(3.690)	(3.690)

(*) Las cantidades de consumo están expresadas en dosis medias. Los porcentajes indicados son los relativos.

Tabla 4.- Consumo semanal de psicofármacos. (*)

Cantidad semanal	Estimulantes	Analgésicos y Tranquilizantes	Somníferos
0	94,6	85,8	95,9
1 - 2	0,9	4,8	0,5
3 - 4	0,3	1,3	0,1
5 - 6	0,1	0,4	0,0
7 - 8	0,2	0,4	0,2
9 -10	0,0	0,1	0,0
11 -12	0,0	0,0	0,0
13 -14	0,1	0,2	0,1
más de 14	0,1	0,2	0,1
N. C.	3,8	6,9	3,1
	(3.690)	(3.690)	(3.690)

(*) Las cantidades de consumo están expresadas en números de comprimidos. Los porcentajes son los relativos.

Tabla 5.- Indices estadísticos útiles para la interpretación de las tablas de consumo. (*)

	X	SD	Md
Alcohol	8,630	12,633	4,857
Tabaco	25,133	46,700	1,955
Cannabis	0,294	2,353	0,039
Opiáceos	0,016	0,766	0,004
L.S.D.	0,008	0,270	0,001
Cocaína	0,008	0,467	0,004
Estimulantes	0,072	0,844	0,009
Tranquilizantes	0,259	1,819	0,043
Somníferos	0,061	1,247	0,005

(*) Indices calculados sobre consumo semanal de cada sustancia, exceptopara el alcohol, que se ha calculado sobre consumo anual.

Tabla 6.- Embriagueces en los seis meses anteriores a la encuesta.

Cantidad de embriagueces	%
0	74,5
1	11,4
2	5,8
3	2,6
4 ó más	3,3
N. C.	2,4
	(3.690)

Tabla 7.- Edades del primer consumo de cada droga.

Edes.	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Opiáceos	L.S.D.	Cocaína	Estimu lantes	Tranqui lizantes	Somní feros
.. 10	60	28	1	6,4	1,9	1,4	5	28	15
11-12	18	22	1	2,1	0,9	2,4	8	14	17
13-14	16	37	27	23,4	16,0	15,5	31	28	26
15-16	4	12	51	51,1	50,9	45,1	42	23	32
17-18	2	1	16	14,9	25,5	29,6	13	6	7
18...	-	-	3	2,1	4,6	5,6	2	2	3
	(3.315)	(3.94)	(993)	(47)	(106)	(71)	(455)	(1.057)	(271)

Tabla 8.- Indices estadísticos útiles para la interpretación de la tabla de edades de primer consumo.

	X	SD	Md	Mo
Alcohol	9,6	3,2	9,8	10
Tabaco	11,9	3,0	12,5	14
Cannabis	15,4	2,8	15,2	15
Opiáceos	15,2	5,5	15,1	15
L.S.D.	15,7	5,1	14,0	15
Cocaína	15,6	2,4	15,8	15
Estimulantes	14,7	3,6	14,8	15
Tranquilizantes	12,5	4,8	13,1	14
Somníferos	13,7	5,1	14,0	15

Tabla 9.- Frecuencia de consumo.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Opiáceos	L.S.D.	Cocaína	Estimulantes	Tranquilizantes	Somníferos
No han tomado nunca	1,5	10,8	71,3	98,5	96,8	97,8	84,7	58,1	90,6
Han probado una vez	1,5	22,3	13,9	1,2	2,2	1,7	8,8	12,2	6,1
Ocasionalmente (*)	22,3	26,5	11,8	0,3	0,9	0,5	5,7	26,4	2,7
Varias veces por semana	53,8	5,7	2,6	-	0,0	-	0,6	2,5	0,3
Cada día	20,8	34,8	0,5	-	-	-	0,3	0,8	0,3
	(3.690)	(3.690)	(3.690)	(3.690)	(3.690)	(3.690)	(3.690)	(3.690)	(3.690)

(*) Por "ocasionalmente" entendemos, aquí, cualquier consumo con frecuencia inferior a una vez por semana, aunque somos conscientes de que puede suponer una simplificación excesiva según la sustancia a que se refiera.

tabla 10.- Lugares donde se ofrecen las distintas drogas con más frecuencia.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Opiáceos	L.S.D.	Cocaína	Estimulantes	Tranquilizantes	Somníferos
Fiestas con amigos	48,1	45,4	18,4	2,9	2,1	2,1	3,3	1,4	0,5
Bares y discotecas	31,8	19,9	12,5	3,8	3,4	2,3	2,6	1,0	0,5
Colegio	0,3	20,0	2,8	0,3	0,4	0,2	2,7	8,8	0,4
Casa propia	5,4	1,1	0,2	0,1	0,1	0,1	4,5	26,7	6,2
En la calle	0,2	1,8	6,7	2,4	1,5	1,4	1,1	0,4	0,4
Otros lugares	2,0	2,2	1,9	0,4	0,3	0,3	1,7	3,4	1,4
Ningún sitio	10,6	7,2	53,9	82,7	85,5	87,5	78,0	61,4	84,6
no Consta	1,5	1,7	3,6	7,6	6,9	6,1	6,2	4,9	5,9

Tabla 11.- Persona que ofrece las distintas drogas con más frecuencia.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Opiáceos	L.S.D.	Cocaína	Estimulantes	tranquilizantes	Somníferos
Amigos y conocidos	69,6	84,3	35,4	6,6	5,4	3,9	9,0	3,5	1,4
Familiares	11,0	4,4	1,0	0,2	0,2	0,2	3,7	25,2	5,6
Sanitarios	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	2,4	9,0	2,5
Profesores	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
desconocidos	1,3	1,0	6,3	3,1	2,3	2,2	1,2	0,4	0,2
Otras personas	0,9	0,3	0,6	0,1	0,2	0,2	0,4	0,9	0,1
Nadie	15,6	8,3	53,1	82,1	84,9	87,6	77,2	60,3	84,3
No Consta	1,3	1,4	3,5	7,6	6,9	5,9	5,9	4,6	5,7

5.1.3.3. GENERACION DE NUEVAS VARIABLES:

La creación de nuevas variables la he utilizado especialmente para reagrupar respuestas en función de afinidades y porcentajes conseguidos, para facilitar así su lectura y comprensión y al mismo tiempo posibilitar el cruce con otras variables sin que se produzca una dispensión excesiva de la muestra que haria difícil o imposible cualquier lectura y explicación. En otros casos la variable generada responde a determinados reagrupamientos de preguntas como es el caso de la calidad de la información que se consigue a partir de agrupar todas las preguntas que proporcionasen alguna información global sobre las drogas y de asignar un valor de mejor a peor información a determinadas respuestas. Vamos a proporcionar una descripción de las principales variables generadas interesantes a veces en si mismas, pero que a veces sólo adquieren interés cuando se procede a cruzarlos con otras variables.

Conservamos la denominación usada durante el procesamiento de datos por lo que veremos que la numeración proporcionadas a las variables generales no es correlativa, dado que ciertas variables creadas no han sido utilizadas posteriormente.

VG 1. Consumo total de alcohol puro/año.

Esta variable es necesaria crearla para tener en un solo dato el consumo de alcohol que sino vendria disperdigada entre diversas variables, al haberse preguntado separadamente la cantidad del consumo referida a cada tipo de bebida. Intervienen por tanto las preguntas 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19. La combinación de todas ellas sera la VG 1.

A continuación siguen los centimetros cúbicos o milímetros atribuidos a cada tipo de bebida expresado en la encuesta y el contenido aproximado que le atribuimos en alcohol puro.

- Cerveza: a) Botella mediana. Se calcula su contenido total en 330 cc. y su contenido en alcohol atribuyendole una graduación alcohólica del 4% es de 13,2 ml. de alcohol/puro
  b) Botella pequeña o caña. Contenido total de la consumición 200 cc. y contenido en alcohol 8 ml.
- Vino: Cálculo medio del contenido del vaso de vino de 125 cc. Atribuyendole una graduación alcohólica de 12º resulta un contenido de 15 ml. de alcohol puro por vaso.

- Vino tipo jerez: Entendemos que el contenido global del vaso es de 125 cc. y la graduación alcohólica de 17'5º por lo que el contenido en alcohol es de 21,875 ml.
- Champagñe o cava: Cada copa contiene 150 cc de champagñe y la graduación alcohólica es de 12º, por lo que el contenido de alcohol puro es 18 ml por copa.
- Vermut: Cada vaso es de 100 cc. y el contenido de alcohol puro es 18% por tanto cada copa botellin contiene 18 ml.
- Licores dulces, coñac y otros aguardientes, asi como combinados (cubalibre, gin tonic, etc): Cada copa contiene como media 50 cc. y la graduación calculada es de 45º por lo que cada copa contiene 22,5 ml. de alcohol.
- Whisky: Se ha tenido en cuenta un contenido de 40 cc. en cada copa y una graduación de 45º, por tanto el contenido volumétrico de alcohol por copa es de 18 ml.
- Carajillo Se calcula un contenido de 25 cc. de aguardiente de 45º que suponen un volumen de 11,25 ml. de alcohol puro.
- Cocteles: Hemos calculado 50 ml. de alcohol puro por consumición

Por tanto, para proceder a conseguir el consumo total debemos realizar la equivalente operación: Número de consumiciones semanales de cada tipo de bebida multiplicado por los ml de alcohol que contiene aproximadamente cada consumición (en el caso de la cerveza 13,2, en el caso del vino 15 ml, etc) y multiplicado todo ello finalmente por 52 (que es el número de semanas anuales). Posteriormente sumaremos los resultados parciales para cada tipo de bebida y conseguiremos el resultado total o VG 1.

La VG 1, consumo anual de alcohol puro tiene como valor para nuestra muestra 8,63 l., la SD (desviación típica) es 12,633 y la mediana (Md) es 4,857.

VG 9 Calidad de la información

Aunque la encuesta no tenía como misión principal la medida de la calidad de la información, exísten algunas preguntas que nos permiten conocer aspectos de la información disponible por parte del alumno. Hemos tratado de reagrupar y dar una valoración a las preguntas proporcionadas con lo que hemos conseguido establecer tres categorías de información (1) Buena (2) Regular (3) Mala. Insistimos en que dichas categorías son aproximadas y que no zanjan definitivamente la cuestión.

Intervinieron para conseguir esta variable las variables: V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21 y V22.

Se consideraron acertadas las respuestas "SI" a V3, V5, V6, V7, V9, V10, V11, V15, V16, V17 y V19 y las respuestas "NO" a V4 y V8. En la V12 se consideraron buenas las respuestas 1, 6 y 7, malas las respuestas 2, 3 y 8 y el resto regulares. las preguntas "SI" a V13, V14 y V18 se consideraron regulares. Se consideraron nulas las respuestas "NO" a V3, V5, V6, V7, V9, V10 y V11 así como las preguntas de V13 a V19 la V20 consideran la respuesta más acertada a la 2ª, como desacertadas la 1 y la 4 y como regular a la 3ª respuesta. En la V21 consideramos acertadas las respuestas 6, 7 y 8, desacertadas de la 1 a la 4 y intermedias las 5 y 9, la V22 se consideró la respuesta más acertada a la 4, la menos la 3 y las otras regulares.

Considerando nuevamente que el criterio de máxima calidad de información en esta variable tiene un cierto porcentaje de subjetividad procedimos en función de respuestas acertadas y errores a crear las tres categorías de (1) Buena información (2) Información regular (3) Mala información, correspondiendo a cada categoría los siguientes alumnos:

(1)= 620 (2)= 2083 y (3)=908

-VG 10 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL

Se generará a partir de las variables V23, V25, V27, V29, V31, V33, V35, V37, V39, V41,V43 y V45.

Se crearán 5 frecuencias de categorías:

1.- ABSTEMIO: todas las respuestas 1 ó 2

2.- OCASIONAL BAJO: respuestas 1 ó 2 y de una a cuatro de la 3 (ninguna 4 ó 5)

3.- OCASIONAL ALTO: más de cuatro respuestas 3 ó una respuesta 4 (ninguna de la 5 puede haber respuestas 1 ó 2)

4.- FINAL DE SEMANA: dos o más respuestas 4 pero ninguna de la 5 (puede haber además respuestas 1, 2 ó 3)

5.- BEBEDOR DIARIO: 1 ó más respuestas 5 (puede haber además respuestas 1, 2, 3 ó 4)

Los resultados son los siguientes:

	ALUMNOS	%
1. ABSTEMIO:	115	3
2. OCASION BAJO	824	22
3. OCASION ALTO	1.020	28
4. FIN SEMANA	965	26
5. BEBEDOR DIARIO	760	21

-VG 11 HAN PROBADO DROGA ILEGAL

1.- SI: Alguna respuesta distinta a la 1 en una o más variables de V 72, V 77 y V 87

2.- NO: Respuesta 1 en V 72, V 77, V 82 y V 87

		nº. alumnos	%
Resultados:	1.- Han probado droga ilegal	979	28
	2.- No han probado droga ilegal	2.511	72

-VG 12 HAN PROBADO ALCOHOL

1.- SI: Todos los que tienen por lo menos una respuesta distina a 1 en una o más de las variables V 23, V 25, V 27, V 29, V 31, V 33, V 35, V 37, V 39, V 41 V 43 y V 45

2.- NO: Todas las respuestas son 1 en todas las variables.

		nº. alumnos	%
Respuestas:	1.- Han probado alcohol	3.487	99
	2.- No han probado alcohol	22	1

-VG 13 RELACION CON EL PADRE

La variable 130 se reagrupa de la siguiente forma:

1.- REBELDE: respuestas 1, 3 y 5

2.- DEPENDIENTE: respuestas 2, 4 y 6

3.- INDIFERENTE: respuesta 7

		nº. alumnos	%
Resultados:	1.- Rebelde	1.075	32
	2.- Dependiente	2.032	60
	3.- Indiferente	301	9

-VG 14 RELACION CON LA MADRE

La variable 131 se reagrupa de la misma manera que la VG 13

		nº. alumnos	%
Resultados:	1.- Rebelde	1.051	31
	2.- Dependiente	2.174	63
	3.- Indiferente	216	6

-VG 15 ANTIGUEDAD EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

Edad en el momento de la realización de la encuesta (V 151) menos edad primer consumo de alcohol

Resultados:

años	nº. alumnos	%	años	nº. alumnos	%
0	30	1	9	281	9
1	125	4	10	193	6
2	268	8	11	159	6
3	325	10	12	112	3
4	345	11	13	58	2
5	337	10	14	51	2
6	300	9	15	26	1
7	325	10	16	13	0
8	298	9	17	8	0

Casos erroneos: 23 Casos no incluidos (missing): 413

Media: 6,554 Moda: 4,000

Desviación standard: 4,165 Mediana: 6,182

-VG 16 ANTIGUEDAD EN EL CONSUMO DE TABACO

Edad en el momento de la encuesta (V 151) menos edad primer consumo de tabaco (V 62)

Resultados:

años	nº. alumnos	%	años	nº. alumnos	%
0	74	2	7	183	6
1	379	12	8	158	5
2	525	17	9	98	3
3	464	15	10	78	3
4	416	14	11	34	1
5	337	11	12	21	1
6	349	8			

Casos erroneos: 41 Casos no incluidos: 633

Media: 4,298 Moda: 2

Desviación standard: 3,898 Mediana: 3,694

-VG 17 ANTIGUEDAD EN EL CONSUMO DE MARIHUANA

Edad en el momento de la administración de la encuesta (V 151) menos edad primer consumo marihuana (V 74)

Resultados:

años	nº. alumnos	%	años	nº. alumnos	%
0	246	25	4	36	4
1	391	40	5	10	1
2	203	21	6 ó más	10	2
3	73	7			

Casos erroneos: 6 Casos no incluidos: 2.715

Media 1,356: Moda: 1,000

desviación standard: 2,521 mediana: 1,105

-VG 20 TIPO DE CONSUMO

1. No consumidor:

Si en la VG11 dice 2 (No), y
en la VG10 dice 1 (Abstemio) o
2 (Ocasional bajo) y
en la V60 dice 1 (Nunca) o
2 (Una vez)

2. Consumidor sólo drogas legales:

Si en la VG11 dice 2 (No) y
en la VG10 dice 3 (Ocasional alto) o
4 (de fin de semana)o
5 (bebedor diario) o
en la V60 dice 3 (ocasionalmente) o
4 (fin de semana y festivo) o
5 (cada día)

3. Consumidor drogas legales e ilegales:

Si en la VG11 dice 1 (Sí) y
en la VG10 dice 3 (ocasional alto) o
4 (de fin de semana) o
5 (bebedor diario) o
en la V60 dice 3 (ocasionalmente) o
4 (fin de semana y festivo) o
5 (cada día)

Resultados:

	Nº de alumnos
1. No consumidores:	482
2. Consumidores legales:	2.025
3. Consumidores drogas legales e ilegales:	962
Total	3.469

Nº de casos no incluidos: 221

Esta variable va a ser interesante para establecer el perfil del consumidor y del no consumidor, aspecto que trabajamos en el apartado 5.2. Vemos aquí como coincide prácticamente el grupo 3 de consumidores de todo tipo de drogas, 962 individuos, con el grupo 1 de la VG11, de los alumnos que han probado droga ilegal 979, dado que practicamente no existen consumidores de drogas ilegales que no lo sean al mismo tiempo de las legales.

5.1.3.4. PRINCIPALES CORRELACIONES ESTABLECIDAS

Con la intención de facilitar su lectura y comprensión, he realizado una selección de las correlaciones realizadas, siguiendo criterios como: mejorar la descripción de la población consumidora, establecer criterios para una política preventiva, conocer los factores que influencian el consumo, etc., por tanto muchas correlaciones no aparecerán en este texto. Si bien naturalmente una lectura atenta de cada una de las tablas aporta información interesantísima, se puede optar también por acudir a los capítulos 5.2. y 6 ó al apartado de conclusiones (5.1.3.5.)donde hago uso de esta misma información pero puesta en conexión con otras, lo cual facilita su lectura.

He intentado aquí agrupar las correlaciones en diversos grupos para facilitar su lectura, bajo los epígrafes de alcohol, tabaco, marihuana, calidad de la información y actitudes.

ALCOHOL

Tabla 1 (VG 1) CONSUMO ALCOHOL ESCUELA POR ESCUELA

	Media	Desviación standard
Población total	8,63	12,59
Colegio nº 3	10,74	15,50
" 4	7,85	10,56
" 5	12,60	15,39
" 6	13,22	15,20
" 7	10,88	12,50
" 8	13,43	15,65
" 9	10,98	13,71
" 10	13,96	15,77
" 11	6,55	8,48
" 12	8,15	11,90
" 13	6,55	8,35
" 14	17,85	23,64
" 15	8,04	9,81
" 16	6,16	8,26
" 17	6,99	9,87
" 18	9,42	23,73
" 19	7,52	9,01
" 20	8,46	14,43
" 21	4,51	8,48
" 22	5,70	6,83
" 23	5,72	7,68
" 24	8,91	9,54
" 25	6,55	9,37
" 26	4,32	5,53
" 28	7,83	10,19
" 29	3,60	4,98
" 30	8,26	7,10
" 31	9,27	12,88
" 32	8,87	8,81
" 33	8,65	11,91
" 34	14,49	14,09
" 35	10,11	11,22
" 36	8,98	10,27
" 37	6,30	7,71

Poco interés tiene que haga un análisis del consumo en cada escuela, pues al variar las dimensiones, ubicación, dirección, etc. hará que aisladamente estos datos tengan poco sentido. Su conocimiento servirá sobre todo para establecer los grupos experimentales y control en el capítulo 6.4.4.

Tabla 2 (VG 1) ALCOHOL ANUAL POR TIPO DE CENTRO

	Desviación de la media
Media total: 8,63 l. alcohol puro	
Colegios Formación Profesional	+2,56
Institutos Nacionales Bachillerato	+0,08
Centros Privados Bachillerato	-0,77

Vemos en ésta tabla, al igual que ocurrirá con otras drogas, como los Centros de Formación Profesional registran consumos más elevados que los otros tipos de centro.

Tabla 3 (VG 1) ALCOHOL ANUAL POR TIPO DE BEBIDA Y TIPO DE CENTRO

	Centro Formación Profesional	Instituto Nacional Bachillerato	Centro Privado Bachillerato	Total
Cerveza	967	842	1.051	431
Vino	2.921	2.170	1.677	2.184
Otros vinos	922	903	860	894
Champagne	903	899	797	869
Vermut	951	710	636	739
Licores dulces	926	749	599	743
Coñac	588	317	210	343
Whisky	495	344	336	378
Otros licores	597	398	420	447
Combinados	1.207	841	834	917
Cocteles	433	360	334	363
Carajillos	280	184	99	179
Media Total	11.196	8.713	7.859	8.632

En ésta tabla vemos nuevamente confirmado el mayor consumo de alcohol de los centros de Formación Profesional, pero sobre todo nos interesa destacar que el mayor consumo de un tipo aislado de bebida es el vino que representa un 2,18 litros de alcohol puro/año, seguido de la cerveza con 0,93 litros/año y los combinados 0,91 litros/año. Aunque no se refleja en ésta tabla, al realizar el entrecruzamiento del tipo de bebida con la forma en que ésta es consumida (diariamente, o fines de semana, etc) resulta que 5,87 litros/año tienen una función recreativa pues se consumen entre las posibilidades de consumo denominadas de "fin de semana" u "ocasionales".

Tabla 4 (VG 1) CONSUMO ANUAL DE ALCOHOL SEGUN (VG 10) LAS PAUTAS DE CONSUMO

	N	Desviación Media
1.- Abstemio	91	-5,66
2.- Ocasional bajo	782	-0,92
3.- Ocasional alto	982	+3,71
4.- De fin de semana	929	+0,50
5.- Bebedor diario	732	+12,44

nº. de casos no incluidos 174 (4,7%)
Significación de F.: 0,000
Media: 8,63 litros año

Existe una relación muy significativa entre ambas variables. Vemos como los bebedores diarios tienen una media de consumo muy por encima de la media.

Tabla 5 (VG 1) CONSUMO ALCOHOL ANUAL SEGUN (VG 52) SEXO

Media: 8,63

	N	Desviaciones de la media
1.- Varón	1.872	+2,62
2.- Mujer	1.770	-2,77

Significación: 0,000
Nº. de casos no incluidos: 48 (1,3%)

Vemos como en valores absolutos existe una diferencia de casi 6 litros en los consumos medios de cada sexo.

Tabla 6 (VG 1) CONSUMO ANUAL DE ALCOHOL SEGUN (VG 9) CALIDAD DE LA INFORMACION

Media:8,63 Litros alcohol puro/año

	N	Desviaciones de la media
1.- Información buena	721	0,04
2.- " Regular	2.3oo	-0,22
3.- " mala	493	0,97

Significaciónde F: 0,168
Nº. de casos no incluidos: 176 (4,8%)

Se trata de una correlación no significativa, o sea, que la información que se dispone sobre drogas -y con las reservas que indicabamos al crear la variable calidad de información- no tiene influencia sobre el consumo de drogas. Como se verá también al establecer otras correlaciones, al ser el alcohol una pauta socialmente establecida y aceptada, no se muestra tan sensible como el tabaco o la marihuana a otras variables como pueden ser consumo por los padres de medicamentos o tabaco, etc.

Tabla 7. (VG 1) CONSUMO DE ALCOHOL SEGUN USO DEL(V 134) TIEMPO LIBRE.

Media total: 8,63 litros/año	n	Desviación de la media
1.- Deportes, excursiones	993	-0,50
2.- Discotecas, bares	628	4,60
3.- Club juvenil	124	1,82
4.- Televisión	385	-3,69
5.- Cine	126	-0,25
6.- Musica o leer	706	-1,49
7.- Ayudar en casa	238	-2,67
8.- Nada	33	5,16
9.- Otras	217	1,60

Significación F: 0,000
Nº. de casos no incluidos: 240 (6,5%)

Según vemos existe una correlación altamente significativa. Las actividades que suponen estar en casa y el deporte correlacionan con consumos más bajos

Tabla 8 (VG 1) TOTAL ALCOHOL ANUAL LITROS SEGUN (V 2) MEDIO DE INFORMACION

Media: 8,63 litros/año	n	Desviación de la media
1.- Mis padres	123	0,34
2.- Mis hermanos	50	2,13
3.- Comp. o amig. del centro	509	1,34
4.- Diari. o revistas	423	-0,54
5.- Radio o televisión	548	-3,46
6.- Compañeros o amigos fuera del centro	767	3,51
7.- Profesores o maestros	164	-3,06
8.- Libr. o confe. informa	348	-2,18
9.- Ninguna información	59	-2,29

Nº. casos no incluidos: 699 (18,9%)
Significación de F: 0,000

Vuelve a darse una correlación muy significativa. Los alumnos que se informan a través de sus amigos o hermanos (mayor actividad social o indicación de gran depedencia hacia el grupo) consumen más.

Tabla 9 (VG 1) CONSUMO ALCOHOL SEGUN (V 136) RELIGION

Media total: 8,63 litros/año	n	Desviación de la media
1.- Creyente y prácticante	1.041	-2,51
2.- Creyente no prácticante	1.885	0,91
3.- Prácticante no creyente	120	-0,91
4.- Ni creyente ni prácticante	408	2,47

Significación F: 0,000
Casos no incluidos: 136 (6,4%)

Alta significación. Como ocurre en otras encuestas similares, la práctica de la religión correlaciona con un consumo menor.

Tabla 10 (VG 1) TOTAL ALCOHOL ANUAL LITROS SEGUN (V 137) EXPECTATIVA VOTACION PARTIDOS POLITICOS

Media: 8,63	n	Desviación de la media
1.- UCD	850	-1,53
2.- PCIB	96	1,49
3.- AP	228	-0,41
4.- PSM	382	2,27
5.- FN	103	2,13
6.- PSOE	652	-0,73
7.- ANARQUISTA	175	3,68

Significación: 0,000
Casos no incluidos: 1.204 (32,6%)

La afinidad con partidos mayoritarios está relacionada con un menor consumo, mientras que la cercania a partidos minoritarios a ambos lados del espectro político supone mayor consumo. El elevado nº de casos no incluidos se debe en parte a haber eliminado los partidos con menos votantes.

Tabla 11 (VG 1) TOTAL ALCOHOL ANUAL LITROS SEGUN (VG 13) RELACION CON EL PADRE

Media total: 8,63 litros/año	n	Desviación de la media
1.- Rebelde	1.033	1,45
2.- Dependiente	1.952	-0,92
3.- Indiferente	286	1,05

Significación: 0,000
Casos no incluidos: 419 (11,4%)

El dependiente consume menos alcohol que el indiferente y el rebelde (la misma correlación hecha con las otras drogas es todavía más sensible).

Tabla 12 (VG 1) TOTAL ALCOHOL ANUAL LITROS SEGUN (VG 14) RELACION CON LA MADRE

Media total: 8,63 litros/año	N	Desviación de la media
1.- Rebelde	1.007	1,32
2.- Dependiente	2.090	-0,78
3.- Indiferente	207	1,45

Significación: 0,000
Casos no incluidos: 386 (10,5%)

Esta correlación se mueve en los mismos derroteros que la anterior, es decir que los alumnos que autodefinen su relación hacia su madre como de dependencia muestran unos consumo más bajos.

Tabla 13 (VG 10) FRECUENCIA DE CONSUMO ALCOHOLICO SEGUN (V 54) CONSUMO ALCOHOL PADRE

	(V 54) NUNCA 1.	OCASIONAL-MENTE 2.	HABITUAL-MENTE 3.	FILA TOTAL
Nº. DE CASOS				
% DE LA FILA				
% DE LA COLUMNA				
% TOTAL				
1.	25	43	21	89
(VG 10)	28,1	48,3	23,6	2,5
ABSTEMIO	4,1	2,8	1,5	
	0,7	1,2	0,6	
2.	170	369	250	789
	21,5	46,8	31,7	22,5
OCASIONAL BAJO	27,7	23,9	18,4	
	4,8	10,5	7,1	
3.	158	461	356	975
	16,2	47,3	36,5	27,8
OCASIONAL ALTO	25,7	29,9	26,2	
	4,5	13,1	10,1	
4.	169	420	336	925
	18,3	45,4	36,3	26,3
DE FIN DE SEMANA	27,5	27,2	24,8	
	4,8	12,0	9,6	
5.	92	249	394	735
	12,5	33,9	53,6	20,9
BEBEDOR DIARIO	15,0	16,1	29,0	
	2,6	7,1	11,2	
COLUMNA	614	1.542	1.357	3.513
TOTAL	17,5	43,9	38,6	100,0

Nº. de casos no incluidos: 177
Significación: 0,000

Vemos claramente como entre los bebedores diarios -que sabemos además por otra correlación que son los máximos consumidores- coincide con un mayor porcentaje de padres consumidores habituales de alcohol.

Tabla 14 (VG 1) TOTAL ALCOHOL ANUAL LITROS SEGUN (V 110) FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS PADRE

Media total: 8,63

	N	Desviación de la media
1.- Casi nunca	1.634	-0,04
2.- Ocasionalmente	833	0,14
3.- Frecuentemente	374	0,58
4.- Diariamente	442	-0,61

Significación. 0,492
Nº. de casos no incluidos: 407 (11%)

Ya veremos como la misma correlación realizada con el tabaco y la marihuana si es significativa.

Tabla 15 (V 60) FRECUENCIA CONSUMO TABACO. SEGUN (V 152) SEXO

		(V 152) VARON 1.	MUJER 2.	FILA TOTAL
Nº. DE CASOS				
% DE LA FILA				
% DE LA COLUMNA				
% TOTAL				
	1.	245	146	391
		62,7	37,3	10,8
NUNCA		13,2	8,3	
		6,8	4,0	
	2.	418	389	807
		51,8	48,2	22,3
UNA VEZ		22,5	22,1	
		11,5	10,7	
	3.	522	441	963
		54,2	45,8	26,6
OCASIONALMENTE		28,0	25,0	
		14,4	12,2	
	4.	81	126	207
		39,1	60,9	5,7
FIN DE SEMANA Y FES		4,4	7,1	
		2,2	3,5	
	5.	595	662	1.257
		47,3	52,7	34,7
CADA DIA		32,0	37,5	
		16,4	18,3	
COLUNMA		1.861	1.764	3.625
TOTAL		51,3	48,7	100,0

Significación: 0,000
Nº. de casos no incluidos: 65

Hay más fumadores diarios y menos abstinentes entre las mujeres.

Tabla 16 CONSUMO DE TABACO SEGUN TIPO DE CENTRO

Nº. de cigarrillos	C.F.P.	I.N.B.	C.P.B.	TOTAL
0	37%	45%	51%	45%
1 a 5	39	31	28	32
6 a 10	13	11	10	11
11 a 15	6	6	5	5
16 a 20	3	4	4	5
más de 20	2	3	2	2
	(788)	(1.785)	(1.117)	(3.690)

Hay mas abstinentes en los Centros Privados de Bachillerato y más consumidores en los Centros de Formación Profesional.

Tabla 17 (V 159) NUMERO DE CIGARRILLOS POR SEMANA SEGUN (V 2) MEDIO INFORMACION

	n	Desviación de la media
1.- Mis padres	123	-9,41
2.- Mis hermanos	50	9,81
3.- Compañeros o amigos del centro	509	2,85
4.- Diarios o revistas	423	-5,54
5.- Radio o televisión	548	-11,83
6.- Compañeros o amigos fuera del centro	767	15,66
7.- Profesores o maestros	164	-15,79
8.- Libro conferencia	348	-2,89
9.- Ninguna información	59	-6,33

Casos no incluidos: 699 (18,9%)
Significación de F: 0,000

Como en el caso del alcohol, los que reciben la información sobre drogas de los amigos o hermanos consumen más. Seguramente porque esto último es signo de mayor dependencia hacia el grupo y/o de mayor actividad social.

Tabla 18 (V 159) NUMERO DE CIGARRILLOS POR SEMANA SEGUN (VG 09) CALIDAD DE LA INFORMACION

Media total: 24,88

	n	Desviación de la media
1.- Buena	721	5,36
2.- Regular	2.300	-1,65
3.- Mala	493	-0,14

Significación de F: 0,001
Casos no incluidos: 176 (4,8%)

Aquí se da la aparente paradoja de que los mejor informados son los que más consumen. Esto tiene posibles explicaciones como la de que los consumidores llevan más vida social y están por ello mejor informados en los asuntos de drogas o que el consumidor necesita justificar su actitud por lo que necesita informarse, etc.

Tabla 19 (V 159 NUMERO DE CIGARRILLOS POR SEMANA SEGUN (V 137) EL PARTIDO POLITICO PREFERIDO.

Media total:24,88 cig/sem

	n	Desviación de la media
1.- UCD	850	-6,06
2.- PCIB	96	7,15
3.- AP	228	4,34
4.- PSM	382	6,68
5.- FN	103	6,89
6.- PSOE	652	-5,17
7.- ANARQUISTAS	175	20,48

Nº. de casos no incluidos: 1.204 (32,6%)
Significación F: 0,000

Ocurre como en el caso del alcohol que los jóvenes que desean votar partidos mayoritarios consumen menos tabaco

Tabla 20 (V 159) NUMERO DE CIGARRILLOS POR SEMANA SEGUN (V 136) RELIGION

Media total:24,88 cig/sem

	n	Desviación de la media
1.- Creyente y practicante	1.041	-9,69
2.- Creyente no practicante	1.885	2,88
3.- Practicante no creyente	120	-5,77
4.- Ni creyente ni practicante	408	13,12

Significación F: 0,000
Nº. casos no incluidos: 236 (6,4%)

Nuevamente se da la misma pauta que en el alcohol de que los alumnos practicantes (¡aunque no fuesen creyentes!) fuman menos.

Tabla 21 (V 159) NUMERO DE CIGARRILLOS POR SEMANA SEGUN (V 134) OCIO

Media total: 24,88 cig/sem.

	n	Desviación de la media
1.- Deportes, excurs	993	-8,67
2.- Discotecas, bares	628	19,11
3.- Club juvenil	124	3,2
4.- Televisión	385	-13,68
5.- Cine	126	10,61
6.- Musica o leer	706	2,9
7.- Ayudar en casa	238	-9,85
8.- Nada	33	8,82
9.- Otras	217	3,44

Significación F: 0,000
Nº. de casos no incluidos: 240 (6,5%)

Sigue dándose la misma pauta que en el caso de las otras drogas, los que se quedan en casa o hacen deporte consumen menos.

Tabla 22 (V 159) NUMERO DE CIGARRILLOS POR SEMANA SEGUN (VG 13) RELACION CON EL PADRE

Media total: 24,88 cig/sem.

	n	Desviación de la media
1.- Rebelde	1.033	5,71
2.- Dependiente	1,952	-3,71
3.- Indiferente	286	4,73

Significación F: 0,000
Nº. de casos no incluidos: 419 (11,5%)

Los que mantienen buena relación con el padre fuman menos, al contrario de los que autodefinen su relación como de rebeldia o de indiferencia. Es posible que ello se complemente con que las personas que mantienen una deficiente relación con sus padres se apoyen más en los amigos.

Tabla 23 (V 159) NUMERO DE CIGARRILLOS POR SEMANA SEGUN (VG 14) LA RELACION MANTENIDA CON LA MADRE

Media total:24,88 cig/sem

	n	Desviación de la media
1.- Rebelde	1.007	7,25
2.- Dependiente	2.090	-3,65
3.- Indiferente	207	1,52

Significación F: 0,000
Nº. de casos no incluidos: 386 (10,5%)

Se pueden repetir aquí los mismos comentarios que cuando se trataba de la relación con el padre en la tabla anterior.

Tabla 24 (V 65) EL CONSUMO DE TABACO DEL PADRE EN RELACION CON (V 60) LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO DEL HIJO.

Consumo medio de los padres:10,72 cig/sem.

	n	Desviación de la media
1.- Nunca	361	-2,38
2.- Una vez	765	-2,31
3.- Ocasionalmente	906	-0,74
4.- Fin de semana y fest.	192	0,16
5.- Cada día	1.173	2,78

Significación F: 0,000
Nº. de casos no incluidos: 293 (7,9%)

Comentario:
Padre más fumador hijo más fumador. Quienes no fuman tienen con mayor probabilidad un padre menos fumador.

Tabla 25 (V 66) CONSUMO TABACO MADRE SEGUN (V 60) FRECUENCIA CONSUMO TABACO

Media consumo madres:1,2 cig.

	n	desviación de la media
1.- Nunca	361	-0,24
2.- Una vez	765	0,00
3.- Ocasionalmente	906	-0,40
4.- Fin de semana y fest.	192	-0,61
5.- Cada día	1.173	0,48

Significación F: 0,000
Nº. de casos no incluidos: 293 (7,9%)

Comentario:
Curiosamente el consumo de tabaco de la madre apenas correlaciona con el consumo del hijo, quizás debido al bajo porcentaje de madres fumadoras.

Tabla 26 (V 159) NUMERO DE CIGARRILLOS POR SEMANA SEGUN (V 110) FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS PADRE

Media de cig/semana:24,78

	n	Desviación de la media
1.- Casi nunca	1.634	-2,40
2.- Ocasionalmente	833	-0,34
3.- Frecuentemente	374	3,51
4.- Diariamente	442	6,53

Significación F: 0,001
Nº. de casos no incluidos: 407 (11,0%)

Como vemos existe relación entre el consumo de medicamentos del padre y que el hijo fume cigarrillos. No es aventurado pues pensar en que existe un aprendizaje familiar en el uso de productos químicos. Lo que se aprende no es a usar tal o cual droga, sino a utilizarlas en general, dependiendo el producto de las circunstancias específicas en que vive el sujeto.

Tabla 27 (V 159) NUMERO DE CIGARRILLOS POR SEMANA SEGUN (VG 10) FRECUENCIA DE CONSUMO ALCOHOLICO

Media Total de consumo:24,86 cig/sem

	N	Desviación de la media
1.- Abstemio	91	-19,26
2.- Ocasional bajo	782	-14,54
3.- Ocasional alto	982	-1,18
4.- De fin de semana	929	2,27
5.- Bebedor diario	732	16,63

Significación de F: 0,000
Nº. de casos no incluidos: 174 (4,7%)

El entrecruzamiento de aprendizajes en un mismo individuo queda una vez más patente en esta tabla. De una forma altamente significativa a más beber más fumar. La diferencia llega a ser entre el abstemio y el bebedor diario de casi 36 cigarrillos semana.

Tabla 28 (V 72) FRECUENCIA CONSUMO CANNABIS SEGUN (V 152) SEXO

	(V 152) VARON 1.	MUJER 2.	FILA TOTAL
(V 72) 1.	1.240	1.343	2.583
	48,0	52,0	71,4
NUNCA	66,8	76,2	
	34,3	37,1	
2.	282	219	501
	56,3	43,7	13,8
UNA VEZ	15,2	12,4	
	7,8	6,1	
3.	169	112	281
UNA VEZ AL MES	60,1	39,9	7,8
O MENOS	9,1	6,4	
	4,7	3,1	
4.	92	50	142
VARIAS MES,	64,8	35,2	3,9
NO SEMANAL	5,0	2,8	
	2,5	1,4	
5.	62	30	92
UNA O MAS SEMANA,	67,4	32,6	2,5
NO CADA DIA	3,3	1,7	
	1,7	0,8	
6.	11	8	19
	57,9	42,1	0,5
CADA DIA	0,6	0,5	
	0,3	0,2	
COLUMNA	1.856	1.762	3,618
TOTAL	51,3	48,7	100,0

Significación F: 0,000
Nº. casos no incluidos: 72

Existe una diferencia significativa a favor de los varones en cuanto a haber probado el cannabis y también muestran ellos mayor incidencia en las frecuencias de consumo más elevadas.

Tabla 29 FRECUENCIA CONSUMO MARIHUANA SEGUN TIPO DE CENTRO.

	C.F.P.	I.N.B.	C.P.B.	TOTAL
1.- Nunca	74,7	69,5	72,2	71,3
2.- Han probado una vez	12,6	14,7	13,5	13,9
3.- Una vez al mes	7,0	8,5	7,1	7,8
4.- Varias veces al mes	3,6	4,5	3,4	4,0
5.- Varias veces por semana	2,2	2,5	3,1	2,6
6.- Cada día	0,6	0,4	0,6	0,5
	(788)	(1.785)	(1.117)	(3.690)

Es en este caso entre los alumnos de los Institutos Nacionales donde se ha probado con más frecuencia la marihuana, sin embargo hay menor proporción de consumidores semanales y diarios.

Tabla 30 (V 72) FRECUENCIA CONSUMO CANNABIS SEGUN (VG 11) SI HAN PROBADO DROGA ILEGAL

	(VG 11) SI 1.	NO 2.	FILA TOTAL
1.	19	2.500	2.519
	0,8	99,2	72,2
NUNCA	1,9	99,6	
	0,5	71,6	
2.	468	10	478
	97,9	2,1	13,7
UNA VEZ	47,8	0,4	
	13,4	0,3	
3.	263	1	264
UNA VEZ AL MES	99,6	0,4	7,6
O MENOS	26,9	0,0	
	7,5	0,0	
4.	135	0	1.355
VARIAS AL MES	100,0	0,0	3,9
NO SEMANAL	13,8	0,0	
	3,9	0,0	
5.	82	0	82
UNA O MAS SEMA-	100,0	0,0	2,3
NA. NO DIARIO	8,4	0,0	
	2,3	0,0	
6.	12	0	12
CADA DIA	100,0	0,0	0,3
	1,2	0,0	
	0,3	0,0	
COLUMNA TOTAL	979	2.511	3.490
	28,1	71,9	100,0

El único dato que interesa retener aquí es que sólo 19 individuos admiten haber probado una droga ilegal distinta de la marihuana sin haber probado ésta. Esto hace en la práctica equiparables los que han probado droga ilegal con los que han probado marihuana.

Significación F: 0,000
Nº. de casos no incluidos: 200

Tabla 31 (V 2) MEDIO INFORMACION SEGUN (VG 11) SI HAN PROBADO DROGA ILEGAL

Nº. DEC CASOS / % DE LA FILA / % DE LA COMUMNA / % TOTAL (V 2)	(VG 11) SI 1.	NO 2.	FILA TOTAL
1. MIS PADRES	19 14,2 2,0 0,5	115 85,8 4,6 3,3	134 3,9
2. MIS HERMANOS	26 48,1 2,7 0,7	28 51,9 1,1 0,8	54 1,6
3. COMPAÑEROS O AMIGOS DEL CENTRO	190 3,33 19,5 5,5	380 66,7 15,2 10,9	570 16,4
4. DIARIOS O REVISTAS	105 20,3 10,8 3,0	413 79,7 16,5 11,9	518 14,9
5. RADIO O TELEVISION	78 12,0 8,0 2,2	573 88,0 22,9 16,5	651 18,7
6. COMPAÑEROS O AMIGOS FUERA CENTRO	445 53,2 45,7 12,8	392 46,8 15,7 11,3	837 24,1
7. PROFESORES Y MAESTROS	9 4,5 0,9 0,3	189 95,5 7,6 5,4	198 5,7
8. LIBROS CONFE. INFORMACION	89 20,4 9,1 2,6	348 79,6 13,9 10,0	437 12,6
9. NINGUNA INFORMACION	12 15,8 1,2 0,3	64 84,2 2,6 1,8	76 2,2
COLUMNA TOTAL	973 28,0	2.502 72,2	3.475 100,0

El haberse informado con los amigos o hermanos se correlaciona con un mayor consumo.

Significación F: 0,0000
Nº. de casos no incluidos: 215

Tabla 32 (VG 9) CALIDAD DE INFORMACION SEGUN (VG 11) SI HAN PROBADO DROGA ILEGAL

		(VG 11)			
Nº. DE CASOS					
% DE LA FILA		SI	NO	NO	FILA
% DE LA COLUMNA		1.	2.	CONSTA	TOTAL
% TOTAL					
	1.	281	460	13	754
(VG 9)		37,3	61,0	1,7	20,4
BUENA		26,6	18,3	10,9	
		7,6	12,5	0,4	
	2.	650	1.689	13	2400
		27,1	70,4	1,7	65,0
REGULAR		61,6	67,2	51,3	
		17,6	45,8	1,7	
	3.	125	364	45	534
		23,4	68,2	8,4	14,5
MALA		11,8	14,5	37,8	
		3,4	9,9	1,2	
	COLUMNA	1.056	2.515	119	3.690
	TOTAL	28,6	68,2	3,2	100,0

Significación: 0,0000

Al igual que con las drogas legales la buena información no significa menor consumo. Cabe hacer aquí las mismas consideraciones acerca de cual es la explicación de esta aparente paradoja. Los consumidores o bien por estar en contacto con otras personas conocedoras del mundo de la droga o bien por necesitar justificar su comportamiento o por una actitud más curiosa hacia las novedades, suelen estar mejor informados.

Tabla 33 (V 134) OCIO SEGUN (VG 11) SI HAN PROBADO DROGA ILEGAL.

Nº. DE CASOS / % DE LA FILA / % DE LA COLUMNA / % TOTAL		(VG 11) SI 1.	NO 2.	FILA TOTAL
(V 134)	1.	221	755	976
		22,6	77,4	28,5
DEPORTES, EXCURS		23,2	30,6	
		6,5	22,0	
	2.	316	304	620
		51,0	49,0	18,1
DISCOTECAS, BARES		33,1	12,3	
		9,2	8,9	
	3.	30	91	121
		24,8	75,2	3,5
CLUB JUVENIL		3,1	3,7	
		0,9	2,7	
	4.	42	351	393
		10,7	89,3	11,5
TELEVISION		4,4	14,2	
		1,2	10,2	
	5.	32	97	129
		24,8	75,2	3,8
CINE		3,4	3,9	
		0,9	2,8	
	6.	201	496	697
		28,8	71,2	20,4
MUSICA O LEER		21,1	20,1	
		5,9	14,5	
	7.	33	212	245
		13,5	86,5	7,2
AYUDAR EN CASA		3,5	8,6	
		1,0	6,2	
	8.	8	24	32
		25,0	75,0	0,9
NADA		0,8	1,0	
		0,2	0,7	
	9.	71	141	212
		33,5	66,5	6,2
OTRAS		7,4	5,7	
		2,1	4,1	
				3.425
COLUMNA TOTAL		954	2.471	100,0
		27,9	72,1	

Realizar actividades en casa o hacer deporte se relaciona con menor consumo.

Significación: 0,0000
Nº. de casos no incluidos: 265

Tabla 34 (V 137) PARTIDO POLITICO SEGUN (VG 11) SI HAN PROBADO DROGA ILEGAL

Nº. DE CASOS / % DE LA FILA / % DE LA COLUMNA / % TOTAL (V 137)		(VG 11) SI 1.	NO 2.	FILA TOTAL
	1.	157	678	835
		18,8	81,2	28,1
UCD		18,8	31,7	
		5,3	22,8	
	2.	44	49	93
		47,3	52,7	3,1
PCIB		5,3	2,3	
		1,5	1,6	
	3.	57	169	226
		25,2	74,8	7,6
AP		6,8	7,9	
		1,9	5,7	
	4.	141	238	379
		37,2	62,8	12,7
PSM		16,9	11,1	
		4,7	8,0	
	5.	12	24	36
		33,3	66,7	1,2
FN		1,4	1,1	
		0,4	0,8	
	6.	153	511	664
		23,0	77,0	22,3
PSOE		18,4	23,9	
		5,1	17,2	
	7.	96	70	166
		57,8	42,2	5,6
ANARQUISTA		11,5	3,3	
		3,2	2,4	
	8.	173	401	574
OTROS		30,1	69,9	19,4
		20,7	18,8	
		5,7	13,5	
		833	2140	2973
		28,0	72,0	100,0

Los presuntos votantes a partidos mayoritarios han probado menos veces drogas ilegales.

Significación: 0,0000
Nº. de casos no incluidos: 717

Tabla 36 (V 150) DINERO SEMANAL SEGUN (V 72) FRECUENCIA CONSUMO CANNABIS

Media: 69,5

	n	Desviación de la media
1.- Nunca	2.175	-104,59
2.- Una vez	436	137,86
3.- Una vez al mes, o menos	251	214,18
4.- Varias mes, no semanal	128	348,16
5.- Una o más semanal no cada día	84	576,65
6.- Cada día	17	1212,84

Significación: 0,000

Nº. de casos no incluidos: 599 (16,2%)

La mayor disponibilidad de dinero correlaciona con el uso de cannabis.

Tabla 37 (V 72) FRECUENCIA CONSUMO CANNABIS SEGUN (VG 13) RELACION CON EL PADRE (VG 13)

Nº. DE CASOS / % DE LA FILA / % DE LA COLUMNA / % TOTAL		REBELDE 1.	DEPENDIENTE 2.	INDIFERENTE 3.	RESPUEST ERRONEAS	FILA TOTAL
(V 72)	1.	658	1.577	179	185	2.599
		25,3	60,7	6,9	7,1	71,3
NUNCA		61,6	78,1	59,7	71,7	
		18,1	43,3	4,9	5,1	
	2.	181	242	47	36	506
		35,8	47,8	9,3	7,1	13,9
UNA VEZ		16,9	12,0	15,7	14,0	
		5,0	6,6	1,3	1,0	
	3.	117	114	34	17	282
		41,5	40,4	12,1	6,0	7,7
UNA VEZ MES O MENOS		10,9	5,6	11,3	6,6	
		3,2	3,1	0,9	0,5	
	4.	59	52	20	14	145
		40,7	35,9	13,8	9,7	4,0
VARIAS, MES NO SEMANAL		5,5	2,6	6,7	5,4	
		1,6	1,4	0,5	0,4	
	5.	46	27	18	3	94
		48,9	28,7	19,1	3,2	2,6
UNA O MAS SEMANAL, NO CADA DIA		4,3	1,3	6,0	1,2	
		1,3	0,7	0,5	0,1	
	6.	8	6	2	3	19
		42,1	31,6	10,5	15,8	0,5
CADA DIA		0,7	0,3	0,7	1,2	
		0,2	0,2	0,1	0,1	
COLUMNA TOTAL		1,069	2.018	300	258	3.645
		29,3	55,4	8,2	7,1	100,0

Significación: 0,000

Nº. de casos no incluidos: 45

Tabla 38 (V 72) FRECUENCIA CONSUMO CANNABIS SEGUN (VG 14) RELACION CON LA MADRE

		(VG 14) REBELDE 1.	DEPEN-DIENTE 2.	INDIFE-RENTE 3.	RESPUEST ERRONEAS	FILA TOTAL
(V 72)	1.	654	1663	127	155	2599
		25,2	64,4	4,9	6,0	71,3
NUNCA		62,5	77,1	59,1	68,9	
		17,9	45,6	3,5	4,3	
	2.	174	254	45	33	506
		34,4	50,2	8,9	6,5	13,9
UNA VEZ		16,6	11,8	20,9	14,7	
		4,8	7,0	1,2	0,9	
	3.	111	133	24	14	282
		39,4	47,2	8,5	5,0	7,7
UNA VEZ MES O		10,6	6,2	11,2	6,2	
MENOS		3.0	3,6	0,7	0,4	
	4.	57	61	12	15	145
		39,3	42,1	8,3	10,3	4,0
VARIAS MES, NO		5,4	2,8	5,6	6,7	
SEMANAL		1,6	1,7	0,3	0,4	
	5.	39	41	6	8	94
		41,5	43,6	6,4	8,5	2,6
UNA O MAS SEMA-		3,7	1,9	2,8	3,6	
NA, NO CADA DIA		1,1	1,1	0,2	0,2	
	6.	12	6	1	0	19
		63,2	31,6	5,3	0,0	0,5
CADA DIA		1,1	0,3	0,5	0,0	
		0,3	0,2	0,0	0,0	
COLUMNA		1047	2158	215	225	3645
TOTAL		28,7	59,2	5,9	6,2	100,0

Significación: 0,000
Nº. de casos no incluidos: 45

Tabla 39 (V 65) CONSUMO TABACO PADRE SEGUN (V 72) FRECUENCIA CONSUMO CANNABIS

Media: 10,71

	n	Desviación de la media
1.- Nunca	2429	-0,65
2.- Una vez	462	0,06
3.- Una vez mes, o menos	268	2,34
4.- Varias mes, no semana	131	3,19
5.- Una o más semana, no cada día	86	3,64
6.- Cada día	17	11,64

Significación: 0,000
Nº. de casos no incluidos: 297 (8%)

Existe una relación altamente significativa entre el consumo de tabaco del padre y el uso de marihuana del hijo. Esto aboga en favor de un aprendizaje familiar del uso de drogas.

Tabla 40 (V 66) CONSUMO TABACO MADRE SEGUN (V 72) FRECUENCIA CONSUMO CANNABIS

Media: 1,20

	n	Desviación de la media
1.- Nunca	2429	-0,16
2.- Una vez	462	0,30
3.- Una vez mes, o menos	268	0,33
4.- Varias mes, no semana	131	0,09
5.- Una o más semana, no cada día	86	1,30
6.- Cada día	17	2,45

Significación: 0,004
Nº. de casos no incluidos: 297 (8%)

Tabla 41 (V 72) FRECUENCIA CONSUMO CANNABIS SEGUN (V 110) FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS PADRE

	(V 110)				
Nº. DE CASOS % DE LA FILA % DE LA COLUMNA % TOTAL (V 72)	CASI NUNCA 1.	OCASIO-NALMENTE 2.	FRECUEN-TEMENTE 3.	DIARIA-MENTE 4.	FILA TOTAL
1.	1221	629	257	312	2419
	50,5	26,0	10,6	12,9	71,1
NUNCA	72,2	72,1	67,1	68,6	
	35,9	18,5	7,6	9,2	
2.	230	114	60	68	472
	48,7	24,2	12,7	14,4	13,9
UNA VEZ	13,6	13,1	15,7	14,9	
	6,8	3,4	1,8	2,0	
3.	127	70	33	35	265
	47,9	26,4	12,5	13,2	7,8
UNA VEZ MES, O	7,5	8,0	8,6	7,7	
MENOS	3,7	2,1	1,0	1,0	
4.	64	24	22	27	137
	46,7	17,5	16,1	19,7	4,0
VARIAS VECES MES,	3,8	2,8	5,7	5,9	
NO SEMANAL	1,9	0,7	0,6	0,8	
5.	43	30	08	11	92
	46,7	32,6	8,7	12,0	2,7
UNA O MAS SEMANA,	2,5	3,4	2,1	2,4	
NO DIARIO	1,3	0,9	0,2	0,3	
6.	6	5	3	2	16
	37,5	31,3	18,8	12,5	0,5
CADA DIA	0,4	0,6	0,8	0,4	
	0,2	0,1	0,1	0,1	
COLUMNA	1691	872	383	455	3401
TOTAL	49,7	25,6	11,3	13,4	100,0

Significación: 0,2247
Nº. de casos no incluidos: 289

En este caso la correlación no es significativa, pero si lo será cuando comparamos con el consumo de medicamentos de la madre (ver próxima tabla).

Tabla 42 (V 72) FRECUENCIA CONSUMO CANNABIS SEGUN (V 111) FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS MADRE

		(V 111)				
Nº. DE CASOS % DE LA FILA % DE LA COLUMNA % TOTAL		CASI NUNCA 1.	OCASIO-NALMENTE 2.	FRECUEN-TEMENTE 3.	DIARIA-MENTE	FILA TOTAL
(V 72)						
	1.	904	861	407	315	2487
		36,3	34,6	16,4	12,7	71,2
NUNCA		74,5	72,5	66,3	65,9	
		25,9	24,7	11,7	9,0	
	2.	147	162	101	74	484
		30,4	33,5	20,9	15,3	13,9
UNA VEZ		12,1	13,6	16,4	15,5	
		4,2	4,6	2,9	2,1	
	3.	102	73	55	42	272
		37,5	26,8	20,2	15,4	7,8
UNA VEZ MES, O		8,4	6,1	9,0	8,8	
MENOS		2,9	2,1	1,6	1,2	
	4.	34	45	28	31	133
		24,6	32,6	20,3	22,5	4,0
VARIAS MES, NO		2,8	3,8	4,6	6,5	
SEMANAL		1,0	1,3	0,8	0,9	
	5.	24	37	19	12	92
		26,1	40,2	20,7	13,0	2,6
UNA O MAS SEMANA,		2,0	3,1	3,1	2,5	
NO DIARIO		0,7	1,1	0,5	0,3	
	6.	6	9	4	4	19
		10,5	47,4	21,1	21,1	0,5
		0,2	0,8	0,7	0,8	
CADA DIA		0,1	0,3	0,1	0,1	
COLUMNA		1213	1187	614	478	3492
TOTAL		34,7	34,0	17,6	13,7	100,0

Significación: 0,0004
Nº. de casos no incluidos: 198

Es altamente significativa la correlación entre ambas variables. Lo cual permite pensar con alguna base, junto logicamente con otros datos que apuntan en la misma dirección, en la cadena de aprendizajes que se realizan entre los hábitos de consumo familiares y los personales. Esto es un grado más en la forma de concebir la cadena de aprendizajes, que ya no es sólo de una droga a otra, sino incluso de una generación a otra. Esto plantea también de forma concreta el papel de los padres en la prevención.

Tabla 43 (VG 10) FRECUENCIA DE CONSUMO ALCOHOLICO SEGUN SI (VG 11) HAN PROBADO DROGA ILEGAL

Nº. DE CASOS / % DE LA FILA / % DE LA COLUMNA / % TOTAL (VG 10)		(G 10) SI 1.	NO 2.	FILA TOTAL
	1.	3	87	90
		3,3	96,7	2,6
ASTEMIO		0,3	3,5	
		0,1	2,5	
	2.	82	707	789
		10,4	89,6	22,6
OCASIONAL BAJO		8,4	28,2	
		2,3	20,3	
	3.	286	696	982
		29,1	70,9	28,1
OCASIONAL ALTO		29,2	27,7	
		8,2	19,9	
	4.	311	611	922
		33,7	66,3	26,4
DE FIN DE SEMANA		31,8	24,3	
		8,9	17,5	
	5.	297	410	707
		42,0	58,0	20,3
BEBEDOR DIARIO		30,3	16,3	
		8,5	11,7	
COLUMNA TOTAL		979	2511	3490
		28,1	71,9	100,0

Significación: 0,0000
Nº. de casos no incluidos: 200

Volvemos a encontrarnos con un caso de significación máxima. Existe una gradación perfecta y progresiva en los porcentajes de haber probado droga ilegal desde el consumidor de alcohol abstemio hasta el consumidor diario. Esto nos induce a pensar en el cruzamiento de aprendizajes entre las diversas drogas y que hace pensar en la existencia de un único perfil del consumidor de drogas, sean estas legales o ilegales.

Tabla 44 (V 72) FRECUENCIA CONSUMO CANNABIS SEGUN (V 77) FRECUENCIA CONSUMO DE HEROINA

		(V 77)				
Nº. DE CASOS % DE LA FILA % DE LA COLUMNA % TOTAL (V 72)		NUNCA 1.	UNA VEZ 2.	UNA VEZ MES,O MENOS 3.	VARIAS MES, NO SEMANAL 4.	FILA TOTAL
	1.	2564	5	1	0	2570
		99,8	0,2	0,0	0,0	71,9
NUNCA		72,8	11,9	10,0	0,0	
		71,7	0,1	0,0	0,0	
	2.	479	11	2	0	492
		97,4	2,2	0,4	0,0	13,8
UNA VEZ		13,6	26,2	20,0	0,0	
		13,4	0,3	0,1	0,0	
	3.	266	6	3	0	275
		96,7	2,2	1,1	0,0	7,7
UNA VEZ MES, O MENOS		7,6	14,3	30,0	0,0	
		7,4	0,2	0,1	0,0	
	4.	123	11	4	0	138
		89,1	8,0	2,9	0,0	3,9
VARIAS MES, NO SEMANAL		3,5	26,2	40,0	0,0	
		3,4	0,3	0,1	0,0	
	5.	79	8	0	1	88
		89,8	9,1	0,0	1,1	2,5
UNA O MAS SEMANAL, NO DIARIO		2,2	19,0	0,0	100,0	
		2,2	0,2	0,0	0,0	
	6.	12	1	0	0	13
		92,3	7,7	0,0	0,0	0,4
CADA DIA		0,3	2,4	0,0	0,0	
		0,3	0,0	0,0	0,0	
COLUMNA TOTAL		3523 98,5	42 1,2	10 0,3	1 0,0	3576 100,0

Significación: 0,0000
Nº. de casos no incluidos: 114

A pesar de la aparente alta significación estadística, ésta viene disminuida porque existen muchos casilleros con frecuencias esperadas inferiores al 5% (ello debido naturalmente al escaso número de alumnos que admiten haber probado heroína o derivados). En todo caso lo que interesa destacar aquí unicamente es que sólo 6 personas dicen haber tomado un producto narcótico sin que hubiesen probado la marihuana. Todos los demás, o sea la inmensa mayoría, si han probado la marihuana.

Tabla 45 (V 133) (RECODIFICACION) EXPERIENCIAS SEXUALES SEGUN (V 72) LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE CANNABIS

(V 72)

Nº. DE CASOS / % DE LA FILA / % DE COLUMNA / % TOTAL (V 133)	NUNCA 1.	UNA VEZ 2.	UNA VEZ MES, O MENOS 3.	VARIAS MES, NO SEMANAL 4.	UNA O MAS SEMANA 5.	DIARIA 6.	FILA TOTAL FILA TOTAL
1.	637	238	193	180	265	17	1530
	41,6	5,6	12,6	11,8	17,3	1,1	43,6
SI	28,7	49,7	66,8	81,8	95,0	81,0	
	18,1	6,8	5,5	5,1	7,5	0,5	
2.	583	124	53	29	6	3	798
	73,1	15,5	6,6	3,6	0,8	0,4	22,7
OTRAS	26,2	25,9	18,3	13,2	2,2	14,3	
	16,6	3,6	1,5	0,8	0,2	0,1	
3.	940	80	23	6	4	1	1054
	89,2	7,6	2,2	0,6	0,4	0,1	30,0
NO	42,3	16,7	8,0	2,7	1,4	4,8	
	26,8	2,3	0,7	0,2	0,1	0,0	
4.	62	37	20	5	4	0	28
	48,4	28,9	15,6	3,9	3,1	0,0	3,6
REPUESTAS	2,8	7,7	6,9	2,3	1,4	0,0	
ERRONEAS	1,8	1,1	0,6	0,1	0,1	0,0	
COLUMNA	2222	479	289	220	279	21	3510
TOTAL	63,3	13,6	8,2	6,3	7,9	0,6	100,0

Significación: 0,0000
Nº. de casos no incluídos: 63

La actividad sexual coincide de forma muy significativa con el consumo.

Tabla 46 (V 72) FRECUENCIA CONSUMO MARIHUANA SEGUN (V 60) FRECUENCIA USO TABACO

	% Fuman tabaco diariamente	% Fuman tabaco ocasionalmente	No fuman
Nunca	21,5	29,5	49
Una vez	58,5	23,4	18,1
Una vez mes, o menos	71,9	19,6	8,5
Varias al mes	78,6	12,4	9
Semanal	87,1	4,3	8,6
Cada día	94,7	5,3	0

Significación: 0,000

Los datos no pueden ser más elocuentes de la relación existente entre el consumo de ambas sustancias: tabaco y marihuana.

Tabla 47 (VG 16) ANTIGUEDAD EN EL CONSUMO DE TABACO Y SU RELACION CON (V72) LA FRECUENCIA DEL CONSUMO DE MARIHUANA

	%
Media total	4,52
Una vez	-0,30
Una al mes	+0,02
Varias mes	+0,15
Semanal	+0,92
Cada día	+1,25

Significación: 0,000

Encontramos que a mayor frecuencia de uso de la marihuana, existe una historia más larga de fumador de tabaco.

Tabla 48 (V 97) FRECUENCIA CONSUMO TRANQUILIZANTES. SEGUN (V 152) SEXO

Nº. DE CASOS / % DE LA FILA / % DE LA COLUMNA / % TOTAL (V 97)		(V 152) VARON 1.	MUJER 2.	FILA TOTAL
NUNCA	1.	1163	921	2084
		55,8	44,2	58,1
		63,3	52,7	
		32,4	25,7	
UNA VEZ	2.	200	236	436
		45,9	54,1	12,2
		10,9	13,5	
		5,6	6,6	
UNA VEZ MES, O MENOS	3.	351	406	757
		46,4	53,6	21,1
		19,1	23,2	
		9,8	11,3	
VARIAS MES, NO SEMANAL	4.	72	121	193
		37,3	62,7	5,4
		3,9	6,9	
		2,0	3,4	
UNA O MAS SEMANA, NO DIARIO	5.	40	48	88
		45,5	54,5	2,5
		2,2	2,7	
		1,1	1,3	
CADA DIA	6.	12	16	28
		42,9	57,1	0,8
		0,7	0,9	
		0,3	0,4	
COLUMNA TOTAL		1838	1748	3586
		51,3	48,7	100,0

Como es habitual incluso entre la población adulta, las mujeres son significativamente mayores consumidores los varones.

Significación:0,0000
Nº de casos no incl.: 104

Tabla 49 (V 2) MEDIO INFORMACION SEGUN (VG 09) CALIDAD DE LA INFORMACION

Nº. DE CASOS / % DE LA FILA / % DE LA COLUMNA / % TOTAL (V 2)	(VG 09) BUENA 1.	REGULAR 2.	MALA 3.	FILA TOTAL
1. MIS PADRES	17	85	83	185
	9,2	45,9	44,9	5,1
	2,7	4,1	9,1	
	0,5	2,4	2,3	
2. MIS HERMANOS	12	34	115	161
	7,5	21,1	71,4	4,5
	1,9	1,6	12,7	
	0,3	0,9	3,2	
3. COMPAÑEROS O AMIGOS DEL CENTRO	96	344	197	637
	15,1	54,0	30,9	17,6
	15,5	16,5	21,7	
	2,7	9,5	2,4	
4. DIARIOS O REVISTAS	99	306	87	492
	20,1	62,2	17,7	13,6
	16,0	14,7	9,6	
	2,7	8,5	2,4	
5. RADIO O TELEVISION	126	433	236	795
	15,8	54,5	29,7	22,0
	20,3	20,8	26,0	
	3,5	12,0	6,5	
6. COMPAÑEROS O AMIGOS FUERA CENTRO	148	482	118	748
	19,8	64,4	15,8	20,7
	23,9	23,1	13,0	
	4,1	13,3	3,3	
7. PROFESORES O MAESTROS	31	114	24	169
	18,3	67,5	14,2	4,7
	5,0	5,5	2,6	
	0,9	3,2	0,7	
8. LIBROS, CONFERENCIAS, INFORMACION	83	232	41	356
	23,3	65,2	11,5	9,9
	13,4	11,1	4,5	
	2,3	6,4	1,1	
9. NINGUNA INFORMACION	8	53	7	68
	11,8	77,9	10,3	1,9
	1,3	2,5	0,8	
	0,2	1,5	0,2	
COLUMNA TOTAL	620	2083	908	3611
	17,2	57,1	25,1	100,0

Es interesante y aparentemente paradójico que las fuentes de enseñanza padres y profes dan peor o igual calidad de información en comparación a otras fuentes como los amigos o medios de comunicación social.

Significación: 0.0000 Nº. de casos no incluídos: 79

Tabla 50 (V 125) QUE HARIAS SI TE OFRECIERAN DROGAS SEGUN (VG 11) HAYAN PROBADO O NO LA DROGA ILEGAL.

Nº. DE CASOS / % DE LA FILA / % DE LA COLUMNA / % TOTAL (V 125)	(VG 11) SI 1.	NO 2.	FILA TOTAL
1. COMPRAR, GANAR AMIGOS	9 33,3 1,0 0,3	18 66,7 0,8 0,5	27 0,8
2. SI COMPAÑEROS, LO HARIA	16 61,5 1,8 0,5	10 38,5 0,4 0,3	26 0,8
3. NO ME INTERESA	471 32,1 51,9 14,3	997 67,9 41,8 30,3	1468 44,6
4. NO MIEDO COMPRA	124 82,1 13,7 3,8	27 17,9 1,1 0,8	151 4,6
5. DINERO OTRAS COSAS	174 31,8 19,2 5,3	373 68,2 15,7 11,3	547 16,6
6. RECHAZARIA	35 5,7 3,9 1,1	577 94,3 24,2 17,5	612 18,6
7. INCOMODO Y RECHAZARIA	34 8,4 3,7 1,0	373 91,6 15,7 11,3	407 12,4
8. DIFICIL RECHAZAR	44 84,6 4,9 1,3	8 15,4 0,3 0,2	52 1,6
COLUMNA TOTAL	907 27,6	2383 72,4	3290 100,0

Los que nunca han probado droga ilegal mantienen posturas claras y contrarias a cualquier coqueteo con la oferta de droga. Los que sí han probado la droga ilegal mantienen posturas menos comprometidas o menos rechazantes sintiendose a veces ligados al comportamiento seguido por los propios compañeros. La significación de la correlación entre ambas variables es altamente significativa.

Significació.. 0,0000
Nº. de casos no incluidos: 400

Tabla 51 (V 123) QUE OCURRIRIA EN UNA REUNION O FIESTA QUE SE OFRECIESE DROGA SEGUN (VG 11) SE HAYA PROBADO O NO DROGA ILEGAL.

Nº. DE CASOS / % DE LA FILA / % DE LA COLUMNA / % TOTAL (V 123)	(VG 11) SI 1.	NO 2.	FILA TOTAL
1.	67	463	530
	12,6	87,4	16,1
INCOMODO SI TOMAN	7,4	19,4	
	2,0	14,1	
2.	79	25	104
LOS QUE SE	76,0	24,0	3,2
DROGAN SON DIVER-	8,8	1,0	
TIDOS	2,4	0,8	
3.	151	76	227
SI TODOS SE DROGAN	66,5	33,5	6,9
DIFICIL NEGARSE	16,8	3,2	
	4,6	2,3	
4.	82	100	182
SE TOMAN PORQUE	45,1	54,9	5,5
ESTA DE MODA	9,1	4,2	
	2,5	3,0	
5.	54	18	72
ME GUSTARIA QUE	75,0	25,0	2,2
ALGUIEN TRAJERA	6,0	0,8	
DROGA	1,6	0,5	
6.	423	1119	1542
	27,4	72,6	47,0
NO NECESITO DROGA	47,0	46,9	
PARA DIVERTIRME	12,9	34,1	
7.	23	38	61
	37,7	62,3	1,9
VER LO QUE HACEN	2,6	1,6	
LOS DEMAS	0,7	1,2	
8.	21	545	566
	3,7	96,3	17,2
ME OPONDRIA A SU	2,3	22,9	
CONSUMO	0,6	16,6	
COLUMNA TOTAL	900	2384	3284
	27,4	72,6	100,0

Las posturas claramente opuestas al consumo correlacionan con un bajo consumo. Las contemporizadoras o las curiosas se correlacionan con haber probado la droga ilegal.

Significación: 0,0000
Nº. de casos no incluidos: 406

Tabla 52 (V 121) POR QUE CREE QUE LA GENTE NO CONSUME DROGAS SEGUN (VG 11) HAYA PROBADO O NO DROGA ILEGAL.

Nº. DE CASOS / % DE LA FILA / % DE LA COLUMNA / % TOTAL (V 121)	SI (VG 11) 1.	NO (VG 11) 2.	FILA TOTAL
1.	48	243	291
LOS CHICOS	16,5	83,5	8,9
NORMALES NO SE	5,3	10,3	
DROGAN	1,5	7,4	
2.	64	121	185
	34,6	65,4	5,7
PORQUE NO SE LO	7,0	5,1	
HAN PLANTEADO	2,0	3,7	
3.	122	134	256
PORQUE NO SE	47,7	52,3	7,8
ATREVEN CON EXPE-	13,4	5,7	
RIENCIAS NUEVAS	3,7	4,1	
4.	147	504	651
	22,6	77,4	19,9
NO COMPENSAN LOS	16,1	21,3	
PELIGROS	4,5	15,4	
5.	303	948	1251
	24,2	75,8	38,2
HAY OTRAS COSAS	33,3	40,2	
MAS INTERESANTES	9,3	29,0	
6.	19	56	75
	25,3	74,7	2,3
PORQUE ES UN	2,1	2,4	
DELITO	0,6	1,7	
7.	167	260	427
PORQUE NO ESTA EN	39,1	60,9	13,1
SU AMBIENTE	18,3	11,0	
	5,1	7,9	
8.	41	95	136
	30,1	69,9	4,2
	4,5	4,0	
	1,3	2,9	
COLUMNA TOTAL	911	2361	3272
	27,8	72,2	100,0

Los más osados o los que admiten que es un problema de circunstancias correlacionan positivamente con haber probado droga ilegal. Los que piensan en los peligros o en las desventajas de las drogas han probado con menor frecuencia.

Significación: 0,0000
Nº. de casos no incluidos: 418

Tabla 53 (V 119) POR QUE CREE QUE LA GENTE SE DROGA SEGUN (VG 11) HAYAN PROBADO O NO DROGA ILEGAL

Nº. DE CASOS / % DE LA FILA / % DE LA COLUMNA / % TOTAL (V 119)	(VG 11) SI 1.	NO 2.	FILA TOTAL
1.	166	91	257
PORQUE SE PASA BIEN DROGANDOSE	64,6 / 18,4 / 5,1	35,4 / 3,9 / 2,8	7,9
2.	10	32	42
PARA TENER AMIGOS	23,8 / 1,1 / 0,3	76,2 / 1,4 / 1,0	1,3
3.	38	44	82
PARA NO ABURRIRSE	46,3 / 4,2 / 1,4	53,7 / 1,9 / 1,4	2,5
4.	116	532	648
INDUCIDOS POR GENTE SIN ESCRUPULOS	17,9 / 12,9 / 3,6	82,1 / 22,6 / 16,3	19,9
5.	202	424	626
NO TIENEN SATISFACCION EN OTRAS COSAS	32,3 / 22,4 / 6,2	67,7 / 18,0 / 13,0	19,2
6.	37	102	139
INCLINACION AL VICIO	26,6 / 4,1 / 1,1	73,4 / 4,3 / 3,1	4,3
7.	280	1033	1313
EMPIEZAN SIN SABER PORQUE Y LUEGO YA NO PUEDEN PASAR	21,3 / 31,0 / 8,6	78,7 / 43,8 / 31,7	40,3
8.	53	99	152
NO ME LO HE PLANTEADO	34,9 / 5,9 / 1,6	65,1 / 4,2 / 3,0	4,7
COLUMNA TOTAL	902 / 27,7	2357 / 72,3	3259 / 100,0

Cuando se tiene una visión lúdica o se valora la capacidad de producir evasión de las drogas hay mayores probabilidades de haberlas probado.En cambio si se tienen visiones negativas y alarmistas existen menos posibilidades de consumo.

Significación: 0,0000
Nº. de casos no incluidos: 431

5.1.3.5. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Siguen a continuación una serie de notas a modo de comentarios y resumen acerca de los datos epidemiológicos. Dichas notas no son evidentemente exhaustivas y por tanto no sustituyen la lectura directa de los datos. Hay que añadir que parte de los datos son lógicamente utilizados y comentados en otras partes de éste estudio (sobre todo en el capítulo 5.2.). Veamos pues cuales son los comentarios que he creido pertinentes:

1. Se trata de una población con un alto consumo de drogas legales. El consumo medio de alcohol es de 8,63 litros de alcohol puro/año, sólo existe un 3% de auténticos abstemios. En cuanto al tabaco soló un 33% de la muestra no fuman nunca, mientras qué un 35% lo hace diariamente, con una media de consumo entre los fumadores de 7 cigarrillos diarios.
2. Abundan las formas de abuso de las drogas legales. Aunque siempre es difícil colocar la linea de separación entre uso y abuso, se puede afirmar que en el abuso del alcohol su uso está ligado a la busqueda de sus efectos psicotropos o embriagantes. Así por ejemplo 5,87 litros del total de la media consumida es ingerída durante los fines de semana, por tanto buscando sus efectos recreacionales y no los alimenticios. también hay que valorar que el 45% admiten haberse emborrachado por lo menos una vez y que en los 6 meses anteriores a la encuesta se habían emborrachado por lo menos una vez el 24% de los alumnos, con un 3,3% del total en 4 ó más ocasiones.

   Es más relativo decidir donde comienza el abuso en el caso del tabaco, al tener unos efectos psicotropos inferiores al alcohol. La media del consumo es de 25 cigarrillos/semana, que escogiendo solo a los fumadores se eleva a 50 cigarrillos/semana. Hay que pensar en que el tabaco se consume con el paso de los años en cantidades crecientes.
3. Elevado contacto con las drogas ilegales. Un 28,7% admiten haber probado por lo menos una vez derivados del cannabis, habiendo insistido en su consumo en diverso grado alrededor de la mitad de la muestra. Estos porcentajes son más elevados que los conseguidos en otros países europeos y en todo caso equiparables. Pensamos que,

más allá de la peligrosidad intrínseca de la marihuana, existe todo el peligro del contacto con las drogas ilegales, que facilite el consumo de otras drogas más peligrosas.

Debemos valorar también la importancia que supone éste aparente pequeño porcentaje que dice haber probado productos narcóticos (1,5%). La cocaína está representada por un 2,2%, porcentaje que seguramente es de los que han experimentado mayor aumento con el boom actual de dicha sustancia.

4. Escasa edad en los primeros consumos de drogas. La media de edades de primeros consumos son por razones obvías más bajas entre los productos legales. Así pues hallamos una media de 9,6 años para el alcohol y otra de 11,9 para el tabaco siendo la media de 15 años y unos cuantos meses para las drogas ilegales. Estas edades tan bajas eran impensables hace tan sólo unos años.

   Destaca también la Moda (Mo) que para el tabaco es de 14 años y para las drogas ilegales los 15, indicandonos el momento más adecuado para realizar las prácticas preventivas.

5. Similitud de las pautas de efecto de las drogas legales e ilegales. Es desde luego sorprendente que las circustancias que rodean el inicio en el uso de las drogas legales e ilegales guarden tantos paralelismos. En efecto, mantienen porcentajes comparables las diversas drogas en cuanto al lugar donde le es ofrecida con más frecuencia cada una de las drogas, y las personas que suelen ofrecer la droga.

6. Acercamiento de los dos sexos en sus pautas de consumo de drogas. Existen todavía diferencias, pero no tantas como se podría esperar. Así por ejemplo los varones beben 2,62 litros/año por encima de la media y los chicas 2,77% por debajo, pero en el caso del fumar hay más fumadoras diarias que varones fumando cada día, si bien estos suelen fumar cuantitativamente más. También nos encontramos con que porcentajes similares han probado la marihuana, si bien entre los que consumen diariamente el 67% son varones.

7. Mayor uso de drogas entre los Centros de Formación Profesional. Existen diferencías significativas para el uso de cada droga según el tipo de centro de que se trate. Asi tenemos para el alcohol el siguiente orden FP-INB-CP. En el caso del tabaco son los Institutos Nacionales los que se llevan la palma siendo este el orden de mayor a menor INB-CP-FP; y para la marihuana FP-CP-INB. Tengamos en cuen-

ta además que por la forma en que se distribuyen los cursos en FP y que muchos alumnos no pasan del primer grado al segundo grado, se trata de un grupo de estudiantes comparativamente más jóvenes, con lo cúal es más preocupante los índices más altos que dan en cuanto al consumo.

8. No se descubren toxicómanos. Este es un dato difícilmente valorable, pues aunque la encuesta sea anónima, el afectado va a tener sus reticencías a exponer que él es un toxicómano. Además, cabe la posibilidad de que, caso que los hubiese, ellos mismos no se reconozcan como tales dado que estarían en los primeros pasos de su adicción.

   Dos precisiones más, la primera es que a priori no se espera que se descubran en una población de ésta edad escolarizada un porcentaje alto de toxicómanos y en segundo lugar, al tratarse más bien de un programa preventivo y cuyo máximo interés se centra en la población normativa, el descubrir toxicómanos no es una de las metas de ésta encuesta epidemiológica.

9. La antigüedad en el inicio del consumo está en relación directa con la frecuencia actual de consumo. Esto está relacionado con la capacidad adictiva de las drogas que hace que a través de fenómenos como la tolerancia sea preciso aumentar el consumo. De este modo los fumadores con mayor frecuencia de consumo empezaron a fumar mucho antes, y lo mismo ocurre con los fumadores de cannabis. Es por ello que muchas cifras de consumo registradas en sí mismas pueden parecer no preocupantes, pero no es así si se hace una extrapolación al futuro.

10. La mayor edad influye en el aumento del consumo. Es decir, los cursos superiores muestran cifras de consumo más elevadas para todas las drogas. Para ilustrarlo tenemos que los no fumadores de tabaco son alrededor de un año más jóvenes que los fumadores.

11. Existen una serie de variables como son las preferencias políticas, la práctica de la Religión la relación con los padres, la utilización del tiempo libre, el medio por el que se ha conseguido la información, etc que de forma significativa correlacionan con el uso de drogas. Esta cuestión es tratada exclusivamente y de modo detallado en el capítulo del perfil del consumidor (5.2.). Se insinua aquí que aparecen existir características idiosincráticas

del consumidor y del no-consumidor.

12. Muchas correlaciones dan porcentajes similares para consumidores de drogas legales e ilegales. Este punto está conectado con el anterior y con el 5 sobre similitud de las pautas de oferta de las drogas legales e ilegales. Estos dos puntos nos orientan ya sobre que ambos tipos de consumidores a estas edades y en estas condiciones de alcoholización presentan muchos paralelismos, cuando no se tratan precisamente de la misma población. Además en la pregunta 69 que cuestiona al alumno sobre porque no se droga la gente, dandole 8 posibles respuestas, sólo un 2,4% elíge la contestación "porque es un delito".

13. Existe relación entre dinero semanal disponible y consumo de droga. Es posible que la relación entre ambas variables no sea directa, es decir que no porque demos más dinero a un joven automaticamente se de más consumo. Puede que sea el status social de los padres lo determinante o bien la proclividad que tienen algunas familias a dar facílmente dinero a los hijos lo que determina en el hijo una orientación al consumismo global de los hijos incluidos los productos generadores de adicción. Las cifras son que partiendo de una media semanal de 696 ptas disponibles, los que fuman cannabis diariamente poseen 1,213 ptas por encima de la media y los que nunca la han probado disponen de 105 ptas por debajo de dicha media.

14. Existe relación entre el status profesional de los padres y el consumo del hijo. Aunque aparentemente puede ser contradictorio, los niveles profesionales altos, especialmente los constituidos por profesionales liberales, y los status más bajos, muestrar mejor facilidad para que encontremos hijos consumidores de drogas tanto legales como ilegales. Posiblemente en los status altos podemos encontrar una actitud más liberal y despreocupada hacia el uso de drogas que provoca en consecuencia una falta de temor hacia su consumo en los hijos.

    En los grupos menos favorecidos económicamente podemos suponer otros factores como una menor presencia de los padres en la educación de los hijos, el confundir el consumismo con la pertenencia a un status más alto, etc. Pero, en definitiva, todo esto son suposiciones a falta de una investigación más a fondo sobre este punto.

15. El consumo por parte de los padres de drogas legales influye significativamente en el consumo de drogas legales e ilegales de los hijos. Asi, por ejemplo, los alumnos poco bebedores tienen un 31% de padres que beben diariamente mientras que los alumnos bebedores diarios tienen un porcentaje del 53,6% de padres bebedores diarios. Algo similar ocurre con el tabaco. Si tenemos como media de consumo de tabaco de los padres 12,7 cigarrillos, los hijos que no fuman nunca o que solo lo hicieron una vez tienen un consumo de sus padres de 6 cigarrillos por debajo de la media, mientras que aquellos alumnos fumadores diarios tienen padres que consumen un cigarrillo por encima de la media.

Más curioso es que el consumo de alcohol y tabaco de los padres influya sobre el haber probado la marihuana por parte del hijo, apoyandose asi la idea de que en familia se generan unos aprendizajes y que el producto concreto consumido es más bien el resultado de las cicunstancias de oferta. El siguiente punto refuerza esta opinión expresada.

16. El nivel de consumo de medicamentos de los padres influye sobre el consumo de drogas legales e ilegales de los hijos. En el caso concreto del tabaco y partiendo de la media de consumo semanal de cigarrillos de los hijos que son 25 cigarrillos, tenemos que aquellos padres cuyos hijos informan que toman medicamentos diariamente estos hijos fuman 6,5 cigarrillos por encima de la media. Cuando informan que los padres casi nunca toman medicamentos, estos hijos consumen 2,4 cigarrillos por debajo de la media. Otro tanto ocurre con el consumo de drogas ilegales como es la marihuana. Pensamos que estos argumentos refuerzan la hipótesis de los aprendizajes cruzados, es decir que los aprendizajes adquiridos en casa se extrapolan a consumos de otros productos.

17. A mayor consumo de una droga existen más posibilidades de consumo elevado para las otras drogas. Es este otro punto a favor del aprendizaje cruzado de las drogas. Voy a proporcionar varios datos que apoyan este punto. De los 939 alumnos que forman el grupo de abstemios y bebedores ocasionales bajos, solo el 9,7: ha probado la marihuana, elevándose este porcentaje a 33,7% entre los bebedores de fin de semana y el 42% entre los bebedores diarios.

La relación entre tabaco y marihuana sigue unos derroteros similares. Entre los que nunca probaron la marihuana hay un porcen-

taje de fumadores diarios de tabaco del 21,5%, entre los que probaron una vez ya se eleva a 58,5 de fumadores diarios y entre los que fuman porros casi diariamente hay un porcentaje del 95% de fumadores diarios, de tabaco. Correlaciones similares encontraremos entre los que afirman haber consumido productos narcóticos.

También correlaciona positivamente la antigüedad en el consumo del tabaco y la frecuencia de uso de marihuana. Así por ejemplo si partimos de que la antigüedad media de inicio en el consumo de tabaco es de 4,52 años, los que han fumado una sola vez marihuana tienen una antigüedad de inicio de 1/2 año por debajo de la media, mientras que los que fuman diariamente o una vez por semana su inicio con el tabaco es de más de 1 año por encima de la media.

18. El porcentaje de alumnos que han consumido droga ilegal y que han probado marihuana prácticamente coinciden. Solo 19 individuos, que suponen un 0,8 de los que nunca han consumido marihuana, admiten haber probado otra droga ilegal sin que simultaneamente hayan consumido derivados del cannabis.

19. La calidad de la información no está relacionada con el menor consumo. Aunque no era una pretensión prioritaria de la encuesta el medir la información, ésta no se relaciona positivamente con un descenso del consumo. Esto apunta en dos direcciones: 1) los consumidores, precisamente por el mismo hecho de consumir y las circunstancias que rodean el consumo, poseen una mayor información porque los que no consumen, entre los que además cabe pensar que exista un nutrido grupo en que ni les interesa el tema 2) la información por sí misma no es suficiente para la prevención y podemos conseguir que la gente esté bien informada y no por ello lograr un descenso del consumo. Esto se debe a que la información no condiciona decisivamente las actitudes y éstas tampoco son determinantes de los comportamientos.

20. Existe una actitud permisiva en general hacia el consumo de drogas ilegales. Ya he anotado que la barrera entre drogas legales e ilegales es bastante tenue. Además en las preguntas dedicadas a escarbar entre las posibles actitudes mantenidas tenemos que en la pregunta 70 sobre qué haría en una reunión o fiesta en que se ofreciese droga sólo el 17% elige la respuesta "me opondría a que se consumiera droga o me iría", mientras que la gran mayoría (47%)

prefieren "pasar del asunto" diciendo "yo no necesito tomar drogas para divertirme aunque los demás la tomen", existiendo incluso un 7% que dice que les sería difícil negarse a tomar drogas si todos las tomasen. Esta actitud permisiva se detecta en otras partes, y así a la pregunta "si un día alguien te ofreciera comprar una droga" la población estudiada elige mayoritariamente (44%) la respuesta de "no me molestaría, pero simplemente le diría que no me interesa" y solo un 18% elige una postura claramente activa de rechazo "la rechazaría y prevendría a mis amigos". En definitiva, el panorama detectado se resumiría en que no existe un rechazo abierto ni implícito al uso de drogas y el joven confía en su propia capacidad de decisión pensando que no le va a influir el que consuman a su alrededor. Lógicamente poder influir sobre estas actitudes es una prioridad preventiva.

21. Escasa influencia de los padres y los profesores entre los jóvenes en los cuestiones de drogas. Solo un 4% de los chicos admiten que su fuente prioritaria de información han sido sus padres, estando los profesores en un 6%. Hay que admitir que este 10% escaso debe hacer reflexionar sobre cúal es el papel educativo que están ocupando en este campo las instituciones familiar y escolar. Menos mal que a la cuestión de a quien buscarían ayuda en caso de problema de droga en un 30% escogen a los padres, ligeramente por delante (26%) que la opción amigos. La escuela vuelve a quedar mal parada pués solo un 1,7% elegirían a un profesor del centro como consultor. Mejor lugar ocupan las profesiones sanitarias que son elegidas en un 26% como consultores preferentes. Esta cuestión aquí comentada tiene más transcendencia de la que parece, pués si cuando se tiene un problema de drogas se decide acudir a una persona con posibilidades de prestar ayuda ésto puede detener un agravamiento del comportamiento.

22. La comparación de nuestras cifras de consumo con las de otros encuestas nos dan como resultado que nuestra muestra tiene altos niveles de consumo. Estas comparaciones que siguen tienen que tomarse con algunas reservas pues no siempre coincide la forma de recogida de los datos, o bien se refiere a distintos periodos, y ya sabemos como las modas pueden influenciar estos datos de un año para otro.

Haciendo un repaso rápido a otras encuestas tenemos que el contacto con la marihuana había tenido lugar en una muestra francesa de 1977 en un 23% (KEMDAL, 1981), en una muestra israelí el 3% en el 79 (KEMDAL, 1981), y en una americana de escolares de 12 a 17 años durante el año 1979 el 30,9% (FISHBURNE, 1980). En las provincias de Valencia en 1983 el 27,6% habían probado la marihuana (TORRES, 1986), en otra encuesta en la Rioja dirigida a jóvenes de 11 a 30 años durante el 82 señalaba un porcentaje del 27% (VARO, 1985) etc. Creemos que estos datos aportados son suficientes para mostrar que el consumo de drogas ilegales en nuestra población ocupan los niveles altos, dado que el porcentaje es del 28,7%.

A la pregunta ¿has consumido alguna vez tabaco?, en nuestra muestra responden afirmativamente el 89,2%, mientras que en Valencia sólo el 74,6% (TORRES, 1986) y otro tanto ocurre con el alcohol.

5.2. PERFIL DEL ESTUDIANTE CONSUMIDOR Y DEL NO CONSUMIDOR.

La administración de la encuesta ha proporcionado como hemos visto un número ingente de datos. Estuvo ya desde un principio en mi ánimo el aprovechar el máximo este esfuerzo, tratando de que no se detuviese la labor en realizar una descripción amplia -pero siempre desde fuera- del problema del consumo entre los adolescentes. Intente por ello paralelamente, que este trabajo aportase también luz sobre aspectos actitudinales y sobre aquellas instancias que afectan el inicio y el mantenimiento del consumo de drogas.

Es esta una tarea difícil y en la que más allá de los consabidos tópicos, existe poca base experimental de las afirmaciones que se vienen realizando. En un trabajo del Comité de Expertos de la OMS (OMS, 1973) se señalaba como uno de los sectores en los que era necesario realizar una investigación urgente: "la caracterización de las personas y los grupos especialmente expuestos a la farmacodependencia y que ello permita establecer estrategias preventivas cada vez más eficaces". Pues bien, esta cuestión mereció en nuestro trabajo una atención preferente, que se concretó en dos fases o momentos que son descritos en dos apartados:

1) Primera hipótesis (5.2.1.) y
2) Tipología de los consumidores de alcohol, tabaco y/o drogas ilegales y de los no-consumidores (5.2.2.).

5.2.1. PRIMERA HIPOTESIS

En la elaboración de la encuesta (ver 5.1.1.) explicabamos como las preguntas 68, 69, 70, y 71 estaban diseñadas para dar alguna base a la hipótesis consistente en diferenciar entre los estudiantes cuatro tipologías que denominabamos: "normativo", "realista", "inmaduro-dependiente" y "desviacionista". Las características de cada uno de estos grupos eran de forma resumida las siguientes:

1) Normativa. Personalidad algo rígida, poco aventurera y curiosa, con buena relación con las figuras de autoridad a las que sigue sin plantearse excesivos criticismos. Bien adaptados.

Realista. Personalidad más analítica y crítica que la anterior, estando sus actuaciones guiadas por la valoración de los pros y contras, no presentando necesariamente una aceptación automatica de las normas y de las personas que ocupen lugares de autoridad, aunque tampoco necesitando o buscando un enfrentamiento con ellas.

3) Inmaduro. Personas muy necesitadas de aprobación y por tanto muy dependientes e influenciables. Se las preve con poca capacidad de disentir de las normas creadas por el grupo en que esten incluidos.

4) Desviacionistas. Personas con mala relación con las normas y las figuras de autoridad, que necesitan pasar a la acción. Necesidad de experimentar situaciones nuevas. Poco miedo a las consecuencias negativas.

Presuponíamos en la hipótesis inicial que los dos primeros grupos, normativos y realistas, serían personas con buenas "defensas" ante las presiones del consumo de drogas, unos por seguir sin dudar la norma de "lo que se debe hacer" y los otros porque tras una valoración personal elegirían la pauta de conducta con menor riesgo para ellos. Los otros dos grupos serían los proclives al consumo de drogas.

A la vista de los datos y las correlaciones establecidas con las variables actitudiales y con otras que resultaron altamente significativas al ser correlacionadas con el consumo como era el caso del empleo del tiempo libre, la práctica de la religión, etc, vemos como efectivamente parecen existir unas tendencias que se repiten con la misma orientación en cada uno de los entrecruzamientos y que parecen confirmar en parte que los grupos preestablecidos en la hipótesis inicial tenian visos de realidad. Esto era especialmente cierto para los grupos normativo y desviacionista, pero cuadraba menos para los otros grupos, es decir, el inmaduro y el caso del realista. En estos dos últimos existian contradicciones, mostrandose en ocasiones tendencia al consumo en el caso del grupo realista..

Dado que el tratamiento estadístico resultaba ser más complejo y engorroso de lo inicialmente previsto y qué además tampoco ibamos a llegar a resultados concluyentes si seguíamos el camino de las hipótesis expuestas anteriormente debido a los resultados contradictorios, preferí reabrir el camino desde una perspectiva más pragmática, partiendo de los resultados

que las correlaciones significativas proporcionaban y cuyo tratamiento ofrecemos en el apartado siguiente 5.2.2. Hay que decir que se avanzó en el tratamiento de la primera hipótesis pero que renúncio a su exposición por considerar más sugerente, exitoso y explícito el tratamiento conseguido en el segundo enfoque.

Destacamos aquí unicamente lo ya mencionado sobre el fracaso del grupo "realista-maduro" con el que habíamos establecido unas expectativas más altas en favor del "triunfo de la razón y del sentido común" sobre el no-consumo, o por lo menos el no-abuso. Para hacerme entender este grupo estaba formado por aquellos alumnos que opinaban "Yo no necesito tomar drogas para divertirme aunque los demás las tomen" o bien "No me molestaría que me ofrecieran droga, pero simplemente le diría que no me interesa" o también "Existen otras cosas que me interesan más que las drogas". Las personas solidárias con otras opiniones tendrían un consumo que rondaría la media general con lo que concluiríamos que esta actitud liberal-permisiva-realista (que había contemplado originariamente como un ideal) no se correlaciona con el no-consumo o el no-abuso.

5.2.2. TIPOLOGIA DEL ESTUDIANTE CONSUMIDOR

Procedimos en un primer momento a realizar un "**diagrama de arbol**" en que intervenían inicialmente los tres grupos creados según el tipo de consumo (VG 20), o sea:

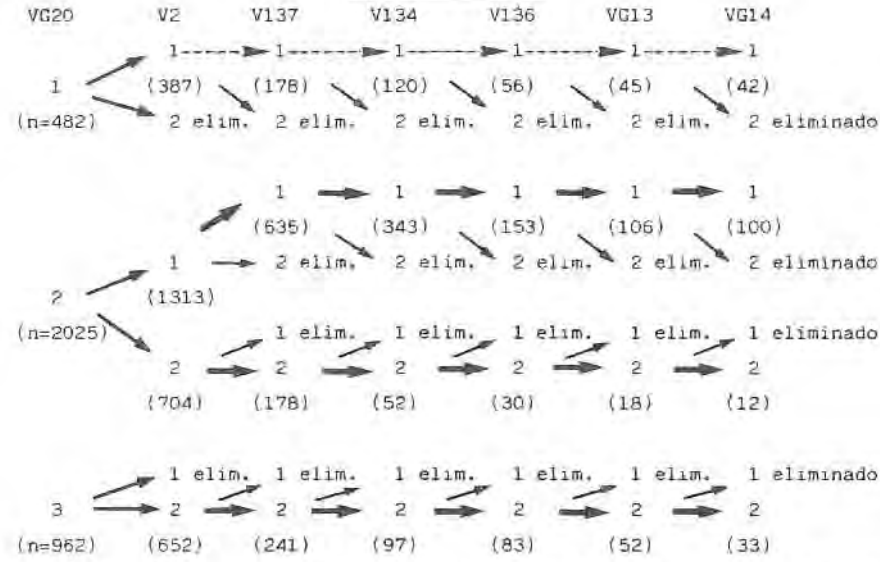
1) no consumidores de ninguna droga (n= 482)

2) consumidores de solo drogas legales (n= 2025) y

3) consumidores de drogas legales e ilegales (n= 962)

Procedimos a cruzar algunas de las variables que mostraban más significación con estos subgrupos. Para ello escogímos las variables (V 2) medio de información, (V 137) partido político, (V 134) tiempo libre, (V 136) práctica de la religión, (VG 13) relación con el padre, y (VG 14) relación con la madre. Cada una de estas variables se reagrupaba de manera que sus diversas posibilidades de respuesta se incluian en 2 bloques que denominamos "1" ó "2". Según veremos, en este tipo de diagramas, cuando la opción no es la esperada el individuo que sustenta dicha opinión queda eliminado, llegando sólo hasta el final los que cumplen con todas las condiciones.

DIAGRAMA DE ARBOL



El resultado de esta forma de operar es que, como podemos ver, se pierden muchos individuos a lo largo del diagrama, de manera que al llegar al final los grupos resultantes no son representativos de la totalidad de la muestra. Se tuvo que desechar por consiguiente esta formulación, que vista a posteriorí, se representaba una concepción de la causalidad algo ingenua. Tuve que hacer el esquema más complejo. Veamos a continuación el desarrollo de la orientación finalmente elegida.

Descripción de las variables que correlacionan significativamente.

Procedemos a hacer una transcripción de las 13 variables tal como éstas venían descritas en la misma encuesta administrada a los alumnos, pero en bastantes de ellas hemos procedido a la reagrupación de las posibles respuestas, siguiendo la orientación marcada por los resultados obtenidos al cruzar el consumo de cada droga por la variable en concreto. Hemos denominado "1" a la reagrupación de las repuestas elegidas por los no-consumidores y "2" en el caso de los consumidores. Por tanto, a partir de este momento, en los casos en que se ha procedido a reagruparciones, las correlaciones que se efectúen son realizadas con todo el nuevo grupo.

V2 (INF).- ¿Por qué medio has recibido más cantidad de información sobre las drogas?

1. - A través de mis padres
   - A través de profesores y maestros
   - A través de diarios o revistas
   - A través de la radio o TV
   - A través de libros o conferencias
   - Ninguna información
2. - A través de mis hermanos
   - A través de mis amigos del centro
   - A través de mis amigos de fuera del centro

V 134 (Ocio).- Cuando no estudias ni trabajas, señala aquello a lo que más te dedicas.

1. - Deportes, excursiones
   - Ver televisión
   - Música o leer
   - Cine
2. - Discotecas, bares
   - Club juvenil
   - Nada
   - Otras

V 136 (Relig.).- En cuanto a tu religión, te consideras:

1. - Creyente y practicante
   - Practicante, pero no creyente
2. - Creyente, pero no practicante
   - Ni creyente, ni practicante

V 135 (ASIG).- ¿Cuántas asignaturas suspendistes en junio pasado?

1. - No suspendí
2. - Suspendí

V 130 (PADRE).- En general, en la relación con tu padre eres:

1. -Dependiente
   -Cariñoso
2. -Rebelde
   -Indiferente

V 131 (MADRE).- En general, en la relación con tu madre eres:

1. -Dependiente
   -Cariñoso
2. -Rebelde
   -Indiferente

V 137 (POLI).- Marca el partido político o tendencia con la que te puedas identificar mejor:

1. -Unión de Centro Democrático (UCD)
   -Partido Socialista Obrero de España (PSOE)
2. -Alianza popular (AP)
   -Partido Comunista (PC)
   -Anarquistas
   -Otros

V 119 (DROGSI).- En tu opinión, el que se droga lo hace:

1. -Porque se pasa bien
2. -Porque para aburrirse,como ocurre muchas veces, más vale drogarse
3. -Los que se drogan muchas veces han sido inducidos por gente sin escrúpulos
4. -Porque no sabe encontrar satisfacción en otras cosas
5. -Empiezan sin darse cuenta y con el tiempo ya no pueden pasar sin la droga
6. -Nunca me lo he planteado

V 121 (DROGNO).- ¿Tú porque crees qué hay personas que no consumen drogas?:

1. -Porque un chico normal no se debe drogar
2. -Seguramente no se lo han planteado todavía
3. -Porque no se atreven con experiencias nuevas
4. -Porque sus ventajas no compensan los peligros
5. -Porque existen otras cosas que les interesa más que las drogas
6. -Porque en su ambiente no circula la droga

V 123 (FIESTA).- En una reunión de amigos o una fiesta:

1. -Me sentiría incómodo si alguien tomara droga
2. -La gente que se droga es más divertida
3. -Si todos tomasen droga me sería difícil negarme
4. -Se toman drogas porque está de moda
5. -Me gustaría que alguna vez alguien trajera droga
6. -Yo no necesito tomar drogas para divertirme aunque los demás las tomen
7. -Si alguien ofreciera drogas, esperaría a ver qué hacen los otros
8. -Me opondría a que se consumiera droga o me iría

V 125 (OFERTA).- Si un día alguien te ofreciera comprar una droga:

1. No me molestaría, pero simplemente le diría que no me interesa
2. No me daría miedo comprarla
3. No la compraría porque prefiero gastar mi dinero en otras cosas
4. La rechazaría y prevendría a mis amigos
5. Me sentiría muy incomodo y la rechazaría sin dudarlo
6. Me sería muy difícil rechazarla si conociera al vendedor

V 110 (MEDICPA).- ¿Con qué frecuencia toma medicamentos tu padre?

1. Casi nunca
2. Ocasionalmente
3. Frecuentemente
4. Diariamente

V 111 (MEDICMA).- ¿Con qué frecuencia toma medicamentos tu madre?

1.- Casi nunca
2.- Ocasionalmente
3.- Frecuentemente
4.- Diariamente

5.2.2.2. PROCESO DE DATOS.

La explotación estadística de los datos correspondientes a nuestro estudio la llevé a cabo en el Centro de Cálculo de la Universidad Politécnica de Cataluña, mediante la utilización del software implementado en el ordenador VAX/VMS 11-780.

En primer lugar utilizamos el SPSS-X (Statistical Package for the Social Sciences) para realizar la depuración del archivo de datos obtenidos en los protocolos de respuesta, el tratamiento de las respuestas en blanco y de los valores missing, así como la generación de nuevas variables (tipo de consumo) a partir de variables originales. Asimismo utilizamos este sistema para recodificar las variables que intervendrían posteriormente en la creación de la tipología del consumidor. Mediante la utilización del SPSS-X se creó finalmente la matriz de datos que contenía todas las variables relevantes del estudio, con el diseño apropiado para poderla utilizar como input del programa SPAD (Systeme Portable pour L'Analyse des Données), el cual nos permitió, a través de su diseño jerarquizado, obtener los resultados expuestos en el presente trabajo. La ventaja del SPAD sobre otros programas es que nos permite obtener directamente, en la etapa TAMIS, una descripción completa de las clases que constituyen una determinada variable, mediante el uso de métodos de clasificación adaptados a las grandes tablas de contingencia, y por tanto cubre el objetivo perseguido.

5.2.2.3. PROCESO DE DATOS GRUPO NO-CONSUMIDORES

Según la tabla (Ver tabla 1) ciertas respuestas de las 13 variables se alinearon de un modo significativo para definir el grupo no-consumidores. En consecuencia este grupo de no-consumidores son jóvenes que tienden a informarse (INF 1) a través de los medios de comunicación o padres y profesores, en una reunión o fiesta que se ofreciesen drogas (FIESTA 8, 1) se opondrían o se sentirían incómodos, utilizan su tiempo libre (OCIO 1) realizando deporte, viendo la T.V. o ayudando en casa, rechazarían la droga si alguien se la ofreciese (OFERTA 4, 5), tienden a aprobar todas las asignaturas en junio (ASIG 1), practican la religión (RELIG 1), autodefinen su relación con el padre y la madre como de dependiente (PADRE 1, MADRE 1), tanto sus padres como sus madres no suelen consumir medicamentos normalmente (MEDICPA 1, MEDICMA 1), piensan que la gente no consume drogas porque un chico normal no debe drogarse y porque existen otras cosas que les interesa más que las drogas (DROGNO 1, 5) y creen que se comienza a usar las drogas sin darse cuenta y con el tiempo ya no puede pasar sin la droga (DROGSI 5) y finalmente sus preferencias políticas son hacia partidos mayoritarios (POLI 1).

Todas estas categorías de variables dan lugar a definir claramente la tipología del no-consumidor, entre los estudiantes de enseñanza media. Se trata de jóvenes de costumbres e ideologías más bien tradicionales, con buenas relaciones con padres y profesores, con una actividad social reducida o bien no centrada especialmente en lugares de reunión como bares, etc., con ideas y posturas claramente antidroga y que suelen tener un buen rendimiento escolar. Parece tratarse en definitiva de jóvenes que dependen psicológica y socialmente menos del grupo de compañeros que en el caso del grupo de consumidores, aceptando implícitamente los postulados de los adultos. A partir de estos datos, el nulo consumo de drogas entre este grupo tanto puede entenderse debido a la manifiesta actitud antidroga como a las menores incitaciones al consumo que recibe al acudir con menor frecuencia a los lugares de oferta (fiestas, bares, discotecas, etc), o bien porque al no depender tan estrechamente de sus compañeros no tendría tanta fuerza sobre ellos la presión del grupo. También cabe pensar en el ejemplo no-consumidor dado por los padres. Es necesario señalar que todas estas explicaciones pueden ser complementarias entre sí y, en todo caso, no se autoexcluyen.

5.2.2.4. GRUPO CONSUMIDORES

Viene definido por las respuestas a las variables seleccionadas, que exponemos en la tabla 2. Se trata por tanto de estudiantes que se han informado (INF. 2) sobre las drogas a través de sus compañeros, que ocupan su tiempo libre (OCIO 2) en bares, discotecas, club, etc., si les ofrecieran (OFERTA 1, 2) drogas no les molestaría o no les daría miedo comprarla, no practican la religión (RELIG. 2), sus tendencias políticas son hacia partidos minoritarios (POLI 2) muchos de ellos han suspendido alguna asignatura (ASIG. 2), las relaciones con sus padres y madres (PADRE 2, MADRE 2) las autodefinen como de indiferencia o rebeldía, sus padres y madres son vistos por ellos como consumidores de medicamentos (MEDICPA, 4, MEDICMA 3), opinan algunos que en las fiestas (FIESTA 3, 4, 6) les sería difícil negarse a tomar drogas si todos lo hiciesen, mientras que otros creen que el consumo de drogas es cuestión de modas y otros creen que no necesitan tomar drogas aunque otros lo hagan, creen que la gente se droga

(DROGSI 1, 2) porque así se lo pasan bien y para solucionar momentos de aburrimiento y, por último, eligen entre las siguientes posibilidades para explicar el no consumo (DROGNO 6,3,4,): porque en su ambiente no circula la droga, porque no se atreven con experiencias nuevas y porque sus ventajas no compensan sus peligros.

La tipología del consumidor queda, como vemos, bastante diferenciada de la del no-consumidor. Se trata de jóvenes que dependen más del grupo de compañeros (se informan a través de ellos, pasan sus ratos libres con ellos, les sería difícil no tomar drogas si todos lo hiciesen) y con peores relaciones con los adultos (en especial padres y profesores). Sus costumbres son menos convencionales (no practican religión y votarían partidos políticos minoritarios), son peores estudiantes y son más aventureros (no les daría miedo comprar droga y las personas no se drogan porque no se atreven con experiencias nuevas) o bien sobrevaloran sus posibilidades de control (creen que no necesitan tomar droga aunque otros lo hagan). Existe una tendencia clara al hedonismo o a ver los aspectos positivos de las drogas (la gente se droga porque así se lo pasan bien o para no aburrirse). Han tenido unos padres consumidores de medicamentos en general.

Las vías de llegada al consumo de este grupo pueden ser el disponer de mayores posibilidades de oferta al realizar más vida social, así como la mayor dependencia del grupo que les hace más vulnerables a la "presión de grupo", o bien una necesidad de probar nuevas experiencias junto con una infravaloración de las propias limitaciones. Otras posibilidades pueden ser el ejemplo consumidor de los padres (medicamentos, tabaco, etc.) y la necesidad de compensar con otras actividades el bajo rendimiento escolar.

5.2.2.5. CONSUMIDORES DROGAS LEGALES Y CONSUMIDORES DROGAS ILEGALES

En la primera parte del estudio hemos hecho dos grupos: consumidores y no-consumidores. Hemos supuesto unas características comunes al grupo de consumidores de drogas legales y al de las ilegales, frente al grupo de no-consumidores, lo cual ya hemos visto que se ha confirmado. Interesa ahora investigar la existencia de diferencias significativas entre los consumidores de sólo drogas legales y los que además usan ilegales, para lo que hemos procedido a cruzar estos dos nuevos grupos con las variables que habían resultado antes significativamente correlacionadas con el grupo de consumidores y el de no-consumidores.

Lo que ocurre con esta nueva reagrupación es que los consumidores legales (como podemos ver en la tabla 3), curiosamente se desmarcan del grupo de consumidores en que estaban incluídos y adoptan para su propia definición las características de los no-consumidores, excepto para tres respuestas que aparecían entre las típicas de los consumidores (DROGNO 4, FIESTA 6 y DROGSI 3). Conviene matizar que aunque exista una coincidencia, excepto para las tres respuestas señaladas antes, entre el grupo de no-consumidores y de consumidores legales, son menores las puntuaciones obtenidas por el grupo de consumidores legales en las variables más definitorias del grupo de no-consumidores.

Por su parte el nuevo grupo de "consumidores ilegales" mantiene prácticamente todas las características del grupo al que pertenecía (Ver Tabla 4) añadiendo algunas nuevas que indican una acentuación de tendencias ya señalaras para dicho grupo, como que son todavía más hedonistas (FIESTA 2), mayor dependencia hacia el grupo (FIESTA 7, OFERTA 6), busca de nuevas aventuras (FIESTA 5), junto con otras respuestas "el que se droga lo hace porque no sabe encontrar satisfacción con otras cosas" (DROGSI 4), "las personas que no consumen drogas es porque no se lo han planteado todavía" (DROGNO 2), y "no compraría droga porque prefiero gastar midinero con otras cosas" (OFERTA 3) cuya interpretación no es tan obvia. Estas últimas respuestas nos hacen pensar en dos explicaciones: o bien no están comunicando conscientemente que es lo que les está pasando exactamente a ellos o, más probablemente, empleando un mecanismo de negación están haciendo referencia a comportamientos que atribuyen a otros sin darse cuenta de que esto exactamente es lo que les ocurre a ellos. Nos inclina a pensar esto último el que elijan precisamente la respuesta de que prefieren gastar su dinero en otras cosas que no sea droga, precisamente aquellos jóvenes que claramente admiten en otro momento de la encuesta que son los que más utilizan drogas.

El siguiente paso que dimos al comprobar la similitud existente entre el grupo de no-consumidores y el de consumidores de drogas legales fue reagruparlos. Vemos (Tabla 5) como el grupo resultante mantiene todas las características del grupo no-consumidor añadiendose una que sólo había aparecido con el grupo de consumidores legales (DROGSI 3) y otras dos (DROGNO 4, FIESTA 6) que aparecían ya, tanto entre el grupo de consumidores legales como entre el de consumidores en general, pero no es el de sólo ilegales. Cabe pensar de estas dos últimas respuestas que aunque hayan aparecido como típicas del grupo de consumidores sean más bien caracterís-

ticas de los consumidores legales y que al tratarse los consumidores legales del grupo más numeroso (2.025 alumnos) imponen la presencia de estas dos características en los grupo más amplios de los que forman parte.

La situación final es la siguiente: el grupo de comsumidores ilegales mantiene e incluso acentúa sus características propias al separarse de los consumidores legales. Estos últimos son un grupo menor definido, que si se mezcla con los consumidores ilegales se "confunde" con ellos y sí lo hace con los no-consumidores ocurre otro tanto. Insistimos en la necesidad de valorar que los consumidores legales son con diferencia el grupo cuantitativamente más numeroso, lo cual facilita que esté constituido por un espectro amplio, ayudando ello a cumplir este papel de puente entre no-consumidores y consumidores de drogas ilegales, pudiéndose hablar de un verdadero continuum entre los tres grupos.

5.2.2.6. TABLAS

Con el fin de facilitar al máximo la lectura de los valores numéricos contenidos en las tablas, hacemos un comentario sobre cada una de las columnas que aparecen a la derecha de la etiqueta correspondiente a cada modalidad, luego del identificador (IDENT) que se ofrece abreviado entre paréntesis.

La primera columna numérica, bajo el título CRITERIO, contiene el valor de un coeficiente, que es aproximadamente una variable de Laplace-Gauss centrada y reducida, midiendo la distancia y el porcentaje de la modalidad en la clase y su porcentaje en la población, teniendo en cuenta los efectivos de la modalidad y de la clase. Este valor sirve para ordenar las modalidades según su "poder descriptivo de la clase". La segunda columna, PROB., contiene la probabilidad de que el valor del coeficiente anterior sea sobrepasado, bajo la hipótesis de una modalidad por extracción aleatória exhaustiva (ley hiper-geométrica). En la tercera columna, titulada PESO, hallamos el peso total de la modalidad. Las tres columnas siguientes contienen valores de porcentajes. El primer porcentaje, PORCENTAJE GLOBAL, es el porcentaje global de la modalidad en el conjunto de la muestra. El segundo, PORCENTAJE MOD/CLAS, es el porcentaje de la modalidad en la clase. Este valor es necesariamente superior al precedente para las modalidades características. La última columna, PORCENTAJE CLA/MOD, representa el porcentaje de la clase enla modalidad, que permite juzgar el grado de inclusión de una modalidad en la clase.

TABLA 1. TIPOLOGIA NO CONSUMIDOR.

		DESCRIPCION DE LAS CLASES				PORCENTAJES		
		IDENT	CRITERIO	PROB	PESO	GLOBAL	MOD/CLA	CLA/MO
VG20	TIPO DE CONSUMO (no consumidor)		41.00	0.000	482	13.1	100.0	100.0
V2	MEDIO DE INFORMACION	(INF 1)	11.77	0.000	2.103	57.0	80.3	18.4
V123	EN UNA FIESTA	(FIESTA 8)	9.58	0.000	589	16.0	32.8	26.8
V134	OCIO	(OCIO 1)	8.23	0.000	1.695	45.9	63.3	18.0
V125	SI TE OFRECEN DROGA	(OFERTA 4)	8.01	0.000	635	17.2	31.3	23.8
V135	ASIGNATURAS	(ASIG 1)	7.25	0.000	1.757	47.6	62.9	17.2
V136	RELIGION	(RELIG 1)	6.69	0.000	1.209	32.8	46.5	18.5
V121	POR QUE NO CONSUMEN	(DROGNO 1)	5.31	0.000	311	8.4	15.4	23.8
V130	RELACION CON EL PADRE	(PADRE 1)	4.78	0.000	2,032	55.1	64.9	15.4
V125	SI TE OFRECEN DROGA	(OFERTA 5)	4.69	0.000	423	11.5	18.3	20.8
V131	RELACION CON LA MADRE	(MADRE 1)	4.49	0.000	2.174	58.9	68.0	15.1
V111	MEDICAMENTOS MADRE	(MEDICMA 1)	3.40	0.000	1.219	33.0	39.8	15.8
V110	MEDICAMENTOS PADRE	(MEDICPA 1)	2.48	0.007	1.701	46.1	51.2	14.5
V123	EN UNA FIESTA	(FIESTA 1)	2.43	0.007	546	14.8	18.5	16.3
V119	POR QUE SE CONSUME	(DROGSI 5)	2.40	0.008	1.367	37.0	41.9	14.8
V121	POR QUE NO CONSUMEN	(DROGNO 5)	2.06	0.020	1.296	35.1	39.2	14.6
V137	PARTIDO POLITICO	(POLI 1)	1.80	0.036	1.564	42.4	46.1	14.2

TABLA 2. TIPOLOGIA DEL CONSUMIDOR (LEGAL + ILEGAL).

		* DESCRIPCION DE LAS CLASES *				PORCENTAJES	
	IDENT	CRITERIO	PROB	PESO	GLOBAL	MOD/CLA	CLA/MO
VG20 TIPO DE CONSUMO	(no consumidor)	47.76	0.000	2.987	80.9	100.0	100.0
V2 MEDIO DE INFORMACION	(INF 2)	8.72	0.000	1.552	42.1	45.4	87.4
V134 OCIO	(OCIO 2)	8.67	0.000	1.031	27.9	30.8	89.3
V125 SI TE OFRECEN DROGA	(OFERTA 1)	7.54	0.000	1.523	41.3	44.2	86.6
V136 RELIGION	(RELIG 2)	6.68	0.000	2.390	64.8	67.4	84.2
V123 EN UNA FIESTA	(FIESTA 3)	5.53	0.000	240	6.5	7.4	92.5
V135 ASIGNATURAS	(ASIG 2)	5.50	0.000	1.794	48.6	50.8	84.6
V121 POR QUE NO CONSUMEN	(DROGNO 6)	4.17	0.000	446	12.1	13.1	87.7
V137 PARTIDO POLITICO	(POLI 2)	3.89	0.000	1.017	27.6	28.9	84.9
V123 EN UNA FIESTA	(FIESTA 4)	3.86	0.000	188	5.1	5.7	90.4
V130 RELACION CON PADRE	(PADRE 2	3.56	0.000	1.317	37.3	38.6	83.9
V123 EN UNA FIESTA	(FIESTA 6)	3.48	0.000	1.603	43.4	44.8	83.5
V110 MEDICAMENTOS PADRE	(MEDICPA 4)	3.43	0.000	458	12.4	13.3	86.5
V111 MEDICAMENTOS MADRE	(MEDICMA 3)	3.03	0.001	618	16.7	17.6	85.1
V131 RELACION CON MADRE	(MADRE 2)	2.93	0.002	1.267	34.3	35.4	83.5
V119 POR QUE SE CONSUME	(DROGSI 2)	2.93	0.002	83	2.2	2.5	91.6
V121 POR QUE NO CONSUMEN	(DROGNO 3)	2.56	0.005	272	7.4	7.9	86.4
V121 POR QUE NO CONSUMEN	(DROGNO 4)	2.28	0.011	667	18.1	18.7	84.0
V119 POR QUE SE CONSUME	(DROGSI 1)	2.23	0.013	285	7.7	8.2	85.6
V125 SI TE OFRECEN DROGA	(OFERTA 2)	1.74	0.041	174	4.7	5.0	85.6

TABLA 3. TIPOLOGIA CONSUMIDORES LEGALES.

		* DESCRIPCION DE LAS CLASES *			PORCENTAJES		
	IDENT	CRITERIO	PROB	PESO	GLOBAL	MOD/CLA	CLA/MO
VG20 TIPO DE CONSUMIDOR	(legal)	60.50	0.000	2025	54.9	100.0	100.0
V2 MEDIO DE INFORMACION	(INF 1)	10.63	0.000	2103	57.0	64.8	62.4
V136 RELIGION	(RELIG 1)	7.37	0.000	1209	32.8	37.9	63.4
V137 PARTIDO POLITICO	(POLI 1)	7.26	0.000	1564	42.4	47,4	61.8
V123 EN UNA FIESTA	(FIESTA 1)	7.10	0.000	546	14.8	18.5	68.5
V125 SI TE OFRECEN DROGA	(OFERTA 4)	6.85	0.000	635	17.2	21.0	66.9
V130 RELACION CON PADRE	(PADRE 1)	6.67	0.000	2032	55.1	60.0	59.8
V119 POR QUE SE CONSUME	(DROGSI 3)	5.97	0.000	670	18.2	21.5	65.0
V131 RELACION CON MADRE	(MADRE 1)	5.87	0.000	2174	58.9	63.2	58.9
V123 EN UNA FIESTA	(FIESTA 8)	5.78	0.000	589	16.0	19.1	65.5
V134 OCIO	(OCIO 1)	5.47	0.000	1695	45.9	50.0	59.7
V119 POR QUE SE CONSUME	(DROGSI 5)	5.45	0.000	1367	37.0	40.9	60.8
V125 SI TE OFRECEN DROGA	(OFERTA 5)	5.42	0.000	423	11.5	14.0	66.9
V121 POR QUE NO CONSUME	(DROGNO 4)	4.37	0.000	667	18.1	20.5	62.4
V121 POR QUE NO CONSUMEN	(DROGNO 5)	3.21	0.001	1296	35.1	37.4	58.4
V135 ASIGNATURAS	(ASIG 1)	3.13	0.001	1757	47.6	49.9	57.5
V123 EN UNA FIESTA	(FIESTA)	3.13	0.001	1603	43.4	45.7	57.8

TABLA 4. TIPOLOGIA CONSUMIDORES ILEGALES.

		* DESCRIPCION DE LAS CLASES *				* PORCENTAJES *		
		IDENT	CRITERIO	PROB	PESO	GLOBAL	MOD/CLA	CLA/MO
VG20	TIPO DE CONSUMIDOR	(ilegales)	53.38	0.000	962	26.1	100.0	100.0
V2	MEDIO DE INFORMACION	(INF 2)	18.59	0.000	1552	42.1	67.8	42.0
V136	RELIGION	(RELIG 2)	13.49	0.000	2390	64.8	81.7	32.9
V125	SI TE OFRECEN DROGA	(OFERTA 2)	12.32	0.000	174	4.7	12.9	71.3
V134	OCIO	(OCIO 2)	12.22	0.000	1031	27.9	43.8	40.8
V123	EN UNA FIESTA	(FIESTA 3)	11.88	0.000	240	6.5	15.6	62.5
V119	POR QUE SE CONSUME	(DROGSI 1)	11.49	0.000	285	7.7	17.2	57.9
V130	RELACION CON PADRE	(PADRE 2)	9.80	0.000	1367	37.3	50.6	35.4
V123	EN UNA FIESTA	(FIESTA 2)	8.69	0.000	124	3.4	8.2	63.7
V131	RELACION CON MADRE	(MADRE 2)	8.52	0.000	1267	34.3	45.7	34.7
V137	PARTIDO POLITICO	(POLI 2)	7.93	0.000	1017	27.6	37.6	35.6
V125	SI TE OFRECEN DROGA	(OFERTA 6)	7.78	0.000	56	1.5	4.5	76.8
V123	EN UNA FIESTA	(FIESTA 5)	7.32	0.000	81	2.2	5.5	65.4
V135	ASIGNATURAS	(ASIG 2)	6.66	0.000	1794	48.6	57.8	31.0
V121	POR QUE NO CONSUMEN	(DROGNO 3)	6.61	0.000	272	7.4	12.5	44.1
V121	POR QUE NO CONSUMEN	(DROGNO 6)	5.41	0.000	446	12.1	17.2	37.0
V123	EN UNA FIESTA	(FIESTA 4)	5.16	0.000	188	5.1	8.4	43.1
V125	SI TE OFRECEN DROGA	(OFERTA 1)	4.95	0.000	1523	41.3	48.0	30.3
V119	POR QUE SE CONSUME	(DROGSI 2)	3.94	0.000	83	2.2	4.0	45.8
V111	MEDICAMENTOS MADRE	(MEDICMA 4)	3.20	0.001	480	13.0	16.0	32.1
V111	MEDICAMENTOS MADRE	(MEDICMA 3)	2.90	0.002	618	16.7	19.8	30.7
V119	POR QUE SE CONSUME	(DROGSI 4)	2.48	0.007	652	17.7	20.3	29.9
V125	SI TE OFRECEN DROGA	(OFERTA 3)	2.41	0.008	575	15.6	18.0	30.1
V121	POR QUE NO CONSUMEN	(DROGNO 2)	1.92	0.027	202	5.5	6.7	31.7
V119	POR QUE SE CONSUME	(DROGSI 6)	1.92	0.027	164	4.4	5.5	32.3
V123	EN UNA FIESTA	(FIESTA 7)	1.74	0.041	66	1.8	2.4	34.8
V110	MEDICAMENTOS PADRE	(MEDICPA 4)	1.71	0.044	458	12.4	13.9	29.3

TABLA 5. TIPOLOGIA NO-CONSUMIDORES+CONSUMIDORES LEGALES.

		DESCRIPCION DE LAS CASES			PORCENTALES		
		IDENT. CRITERIO	PROB.	PESO	GLOBAL	MOD/CLAS	CLAS/MO
VG20	TIPO DE CONSUMO	no-consumidor + consumidor legal	56.74	0.000 2507	67.9	100.0	100.0
V2	MEDIO DE INFORMACION	(INF 1)	19.17	0.000 2103	57.0	67.8	80.8
V123	EN UNA FIESTA	(FIESTA 8)	16.16	0.000 589	16.0	21.7	92.4
V125	SI TE OFRECEN DROGA	(OFERTA 4)	15.42	0.000 635	17.2	23.0	90.7
V136	RELIGION	(RELIG 1)	13.30	0.000 1209	32.8	39.5	82.0
V134	OCIO	(OCIO 1)	11.85	0.000 1695	45.9	52.5	77.7
V130	RELACION CON PADRE	(PADRE 1)	10.45	0.000 2032	55.1	60.9	75.2
V125	SI TE OFRECEN DROGA	(OFERTA 5)	10.39	0.000 423	11.5	14.8	87.7
V123	EN UNA FIESTA	(FIESTA 1)	9.97	0.000 546	14.8	18.5	84.8
V131	RELACION CON MADRE	(MADRE 1)	9.35	0.000 2174	58.9	64.1	74.0
V137	PARTIDO POLITICO	(POLI 1)	9.09	0.000 1564	42.4	47.4	76.0
V135	ASIGNATURAS	(ASIG 1)	8.57	0.000 1757	47.6	52.4	74.8
V119	POR QUE SE CONSUME	(DROGSI 5)	7.62	0.000 1367	37.0	41.1	75.4
V119	POR QUE SE CONSUME	(DROGSI 3)	7.40	0.000 670	18.2	21.2	79.4
V121	POR QUE NO CONSUMEN	(DROGNO 5)	4.92	0.000 1296	35.1	37.7	73.0
V121	POR QUE NO CONSUMEN	(DROGNO 4)	4.83	0.000 667	18.1	20.1	75.6
V121	POR QUE NO CONSUMEN	(DROGNO 1)	4.12	0.000 311	8.4	9.7	77.8
V111	MEDICAMENTOS MADRE	(MEDICMA 1)	4.03	0.000 1219	33.0	35.1	72.3
V110	MEDICAMENTOS PADRE	(MEDICPA 1)	2.33	0.010 1701	46.1	47.4	69.8
V123	EN UNA FIESTA	(FIESTA 6)	2.02	0.021 1603	43.4	44.6	69.7
V111	MEDICAMENTOS MADRE	(MEDICMA 2)	1.91	0.028 1194	32.4	33.3	70.0

5.2.2.7. GRAFICOS

La inclusión de estos gráficos es realizada pensando que la distribución espacial (mayor o menor distancia entre las variables, agrupamientos de variables, etc.) puede proporcionar una visión complementaria, aunque más imprecisa, del trabajo que acabamos de presentar. Vemos como empleando otro acercamiento (etapa MULTC del SPAD) obtenemos nueva información que confirma las agrupaciones que hemos obtenido con anterioridad (a través de la etapa TAMIS del SPAD) sin que surjan aspectos nuevos o contradictorios que obliguen a un replanteamiento de la cuestión.

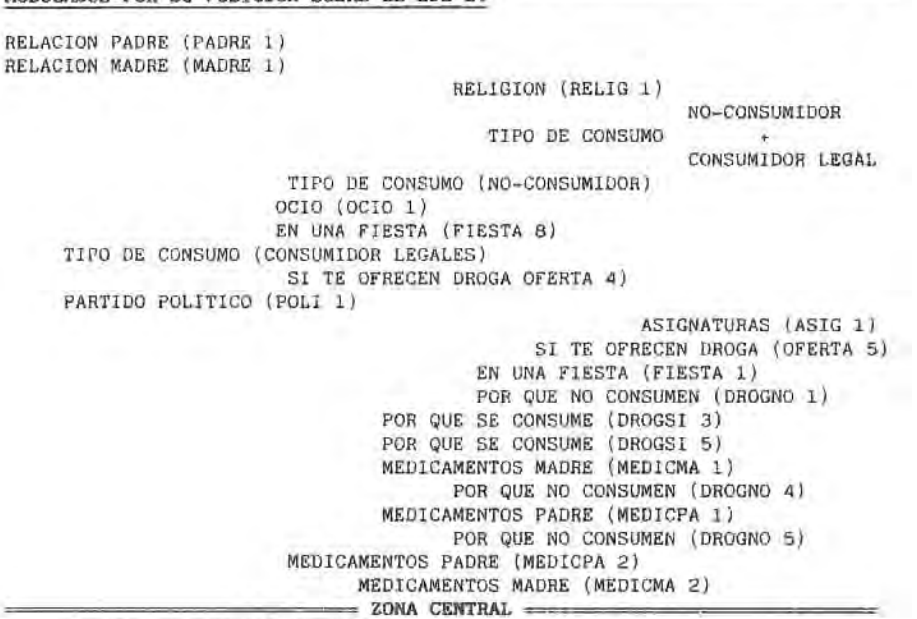
Observese como los no-comsumidores ocupan una posición opuesta a los consumidores ilegales. Como los consumidores legales están más cerca de los no-consumidores, pero que participan también de las características de los ilegales. El resto de las variables se situa alrededor de los tipos de consumo, siendo precisamente las que ocupan posiciones más próximas las que contribuyen más a definir los grupos que se describen en las tablas del apartado anterior.

Lectura del gráfico.

La utilización del Análisis de Correspondencias Múltiples mediante el SPAD nos permite obtener, en su etapa MULTC, una representación gráfica de la posición de los elementos sobre los ejes de máxima inercia, correspondientes a los mayores valores propios. Incluyo dos gráficos significativos, que corresponden al eje 1 sobre el eje 2 (pag. 203) y el más significativo que es el eje 2 sobre el 3 del que doy dos versiones: la original con 79 items (pag. 202) y una versión simplificada y mecanografiada de más fácil lectura con 52 items (pag. 201). El eje 2 corresponde a un l=0,25 con una inercia explicada del 11,06%, y el eje 3 correspondiente a un l=0,16 con una inercia explicada del 7,22%. La inercia total explicada por estos dos factores es del 18,2%.

La posición vertical de los elementos, vienen determinada por la significación de cada modalidad sobre el eje factorial, de tal forma que cuanto más alejado esté del centro, ZONA CENTRAL, indicará una mayor contribución absoluta de dicha modalidad en la inercia total del eje. La posición horizontal viene modulada por su contribución en la inercia total del segundo eje.

GRAFICO 1. POSICION DE LOS 52 ELEMENTOS DE MAYOR INERCIA SOBRE EL EJE 2 MODULADOS POR SU POSICION SOBRE EL EJE 3.



```
 1 PAD1 'VG13 RELACION CON EL PADRE
 2 MAD1 'VG14 RELACION CON LA MADRE
 3 REL1 '                                  V136 RELIGION
 4 XG1  '                                     XG20    NO+LEGAL
 5 MED1 '                                     V2 MEDIO DE INFORMACION
 6 TIP1 '                                     VG20 TIPO DE CONSUMO    NO CONSUMIDOR
 7 NG1  '                                     NG20    NO CONSUMIDOR
 8 OCI1 '                                  V134 OCIO
 9 REV8 '                                  V123 EN UNA REUNION O FIESTA
10 TIP2 '                VG20 TIPO DE CONSUMO    CONSUMIDOR LEGALES
11 OFR6 '                                  V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS
12 PAR1 '    V137 PARTIDO POLITICO
13 SUS1 '                                     V135 ASIGNATURAS SUSPENDIDAS
14 OFR7 '                                  V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS
15 REV1 '                               V123 EN UNA REUNION O FIESTA
16 POR1 '                               V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
17 DRO4 '                            V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
18 DRO7 '                            V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
19 MAD3 '    VG14 RELACION CON LA MADRE      MISSING
20 MED3 '                            V2 MEDIO DE INFORMACION       MISSING
21 PAD3 '    VG13 RELACION CON EL PADRE      MISSING
22 SUS3 '                               V135 ASIGNATURAS SUSPENDIDAS    MISSING
23 FMM1 '                            V111 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS MADRE
24 REL3 '                               V136 RELIGION       MISSING
25 OCI3 '                            V134 OCIO       MISSING
26 FMM5 '                         V111 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS MADRE       MISSING
27 POR9 '          V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?       MISSING
28 FMP5 '             V110 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS PADRE       MISSING
29 PAR3 '                               V137 PARTIDO POLITICO       MISSING
30 POR4 '                            V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
31 FMP1 '                            V110 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS PADRE
32 DRO9 '    V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?      MISSING
33 OFR9 '          V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS.    MISSING
34 POR6 '                         V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
35 REV9 '    V123 EN UNA REUNION O FIESTA     MISSING
36 POR5 '                               V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
37 FMP2 '                         V110 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS PADRE
38 FMM2 '                            V111 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS MADRE
39 OCI5 '          V134 OCIO
```

ZONE CENTRALE

```
41 POR8 '                         V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
42 NG3  '                            NG20    MISSING
43 XG3  '                            XG20    MISSING
44 DRO6 '                      V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
45 DRO8 '          V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
46 OFR1 '                            V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS
47 DRO2 '                      V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
48 REV7 '             V123 EN UNA REUNION O FIESTA
49 REV6 '                            V123 EN UNA REUNION O FIESTA
50 POR2 '                         V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
51 OCI4 '                                  V134 OCIO       CATEGORIA A
52 DRO5 '                                  V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
53 OFR5 '                         V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS
54 FMP4 '                            V110 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS PADRE
55 FMM4 '                         V111 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS MADRE
56 OFR2 '                   V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS
57 FMP3 '                               V110 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS PADRE
58 DRO3 '                   V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
59 POR7 '          V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
60 FMM3 '                            V111 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS MADRE


61 REV4 '                   V123 EN UNA REUNION O FIESTA
62 OFR3 '                   V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS.
63 POR3 '                   V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
64 NG2  '    NG20    LEGAL+ILEGAL
65 REV5 '                      V123 EN UNA REUNION O FIESTA
66 OFR8 '                   V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS
67 REV2 '    V123 EN UNA REUNION O FIESTA
68 SUS2 'V135 ASIGNATURAS SUSPENDIDAS
69 DRO1 '          V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
70 REV3 '    V123 EN UNA REUNION O FIESTA
71 OFR4 '          V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS.
72 PAR2 '                               V137 PARTIDO POLITICO
73 REL2 '          V136 RELIGION
74 OCI2 'V134 OCIO
75 MED2 '  V2 MEDIO DE INFORMACION
76 PAD2 '                                  VG13 RELACION CON EL PADRE
77 MAD2 '                  - 203 -         VG14 RELACION CON LA MADRE
78 XG2  'XG20    ILEGAL
```

```
 1 PAR1  'VG13 RELACION CON EL PADRE
 2 MAD1  'VG14 RELACION CON LA MADRE
 3 PAR1  '     V137 PARTIDO POLITICO
 4 SUS1  '     V135 ASIGNATURAS SUSPENDIDAS
 5 REL1  'V136 RELIGION
 6 XG1   'X020     NO+LEGAL
 7 TIP2  '     VG20 TIPO DE CONSUMO    CONSUMIDOR LEGALES
 8 OFR6  '     V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS
 9 OCI1  '     V134 OCIO
10 MED1  '   V2 MEDIO DE INFORMACION
11 OCI4  '                          V134 OCIO        CATEGORIA 4
12 REU8  '     V123 EN UNA REUNION O FIESTA
13 REL2  '                                    V136 RELIGION
14 FMP1  '              V110 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS PADRE
15 PAR2  '                                    V137 PARTIDO POLITICO
16 DRO7  '          V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
17 FMP2  '                  V110 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS PADRE
18 POR5  '                  V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
19 POR4  '              V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
20 REU1  '     V123 EN UNA REUNION O FIESTA
21 SUS2  '                                 V135 ASIGNATURAS SUSPENDIDAS
22 OFR7  '     V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS
23 REU6  '  '                       V123 EN UNA REUNION O FIESTA
24 WG2   '                                 WG20    LEGAL+ILEGAL
25 PAD2  '                                    VG13 RELACION CON EL PADRE
26 DRO4  '          V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
27 DRO5  '                          V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
28 OFR3  '                              V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS
29 FMM4  '                          V111 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS MADRE
30 WG1   'WG20     NO CONSUMIDOR
31 TIP1  'VG20 TIPO DE CONSUMO     NO CONSUMIDOR
32 MAD2  '                                    VG14 RELACION CON LA MADRE
33 OCI2  '                                    V134 OCIO
34 FMM2  '                  V111 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS MADRE
35 POR2  '                          V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
36 OCI5  '                  V134 OCIO
37 FMM1  '          V111 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS MADRE
38 FMM3  '                              V111 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS MADRE
39 POR1  '          V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
```

========== ZONE CENTRALE ==========

```
   FMP4  '                          V110 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS PADRE
         '                                 V123 EN UNA REUNION O FIESTA
43 SUS2  '                              V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
44 DRO6  '                      V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
45 REU7  '                          V123 EN UNA REUNION O FIESTA
46 POR7  '                              V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
47 DRO2  '                      V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
48 DRO8  '                      V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
49 TIP4  '                      VG20 TIPO DE CONSUMO.    MISSING
50 POR3  '                              V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
51 OFR2  '                              V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS
52 REU5  '                                 V123 EN UNA REUNION O FIESTA
53 FMP3  '                              V110 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS PADRE
54 REU2  '                                 V123 EN UNA REUNION O FIESTA
55 MED2  '                                      V2 MEDIO DE INFORMACION
56 OFR1  '                      V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS
57 POR6  '                  V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?
58 OFR8  '                                 V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS
59 REU4  '                              V123 EN UNA REUNION O FIESTA
60 POR8  '                      V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?


61 DRO1  '                                 V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?
62 OFR4  '                                 V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS
63 XG2   '                                    X020    ILEGAL
64 TIP3  '                                    VG20 TIPO DE CONSUMO    CONSUMIDOR ILEGALES
65 WG3   '                      WG20    MISSING
66 XG3   '                      XG20    MISSING
67 PAR3  '              V137 PARTIDO POLITICO        MISSING
68 POR9  '              V121 POR QUE ALGUNOS NO CONSUMEN DROGA?      MISSING
69 DRO9  '                  V119 EL QUE SE DROGA LO HACE?        MISSING
70 FMM5  '              V111 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS MADRE       MISSING
71 FMP5  '              V110 FRECUENCIA CONSUMO MEDICAMENTOS PADRE       MISSING
72 REU9  '                  V123 EN UNA REUNION O FIESTA.    MISSING
73 OFR9  '                  V125 SI TE OFRECIERAN DROGAS.    MISSING
74 MED3  '            V2 MEDIO DE INFORMACION        MISSING
75 PAD3  '          VG13 RELACION CON EL PADRE       MISSING
76 SUS3  '          V135 ASIGNATURAS SUSPENDIDAS     MISSING
77 MAD3  '          VG14 RELACION CON LA MADRE       MISSING
78 OCI3  '              V134 OCIO        MISSING
```

5.2.2.8. Discusión

Se ha visto confirmada la pretensión de establecer la tipología de estudiantes de enseñanza media consumidores y la de los no-consumidores, pudiendo también precisar y diferenciar algunas características que separan a los consumidores de drogas legales y a los que se han iniciado ya en las drogas ilegales. Creemos además que las características que han quedado asignadas a cada uno de los grupos son suficientemente coherentes entre si, de forma que es posible pensar en una lógica interna común y que no se trata de variables puestas una al lado de la otra en función de circunstancias dispares o al azar.

Una comparación global de nuestros resultados con los de otros estudios no es posible dado que estos otros trabajos, a los que he tenido acceso, no comparten exactamente la misma metodología, pero los resultados parciales confirman nuestros hallazgos. Algunos autores (MAUSNER y PLATT, 1971; McCORD y McCORD, 1960) asocian una vida social más activa con el consumo de tabaco o alcohol, mientras que el no fumador prefiere quedarse en casa, leer, ver la T.V. o hacer deporte. También las actitudes de rebeldía o mala relación con la autoridad son señaladas por diversos autores (SMITH y FOGG, 1979; MAUSNER y PLATT, 1971; McCORD y McCORD, 1960) en relación con el mayor consumo de tabaco y alcohol. El bajo rendimiento escolar también es asociado (BEWLEY y BLAND, 1977) al consumo, así como la falta de prácticas religiosas (KANDEL, ADLER y SUDIT, 1981; STACKER y BARTMANN, 1977). Se señala también (MAUSNER, 1971; OMS 1971; O'CONNELL et al, 1981) la influencia de los compañeros para el inicio en el consumo y la importancia del consumo de los padres (McCORD y McCORD, 1962; ROBINS y COL, 1968; MAUSNER y PLATT, 1971) en el consumo de sus hijos. Así mismo es frecuente (DAVIDSON et al, 1980; BLOCK y GOODDMAN, 1978; VARO, 1983; WELTE y BARNES, 1982) que se insinta en la relación existente entre el consumo de las diversas drogas.

No hemos estudiado en nuestro trabajo directamente los aspectos psicológicos o de personalidad relacionados con el consumo aunque creemos que puede servir algunos de los resultados para orientar otros trabajos más estrictamente psicológicos. Al ser no obstante la prevención escolar (excepto en lo que se refiere a la intervención en situaciones de crisis) una labor que se realiza con todo el grupo, pensamos que estos acercamientos tipológicos son bastante adecuados para planificar el trabajo preventivo.

Aunque es seguro que existen conexiones entre las características del toxicómano y las del consumidor ocasional, también son importantes las diferencias, por lo que deben ser utilizados con precaución en el area de la prevención los estudios hechos sobre toxicómanos. Vemos como la población escolar no es un conjunto homogéneo y que existen diferencias significativas entre los consumidores y no-consumidores de drogas, estableciendose dos polos constituidos por los no-consumidores y por los consumidores de drogas ilegales y un tercer grupo formado por los consumidores de sólo drogas legales con características propias, pero que sirve de puente entre los dos anteriores. Es necesario conocer dichos grupos, dado que como dice la OMS (1973) "la caracterización de las personas y los grupos especialmente expuestos a la farmacodependencia permite establecer estrategias preventivas cada vez más eficaces".

Es difícil atribuir las características que conforman a cada grupo una causalidad común y ya hablábamos en la descripción de resultados de diversas hipótesis explicativas, posiblemente complementarias entre si como parecen ser: la mayor o menor dependencia del grupo de compañeros, relacionada a su vez con una mayor o menor distancia de la figura del padre; el tipo de vida social que condiciona la facilidad en recibir ofertas de droga; el ejemplo constituido por el consumo de medicamentos, tabaco y alcohol de los padres; o la actitud más o menos conservadora o conformista. Sea cual sea la hipótesis con mayor peso, es necesario entender el aprendizaje del consumo de forma secuencial. Las posibles causas tendrían un peso distinto según la edad, situación social u otras circunstancias. Sobre este aspecto secuencial del aprendizaje nuestro estudio aporta poca luz, aún cuando hemos comprobado que efectivamente existen momentos concretos en los que existe una especial facilidad para iniciarse en el consumo de tabaco o marihuana, como es el paso de enseñanza primaria a enseñanza media.

5.3. ACTITUDES DEL PROFESORADO HACIA LA PREVENCION ESCOLAR DEL ABUSO DE DROGAS.

5.3.1. Introducción.

Un consejo frecuente en muchos trabajos de prevención es el de que los profesores deben ser los instrumentadores de los programas de prevención. Esta recomendación es, a mi entender, muchas veces apriorística debido a que no está basada en la demostración de una elevada motivación por parte de los profesores en colaborar, ni tampoco en una demostración de su mayor eficacia frente a otros profesionales -como señalo en la revisión bibliográfica-, ni tampoco existen otros tipos de razones suficientemente contrastados. Este es precisamente uno de los motivos que me ha llevado a que en la parte experimental de la implementación del pograma de prevención se compare la eficacia de profesionales de la educación y especialistas en drogodependencias. Los resultados de dicha comparación se verán más adelante. Aquí pretendemos valorar el grado de interés que muestra hacia la prevención el profesor y de que forma le gustaría participar en su elaboración y administración. Existen también otras preguntas sobre actitudes, información de que disponen, consumo propio, etc.

Se pretende con el presente estudio saber más a ciencia cierta, cual es el grado previsible de colaboración del profesorado a un plan propuesto, mejorando así las posibilidades de que el programa sea llevado a termino.

5.3.2. Metodología.

Empezamos por elaborar un cuestionario interesándonos sólo por los aspectos útiles al objetivo de preparar por una parte unos programas de formación del profesorado y, por otra, la intervención de los profesores en un programa de prevención escolar.

Porteriormente, la revisión de estudios efectuados en otros lugares, en unos casos nos permitió completar ciertos items, y en otros optamos por reformularlos de forma que fuese posible comparar las respuestas.

Antes de su impresión, el cuestionario fue analizado y discutido por un grupo de profesores en activo y se incorporaron las correcciones oportunas.

Se disponía para realizar el muestreo de un censo de profesores de centros públicos, pero no existía una lista semejante de profesores de los centros privados, por lo que se tuvo que crear una base de sondeo propia.

El efectivo de la población se calculó como una proyección del número de profesores de centros públicos, a partir de las respectivas proporciones de centros públicos y centros privados. Se estimó que la población a estudiar podría situarse aproximadamente en torno a los 6.000 profesores (cifra presumiblemente superior a la real, pero se consideró menos relevante errar por exceso que por defecto). Sobre esta base por tanto, para asegurar con una confianza del 95,5% que el error máximo no excedería más o menos de un 3,5%, se debía constituir una muestra con un efectivo de 719 sujetos.

Para seleccionar los sujetos de la muestra se procedió a agrupar los centros escolares por niveles de enseñanza (EGB, BUP y FP), tipo de propiedad (pública, privada laica y privada religiosa), situación (rural, urbana), tamaño (grande, mediano o pequeño, según número de alumnos o de unidades) y sexo de los alumnos (mixtos y sólo masculinos o sólo femeninos). Se formaron así 51 grupos y de cada grupo se tomó al azar un número de centros proporcional al tamaño del grupo. En cada centro seleccionado se entregó la encuesta al azar (a partir de la lista que facilitaba la dirección del centro) a un número de profesores proporcional al tamaño del grupo en que se clasificaba el centro. De esta forma se aseguraba que cada grupo aportase un número de profesores representativo.

El trabajo de campo se realizó a finales de mayo y primera quincena de junio de 1984. Se repartieron un total de 903 encuestas de las que se recogieron debidamente contestadas sólo 718. El resto o nos fueron devueltas (pese a numerosas llamadas, visitas, etc.), o se nos devolvieron en blanco con las más diversas excusas (problemas personales, estar redactado en castellano en vez de catalán, como expresión de protesta ante el Consell o el Ministerio de Educación y Ciencia, porque se perdió la encuesta o porque no interesaba la cuestión de las drogas, entre otras razones). Esto quiere decir que, aunque se haya recogido un número de encuestas teóricamente suficiente, el hecho de que haya habido tantas deserciones obliga a tomar los resultados con precaución puesto que podría haberse introducido algún tipo de sesgo derivado de la autoselección de los sujetos. Con todo hemos preferido presentar los resultados tal como se han producido y tomar nota de que el 20,5% del profesorado se negó a responder esta encuesta.

Finalmente debe advertirse que, aunque la encuesta era anónima, dado lo trabajoso de su recogida, en ocasiones hubo que solicitar a algún

profesor, al jefe de estudios o al director que hiciese de mediador, lo que podría haber afectado la sinceridad de algunas respuestas, especialmente las que tienen relación con el consumo de los propios encuestados.

5.3.3. Resultados.

Los resultados de las encuesta se presentan aquí reunidos en seis grupos diferentes de datos:

1.- Características de la población estudiada.
2.- Percepción de los profesores del consumo de sus alumnos y sus motivaciones.
3.- Medidas preventivas más eficaces y formas de practicarlas.
4.- Necesidades de formación del profesorado.
5.- Consumo de los profesores (alcohol y tabaco).
6.- Comportamiento con los alumnos consumidores.

Se incluyen también algunas comparaciones con los resultados de otras encuestas realizadas en Cataluña (VEGA, 1983), Navarra (VARO et al., 1983) y Galicia (SUAREZ y DOVAL, 1984), sobre el mismo tema y el mismo tipo de población. Hay que decir también que algunas de las preguntas de nuestra encuesta fueron diseñadas ya con la intención de facilitar esta comparación.

1.- Características de la población estudiada.

El profesor es joven, el 60,7% tiene entre 19 y 35 años. Hay un 18% más de mujeres que de hombres. La mayoría estan casados (64%). El 63,3% son profesores de EGB. Hay casi un 12% más de profesores de centros públicos. Más de las 3/4 partes de la muestra continuaran en el mismo centro el curso que viene y dicen encontrarse satisfechos de su trabajo.

2.- Percepción de los profesores del consumo de sus alumnos y sus motivaciones.

Se observa una tendencia a otorgar al consumo de alcohol, tabaco y porros motivaciones no problemáticas (imitación social, curiosidad, diversión), mientras que los problemas personales, sociales y/o psiquiátricos son los principales motivadores del consumo de drogas más "duras". Llama la atención que esta clara división de las motivaciones coincide con la división de drogas legales o despenalizadas y de drogas ilegales.

El consumo de drogas legales y sus motivaciones es visto de forma mucho menos dramática y como si fuese un caso radicalmente distinto, quizá por ello cuesta más, todavía, hacer entender la necesidad de su prevención. (Ver Tabla 1).

Comparando estos resultados con los de la encuesta de J.R. VARO (1983) encontramos elementos parecidos: la motivación más señalada para el consumo de tabaco es la imitación social; para el alcohol, la evasión de problemas; y para el porro la curiosidad. Para los hipnóticos, analgésicos y tranquilizantes, la motivación más nombrada es la de problemas psiquiátricos; mientras que para el L.S.D., heroína y cocaína se nombra como motivación más importante la evasión de problemas (como en el caso del alcohol).

Es considerado como un problema social el consumo de todas y cada una de las drogas, aunque llama la atención que casi un 30% no considera el consumo de tabaco como problema social y que el 24% tampoco considera problema social el consumo de medicamentos. (Ver Tabla 2).

La percepción por parte de los profesores del abuso en el consumo de las diversas drogas por los alumnos es muy baja, exceptuando la de tabaco (9,5%). Por lo demás se considera alto el uso de tabaco, alcohol y porros, y relativamente importante el de medicamentos. (Ver Tabla 3).

Si comparamos estos resultados con los obtenidos en la encuesta a alumnos hecha en el año 1981 (es de suponer que desde entonces a ahora los consumos han aumentado) sacamos la conclusión de que los profesores tienen una visión muy optimista con respecto al consumo de sus alumnos. Se consume bastante más de lo que ellos creen.

Además, hay que tener en cuenta que probablemente los profesores apliquen el criterio de adultos al concepto de abuso, sin caer en la cuenta de lo que para un adulto es uso, puede ser que para un adolescente sea abuso. El abuso no es un valor absoluto, sino que, por el contrario, está relacionado (entre otras muchas cosas) con la edad.

El 53,5% de los profesores creen que los alumnos tienen fácil o muy fácil acceso a la marihuana; el 12% al L.S.D.; el 10% a los opiáceos; el 32% a las anfetaminas y más del 50% a los medicamentos. (Ver Tabla 4).

La facilidad de obtención de las diferente drogas por parte de los alumnos viene representada en la Tabla 5.

Si comparamos los resultados de una y otra encuesta en este punto, resulta que, tal como se ve en la Tabla 6, los alumnos consideran mucho más

fácil la obtención de las diferentes drogas, excepto de la marihuana.

Es evidente que a mayor disponibilidad, mayor consumo. Por tanto hay que tener muy presente que la educación preventiva por separado no es suficiente para reducir el consumo, puesto que no interviene para nada en la reducción de la oferta. En el mejor de los casos, favorece la reducción de la demanda.

3.- Medidas preventivas más eficaces y forma de practicarlas:

La promoción de hábitos más sanos entre la población general y la mejor información sobre drogas son consideradas por los profesores, como las medidas preventivas más eficaces. El tercer lugar lo ocupa la prevención escolar. De todas formas, preguntados directamente sobre la conveniencia de realizar trabajos de prevención en el centro escolar, el 93% contesta afirmativamente. En la encuesta de J.R. VARO, las medidas preventivas más acogidas fueron la de la información sobre drogas en primer lugar, y los cambios en la estructura social en segundo lugar. La prevención escolar no figuraba en la encuesta como posible respuesta.

La mayoría de los profesores (53%) opina que la prevención en los centros escolares debe correr a cargo de especialistas extraños al centro, mientras que el resto se divide entre las opiniones de que la prevención sólo la debe realizar los profesores motivados (21,5%), o bien la deben realizar la mayoría de los profesores (24,1%). Se considera mayoritariamente (68%) que el programa será eficaz si es una iniciativa del centro escolar, de la misma manera que el 67% considera que el contenido y la forma de estos programas deben ser elegidos por el centro con ayuda de especialistas. La encuesta de J.R. VARO también ofrece datos coincidentes con los nuestros. En primer lugar los encuestados dicen que la competencia de la prevención sobre drogas corresponde a los psicólogos y otros profesionales (normalmente ajenos al centro) y en segundo lugar se nombra a los profesores.

El sistema más eficaz para hacer prevención con los alumnos es, según los profesores, en primer lugar (40,6%) las actividades no específicas sobre las drogas, seguida de la información integrada dentro de las asignaturas (27%) y las conferencias o mesas redondas (22%). (Ver Tablas del 7 al 12).

4.- Necesidad de información del profesorado.

Más de la mitad de los profesores (53%) dicen que el tema de las drogas no ha sido tratado nunca en clase. Sin embargo, parece que hay un interés considerable hacia este tema por parte de los alumnos, ya que en los casos en que se ha tratado, el 71% de las veces se ha debido a la iniciativa de los alumnos y el 29% restante a la del profesorado.

La gran mayoría de los profesores (86%) dicen que los alumnos no reciben información suficiente sobre las drogas por parte suya, por tanto es lógico que a la pregunta de si piensan que es necesaria la formación del profesorado en estos temas, el 92% contesto afirmativamente. Además, sólo el 15% dice tener una formación suficiente en este campo. Hay que destacar que la principal fuente de información con respecto a las drogas son los medios de comunicación (56%).

En cuanto a las necesidades de formación de los profesores exponemos en la encuesta de J.R. VARO, los datos son los siguientes:

Totalmente de acuerdo con la formación	79,2%
Muy de acuerdo	13,6%
Poco de acuerdo	1,8%
No puede contestar	0,9%
Poco en desacuerdo	0,5%
Muy en desacuerdo	0,5%
Totalmente en desacuerdo	1,2%
No contesta	2,3%

Es decir, la inmensa mayoría el (92,8%) esta entre totalmente o muy de acuerdo en entender como necesidad la formación del profesorado en la prevención del abuso de drogas. También entre nostros los datos son coincidentes.

De entre las alternativas propuestas para mejorar esta situación, los profesores escogen en primer lugar la de realizar cursos de capacitación (46%) y en segundo lugar la de realizar actividades supervisadas por especialistas (33%).

5.- Consumo de los profesores.

Con respecto al **tabaco** hay un 54% de profesores que se declaran no fumadores o ex-fumadores (no fumadores el 44,9% y ex-fumadores el 9,4%), el resto se reparte entre las categorías de fumador ocasional (12%), fumador regular medio (22,5%) y fumador regular alto (11,2%). Datos coincidentes con los del Grup de Treball sobre Drogodependencies (1982) que en los profesionales de la enseñanza de Cataluña obtuvo los siguientes datos:

	%
- Fumadores	46,7
- Ex-fumadores	15,3
- No fumadores	38,0

Aunque la mayoría dice fumar menos durante su horario de trabajo (88%), es importante resaltar que el 9,5% fuma igual y que el 2,7% fuma más. De la misma manera que es muy importante tener en cuenta que hay un 24,6% que no evita fumar ante sus alumnos. (Recordemos aquí que uno de los principales factores que los profesores señalan como motivadores del consumo del tabaco es la imitación social). Un 26,5% dice que la sugerencia de que los profesores no fumen en el centro no sería aceptada.

Un tercio de los encuestados no son partidarios de acciones legislativas para restringir el consumo de tabaco.

Si comparamos estos datos con los de la encuesta a los profesores gallegos de EGB (SUAREZ y DOVAL, 1984), los resultados son bastante parecidos:

El 34,8% del profesorado gallego de EGB es fumador, con una proporción de 2 a 1 a favor de los varones. Hay un 55,5% de no fumadores y un 9,7% de ex-fumadores.

El 90% de los colegios gallegos prohiben fumar a los alumnos dentro de su recinto, el 3,3% lo toleran exclusivamente a los alumnos de los cursos superiores y tan sólo el 6,2% no prestan atención a este tipo de conducta.

El 63,3% de los profesores gallegos entienden que la conducta del profesor en tanto que fumador incita sensiblemente al alumno a la iniciación al consumo de tabaco. El 22,3% se muestran indecisos y el 14,4% no aceptan tal supuesto.

Según la misma encuesta, además, el 54,9% consideran oportuna una medida administrativa encaminada a prohibir al profesorado fumar ante sus

alumnos. El 28% se confiesan indecisos y el 17,22% contrarios a tal medida. El 49,7% creen en la eficacia de una educación antitabaco en las escuelas. Mostrándose indecisos el 44,1% y contrarios a su establecimiento el 5,4%. Esta educación debería ser encomendada a profesionales de la medicina en opinión del 59,8% y a los propios profesores a juicio del 40,2%.

Volviendo a nuestra encuesta, hay que decir que con respecto al **alcohol**, un 22% se declara abstemio y un 0,6% ex-bebedor, el resto se reparte entre bebedores ocasionales (53%), bebedores sociales (20,8%), y consumidores diarios (3,3%). De nuevo, como en el caso del tabaco, llama la atención que un 14% no evite beber delante de sus alumnos y que un 33% no se haya planteado este problema. La proporción de bebedores es superior a la que obtuvo VEGA (1983) en Barcelona, donde sólo el 54,1% de los profesores sería consumidor (con distintas frecuencias) de alcohol, mientras que el 29,5% no lo consumiría. (el 16,4% no contestaron). Con todo, los resultados de una y otra encuesta contrastan con las proporcionadas por la Dirección General de Salud Pública (1984), sobre la población adulta en general, y de donde recogemos los siguientes datos:

	%
- Consumidores habituales (consumo diario)	51,7
- Consumidores semanales (al menos una vez a la semana)	18,1
- Consumidores ocasionales (al menos una vez al mes o menos)	4,7
- No consumidores (excepcionalmente o nunca)	24,5

Hay que suponer por tanto que el número de bebedores es superior al hallado en nuestro estudio.

Por lo demás, tal como también se vió con el tabaco, el 25,5% no es partidario de acciones legislativas que restrinjan el consumo de bebidas alcohólicas.

6.- Comportamiento de los profesores con alumnos consumidores:

En el caso de que algún alumno tuviese problemas de abuso de drogas, el 28% de los profesores avisaría a los padres y otro 28% consultaría a otros profesores conocedores del caso para encontrar entre todos una solución; en tercer lugar, un 17% trataría de solucionarlo directamente con el alumno y otro 17% informaría al director del centro.

La mayoría de los profesores (79%) cree que en el caso de que un alumno tuviera problemas relacionados con las drogas, este preferiría consultar con un amigo consumidor de drogas y en el 24% de los casos con un amigo no consumidor de drogas.

El 74% del profesorado no es partidario de dejar fumar a los alumnos en el centro escolar.

La pregunta de si permitiría a los alumnos tomar bebidas alcohólicas en el bar del centro fue contestada de la siguiente manera:

* SI: 1,0%
* NO: 51,7%
* No hay bar en el centro escolar: 47,2%

5.3.4. Datos sobre la prevención escolar y la formación del profesorado.

Uno de los objetivos de este trabajo es conocer aquellos elementos que permitan organizar mejor las actividades del reciclaje del profesorado. Por tanto, este apartado está elaborado principalmente en base a dos variables: 1ª) ¿Cree que podría hacerse prevención del abuso de drogas desde la escuela? y 2ª) En el supuesto que se piense que debería mejorar sus conocimientos, ¿Cuál de estas opciones sería la más adecuada para Vd.?:

- Estudiar bibliográfia recomendada.
- Cursillo de capacitación.
- Realizar actividades preventivas supervisadas por especialistas.
- Otras.

En primer lugar, describiremos las características de los que sí creen que podría hacerse la prevención desde la escuela, que son el 93% de los profesores y de los que no creen que podría hacerse la prevención desde la escuela, que son el 7% restante. Y luego pasaré a describir las diferencias más importantes entre las características de cada uno de los grupos de profesores en función de la opción de formación escogida para mejorar sus conocimientos en el tema de las drogas, es decir: estudiar bibliografía recomendada (18,6%), hacer cursillos de capacitación (45,9%), realizar actividades supervisadas por especialistas (33,1%) o bien realizar otros tipos de actividades (2,4%).

1.- Características de los profesores en función de si creen o no que podría hacerse la prevención desde la escuela:

Los que SI creen que podría hacerse la prevención desde la escuela (93%)

-Son partidarios de las siguientes medidas, como las más eficaces, para disminuir el consumo:
  -Aumentar la eficacia policial
  -Tratamiento obligatorio de aquellas personas que causan problemas por su consumo de drogas.
  -No legalización de drogas blandas.
  -Mejorar la información de la población general.
  -Cambios en las estructuras sociales.
-Consideran que los alumnos si tienen información sobre drogas.
-No conocen alumnos que fumen porros.
-No informan a sus alumnos sobre las drogas.
-Creen que sus alumnos o no utilizan o no abusan de los medicamentos.
-Consideran el cursillo o la supervisión como la opción más adecuada para su formación.

Los que NO creen que podría hacerse la prevención desde la escuela (7%)

-Son partidarios de las siguientes medidas, como las más eficaces, para disminuir el consumo:
  -Aumentar la eficacia policial y judicial.
  -La promoción de hábitos más sanos
  -Consideran que los alumnos no tienen información sobre las drogas.
  -Sí conocen alumnos que fumen porros.
-Sí informan a sus alumnos sobre las drogas.
-Creen que sus alumnos usan medicamentos.
  -Consideran la bibliografía y otras formas no determinadas como las más indicadas para su formación.

2.-Características de los profesores en relación con su nivel de formación y el método de reciclaje escogido

- Los profesores que creen que sí deben formarse consideran que tienen un nivel regular o insuficiente en los temas relacionados con las drogas y su prevención.
- Los que creen que no deben formarse dicen tener un nivel suficiente.
- Los que dicen tener un nivel suficiente, escogen la bibliografía como sistema de formación.
- Los de nivel regular escogen el cursillo, la supervisión y otras formas no determinadas.

3.-Caracteristicas de los profesores que escogen diferentes opciones para la formación en prevención de toxicomanías.

las formas más escogidas son el cursillo (45,9%) y la supervisión (33,1%), seguidas de la bibliografía (18,6%) y otras formas no específicas (2,4%).

Ya hemos visto anteriormente que la mayoría de los profesores que no creen posible hacer la prevención del abuso de drogas desde la escuela (7%) escogen como método de formación, precisamente, la bibliografía y otras formas no determinadas. Esto marca una clara diferencia en cuanto a las características de los diferentes grupos de profesores en función del método de formación escogido. Así por ejemplo, el 18% de los profesores que han escogido la bibliografía se diferencian, en su mayoría, de los otros grupos por:

-Dar clases en ciclo medio y superior de EGB.

-Trabajar en centros públicos.

-Estar indiferentes, poco o nada satisfechos de su trabajo.

-Pensar que sus alumnos tienen información suficiente sobre las drogas.

-Decir que en su centro, el programa de prevención sólo podrá ser eficaz si viene impuesto por la normativa del ministerio. Sin embargo dicen que el contenido y la forma de este programa podría ser elegido por el propio centro.

-Escoger como sistema más eficaz para la prevención en los centros escolares, las conferencias y los cursos monográficos.

-Pensar que los alumnos reciben una información suficiente sobre las drogas por parte de los profesores.

-Declararse en su mayoría no fumadores. Sin embargo, los fumadores de este grupo son los únicos que dicen fumar delante de sus alumnos.

-Pensar que debe haber un lugar en el centro para que los alumnos puedan fumar.

-Decir que permitirían a los alumnos tomar bebidas alcohólicas en el bar del centro.

Los profesores que escogen el cursillo (45,9%) y la supervisión (33,1%) como sistema de formación, comparten, en su mayoría las siguientes características(*):

-Dan clases en centros privados.

-La mayoría dice estar bastante o muy satisfecho de su trabajo, aunque hay algunos que dicen estar indiferentes o poco satisfechos. Ninguno declara estar nada satisfecho.

-No están seguros o no piensan seguir el próximo curso en el mismo centro.

-Piensan que los alumnos no tienen suficiente información sobre las drogas.

-Dicen que su centro, el programa de prevención podría ser eficaz si surge como iniciativa del propio centro. Sin embargo, el contenido y la forma de este programa debería ser realizado por las autoridades educativas.

-El sistema más eficaz para la prevención son las actividades no específicas y la información integrada en las asignaturas.

-Dicen que los alumnos no reciben una información suficiente por parte de los profesores, con respecto a las drogas.

-No fuman delante de sus alumnos.

-Consideran que no debe haber un lugar en el centro para que los alumnos puedan fumar.

-Y no permitirían a los alumnos tomar bebidas alcohólicas en el bar del centro.

(*) Las características que aquí se exponen han de ser entendidas como tendencias, habiendo variaciones en el tanto por ciento de profesores que escogen cada una de las posibilidades enumeradas.

5.- Conclusiones.

-Se observa una clara distinción, por parte de los profesores, entre las drogas legales e ilegales, sobre todo en lo que hace referencia a las motivaciones para el consumo y a la consideración como problema social del consumo de algunas drogas. Por lo general las drogas legales reciben un trato benevolente que no facilita para nada ni la reducción del consumo, ni el retraso en las edades de inicio, y por tanto la labor preventiva.

-En cuanto a los métodos preventivos más eficaces, los profesores optan en primer lugar por actividades dirigidas a la población general (promoción de hábitos más sanos y mejorar el nivel de información) y sólo en tercer lugar consideran la educación preventiva integrada en los centros escolares. Los dos primeros métodos son de caracter general y su puesta en

marcha no está al alcance de los profesores, lo que puede significar cierta desresponsabilización del problema o un cierto apragmatismo. Es importante resaltar que la mayoría considera que para que un programa sea eficaz la iniciativa debe surgir del centro y los contenidos y las formas deben ser determinados por los especialistas. Aunque aquí cabe decir que este tipo iniciativas no ha sido tomada todavía por demasiados centros.

-La immensa mayoría de los profesores dice tener un gran interés por la formación y el reciclaje en la prevención de toxicomanías. Este gran interés podría estar determinado por la demanda que los alumnos hacen sobre este tema y la poca información que los profesores dicen tener sobre el mismo. Si esto fuera cierto en todos y en cada uno de los casos, la demanda de cursillos de formación para profesores debería ser muy superior a lo que es en la actualidad, lo que nos conduce a pensar que una parte de las respuestas dadas a esta cuestión concreta pertenece al grupo de "respuestas esperadas" que luego no se traducen en actos.

-Aunque el consumo de alcohol y tabaco parece ser relativamente bajo, hay que decir que cifras de fumadores son muy parecidas a las de otras investigaciones, mientras que las de consumidores de alcohol son muy bajas en las frecuencias de consumo más altas. Es presumible, por tanto, que el número de bebedores sea de hecho superior al que ha aparecido en nuestra encuesta. Hay que destacar que el 24,6% de los fumadores no evita fumar delante de los alumnos, lo que desde el punto de vista es nefasto. Lo mismo cabe decir del 14% de consumidores de bebidas alcohólicas que no evita beber delante de sus alumnos, y del 33% que ni siquiera se ha planteado el problema.Evidentemente, la prevención del abuso de drogas requiere, entre otras cosas, la revisión crítica de los propios comportamientos.

-1/3 de los encuestados no es partidario de acciones legislativas para restringir el consumo de tabaco. Lo mismo sucede con respecto a las bebidas alcohólicas en un 25,5% de los casos. Cabe pensar que este fenómeno surge de una incorrecta interpretación de los conceptos de libertad y represión, donde la ley es vivida sistemáticamente de forma autoritaria, negativa y restrictiva de la libertad, y no de forma democrática, positiva y reguladora de la convivencia.

-Muy pocos profesores tienen la impresión de que sus alumnos, en caso de tener algún problema derivado del uso de drogas, acudirían a ellos en busca de ayuda, lo que no se aleja de la realidad puesto que muy pocos acudirían en busca de sus profesores en una situación así según los datos

de los propios alumnos. Desde un punto de vista preventivo es absulotamente necesario que se pueda invertir esta situación de tal manera que los profesores lleguen a tener la confianza de sus alumnos, facilitando la prevención precoz de casos problemáticos y la intervención en momentos de crisis.

-La comparación de algunas características de los profesores que consideran que podría hacerse la prevención del abuso de drogas en las escuelas con aquéllos que no creen en esa posibilidad ofrece contradicciones curiosas. Por ejemplo: los que dicen que sí a la prevención en la escuela, consideran que los alumnos tienen información sobre las drogas, no informan a los alumnos sobre estos temas, dicen no conocer a alumnos que fumen porros y consideran la supervisión como la opción más adecuada para su formación. Sin embargo, los que dicen no a la prevención escolar, consideran que los alumnos no tienen información sobre las drogas, sí informan a sus alumnos sobre estos temas no determinadas como las más indicadas para su formación, dicen tener un nivel de formación sufuciente y por tanto no creen que deban formarle en estos temas. Este "nivel de formación suficiente" es contradictorio con algunas de las características de este mismo grupo, por ejemplo:

a) Escoger como sistema más eficaz para la prevención en los centros escolares, las conferencias y los cursos monográficos dirigidos a los alumnos. Estos métodos no son recomendados generalmente en los programas preventivos y su propuesta no suele ser hecha desde un "nivel de formación suficiente".

b) Pensar que debe haber un lugar en el centro para que los alumnos puedan fumar y decir que permitirían a los alumnos tomar bebidas alcohólicas en el bar del centro, indica una actitud poco clara con respecto a la implantación de determinadas normas que favorezcan la prevención.

c) Creer que los alumnos tienen información suficiente sobre las drogas y que los profesores dan información suficiente sobre estos temas es curioso, sobre todo comparando estos datos con el resto del profesorado que, a pesar de estar satisfechos en su trabajo, escogen métodos activos de formación y mantener actividades y comportamientos coherentes con la prevención, reconocen no dar información suficiente a sus alumnos y al mismo tiempo que estos no tienen suficiente información.

Por eso pienso que este grupo de profesores se confunde al pensar que su formación es suficiente.

-Por último señalar que las comparaciones con las otras encuestas (VEGA, 1983; VARO et al.,1983; SUAREZ y DOVAL, 1984 y GRUP DE TREBALL SOBRE DROGODEPENCIES, 1982) realizadas en el país con el mismo tipo de población y aproximadamente en la misma época, señalan pocas diferencias cuantitativas. Cabe señalar una gran coincidencia en las tendencias.

5.3.6. APENDICES

APENDICE 1. TABLAS

TABLA 1.- Motivaciones de los alumnos para el consumo, según los profesores.

	IMITACION SOCIAL	PROBLEMAS PERSONALES	PROBLEMAS SOCIALES	PROBLEMAS PSIQUIATRICOS	REBELDIA SOCIAL	CURIOSIDAD	DIVERSION
Tabaco	91,4	29,6	21,9	12,4	20,4	80,4	52,0
Alcohol	84,8	86,2	70,7	38,0	31,9	50,1	81,6
Porros	72,7	61,4	56,0	23,1	66,6	93,4	79,2
Heroína, Cocaína, LSD.	29,7	81,6	73,6	51,4	62,4	59,4	40,8
Anfetaminas	27,7	72,5	58,4	55,6	34,4	41,9	31,7
Otros Medicamentos	28,8	88,7	62,3	79,3	15,5	18,6	9,7

TABLA 2.- Consideración del consumo de diferentes drogas como problema social.

	SI	NO
TABACO	70,3	29,7
Alcohol	91,8	8,2
Porros	88,5	11,5
Otras drogas ilegales	98,3	1,7
Anfetaminas	89,0	11,0
Medicamentos	75,8	24,2

TABLA 3.- Percepción del consumo de los alumnos, según los profesores.

	USO	ABUSO	NO USO
Tabaco	76,3	9,5	14,2
Alcohol	48,9	1,5	49,6
Porros	45,5	0,7	53,8
Otras drogas ilegales	4,6	0,2	95,2
Anfetaminas	6,6	0,2	93,2
Medicamentos	18,5	1,5	80,2

TABLA 4.- Facilidad/dificultad de obtención de diferentes drogas por parte de los alumnos, según los profesores.

	Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil
Marihuana	13,1	40,4	28,4	18,1
L.S.D.	1,7	10,4	42,2	45,6
Cocaína	1,2	9,1	40,0	49,7
Opiáceos	1,2	9,2	28,2	51,4
Anfetaminas	4,3	28,1	44,8	22,9
Medicamentos	13,2	38,0	34,3	14,5

TABLA 5.- Facilidad de obtención de las diferentes drogas por parte de los alumnos, según los propios alumnos.*

	Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil	(n)
Marihuana	17,6	34,3	24,9	23,2	(289)
Heroína	2,6	13,8	42,0	41,7	(283)
L.S.D.	5,0	17,0	31,9	46,1	(282)
Cocaína	3,9	16,8	35,8	43,5	(285)
Anfetaminas	14,2	46,6	28,5	10,7	(281)

(* Datos procedentes de la encuesta postest utilizada para evaluar el programa experimental que se expone en el capítulo 6)

TABLA 6.- Facilidad de obtención de drogas por parte de los alumnos, contrastando las afirmaciones de los profesores y los propios alumnos.*

	Muy fácil y fácil obtención	
Marihuana	53,5	51,9
Heroína	10,4	16,3
L.S.D.	12,1	22,0
Cocaína	10,3	20,7
Anfetaminas	32,4	60,8

(*) Datos procedentes de la encuesta postest del capítulo 6.

TABLA 7.- Medidas preventivas más eficaces para disminuir el abuso de drogas:

	1ª	2ª
-Aumentar la eficácia policial y judicial	10,9	7,3
-Tratamiento obligatorio de los que causan problemas por el abuso de drogas.	7,9	12,3
-Legalización de drogas blandas	1,0	1,0
-Prevención escolar	17,9	15,1
-Promover hábitos sanos en la población	27,4	24,4
-Limitar la producción y la publicidad	3,6	5,7
-Mejorar la información sobre drogas de la población	18,6	20,7
-Plantear cambios en las estructuras sociales.	12,7	13,4

TABLA 8.- ¿Podría hacerse la prevención del abuso de drogas desde la escuela?:

SI: 93
NO: 7

TABLA 9.- ¿Quién puede hacerse cargo de la prevención en la escuela?:

-Especialistas ajenos al centro	52,9
-Sólo profesores motivados	21,5
-Profesores de ética y de religión	1,5
-La mayoría de profesores	24,1

TABLA 10.- ¿De qué forma puede ser más eficaz un programa preventivo?

-Si es una iniciativa del centro	68,4
-Si lo impone el ministerio	31,6

TABLA 11.- ¿De qué forma podría determinarse el contenido y la forma de un programa preventivo?

-Podría ser elegido por el centro con ayuda de especialistas	66,9
-Tendría que ser realizado por las autoridades educativas o sanitarias	33,1

APENDICE 2. CENTROS QUE INTERVIENEN Y NUMERO DE ENCUESTAS POR CENTRO.

Centro	Enc. entreg.	Enc. Válidas	Enc. no cont.	Observaciones
CFP Artá	2	2	-	
CFP Llucmajor	7	4	3	
INB Llucmajor	10	9	1	
INB Pollessa	6	5	1	
CFP Sóller	3	3	-	
INB G. Sagrera	18	17	1	Prob. personales.
INB Ramón Llull	25	19	6	1 prot. idioma.
INB Manacor	17	15	2	
CFP Manacor	16	15	1	
San Cayetano	8	8	-	
Madre Alberta	10	7	3	No entregadas.
Luis Vives	11	6	5	
San Luis Gonzaga	10	7	3	
San Francisco	30	14	16	
La Salle (Inca)	11	9	2	
Bto. Ramón Llull (Inca)	5	5	-	
San Agustín	13	13	-	
San Pedro	14	7	7	
CFP F. de B. Moll	20	14	6	
CFP Junípero Serra	3	2	1	
CFP Virgen de Lluc	7	7	-	
CFP Eusebio Estada	2	1	1	
San Buenaventura (Artá)	12	8	4	
Fray J. Ballester (Campos)	6	6	-	
Santuario de Lluc	8	-	8	
San Alfonso (Felanitx)	10	9	1	Perdida
Sto. Tomás de Aquino (Inca)	5	5	-	
Ntra. Sra. de Gracia (Inca)	5	4	1	
S. Vicente de Paúl (S'Arenal)	4	4	-	
La Pureza (Manacor)	5	4	1	
La Salle (Manacor)	7	7	-	
Sta. Catalina Tomás (Pont d'Inca)	4	4	-	
Montesión (Pollensa)	9	9	-	
Tesorero Cladera (Sa Pobla)	8	8	-	
S. Vicente de Paúl (Sóller)	4	4	-	
Balmes	6	6	-	
CIDE	24	13	11	
Esculas Pías	7	7	-	
La inmaculada	9	4	5	Protesta Consell
Institución Nazaret	4	3	1	
Jesús María	14	14	-	

Juan de la Cierva	3	3	-	
Luis Vives (C/Ant. Ribas)	1	1	-	
La Milagrosa	10	9	1	
Ntra. Sra. Consolación (Vivero)	4	4	-	
Pedro Poveda	9	8	1	
La Porciúncula	9	9	-	
San Alfonso Mª Ligorio	14	8	6	
San Felipa Neri	7	7	-	
San José de la Montaña	10	10	-	
S. Vicente de Paúl (Coll d'en Rebasse)	8	8	-	
Sta. Magdalena Sofia	10	4	6	
Santa María	8	4	4	1 no interesa
Santa Mónica	12	11	1	no interesa
Mata de Jonc	15	6	9	
Aula Balear	20	17	3	
CFP CIDE	8	8	-	
CFP San José Obrero	10	9	1	
CP San Bartolomé (Alaró)	8	8	-	
CP Comarcal (Andratx)	12	6	6	
CP Artá	2	2	-	
CP Calviá	12	10	2	
Palma Nova	7	6	1	
CP Campos	10	10	-	
CP Bartolomé Ordinas (Consell)	6	4	2	
U. Mixta (Estallencs)	1	-	-	
CP Lloseta	9	9	-	
CP S'Arenal (Llucmajor)	16	10	6	
CP Simó Ballester (Manacor)	13	10	3	
CP Mestre Pere Garau (S. Maciá)	4	3	1	Párvulos
Agrup. Escolar (Pla de Na Tessa)	3	3	-	
CP Fray J. Serra (Petra)	9	8	1	
CP Porreres	8	8	-	
CP Son Carrió	3	3	-	
CP Sancelles	8	6	2	
CP Selva	8	8	-	
Unitarie Mixta Caimari	1	1	-	
CP Es Puig (Sóller)	7	7	-	
CP Son Servera	14	11	3	
CP Alejandro Rosselló	8	8	-	
CP Anselm Turmeda	19	13	7	3 no interesa.
CP S'Aranjassa	2	1	1	perdida.
CP Ciudad de Málaga	12	9	3	
CP Es Rafal	3	2	1	Quiere catalán
CP Establiments	5	5	-	
CP Eugenio López	30	21	9	
CP Gabriel Valseca	14	12	2	1 no interesa
CP Jaime I	16	13	3	1 prot no se da
CP Miguel Porcel	14	12	2	res

C. Preescolar Pol. Levante	5	5	-	
C. Prácticas	7	7	-	
CP Santa Isabel	14	10	4	3 en blanco
CP Secar de la Real	3	2	1	
CP Génova	6	6	-	
CP Es Jonquet	2	2	-	
CP Eleonor Bosch (Santa Margarita)	16	14	2	
CP Llubí	8	8	-	
CP Capdellá	1	-	1	
TOTAL	903	718	185	

Total encuestas validas: 718 (79,6%)
no contestadas: 185 (20,4%)
Total 903

APENDICE 3. ENCUESTA A LOS PROFESORES.

ENCUESTA A LOS PROFESORES DE MALLORCA

El objetivo de este cuestionario es conocer la opinión del profesorado de Mallorca sobre la cuestión del abuso de drogas y su prevención. Las respuestas serán utilizadas en la planificación de programas educativos para la prevención del abuso de drogas.

Es muy importante que conteste a cada pregunta con el mayor cuidado posible.

El cuestionario es anónimo y las respuestas absolutamente confidenciales. No preguntamos su nombre ni el del centro en que trabaja.

La mayoría de preguntas admiten sólo una respuesta, que en general se señalará por medio de una X en el paréntesis situado junto a la respuesta correspondiente (ver ejemplo 1) o escribiendo el dato que se solicita (ejemplo 2).

Ejemplo 1: En nuestro país, el consumo de "porros" actualmente está:

[ ] 1. Prohibido
[ ] 2. Legalizado
[X] 3. Despenalizado.

Ejemplo 2: ¿En qué año fue despenalizado el consumo de "porros" en España?

1983

Algunas preguntas admiten varias respuestas. En este caso, tal circunstancia se especifica claramente en su planteamiento y se añaden instrucciones para responder.

Los cuadros que aparecen en el margen derecho ⟶ |__| son para la codificación de las respuestas. Por favor, no escriba nada en ellos.

En el momento en que se le entregue este cuestionario se le indicará la forma en que será recogido. Le rogamos que respete los plazos que se le indiquen.

ENCUESTA PROFESORES

Nº encuesta |_|_|_|_|1| 5

1. ¿Cuántos años tiene? ..... |_|_| 7

2. ¿A qué sexo pertenece?

[ ] 1. Varón

[ ] 2. Mujer |_| 8

3. Estado Civil.

[ ] 1. Soltero

[ ] 2. Casado

[ ] 3. Viudo

[ ] 4. Separado / divorciado

[ ] 5. Religioso |_| 9

4. ¿Cuál es su titulación?

[ ] 1. Profesor de E.G.B.

[ ] 2. Licenciado

[ ] 3. Ambos |_| 10

5. Grado de enseñanza a que se dedica.

[ ] 1. Ciclo inicial E.G.B.

[ ] 2. Ciclo medio E.G.B.

[ ] 3. Ciclo superior E.G.B.

[ ] 4. B.U.P.

[ ] 5. C.O.U.

[ ] 6. F.P. |_| 11

6. Trabaja en un centro

[ ] 1. Privado

[ ] 2. Público |_| 12

7. ¿Qué asignaturas imparte?

[ ] 1. Geografía, Historia, Hª del Arte

[ ] 2. Ciencias Naturales, Biología, Física, Química, Matemáticas.

[ ] 3. Lengua y Literatura (Castellana, Catalana, Idioma extranjero).

[ ] 4. Lenguas clásicas.

[ ] 5. Filosofía.

[ ] 6. Ética, Religión.

[ ] 7. Teoría o prácticas de especialidades profesionales (F.P.).

[ ] 8. Música, Dibujo, Diseño.

[ ] 9. Educación Física.

[ ] 10. Hogar, Nutrición.

[ ] 11. Enseñanzas Técnicas (optativas de B.U.P.)

[ ] 12. Es profesor del 1er. ó 2º ciclo de E.G.B. |_|_| 14

8. Promedio de alumnos que asisten a sus clases:

.... |__|__| 18

9. ¿Cuántos cursos lleva ejerciendo la enseñanza en este mismo centro?
(Si este es su primer curso, indíquelo con un 0)

.... |__|__| 18

10. ¿Piensa seguir el próximo curso en este mismo centro?
( ) 1. Sí
( ) 2. No
( ) 3. No estoy seguro |__| 19

11. ¿Está satisfecho de su trabajo en la escuela?
( ) 1. Nada en absoluto
( ) 2. Poco satisfeco
( ) 3. Indiferente
( ) 4. Bastante satisfecho
( ) 5. Muy satisfecho |__| 20

12. ¿Dejaría la escuela si encontrara otro trabajo más interesante?
( ) 1. Sí
( ) 2. No ____ 76

13. ¿Cuentan con la ayuda de algún psicólogo o pedagogo en su centro?
( ) 1. Sí
( ) 2. No |__| 21

14. ¿Cuál cree que es el motivo/s por el que la gente consuma las siguientes substancias?

TABACO		
Imitación social	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 22
Problemas personales	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 23
Problemas sociales	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 24
Problemas psiquiátricos	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 25
Rebeldía contra la sociedad	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 26
Por curiosidad	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 27
Para divertirse	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 28
ALCOHOL		
Imitación social	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 29
Problemas personales	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 30
Problemas sociales	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 31
Problemas psiquiátricos	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 32
Rebeldía contra la sociedad	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 33
Por curiosidad	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 34
Para divertirse	1 ( ) Sí 2 ( ) No 3 ( ) No estoy seguro	|__| 35

PORROS

Imitación social	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 36
Problemas personales	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 37
Problemas sociales	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 38
Problemas psiquiátricos	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 39
Rebeldía contra la sociedad	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 40
Por curiosidad	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 41
Para divertirse	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 42

OTRAS DROGAS ILEGALES (Heroína, cocaína, LSD)

Imitación social	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 43
Problemas personales	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 44
Problemas sociales	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 45
Problemas psiquiátricos	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 46
Rebeldía contra la sociedad	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 47
Por curiosidad	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 48
Para divertirse	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 49

ANFETAMINAS

Imitación social	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 50
Problemas personales	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 51
Problemas sociales	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 52
Problemas psiquiátricos	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 53
Rebeldía contra la sociedad	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 54
Por curiosidad	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 55
Para divertirse	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 56

OTROS MEDICAMENTOS (tranquilizantes, etc.)

Imitación social	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 57
Problemas personales	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 58
Problemas sociales	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 59
Problemas psiquiátricos	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 60
Rebeldía contra la sociedad	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 61
Por curiosidad	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 62
Para divertirse	1 [ ] Sí 2 [ ] No 3 [ ] No estoy seguro	[__] 63

15. Cree que actualmente es un problema para nuestra sociedad el consumo de:

Tabaco	1 [ ] Sí 2 [ ] No	[__] 64
Alcohol	1 [ ] Sí 2 [ ] No	[__] 65
"Porros" (Haschís, marihuana)	1 [ ] Sí 2 [ ] No	[__] 66
Otras drogas ilegales (Heroína...)	1 [ ] Sí 2 [ ] No	[__] 67
Anfetaminas	1 [ ] Sí 2 [ ] No	[__] 68
Medicamentos (tranquilizantes...)	1 [ ] Sí 2 [ ] No	[__] 69

16. Cree que entre los alumnos de su colegio (ya sea dentro o fuera del mismo) hay:

Tabaco	1 [ ] Uso 2 [ ] Abuso 3 [ ] No se utiliza	|__| 70
Alcohol	1 [ ] Uso 2 [ ] Abuso 3 [ ] No se utiliza	|__| 71
Porros	1 [ ] Uso 2 [ ] Abuso 3 [ ] No se utiliza	|__| 72
Otras drogas ilegales	1 [ ] Uso 2 [ ] Abuso 3 [ ] No se utiliza	|__| 73
Anfetaminas	1 [ ] Uso 2 [ ] Abuso 3 [ ] No se utiliza	|__| 74
Medicamentos	1 [ ] Uso 2 [ ] Abuso 3 [ ] No se utiliza	|__| 75

|__| 76

17. Usted cree que para sus alumnos, independientemente de que quieran consumirlas o no, la obtención de las siguientes substancias es: |__|__|__|__|2| 5

	Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil	
Marihuana/haschís	1 [ ]	2 [ ]	3 [ ]	4 [ ]	|__| 6
L.S.D.	1 [ ]	2 [ ]	3 [ ]	4 [ ]	|__| 7
Cocaína	1 [ ]	2 [ ]	3 [ ]	4 [ ]	|__| 8
Opiáceos (Heroína...)	1 [ ]	2 [ ]	3 [ ]	4 [ ]	|__| 9
Anfetaminas	1 [ ]	2 [ ]	3 [ ]	4 [ ]	|__| 10
Otros medicamentos que que puedan ser tomados como droga	1 [ ]	2 [ ]	3 [ ]	4 [ ]	|__| 11

18. Usted cree que sus alumnos, independientemente de si consumen o no, tienen suficiente información sobre drogas.

[ ] 1. Sí
[ ] 2. No |__| 12

19. ¿Conoce alumnos de su clase que fuman "porros"?

[ ] 1. Sí
[ ] 2. No |__| 13

20. Usted cree que el que fuma habitualmente "porros":

[ ] 1. Normalmente acaba consumiendo drogas más peligrosas (como la heroína).
[ ] 2. Tiene más posibilidades que los otros de llegar a consumir drogas más peligrosas.
[ ] 3. No tiene más posibilidades que los otros de llegar a consumir drogas más peligrosas.
[ ] 4. No está seguro. |__| 14

21. Usted cree que se ha exagerado sobre los efectos nocivos del tabaco.

[ ] 1. Sí
[ ] 2. No |__| 15

22. La extensión del abuso de drogas en la escuela ha sido exagerada por la prensa.

[ ] 1. Sí
[ ] 2. No |__| 16

23. Indique las dos medidas de entre las siguientes que, en su opinión, serían las más eficaces para disminuir el abuso de drogas en nuestra sociedad.
(Coloque en el primer paréntesis el número correspondiente a la primera medida en importancia, y en el segundo paréntesis la segunda medida en importancia)

1. Aumentar la eficacia policial y judicial.
2. Poner en tratamiento obligatorio a las personas que causes problemas por abuso de drogas.
3. Legalización de drogas blandas.
4. Prevención escolar.
5. Promover en la población hábitos de vida más sanos (alimentación, deporte, etc.).
6. Limitar la producción y publicidad.
7. Mejorar la información que sobre drogas tiene la población general.
8. Plantear cambios en las estructuras sociales [ ] [ ] |__|__| 18

24. ¿Cree que podría hacerse prevención del abuso de drogas desde la escuela?

[ ] 1. Sí
[ ] 2. No. Razonarlo: _____ |__| 19

_____

_____

(Si su respuesta es negativa pase a la pregunta 31)

SOLO PARA CONTESTAR LOS QUE RESPONDAN AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA ANTERIOR:

25. En la situación actual de su centro, quién cree que puede hacerse cargo de un programa de prevención con garantías de que se haga.

[ ] 1. Especialistas ajenos al centro.
[ ] 2. Sólo profesores motivados.
[ ] 3. Profesores de ética y religión.
[ ] 4. La mayoría de profesores. |__| 20

26. En su centro, este programa sólo podrá ser eficaz

[ ] 1. Si surge como una iniciativa del propio centro.
[ ] 2. Si viene impuesto por la normativa del ministerio. |__| 21

27. Dadas las actuales condiciones de su centro, Ud. cree que el contenido y forma de este programa

[ ] 1. Podría ser elegido por el propio centro, contando, si fuese necesario, con la ayuda de especialistas en el tema.
[ ] 2. Necesariamente debería utilizarse un programa realizado por las autoridades educativas o sanitarias. |__| 22

28. ¿Qué sistema le parece más eficaz para hacer prevención con los alumnos?

[ ] 1. Conferencias o mesas redondas sobre temas de drogas.
[ ] 2. Cursillo monográfico sobre drogas.
[ ] 3. Información sobre drogas integrada en diversas asignaturas normales.
[ ] 4. Actividades no específicamente de información sobre drogas (actividades culturales, grupos de discusión sobre problemática de los adolescentes, etc.)

|__| 23

29. ¿Que asignaturas le parecen más apropiadas para que formen parte de un programa de prevención?

1. ..... |__| 24

2. ..... |__| 25

3. ..... |__| 26

4. ..... |__| 27

5. ..... |__| 28

30. Su propia asignatura, ¿la cree adecuada para fines preventivos? (En el caso de impartir más de una asignatura, indique a cuál o cuáles se refiere)

Asignatura 1: ..... 1 [ ] Sí 2 [ ] No

Porque..... |__| 29

Asignatura 2: ..... 1 [ ] Sí 2 [ ] No

Porque: ..... |__| 30

Asignatura 3: ..... 1 [ ] Sí 2 [ ] No

Porque: ..... |__| 31

(Pase a la pregunta 31)

31. ¿Ha salido alguna vez un tema relacionado con las drogas en su clase?

[ ] 1. Sí, a propuesta de los alumnos.
[ ] 2. Sí, a propuesta del profesor.
[ ] 3. No ha salido nunca.

|__| 32

32. ¿Cree que en la actualidad los alumnos de su centro reciben una información sobre drogas suficiente de parte de sus profesores?

[ ] 1. Sí
[ ] 2. No

|__| 33

33. ¿Es necesario que los profesores, en general, se formen en este campo?

[ ] 1. Sí
[ ] 2. No.

|__| 34

34. ¿cree que Ud. mismo tiene un nivel aceptable en estas cuestiones?

[ ] 1. Suficiente.
[ ] 2. Regular
[ ] 3. No. |__| 35

35. En el supuesto de que piense que debería mejorar sus conocimientos en este campo, cuál de estas opciones sería la más adecuada para Ud.

[ ] 1. Estudiar bibliografía recomendada.
[ ] 2. Cursillo de capacitación.
[ ] 3. Realizar actividades preventivas supervisadas por especialistas.
[ ] 4. Otras: _____

_____ |__| 36

36. La información sobre drogas de que dispone Ud. actualmente, la ha adquirido prioritariamente a través de:
(Señale la primera y la segunda en importancia respectivamente colocando su número correspondiente en el primer y segundo paréntesis)

1. Amigos.
2. Profesores que ha tenido.
3. Hijos.
4. Compañeros de trabajo.
5. Medios de comunicación (Prensa, radio, TV, etc.)
6. Libros y revistas especializadas.
7. Conferencias y cursillos.
8. De los propios alumnos. [ ] [ ] |__|__| 38

37. Si ha leído libros sobre drogas, ¿puede indicar el título o el autor de alguno de ellos?

Autor Título

|__| 39

38. Si ha obtenido información de revistas, ¿podría indicar de qué revistas se trata?

|__| 40

39. En el caso de que haya acudido a algún cursillo o conferencia sobre cuestiones de drogas, ¿podría especificar nombres de los conferenciantes o profesores, y los temas tratados?

|__| 41

40. En relación al tabaco, Ud. se calificaría de:

[ ] 1. No fumador.
[ ] 2. Ex-fumador.
[ ] 3. Fumador ocasional.
[ ] 4. Fumador regular mediano (1 a 15 cigarrillos diarios, o su equivalente en puros o pipas).
[ ] 5. Fumador regular alto (más de 15 cigarrillos diarios, o su equivalente en puros o pipas). |__| 42

41. Si es fumador, durante su horario de trabajo

[ ] 1. Fuma menos.
[ ] 2. Fuma igual.
[ ] 3. fuma más. |__| 43

42. Si es fumador, ¿cree que evite consumir tabaco ante sus alumnos?

[ ] 1. Sí
[ ] 2. No. |__| 44

43. Admitiendo que la conducta del profesor puede servir de ejemplo para sus alumnos, ¿Ud. cree que entre el profesorado de su centro (incluído Ud. mismo) sería aceptada por la mayoría la sugerencia de que no fumen en el centro?

[ ] 1. Sí
[ ] 2. No. |__| 45

44. ¿Es partidario de que el gobierno inicie acciones legislativas para restringir el hábito de fumar?

[ ] 1. Sí
[ ] 2. No. |__| 46

45. En relación a las bebidas alcohólicas, Ud. se califica como:

[ ] 1. Abstemio.
[ ] 2. Ha dejado de beber.
[ ] 3. Las toma muy ocasionalmente.
[ ] 4. Las toma en todas las situaciones sociales (fiestas, reuniones, etc.) en que se encuentra.
[ ] 5. Las consume diariamente. |__| 47

46. Si se le presenta una ocasión de consumir bebidas alcohólicas ante sus alumnos:

[ ] 1. Evita tomarlas.
[ ] 2. Las toma igualmente.
[ ] 3. No se ha planteado que esto pueda suponer un problema.
[ ] 4. Es abstemio o ha dejado de beber. |__| 48

47. ¿Es partidario de que el gobierno inicie acciones legislativas para restringir el consumo de bebidas alcohólicas?

[ ] 1. Sí
[ ] 2. No. |__| 49

48. ¿Qué haría Ud. si supiese que un alumno suyo tiene un problema de abuso de drogas?
(Señale sólo dos respuestas, colocando en el primer paréntesis la 1ª medida en importancia y en el segundo la 2ª medida)

1. Informaría al director del centro.
2. Informaría a los padres del alumno.
3. Lo remitiría a un profesional (especialista).
4. Trataría de solucionarlo directamente con el alumno.
5. Buscaría un pretexto para tratar el tema de las drogas en general como materia de clase.
6. Consultaría a otros profesores que también conociesen al alumno tratando de hallar entre todos una solución.
7. No haría nada poque no es un problema de su incumbencia.
8. Propondría su expulsión. [ ] [ ] |__|__| 51

49. Si uno de sus alumnos tuviese un problema de drogas, ¿a quién cree que él consultaría en primer lugar?

[ ] 1. A un amigo consumidor de drogas.
[ ] 2. A un amigo no consumidor.
[ ] 3. A un consumidor experimentado, independientemente de que sea amigo o no.
[ ] 4. A sus padres.
[ ] 5. A sus hermanos.
[ ] 6. A un médico o a un psicólogo.
[ ] 7. A un profesor del centro.
[ ] 8. A un sacerdote o religioso.
[ ] 9. A otra persona (especificar)_____ |__| 52

50. ¿Permitiría Ud. que los alumnos pudiesen fumar tabaco en algún lugar del recinto escolar distinto de las aulas, seminarios, laboratorios, biblioteca o pasillos?

[ ] 1. Sí
[ ] 2. No. |__| 53

51. Si cree que debería autorizarse que los alumnos fuman:

Debería haber limitaciones	1 [ ] Sí	2 [ ] No	|__| 54
Debería limitarse a los espacios abiertos	1 [ ] Sí	2 [ ] No	|__| 55
Debería limiterse a los alumnos mayores	1 [ ] Sí	2 [ ] No	|__| 56
Debería limitarse la autorización a aquellos cuyos padres lo permitiesen	1 [ ] Sí	2 [ ] No	|__| 57

52. En el supuesto de que haya bar en su centro, ¿permitiría que los alumnos tomasen bebidas alcohólicas en el bar del centro?

[ ] 1. Sí
[ ] 2. No.
[ ] 0. No hay bar en el centro. |__| 58

|__|__|__| 61

6. UN PROGRAMA DE PREVENCION ESCOLAR BASADO EN LA TOMA DE DECISIONES SEGUN SEA DESARROLLADO POR LOS PROFESORES O POR ESPECIALISTAS AJENOS AL CENTRO.

6.1. INTRODUCCION

Hasta aquí hemos conseguido conocer la situación de la prevención de drogas desde dos de sus elementos protagonistas: 1) los alumnos y 2) el profesorado. Un estudio exhaustivo de los alumnos (ver capítulos 5.1. y 5.2.) nos ha llevado a conocer su nivel de consumo, algunas de sus actitudes respecto al consumo de drogas y, en alguna medida, su interes por los programas de prevención. Del profesorado (ver capítulo 5.3.) conocemos sus motivaciones, su propio consumo, sus actitudes y sus contradicciones respecto al trabajo preventivo.

Sabemos que nos hallamos ante una población escolar que puede ser considerada como de alto riesgo dados los niveles medios de consumo, con un contacto elevado con las drogas ilegales, que hace pensar que para el conjunto de esta población los problemas de las drogas ilegales son un tema conocido y que por tanto el abordarlo, no va a ser necesariamente contrapreventivo dado que no será un tema nuevo para ellos. La segunda consideración -que se desprende automaticamente de la anterior- es la de que nos hallamos ante una población que necesita que se realice algún tipo de prevención con ella, pues se han disparado los primeros consumos de drogas ilegales y las drogas legales son consumidas alegremente. Se puede presuponer que han iniciado la escalada hacia consumos más abusivos de drogas legales e ilegales. No se trata en definitiva de un grupo escolar con bajos niveles de consumo y con un desconocimiento del mundo ilegal de la droga, que podría poner en duda ya de entrada la conveniencia de una labor preventiva al no verse claras las ventajas y ser presumibles las desventajas o efectos contrapreventivos.

El grupo de profesores debe ser también considerado con reservas. No podemos presuponer sin más, como hemos visto en el capítulo anterior (5.3.), su interés, capacidad y motivación a ultranza por la labor preventiva. Existen unas limitaciones inducidas seguramente por

causas diversas: falta de seguridad en métodos activos de enseñanza, actitudes negativas ante la prevención condicionadas por el propio consumo de drogas legales y en algunos casos ilegales, incapacidad de asumir el papel de figura identificativa para los adolescentes, etc. Todo ello hace que aunque exista en líneas generales un estado de opinión favorable a la prevención, cuando se trata de ponerla en práctica algunos profesores no colaboran suficientemente, bien porque creen que es más adecuado que sean profesionales de la salud los que la deben realizar o bien porque piensan que existen otros profesores que dictan asignaturas más adecuadas que la suya para el fin de la prevención, entre otras posibles excusas. Ello es precisamente una de las razones que me han llevado a introducir en el diseño experimental la comparación entre profesores y profesionales de la drogadicción ante un mismo programa preventivo. Esto, junto con el interés en comprobar la realidad del a veces cacareado efecto contrapreventivo de los especialistas exteriores al centro en la labor de educación escolar contra la droga.

Por tanto, entre las ideas que presiden esta experimentación tenemos:

1. Adecuar y validar para una población española una técnica de prevención escolar.
2. Comprobar su eficacia y sus efectos contrapreventivos.
3. Pasar revista a las dificultades que surjan ante su administración.
4. Preparar un material para el alumno y comprobar hasta que punto sirve de ayuda en el desarrollo de la estrategia convenida.
5. Comparar la eficacia del método de prevención según lo administren los profesores o los especialistas en drogas ajenos al colegio.
6. Comprobar el grado de aceptación entre profesores y alumnos, para una posible generalización del método.

Nos estamos planteando pues que no podemos llamar prevención a cualquier clase de intervención, sino que una actividad será preventiva en función de sus resultados convenientemente evaluados. Durante mucho tiempo la prevención de las toxicomanías ha consistido en actuaciones aisladas,

carentes de una estructuración sistemática y con objetivos poco precisos, por lo que era del todo imposible, en el supuesto de que se hubiera pretendido, conocer su eficacia o posibles efectos indeseables. Por otra parte, en el transcurso de los últimos años, a medida que ha aumentado el número de afectados por problemas de drogas, con la consiguiente preocupación de sectores cada vez más amplios de la sociedad, también han aumentado las intervenciones de todo tipo, de forma que la inversión en recursos económicos y humanos puede llegar a ser lo suficiemtemente importante como para que sea socialmente deseable y científicamente necesario escoger entre diversas formas de intervención. Parece, por tanto, de primera necesidad que se evalúen las medidas preventivas tanto en lo que concierne a su **utilidad**, como a su **eficacia** o **rendimiento**.

La utilidad de la **educación como medida preventiva** debería estar fuera de toda duda. Ciertamente, si entendemos el término "utilidad" en el sentido que se le da en Epidemiología, es decir, como ventaja que supone para el individuo la medida en cuestión, hay que reconocer que la educación preventiva en la edad escolar sería una medida de gran utilidad, aunque sólo fuera por las especiales circunstancias que la envuelven.

Otra cosa es, desde luego, la eficacia de tales medidas educativas. Existen numerosas revisiones y estudios sobre este tema, y la impresión que se impone es la de que **cualquier programa tiene efectos múltiples, algunos de los cuales pueden considerarse preventivos y otros contrapreventivos** (DORN, 1976; MENDOZA y VEGA, 1978; HEALTH EDUC. C. 1977 y VUYLSTEEK, 1979 entre otros), pero de ninguna manera hay que esperar que la educación sobre drogas conduzca necesariamente a resultados sólo preventivos o sólo contrapreventivos. Desde esta perspectiva, de lo que se trata es de minimizar los efectos indeseables y optimizar los efectos deseables de los programas que se proyecten, adoptando objetivos específicos que permitan evaluar la eficacia del programa en cuestión. Al mismo tiempo, cualquier objetivo exige un método específico, y todo método pensado para la consecución de un objetivo determinado raramente puede servir para alcanzar un objetivo distinto, o se correrá incluso el riesgo de producir efectos contrarios a los esperados (DORN, 1976). Quizá sea esta inadecuación del método a los objetivos una razón importante por la que abundan las intervenciones cuyo efecto es el aumento del consumo en vez de su disminu-

ción (SCHAPS, 1981 y WEAVER y TENNANT, 1973 entre otros).

Al parecer, es indiscutible que la educación sobre drogas aumenta los conocimientos sobre las mismas, de lo que podemos deducir que la mayoría de programas adoptan métodos bien adaptados al objetivo de aumentar la información. Pero, no está nada clara la relación entre los conocimientos y las actitudes como determinantes de la conducta que lleva al uso y abuso de drogas. De hecho, en nuestro estudio previo a la confección del programa educativo (ver 5.1.3.4.) pudimos comprobar que **los que más consumían drogas eran también los mejor informados**, lo que unido al fracaso que hasta ahora muestran gran parte de los métodos educativos basados en la hipótesis de que mejorar los conocimientos incidirá en una disminución del consumo (DORN, 1976; HEALTH EDUC. COUNCIL, 1977; VUYLSTEEK, 1979; SCHAPS, 1981) nos permite dudar de la eficacia de la información por sí misma como estrategia preventiva del abuso de drogas.

Lo mismo puede decirse de las actitudes. A parte de la dificultad que entraña la confección de métodos destinados al cambio de actitudes, y su posterior evaluación, **no existe base alguna que sustente la creencia de que las actitudes y conocimientos ofrecidos por el educador sanitario determinen la motivación y, como consecuencia, la conducta de los alumnos.** Dorn (1977) informa de un estudio previo realizado por él mismo y Thompson en el año 1975, según el cual la mayoría de estudiantes a los que se les ofreció droga ilegal habían aceptado la oferta, a pesar de sus previas actitudes "anti-droga". Dorn concluye: "El mayor freno a la experimentación con droga para la mayoría de los alumnos no son sus creencias o motivaciones expresadas en clase, sino simplemente la carencia de oportunidades". Según ésto, y ya que no existen indicios de que a corto o medio plazo vayan a disminuir las ocasiones en que el joven pudiera consumir una droga (legal o ilegal), parece que la educación preventiva debería asumir como objetivo prioritario "desarrollar la capacidad de tomar decisiones responsables en lo que concierne a la utilización de las diversas drogas" (CONSEIL DE L'EUROPE, 1981), y en relación con este objetivo se ha desarrollado este método de educación sobre drogas.

Esta nueva orientación implica que son los mismos destinatarios del programa quienes deben construir sus propias convicciones a partir del

análisis de distintas clases de situaciones de la vida real. Por ello, **la toma de decisiones consistirá en una anticipación realista por parte de los alumnos ante varias situaciones posibles con las que puedan encontrarse en un futuro, y emplear el conocimiento objetivo sobre drogas para predecir las consecuencias de alternativas específicas en circunstancias específicas**, todo ello entendiendo que las decisiones pueden variar de acuerdo con las características del que toma la decisión y de las situaciones en que pueda encontrarse (DORN, 1977).

Analicemos algo más porque escogimos la **toma de decisiones** como modelo más adecuado. Esta decisión vino condicionada entre otras cosas por el sector de la población estudiantil escogido. Ni yo ni mis colaboradores teníamos, en el momento de iniciar estos estudios, una experiencia pedagógica suficiente y creimos que la franja de enseñanza primaria (EGB) presentaba más problemas para nosotros al estar menos familiarizados con sus procesos mentales y su mundo cultural, con lo cual por exclusión escogimos el sector restante de enseñanza media que presumimos más cercano y del que disponiamos de una experiancia clínica directa mayor. Si hubiesemos escogido al sector más joven hubiesemos tenido que desechar el modelo de toma de desiciones pués es inadecuado por debajo de los 14 años, dado que requiere un cierto grado de madurez personal.

Existen una serie de técnicas, programas o modelos preventivos específicos conocidos. Pocos de ellos son puros y normalmente incluyen en mayor o menor grado elementos de los otros. Por ejemplo, difícilmente podrá funcionar un modelo sin proporcionar ninguna información, pero no tiene porque el dar información ser la meta principal perseguida. Así pués tenemos metodos basados preferentemente en:

1. Información. Se trata de proporcionar datos sobre la actuación, efectos y otras circunstáncias derivados del uso de drogas a los usuarios potenciales. La idea de fondo es que la persona bien informada se abstendrá del uso o del mal uso de las drogas. Ya hemos dicho que de una forma u otra es un ingrediente casi siempre necesario e inevitable de otros métodos y también he comentado algo acerca de porque la información, por adecuada que sea, no condiciona automaticamente el comportamiento. Incluso hemos visto en nuestro propio estudio como una buena información no se correlacionaba con el bajo consumo (ver capítulo 5.1.3.4.).

2. Maduración personal. El fundamento de este enfoque está en que las personas maduras saben a que atenerse en la vida y no harán cosas que les

puedan perjudicar, como por ejemplo tomar drogas. Este método se utiliza con adolescentes no necesariamente problemáticos. Se trabajan cuestiones relacionadas con las relaciones interpersonales, problemas de identidad, sexualidad etc., no teniendose que abordar necesariamente la problemática de las drogas. Se ha demostrado la insuficiencia de este modelo pues en bastantes ocasiones ante la oferta de una droga ni la información ni la madurez personal tienen un peso definitivo.

3. Clarificación de valores. Se trata de trabajar las actitudes y valores que una persona, grupo o sociedad poseen. Hay que conocerlos, diferenciarlos, etc. Se puede hacer el mismo comentario que en los modelos anteriores. Conseguir buena información y actitudes correctas y maduras, pueden ser un buen paso, pero no aseguran que no se vaya a producir el consumo.

4. Intervención en crisis. Se trata de proporcionar una supervisión y ayuda especializada al individuo en situaciones críticas de su evolución. Si el alumno pasa por dificultades escolares, si se ha sabido que existe algun pequeño escarceo con la droga, si sus padres se están divorciando o ha experimentado un cambio de carácter que presupone una crisis personal, se recurre a prestarle una atención y una ayuda suplementarias. Este sistema de atención se utiliza preferentemente en los Estados Unidos. Este procedimiento puede ser de ayuda para individuos determinados pero deja fuera una gran mayoría de individuos que sin experimentar cambios conductuales evidenciables se inician en el consumo de drogas.

5. Sociodrama y otras técnicas dramáticas. Han sido utilizados en ocasiones técnicas dramáticas para llegar más directamente a los adolescentes. Ha sido utilizado con un cierto exito en ambientes marginales de Méjico. Entre nosotros también existen algunas experiencias. Lo clasificaría más que como un modelo aparte, como una técnica complementaria y útil para movilizar a los jóvenes y hacerles llegar mejor el mensaje que queremos trasmitirle. Tiene cabida pues como tal técnica dentro de otros modelos y de hecho una cierta base psicodramática fundamenta nuestro método de toma de decisiones.

6. Modelamiento. Consiste en ofrecer pautas de conducta adecuadas, modelos a seguir. Pueden ser útiles sobre todo en las primeras etapas de EGB, donde no se puede solicitar del alumno una participación tan activa en la construcción de su propio mundo. En cierta manera es un ingrediente de todos los métodos, pues el profesor y la escuela y la actuación de los propios compañeros sirven continuamente de modelo para el sujeto. Aunque la

idea de modelo está emparentada con la de identificación no coinciden exactamente, entre otras cosas porque el primer concepto corresponde a la psicología de la conducta y la identificación es un proceso estudiado por el psicoanálisis.

7. Toma de decisiones. Vendría a ser en parte un resumen de todos los anteriores. De hecho en mayor o menor grado puede participar y utilizar elementos de todos ellos. Le diferencia el hincapié especial en la toma de decisiones en momentos clave, que ya hemos expresado, y en que las adquisiciones del individuo si no son utilizadas correctamente en las situaciones de oferta, no tienen peso como predictores de la conducta.

Existen muchas otras variables en la instrumentalización de los programas de prevención, como pueden ser la utilización de pares (compañero de clase) o de exdrogadictos, o la dilución de la información sobre drogas dentro del curriculum escolar para evitar crear expectativas, etc.

En la selección de la toma de decisiones como nuestro modelo también hubo otras razones entre las que destacamos su relativamente fácil aplicación por profesores motivados y el permitirles mantener su propia ideología al margen. Métodos como el sociodrama o el crecimiento personal requieren habilidades especiales en el profesor que en general no posee, mientras que la toma de decisiones practicamente solo necesita una cierta capacidad para las técnicas pedagógicas activas.

En el estudio previo a la confección de este programa experimental (ver 5.1.) obtuvimos datos que apoyan la **hipótesis secuencial del proceso de adicción**. Las edades de inicio del consumo de las diferentes drogas muestran un claro escalonamiento desde el alcohol y el tabaco, pasando por medicamentos y marihuana, hasta las drogas ilegales menos toleradas (opiáceos, cocaína y LSD). Por otra parte, las características del consumo de drogas legales es similar al de las ilegales, tanto en lo que se refiere a la oferta como a las situaciones en que se consume, resultando que las situaciones de consumo de las drogas legales pueden ser usadas como modelo teórico para el estudio de las ilegales. Puede decirse que la situación de oferta y consumo de droga ilegal se parece tanto a la de la legal, que los mecanismos automáticos de "defensa" no funcionan y dejan su lugar a los mismos mecanismos automáticos que llevan al consumo de drogas legales. En la mayoría de casos no podría decirse que el primer consumo de una droga legal o ilegal sea un acto anormal, asocial o patológico. Lo que lo caracteriza es que no se trata de una decisión responsablemente asumida, y

que pone en camino de una serie de nuevas conductas y reajustes que a veces dan lugar a la adicción. Es decir, lo que nos parece determinante sería que la elección que uno ha hecho en una situación determinada, afecta la probabilidad de ocurrencia de ciertas conductas en futuras situaciones.

Si el inicio en el consumo de drogas tiene un alto grado de automatismo social condicionado por los diferentes tipos de programación y presión sociales, un objetivo educativo será, en consecuencia, desarrollar la capacidad o destreza de tomar decisiones, lo que indirectamente podría repercutir en una disminución del porcentaje de experimentación con drogas no deseadas y de la frecuencia de su consumo.

Existe un último punto a tener en cuenta. Me refiero a la repercusión que pueden tener sobre el alumno los diferentes tipos de educadores, y más concretamente, los pretendidos efectos contrapreventivos imputables a la intervención de especialistas ajenos al centro escolar. Como demostramos en la revisión bibliográfica (ver capítulo 2) en contra de la opinión común mantenida, no está demostrado que el especialista sea un elemento per se contrapreventivo.

Es verdad que la persona que administra el curso no puede ser considerada un elemento aislado del contexto. En realidad durante su intervención interactua con otros elementos como son la técnica que utiliza, el mensaje que transmite y el grupo receptor del curso. Todos estos elementos hacen que no se pueda considerar al administrador del curso de prevención de drogas como un ser neutral, al margen de su mètodo. A priori, de ciertos tipos de intervención hechos por especialistas cabría esperar efectos contrapreventivos, pero en realidad de las evaluaciones de programas (SCHAPS, 1981, VUYLSTEEK, 1979 y otras citas bibliográficas señaladas en la revisión bibliográfica de este tema) en que se ha intentado medir la variable experto ajeno al centro escolar y en que se han dado resultados pobres o algo contrapreventivos, no se ha podido demostrar que la responsabilidad de los resultados se deba a la utilización de dichos expertos y no a otras variables como podría ser la estrategia pedagógica elegida. Es por esta falta de evidencia empírica, que se ha introducido como variable experimetal la actuación de especialistas ajenos al centro escolar en la investigación presente.

6.2. Objetivos de la investigación.

Interesa desarrollar y evaluar la eficacia preventiva para el uso de drogas de un programa para Enseñanza Media centrado en la "toma de decisiones" y averiguar al mismo tiempo la eficacia que cabe esperar del programa según sea llevado a cabo por especialistas o por los propios profesores de los alumnos.

6.3. Diseño y Procedimiento.

Se ha utilizado un diseño de grupo de control con pretest y postest, tal como indico en el cuadro 1 que sigue a continuación:

CUADRO I

Diseño de la experimentación

R	O1	Xe	O2
R	O3	Xp	O4
R	O5		O6

(R=grupos elegidos al azar. O=observaciones. X=Valor de la variable; e: curso dado por especialistas; p: curso dado por los profesores. La ausencia de X indica grupo control.)

-Para elaborar el programa y definir sus objetivos es necesario un estudio previo de la situación. El conocimiento de la situación previa también será de utilidad para evaluar la eficacia de la intervención. Esta labor ha sido realizada ya y recogida en gran parte en el capítulo 5.1. y 5.2..

-En los resultados de un proceso educativo intervienen muy diversas variables, aparte del programa educativo. Puesto que de lo que se trata es de evaluar los efectos imputables al programa, el resto de variables intervinientes deben mantenerse constantes o distribuídas al azar entre los sujetos:

-La variable manipulada es el curso. Ha tenido tres tratamientos: curso a través de especialistas; curso a través de profesores y, por último, no presentación del curso (grupo control).

-Para aislar efectos que pudieran atribuirse a otros factores distintos del programa, cada tratamiento se debía aplicar a distintos grupos cada uno de los cuales debía reproducir la situación real. Todos los centros fueron clasificados en grupos según su tamaño, situación geográfica, tipo de propiedad, status socio-económico y consumo medio de drogas (conocido mediante la encuesta previa). Fueron eliminados los centros sólo femeninos ya que, al no haber centros sólo masculinos, podría introducirse un sesgo derivado del sexo. Un centro de cada categoría fue asignado al azar a cada uno de los tratamientos. Para evitar contaminaciones, curiosidad, etc. todos los alumnos de los centros así seleccionados fueron sometidos al tratamiento correspondiente.

-Para la evaluación se preparó una encuesta que repetía parcialmente la primera, concretamente las preguntas sobre información general, consumo y actitudes. Se añadieron preguntas para evaluar más específicamente el programa educativo, y algunas otras sobre circunstancias del consumo que, después de la primera encuesta, nos han parecido importantes para ampliar conocimientos de los indicadores que permiten detectar los grupos de alto riesgo de consumo abusivo de drogas.

-La encuesta de evaluación fue administrada a los cuatro meses del tratamiento, es decir, durante el primer trimestre del curso 82-83. Se recogieron las respuestas de todos los alumnos de 3º de BUP de los centros que habían intervenido en la experimentación (tanto experimentales como control). Del total de cada centro fueron seleccionadas al azar entre el 20 y el 40% de las encuestas escogidas, obteniendo una muestra total de 261 alumnos (nivel de confianza del 95% con error máximo de ± 5% para el conjunto). Se evaluó sólo el tercer curso de BUP porque el programa tuvo que desarrollarse en el transcurso de tres años escolares (ver cuadro II) debido a dificultades de diversa índole (Presupuestarías, burocráticas, etc). Así, los de 3º BUP eran los únicos sobre los que teníamos una razonable seguridad de que habían participado en la primera encuesta (cuando estaban en 1º de BUP) y habían hecho el curso sobre drogas (cuando estaban en 2º de BUP). Los posibles repetidores de uno u otro curso no modificaban este planteamiento. Los de COU, aunque cumplían estos requisitos, no podían ser tenidos

CUADRO II

Proceso de la investigación

Febrero de 1981 (Los 40 centros)	Marzo de 1982 (15 centros seleccionados)	Octubre de 1982 (Los 15 centros selec.)
	E	
1º BUP: 1ª encuesta	2º BUP: Tratamiento P	3º BUP: Evaluación
	C	
2º BUP: "	3º BUP: "	COU: No evaluado
3º BUP: "	COU: "	Ya no siguen en el centro
COU: "	Ya no siguen en el centro	

en cuenta porque sólo un pequeño porcentaje accede a este curso al acabar BUP. Lo mismo sucede con la Formación Profesional, cuyo primer ciclo sólo dura dos años, y gran parte de los alumnos no sólo no continúan en el segundo ciclo, sino que muchos ni siquiera terminan el primero. Por tanto, dificultades exteriores al proceso experimental han tenido como consecuencia la disminución importante del número de casos incluidos en el estudio con la consiguiente perdida de fuerza.

-Dado el diseño experimental utilizado, las comparaciones a efectuar en la evaluación son las siguientes:

  -A partir de grupos comparables en un comienzo, lo que se observe en el grupo control puede entenderse como resultado de la evaluación espontánea. Las diferencias que se observen entre grupos experimentales entre sí, y entre éstos y el grupo control, podrán definirse como ganancia o perjuicio atribuíbles al programa (diferencias entre grupos).

  -La evolución de cada grupo (diferencias intra grupos) se medirá a través de la diferencia entre la observación antes (pretest) y la observación después (retest). En este informe sólo se presentan las diferencias entre grupos, lo que, según entiendo puede ser suficiente a efectos prácticos, ya que, siendo los grupos comparables al principio, la evolución intragrupal sólo puede confirmar y matizar las tendencias que se perciben en este primer nivel de análisis.

  -El procesamiento de los datos también ha sido efectuado en el Centre de Càlcul de la Universitat Politècnica de Barcelona por el Dr. Erik Cobo. las pruebas estadísticas utilizadas son, fundamentalmente, el test de X la comparación de medidas y el análisis de varianza. El nivel de significación aceptado es el habitual (p 0.05).

6.4. Descripción del programa:

El objetivo general del programa educativo era que el alumno aprendiese a tomar decisiones respecto a su propio consumo de drogas. Ello implica como supuesto básico, que la mejora de la toma de conciencia del alumno, no sólo de los condicionantes externos de su conducta sino también de sus condicionantes internos y sus mecanismos de respuesta, le ayudaría a decidir por sí mismo tomando en consideración todos los elementos pertinentes de cada situación.

Este objetivo general podría desglosarse así:

a) Objetivo cognoscitivo: aumentar el conocimiento de todas las consecuencias del uso de drogas, especialmente alcohol y tabaco que son las más utilizadas por los alumnos.

b) Objetivo afectivo: promover la capacidad de formular las propias actitudes.

c) Objetivo conductual: promover la capacidad de adoptar en cada caso la conducta que se perciba como más apropiada.

Para alcanzarlo entendí que se debía:

1.- Establecer una metodología sencilla capaz de ser administrada fácilmente, tal como parecía necesario para un programa del que no se puede presuponer el nivel de aceptación entre alumnos y profesores.

2.- No proporcionar informaciones nuevas sobre drogas de un modo indiscriminado, ni crear expectativas innecesarias.

3.- Enseñar a los alumnos a "identificar" las situaciones en las que se toman decisiones sobre el uso de drogas legales e ilegales, y a que, cuando se encuentran en dichas situaciones, utilicen los conocimientos que posean para adoptar una decisión.

4.- Conceder el protagonismo a los alumnos, dejando al profesor o al especialista que "dan" el curso como catalizadores y conductores del proceso.

5.- Proporcionar a los alumnos datos sobre su propio consumo.

Se diseñó un programa dividido en cuatro unidades didácticas, con objetivos específicos para cada una de ellas:

I. Salud y drogas.

I.1. Conocer los efectos a corto y largo plazo de las distintas drogas.

I.2. Identificar las situaciones en las que se potencia el consumo que determinará la dependencia.

II. Medio socio-cultural y drogas.

II.1. Conocer la incidencia que sobre el consumo tienen la producción y la publicidad.

II.2. Drogas y ley.

III.1.Conocer las principales disposiciones legales relativas al tema.

III.2 Justificar la conveniencia o inconveniencia de las leyes que regulan la producción, distribución y consumo de drogas.

IV. Aprender a usar o rechazar las drogas.

IV.1. Promover la capacidad de anticipar las situaciones de oferta y de decidir previendo las consecuencias de la decisión.

IV.2. Conocer las alternativas al consumo de drogas.

La información básica para cada una de las unidades se recogió en un cuaderno de "Material para el alumno". Este cuaderno de ninguna forma pretendía ofrecer una información exhaustiva, ni siquiera completa, puesto que era simplemente un instrumento de trabajo concebido para ser utilizado en el contexto del programa. Por ello, ya que según los análisis de los resultados de la primera encuesta no aparecían problemas importantes de abuso de drogas ilegales, pero sí de drogas legales, y dado que se vio que las características y circunstancias delconsumo de drogas legales eran muy semejantes a las de las drogas ilegales, en este cuaderno se ofrece escasa información sobre estas últimas. Se tomaron, en cambio, las situaciones de consumo de alcohol y tabaco como paradigma de las situaciones de consumo de todas las drogas en general, suponiendo que los análisis y decisiones respecto de estas dos drogas legales se generalizarían a las otras drogas.

El cursillo se desarrolló en por lo menos cuatro sesiones de 50-60 minutos (el tiempo de clase) cada una, en diferentes días de la semana. Hubiéramos deseado que fuesen siempre ocho o diez sesiones, pero retrasos en la aprobación del proyecto obligaron a iniciar estas clases en marzo, con lo que ante la proximidad de los exámenes se carecía del tiempo necesario. Para estas clases se respetaron los grupos existentes (entre 30 y 45 alumnos por aula), trabajando por separado con cada uno de ellos. El curso fue realizado en todos los grupos de los centros asignados a uno de los dos tratamientos experimentales, aunque para la evaluación, como se ha

señalado más arriba, sólo se haya podido tener en cuenta a los alumnos que en octubre de 1982 cursaban 3º de BUP.

Los alumnos recibían el cuaderno unos días antes, lo leían, y las clases debían centrarse en el análisis y discusión de la información y de las situaciones realmente vividas por los alumnos. La atención del educador, ya fuese el especialista o el profesor habitual, se dirigiría a la dinámica grupal y su intervención debía limitarse a la utilización de técnicas de movilización que promoviesen la participación y el trabajo grupal. Incluso, si hubiese que moderar los turnos de palabras, correspondía a los alumnos elegir un moderador (distinto del educador).

En los centros donde debía hacerse en curso a través de los propios profesores, un equipo de éstos se responsabilizaba del cumplimiento del programa. Contaron con un dossier (material del profesor) en el que se ofrecía una información extensa sobre drogas, las guías didácticas de cada unidad con los objetivos y procedimientos a seguir, y se mantuvo con ellos cuantas reuniones fueron necesarias para asegurar una homogeneidad de metodologías en ambos grupos experimentales, además de un seguimiento mientras se desarrollaba el curso.

En los centros asignados al grupo de "especialistas" fuí yo mismo el encargado de llevar el curso a cabo, junto con los otros miembros del Centre d'Informació i Prevenció de l'Abùs de Drogues.

En los centros donde se desarrollaron los grupos experimentales, los padres de los alumnos fueron convocados a una reunión con el equipo en la que se les informó del programa, se intentó mejorar sus conocimientos relativos al tema y se trató de inducir actitudes y comportamientos en la familia coherentes con los principios de la prevención de las toxicomanías.

Todos estos puntos voy a desarrollarlos con mayor extensión en los apartados que siguen 6.4.1. Material del alumno, 6.4.2. Preparación y material del profesor, 6.4.3. Charla con los padres, 6.4.4. Elección de la muestra y 6.4.5. Elaboración encuesta post-test.

6.4.1. Material del alumno.

En el momento que iniciamos esta experiencia no existía, creo, material alguno editado en España adecuado para nuestra labor y tipo de población. Todavía ahora, 5 años después de la utilización del presente

material, es más bien escasa la producción de nuevos materiales en nuestro estado y en cualquier caso se dirigen más bien a la población escolar de EGB (este programa está diseñado para BUP y F.P. cubriendo también si se quiere 8º de EGB). Materiales específicos que conozco en la actualidad son:

-"La cometa de seis puntas. Educación sobre las drogas. E.G.B." de Ramón Mendoza y Teresa Salvador de editorial BARCANOVA, Barcelona (1983) que es una colección de 4 historietas dirigidas a la población de 9-11 años o sea 4º-6º E.G.B.

-"Los niños y el tabaco" y "los niños y las bebidas alcohólicas" que son los materiales para el alumno y que se acompañan de sendas guías didácticas, elaboradas por Antonio García San Cornelio para el DAK (Centro Coordinador de las drogodependencias del Gobierno Vasco en el 87).

-El trabajo del equipo de Rosa Costa Pau que durante los últimos años ha elaborado para el Departamento de Enseñanza de la Generalitat de Catalunya, consistente en introducir dentro del curriculum escolar normal de los alumnos de E.G.B., aquellas enseñanzas relacionadas con el consumo de drogas.

-"Las drogas: Familia y Escuela" de Octavio Aguar y otros, del Instituto de Orientación Psicológica EOS, Madrid, 1982, que consta de series de diapositivas, una cinta-casete y un manual para el profesor, pero que cubre más la información que aspectos propiamente educativos.

-"La dependencia de las drogas. Exposición para educadores". Servicio de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid, 1981. Se trata más que de un material educativo, de una descripción de los efectos de las drogas.

En realidad existen actualmente en España más de trescientas publicaciones que de una forma u otra pretenden servir al fin de la prevención. Se trata de dípticos folletos, libros, etc. con desigual calidad, con tiradas limitadas y que escasas veces responden a un programa sistemático de prevención escolar. Son el resultado más bien de necesidades coyunturales del equipo contratado por tiempo limitado y que necesita demostrar de forma tangible su labor o bien a necesidades políticas del momento.

En cuanto al extranjero, también eran escasos los materiales disponibles por mí en el momento de la preparación del presente material para el alumno. Hay que pensar logicamente que debían existir bastantes más pues existía una importante tradición de prevención escolar sobre todo en U.S.A. y Canada, aunque en muchos programas no se empleaba material editado para el alumno.

En concreto disponía de los siguientes materiales:

-"The Hole in the Fence", libro canadiense editado por el Minister of Supply and Sevices Canada en Otawa, 1976. Es un conjunto de historietas (comics) que utilizan como personajes diversos vegetales (coles, zanahorias, etc). Nuevamente es un material destinado directamente a escolares más jóvenes que los estudiados por nosotros. El material español "la cometa de seis puntos" muestra muchos puntos de contacto con él.

-"Facts and feelings about drugs but decisions about situations" publicado por el Institute for the Study of Drug Dependence en Londres, 1982, tenía una primera version que fué experimentada por Nicholas DORN(1977) en el "The DEDE PROJECT". Al tratarse de un experimento con bastantes puntos de contacto con el presente trabajo voy a proporcionar un resumen de él: Son desarrollados materiales para "situaciones educacionales diseñados para mejorar el conocimiento y la capacidad de toma de decisiones de los escolares de 14-15 años respecto de las drogas legales e ilegales a traves de diferentes situaciones creadas en la clase. Se preparó por fin un prototipo constituido por un curso de 5 a 10 horas que fué evaluado, incluyendo 20 colegios en Inglaterra y 10 en Dinamarca, con grupos control y experimental dentro de cada escuela y con la administración de un cuestionario a los 3 meses de finalizar el curso los resultados cuantitativos fueron que 1) se mejoró sustancialmente el nivel de conocimientos y 2) se lograron sólo algunas de las metas en mejorar la capacidad de toma de decisiones. Esto último dependía sobre todo de si el profesor estaba interesado en conseguir dicho resultado o en que por lo menos sus metas no fuesen incompatibles con dicha finalidad, bajando los resultados si el profesor tenía o pretendía una actitud anti-droga (incompatible con la toma de decisiones). Por otra lado no se demostraron efectos contrapreventivos. Todo el conjunto de este trabajo fué estudiado en profundidad tanto en su vertiente pedagógica como en la experimental, a pesar de que el

diseño presente fue del tipo pretest-postest y Dorn sólo utilizó postest. Pero bastantes puntos de este trabajo me sirvieron de punto de referencia, especialmente la forma de entender, aplicar y medir la toma de decisiones.

Por tanto la situación en el primer momento fue de escasez de materiales de los que partir para confeccionar el nuestro y ausencia absoluta de materiales españoles u homologados en España. El más cercano de los materiales estudiados como decíamos justo antes fue el de Dorn (1977, 1982). Tanto por ir dirigido a una población similar a la nuestra como para identificarnos con las hipótesis subyacentes en el trabajo de Dorn.

Concebí que el material tenía que cubrir grandes apartados, que a su vez se subdividían en otros subapartados. A cada uno de estos apartados debía dedicarse un mínimo de una clase. En el **primer apartado** había que incluir todos los aspectos generales referentes a las drogas (tolerancia, abstinencia, efectos de cada droga, consecuencias de su uso a corto y largo plazo, etc.) y servir también para que el profesor pudiese establecer el nivel de conocimientos de los alumnos, curiosidad, expectativas, interés en intervenir y participar en la discusión, existencia de grupos de opinión dentro de la clase, existencia de líderes, etc. Como ya hemos indicado el material no es el curso propiamente dicho, sino solo un soporte didáctico para hacer más fácil hablar de ciertos temas y conseguir determinados objetivos. Por ello, de todos estos objetivos previstos para la primera clase, sólo algunos aspectos sobre generalidades y efectos de las drogas son incluídos en el material con especial referencia al alcohol y el tabaco.

El **segundo apartado** que interesó cubrir fue el de las influencias sociales sobre el consumo de drogas. Se incluía aquí la influencia del dinero, moda, publicidad, etc. Por tanto esto constituye esta segunda lección del material del alumno.

En **el tercero** lugar, introdujimos el tema de la ley, de su necesidad, de su perfeccionabilidad, de las dificultades de su acatamiento por los individuos, su relación con los menores de edad, etc. Esto fue incluido en la 3ª lección. Introduje este tema porque ayudaba al alumno a pensar en la función y necesidad de las reglas sociales, en meditar sobre las dificultades de su aceptación por parte de los individuos concretos, etc.

El **cuarto apartado** vendría a recoger el fruto ya maduro de las sesiones anteriores intentando centrarlo en la toma decisiones. Siendo fiel a esta teorización y a algunos estudios sabemos que la información y las

CONSELL INSULAR DE MALLORCA
COMISSIÓ DE SANITAT

PROGRAMA DE INVESTIGACION Y EDUCACION SOBRE EL USO DE DROGAS

EN LOS CENTROS DE ENSEÑANZA MEDIA Y DE FORMACION PROFESIONAL DE MALLORCA

MATERIAL PARA EL ALUMNO

Elaborado por: *AMADOR CALAFAT, MIQUEL AMENGUAL, CARLES FARRES, MERCE MONSERRAT.* ©

INSTRUCCIONES

Este cuadernillo está hecho para que lo leas ANTES de acudir a las clases que habrá sobre estas mismas materias.

Intenta recordar:

- Lo que no entiendas.
- Lo que te llame más la atención.
- Lo que estés en desacuerdo.

Luego trata de intervenir durante la clase con tus puntos de vista, preguntas, dudas, etc.

Evidentemente el cuadernillo no recoge todo lo que te interesa a ti. En la clase también puedes preguntar sobre estas cuestiones que te interesan y que no están recogidas en las páginas que siguen.

Hay cuatro temas o clases en este folleto. Basta que leas para cada clase el tema que corresponde, excepto el día que corresponde el tema IV que convendría que te releyeras también los demás.

Por la encuesta realizada, el curso pasado entre muchos de vosotros, hemos podido comprobar que la información que teneis sobre los efectos de las drogas en algunos casos es acertada, pero hay un porcentaje muy importante de información errónea.

Mediante esta lección os explicaremos los efectos de las drogas que, según la encuesta, consumis con más frecuencia.

ES MUY IMPORTANTE *saber que muchos de los efectos que aquí os presentamos no aparecen al principio de consumir la droga; a veces tardan años en notarse.* **RECUERDALO.**

I.– ALCOHOL

1.1.– Difusión y velocidad de absorción del alcohol (Seguir la fig. 1).

De la **boca** (1), desciende por el esófago y pasa al estómago: si el estómago está vacio (si se bebe sin ayunas) el alcohol prácticamente no es absorbido por la mucosa estomacal y pasa rápidamente a la sangre (15-20 minutos); si el estómago está lleno (si se bebe durante la comida), una parte del alcohol es absorbido por las paredes del estómago, puesto que permanece bastante tiempo con los alimentos (1,2 e incluso 3 horas), sobre todo si la comida es rica en lípidos.

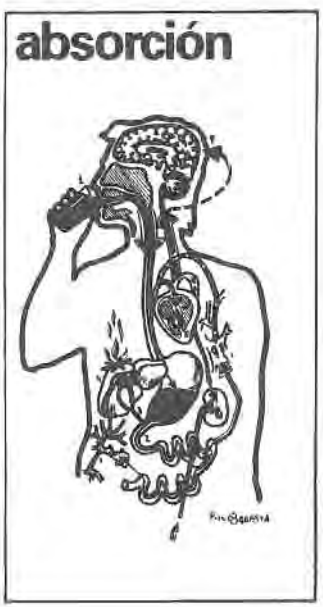
Del estómago, el alcohol pasa al **intestino delgado** (2), y a través de las mucosas del duodeno y después del yeyuno, se difunde rápidamente en la sangre. Si el alcohol está concentrado (licores o aperitivos fuertes), pasa más rápidamente a la sangre; en caso de bebidas de poco contenido alcohólico pasa más lentamente.

Utilizando la **vena porta** (3) el alcohol transportado por la sangre llega al **hígado** (4). En el hígado, el 95o/o del alcohol se oxida en aldehido bajo la acción de ciertos enzimas; el 5o/o restante se elimina por los riñones y pulmones.

Algunos minutos después de haber ingerido (o algunas horas si se toma con la comida) el alcohol ha pasado intacto a la sangre. Aquí aparece la noción capital de **alcoholemia.**

Os explicaremos brevemente lo que se entiende por ALCOHOLEMIA. Se da el nombre de **alcoholemia** al contenido de gramos de alcohol por litro de sangre.

La alcoholemia varía en función de la cantidad de alcohol consumido y en función del tiempo que tarda el alcohol en pasar a la sangre y del que invierte en degradarse y eliminarse.



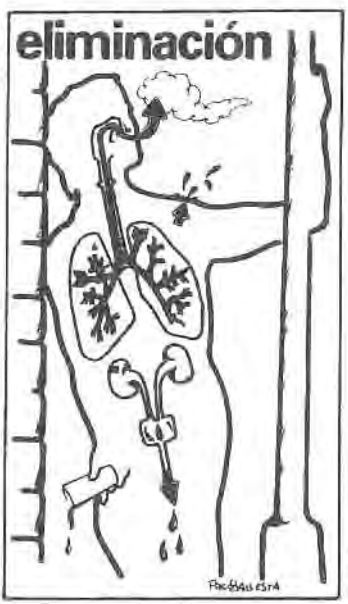


FIG. 1

1-2 ACCION DEL ALCOHOL SOBRE EL ORGANISMO

	A LARGO PLAZO	A CORTO PLAZO
ESTOMAGO	Gastritis agudas o crónicas úlceras gástricas, cáncer de boca de esófago.	Irritación mucosa estomacal
HIGADO	Cirrosis alcohólica	Degeneración grasienta de las células
SISTEMA NERVIOSO	Disminución de la memoria de la actividad intelectual	Trastornos de la visión, de los reflejos, del equilibrio del pensamiento
NERVIOS	Polineuritis: hormigueos, calambres, dolores vivos punzantes, debilitamiento de la visión	

TRASTORNOS PSIQUICOS:

Falta de control emocional, humor inestable, irritabilidad agresiva, impulsividad, ansiedad, trastornos del sueño, pesadillas terroríficas u obsesivas, delirios de celos.

Evidentemente, además de todos estos efectos que acabamos de exponer existen otros también muy importantes, nos referimos a los **efectos sociales**

No deja de ser verdad de que cuando tomamos unas copas nos sentimos más desinhibidos, más habladores, más "sociables". Este efecto no puede decirse que sea "malo", pero hay que tener presente que mediante este uso que se hace de las bebidas alcohólicas uno puede "engancharse" fácilmente.

Vamos a recordar: Rellena los espacios en blanco

ALCOHOLEMIA es: .....

EFECTOS DEL ALCOHOL EN: El **estómago:** .....

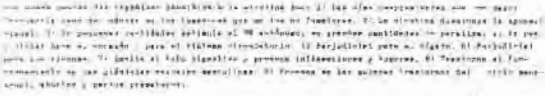
El **hígado:** .....

El **SN:** .....

Los **nervios:** .....

EFECTOS PSIQUICOS: .....

II. **TABACO** (Seguir la figura 2)



Si analizamos el humo del tabaco se puede ver que está compuesto por: nicotina, ácido prúsico, alquitrán, aldehídos, piridina, óxido de carbono, fenol amoníaco, alcohol metílico e hidrógeno sulfurado.

Los hidrocarburos (alquitranes), algunos de los cuales –benzopireno y dibenzipireno– han demostrado ser cancerígenos.

El contenido medio de alquitrán por cigarrillo oscila entre 4 y 40 mg. La nicotina es el principal alcaloide del tabaco. La cantidad de nicotina contenida en el humo de un cigarrillo es de 1 a 2 mg.

La cantidad de nicotina contenida en un solo paquete de cigarrillos sería suficiente para matar a un hombre si le fuera administrada de golpe.

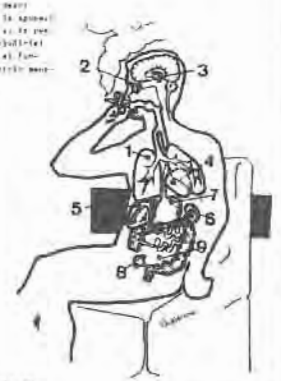


Fig. 2

Por efecto de la nicotina sobre el SN simpático aumenta la presión arterial (hipertensión) y la frecuencia cardíaca; también puede provocar un aumento de colesterol y favorecer la aparición de arterioesclerosis.

El primer efecto de los alquitranes consiste en pegarse a los tejidos pulmonares y aumentar la resistencia de las vías respiratorias al pasar el aire.

2.2.– Efectos fisiológicos del ABUSO del tabaco.

a) **Trastornos nerviosos:**
Disminución de la memoria, vértigo, dolor de cabeza, temblores, fatiga crónica, disminución de la vista (todo esto es típico del fumador empedernido).

b) **Trastornos cardíacos y circulatorios:**
El corazón aumenta la frecuencia de sus latidos (taquicardia) las arterias están sometidas a continuos espasmos (estrechamiento de calibre) por lo que aumenta la presión sanguínea.
Estos efectos se deben especialmente a la nicotina.

c) **Trastornos respiratorios:**
Se deben a la acción irritante del humo del tabaco sobre los pulmones. A la larga llega a producir la bronquitis crónica y favorece la aparición de cáncer.

Otros efectos son: El humo determina un retraso en la secreción de los jugos digestivos e inhibe los movimientos gástricos. La nicotina destruye la vitamina C. Debido a la acción del humo podemos encontrar una mala oxigenación de todos los tejidos.

Antes de pasar a ofreceros un cuadro resumen de los efectos de las distintas drogas, nos gustaría dejar claro una serie de conceptos.

Estos conceptos son:

a) *Tolerancia:* es el estado de adaptación caracterizado por la disminución de respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar los mismos efectos.

b) *Dependencia psíquica:* es la situación en la que existe un estado de insatisfacción y un impulso psíquico que exige la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar.

c) *Dependencia física:* la adaptación mútua entre la persona y la droga es tal que aparecen intensos trastornos físicos cuando ésta deja de administrarse.

d) *Síndrome de abstinencia:* son una serie de trastornos, tanto físicos como psíquicos, y son diferentes según la droga que se trate.

DROGAS	TOLERANCIA	DEPENDENCIA	ADICCIÓN	INTOXICACIÓN AGUDA	SINDROME DE ABSTINENCIA	EFECTOS A LARGO PLAZO	Riesgo de muerte por sobre dosis	peligro para la conducción	nivel de consumo
ALCOHOL	●●●	●●●	●●●	Embriaguez, diplopía, agitación riesgo de muerte por paro respiratorio	Temblores, ansiedad, sumoración. En casos extremos: "Delirium tremens".	Psicosis, encefalopatías, gastritis, cirrosis, úlceras gástricas. Cáncer de boca de esófago, miocardiopatías	●●●	●●●	●●●
TABACO	●●	●●●	●●	Tos, faringitis, cefalalgia	Nerviosismo, irritabilidad, trastornos del sueño, dificultad para la concentración	Cáncer de lengua y de pulmón, taquicardia, hipertensión, aumento colesterol, disminución memoria, dolor de cabeza, trastornos respiratorios y circulatorios.			●
CANNABIS (marihuana, hachis...)		●●●	●	Ojos enrojecidos, taquicardia, sequedad de boca, ansiedad, pánico, agresividad, hipotensión, ilusiones y alucinaciones.	Sin manifestaciones específicas. A veces trastornos psicógenos.	Cáncer de pulmón, bronquitis crónica, otras enfermedades pulmonares. Psicosis cannábica en sujetos predispuestos.	●●		●●
OPIACEOS (morfina, heroína...)	●●●●	●●●●	●●●●	Miosis, depresión respiratoria, espasmos gastrointestinales, menor agudeza sensorial, edema pulmonar, shock, convulsiones	Midriasis, hipertensión, diarrea, diarrea, vómito, ansiedad, lagrimeo, rinorrea, escalofríos, temblor, convulsiones.	Anorexia, estreñimiento, impotencia, amenorrea, hepatitis, abscesos	●●●	●●●	●
ESTIMULANTES (LSD)		●●●		Midriasis, ansiedad, pánico, agresividad, distorsión perceptiva, ilusiones, alucinaciones, crisis depresiones.	Síndrome psicótico	Psicosis que pueden llegar a ser crónicas	●●●	●●	●
HIPNOTICOS Y SEDANTES	●●●	●●●	●●●	Ataxia, incoordinación, trastornos del equilibrio, depresión respiratoria, hipotensión, enlentecimiento ritmo cardíaco, hiporeflexia, coma, shock	Insomnio, hiporreflexia, dos mayos, temblores, hipermetría, agitación, delirio, psicosis, deshidratación, coma	Erupciones, ansiedad, delgadez, irritabilidad, inestabilidad afectiva, conducta infantil, agresividad, deterioro intelectual, suicidio	●●	●●●	●
TRANQUILIZANTES	●●	●●●	●	SINTOMATOLOGIA SIMILAR A LA RESEÑADA PARA LAS DROGAS DEL GRUPO ANTERIOR, PERO MUCHO MENOS MARCADA			●	●●	●●
ANFETAMINAS	●●●	●	●	Midriasis, sequedad de boca, sudoración, fiebre, irritabilidad, agresividad, delirio paranoico.	Depresión, apatía, somnolencia, dolores musculares, intranquilidad, crisis afectiva	irritabilidad, delgadez, paranoia, abscesos, hepatopatía, psicosis anfetamínica	●	●	●●
COCAINA	●	●●●●		MISMOS SINTOMAS DEL GRUPO ANTERIOR Y LA LESION TIPICA EN EL TABIQUE NASAL			●	●	●
XANTINAS (CaN, té bebidas con cola)	●	●	●	SINTOMATOLOGIA PARECIDA A LA DEL GRUPO ANTERIOR, PERO MUY ATENUADOS Y BREVES, RIESGO PARA CARDIACOS E HIPOTENSOS					●●●

Acabas de ver cuales son los efectos principales de determinadas drogas sobre el organismo, conviene ahora reflexionar sobre algunos elementos que intervienen en el hecho de consumirlas:

- Para que una droga llegue a las manos de un consumidor es necesario que sea cultivada, producida y distribuida.
- Para que una persona "decida" tomar una droga es necesario que se haya planteado, con mas o menos seriedad, algunas cuestiones relativas a su consumo (curiosidad, miedo, deseo, etc.). Toda esta serie de pensamientos relacionados con la decisión de tomar drogas tiene que ver, de una forma general, con los hábitos sociales de consumo, los topicos culturales sobre las drogas, la publicidad que de ella se hace y con las motivaciones y necesidades de cada sujeto.

Así pues, como puedes ver, en el hecho de drogarse no sólo interviene la droga con sus efectos correspondientes (estimulación, depresión, distorsión de la percepción), sino que también interviene el individuo aportando sus espectativas y sus actitudes ante la droga.

De esta forma podemos entender la toxicomanía, cualquier toxicomanía, como una relación de dependencia que se establece entre el consumidor y la droga.

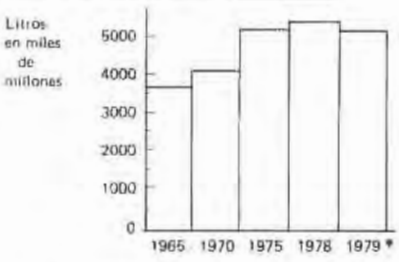
De manera esquemática podemos resumir lo dicho hasta ahora de la siguiente forma:

Como habrás notado, faltan elementos en este esquema para poder considerarlo completo, pero el objetivo principal de esta lección és dar los datos necesarios y reflexionar sobre algunos aspectos del medio socio-cultural que tienen que ver directamente con el consumo de drogas. Estos aspectos son: el cultivo, la elaboración, la producción, y la distribución de las drogas, las costumbres sociales, los hábitos de consumo, los tópicos culturales y la publicidad relacionada con ellas.

Aquí tienes algunos datos sobre la producción y consumo de alcohol y tabaco en nuestro país.

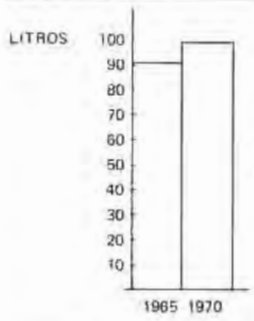
ALCOHOL

PRODUCCION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS
– CERVEZA, VINO, LICORES –



1965	3.598.017.000 L.	1978	5.217.500.000 L.
1970	4.023.680.000 L.	1979	5.058.200.000 L.
1975	5.189.052.000 L.	*Sólo producción de vino.	

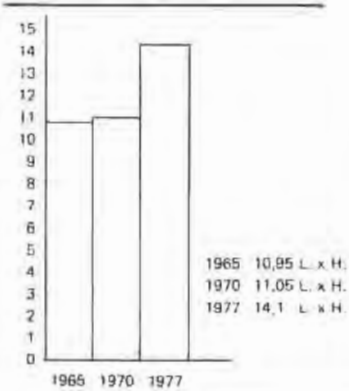
CONSUMO ANUAL DE BEBIDAS ALCOHOLICAS (en litros)
POR HABITANTE
(Cerveza, vino, licores)



1965 90,04 Litros.
1970 98,03 Litros.

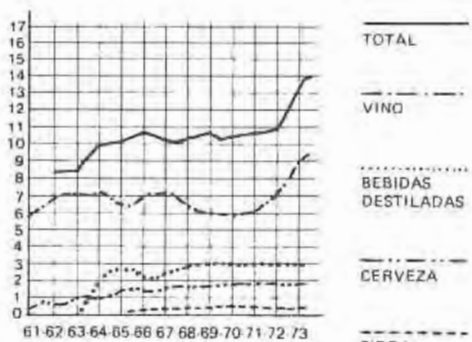
HACIENDO UN CALCULO ESTIMATIVO SE PUEDE DECIR QUE, APROXIMADAMENTE, EN EL AÑO 1978 LA INDUSTRIA ALCOHOLERA MOVILIZO EN ESPAÑA UNOS 200.000 MILLONES DE PESETAS

CONSUMO ANUAL EN EQUIVALENTE DE ALCOHOL ABSOLUTO POR HABITANTE
(en litros)



1965 10,95 L. x H.
1970 11,05 L. x H.
1977 14,1 L. x H.

CONSUMO MEDIO EN ALCOHOL ABSOLUTO PARA EL CONJUNTO DE LA POBLACION ESPAÑOLA DECENIO 1962 1972



LOS EXPERTOS CALCULAN QUE LA INDUSTRIA ALCOHOLERA CONTRIBUYO EN 1980 UNOS 30.000 MILLONES DE PESETAS AL FISCO.

Como habrás notado, hay una relación directa entre la producción de bebidas alcohólicas y el consumo que se hace de ellas. Este fenómeno tiene unas repercusiones económicas muy importantes en nuestro país. Para que te hagas una idea de esto, aquí tienes algunos ejemplos:

- El censo industrial de 1978 registra un total de 6.661 industrias dedicadas a la elaboración de bebidas alcohólicas.
- El sector emplea un total de 61.197 personas en los períodos de máxima actividad.

Podríamos seguir ofreciendo datos demostrativos de que en España hay muchas personas que viven del sector alcoholero (campesinos, transportistas, productores, distribuidores, etc.). Como se indica más arriba, la Hacienda Pública también ingresa dinero procedente de este sector, pero no todo son beneficios. El abuso de bebidas alcohólicas tiene, además de consecuencias sobre la salud, que ya has visto anteriormente, las siguientes repercusiones económicas y sociales:

- El alcoholismo le cuesta al país más de 20.000 millones de pesetas anuales.

> — *UN 10 % DE LA POBLACION ACTIVA ES ALCOHOLICA.*

- Los accidentes de tráfico motivados por el alcohol provocan 36.000 heridos anualmente.
- Más de 150.000 accidentes de trabajo son ocasionados por la ingestión de alcohol.

TABACO

El tabaco es la droga más consumida en España. Más de una cuarta parte de la población española es consumidora habitual de tabaco. El 53,9 % de tus compañeros (estudiantes de B.U.P., COU y F.P. de Mallorca) fuma tabaco habitualmente.

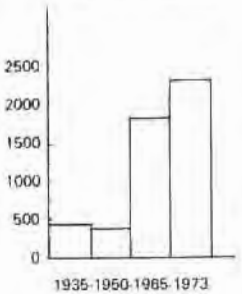
Como en el apartado anterior los datos de producción, venta y consumo te pueden servir para tener una idea de la importancia económica de este sector en nuestro país.

Algunos ejemplos:

- En España hay 16.000 hectáreas dedicadas a la producción de tabaco, lo que posibilita la obtención de 30.000 toneladas de tabaco en rama al año.
- Anualmente son importadas 60.000 toneladas por un valor de unos 12.000 millones de pesetas.
- La industria tabaquera emplea directamente a unas 13.000 personas e indirectamente a unas 95.000 personas que atienden las 24.700 expendedurías oficiales y otros puntos de ventas.

Los datos sobre consumo y ventas son ejemplos claros de que la industria tabaquera es un negocio creciente año tras año.

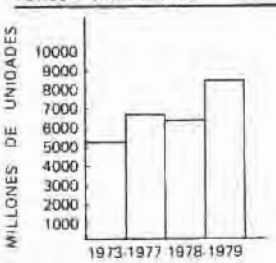
CONSUMO DE TABACO POR ADULTO AL AÑO



1935	390	unidades de cigarrillos
1950	340	
1965	1.760	
1973	2.260	

Fuente:
Lee, F. H. "Tabaco Consumption in various countries. 4 Pts. ed. London Tabacco Research Council. 1979.

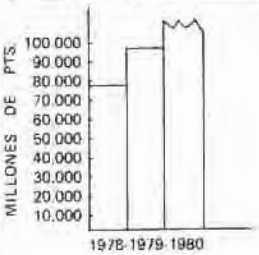
CIFRAS TOTALES DE VENTA DE TABACO EN ESPAÑA, CIGARROS, PUROS Y CIGARRILLOS.



1973	53.186	Millones de unidades
1977	66.855	
1978	64.400	
1979	84.360	

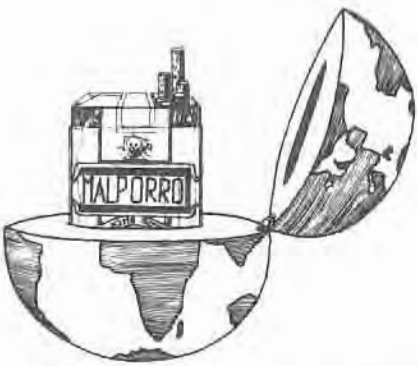
Fuente: Dato de Tabacalera, S. A. ordenados por los Profesores de la asignatura de Toxicomanías Facultad Fil. y C. E. de la universidad de Barcelona.

VENTA DE TABACO EN ESPAÑA (en millones de pts.)



1978 – 79.465 millones de Pts.
1979 – 98.411 millones de Pts.
1980 – Más de 100.000 millones de Pts.

LA PRODUCCION, VENTA E IMPUESTOS DEL TABACO MUEVE ACTUALMENTE MAS DE 100.000 MILLONES DE PESETAS ANUALES.



Hasta aquí te hemos ofrecido los datos más importantes que hacen referencia a la producción y consumo de alcohol y tabaco. Hay muchas más drogas y otras cifras que ilustran la relación entre la producción y el consumo de ellas, y los intereses económicos que se mueven detrás, pero consideramos que lo que hasta aquí está expuesto te puede servir para pensar sobre las implicaciones socio-económicas del mundo de las drogas.

En el esquema presentado al principio del tema habrás visto que hay dos tipos de elementos que tienen que ver con esa relación que se establece entre la droga (cualquier droga) y la persona que la consume. Hasta ahora sólo hemos hablado de aquellos elementos que influyen directamente en la disponibilidad de una droga. A partir de ahora hablaremos de aquellos elementos que influyen directamente en la disponibilidad de una persona a tomar drogas. Uno de los elementos que más importancia tienen en este apartado es la publicidad que todos y cada uno de nosotros recibimos sobre las drogas.

Algunos datos sobre la publicidad de tóxicos en España:

- En 1979 RTVE ingresa 21.357 millones de pesetas por publicidad. Un 8,05% (1.719 millones de pts.) es de publicidad de bebidas alcohólicas.

  En el mismo año las inversiones en publicidad de tabaco ascendieron a 53 millones de pesetas.

- En la prensa escrita durante 1978 se invirtieron más de 240 millones de pesetas en publicidad de bebidas alcohólicas y más de 25 millones en publicidad de tabaco.

- En publicidad exterior (carteles y vallas publicitarias) se invirtieron en el año 1976: 332 millones de pesetas en publicidad de alcohol y 78 millones de pesetas en publicidad de tabaco.

A todas estas cifras hay que añadir la publicidad indirecta ("este tipo de publicidad es el que consiste en la promoción de un producto sin que se aprecie esta intención". Es el único que se da en el capítulo de las drogas ilegales, al estar prohibida la publicidad directa). Como ejemplo de la importancia de este tipo de publicidad fíjate en los siguientes datos. (1)

- Durante los meses de Febrero, Marzo y parte de Abril de 1980 aparecieron en TVE, 400 incitaciones al consumo de bebidas alcohólicas, mientras que en 26 ocasiones aparecieron situaciones que se pueden calificar de anti-alcohólicas. Los programas en los que aparecía con mayor frecuencia la incitación al consumo eran las películas, seguidos de los "varietés" y los deportivos. El personaje que mayor consumo realizaba era el que actuaba en el papel principal de la película y hacia de "bueno" (esta situación se daba en el 48 % de la publicidad indirecta). Las horas de mayor frecuencia de incitación al consumo coincidieron con las de mayor audición.

(1) Fuente: Estudio realizado por los alumnos de 5º de Psicología de la Universidad de Barcelona durante el año 1980 sobre la publicidad indirecta de tóxicos en TVE.

Un dato de curiosa contradición:

- En 1978 el Ministerio de Sanidad se gastó 80 millones de pesetas en anuncios sobre los efectos nocivos del tabaco. En el mismo año Tabacalera, S. A. proporcionó a la Hacienda del Estado unos ingresos de 100.689 millones de pesetas, lo que quiere decir que lo gastado en "prevención" supuso un 0,08 % (menos del 1 por mil) de lo ingresado por consumo.

LOS MENSAJES DE LA PUBLICIDAD.

Una definición corriente de publicidad es la de "El arte de crear necesidades"

Llevar a cabo esta labor "artística" los técnicos en publicidad utilizan toda una serie de recursos que posibilitan y facilitan el objetivo final de crear necesidades. Algunos de estos recursos son: Identificar determinadas bebidas alcohólicas con un nivel social elevado, relacionar la utilización de bebidas alcohólicas con la seducción o con la identificación sexual ("es cosa de hombres"), unir la utilización de determinadas marcas de tabaco con la imagen del poder ("el rubio de los líderes", "genuino sabor americano") o con la amistad, ("regale amistad")

A veces la publicidad utiliza mensajes completamente falsos, desde un punto de vista objetivo, pero que están apoyados en algunos tópicos culturales de uso común, como por ejemplo, la publicidad de determinada marca de vino que dice "beber vino es comprar salud", apoyada en la creencia de que "el vino hace sangre" o que "las bebidas alcohólicas van bien para determinadas enfermedades del corazón" o que "el vino alimenta".

Ya que la publicidad, y en general los medios de comunicación de masas, es una de las herramientas más poderosas actualmente para influir sobre el comportamiento humano, conviene que prestes mucha atención a los mensajes que proponen, analizándolos detenidamente, valorando los elementos de su contenido que te llamen más la atención y decidiendo, de una forma racional si estás de acuerdo o no con lo que el anuncio propone.

En esta hoja de mostramos algunos ejemplos de anuncios clasificados según los elementos principales que se utilizan para atraer tu atención.

Se pueden hacer más clasificaciones y dentro de cada una de ellas se puede completar la lista de anuncios pertenecientes a ellas. Te sugerimos que lo hagas tú mismo

EROTISMO	PODER/ELITE	DEPORTE	NATURALEZA ECOLOGIA	
Otros anuncios:	**Otros anuncios:**	**Otros anuncios:**	**Otros anuncios:**	**Otros anuncios:**

TEMA III. DROGAS Y LEY

Ya sabes los efectos de las distintas drogas. Unas son muy peligrosas, mientras que otras quizás no lo son tanto. Tu decidirás si quieres tomarlas o no. Pero te interesa saber que en la cuestión de las drogas también hay que considerar aspectos que no son puramente sanitarios, sino legales, porque la Ley tiende a regular todas aquellas acciones que pueden afectar la convivencia y el bien común.

1 *LA LEY REGULA LA PRODUCCION, DISTRIBUCION Y CONSUMO DE DROGAS*

Desde el punto de vista legal, hay que distinguir tres grupos de drogas:

ILEGALES

Sustancias cuya producción y utilización está prohibida, puesto que las ventajas de utilizarlas son muy inferiores al peligro que supone su abuso. Las más conocidas son la heroína, cocaína, L.S.D., derivados de la Cannabis (porro), etc.

DE USO RESTRINGIDO

Drogas cuyos efectos son útiles en la medicina. Son las sustancias que contienen algunos medicamentos. Hay dos clases:

- *De venta libre: como los analgésicos y algunos calmantes.*
- *Que sólo pueden utilizarse con receta: como los tranquilizantes y otros medicamentos con alto riesgo.*

En general, las drogas de este grupo sólo deberían utilizarse con receta del médico, y cuando no hay otra solución. Tomarlas sin receta médica, o en combinaciones, o para conseguir efectos distintos de aquellos para los que nos las recetó el médico, son formas de abuso que puede ser ilegal.

Casi todos consumen alguna sustancia. ¿Y TU?

USO LEGAL

Son sustancias de desigual peligrosidad, cuyo consumo está mantenido por la tradición y por el nivel de negocio que supone su venta, a pesar de los riesgos que entraña su consumo. Las más peligrosas son el alcohol y el tabaco, aunque el uso inmoderado del café, té, etc. también provoca efectos perjudiciales.

2

¿ES NECESARIO QUE LA LEY CONTROLE LAS DROGAS?

Suele haber dos respuestas.

Unos piensan que el Estado debe protegerse de las drogas con mano dura. Consideran que quienes se drogan son delincuentes, viciosos, melenudos, irresponsables, etc. Dicen que si no se pone freno a esta situación, encarcelando a los traficantes y drogadictos, la sociedad corre el riesgo de quedar impotente, destruida.

Otros piensan que drogarse o no drogarse es una cuestión personal, que cada uno haga lo que quiera. Al fin y al cabo, dicen, no es verdad que las drogas y la delincuencia vayan tan juntas como quieren hacer creer ciertas mentalidades puritanas. En definitiva, no les gusta que la Ley y la policía controlen tan a fondo la cuestión de las drogas.

¿Y tú? ¿Qué piensas?

¿Es cierto que las drogas provocan delincuencia?

¿Crees que la Ley debe castigar el tráfico de drogas?

¿Crees que la Ley debe castigar el consumo de drogas?

¿Crees que habría que hacer distintas consideraciones para cada tipo de droga?

DISCUTELO CON TUS COMPAÑEROS

Detenidos en España por tráfico y tenencia de drogas:

En 1975: 3.000 personas
En 1977: 5.500 personas
En 1978: 8.987 personas
En 1979: 9.036 personas

¿SABIAS QUE ...?

2.1.

Existen actos delictivos relacionados con los efectos perturbadores que ocasiona el consumo de algunas drogas.

Es cierto que las cosas no son siempre tan exageradas como aparecen en los medios de información, y que tampoco puede hablarse de "la droga" en general.

Las investigaciones más autorizadas indican que:

1) El **alcohol**, que es la droga más utilizada en nuestro país, está en intensa relación con la criminalidad violenta y con la criminalidad por conducción temeraria de vehículos.

2) El uso de **barbitúricos y anfetaminas** tiene relación con delitos por lesiones corporales. Sobre todo las anfetaminas, incrementan notablemente la violencia.

3) La **cocaína** incrementa los comportamientos agresivos de forma similar a las anfetaminas.

4) Los **heroinómanos** figuran en gran proporción entre los delincuentes contra la propiedad, puesto que su gran dependencia al tóxico les obliga a obtenerlo a toda costa. Pero son menos agresivos que los usuarios del alcohol, anfetaminas y barbitúricos

La Dirección General de Tráfico informa:

"Los conductores ebrios suponen el 5% del total, pero son responsables del 50 % de accidentes que se producen."

EL PAIS:

"Mantener económicamente la dependencia de la heroína, por ejemplo, es muy problemático porque un gramo (adulterado en un 90% como mínimo) no cuesta menos de 20.000 pesetas, y esa es la cantidad que necesitan al día (...) En general, consiguen el dinero traficando" (10.VI.81)

Asaltos a farmacias para conseguir medicamentos utilizables como droga

En 1977: 718 asaltos
En 1978: 822 asaltos

5) El uso de **marihuana y alucinógenos**, ni incrementa ni está relacionado con los delitos, violentos o no. Se exceptúan casos en que el consumidor ya antes era delincuente, o en reacciones de pánico que a veces provoca el producto.

6) La **mezcla de distintas drogas** tiene efectos imprevisibles sobre la conducta del consumidor.

2.2.

Existen también otros delitos indirectamente imputables al consumo de drogas.

En efecto, la droga obtenida en el mercado negro cuesta cara, y el drogadicto puede verse obligado a cometer algún delito para obtenerla, robándola de un establecimiento sanitario, o consiguiendo ilícitamente los medios económicos (robos, asaltos, proselitismo, tráfico, etc.) para comprarla. En otros casos, puede verse forzado a la criminalidad para ocultarse y escapar de la persecución policial

2.3.

Finalmente, el ambiente o "mundo de la droga", es decir, el círculo de costumbres en que se mueven muchos consumidores de drogas, se suele considerar como productor de delincuencia

En estos casos, el consumo de drogas es un factor adicional a un ambiente ya degradado socialmente, y es muy probable que en tales ambientes se cometan delitos aunque no se consuman drogas.

"Hasta ahora cada uno podía beber lo que quisiera. Al fin y al cabo, él era el único afectado si padecía una cirrosis y moría joven. Muy bien, pero yo no creo que esto pueda durar mucho. De momento ya no se puede beber demasiado si se tiene que conducir. Lo que por una parte, es normal; pero, por otra, es una nueva traba, una nueva prohibición. Pero incluso si uno bebe en su casa, dado que la asistencia hospitalaria tiende a ser gratuita (lo que también es normal, todo el mundo tiene derecho a la salud), el contribuyente que pagá para mantener los hospitales se dará cuenta de que el bebedor le cuesta demasiado caro. Entonces veréis como un día de estos se prohibirá el alcoholismo porque sale demasiado caro a la sociedad..."

IG SIMENON, 1971

2.4.

Pero también hay acciones no delictivas que repercuten negativamente en los otros.

Por ejemplo:

El alcohol interviene en el 50% de los accidentes de tráfico.
el 15% de accidentes laborales.
el 25% de suicidios.

El alcoholismo es la cuarta causa de muerte en España.
Es el motivo del 40% de ingresos en hospitales psiquiátricos.

Entre ingresos en hospitales, atención médica de las cirrosis y otros trastornos, atención a los heridos en diversas clases de accidentes, y la improductividad del alcohólico, el alcoholismo cuesta al país un total aproximado superior a los 40.000 millones de pesetas cada año.

El hábito de fumar multiplica las probabilidades de contraer enfermedades del aparato respiratorio, cardiovasculares y de padecer cáncer, con el consiguiente coste social y económico.

Pero también los no fumadores están expuestos: permanecer durante una hora en una sala donde constantemente haya alguien fumando equivale a fumar 2 ó 3 cigarrillos.

Al parecer **la tendencia es empezar a consumir de cada vez más jóvenes** (consulta las tablas de edad del primer consumo en el tema IV). La publicidad, ya lo sabes, es un factor decisivo. Pero la publicidad no se limita a las drogas de uso legal. Las drogas ilegales tienen su promoción en la prensa y en determinadas campañas que presentan la droga como algo aversivo y propio de los jóvenes. La prensa relaciona constantemente juventud y droga, juventud y delincuencia, juventud y paro.

¿La "juventud" es un grupo?
¿En qué se diferencia de los otros grupos sociales?
¿Es la droga lo que identifica al joven? ¿Es la delincuencia? ¿El paro?

Tanto insistir en que quienes se drogan son los jóvenes, se puede llegar al absurdo de creer que el consumo de drogas es la característica que define la juventud. Y puesto que la juventud es lo opuesto al mundo adulto, muchos consumen drogas para asegurarse de que son jóvenes, es decir, que no han sido "enganchados" por los valores de los adultos.

Algo debe haber de cierto en todo esto cuando los **vendedores y traficantes** de todo tipo de drogas (legales e ilegales), aprovechando la menor preparación de los jóvenes, **dirigen sus esfuerzos a ampliar el mercado juvenil.**

RECUERDA.

- *El consumo de algunas drogas aumenta las conductas delictivas que perjudican a otros.*
- *El consumo de algunas drogas perjudica a terceros, aunque el consumidor no cometa ningún delito.*
- *Cuando se depende de ciertas drogas, el adicto necesita conseguirlas a toda costa.*
- *Los vendedores de drogas quieren aumentar la venta, sin preocuparse del daño que puedan hacer.*
- *Los jóvenes están más expuestos a la voracidad de los vendedores.*

¿Qué podemos hacer? ¿Hay que dejar las cosas así? ¿Podemos defendernos?

¿Qué puedes hacer tú para defenderte? ¿Cómo puede defenderse la comunidad?

COMENTALO CON TUS COMPAÑEROS

CONSULTA A TU PROFESOR
SI TE QUEDAN DUDAS

3. ¿QUE DICEN LAS LEYES.. EN ESPAÑA?

Desde el punto de vista legal, todos los consumidores de drogas ilegales, ya sean ocasionales o habituales, dependientes de ella o no, indistintamente del tipo de droga que utilicen, todos tienen la consideración de delincuentes y están expuestos a ser detenidos y sancionados por aplicación del Código Penal o de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social.

1) El artículo 344 del Código Penal, dice:
"Quienes ilegítimamente ejecuten actos de cultivo, fabricación, elaboración, transporte, tenencia, venta, donación y tráfico en general de drogas tóxicas o estupefacientes o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten su uso, serán castigados con las penas de prisión mayor y multa..."

2) El artículo 340-bis del Código Penal, dice:
"Se castigará a quien condujere un vehículo a motor bajo la influencia de drogas tóxicas o estupefacientes...", con multa entre 20.000 y 200.000 pesetas y privación del permiso de conducir entre tres meses y un día y cinco años.

3) El artículo 52 del Código de Circulación, que se aplica sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal, indica:

– La prohibición de conducir con alcoholemia superior a 0,8. Penaliza la infracción con multa de 5.000 a 20.000 pesetas e inmovilización del vehículo.

– La obligación de someterse a pruebas alcohométricas por simple requerimiento de los agentes. Oponerse a ello puede ser sancionado con multa de 10.000 pesetas e inmovilización, en su caso, del vehículo.

Hay aproximadamente la misma cantidad de alcohol en:

1 copa de coñac, 1 cerveza grande, 1/2 whisky, 1 combinado (cubata, gin-tónic, etc.), 1 vaso de vino, 1 botellín de vermú...

ATENCION:

Tomando como base una consumición corriente, que puede ser cualquiera de estas: 1 cerveza grande, 1/2 whisky, 1 combinado (cubata), 1 vaso de vino, 1 coñac, etc.

Con 2 consumiciones se alcanza una alcoholemia de 0,4. *Aparecen retrasos en las reacciones a estímulos visuales y errores de estimación de distancias y de velocidad.*

Con 3 consumiciones, el alcoholemia es de 0,6. *El 30 o/o de personas es incapaz de conducir, aunque ellas "se sienten" bien.*

Con 4 consumiciones ya se alcanza la alcoholemia de 0,8, *tasa máxima legalmente permitida porque A TODAS LAS PERSONAS LES PRODUCE EFECTOS EVIDENTES QUE HACEN INSEGURA LA CONDUCCION, aunque a veces uno no es totalmente consciente de tales efectos.*

4) La Ley de peligrosidad y Rehabilitación Social considera peligrosos:

– "a los ebrios habituales y toxicómanos". Se les aplicarán medidas tales como internamiento en casas de templanza, con el objeto de procurar su recuperación, o la privación del permiso de conducir, para evitar daños a terceros.

– "a quienes realicen o promuevan el ilícito tráfico o fomenten el consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o fármacos que produzcan efectos análogos... así como quienes ilegítimamente posean las sustancias indicadas". Se les puede imponer: internamiento (hasta 10 años) en un establecimiento de trabajo, incautación del producto y multa; sucesivamente se les puede prohibir la residencia en un territorio determinado y la obligación de someterse a vigilancia.

5) La protección de menores está prevista en dos lugares:

– El artículo 584 del Código Penal:

* Prohibe la venta o servicio de bebidas alcohólicas a los menores de 16 años, así como su permanencia en establecimientos destinados al despacho y consumo de bebidas alcohólicas.
* Sanciona a quienes lleven a los menores de 16 años hasta la embriaguez.
* La sanción se extiende a los padres, tutores o encargados del menor si la embriaguez es imputable a descuido o abandono por parte de aquellos.

– El Real Decreto de 5 de Marzo de 1982:

* Prohibe la venta de tabaco a los menores de 16 años.

¿Crees que una medida de este tipo puede ser eficaz?

La realidad:

Datos de la encuesta a estudiantes de BUP, COU y FP de Mallorca (1981):

El 44 o/o admite haberse embriagado alguna vez.

El 80 o/o de ellos, antes de los 16 años.

Evidentemente, cualquier menor de 16 años puede adquirir y consumir bebidas alcohólicas sin otra limitación que su propio deseo y que los recursos económicos de que dispone.

El 35 o/o fuma cada día.

El 6 o/o sólo los fines de semana.

El 25 o/o de vez en cuando.

6) La limitación de la publicidad sólo afecta a los medios oficiales de radio y televisión:

No puede hacerse publicidad directa de licores de alta graduación, pero sí indirecta (por ejemplo, en cierto "spot" publicitario se anuncia un caballo, que representa una conocida marca de coñac; en otro, es un toro...).

La publicidad de otras bebidas alcohólicas debe expresar su contenido en alcohol.

La publicidad directa de tabaco está totalmente prohibida en los medios oficiales. (Esta medida entrará en vigor a partir de marzo de 1984).

7) En cuanto al tabaco, el Real Decreto de 5 de Marzo de 1982 establece, además:

La inclusión obligada de una inscripción en los paquetes de cigarrillos, con la advertencia de que su uso puede ser perjudicial.

- La limitación de los coeficientes de nicotina y alquitrán (que eran de los más altos de Europa).
- Normas para habilitar lugares adecuados para fumadores en transportes públicos y grandes locales comerciales, así como centros sanitarios y docentes.

EN OTROS PAISES?

"Los beneficios alcanzados anualmente por los países productores de coca ascienden a más de 2.000 millones de dólares (195.000 millones de pesetas), según estimó la Comisión Internacional de Control de Narcóticos, reunida en Viena el pasado año". (EL PAIS, 29-V-1981)

La legislación extranjera es similar a la española en lo que se refiere a drogas ilegales. No obstante, en unos países es más dura (la fabricación, cultivo y tráfico puede suponer la pena de muerte) y en otros es más permisiva (puesto que la economía del país se beneficia de la producción de droga).

En los países occidentales, tiende a diferenciarse de cada vez más el tráfico del consumo, y en la legislación se recogen medidas efectivas de recuperación del consumidor, al que se considera más enfermo que delincuente. Se está llegando a la conclusión, además, de que el tratamiento voluntario es más eficaz que el obligado. De hecho, el internamiento obligado por orden judicial no ha rehabilitado todavía a ningún drogadicto.

En cuanto a las otras drogas, de uso legal, el tratamiento legislativo es en general más estricto que en España. Veamos unos pocos ejemplos:

1) **Alcohol.** En Gran Bretaña los menores de 14 años no pueden comprar bebidas alcohólicas, y hasta los 18 años tienen horarios limitados de entrada en los bares.

En Francia hay medidas semejantes a las inglesas, pero destaca la disposición legal que prohibe la instalación de establecimientos de venta de bebidas alcohólicas (bares, etc.) a cierta distancia de los centros de culto, sanitarios, deportivos, penitenciarios, instalaciones militares y de empresas de transporte público.

2) **Tabaco.** Su publicidad está totalmente prohibida en Italia, Noruega, URSS, Polonia, Austria.

Publicidad prohibida en radio y televisión, y reglamentada en sus otras formas, en EEUU, Gran Bretaña, Alemania Federal, Suecia, Finlandia, Suiza, Dinamarca, Holanda.

Advertencias obligatorias sobre contenidos en alquitrán, peligros, etc. impresas en los paquetes de cigarrillos: EEUU, Australia, Gran Bretaña, Luxemburgo, Irlanda, Noruega, Austria, Bélgica, Canadá, Alemania Federal.

Limitación o prohibición de la venta de tabaco a los menores de 16 años en Gran Bretaña, Bulgaria, Noruega, Japón, Alemania Federal.

Prohibición de fumar en los locales escolares: Bélgica, Grecia, Rumania, Polonia, Italia, Suecia, Noruega.

En la mayoría de países está prohibido fumar en los grandes almacenes, en las salas de espectáculos y en los transportes colectivos, o al menos hay lugares reservados para fumadores separados de los que ocupan quienes no quieren fumar.

TEMA IV — **APRENDE A USAR O RECHAZAR LAS DROGAS.**

A partir de lo que ya sabes sobre **drogas**, éstas se pueden clasificar en:

- *DROGAS SIEMPRE PELIGROSAS (tipo heroína)* → *no deben nunca usarse.*
- *DROGAS MENOS PELIGROSAS (tipo tabaco, alcohol)* → *puede plantearse:* *NO USO* / *USO* / *ABUSO*

Esta clasificación hemos dicho que era PRACTICA. Interesa que la releas y si no la entiendes o si no estás de acuerdo con ella debes intentar aclararlo **antes** de seguir adelante.

Para que puedas DISCUTIR o DECIDIR con realismo acerca del consumo de las drogas te vamos a ofrecer más datos. Estas cifras son sobre **vosotros**, obtenidas con la encuesta que os pasamos el curso anterior.

Aquí las tienes:

MEDIAS DE CONSUMO *

Alcohol	Tabaco	Marihuana (porros)
9,3 litros alcohol puro/año.	*25 cigarrillos/semana.*	*0,3 porros/semana*

* La media se calcula sacando el promedio de todos vosotros, por tanto incluye consumidores y no consumidores.

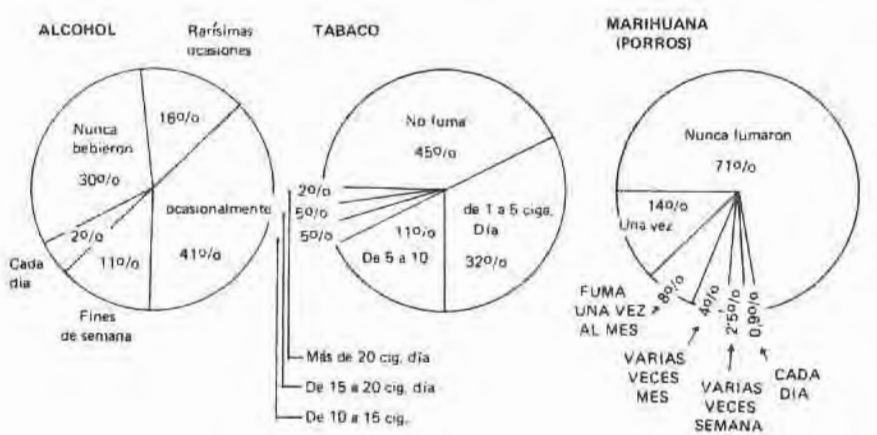
Calcula:

¿Cuantas botellas de vino o coñac por mes?

¿Cuantos cigarrillos diarios?

Dentro de un momento os vamos a pedir que deis vuestra opinión acerca de si creeis que este consumo es muy elevado o no. Pero antes vamos a proporcionaros varios datos más sobre lo que vosotros contestasteis (con el fin de que podais haceros una idea con mayor conocimiento de causa). Las tablas que siguen os darán una idea de **como** se bebe o fuma, porque como vereis, existen entre vosotros formas y formas de fumar y de beber.

¿QUIERES SABER CON QUE FRECUENCIA CONSUMIS NORMALMENTE HOY LAS DROGAS MAS IMPORTANTES?



– ¿CUAL ES TU OPINION SOBRE LAS MEDIAS DE CONSUMO?

– ALTAS
– NORMALES
– BAJAS
– ...

Como ves en la distribución de frecuencia hay personas que consumen mucho y otros que no consumen nada. Esto significa que alguno de vosotros consume muy por encima de lo que hemos calculado como media.

– ¿Coinciden estos resultados con lo que vosotros pensabais?

Por favor, dad vuestra opinión sobre las frecuencias de cada uno de los productos.

Nosotros te proporcionamos la información, nos gustaría que la pensaras, pero **SOLO TU PUEDES DECIDIR. Conviene que tengas hecha una decisión**, pues luego de decidir no hay tiempo para tantas cosas o puede que ni incluso te acuerdes de que deberías tomar una decisión de acuerdo con lo que tu piensas.

Te expondremos las decisiones posibles, pero solo TU puedes decidir si vas o no a consumir un determinado producto y como lo vas a consumir (uso o abuso).

I – ¿FUMAR O NO FUMAR? THAT IS THE QUESTION

Te hemos proporcionado información sobre el tabaco en el tema I (DROGAS Y SALUD) y al principio de este tema. Te ofrecemos todavía algunos datos más.

EDAD 1º CONSUMO	
Antes de 10 años	*28º/o*
De 11 a 12 años	*22º/o*
De 13 a 14	*37º/o*
15 o más años	*13º/o*

SOLO UN 15º/o A UN 25º/o SIGUEN SIN FUMAR AL CABO DE UN AÑO ENTRE LOS FUMADORES QUE SIGUIERON UN TRATAMIENTO.

DISMINUCION DE LAS ESPECTATIVAS DE VIDA DE LOS FUMADORES RESPECTO A LOS NO FUMADORES

TE PROPONEMOS EL SIGUIENTE RESUMEN:

1) *El tabaco es una droga porque crea dependencia a través de la nicotina.*

2) *Los efectos perjudiciales del tabaco pueden tardar en hacerse notar, pero existe una relación clara entre la cantidad que se fuma y la frecuencia y gravedad en que se presentan una serie de enfermedades (bronquitis, úlcera de estómago, cáncer, etc.)*

3) *Se empieza a fumar muy pronto, de forma que muchas veces no se sabe muy bien porque se empezó a fumar.*

4) *Completalo con tus propias conclusiones.*

– *¿Porqué empezaste a fumar tú?*

– *¿Has notado alguna diferencia entre los que fuman o no?*

DECISIONES POSIBLES O ALTERNATIVAS

NO USO Incluye a → no fumadores; fumadores que lo han dejado

USO Aquellos que intentan REDUCIR los efectos perjudiciales del tabaco.

¿COMO?

- Escoger cigarrillos con menos contenido de nicotina y alquitranes (además de que siempre deben tener filtro).
- No apurar los cigarrillos. En la última parte del cigarrillo que se fuma se acumulan el máximo de sustancias nocivas.
- Procurar no inhalar el humo.
- No mantener el cigarrillo en la boca entre chupada y chupada.
- Fumar menos cigarrillos al día, evitando especialmente aquellos que se fuman de forma automática.

ABUSO.

Los que fuman excesivamente (más de 1/2 cajetilla diaria).

- Las mujeres embarazadas que fuman (uno de cada 5 niños perdidos se hubiera salvado si la madre no hubiese fumado)
- Los fumadores con enfermedades respiratorias, cardíacas,...

NOS GUSTARIA QUE EN CLASE DISCUTIESES TODAS ESTAS POSIBILIDADES, APORTANDO TU VISION PERSONAL Y TU EXPERIENCIA COMO FUMADOR O NO FUMADOR.

¿COMO SE DEJA DE FUMAR?

En realidad solo hay un secreto para dejar de fumar: **DECIDIRLO**

Existen algunos pequeños trucos que pueden ayudarte.

1) *SI DECIDES DEJAR DE FUMAR DE GOLPE: Puede ser útil decirlo a los amigos, cambiar la rutina diaria evitando las situaciones en que se solía fumar más, usar goma de mascar, etc.*

2) *SI DECIDES IR REDUCIENDO POCO A POCO: También valen pequeños trucos como cambiar el tipo de tabaco habitual por otro para que te apetezca menos fumar. Hacerse un programa en que se establezca el nº de cigarrillos que se dejará de fumar diariamente, avisando a los amigos del día en que ya no fumarás, etc. Este sistema de reducción tiene más "diserciones" que el anterior.*

Están además todos **LOS SISTEMAS QUE TU CREAS** *que te pueden ayudar:*
Fumar cigarrillos sin tabaco; tomar pastillas para dejar de fumar, etc.

¿CONOCES A ALGUIEN QUE HAYA DEJADO DE FUMAR?, ¿COMO LO HA HECHO?

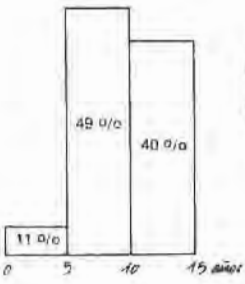
II.– ALCOHOL

Intenta recordar lo que ya sabes sobre el alcohol:

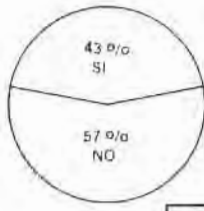
- Efectos a corto y largo plazo.
- Media de consumo entre vosotros.
- Como actua la publicidad.

Te añadimos algunos datos más sobre la forma en que lo consumís.

EDAD PRIMER CONSUMO BEBIDAS ALCOHOLICAS ENTRE VOSOTROS



CUANTOS SE HAN EMBORRACHADO ENTRE VOSOTROS



¿A QUE EDAD LA PRIMERA BORRACHERA?

De 0 a 10 años.	9o/o
De 11 a 15 años.	71o/o
Más de 15	20o/o

TE PROPONEMOS EL SIGUIENTE RESUMEN

- *El alcohol cumple un papel social en nuestra cultura.*
- *En pequeñas dosis no tiene por que ser perjudicial.*
- *Es una droga porque crea dependencia y tolerancia.*
- *Tiene efectos a corto y largo plazo.*
- *COMPLETALO TU MISMO ¿ ? ¿ ?*

– POSIBILIDADES DE ELECCION

NO USO

No bebedores.

Bebedores que deciden dejarlo.

USO

Beber un vaso de vino o una cerveza con las comidas y tomar 1 o 2 copas de vez en cuando, (fines de semana, fiestas, etc.).

ABUSO

- Comienza el abuso, diariamente a partir de 2 vasos de vino o 2 cervezas.
- 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, etc.) si se tiene que conducir.
- Beber durante el embarazo.
- Mezclar el alcohol con otras sustancias para "colocarse"

EXPONED VUESTRA OPINION SOBRE LOS LIMITES ENTRE USO Y ABUSO.

¿ PENSAIS QUE ES FACIL DEJAR DE BEBER?

¿ CUANDO SE EMPIEZA A SER ALCOHOLICO SEGUN TU OPINION?

III.– PORROS SI, PORROS NO.

Es una droga POLEMICA, porque comienza a estar extendida y es ILEGAL y existen dudas sobre su PELIGROSIDAD.

¿QUE HAY QUE SABER?

- *Que no tiene la peligrosidad de la heroina, cocaina.*
- *Que no es un problema social ni sanitario como el alcohol.*
- *Que está menos relacionado con situaciones violentas o delictivas (peleas, violaciones, suicidios, homicidios, etc.) que el alcohol.*

PERO, SI TIENE SU PELIGROSIDAD. POR EJEMPLO.

- *Puede producir reacciones psicológicas adversas, desde sentirse perseguido, hasta alteraciones psiquiatricas que requieren internamiento.*
- *Afecta la capacidad de conducir.*
- *Produce alteraciones cromosómicas.*
- *Se deposita durante meses en el cerebro y las gónadas.*
- *Se potencia con otras sustancias (alcohol, etc.)*

Evidentemente estas cosas no pasan siempre. Depende mucho de la concentración de producto activo, de la personalidad del que lo toma y de la situación en que se toma.

¿QUIEN ES MAS PROBABLE QUE TE LO OFREZCA? Tus propios amigos en fiestas, discotecas, etc.

¿CUAL ES EL MAYOR PELIGRO DE LA MARIHUANA? Que te acerca a personas que pueden consumir otras drogas ilegales, muchisimo más peligrosas. Es un paso más en la escalada de consumo de drogas.

¿QUE PUEDES TU DECIDIR?:

NO USO → La mayor parte de vosotros nunca lo ha probado. Es fácil no usarlo si no se quiere y si se evitan los ambientes o compañías que lo estén utilizando.

USO → No podemos defender ninguna forma de uso de la marihuana, aunque sea de forma esporádica, por ser un escalón más en el abuso de drogas en general.

ABUSO →
- Si se consume de una forma habitual o casi habitual.
- Si se necesita tomarlo cuando hay una fiesta o hay que divertirse.
- Si hay embarazo.
- Si se combina con otras drogas (alcohol, etc.).

DISCUTID EN CLASE CUAL ES VUESTRA OPINION O INFORMACION SOBRE CADA UNO DE LOS PUNTOS.

IV.– EXISTEN OTRAS DROGAS.

LSD, HEROINA, MORFINA, COCAINA, ALGUNOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS FUERA DE SUS FINES TERAPEUTICOS, CIERTOS HONGOS, ETC.

SON SUMAMENTE PELIGROSAS.

¿Porque?

- *Crean mucha* **dependencia.** *Entre las que se inyectan pueden bastar unas pocas veces, para crear una dependencia irreversible.*
- *Producen muchos* **problemas físicos** *(directamente por el producto en si mismo o indirectamente por las condiciones en que es administrado) y* **psiquicos.**

- *Debido a su alto precio y a que se tienen que conseguir en el mercado negro, son frecuentes los actos delictivos (robos, tráfico de drogas, etc.) así como el proselitismo (conseguir nuevos adeptos, para poder revenderles el producto y así obtener unos beneficios para el propio consumo)*
- *Las curaciones en los mejores centros de tratamiento, dan porcentajes bajísimos.*

RECUERDA

- *En principio cualquier personalidad puede quedar "enganchada" a estas sustancias. A veces circunstancias como aburrimiento, curiosidad, necesidad de nuevas experiencias, son las que llevan al consumo de estas drogas.*
- *Hay más posibilidades de que estas drogas te sean ofrecidas por amigos o gente conocida, que por extraños.*
- *CUALQUIER FORMA DE CONSUMO ES ABUSO.*

SEGURO QUE TE QUEDAN DUDAS. ¡ EXPONEDLAS !

actitudes acerca de las drogas no son muchas veces determinantes del futuro comportamiento del alumno. Hace falta para ello que dichas actitudes y conocimientos sean utilizados en el momento de la decisión. Por ello este apartado tratará de crear situaciones para el alumno en clase lo más cercanas a situaciones de oferta de droga del exterior, tratando de eliminar la disociación habitualmente existente.

Insisto en que el material que se expone a continuación no es el curso en si mismo. Este consiste en realidad en la situación dinámica creada por el profesor y los alumnos, siendo el material un punto de referencia, un facilitador, una excusa para realizar el curso.

6.4.2. Preparación y Material del Profesor.

Se acudió a cada uno de los colegios seleccionados para que los profesores impartieran el curso de prevención de acuerdo con el muestreo de centros que se realizó y se contactó con el director para explicarle en que consistía el curso y la experimentación que se iba a llevar a término. Este a su vez nos puso en contacto con los profesores más interesados en realizar la experiencia. Dichos profesores eran en cada colegio de asignaturas distintas. Pareció interesante que en lugar de seleccionar por asignaturas, fuese el mismo interés y capacidad para desarrollar el curso, lo que determinase su descripción al curso. La naturaleza de este tipo de cursos aconsejaba que se hiciese con profesores voluntarios.

Se tuvieron un mínimo de 4 reuniones con los profesores encargados del programa en cada colegio, la primera sesión para presentar el programa y entregarle su material y el del alumno; la segunda sesión fue destinada a repasar las dificultades que los profesores presentaban derivados del estudio del material entregado y/o de la presentación que se había hecho del programa, tratando al mismo tiempo de reforzar aquellas cuestiones actitudinales del profesor que se consideraban básicas para el buen desarrollo del curso. Se mantenía una tercera reunión durante el desarrollo del curso para comentar dificultades que se hubiesen podido plantear y por último, se tenía una reunión final para recoger comentarios sobre el desarrollo del curso, analizar los problemas que las actitudes propias o de los alumnos habían podido plantear, etc.

Expongo a continuación sólo parte del material del profesor. En concreto incluyo parte del primer tema y el tercer tema completo, para que sirvan de ilustración. Como se puede ver reunen por un lado recomendaciones didácticas, objetivos a cubrir,etc y por el otro lado se incluye abundante información sobre el tema. Esta información, no es para que el profesor la exponga en la clase, pues ya hemos dicho que el profesor es un catalizador de la reunión y no el que expone tema alguno. Pero a través de los contactos previos entendí que el profesorado se sentía inseguro delante del alumno con el tema de las drogas por creer no disponer de información suficiente. Por tanto, el proporcionarle abundante información sirve al propósito de darle seguridad, aunque también puede servir para corregir algunos errores propios.

6.4.2.1. PRIMER TEMA DEL MATERIAL DEL PROFESOR.

GENERALIDADES SOBRE SALUD Y DROGAS

Meta: a) concienciar de los efectos psíquicos y físicos que provocan las distintas drogas sobre el organismo;

b) potenciar la toma de decisiones de los alumnos sobre sus hábitos de salud, capacitándolo, para establecer alternativas más sanas que las que se deriven del consumo de drogas.

CONCEPTOS PREVIOS QUE EL ALUMNO DEBE CONOCER:

a) Tolerancia.- Estado de adaptación caracterizado por la disminución de respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo efecto

b) Dependencia psíquica.- Situación en la que existe un estado de insatisfacción y un impulso psíquico que exige la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar.

Dependencia física.- La adaptación mútua entre la persona y la droga es tal que aparecen intensos trastornos físicos cuando ésta deja de administrarse.

c) Síndrome de abstinencia.- Son una serie de trastornos tanto físicos como psíquicos, que son diferentes según la droga de que se trate, y que aparecen cuando deja de administrarse.

d) Ilusión.- Mala percepción o falsa interpretación de un objeto real.

e) Alucinación.- Lo que se percibe no existe; percepción sin objeto.

f) Delirio.- Idea errónea que choca con la evidencia y que la persona mantiene a pesar de toda argumentación lògica que se le haga.

g) Conocer aproximadamente el significado de términos como: cirrosis, bronquitis, etc.

INFORMACION O CONOCIMIENTOS BASICOS NECESARIOS QUE EL ALUMNO DEBE SABER:

- Funcionamiento del aparato digestivo
- " del " circulatorio
- " del " respiratorio
- " del Sistema Nervioso
- Importáncia de la oxigenación para la vida de las células.

SALUD Y ALCOHOL

1.1- OBJETIVOS DE ESTA PARTE DEL TEMA:

Al finalizar esta lección el alumno deberá conocer:

- Cómo se lleva a cabo la absorción y metabolización del alcohol.
- De qué forma afecta el alcohol a los diferentes órganos.
- Los peligros que tiene para la salud la ingesta de bebidas alcoholicas.
- Saber cuales son los limites a partir de los cuales comienza a ser preocupante la toma de alcohol.
- Saber qué es el alcoholismo.
- Saber por qué se elige alcohol en lugar de otras polibilidades más sanas.
- Que sea capaz de pensar en bebidas sustitutivas al alcohol y en diversiones que no requieran tan automáticamente la toma de alcohol.

1.2.- CONCEPTOS MAS IMPORTANTES:

- Alcoholismo
- Alcoholemia
- Efectos directos del alcohol sobre el organismo
- " indirectos del alcohol sobre el organismo
- " del alcohol sobre el feto

1.3.- INFORMACION BASICA

Según numerosos especialistas, en los inicios de la enfermedad alcohólica suele aparecer un aumento de la tolerancia. El enfermo necesita

beber cada día más alcohol para conseguir satisfacerse. Más adelante, por desgaste de hígado, disminuye la tolerância al alcohol. El enfermo está permanentemente alcoholizado y una sóla copa puede alterarlo; pero al haber perdido la capacidad de abstenerse, sigue bebiendo. Necesita hacerlo para mantener al nivel de alcohol en sangre y evitar el temido "síndrome de abstinencia" que consiste en temblor de manos, sensación de náuseas, desgana creciente, diarreas esporádicas, enrojecimiento de los ojos, calambres musculares, pesadillas, inquietudes y malestar durante el sueño. En sus formas graves, el síndrome de abstinencia provoca crisis convulsivas epilépticas (reversibles). Dento de esta carencia de alcohol es espacialmente grave el "delirium tremens" cuadro clínico que puede conducir al enfermo incluso hasta la muerte.

1.4.- CONTENIDO DE LA LECCION

A.- ¿Cómo se absorbe y se elimina el alcohol?

La absorción se lleva a cabo en el estómago y en el intestino, sin que precise ser elaborado por el tubo digestivo. Por esto la embriaguez aparece en muy poco tiempo.

La absorción es tanto más rápida cuanto más graduación tenga el alcohol. Por lo demás, si el estómago está vacio la absorción es más rápida; por el contrario si el alcohol se toma juntamente con las comidas, tarda mucho más tiempo en llegar a la sangre, particularmente si los alimentos son proteicos.

El alcohol, después de haber traspasado las paredes gastro-intestinales pasa a la sangre, particularmente si los alimentos son proteicos.

El alcohol no es destruido por el hígado sino en una proporción mínima.

Intimamente mezclado con la sangre que sale del hígado, el alcohol llega al corazón y a los pulmones y aquí se elimina una pequeña parte con los gases de la respiración. La mayor parte se queda en el torrente circulatorio y juntamente con la sangre baña todos los tejidos y células del organismo. (APENDICE 1)

B.- Daños directos del alcohol sobre el organismo.-

El alcohol, una vez ingerido, penetra en la sangre; se llama alcoholemia el tanto por ciento de alcohol en sangre.

La intoxicación puede ser aguda o crónica. En el primer caso se tiene la embriaguez común, en el segundo el alcoholismo.

Intoxicación aguda o embriaguez: Cuando el alcohol alcanza en sangre la concentración de 0,50 gramos por litro, comienzan a aparecer los primeros síntomas de embriaguez.

Se trata de la embriaguez ligera, casi insensible, que no afecta al comportamiento externo del individuo. Pero, en este estado se tiene un efecto bastante peligroso: la percepción del movimiento, en las partes periféricas del campo visual se efectúa con retraso, lo cual puede ser causa de muchos accidentes automovilísticos.

Cuando la alcoholemia es más alta, entre . y 1,50 gr. se tienen los síntomas típicos:"euforia y excitación motora, a lo cual sigue no raramente la tristeza y el abatimiento"

A un grado más elevado se tiene menos control de la voluntad y de los frenos inhibidores.Esto ocurre cuando la alcoholemia alcanza los 2-3 gramos por litro.

Una intoxicación todavía más aguda conduce progresivamente al coma (alcoholemia: 4 gr.), a la muerte posible (alcoholemia: 5 gr.) o segura (alcoholemia:6 gr)

Intoxicación crónica o alcoholismo: aparece por lo general después de una decena de años, o a veces más, del abuso de bebidas alcohólicas.

Las lesiones producidas por la intoxicación crónica del alcohol están localizadas en los más diversos órganos y aparatos.

A nivel de estómago, la ingestión repetida de alcohol determina la inflanación y adelgazamiento de la mucosa, produciendo la gastritis atrófica, en la cual la secreción de los jugos digestivos normales viene sustituida por la producción de un líquido de muy escaso poder digestivo.

Este líquido se acumula durante las noches y frecuentemente es eliminado en el vómito matutino, al despertarse.

Otro órgano que se resiente mucho de la acción tóxica del alcohol es

el hígado, que se engruesa y se hace indolente (hepatomegália) mientras sus células se rellenan de sustáncias grasas.

En ciertos casos aparece la cirrosis hepática. Aunque el alcohol no sea la causa exclusiva de la cirrosis se ha comprobado que existe una estrecha relación entre alcohol y cirrosis.

La cirrosis está caracterizada por el desarrollo del tejido conjuntivo del hígado en detrimento del tejido hepático que es el que actúa. El tejido conjuntivo, fibroso, reemplaza las células del hígado.

En el estado inicial de la cirrosis se tiene un engrosamiento del hígado; pero, inmediatamente, con avance de la fibrosis, el hígado se hace más pequeño. A veces, la cirrosis se complica con el derrame de líquido en la cavidad abdominal (ascitis).

Los peores daños del alcoholismo se refieren al Sistema Nervioso. Las células del SNC son muy sensibles a la acción del alcohol, que actúa sobre ellas como un veneno paralizante. Las consecuéncias son fenómenos psíquicos catacterísticos:

- trastornos en el carácter: disminución de la autocrítica, irascibilidad, tendencia a la violencia, celos y envidia morbosa, susceptibilidad anormal;
- trastornos intelectuales: disminución de la inteligéncia, de las facultades mentales, de la imaginación;
- trastornos de la memoria: pérdida de la memoria reciente y conservación de recuerdos remotos;
- trastornos de la conducta: tendéncia a la mentira, a la verbosidad incesante, lamentaciones sobre la propia suerte;
- trastornos en el sueño: sueño angustiosos o alucinaciones y visiones de animales.

Las visiones de animales son típicas de un acceso grave caracterizado por una agitación extrema y fiebre alta: el "delirium tremens", que puede terminar con la muerte y que aparece en el alcoholizado cuando se ve privado de repente y totalmente de la acostumbrada ración de bebida.

Además de los disturbios psíquicos, el alcoholismo crónico determina lesiones estrictamente nerviosas. Típica es la polineuritis, de aparición más rapida en la mujer, y caracterizada por la inflamación general de los

nervios. En consecuencia aparecen parálisis, trastornos en el andar con disminución de la fuerza muscular, dolores profundos en los músculos, trastornos de la sensibilidad, sensación de hormigueo, etc.

La polineuritis no es una consecuencia directa del alcohol; por el contrario, el alcohol determina la carencia de la vitamina B, y esta carencia es la que determina o causa la polineuritis, porque la vitamina B es imprescindible para los nervios.

Otros daños producidos por el alcoholismo son:

- Enfermedades cardíacas; enfermedades de la sangre; deficiencias vitamínicas; enfermedades metabólicas; enfermades de la piel; trastornos sexuales: en el hombre impotencia, en la mujer amenorreas (falta de menstruación) y atrofia ovárica.

Daños indirectos del alcohol.

El alcohol favorece el desarrollo de ciertas enfermedades. En primer lugar disminuye la resistencia del individuo con respecto a todas las infecciones, especialmente las enfermedades venéreas y la tuberculosis.

Por otra parte, al disminuir la precisión de los movimientos, el alcohol favorece los accidentes de trabajo y los de tráfico.

Efectos del alcohol sobre el embarazo.

Ya se recoge en las tradiciones mítico-filosóficas de la antigua Grecia la influencia nociva del alcohol sobre la descendencia. El pie varo de Vulcano, herrero de los dioses, concebido por Giove en estado de embriaguez, es el más célebre ejemplo.

El "síndrome alcohólico fetal" es una afección prenatal de gran trascendencia desde el punto de vista social y su frecuencia, según Hanson y cols., es aproximadamente igual al síndrome de Down (mongolismo)

Las manifestaciones clínicas se pueden esquematizar en:

- Retraso en el crecimiento intra-uterino, con hipertrofia estatu-roponderal postnatal.
- Anomalías craneofaciales, del tronco y extremidades.
- Malformaciones cardiovasculares y genitourinarias.

La expresividad del síndrome es variable y según Majewski se puede hacer una clasificación según los grados de intensidad:

GRADO I: casos oligosintomáticos en los que sólo están presentes enanismo, deficit ponderal, microcefalia ponderada y desarrollo psíquico normal o ligeramente retrasado.

GRADO II: hay una dismorfia craneofacial no muy llamativa, hiperexcitabilidad y deficit mental moderado.

GRADO III: alteraciones neurológicas evidentes. Parte de estos niños mueren después del nacimiento.

1.5.- LA ALCOHOLEMIA

Se llama alcoholemia al contenido en alcohol de la sangre, de la misma forma que glucemia es su contenido en azúcar (glucosa) y uremia es el de urea...

Veamos ahora algunos aspectos de la alcoholemia importantes desde la perspectiva que nos ocupa:

1.5.1.- Las variaciones de la alcoholemia

La alcoholemia varía en función de la cantidad de alcohol consumida y en función del tiempo que tarda el alcohol en pasar a la sangre y del que invierte en degradarse y eliminarse.

Se pueden presentar muchos casos

a) en un sujeto en ayunas:

El caso más simple es el de un sujeto en ayunas que ha ingerido en unos minutos una cantidad dada de alcohol. Una curva simple de alcoholemia traduce la evolución de su estado: la curva de Widmark.

La parte descendente (rectilínea) de la curva se obtiene según la ecuación: A . P R B, siendo A la cantidad de alcohol, P el peso del cuerpo, R la fracción del cuerpo donde se disuelve el alcohol (espacio disolvente) (0,70) y B es la disminución media por hora de la tasa de alcoholemia (alrededor de 0,15).

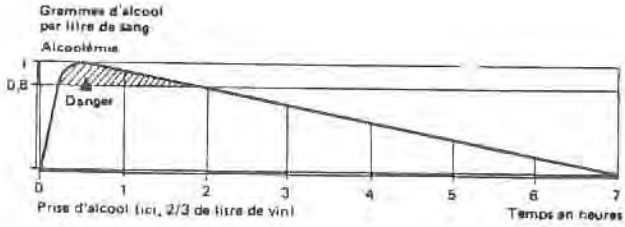


Figura 2.- Curva de Widmark. Sujeto en ayunas; toma única de alcohol (en este caso la ingesta supuesta es de 2/3 de litro de vino). La curva al principio sube rápidamente (15 minutos) a medida que el alcohol consumido pasa a la sangre. La curva baja luego lentamente, en función de la destrucción del alcohol por el hígado y de su expulsión (pulmones, riñones...) a 0,15 g por hora.

En la realidad las cosas son más complejas. En primer lugar, porque la forma de la curva no es tan simple: su rama descendente no es recta, sino ligeramente curva (es una exponencial) como aparece en la figura 3

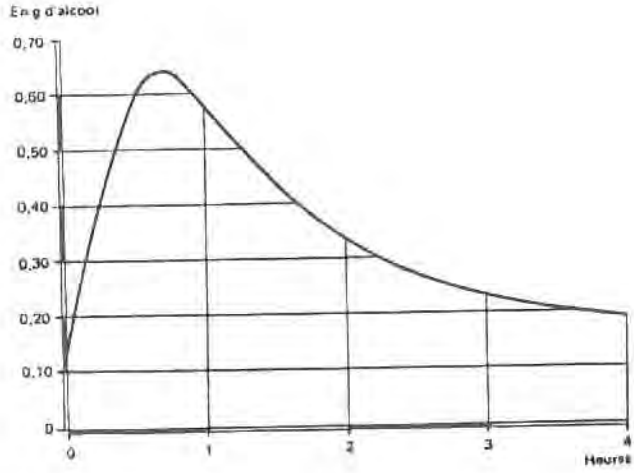


Figura 3.- Curva media exacta de alcoholemia en un sujeto no alcohólico (. de J. Lereboullet: L´alcoolisme. Ed. Ballière)

En segundo lugar, porque la curva de alcoholemia varía no sólo en función de cada individuo, sino igualmente en un mismo sujeto, según su estado general (fatiga, medicamentos absorbidos, etc.), fig. 4

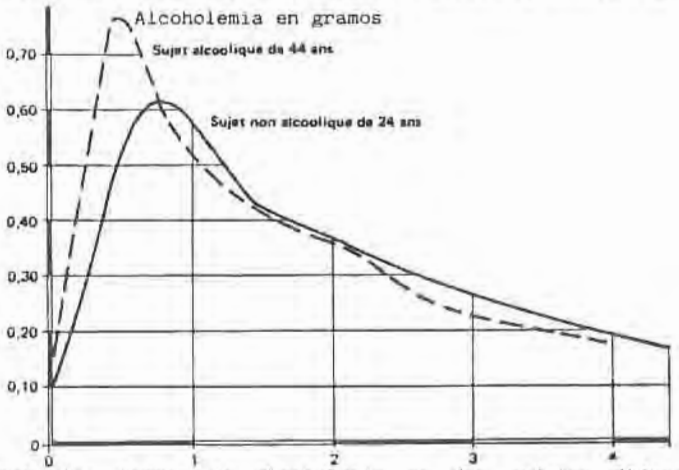


Figura 4.- Curvas de alcoholemia en dos sujetos diferentes (de J. Lereboullet o.c)

b) Influencia de la naturaleza y de la concentración de las bebidas alcohólicas sobre la curva de alcoholemia:

Una bebida rica en alcohol hace subir la alcoholemia más que una bebida de poca graduación alcohólica; ésto es más claro aún en la cerveza, que permanece más tiempo en el estómago. en las figuras 5 y 6 aparecen distintas curvas de alcoholemia para un mismo sujeto, según la ingesta de diferentes bebidas, siempre en ayunas.

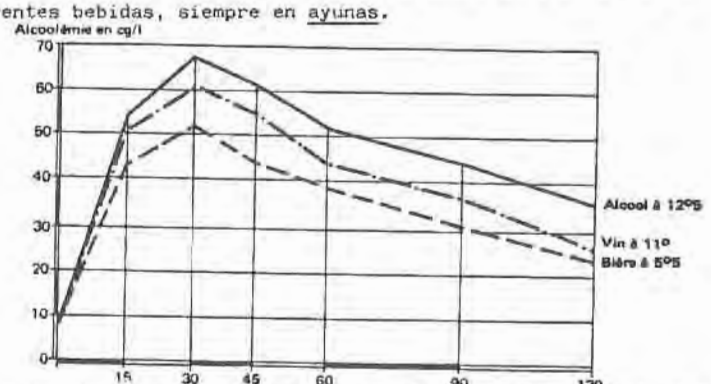


Figura 5.- Curvas de alcoholemia obtenidas con dos bebidas alcohólicas de distinta clase (comparando con alcohol de 12º5)

1.6.- TRABAJOS PRACTICOS

a.- Antes de impartir la lección, proponer a los alumnos que redacten una lista de preguntas que hagan referencia al alcohol.

Esta lista deberá guardarla el profesor. Una vez finalizada la lección se le pregunta al alumno si es capaz de contestar las preguntas que había formulado al inicio.

El confeccionar esta lista tiene como objetivo conocer el nivel de información que tiene el alumno antes y después de la lección, así como comprobar el nivel de asimilación de dicha información.

b.- Una vez finalizada la lección, los alumnos podrán formar pequeños grupos donde discutirán las repercusiones a nivel social (familiar, trabajo, etc.) que provoca una persona afectada por la enfermedad alcohólica.

c.- Pueden calcular la cantidad de alcohol puro e índice de alcoholemia.

d.- Pueden hacer un ejercicio de redacción expresando cual ha sido su experiencia con el alcohol.

e.- Señalar puntos a favor y en contra del alcohol.Agrupándolos en dos grupos: unos a favor y otros en contra.

f.- Discusión sobre por qué la gente se emborracha y hasta que punto es bueno o no emborracharse de vez en cuando.

g.- Discusión acerca de las ocasiones en que suelen pedir o les es ofrecido normalmente alcohol y de si existirían alternativas. Establecer dos grupos: 1) A favor del consumo de alcohol

2) En contra del consumo de alcohol.

TRAYECTO DEL ALCOHOL EN EL CUERPO

El recorrido del alcohol y las etapas de su transformación aparecen esquematizados en la figura siguiente (fig. 1)

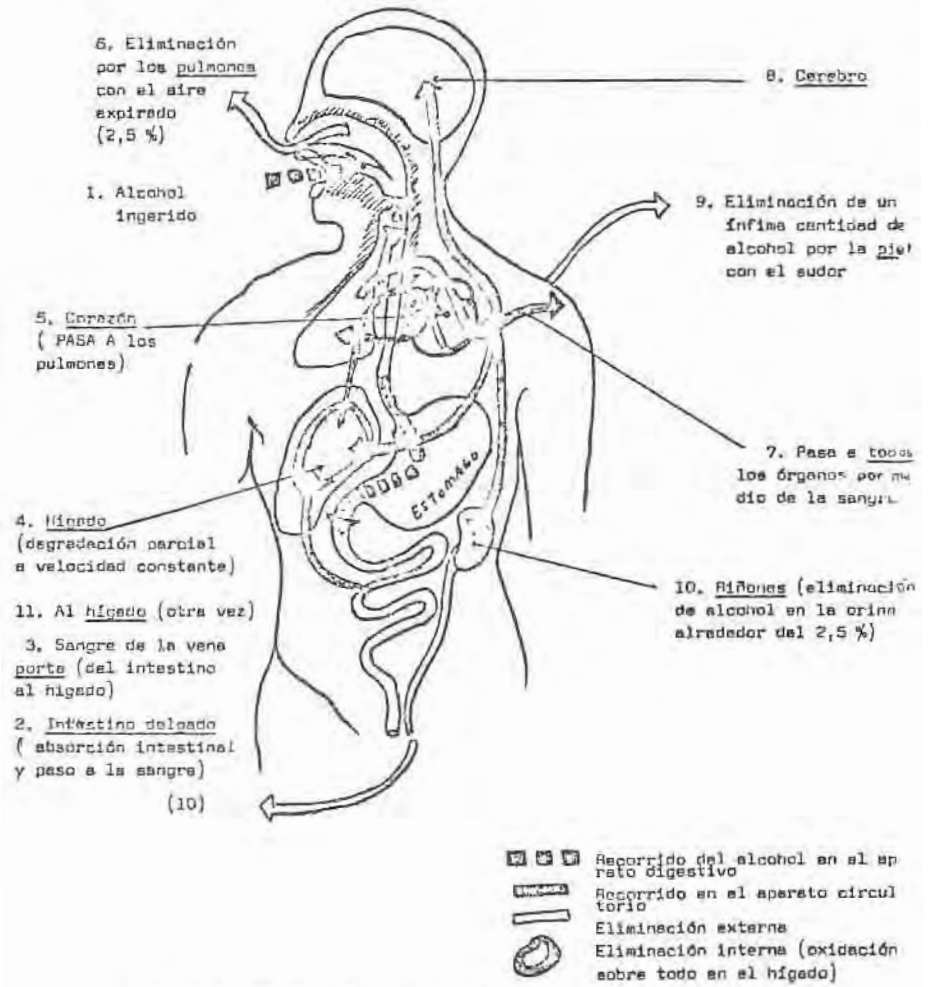


Figura 1.- El alcohol en el cuerpo

1.2.- Difusión y velocidad de absorción del alcohol

Seguir la figura I

De la boca (1), el alcohol desciende por el esófago, pasa al estómago:

1) Si éste está vacio (si se bebe en ayunas), prácticamente el alcohol no es absorbido por su mucosa y pasa rápidamente (15-30 minutos). Si el estómago está lleno (si se bebe en una comida), una parte del alcohol es absorbido por la pared estomacal, puesto que permanece bastante tiempo con los alimentos (1, 2 e incluso 3 horas), sobre todo si la comida es rica en lípidos.

2) Del estómago, el alcohol pasa al intestino delgado (2) y, a través de las mucosas del duodeno y después del yeyuno, se difunde rápidamente en la sangre. El alcohol no necesita ser transformado para atravesar las paredes gástricas.

3) Si el alcohol está concentrado (licores o aperitivos fuertes), pasa más rápidamente a la sangre; en caso de bebidas de poco contenido alcohólico (aperitivos rebajados con agua, vinos y cerveza), pasa más lentamente.

4) Utilizando la vena porta (3), el alcohol, transportado por la sangre, llega al hígado (4). En el hígado, el 95% de alcohol se oxida en aldehído bajo la acción de ciertos enzimas; el 5 % restante se eliminará por los riñones y pulmones. Esta función hepática explica la destrucción a largo plazo de sus células en el alcohólico. Se explica también el conjunto de problemas de circulación abdominal en la cirrosis hepática.

5) Algunos minutos o algunas horas después de ser ingerido, el alcohol ha pasado intacto a la sangre. Aquí aparece la noción capital de alcoholemia.

1.3.- Fisiología y bioquímica de la oxidación del alcohol en el organismo

En su recorrido por el cuerpo, el alcohol es eliminado tal cual (menos del 6%) o es degradado en compuestos químicos más simples, con liberación de energía.(Los nùmeros remiten siempre a la figura 1)

1.3.1.-Lugares y etapas del camino seguido por el alcohol (y por sus derivados)

1.3.1.1.- Las dos principales etapas de la degradación

Las dos principales etapas de la degradación del alcohol tienen su sede en el hígado (4), verdadero laboratorio químico central del organismo.

La deshidrogenación del alcohol (o etanol) en aldehído acético (o acetaldehído), se produce gracias a dos enzimas: el primero, el ADH (alcoholdesidrogenasa), quita el hidrógeno a la molécula de alcohol; el segundo, el NAD (dinucleotido adenina nicotinamida), toma este hidrógeno y lo transporta a algunos ácidos orgánicos que lo aceptan (por ejemplo, el ácido pirúvico que se convierte así en ácido lactico). La reacción puede representarse así:

$$CH_3 - \overset{ADH}{\downarrow} CH_2OH + NAD \longrightarrow CH_3 - CHO + NADH + H_2$$

(ETANOL) (acetaldehído) (NAD hidrogenado o reducido) (hidrogeno)

Esta reacción se desarrolla a velocidad prácticamente constante, limitada por la cantidad de NAD disponible en el hígado y por el tiempo necesario para su regeneración (un poco acelerada por la presencia de fructosa y algunos ácidos orgánicos). Se admite que como media el hígado de un hombre puede degradar un máximo de 0,1 g. de alcohol por kg. de peso corporal y por hora, valor denominado "coeficiente de etil-oxidación".

El acetaldehído obtenido a continuación es oxidado en ácido acético (o acetato) que toma la forma compleja de acetil-coenzima A. Como la precedente, la reacción necesita la presencia de los dos enzimas, el ADH y el NAD.

El acetil-coenzima A es el producto banal del metabolismo celular, que normalmente proviene de la degradación de los azúcares y ácidos grasos.

OBSERVACION: otros mecanismos enzimáticos: El alcohol puede ser degradado por otros mecanismos enzimáticos, sobre todo cuando llega al organismo más alcohol del que puede ser destruido por la vía ADH-NAD (más de 0,1 g/kg/h).

La degradación se produce entonces en todos los tejidos (y no sólo en el hígado), lesionando las células (destrucción de sus ácidos nucléicos o de sus ácidos aminados y, por tanto, de sus enzimas). En estas condiciones, el alcohol es un tóxico muy peligroso y la energía que libera (calor desprendido) es absolutamente inutilizable por el organismo.

Dado el ritmo de degradación del alcohol, la sangre que sale del hígado lleva alcohol todavía no transformando (más o menos cantidad, según el grado de alcoholemia) y acetato (acetil-coenzima A).

Por tanto es sangre alcoholizada la que llega al corazón (5), y éste la envía a todas las partes del cuerpo, incluido el cerebro (8), órgano muy sensible a la acción del alcohol. Más exactamente, el alcohol se propaga en el espacio de difusión del cuerpo rico en agua (=espacio disolvente), los 8/10 del peso del organismo; el alcohol se disuelve menos en las grasas.

Una parte del alcohol no destruido por el hígado será eliminada tal cual, pero lentamente, por los pulmones (6) y por los riñones (10). Cada uno de estos órganos elimina alrededor del 2,5% del alcohol ingerido. Por la circulación general, el alcohol vuelve constantemente al hígado (11) que prosigue su trabajo progresivo de degradación parcial.

1.3.1.2.-Degradación del ácido acético:

El ácido acético, bajo la forma de acetil-coenzima A, se degrada muy lentamente por los procesos habituales del metabolismo (especialmente por el ciclo de Krebs) en todas las células del cuerpo, con liberación final de agua (H_2O), gas carbónico (o bióxido de carbono: CO_2) y energía. Este proceso necesita varios días (una semana o dos). Una parte del acetil-coenzima A, por vía de síntesis, es transformado en colesterol y ácidos grasos: el alcohol puede, en ocasiones, hacer engordar.

1.4.- Energía liberada por la degradación del alcohol

1.4.1.- Calorías liberadas por oxidación del alcohol

La oxidación de una molécula de alcohol libera energía: 325 kilocaloriasLo que puede expresarse así: la combustión de 1 g de alcohol libera 7 kilocalorías

6.4.2.2. TERCER TEMA DEL MATERIAL DEL PROFESOR

LAS DROGAS EN LA LEGISLACION ESPAÑOLA.

3.1. INFORMACION PREVIA NECESARIA AL ALUMNO PARA ESTA LECCION.

Para esta lección, el alumno necesita saber:

1. Los conceptos de salud y enfermedad.
2. Los efectos de las drogas.
3. Los aspectos socio-económicos de las drogas.
4. Los conceptos de norma y de delincuencia.

3.2. OBJETIVOS DE LA LECCION.

Al final de esta lección, el alumno debe estar capacitado para:

1. Justificar la conveniencia o necesidad de que las leyes regulen la producción, distribución y consumo de las drogas.
2. Identificar qué comportamientos son sancionados por la legislación española concerniente a las drogas.
3. Explicar las limitaciones de la legislación actual y argumentar los criterios que deben dirigir una nueva legislación.

3.3. CONCEPTOS MAS IMPORTANTES.

1. Las leyes se refieren a las drogas bajo los aspectos de
1.1. La enfermedad.
1.2. La delincuencia.
1.3. La peligrosidad.
1.4. La repersonalización.

2. Las leyes intervienen en la prevención de las toxicomanías mediante
2.1. La imposición de penas y sanciones.
2.2. Medidas predelictuales y posdelictuales.
2.3. Indemnizaciones penales.
2.4. Sanciones administrativas.
2.5. Medidas asistenciales.

3.4. CONTENIDO DE LA LECCION.

Al llegar a este tema, el alumno ya conoce diferentes informaciones básicas relacionadas con distintos aspectos del fenómeno de la droga en el mundo actual. En este tema se abordan los métodos particulares y específicos que aporta la legislación en el control y prevención del consumo abusivo de drogas. Puede considerarse que, hasta ahora, las leyes son muchas veces excesivamente imprecisas y en general insuficientes. Pero, desde los conocimientos adquiridos en anteriores lecciones, podremos emprender un análisis de la legislación actual que nos permitirá valorar sus aportaciones positivas, al mismo tiempo que, descubriendo sus limitaciones, podremos iniciar una reflexión seria, que tome en cuenta los argumentos científicos de que disponemos, para nuevas o distintas medidas legislativas.

3.4.1. la ley regula la producción, distribución y consumo de drogas.

Ante todo se debe señalar que la palabra "droga" en la legislación española no está determinada, ni obedece a estrictos criterios científicos. Se utilizan como sinónimos los términos de: drogas, drogas tóxicas, estupefacientes y fármacos de efectos análogos.

Se observa, además, una falta de distinción entre clases de drogas:

- para conducción de vehículos, el Código Penal equipara la embriagez a los efectos de otras drogas;
- en cuanto al abuso y tráfico, se reconoce la diversidad de drogas, pero deja al arbitrio del juez la tarea de discernir estas diferencias y la respectiva peligrosidad al fijar la sanción;
- en cuanto a los eximentes y atenuantes o agravantes, el Código no se refiere expresamente a las drogas, sino a ciertos efectos o figuras (enajenación, trastorno mental transitorio, embriagez...) prescindiendo de la causa;

- la ley sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social tampoco establece una clasificación respecto a las drogas, al definir al toxicómano como peligroso.

Todo ello indica que en la Ley, la palabra "droga" se utiliza en el mismo sentido que en la acepción popular del término.

La Farmacología y la Fisiología aportan conocimientos objetivos sobre los efectos orgánicos y de conducta inherentes al consumo de cada droga. Estos conocimientos pueden servir como criterio orientativo en que fundamentar una hipotética decisión de consumir determinadas sustancias o abstenerse de hacerlo. El Derecho aún no ha asumido tales conocimientos y atiende, de forma más o menos acertada, al criterio de repercusión social en un intento de proteger la seguridad individual y colectiva, fundamentalmente la salud mental y física.

Fiel a estos principios, la Ley de 8 de abril de 1967 sobre Estupefacientes, regula el cultivo, la producción, la distribución y el consumo de drogas. Para ello, distribuye las drogas en cuatro listas, recogidas del Convenio Unico de las naciones Unidas, de 1961:

- Lista I: sustancias de las que fácilmente se puede hacer uso abusivo; incluye la Cannabis y todos sus derivados, las hojas de coca, la coca y la cocaína, el opio, la heroína, la metadona y la morfina, entre otras.
- Lista II: sustancias que pueden utilizarse menos fácilmente, como la codeína.
- Lista III: preparados cuya composición entra una o más sustancias de las listas anteriores, aunque en proporciones tan pequeñas que encierran poco riesgo de abuso y que resulta prácticamente imposible recuperar la droga en cantidad suficiente para constituir un peligro.
- Lista IV: sustancias de la lista I cuyo abuso no se conpensa por sus cualidades terapéuticas. Especialmente la Cannabis y su resina, y algunos derivados mórficos, como la heroína.

Las sustancias de las listas I y II son estupefacientes, y su producción y comercio debe ser autorizado. Las sustancias de la lista IV son prohibidas, y su producción sólo se autoriza en las cantidades estrictamente necesariaspara la investigación científica. los preparados de la lista III no están sometidas a un control estricto.

En el Derecho sobre Sustancias Psicotrópicas de 6 de octubre de 1977,

se adoptan cuatro nuevas listas (tomadas del Convenio de las naciones Unidas de 21 de febrero de 1971), cuya importacia y aportación es casi exclusivamente administrativa de las referidas sustancias.

SUGERENCIAS PARA LA CLASE.

Este punto es introductorio y el papel del profesor será el de aportar las informaciones complementarias que permitan abordar la discusión de la necesidad de las leyes sobre drogas que se plantea en el capítulo siguiente.

En el cuadernillo de material para el alumno, esta cuestión de la clasicación de las drogas desde el punto de vista legal se ha simplificado. Unicamente se nombran tres grandes grupos de drogas, utilizando una terminología ampliamente conocida y aceptada, y que, además, permite un reconocimiento práctico de la legalidad o ilegalidad de las drogas.

Las drogas ilegales son las incluidas en la lista IV de la ley de 8 de abril 1967 (prácticamente las mismas de la lista I del decreto de 6 de octubre de 1977): LSD, Cannabis y derivados, heroína, cocaína, y otras menos frecuentes como la mescalina o psilocibina.

Como drogas de uso restringido se engloban el resto de sustancias que aparecen en los medicamentos autorizados. La noción básica es que, siendo siempre peligrosas, algunas drogas pueden curar o aliviar determinadas dolencias y éste es el único motivo para el que ésta autorizado su consumo. Se pretende, por tanto, encauzar el consumo de medicamentos hacia un uso estrictamente médico, al tiempo que disminuir el riesgo del consumo o experimentación adictiva evitando dar los nombres comerciales de los medicamentos potencialmente adictivos.

En cuanto a las drogas de uso legal, con esta denominación se hace referencia principalmente al tabaco y a las bebidas alcohólicas, y en menor medida a las que contienen cafeína (café, té, cacao y bebidas de cola). Pese a no aparecer en las listas de estupefacientes, estas sustáncias objetivamente pueden ser drogas nocivas cuyo riesgo de abuso se ve

multiplicado por la permisividad que caracteriza su consumo en nuestra sociedad. De hecho, la legislación regula algunos aspectos de la producción, distribución y consumo del alcohol y del tabaco, y reconoce las alteraciones de conducta que se pueden atribuir al consumo de alcohol dictando medidas restrictivas al respecto.

3.4.2. ¿Es necesario que la Ley controle las drogas?

Para responder a esta pregunta habrá que tener en cuenta cuatro clases de hechos, a los que la legislación quiere poner remedio.

3.4.2.1. Enfermedad.

Mientras se coincide respecto de los efectos nocivos de algunas drogas, hay testimonios contradictorios en cuanto a los efectos de muchas otras. Prescidiendo, por tanto, de los eventuales beneficios del uso de drogas, limitémonos a las consecuencias morbosas de su abuso:

- El uso excesivo de ciertas drogas produce efectos patológicos que pueden llevar a la muerte, tanto por el consumo excesivo regular, como por dosis excesivas en una sola toma o por la privación súbita.
- Ciertos grupos de toxicómanos padecen mayor morbilidad (cirrosis hepática del alcohólico, hepatitis y cirrosis de los heroinómanos...) unas veces como consecuencia directa del consumo (degeneración del tejido y estructuras hepáticas del alcohólico), otras como consecuencia de su respuesta inmunitaria, a veces por las limitaciones higiénico-sanitaria del consumo de la desnutrición o de otros factores ligados a su estilo de vida.
- Algunos trastornos mentales del consumidor son unas veces causa y otras efecto del consumo.
- La "dependencia física", en el criterio de algunos médicos, debe calificarse de enfermedad.

Las leyes, ante todo esto, considerarán delincuente al que se produce a sí mismo enfermedad, pero generalmente solo incriminarán la producida a otra persona equiparándola a los delitos de lesiones.

Hay que tener en cuenta, por otra parte, que con los datos disponibles en la mano, no se puede afirmar que las toxicomanías en España, en sentido estricto, sean hoy una enfermedad social sobre la base de su tamaño epidemiológico actual, si exceptuamos el alcoholismo y el tabaquismo. Otra cosa es el riesgo de que en poco tiempo se extiendan las toxicomanías a cifras realmente importantes. Hoy por hoy no se dispone de estudios adecuados suficientes que evalúen la cifra de afectados que escapan a las estadísticas policiales o judiciales y sanitarias. Menos aún disponemos de estudios propectivos. El nuestro, limitado a los estudiantes de enseñanza media en Mallorca, da cifras de consumo de alcohol verdaderamente alarmantes, y relativamente bajas de otras drogas.

3.4.2.2. Delincuencia.

La delincuencia relacionada con las drogas abarca sectores amplios y muy diversos: desde la simple tenencia, uso privado o público, hasta la producción, cultivo, fabricación y venta. Al mismo tiempo, los delitos cometidos por o para el consumo de drogas: conducción de vehículos bajo efectos de drogas, estafa, robo, atracos, agresiones y lesiones, etc. Por último, infracciones administrativas.

a) Delincuencia por abuso y tráfico. Tanto la mera tenencia como el simple uso de ciertas drogas constituyen delito en la legislación de muchos paises, pero no de todos. En principio, la legislación española no considera delito usar drogas o poseerlas para consumo propio, lo cual genera problemas en la aplicación práctica del principio. Lo que la legislación española castiga claramente es el fomento del uso, aunque no con la severidad que manifiestan en otras naciones, que por delitos de fabricación, cultivo y, sobre todo, tráfico ilegal de drogas pueden llegar a imponer la pena de muerte.

El artículo 344 del Código Penal, en su primer párrafo, dice:

"Los que ilegítimamente ejecuten actos de cultivo, fabricación elaboración, transporte, tenencia, venta, donación o tráfico en general, de drogas tóxicas o estupefacientes o de otro modo

promuevan, favorezcan o faciliten su uso serán castigados con las penas de prisión mayor y multa de 20.000 a 1.000.000 de pesetas".

La redacción de este artículo es poco precisa cuando ha de aplicarse por posesión o tenencia. ¿Cómo distinguir a quien maneja drogas para su venta del que las cultiva o posee para el consumo a que le obliga su toxicomanía? ¿Se debe presumir a partir de la cantidad intervenida? ¿Cuál es la cantidad máxima?. Esta y otras preguntas posibles debe responder el juez según su propio criterio, exponiéndose a arbitrariedades en la interpretación.Queda al margen la cuestión del origen de la droga, respecto del que cabe preguntarse si se deberá calificar como delito de contrabando.

En su cuarto párrafo, el mismo artículo 344 indica que "en los casos de extrema gravedad y cuando los hechos se ejecuten en establecimiento público, los Tribunales, teniendo en cuenta las circunstancias del hecho y del culpable, podrán decretar la medida de clausura del establecimiento de un mes a un año". Una interpretación amplia de este texto, y basándose enla equiparación, que en otros textos se hace, del alcohol a otras drogas tóxicas o estupefacientes, podría iniciar la discusión sobre la conveniencia o no de ampliar su alcance en vistas de una posible lucha para proteger a la población (especialmente juvenil) contra el alcoholismo.

b)Delincuencia por o para uso de drogas. El uso de drogas incide frecuentemente en el Derecho Penal.

La conducción de vehículos de motor y de aeronaves bajo la influencia de drogas (alcohol incluido) está tipificada como delito. En uno de los escasos supuestos en que la Ley equipara el alcohol con las drogas, el Código Penal, en su artículo 340/bis. a, penaliza con multa de 20.000 a 200.000 pesetas y privación del permiso de conducir por tres meses y un día a cinco años a quien "condujere un vehículo de motor bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes", amenazando con la privación definitiva del permiso a quien por esta causa ya haya sido condenado dos veces a privación temporal del mismo.

El artículo 52 del Código de Circulación (según la reciente modificación por Ley de 8 de mayo de 1981, BOE del 21-VII-81) concreta la alcoholemia máxima autorizada en 0,8 gramos por litro de sangre, la misma

tasa que en otros paises. Los actuales conocimientos no permiten fijar límites semejantes para el resto de drogas.

Las estadísticas confirman la conveniencia de esta medida. Según informa la Dirección General de Tráfico, los conductores ebrios suponen el 5% del total, pero son responsables del 50% de accidentes que se producen en las carreteras.

c) Infracciones administrativas. Según la Ley de Contrabando (Decreto 2166 de 16 de julio de 1964), artículo 11, es infracción de contrabando cualquier acto por el que se lleve a cabo la producción, elaboración o fabricación de géneros estancados sin la correspondiente autorización; la negociación, tráfico o comercio no autorizado de objetos estancados; la circulación de efectos estancados; etc.

Entre otros, son objetos estancados las drogas, según el artículo 30 de la Ley de 1967 sobre estupefacientes, y como tales se encuentran sometidas a la Ley de Contrabando.

3.4.2.3. Peligrosidad.

Entre los fines de la legislación moderna se encuentra no sólo el tradicional de penalizar las lesiones al bien común, sino también la pretensión de actuar precediendo y evitando en lo posible las consecuencias perjuciciales para la comunidad. En este sentido, la Ley adopta medidas frente a la peligrosidad, los delitos de peligro y los de desobediencia.

Es opinión generalizada que el abuso de drogas ocasiona "delitos comunes" tales como delitos contra la propiedad y contra la incolumidad de las personas. Según muchos expertos, los drogadictos cometen con relativa frecuencia delitos para adquirir droga, pero es menos cierto que los cometan como efecto del abuso de drogas. La importáncia de la droga como factor etiológico de criminalidad, está sujeto a un debate más ideológico que científico. Se le atribuye un papel crimonógeno más o menos relevante, demasiadas veces, según la actitud previa del que defiende una determinada posición, y no según el grado de conocimiento objetivo que se posee.

Se pueden considerar tres formas a través de las que la droga interviene como agente causal (o concausal) del delito:

- En primer lugar, de forma directa, mediante la perturbación que puede causar en las funciones psíquicas (y, por tanto, en la conducta) del consumidor. La dificultad principal para aclarar esta cuestión estriba en la interferencia entre características farmacológicas de la droga y de las peculiaridades psicosociales de sus consumidores. A la luz de las investigaciones más autorizadas, puede concluirse:

1. El alcohol, que es la droga más usada en nuestro país, está en intensa relación con la criminalidad violenta y con la criminalidad por conducción temeraria de vehículos a motor.
2. El uso de barbitúricos y anfetaminas parece tener bastante relación con delitos de lesiones corporales. Aunque no pueden hacerse afirmaciones definitivas, se ha constatado que el uso de las anfetaminas incrementa notablemente la violencia.
3. El influjo de la cocaína en la delincuencia común no está muy estudiado. A partir de los conocimientos farmacológicos disponibles, hay que suponer que los efectos de la cocaína incrementan la violencia de forma similar a las anfetaminas y barbitúricos.
4. El uso de marihuana y sus derivados, ni incrementa ni está relacionado con la delincuencia, violenta o no. Los consumidores de estas sustáncias que aparecen en las estadísticas de delincuencia, iniciaron su consumo como consecuencia de su vida delictiva y de marginación.
5. Los heroinómanos figuran en gran proporción entre los delincuentes contra la propiedad (hurtos, robos, estafas...) y entre los traficantes, puesto que su fuerte dependencia al tóxico les obliga a obtenerlo a toda costa. Pero cometen menos delitos contra las personas que los usuarios del alcohol, anfetaminas y barbitúricos.
6. Quienes utilizan alucinógenos no suelen aparecer en las listas de delincuentes violentos, exceptuando algunos casos debidos a pánico o a reacciones tóxicas.
7. El uso esporádico de drogas no parece tener, generalmente, una influencia notable como factor etiológico de la delincuencia, salvo casos de excepcional sensibilidad o de efectos paradójicos.

8. Las anteriores conclusiones deben tomarse con suma cautela ante la tendencia actual al uso simúltaneo de distintas drogas (politoxicomanía), que provoca en los usuarios reacciones de difícil predicción. La potenciación entre sí de los diferentes efectos impide discernir cuáles son imputables a cada una de las drogas que han entrado en contacto, y cuáles son efectos propios del cruce de los tóxicos.

- En segundo lugar, de forma indirecta. La droga obtenida en el mercado negro cuesta cara, y el drogadicto puede verse impelido a delinquir para obtenerla, robándola de un establecimiento sanitario, o consiguiendo ílicitamente los medios económicos para adquirirla. En este sentido cabe destacar la frecuencia con que el consumidor se convierte en traficante, no sólo como medio de asegurarse el suministro del producto, sino también porque esta actividad produce fácilmente unos ingresos muy elevados. En otros casos, el consumidor puede verse forzado a la criminalidad para ocultarse y escapar de la persecución policial. Esta vía indirecta hacia la delincuencia del drogadicto puede constituir un ejemplo de cómo las propias leyes y la forma en que son aplicadas, se convierten, muchas veces, en factores criminógenos importantes.

- Finalmente, el ambiente o "mundo de la droga", es decir, el círculo de costumbres y relaciones en que se mueve el consumidor de sustáncias tóxicas, se suele considerar como productor de delincuencia. Este factor está insuficientemente demostrado y, además, definir conceptualmente ese ambiente en que se cultivaría el delito planta numerosas dificultades. De hecho, los indicadores comúnmente utilizados de que determinadas variedades de costumbres son sospechosas de toxicomanías, y que por tanto permiten dar por supuesta la tendencia al delito, son valoraciones subjetivas, llenas de connotaciones insostenibles: "melenudos", ciertos grupos musicales, desprecio por la sociedad de consumo, promiscuidad, etc. Estos comportamientos tan sólo denotan una serie de productos, subproductos y sucedáneos de movimientos y actitudes contraculturales, de muy variado grado de integración social.

La Ley sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social (artículo 2) señala como posiblemente peligrosos a los ebrios habituales, toxicómanos, promotores y traficantes, dueños de establecimientos que permiten o favorezcan dicho tráfico o consumo, y a los ilegítimamente poseedores de drogas tóxicas, estupefacientes o fármacos de efectos análogos.

3.4.2.4. Repersonalización.

La restauración de la persona del delincuente o sujeto peligroso es también objeto de la legislación, proponiendo la creación y funcionamiento de centros asistenciales especializados. Concretamente, la aludida Ley sobre Estupefacientes de 8 de abril de 1967, en su Capítulo VII, art. 25, prevé la creación de los "Centros de asistencia especializados que sean necesarios para el tratamiento médico, aislamiento curativo y rehabilitación de aquellos enfermos que hayan de someterse a tratamiento de desintoxicación".

Más adelante, esta misma Ley señala para el Servicio de Control de Estupefacientes la obligación de "promover estudios, encargar investigaciones y gestionar el otorgamiento de becas y premios, con objeto de fomentar la mayor eficacia en la lucha contra el mal social de la toxicomanía".

Casi 12 años después, el 15 de febrero de 1979, el ex-Ministro del Interior, Rodolfo Martín Villa, afirmaba en un artículo periodístico que "la Policía y la Guardia Civil son, hasta ahora, los únicos instrumentos de la Administración Pública que vienen actuando con eficacia en el problema del abuso de estupefacientes (...). Pero no existen prácticamente, todavía, centros de servicios de detección y de traramiento como no existen tampoco centros y servicios de reinserción social". Aún hoy esperamos en nuestro país el cumplimiento de estos aspectos fundamentales de la Ley. Por el contrario, en Gran Bretaña, a los 6 meses de entrar en vigor una ley semejante había 39 clínicas en funcionamiento. Es decir, en la práctica, en el Estado Español se viene tratando el problema de las toxicomanías casi exclusivamente como un asunto de orden público y no como problema sanitario.

SUGERENCIAS PARA LA CLASE.

Por el anterior capítulo el alumno sabe que unas drogas están permitidas y otras prohibidas. Entra en este segundo capítulo con un interrogante: ¿es necesario que la Ley controle las drogas?. Se ofrecen dos respuestas que son la caricatura de posturas ideológicas extremas y opuestas. Pero el alumno podrá identificarse con alguna, posiblemente por reconocer en ellas el discurso de los padres, educadores, compañeros, etc. El profesor debería animar la discusión forzando a cada uno a adoptar una postura claramente definida, sea cual sea.

El siguiente paso vendrá caracterizado por el análisis y discusión de la información, que en el cuadernillo para el alumno está estructurada de forma parecida a la ya leída por el profesor.

- Fundamentalmente se destaca la delincuencia por y para uso de drogas, entendiendo el delito como atentado a la salud, integridad, etc. de los otros.

- Se señalan también algunos daños que, sin ser delitos, producen los consumidores de drogas a la colectividad, ya sean daños económicos (al sufragar los gastos de su enfermedad) o físicos (en accidentes de tráfico, o a los "fumadores pasivos", por ejemplo), entre otros que pueden surgir espontáneamente en la discusión.

- Finalmente se apuntan cuestiones como la publicidad y el proselitismo entre la juventud, entendiendo estos actos como perjudiciales al interés colectivo puesto que extienden el consumo de drogas.

Estos son argumentos para plantear la discusión al nivel de los hechos, saliendo del terreno resbaladizo de las ideologías o simples opiniones, cuando no de los prejuicios.

Después del repaso de los argumentos presentados, el alumno habrá alcanzado una nueva visión del problema por la que adoptará su propia respuesta, es decir, sus propios argumentos, ya sean éstos a favor o en

contra de que la Ley controle las drogas. O, quizá, simplemente llegue al convencimiento de que el asunto es más complejo de lo que pudiera pensar antes, y de que cada caso debe juzgarse particularmente atendiendo a sus circunstáncias. De cualquier forma, lo importante es que los alumnos hayan verbalizado, contrastado, y eventualmente movilizado, sus distintas actitudes, lo que de por sí se considerará un éxito. Así es que no se pretende encauzar la actitud del alumno en una dirección determinada, sino que la actitud sea asumida de forma razonada, después de tener en cuenta unos hechos, y no por simple mimetismo.

El profesor se esforzará, por tanto, en ser movilizador y dinamizador del diálogo, permitiendo que todas las opiniones puedan ser expresadas, evitando juicios de valor en forma dogmática, aportando las informaciones que se precisen para mantener el nivel de la discusión y evitando que ésta entre en un punto muerto.

La noción básica es que en un sistema democrático el derecho no es heterónomo, sino que se considera propio por los ciudadanos. No hay una autoridad suprapersonal que crea un conjunto de leyes que los ciudadanos obedecerán por temor a la sanción institucionalizada. En la sociedad democrática, autoridad y ciudadanos tienden a fundirse, y por eso la Ley es aceptada por sus destinatarios como algo propio, como conjunto de normas que la colectividad se impone a sí misma para asegurarse, de forma más o menos acertada, su supervivencia mediante unas relaciones armoniosas y presididas por el principio de la solidaridad entre los individuos que la componen.

En este sentido, por medio del presente capítulo se pretende que el alumno no entienda el control legal de las drogas como restricción arbitraria, sino cono normas de sentido común para prevenir ciertas enfermedades, costes sociales, perjuicios sociales e individuales, resguardar la integridad física y psíquica de cada uno, y proteger a los más indefensos frente a los peligros del abuso de drogas, con las matizaciones que cada caso y cada droga requieran, y con las críticas que merezcan el articulado y su aplicación.

3.4.3. ¿Qué dicen las leyes?

La legislación actual está sometida a revisiones derivadas de nuevos conceptos de lo que deben ser sus métodos, sus medios ysus metas. Especialmente se subraya la necesidad comunitaria de atender a los necesitados, a los marginados, a los delincuentes, a sus víctimas, etc. Se prevén, por tanto, transformaciones importantes que, en el terreno de las drogas, permitan pasar de castigos vindicativos o retributivos a penas reeducadoras, medidas de corrección y seguridad e indemnizaciones penales.

La Ley, actualmente responde al abuso y tráfico de drogas con sanciones penales, sanciones administrativas, medidas preventivas y medidas asistenciales.

3.4.3.1. Penas.

a) La aplicación del ya mencionado artículo 344 del Código Penal sanciona los delitos de tráfico (en sentido amplio) de grogas y fomento o promoción de su uso, de la forma siguiente:

- privación de libertad de hasta doce años y multa de hasta 1.000.000 de pesetas;
- la misma pena, e incluso prohibición del ejercicio profesional entre seis y doce años, a los facultativos que, en abuso de su profesión, incurrieran en delitos de fomento de uso de drogas.

b) La conducción de vehículos de motor bajo la influencia de bebidas alcohólicas o de drogas, se castiga:

- aplicando el Código Penal en su artículo 340, con multa de 20.000 a 200.000 pesetas y privación del permiso de conducción entre tres meses y un día y cinco años;

- la doble reincidencia puede penalizarse con privación definitiva del permiso de conducción.

- Sin perjuicio de lo anterior, la nueva redacción del artículo 52 de Código de Circulación:
  - prohibe conducir con una alcoholemia superior a 0,8 con carácter general, e inferior para determinados conductores, penalizando la infracción con multa de 5.000 a 20.000 pesetas, y procediendo a la inmovilización del vehículo;
  - obliga a someterse a pruebas alcohomètricas, por simple requerimiento de los agentes, a todo usuario de la vía pública (incluso peatón) implicado en accidente de tráfico, y a todo conductor que parezca estar bajo influencia de bebidas alcohólicas, cometa ciertas infracciones o sea requerido a ello por control de tráfico. La oposición se penaliza con multa de 10.000 pesetas y se inmovilizará igualmente el vehículo.

c) La Ley de Navegación Aérea impone sanciones semejantes a los tripulantes o controladores que en la prestación de su servicio actúen bajo los efectos de bebidas alcohólicas, narcóticos o estupefacientes.

d) Los delitos comunes derivados del consumo de drogas o cometidos para consumir drogas (hurtos, robos, estafas, lesiones...) dan lugar a la pena propia de cada uno de ellos, sin atenuación ni agravación alguna.No obstante,
   - se considera teóricamente exentos de responsabilidad criminal, y por tanto exentos de pena, los delitos cometidos bajo enajenación y transtorno mental transitorio (por ejemplo: bajo influencia de drogas). Se exceptúan los casos en que el autor haya provocado la enajenación o trastorno con el objeto de delinquir.
   - es atenuante de responsabilidad la embriaguez no habitual, siempre que no se haya producido con el objeto de delinquir.

3.4.3.2. Medidas predelictuales y posdelictuales.

Junto a las sanciones a los delitos relacionados con drogas, a veces se imponen medidas tendentes a reducir la peligrosidad que delata la comisión del delito. Medidas de este tipo pueden considerarse la privación del permiso de conducir a un individuo que pone en peligro la seguridad vial, la clausura de un establecimiento en el que, con el conocimiento de

su dueño o encargado, se fomente el abuso y tráfico de drogas, o la inhabilitación de un médico que, amparándose en su profesión, fomente el abuso de drogas.

La Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social considera peligrosos:

a) a los ebrios habituales y toxicómanos, a los cuales se les aplicarán medidas tendentes a su recuperación (ocupación de efectos utilizados e internamiento o tratamiento ambulatorio) o a evitar que puedan dañar a otros (privación del permiso de conducir o prohibición de obtenerlo);

b) a quienes promuevan o realicen tráfico ilícito de drogas o fomenten el uso de las mismas, por cualquier procedimiento, se les pueden imponer tres medidas simultáneas: internamiento en un establecimiento de trabajo, incautación del dinero y efectos, y multa; sucesivamente se les puede prohibir la residencia en un territorio determinado y la obligación de someterse a vigilancia.

3.4.3.3. Indemnizaciones penales.

En un principio el Derecho Penal pretendía principal, y quizás exclusivamente castigar al delincuente. Hoy parece que una de las principales pretensiones es la de indemnizar a la víctima de todos los daños causados por el delincuente.

A pesar de opiniones contrarias, hay que considerar que los delitos de drogas producen víctimas. Las personas a las que se inicia (sin o contra su voluntad) en el uso y abuso de drogas son, en muchos sentidos, víctimas y su protección es, en parte, la pretensión de las leyes que castigan el tráfico y fomento del abuso de drogas.

Esta concepción no está tan desarrollada en la legislación española como en la de otros países, en la que, por ejemplo, se considera agravante del delito de tráfico de drogas si se suministran a menores de 18 años, considerándose que los jóvenes pueden ser víctimas más fácilmente, por falta de ciertas autodefensas propias del adulto. Puede analizarse, en este

contexto, la protección legal de la juventud contra el alcoholismo, en Francia e Inglaterra, por ejemplo.

En España, la protección legal de la juventud aparece en el artículo 584 del Código Penal, según el cual "serán castigados con la pena de arresto menor o con la multa de 1.000 a 10.000 pesetas o con la de reprensión privada, al arbitrio del Tribunal":

- Los que emplearen a menores de dieciséis años en locales destinados al despacho de bebidas alcohólicas.
- Los que en establecimientos públicos vendan o sirvan bebidas alcohólicas a los menores de dieciséis años, permitan la permanencia de estos menores en dichos locales,o en los mismos lugares ocasionen su embriaguez.
- Los padres, tutores o encargados de un menor de dieciséis años cuya embriaguez sea imputable a su estado de descuido o abandono.

El incumplimiento de este artículo es evidente. Baste recordar que en nuestra encuesta a los estudiantes de BUP, COU y FP de Mallorca en 1981, el 44 % de los encuestados admitió haberse embriagado alguna vez, y el 80 % de ellos lo hicieron antes de los 16 años. Por ello acogemos con cierta desconfianza una medida como el Real Decreto de 5 de marzo de 1982, según el cual se prohibirá la venta de tabaco a los menores de 16 años. Para que esto sea eficaz, deberían desaparecer las máquinas expendedoras de tabaco, limitarse igualmente su venta en bares, etc.

Otra cosa es la limitación de publicidad, que afecta a las bebidas alcohólicas y al tabaco, en los medios oficiales de radio y televisión, puesto que puede constituir una forma eficaz de prevención, como ya ha demostrado en algunos países. No obstante, en cuanto a la publicidad, la normativa actual supone:

- la prohibición de la publicidad directa de los licores de alta graduación, pero sigue habiendo publicidad indirecta (en cualquier telefilm y en algunos programas aparecen contínuas incitaciones al consumo, o, por ejemplo, se anuncia un caballo o un toro, que representan marcas de coñac muy conocidas).

- la publicidad de otras bebidas alcohólicas debe expresar su contenido en alcohol.
- la publicidad directa de tabaco queda totalmente prohibida por el Real Decreto de 5 de marzo de 1982 (que no entrará en vigor hasta los dos años, es decir, en 1984).

La normativa sobre tabaco del mencionado Real Decreto, incluye además un conjunto de medidas que ya son efectivas en los países del Mercado Común:

- Inclusión obligada de una inscripción en los paquetes de cigarrillos, con la advertencia de que su uso puede ser perjudicial.
- Limitación de los coeficientes de nicotina y alquitrán.
- Normas para habilitar lugares adecuados para fumadores en transportes públicos y grandes locales comerciales, así como centros sanitarios y docentes.

3.4.3.4. Sanciones administrativas.

Las infracciones reguladas en la Ley de Contrabando se castigan con multa, comiso y separación del servicio o cargo, y sanciones subsidiarias.

Las multas pueden ser desde el doble hasta seis veces el valor de lo incautado. La sanción subsidiaria, por insolvencia del culpable, es de prisión, calculando su duración sobre la base de un día de prisión al importe del salario mínimo el día de la condena.

3.4.3.5. Medidas asistenciales a enfermos.

La Ley de 8 de abril de 1967, sobre estupefacientes, considera enfermos a los drogadictos y regula, por tanto, dos tipos de tratamiento: internamiento o ambulatorio.

Los internamientos pueden ser voluntarios o impuestos (por prescripción médica o por orden gubernativa o judicial). Aunque está prevista la creación de Centros de asistencia especializados en el tratamiento médico, la desintoxicación, el aislamiento curativo y la reinserción social de los adictos, en la actualidad se les recluye en la cárcel o en un hospital

psiquiátrico, generalmente en salas comunes con otros enfermos, ya que, como se sabe, no existen los Centros cuya creación ordena la Ley.

Para quienes no precisen internamiento, se permite que se les administren dosis extraterapéuticas de estupefacientes, dentro de una pauta de desintoxicación.

SUGERENCIAS PARA LA CLASE.

Como se observará, en el cuadernillo para el alumno se recogen únicamente algunos de los artículos legales de mayor interés. Pero hemos creído oportuno poner al alcance del profesor el conocimiento de prácticamente toda la legislación al respecto, puesto que fácilmente puede salir la pregunta inesperada o durante la discusión puede hacerse necesario ampliar la información que tiene el alumno en su cuadernillo.

Con este tercer capítulo se cubre el segundo objetivo enunciado al principio de la lección: "Identificar qué comportamientos son sancionados por la legislación española concerniente a las drogas". Ahora bien, este objetivo no se cubriría si sólo se informara de las leyes. El alumno debe estar capacitado para reconocer la presunta ilegalidad de comportamientos concretos en su vida cotidiana. Por ello deberían plantearse diversas situaciones sobre las que el alumno pueda ejercer su propio juicio, capacitándose así para el reconocimiento práctico que se pretende.

Si se ha trabajado el primer objetivo en los precedentes capítulo, el alumno puede disentir de la legislación actual. Será conveniente, por tanto, que se discutan las inevitables limitaciones y exageraciones que se perciban en las leyes. En este caso, el profesor evitará intervenir en la discusión, excepto para aportar los datos que se le pidan, pero nunca poniéndose a favor o en contra de las posturas en discusión. En todo caso, como final y recapitulación, pedirá a los alumnos que expresen por escrito los argumentos que defiende cada posición (la propia y la contraria), o que reescriban el artículo objeto de discusión de acuerdo con las actitudes y conocimientos requeridos.

6.4.3. CHARLA CON LOS PADRES.

Se realizó una charla única con los padres de alumnos de los colegios que recibieron unas de las dos fórmulas de tratamiento experimental. O sea, que en los colegios control no hubo ninguna charla. Dicha conferencia -coloquio solía ser convocada por el presidente de la APA (Asociación de Padres de Alumnos) del colegio correspondiente. La asistencia casi nunca fue masiva, oscilando su número entre 40 y 70, que no corresponden más que a un pequeño porcentaje del total de padres de todo el colegio. Ello es muestra de la escasa presencia activa de los padres en las actividades de los colegios, pues de hecho las asistencias registradas en nuestras charlas eran más altas que cuando se tocaban otros temas. La charla era dada por mí o por algún otro miembro del equipo de especialistas en toxicomanía.

Aunque el esquema seguido no era exactamente el mismo cada vez, en general se adaptaba al que sigue a continuación. Dicho esquema no siempre era expuesto en su totalidad. En ocasiones la exposición nuestra solo era de alrededor de media hora dejando el resto para coloquio que inevitablemente discurría por los mismos derroteros. A saber, como poder identificar al hijo consumidor y mostrando interés exclusivamente por las drogas ilegales. El coloquio servía para introducir muestros puntos de vista sobre el papel del aprendizaje del uso de las drogas legales en el aprendizaje del consumo de las ilegales, el papel del control de los padres, la calidad de las relaciones padre-hijo, etc. y hacerles llegar nuestra opinión de que su interés exclusivo en controlar las drogas ilegales era una táctica a todas luces inadecuada. En efecto, a estas edades, -salvo excepciones- sus hijos en el peor de los casos estaban en la fase de experimentadores ocasiones de drogas ilegales. Por tanto difícilmente se puede controlar algo que no está ocurriendo. Más les valía pues actuar sobre las fases previas de este aprendizaje -si aceptamos la hipótesis de un aprendizaje secuencial-, es decir, sobre el uso de alcohol y tabaco, productos cuyo consumo puede ser más fácilmente identificado por los padres y que además forma parte de los auténticos hábitos toxicofílicos en esta edad. Era notable la resistencia a aceptar dicho razonamiento o estrategia, volviendo una y otra vez los padres al problema de la droga ilegal como cuestión desligada de cualquier otro contexto.

ESQUEMA DE LA CONFERENCIA PARA LOS PADRES

planteamiento general

- existen una serie de situaciones al más alto nivel (paro, mafia, leyes, etc) que tienen una influencia decisiva. Hay que conocerlas y tener ideas claras sobre la forma en que deberían cambiar, pero no podemos escudarnos en ellas para no hacer nada.
- (A semejanza de lo que ocurre con la sexualidad) se da la circunstancia en el caso de los toxicómanos de que los hijos a veces saben más y tienen más experiencia que nosotros.
- Ustedes vienen a escuchar y aprender preferentemente sobre las drogas ilegales. Para Vds. legales e ilegales son dos mundos separados, pero no es así para sus hijos. Desde el punto de vista preventivo merecen un tratamiento similar.
- no tenemos la solución mágica (receta)

cuanto se consume

- datos más importantes del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales entre los estudiantes de Mallorca.
- hacer una valoración comparativa de estos datos con otros países.

como se consume

- donde se empieza el consumo
- quien es más probable que haga ofertas de consumo.
- las drogas legales e ilegales son ofrecidas en los mismos sitios, por las mismas personas, siendo el mismo espectro de jóvenes quienes tienden a consumir unas u otras

por que se consumen

- múltiples causas (presión social, personalidad, oportunidades, etc)
- desde el punto de vista del individuo no hacen falta grandes razones. No existe una contracultura de la droga del estilo de la del 68.

quien tiene más posibilidades de consumir

- no existe ningún tipo de personalidad inmunizado contra la droga.
- ni la información, ni las actitudes antidroga aseguran el no-consumo.
- importancia de las oportunidades de oferta.
- quien ha hecho un aprendizaje en una droga tiene más posibilidades de consumir otras. Politoxicomanía.
- mismo perfil de consumidor de legales y de ilegales.
- características del consumidor y del no-consumidor.

como se identifica el joven consumidor

- es una estrategia mala el centrar todos los esfuerzos en descubir el hijo consumidor de drogas ilegales, dado que cuando empiezan a haber señales muchas veces el consumo está ya muy arraigado.
- Es frecuente que en las primeras etapas del abuso no existan signos desadaptivos en su comportamiento escolar, familiar, etc. Otros pueden mostrar una huida del medio familiar, refugiándose en los amigos.
- al ser la adolencencia una época de cambios, es muy difícil asignar estos al consumo de drogas y puede ser contraproducente vivir en continua parancia.
- es mucho más útil y factible el identificar el uso y abuso de drogas legales (embriagueces ocasionales de los hijos, etc)
- no obstante, sería muy útil poder contactar con el adolescente en los primeros momentos del abuso, por que después se suele apoyar cada vez más en sus compañeros y es muy difícil abordarle, hasta que el proceso está ya muy avanzado y comienza a tener problemas importantes relacionados con el final de la "luna de miel" con la droga.

como influyen los padres en las conductas adictivas de los hijos

- existe relación significativa en nuestra (y otras) encuestas entre el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos de los padres y el consumo de los hijos tanto de drogas legales como ilegales.
- consumismo en general entre los padres.
- malas relaciones padres-hijos. Hacer referencia a la encuesta (relación rebeldía/dependencia con la droga).
- Hogar roto. "Ausencia" del padre (falta de triangulación).
- Un hijo consumidor puede darse en cualquier familia, dado que las causas son múltiples.

NO hay que culpabilizarse si aparece un hijo consumidor.

que pueden hacer los padres

- "no existen recetas".
- binomio represión versus comprensión. Comprender se convierte en vital cuando reprimir es insuficiente. Tampoco descuidar completamente la guardia.
- informarse mejor, porque ésto les dará más seguridad en el diálogo con los hijos y no tendrán que refugiarse en la evasión o en la adopción de posturas rígidas reactivas.
- los chicos reciben poca información desde las fuentes institucionales de información. Un 4% dicen haberla recibido de los padres y un 6% de los profesores. La calidad de la información de los que dicen haberla recibido de los padres es: la 1/2 mala y la otra 1/2 regular, contrastando con los que la han recibido de los amigos.
- lo anterior contrasta con que afirman que si tuviesen un problema acudirían en primer lugar a los padres en una proporción del 30%. Por tanto hay que estar formados e informados.
- Ser capaces de distinguir -y por tanto de valorar distintamente- entre el consumo de las diversas drogas, por que su hijo si sabe distinguir, pero al mismo tiempo estar consciente del aprendizaje secuencial.
- la prevención de las drogas ilegales comienza con la prevención de las legales (aprendiendo un autocontrol en el uso -o en el no uso- de éstas últimas).
- realizando los mismos padres una contención en el consumo de drogas.
- no excederse en dar dinero o facilidades a los hijos (por aquello de que disfrute él ya que yo no pude)
- no dimisión pedagógica ni autoritarismo ante el comportamiento del adolescente.

6.4.4. ELECCION DE LA MUESTRA

Se trata de conseguir tres grupos de centros, comparables entre sí, para poder ser asignados al azar a una de las dos modalidades experimentales (tratamiento por profesores o por especialistas) o al grupo control. Pensamos hacer dichos agrupamientos en función de:

- Nivel de consumo de alcohol, tabaco y porros.
- Tamaño del centro (grande, mediano o pequeño).
- Tipo de centro: Público o privado.

Quedaron fuera de la posibilidad de muestreo, los centros exclusivamente femeninos al no existir un mínimo de tres similares. También se excluyen los centros de Formación Profesional pues, al tener que extenderse a un plazo de tres años la administración del programa experimental completo no podía asegurarse la presencia de los alumnos al haber considerables pérdidas por abandono entre el primer grado y el segundo grado de F.P.

De acuerdo con las tres indicaciones anteriores salieron elegidos un grupo de 15 centros escolares, que darían lugar a tres grupos de 5. Cada grupo estaría constituido por: Tres centros privados (uno grande, uno mediano y uno pequeño) + dos centros públicos o Institutos Nacionales de Bachillerato (uno grande y uno mediano). La condición de centro ubicado en la ciudad o en los pueblos grandes de la isla no fué utilizada como elemento clasificador dado que por las particularidades de la isla, hace que no existan diferéncias notables entre zona urbana y rural.

Asi quedó la distribución, tras asignar al azar cada grupo a cada fórmula de tratamiento:

	INB	CPB	
Tratamiento Equipo	13	23	Grande
	16	24	Mediano
		36	Pequeño
Tratamiento Profesores	05	28	Grande
	18	30	Mediano
		35	Pequeño
Grupo Control	08	25	Grande
	12	32	Mediano
		34	Pequeño

La segunda tarea del muestreo consiste en, una vez ya elegidos los centros, conocer cuantos y cuales estudiantes van a participar en el post-test. Ya dije que (ver cuadro II en 6.3) muchos de los estudiantes, que participaron al pre-test no pudieron entrar en el experimento al haber ya abandonado la escuela debido a los largos plazos utilizados por diversas razones burocráticas. Una de éstas razones fué la prohibición del Ministerio de Educación de realizar cursos de prevención de drogas que hubo que solventar a través de la intervención de la Comisión Interministerial para la Droga. El resultado fue que en lugar de haber podido incluir todos los cursos de cada colegio en el experimento, el único grupo escolar que pudo completar los tres momentos del experimento fueron aquellos **estudiantes de BUP que cuando hicieron 1º de BUP se les suministró el pre-test, cuando hacían 2º de BUP fueron sometidos al tratamiento experimental del curso de prevención y cuando realizaban 3º de BUP se les sometió al post-test.**

Hubo todavía una segunda dificultad que hizo perder fuerza al diseño experimental. Habíamos incluido al principio de las dos encuestas (pre y post) una clave individual que solo el propio implicado podía descifrar, con la intención de poder comparar individuo por individuo y conocer así de que modo le afectaba o no el tratamiento. Pero, al corregir la segunda encuesta solo pudimos identificar alrededor de un 20% de alumnos de los que sabíamos cual era la 1ª y 2ª encuesta. Del resto no coincidían las claves y por tanto no podíamos saber cual era la encuesta que les correspondía en las dos administraciones. Razones para dicha discordáncia son muchas, desde la voluntad expresa de confundir deliberadamente ante el miedo de poder ser identificado (cosa que dudamos que fuese la causa prioritaria debido al excelente nivel de colaboración mostrado en todo momento) hasta la dificultad en seguir exactamente las instrucciones para construir la clave secreta individual determinado por el barullo inicial que se daba al principio de la clase. Revisando la literatura vi que estas situaciones son bastante corrientes, pues en un trabajo experimental serio de Stuart (citado por SMART y FEJER, 1974) solo conseguían identificar un 10% tras una serie de tres test. Ello obligaba por tanto a que la comparación sobre los resultados del tratamiento aplicado se tuviese que hacer **comparando clases y no individuos separados.** Nuestra labor de muestreo se dirige entonces a elegir al azar de cada clase un número representativo de encuestas (la encuesta se pasaba a todos los miembros de la clase). **Fueron seleccionados alrededor de un 20% de las encuestas recogidas, obteniendo**

una muestra total de 261 alumnos, que supone un nivel de confianza del 95% con un error de más o menos un 5% para el conjunto.

Exponemos ahora la lista de centros con sus nombres y número de alumnos seleccionados por la segunda encuesta:

Clave del Centro	Nombre del Centro	Tipo tratamiento	Nº Total alumnos 3º de BUP	Nº de alumnos seleccionados
13	INB Soller	Equipo	46	8
16	INB Son Cotoner	Equipo	133	32
05	INB Felanitx	Profesores	92	13
18	INB Manacor	Profesores	201	28
08	INB Llucmajor	Control	106	16
12	INB Inca	Control	153	25
23	CIDE	Equipo	104	8
24	La Salle (Palma)	Equipo	224	32
36	Sta. María	Equipo	36	6
28	Luis Vives	Profesores	121	22
30	San Luis	Profesores	50	8
35	Ramón Llull	Profesores	125	20
25	Montesión	Control	137	22
32	Pío XII	Control	90	13
34	La Salle (Inca)	Control	42	8
			1.660	261

Distribuídos según el tratamiento recibido tenemos:

	Nº.	%
- Grupo tratado por los especialistas	86	33,0
- Grupo tratado por los profesores	91	34,9
- Grupo control	84	32,1
	261	100

6.4.5 Elaboración encuesta post-test.

La encuesta comienza con tres preguntas destinadas a saber si el alumno había sido sometido con anterioridad a la primera encuesta (pre-test); si había sido asistido a los cursos de prevención escolar y si los cursos anteriores había estado en el mismo colegio que el actual. La respuesta a estas preguntas debía servir para indicar sobre su inclusión o no en la investigación.

Siguen una serie de preguntas que son exactamente copia de la primera encuesta y en las que se ha conservado el mismo número de variable. Se trata de las siguientes preguntas que identifico según el número de variables que se les asignó en la encuesta pretest:V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V45, V46, V50, V51, V60, V72, V77, V78, V82, V85, V87, V88, V92, V93, V107, V108, V115, V116, V117, V118, V119, V121, V123, V125, V127, V150, V151, V152. Por un error de imprenta no se incluyó en la nueva encuesta el consumo cuantitativo de marihuana (V73). Estas preguntas hacen referencia a cuestiones de consumo, información sobre drogas, actitudes, dinero semanal disponible, años y sexo. Como hemos dicho la redacción de éstas preguntas es similar a las de la primera encuesta por interesar precisamente establecer comparaciones.

Se cambió el redactado de la V34, V36, V38 y V40 que preguntaban separadamente por el consumo de coñac, whisky, bebidas dulces y aguardientes tipo ron, vodka o ginebra, que se convierten en V161 e igualmente V163 pasa a ser la suma de V42 y V44 que preguntaba conjuntamente por cócteles y combinados. También V187 es producto de la reunión de V97 (frecuencia de consumo de analgésicos y tranquilizantes) y V102 (frecuencia de consumo de hipnóticos y sedantes). No reproduzco ninguna de estas preguntas dado que pueden ser consultadas en donde la primera encuesta (5.1.1.).

Existen además una serie de nuevas preguntas que agrupamos en los siguientes apartados:

a) Causas subjetivas del inicio o del mantenimiento del consumo o del no-consumo de diversas drogas: V165, V166, V167, V168, V169, V170, V171, V172, V173, V174, V175.

b) Facilidad de obtener una droga y conocimiento de amigos que la consumen: V176, V177, V178, V179, V180, V181, V182, V183, V184, V185, V186.

c) Escalada del consumo entre las diversas drogas y circunstancias que influyen: V188, V189, V190, V191, V192, V193.

d) Vivéncia subjetiva de la influencia del curso de prevención: V194, V195.

e) Información adquirida a través del curso: V196 sobre los efectos del tabaco; V197 y V198 sobre los efectos del alcohol y V201 sobre la alcoholemia.

f) Captación de los efectos de la publicidad (V199) y las causas macroeconómicas del consumo de alcohol (V200).

g) Actitudes sobre aspectos legales del consumo de grogas : V202 y V203.

h) Toma de decisiones: V204, V205, V206 y V207.

****

Siguen a continuación las preguntas nuevas, o sea, no incluidas en la primera encuesta.

V165.- ¿Por qué **tomo** bebidas alcohólicas?
- Nunca he tomado
- Porque me anima
- Porque me facilita mi relación con los demás
- Porque ya tengo edad para tomarlas
- Porque todos mis amigos lo hacen
- Porque me gusta su sabor
- Otras razones (dí cuáles)

V166.- ¿Por qué **no tomo** bebidas alcohólicas?
- Porque no son buenas para el cuerpo
- Porque puedo divertirme igual sin tomarlas
- Porque hago deporte y pienso que no es compatible
- Porque no me dejan
- Porque es una droga
- Porque aún no tengo 16 años
- Porque prefiero tomar otras drogas
- Otras razones (dí cuáles)

V167.- ¿Por qué **dejaría de tomar** bebidas alcohólicas?
- No tomo bebidas alcohólicas
- No veo razones para dejar de tomarlas
- Si encontrase a alguien que me concenciese que son perjudiciales
- Si los compañeros de mi grupo no consumiesen, me sería más fácil dejarlo
- Dejaría de tomarlas si fuesen ilegales
- Otras razones (dí cuáles)

V168.- ¿Por qué comencé a fumar tabaco?
- Nunca he fumado
- Porque mis amigos lo hacían
- Porque, aunque sé que perjudica, sentí curiosidad por probarlo
- Porque a mi edad es normal que se fume
- Otras razones (dí cuáles)

V169.- ¿Por qué sigo fumando tabaco?
- Yo no fumo
- Porque estoy más nervioso/a cuando no fumo
- Porque no creo que perjudique tanto como dicen
- Porque en el ambiente donde me muevo la mayoría fuma
- Otras razones (dí cuáles)

V170.- ¿Por qué dejaría de fumar tabaco?
- No fumo
- No lo dejaría
- Si empezara a notar que me perjudica físicamente
- Si mi grupo de amigos no fumase
- Si viese que de cara vez necesito fumar más
- Si mi pareja no le gustase que yo fumase
- Si estuviese prohíbido
- Otras razones (dí cuáles)

V171.- ¿Por qué no fumo tabaco?
- Pienso que no sirve para nada
- Porque los que fuman tienen más problemas respiratorios
- Porque me cansaría más al hacer deporte
- Porque tiene mal sabor
- Porque no me dejan
- Porque mis amigos no fuman
- Porque prefiero tomar otras drogas
- Otras razones (dí cuáles)

V172.- ¿Por qué comencé a fumar marihuana, haschis, etc.?

- Nunca he fumado
- Porque pienso que se tiene que experimentar
- Porque mis amigos fumaban marihuana
- No lo sé empecé sin planteármelo
- Porque me ofrecieron y no supe negarme
- Porque, aunque sé que perjurica, sentí curiosidad
- Otras razones (dí cuáles)

V173.- ¿Por qué sigo fumando marihuana, haschis, etc.?
- No fumo
- Porque me hace sentir bien
- Porque no perjudica
- Porque todos mis amigos lo hacen
- Porque fumarla de vez en cuando no perjurica
- Otras razones (dí cuáles)

V174.- ¿Por qué dejaría de fumar marihuana, haschis, etc.?
- No fumo o he fumado pocas veces
- no lo dejaría porque me gusta
- Si viera que me perjurica
- porque resulta muy cara
- Otras razones (dí cuáles)

V175.- ¿Por qué no fumo marihuana, haschis, etc.?
- Sí fumo marihuana
- Porque me da miiedo
- Porque no se sabe muy bien qué puede producir
- Porque es ilegal
- Porque nunca me han ofrecido
- Otras razones (dí cuáles)

V176.- Aunque no me interese consumirla, para mi conseguirla sería:
- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

V177.- En tu grupo de amigos, ¿conoces a alguien que consuma marihuana?
- Si
- No

V178.- Aunque no me interese consumirla, conseguir heroína sería:
- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

V179.- En tu grupo de amigos ¿conoces a alguien que consuma heroína?
- Si
- No

V180.- Aunque no me interese consumirlo, para mi conseguir L.S.D. (ácido) sería:
- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

V181.- En tu grupo de amigos, ¿conoces a alguien que consuma L.S.D. (ácido)?
- Si
- No

V182.- Aunque no me interese consumirla, para mi conseguir Cocaína sería:
- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

V183.- En tu grupo de amigos, ¿conoces a alguien que consuma Cocaína?
- Si
- No

V184.- ¿Cómo has obtenido los estimulantes o anfetaminas?
- Me lo ha recetado el médico
- Me lo han dado mis padres
- otros medios

V185.- Aunque no me interese consumirlos, para mi conseguir estimulantes o anfetaminas sería:
- Muy fácil
- Fácil
- Difícil
- Muy difícil

V186.- En tu grupo de amigos, ¿conoces a alguien que consuma estimulantes o anfetaminas?
- Si
- No

V188.- ¿Cuál fue la primera droga ilegal que tomaste?
(Indica su nombre)

V189.- ¿En qué situación social consumiste, por primera vez, droga ilegal?
- En una fiesta privada
- Con un amigo
- Con un grupo de amigos
- En una discoteca
- Otras situaciones (dí cuáles)

V190.- ¿Por qué empecé a tomar otras drogas distintas de la marihuana (heroína, L.S.D., cocaína)?
- Nunca he tomado
- Para sentir sensaciones nuevas
- Porque me invitaron y sentí curiosidad
- Porque pensaba que no serían tan peligrosas como dicen
- Porque conozco a otras personas que las consumen
- Porque creo que estas cosas deben conocerse
- No lo sé, comencé sin planteármelo
- Otras razones (dí cuáles)

V191.- ¿Por qué sigo tomando drogas diferentes de la marihuana (heroína, L.S.D., cocaína)?
- me es imposible dejarlo
- Porque me gusta el grupo de gente que las toma conmigo
- Porque me hacen sentir bien
- Porque creo que tomarlas de vez en cuando no son lo peligrosas que dicen y no crean hábito
- Porque creo que tomadas con moderación proporcionan unas experiencias que de otro modo jamás se podría experimentar
- otras razones(dí cuáles)

V192.- ¿Por qué dejaría de tomar otras drogas distintas de la marihuana (heroína, L.S.D.,cocaína)?
- Si viese que comenzaba a obsesionarme por ellas.
- Si viese que me perjudica física o mentalmente.
- Si notaraque cada vez necesito más droga para conseguir el mismo efecto.
- Si viese que me hacen necesitar más dinero del que normalmente dispongo.
- No lo dejaría.
- Otras razones

V193.- ¿Por qué no tomo otras drogas distintas de la marihuana (heroína, L.S.D., cocaína)?
- Sí tomo alguna de estas drogas.
- Porque me dan miedo.
- Porque son muy caras.
- Porque pueden anular por completo la personalidad del individuo que las toma.
- Porque no he tenido la oportunidad de hacerlo.
- Porque temo que me descubran o que alguien lo pudiese notar.
- Nunca he pensado sobre la posibilidad de tomarlas.
- Otras razones.

V194.- El haber seguido las clases sobre drogas del curso pasado:
(Elige la respuesta que más se acerca a tu caso. Si no asististe a dichas clases deja esta pregunta sin contestar).
- Me ha hecho comprender mejor el funcionamiento y los peligros de las drogas tanto legales como ilegales.
- No me ha enseñado casi nada que no supiese.

V195.- El haber seguido las clases sobre drogas del curso pasado:
(Elige la respuesta que más se acerca a tu caso. Si no asististe a dichas clases deja esta pregunta sin contestar).
- Me ha servido para plantearme el consumir menos o no consumir drogas tanto legales como ilegales.
- No ha influido prácticamente en mis planteamientos sobre consumo de drogas.

V196.- Quien ABUSA de fumar tabaco, a largo plazo, puede llegar a padecer:
(De las siguientes respuestas escoge TRES que en tu opinión sean correctas)
- Cáncer de lengua y de pulmón.
- Cirrosis.
- Aumento de la presión arterial.
- Leucemia.
- Transtornos respiratorios.
- Anorexia (Falta de apetito).

V197.- Quien ABUSA de las bebidas alcohólicas, a largo plazo, puede llegar a padecer:
(De las siguientes respuestas escoge TRES que en tu opinión sean correctas).
- Erupciones en la piel.
- Depresión respiratoria.
- Ulceras gástricas.
- Cirrosis.

- Pérdida agudeza visual.
- Encéfalopatías (Enfermedades del cerebro)

V198.- De estas posibilidades que siguen hay una que plantea **menos** problemas a la larga. Señálala.
- Beber un vaso de vino o cerveza conla comida cada día de la semana y no beber nunca fuera de las comidas.
- No beber durante la semana y los fines de semana beber 7 copas o cervezas.
- No beber casi nunca pero cada 2 meses emborracharse.

V199.- La publicidad:
- Sirve para informarnos sobre las distintas marcas existentes.
- No influye en el consumo. Cada cual consume lo que le apetece.
- Hace que parezca necesario lo que no es.
- Atribuye características deseables a productos poco atractivos.

V200.- España es uno de los países más afectados por el alcoholismo. Esto es debido a:
- La influencia del turismo.
- La inestabilidad social.
- Que es el tercer país productor de bebidas alcohólicas.
- Que las bebidas alcohólicas que se producen están adulteradas.

V201.- Sabes que la tasa máxima de alcoholemia legalmente permitida a quienes conducenes de 0,8. Esto quiere decir que un adulto medio, de 75 Kg., si ha de conducir no debe tomar más de:
- Una copa, que es el límite máximo.
- Tres consumiciones corrientes.
- Si no mezcla, puede tomar cuatro o cinco consumiciones.
- Si sabe beber, puede tomarse lo que quiera.

V202.- En cuanto a fumar en clase, tú crees que:
- Se debe tener total libertad al respecto.
- Sólo deben fumar los que están junto a las ventanas.
- Los fumadores deben abstenerse de contaminar el aire de los que no quieren fumar.
- El Ministerio ha prohibido fumar en clase.

V203.- Respecto de las leyes sobre drogas, tu posición es que:
- No debe haber prohibiciones, porque cualquiera ha de poder decidir libremente.
- Se deberían prohibir todas las drogas, incluso el alcohol y el tabaco.
- Ha de haber limitaciones en el consumo de drogas, para evitar daños tanto al consumidor como a la sociedad.
- Se deberían autorizar todas las drogas, de la misma forma que se autorizan el alcohol y el tabaco.

V204.- SOLO para contestar por los que en la ACTUALIDAD **NO** FUMAN tabaco o FUMAN MUY DE VEZ EN CUANDO.
(Marca la respuesta que más se acerca a tu caso. Una sola)
Durante los **últimos 4 meses** (no incluyas por tanto lo que te haya pasado antes de estos 4 meses):
- He estado muy a punto de comenzar a fumar pero no lo he hecho.
- Comencé a fumar pero lo dejé casi enseguida.

- He tomado durante estos 4 meses la decisión muy clara de no fumar.
- Nunca pienso en fumar o no, pues para mi no es ningún problema no fumar.
- Antes era fumador y he dejado de fumar durante los últimos 4 meses.
- Tengo tomada la decisión de no fumar desde antes de los últimos 4 meses.

V205.- SOLO para contestar por los que NORMALMENTE FUMEN TABACO EN LA ACTUALIDAD.
(Marca la respuesta que más se acerca a tu caso. Una sola respuesta, por favor).
Durante los **últimos 4 meses** (no incluyas pues lo que te haya pasado antes de estos 4 meses):
- He intentado dejar de fumar, pero no lo he conseguido en ningún momento.
- He intentado dejar de fumar y lo he conseguido, aunque luego he vuelto a fumar.
- He tratado de controlar y reducir el consumo de tabaco, sin querer dejarlo del todo.
- No me he preocupado de si fumaba mucho o poco.
- Estoy fumando más que antes de hace 4 meses.
- Tengo muy claro que quiero seguir fumando.
- He comenzado a ser fumador durante los últimos 4 meses.

V206.- SOLO para contestar por los que con CIERTA FRECUENCIA FUMEN MARIHUANA (porro) en la ACTUALIDAD.
(Marca la respuesta que más se acerca a tu caso. Una sola)
Durante los **últimos 4 meses** (no incluyas pues lo que te haya pasado antes de estos 4 meses):
- He intentado dejar de fumar porros, pero sin conseguirlo.
- He intentado dejar de fumar porros y lo he conseguido pero luego he vuelto a tomarlos.
- He tratado de fumar menos porros de los que tomaba antes, pero no me he propuesto dejarlo del todo.
- No me preocupa si fomo muchos o pocos.
- Durante estos meses fumo más porros que antes de hace 4 meses.
- He comenzado a fumar porros duranre los últimos 4 meses.

V207.- SOLO para contestar por los que en la ACTUALIDAD **NO** fuman MARIHUANA (porros) o lo hacen **MUY** DE VEZ EN CUANDO.
(Marca la respuesta que más se acerca a tu caso. Una sola).
Durante los **últimos 4 meses** (no incluyas por tanto lo que te haya podido pasar antes de estos 4 meses):
- He estado muy a punto de comenzar a fumar porros pero no lo he hecho.
- Comencé a fumarlos pero lo dejé enseguida.
- He tomado durantes estos 4 meses la decisión de no tomar porros.
- Nunca pienso en fumar o no fumar porros, pues para mi no es ningún problema no fumarlos.
- Antes los solía fumar y los he dejado de fumar durante los últimos 4 meses.
- Tengo tomada la decisión de no fumar porros desde hace más de 4 meses.

6.5. RESULTADOS

Sroprende de entrada que la mayoría de tablas no presentan reultados significativos. Interpreto este hecho en el sentido de que al tratarse de un grupo de población muy homogeneo sólo aparecen discrepancias cuando realmente el tratamiento incide. Trataré a continuación de dar algún sentido a los datos significativos o cuasisignificativos, distribuyendolos por temas. Al final se acompañan las tablas de resultados más interesantes.

a) Información general sobre drogas:

Las drogas son identificadas al menos por el 80% de los alumnos, sin que se observen diferencias significativas por tipo de tratamiento excepto en lo que concierne al alcohol: el grupo control da un porcentaje significativamente superior (p=.0008) de sujetos que no saben que el alcohol es una droga, y en el caso de la cerveza el grupo al que dió el curso el equipo de especialistas es el que dice con más frecuencia (p=.0068) que la cerveza contiene una droga (alcohol).

Aunque para el resto de drogas no se obtengan estas diferencias significativas, se observa una tendencia por la que resulta desfavorecido el grupo control especialmente en los tipos de droga legal, de forma que los alumnos del grupo control identifican como droga con menor frecuencia los tranquilizantes, calmantes y el tabaco.

Por otra parte, la mejor de las definiciones de droga que se proponían en el cuestionario era elegida por un porcentaje significativamente superior (p=.0018) de alumnos del grupo de especialistas. Las peores definiciones ("substáncia cuyo consumo está prohibido" y "substáncia que se inyecta") fueron elegidas con más frecuencia por el grupo encargado a los profesores.

No hay diferencias significativas respecto de la percepción de cuál es la droga más peligrosa, más consumida o que mayores problemas causa a nuestra sociedad. Pero la tendencia que se observa es que el grupo de control desconoce bastante la realidad y con mayor frecuencia cae en el tópico: más de la mitad creen que lo más peligroso es el LSD, pero ninguno nombra los medicamentos estimulantes y tranquilizantes, o el alcohol y tabaco, cosa que no ocurre con los grupos que asistieron a alguna de las dos modalidades del curso; otro tanto se observa al preguntar cuál creen que es el producto más consumido, siendo los del grupo control los más afectados por informaciones sensacionalistas y alejadas de la realidad de

nuestro país, de forma que frente al 14,6% de alumnos del grupo control que señalan el alcohol como producto más consumido, son el 30,4% los alumnos que dan esta respuesta en el grupo de especialistas (13,4 y 5,1 son los porcentajes respectivos referidos a la marihuana).

Puede decirse, por tanto, que **la calidad de la información general es superior en los alumnos que han asistido a alguna de las dos formas en que se ha impartido el curso. La diferencia entre el grupo asignado al profesorado y el grupo de especialistas es ligeramente favorable a este último.**

b) Valoración pormenorizada de las unidades didácticas:

I. Salud y drogas: Para esta primera unidad didáctica, cuyo objetivo consistía en enseñar los efectos de la droga, la evaluación se ha realizado preguntando sobre los efectos a largo plazo del alcohol y del tabaco. **Las consecuencias del abuso del alcohol son significativamente (p=.0462) mejor conocidas por el grupo de especialistas,** no habiendo diferencias en el nivel de conocimientos entre el grupo de profesores y el control. En el caso de los efectos del tabaco no hubo diferencias significativas entre los tres grupos estudiados, y casi el 90% de todos los alumnos respondió correctamente, lo que nos hace pensar que **la información sobre los efectos del tabaco es conocida por la mayor parte de la población y el curso poco podía añadir en este aspecto.**

II. Medio socio-cultural y drogas: Al intentar averiguar en qué medida los alumnos eran conscientes de las presiones de la publicidad, comprobamos que un 73% parecía admitirlas, no introduciendo variaciones el que se hubiese o no asistido al curso. No obstante, nuestra experiencia directa con los alumnos a través de las clases no nos permite ser tan optimistas sobre este punto ya que captamos, más bien, una seria dificultad por parte de los jóvenes en aceptar que las influencias externa fuesen tan determinantes para su comportamiento, y en este sentido vemos en el alto porcentaje conseguido más una captación teórica de un hecho que una aceptación personal de dicha influencia. Preguntamos también cuáles creían que eran **las causas del alcoholismo, resultando que el grupo asignado a los especialistas escogía de forma significativamente superior (p=.0152) la explicación de que es una cuestión ligada a la producción de bebidas alcohólicas,** mientras que el grupo asignado a los profesores y el control escogían la explicación menos concreta y más moralista de la "inestabilidad social".

III. Drogas y ley: **Para ninguna de las preguntas evaluando esta tercera unidad didáctica encontramos diferencias significativas entre los grupos. Se observa, con todo, una tendencia de los grupos experimentales a aceptar restricciones en el consumo en mayor medida que el grupo control.** Así, al preguntar cuántas consumiciones podían hacerse sin alcanzar la alcoholemia máxima legalmente permitida para conducir, los que asistieron a los cursos tienden a decir que una sola consumición; sobre el fumar en clase, el 89,1% de los alumnos del grupo de especialistas aceptan que no se debería fumar, lo que es afirmado por el 81,8% en el grupo de profesores y el 82,5% del grupo control; la limitación del consumo de drogas es aceptada por un 72% del grupo de especialistas, el 64% del grupo de profesores y el 62% de los que no asistieron a ningún curso.

IV. Aprender a usar o rechazar las drogas: En esta unidad didáctica, la vertiente informativa sólo es un aspecto parcial de todos los que se hallan implicados. La evaluación se realizó de forma indirecta intentando conocer las características del consumo durante los cuatro meses anteriores (tiempo de silencio entre el cursillo y el test de evaluación). Además de la medición del consumo, para esta unidad se tiene encuenta el comportamiento de fumadores, no-fumadores, consumidores de marihuana (y derivados) y no consumidores, respecto de cada una de estas drogas. **El comportamiento manifestado por estos cuatro grupos no muestra diferencias significativas entre los distintos tratamientos, cosa que, como se verá más adelante, no ocurre al comparar los respectivos consumos reales.**

Entre los no-fumadores de tabaco hay un 11% que manifiesta haber estado a punto de comenzar a fumar durante los últimos cuatro meses, pero que no lo hicieron. Casi un 7% comenzaron a fumar durante este mismo período, pero lo abandonaron a continuación. El 14% dice tener tomada la decisión de no fumar desde antes de los últimos cuatro meses.

Entre los fumadores de tabaco destaca que el 74,7% del total se ha planteado durante los últimos cuatro meses o controlar su consumo de tabaco o dejarlo, lo cual independientemente del poco éxito de su intento, indica claramente un alto grado de sensibilización al problema del abuso de tabaco.

La evolución de los fumadores de marihuana no se ha podido analizar dado el escaso número de alumnos que se identifican en este grupo. Solamente 16 alumnos (el 6,13%) de toda la muestra se autodefinen como consumidores habituales de Cannabis, por lo que al repartirlos entre los

tres tipos de tratamientos y enfrentarlos a siete posibles respuestas, no pueden aplicarse los tests de significación estadística.

El grupo de no-consumidores de marihuana se presenta como un grupo homogéneo, que manifiesta una tendencia mayoritaria (menor en el grupo de especialistas) a responder "Nunca pienso en fumar o no fumar porros, pues para mí no es ningún problema no fumarlos". Un 6% han estado a punto de comenzar a fumar porros durante los últimos cuatro meses, aunque luego no lo hicieron. Un 13,2% afirma que ya tomó su decisión de no fumarlos desde antes de estos cuatro meses. Un aspecto que plantes dudas es el del elevado porcentaje de alumnos que no responden (22,8%) a esta cuestión, sin que podamos determinar la causa.

c) Consumo:

Los datos sobre consumo contituyen una medida objetiva del comportamiento, por lo que se convierten en un importante, aunque no el único criterio para evaluar los efectos de un programa de educación preventiva. Los elementos previstos para realizar las comparaciones entre tratamientos son, en primer lugar las cantidades y frecuencias con que se consume cada droga, para el alcohol, además el número de borracheras en los últimos meses, y por último, el dinero que se gasta en la adquisición de drogas.

El consumo de bebidas alcohólicas se ha medido preguntando la frecuencia y el consumo medio semanal de cada uno de los productos alcohólicos habituales: cerveza, vino de mesa, vinos fortificados, espumosos, aperitivos, licores, combinados y mezclas. A partir del consumo declarado, se ha calculado el alcohol puro anual en litros. Hemos obtenido una media global de 6,297 litros/año, cifra que contrasta notablemente con los 8,63 litros/año que se obtuvieron en la encuesta previa. Sin descartar la posible influencia del pre-test en la evaluación, como indican algunas investigaciones (CASSWELL, 1982), hay que tener en cuenta que esta medición se ha efectuado sólo en 3º de BUP, mientras que la encuesta previa se realizó en todos los cursos y sobre FP, y como se vio entonces los alumnos de Formación Profesional destacaban por su elevado consumo de bebidas alcohólicas. Otra posible influencia se desprende de que en la encuesta segunda se globalizó en una sola pregunta el consumo de aguardientes (V161 sustituye a V34, V36, V38 y V40) y los combinados y cócteles también van en una misma pregunta (V163 sustituye a V42 y v44).

Ateniéndonos a los resultados obtenidos, no aparecen a primera vista diferencias significativas entre tratamientos. Pero, un análisis pormenorizado de las respuestas nos ha permitido detectar algunos casos de consumo anormalmente alto (cuatro en el grupo de especialistas, y uno en el grupo de profesores y en el control), y esta media difiere significativamente de las observadas en los grupos a los que se dio el curso si eliminamos a los sujetos aludidos.

En cuanto al **número de sujetos que declaran haberse emborrachado alguna vez en los seis meses anteriores a la evaluación es significativamente menor en el grupo de especialistas**, aunque no hay diferencias importantes en el número de embriagueces declaradas en función del tratamiento.

Por último hay que destacar que **el dinero que dicen gastar en productos alcohólicos difiere grandemente entre los tres grupos (p=.01), siendo otra vez los que recibieron el curso quienes gastan menos.**

En cuanto al tabaco, lo primero que se observa es que son pocos los que han dejado de fumar. Téngase en cuenta que para el 67% de los fumadores encuestados (de los tres grupos), el motivo para dejar de fumar sería que notaran que les perjudica. Es evidente que a esta edad es poco probable que se perciban las consecuencias nocivas que tiene el tabaco para la salud. Esto indica, al mismo tiempo, que a estas edades la estrategia por la que se podría inducir una disminución del consumo ya no puede ser únicamente recalcar los aspectos negativos del consumo, sino insistir en los aspectos positivos del no consumo.

Aunque **son pocos los que dejaron de fumar, se observa una clara tendencia a disminuir la frecuencia del consumo en el grupo de especialistas:** entre los fumadores, los que fuman cada día son el 67,3% en el grupo control, también el 67,3% en el grupo de profesores y el 53,2% en el grupo de especialistas. La misma tendencia aparece si se compara el número de cigarrillos por semana. Estas diferencias, no obstante, no se reflejan en el dinero semanal que gastan en tabaco. Al parecer, aunque son menos los alumnos del grupo de especialistas que compran tabaco, algunos dedican a ello una cantidad más importante de dinero.

Para los derivados de la Cannabis sirven los mismos comentarios que se han hecho para el tabaco, con la salvedad de que los consumidores de esta droga son muchos menos. En cuanto a las otras drogas, no se han detectado consumidores en número suficiente para que puedan aplicarse las pruebas estadísticas.

d) TABLAS DE RESULTADOS MAS IMPORTANTES

1.- Número de sujetos por tratamiento

	n	%
Grupo de especialistas.....	86	33.0
Grupo profesores.....	91	34.9
Grupo control.....	84	32.
	261	

2.- Si el alcohol es droga (V6).

	% SI	% NO	TOTAL
Grupo de especialistas.....	90.6	9.4	33.3
Grupo profesores.....	83.1	16.9	34.9
Grupo control.....	67.9	32.1	31.8
	80.8	19.2	(255)

p=0.0008

3.- Si la cerveza es droga (V10)

	% SI	% NO	TOTAL
Grupo de especialistas.....	58.3	41.7	34.1
Grupo profesores.....	34.5	65.5	34.1
Grupo control.....	42.3	32.1	31.7
	45.1	54.9	(246)

p=0.0068

4.- Definición de droga (V20)

	% Esp	% Prof	% Cont	TOTAL
Substáncia de consumo prohibido.....	2.3	5.6	1.2	3.1
Substáncia que modifica el comportamiento y crea dependencia.....	90.7	79.8	71.4	80.7
Subst. que aliena a la persona.....	7.0	12.4	27.4	15.4
Substancia inyectable.....	0	2.2	0	0.8
	(86)	(89)	(84)	(259)

p=0 0018

5.- Producto más consumido en España (V21)

	% Esp	% Prof	% Cont	TOTAL
Alcohol.....	30.4	23.6	14.6	22.8
Tabaco.....	58.2	56.2	64.6	59.6
Marihuana.....	5.1	5.6	13.4	8.0
Otros.....	6.3	14.6	7.3	9.6
	(79)	(89)	(82)	(250)

p=0.06

6.- Efectos del abuso de tabaco (V196)

	% Esp	% Prof	% Cont	TOTAL
Correcta.....	91.5	88.8	87.8	89.3
Incorrecta.....	8.5	11.2	12.2	14.2
	(82)	(89)	(82)	(253)

p=0.73

7.- Efectos del abuso de alcohol (V197)

	% Esp.	% Prof.	% Cont.	TOTAL
Correcta	91.5	78.7	87.8	85.8
Incorrecta	8.5	21.3	12.2	32.4
	(82)	(89)	(82)	(253)

p=0.046

8.- Causas del alcoholismo en España (V200)

	% Esp.	% Prof.	% Cont.	TOTAL
Influencia del turismo	13.1	2.5	10.4	8.7
Inestabilidad social	34.5	56.8	51.9	47.5
Producción de bebidas	50.0	34.6	32.5	39.3
Adulteración de la bebida	2.4	6.2	5.2	4.5
	(84)	(81)	(77)	(242)

p=0,015

9.- Consumo de alcohol (expresado en litros de alcohol puro al año) (V24, V26, V28, V30, V32, V162, V164 y V46)

	X	SD	n
Grupo especialistas	6.113	9.917	86
Grupo profesores	4.866	5.718	91
Grupo control	8.037	9.911	84
TOTAL	6.297	8.748	261
	F= 2.9378	p= 0.06	

10.- Borracheras en los últimos seis meses (V50).

	% SI	% NO	SUMA
Grupo especialistas	25.6	74.4	86
Grupo profesores	33.0	67.0	91
Grupo control	42.2	57.8	83
	33.5	66.5	260

p=0,049

11.- Dinero semanal en alcohol (V115)

	X	SD	n
Grupo especialistas	160,9	218,1	67
Grupo profesores	123.1	172.2	71
Grupo control	246.1	321.2	75
TOTAL	178.3	247.4	213
	F= 4.748	p=.0096	

12.- Número de cigarrillos por semana (V159)

	X	SD	n
Grupo especialistas	16.23	30.51	84
Grupo profesores	21.04	34.87	90
Grupo control	26.15	37.23	79
TOTAL	21.04	34.27	253
	F= 1.708	p=0,1833	

13.- **Frecuencia de consumo de Cannabis** (desde el curso anterior)**(V72)**

	% Esp	% Prof	% Cont	TOTAL
Lo he dejado.....	1.2	3.3	6,1	3.5
No he tomado nunca.....	65.1	70.3	59.8	65.3
Sólo he tomado una vez.....	19.8	11.0	11.0	13.9
Una vez al mes o menos.....	10.5	12.1	13.4	12.0
Varias veces al mes.....	3.5	1.1	6.1	3.5
Una vez o más por semana...	-	2.2	3.7	1.9
	(86)	(91)	(82)	(259)

p= 0,2098

14.- **Dinero semanal en Cannabis (V117)**

	X	SD	n
Grupo especialistas.....	3.509	26.49	57
Grupo profesores.....	0.000	0,00	80
Grupo control.....	23.809	13040	63
TOTAL...	8.500	74.51	200

F= 1.978 p=0,1410

6.6 Conclusiones del Programa Experimental

Abordaremos este apartado atendiendo los temas más controvertidos en la literatura sobre prevención y en la de evaluación, aportando en cada momento lo que los resultados presentes nos indican.

1. Efectos secundarios o contrapreventivos:

Una de las cuestiones a tener en cuenta en todo programa educativo es la de sus posibles efectos contrapreventivos. Existe acuerdo en que no es posible controlar totalmente esta clase de efectos, pero sí reducirlos a un mínimo. Nosotros no hemos podido detectar efectos secundarios indeseables en nuestro programa en ninguno de los dos tipos de tratamiento experimental. Este resultado, además, estaría en consonancia con recientes revisiones de programas preventivos (ver por ej. SCHAPS 1981), donde tampoco se confirman determinadas esperanzas fatalistas en materia de contraprevención, siempre que se adopten una serie de precauciones (no dar información excesiva sobre drogas ilegales, no emplear un tono alarmante, etc).

Esta cuestión es importante porque permite afirmar que la estrategia adoptada no es inadecuada, y que posiblemente los cambios parciales que se introduzcan en el programa no originarán efectos contrapreventivos.

2. Información:

En este apartado es donde los resultados son más concluyentes. La información ha mejorado enlos grupos a los que se dio el curso, y en ocasiones el grupo de especialistas obtubo mejores resultados que el grupo de profesores.

Ciertamente, este punto es el menos importante de un programa preventivo (PICKENS 1985), porque habitualmente la mayoría de programas aumentan la información. El verdadero problema es conseguir que la información de que uno dispone influya sobre el comportamiento y la toma de decisiones.

3. Comprensión de las influencias externas sobre el consumo:

La hipótesis en este punto era que si el alumno llega a comprender de qué manera una serie de factores como la publicidad, la moda, intereses económicos, etc. condicionan sus informaciones, intereses y decisiones, será más cauto en el consumo. Precisamente estamos en el estudio del perfil

del consumidor (5.2) como son los estudiantes, mas "aventureros" los que más consumían, posiblemente por no percibir o por no valorar suficientemente los peligros que hay tras el consumo , al sobrevalorar su propia capacidad de tomar decisiones sin que les influya la presión social.

El cuestionario de evaluación quizá no ha sido suficiente para captar si el curso ejerció alguna influencia. Sólo se habían dispuesto dos preguntas, una de las cuales no dio diferencias significativas entre las respuestas de los tres grupos, mientras que en la otra aparece una ventaja significativa, en el sentido deseado por el progrma, para el grupo de especialistas.

4. Aceptación de las limitaciones en el uso de drogas:

Creo que un programa de educación debe influir en el sentido de que el alumno entienda y acepte algunas medidas de presión social institucional (prohibiciones en el consumo de los menores, persecución del traficante, etc), así como las derivadas de un aumento de la conciencia social hacia este problema (por ejemplo, no fumar en una reunión y especialmente cuando alguien lo pida). Es de sobras conocida la ineficacia de las normas legales si no poseen un apoyo social activo, y tal como se está desarrollando la lucha antidroga en otros países, estos aspectos de dinámica social adquieren gran relevancia permitiendo que un individuo predispuesto acepte, por ejemplo, la presión corporativa de los compañeros para no fumar.

Existe, según los resultados, una clara tendencia a aceptar la presión social institucional y no institucional entre el grupo que recibió el curso de los especialistas. Pensamos, no obstante, que se debe reforzar este objetivo, entre otras razones porque si se consiguiera, prepararía al individuo para aceptar las medidas que se van creando a través de programas preventivos de otra procedencia (medios de comunicación, etc).

5. Toma de decisiones acerca de no iniciar, disminuir o abandonar el consumo:

Se ha constatado que un 74,7% del total de alumnos se ha planteado durante los últimos cuatro meses si debían dejar de fumar o por lo menos fumar en menor cantidad. Este porcentaje importantísimo, no venía determinado por la asistencia al curso, y parece indicar que existe una conciencia creada sobre el problema del abuso del tabaco. Aunque no se ha podido determinar que el curso influyese en la decisión de dejar de fumar,

por lo menos se ve una tendencia en el grupo de especialistas a fumar con menor frecuencia, por lo que se mantiene la necesidad de perfeccionar nuestros métodos didácticos para que entre los que siguen el curso se fomente la toma de decisiones (de no comenzar, de dejarlo, etc.), dado el ambiente tan favorable que indica este 74,7%.

Estos resultados indican la necesidad de ampliar la 4ª unidad didáctica que trata precisamente esta cuestión, mediante métodos de intervención complementarios (por ejemplo el "Modelamiento" con "role playing" o videos).

Por último, hay que señalar que, aunque aparentemente no habrían tomado decisiones sobre su consumo, ello no indica que el curso no hay tenido efecto en este sentido, pues, de hecho, como veremos más adelante, los grupos que han seguido el curso globalmente consumen menos que el control.

6. Influencia sobre el consumo:

De una primera lectura se desprende que los grupos que han seguido el curso consumen por debajo de la media del grupo control; el curso dado por los especialistas parece haber influído de un modo significativo en que hubiesen menos sujetos que se embriagasen; los grupos con curso gastan menos dinero en alcohol; existe una tendencia entre el grupo de especialistas a fumar más controladamente; por último, los grupos con curso consumen marihuana con menor frecuencia.

Por tanto, aunque no de una forma contundente, a pesar de lo que se expresa en el apartado anterior sobre toma de decisiones, es probable que los curso influyeran en descender en consumo en términos absolutos, así como la frecuencia, sin que en ningún caso lo aumentasen.

7. Profesores o especialistas. Relación coste-eficacia de un programa:

Tanto unos como otros han demostrado que eran capaces de ejercer una influencia sobre los alumnos, si bien ésta ha sido más manifiesta en manos de los especialistas. Estos datos coinciden con los que aporta un reciente estudio de la eficacia de dos modos de intervención de especialistas, a través del sociodrama o a través de charlas con una técnica activa (ALEMANY 1983). Según manifiestan sus autores, también las charlas, siendo el método más desprestigiado, fueron efectivas, lo que pudiera deberse a la utilización de técnicas activas. Ciñéndonos a nuestro estudio, conviene

hacer una serie de matizaciones a la ventaja observada en el grupo de especialistas:

a) Es el mismo equipo de especialistas que diseña el programa, realiza el curso y crea el instrumento de evaluación. Cabe suponer que los especialistas están más identificados con los objetivos del programa, lo que puede influir en los resultados. Por otra parte, quizá los profesores obtuvieran mejores resultados en aspectos no medidos por esta encuesta de evaluación.

b) Posiblemente lo que indica la diferencia es que una serie de reuniones con los profesores no son suficientes para que se identifiquen con la metodología utilizada y para que adquieran todos los conocimientos necesarios -que a veces se dan por sabidos- sobre la dinámica de la dogradicción. Parece que en el futuro deberán realizarse cursos sistemáticos de formación del personal docente. De hecho en las reuniones de seguimiento realizadas con los profesores tras haber realizado el curso, se puede observar que algunos se apartaron un tanto de la metodología adecuada.

c) A pesar de todo, la valoración global de la intervención de los profesores es positiva, con lo que deducimos dos cosas: la primera, que existió un buen nivel de colaboración entre el profesorado; y segunda, que el método estaba dotado de la sencillez y claridad esenciales para este tipo de programas, lo que le permite ser eficaz, incluso sin cursillo previo.

d) Aunque en un programa experimental el costo pueda no ser una cuestión de primer orden, no cabe duda de que la generalización de los cursos exigiría que fuese encargada su realización a los profesores, puesto que la diferencia en favor de los especialistas no es lo suficientemente importante para justificar el coste que generaría su intervención masiva. El papel de los especialistas, quizá, debería centrarse en la formación del profesorado, en el seguimiento y asesoramiento permanente del trbajo de los profesores, y en el diseño y evaluación de las formas de intervención.

8. Programa de drogas monográfico o incluído en el curriculum escolar:

A veces se ha preferido que los programas de drogas se diluyan en las asignaturas normales del curso para no levantar expectativas hacia ellas.

Según estos datos, con el programa experimentado en Enseñanza Media, no se ha podido constatar ningún aumento del interés que haya provocado efectos indeseables. Para futuras intervenciones, lo que propongo es que dentro de todas las asignaturas en que sea posible se incluya, en los momentos oportunos, información puntual sobre drogas, lo que descargará al programa monográfico de objetivos informativos pudiendo entonces concentrarse en el objetivo principal de la toma de decisiones, que nos parece irrenunciable.

9. El papel de los padres:

Diversos estudios (CONSEIL DE L'EUROPE,1981; DORN, 1976; ROSE et al, 1984), señalan las altas posibilidades preventivas que se dan en los padres. El problema es cómo hacerles participar en estas tareas cuando es bastante típica su actitud de depositar en el colegio todas las responsabilidades educativas. A las reuniones programadas con ellos acudieron normalmente en número bastante insuficiente, excepto cuando concurría algún fenómeno que les sensibilizase (por ejemplo, en un pueblo donde la policía había detenido a varios jóvenes por tráfico de drogas pocos días antes de la reunión, ésta fue masiva).

En estas reuniones surgía casi invariablemente la angustia de los padres ante un fenómeno nuevo para ellos y que no entienden, junto a la impotencia que les producía su falta de formación. Surgía entonces de forma espontánea la necesidad de una formación específica para ellos, lo que hace pensar en la conveniencia de servicios de consulta y la creación de seminarios para ellos.

10. Aceptación del programa por los alumnos:

En la encuesta se preguntó directamente si creían que el curso había afectado sus conocimientos y comportamiento respecto de las drogas. En la primera pregunta un 73% de los asistentes a los cursos de los especialistas y un 61% de los del curso de profesores opinaban afirmativamente. Aproximadamente un 46%, comprendiendo ambos grupos, también responden afirmativamente acerca de si creen que el curso ha afectado su comportamiento. Pensamos que esto expresa en buena medida la aceptación del curso, además de la convicción subjetiva de queel curso les ha afectado positivamente. En cuanto a esto último, hay que hacer la salvedad de que no es suficiente que ellos lo manifiesten, sino que hay que comprobarlo de forma más objetiva, como nos parece haberlo hecho en las páginas que anteceden.

11. Cómo solucionarían un problema de abuso de drogas:

Una de las preguntas planteaba qué harían en caso de problemas por abuso de drogas. No existió diferencias entre los asistentes a los cursos respecto de los que no tuvieron curso, prefiriendo acudir a los amigos antes que a los padres, profesores o profesionales. Los profesores sólo son elegidos por un 0,4% de la población escolar estudiante.

En el programa educativo no se trataba directamente esta cuestión, y pensamos que para futuras intervenciones deberá incluirse de forma expresa, puesto que si el joven es capaz de poner su problema en manos de la persona adecuada disminuyen las posibilidades de detener una posible escalada.

7. DISCUSION GENERAL

Me propuse en el año 1980, cuando inicié esta investigación, una puesta al día para el medio español de la prevención escolar del abuso de drogas. Dicha pretensión supuso automáticamente un recorrido amplio, mucho más allá de lo que podía suponer simplemente comprobar como funcionaba un determinado método preventivo. Al no existir una única estrategia preventiva, un tipo más o menos homologado de material para el alumno o el profesor y al no poder prever de antemano las interacciones de éstos con el medio escolar español por no estar éste suficientemente estudiado, se hacía necesario como decía, ampliar el círculo de la investigación y analizar uno por uno los distintos niveles sobre los que actua el curso de prevención, amén de valorar la eficacia del curso en sí mismo.

Por tanto, me ví enfrentado a la necesidad de realizar unos amplios estudios epidemiológicos (tanto del alumnado como del cuerpo de profesores) para conocer niveles de consumo, actitudes, posibilidades de integración en un curso de prevención etc. Este nivel era tanto más necesario porque **no existían en el Estado Español dicho tipo de estudios**, que aunque no se refiriesen a la población mallorquina sobre la que íbamos a actuar, por lo menos sirviesen para extrapolar resultados. Conocer dicha realidad posibilitó el elegir una estrategia adecuada, elaborar un material para el alumno y el profesor y realizar finalmente la medición de la eficacia del curso diseñado.

Se puede decir que al cabo de estos años **se ha conseguido cubrir ampliamente los objetivos previstos** arriba señalados, a pesar de las dificultades típicas de estos estudios de campo, en los que están además implicadas diversas instituciones. No es lo mismo trabajar con variables psicosociales que realizar un trabajo de laboratorio en el que se pueden prever, por lo menos en principio, unos plazos. Han habido partes del programa de investigación propuesto que se han cubierto con creces, como ha sido especialmente el caso de la fase epidemiológica. Sin embargo otra parte de la investigación en la que se trataba de probar el curso de toma de decisiones diseñado haciendo uso de tres grupos experimentales (uno de ellos sirviendo de control) quedó mermada en cuanto a número de alumnos y a cursos implicados, debido a que circunstancias ajenas al diseño experimen-

tal (entre otras una prohibición del Ministerio de Educación de que se realizase prevención escolar de las drogas que hubo que solventar con un informe de la Comisión Interministerial para la Droga) obligaron a que tuviese que prolongarse a tres cursos académicos el tiempo dedicado a la aplicación experimental inicialmente previsto para un solo curso, lo cual automáticamente hizo que muchos estudiantes quedasen excluidos de la investigación.

En todo caso debe considerarse que **éste tipo de experimentaciones son obligatoriamente prolongados.** Goodstadt (1979) en una revisión de 25 trabajos de la Addiction Research Foundation de Toronto encontraba una media de 3 años de tiempo en la aplicación de dichas investigaciones. Considerando que dichos programas exploraban aspectos parciales, dado que la investigación básica estaba ya realizada, puede considerarse aceptable la duración de la presente investigación que ha sido de unos 5 a 6 años.

Vemos pues como **la experimentación de un programa concreto, me ha llevado a realizar una revisión y puesta al día para el destinatario español** (alumnos y profesores principalmente pero también padres, administradores de políticas sanitarias y educativas, especialistas en drogodependencias, etc) **del conjunto de aspectos que constituyen la prevención escolar dado que no se puede concebir la actuación de estos programas desligados de su contexto.** Desde un punto de vista experimental había muy poco hecho entre nosotros y los únicos puntos de referencia eran los comentarios de algunos especialistas que hacían extrapolaciones más o menos acertadas de la situación en el extranjero. Es por ello que el diseño de esta investigación ha cuidado especialmente el ofrecer un panorama lo más completo posible de los aspectos teóricos y prácticos que se le pueden plantear al educador, al especialista en drogodependencias y al investigador en este campo en el Estado Español, no limitándose a lo imprescindible para la realización práctica de la experimentación del programa de prevención escolar.

Si me hubiese limitado a la estricta experimentación del programa, no hubiese hecho tanta falta un estudio epidemiológico de la población escolar de la magnitud del aquí presente, ni tampoco haría falta un estudio de las motivaciones del profesorado. En el caso del trabajo epidemiológico con los estudiantes, creo que se han puesto las bases para un conocimiento bastante aproximado del perfil del estudiante medio mallorquín (posiblemente superponible en muchos aspectos al resto de los estudiantes españoles) que

puede servir para ensayar otras técnicas de prevención distintas de la aquí utilizada. El estudio del profesorado sirve para percatarnos de cual es su realidad, lejana en ocasiones a visiones románticas de la figura del profesor, y puede proporcionar un cierto fundamento para conocer las posibilidades y los caminos a seguir para que éste u otro programa de prevención pueda ser llevado a termino con su ayuda.

El panorama internacional no es tampoco en general muy halagüeño. Existe sobre todo en algunos países, una mayor experiencia en el desarrollo de programas, como es el caso sobre todo de USA y Canadá, pero a nivel de investigación se nos muestra un panorama variopinto y lleno de improvisaciones. **La revisión bibliográfica nos lleva a la conclusión de que son pocos los aspectos de la investigación que pueden considerarse totalmente conclusos** y que algunas de las "verdades" que manejamos los profesionales no tienen muchas veces suficiente base experimental y son fruto más bien de apriorismos e ideologías. Ello es lógicamente fruto de la dificultad que existe en experimentar en este campo, lo cual hace que sea **escasa la producción bibliográfica que reuna mínimos requisitos científicos.**

Del análisis de la bibliografía quedaban patentes **dos tendencias en la forma de entender y practicar la prevención que he denominado "solución americana" y "solución europea"**, siendo la primera más partidaria de programas concretos, mientras que en Europa se tiende a buscar una salida a través de unos programas más globales denominados educación para la salud. La disyuntiva es difícil de resolver pues si bien la educación para la salud ofrece un panorama más holístico y respetuoso con la realidad del hombre, existe muy poca experimentación sobre su eficacia y existen mayores dificultades de implementación que en el caso de programas concretos estilo "americano". Dada la escasa experiencia en educación sanitaria en las escuelas de Mallorca, decidí que sería mucho más útil comenzar practicando los programas concretos que ayudarían a crear experiencia y conciencia sobre lo que es educación sanitaria y, en todo caso, en una segunda fase se podría pensar en programas más generales estilo educación para la salud o educación sanitaria. Mi posición en aquel momento, y que sigue siendo la actual, es que tan importante como el diseño correcto de un programa, debe ser la consideración al mismo tiempo de las posibilidades reales de ser llevado a cabo. Y en el caso de Mallorca donde sólo existe un escaso movimiento de renovación pedagógica entre el profesorado consideramos que

se debe ir interesando el profesorado de forma gradual y con proposiciones concretas y de alcance limitado, que no impliquen excesiva coordinación con otras personas. En definitiva, **optamos por un programa concreto**, sin que ello suponga una descalificación de los programas más amplios e integrales.

Se trata de reflexionar pues sobre el contexto en el que se desarrolla la prevención escolar de las drogas en nuestro país. Si hemos asistido durante esta década a la instauración de una red asistencial para los drogadictos bastante digna en muchos aspectos, no ha ocurrido lo mismo con la prevención. Es más fácil planificar e interesarse por aquello específico y que tenga efectos a corto plazo como en el caso del tratamiento, que hacerlo por la prevención más imprecisa y cuyos logros hay que esperarlos a largo plazo. Y ello sigue siendo así a pesar de que las evaluaciones hechas de los éxitos de los tratamientos no son precisamente satisfactorias. Existe por tanto una resistencia a aceptar y promocionar la prevención como se desprende del estudio de los equipos españoles que se dedican a la prevención, en el que se constata que ésta viene siendo realizada normalmente junto con tareas terapéuticas que son las que realmente ocupan el lugar prioritario dentro de los intereses prácticos de dichos equipos, siendo la excepción los equipos que se dedican exclusivamente o prioritariamente a la prevención. Más escasa es todavía la contingencia de realizar evaluación de la tarea realizada.

No destinar más atención a la prevención no es realista, pues aunque sus logros no se hayan mostrado espectaculares, su bajo costo hace que sea una arma prioritaria en la lucha contra las drogas. Sería suicida creer que el único problema importante que nos acecha en cuanto a las adicciones es el caso concreto de la heroína, pues lo que estamos viendo es el creciente interés de la juventud por cualquier tipo de adicción. El producto utilizado es el resultado de la circunstancial oferta. Por tanto, la lucha no debe -ni puede- ser exclusivamente contra la heroína, pues **nuestro estudio epidemiológico de la juventud estudiantil de Baleares está mostrando que es una población de alto riesgo** y no sólo por el alto grado de familiarización con las drogas legales e ilegales, pues se debe añadir a ello la permisividad y las actitudes ambiguas o pro droga que hemos detectado. El uso de la heroína es el eslabón final de una serie de aprendizajes secuenciales y cruzados que empiezan en el mismo seno de la familia -como queda demostrado por la relación significativa entre el uso

de alcohol, tabaco y medicamentos por parte de los padres y el uso de marihuana por parte de los hijos. Pero, aunque desapareciese la heroína, este potencial adictivo que hemos constatado entre los jóvenes buscaría otras alternativas en otras sustancias.

La descripción de **un perfil de estudiante consumidor** de sólo drogas legales, de otro que además consume ilegales y de otro que no consume ninguna de las dos, permite entender que el uso de drogas no se produce por generación espontánea y que existen bastantes elementos asociados sobre los que se puede actuar en una labor preventiva, que no sólo cubre el tiempo escolar. No obstante, **la escuela sigue siendo un lugar privilegiado para la actuación preventiva** pues ofrece la ocasión de reunir a muchos adolescentes, con posibilidades incluso de movilizar a los padres. La descripción de estos perfiles tiene otras ventajas como son conocer los diversos grupos en que se descompone una misma clase, importante para que se entienda que un mismo mensaje supuestamente preventivo puede ser elaborado de distinta manera según el receptor.

Pero también el conocimiento de estos perfiles permite establecer algún acercamiento etiopatogénico que, independientemente del interés que puede ofrecer para el futuro investigador sirve para que el profesor administrador del curso o el planificador sanitario de programas de prevención pueda tener un punto de referencia dentro del magma de prejuicios, ignorancias y contradicciones en que nos movemos todos en lo tocante a estas cuestiones. Por poner un ejemplo, vemos como el promover el asociacionismo juvenil, la participación en actividades lúdicas (conciertos de música rock, etc), la creación de lugares de encuentro, entre otras medidas, tiene indudables ventajas de cara a favorecer la autonomía individual y facilitar la interacción, pero a la vista de la presente investigación vemos que los chicos más socializados tienen pautas de consumo más elevadas. Esto nos lleva de la mano a insistir en la cuestión siempre comentada de que **cualquier actuación preventiva, puede también tener influencias contrapreventivas,** que deben ser conocidas y controladas por aquello de que no sea peor el remedio que la enfermedad.

De esta visión de la adicción como una concatenación de aprendizajes y de la necesidad de intervenir sobre esta cadena cuando todavía se está formando nace la **elección de un programa basado en la toma de decisiones** que es la metodología que en un tiempo breve consigue más realísticamente acercar al alumno a las situaciones en las que se debe realizar algún tipo

de decisión en cuanto al uso de drogas o conductas asociadas y además permite al profesor, hasta cierto punto por lo menos, poder realizar el curso sin que se impliquen su ideología y prejuicios. A un profesor con una cierta experiencia y sensibilidad, le permite captar cual es la situación en la clase respecto no sólo al uso de drogas y actitudes asociadas, sino a otras cuestiones como son la interación entre los alumnos, liderazgo, fuentes de influencia, dificultades personales, etc. Se trata pues de un método abierto, útil para explorar y madurar cuestiones que tienen que ver con la sexualidad, los prejuicios sociales, etc. Así pues, a medida que el profesor adquiere práctica con el método puede extender su campo de actuación. Es una vieja cuestión que ni la información, ni las actitudes son predictores muy fiables de la conducta, siendo ello más especialmente cierto en cuanto a la información. **En el caso de la toma de decisiones nos acercamos al comportamiento haciendo que la información y las actitudes que posee el sujeto sean utilizadas en el momento correcto.** Por consiguiente creemos que esta orientación mejora a las que se basan principalmente en dar información, en la clarificación de valores, en la maduración personal, etc., dado que sin renunciar a algunas de las ventajas que tienen estas otras orientaciones, la entendemos más capaz de condicionar comportamientos.

Otra cuestión importante que se desprende del estudio epidemiológico y que condiciona el contenido del programa es que a estas edades lo que se está dando es sobre todo un uso o un abuso de drogas legales, siendo las ilegales objeto de un uso experimental más que de un uso continuado, por lo que **estos programas deben hacer hincapíe especialmente en las drogas legales** que son justo aquellas sobre que el adolescente tiene más posibilidades de ejercer su capacidad de toma de decisiones. Ello presupone la hipótesis, no del todo fundamentada aunque con bastantes evidencias conseguidas en el transcurso del estudio epidemiológico, de que aprender a usar con mesura o a no usar las drogas legales puede influir sobre el retraso o el control en el uso de las drogas ilegales.

Un programa de toma de decisiones no necesita forzosamente de un material del alumno y del profesor. En el presente caso se decidió su uso por muy diversas razones, como facilitar al alumno el concentrarse en cada clase del curso en el tema del día, en aumentar el compromiso del profesor hacia la realización del curso al hacerle depositario de un material facilitando que el tiempo de clase se convierte en un espacio de discusión

y no de exposición de datos al estar ya éstos recogidos en el material, etc. Sigo pensando que la utilización de un material -perfeccionable como se desprenderá de las conclusiones- es una cuestión a mantener en un futuro. Intento reflejar que junto con las reflexiones teóricas pertinentes, **existen unos problemas prácticos en este tipo de tareas que es absolutamente importante abordarlos con interés, si es que se quiere asegurar un mínimo éxito,** pues existen muchas resistencias que dificultan su realización final.

El diseño experimental utilizado considero que ha sido correcto y adecuado a los fines perseguidos. Han habido dos cuestiones que han hecho perder fuerza al diseño inicialmente previsto. En primer lugar no se ha podido hacer un seguimiento del efecto del tratamiento caso por caso como estaba previsto debido a que solo se pudo identificar a través de la clave secreta proporcionada por el propio alumno a un 20% de alumnos cuya clave coincidíese en la primera y la segunda encuesta. Este tipo de situaciones es por lo visto bastante corriente y no debe atribuirse a una voluntad deliberada del alumno de querer esconder su identidad. En segundo termino está la perdida de alumnos y de cursos, condicionada por la dificultad en realizar en un sólo curso académico la parte experimental y que finalmente tuvo que hacerse a lo largo de tres cursos. Aun así, al tratarse de una población bastante homogenea -no es lo mismo que trabajar con población general de diferentes edades, profesiones, estado civil etc- pienso que permite sacar conclusiones validas a partir de la muestra que al final participó en el experimento.

Existe un elemento básico en toda experimentación que son los instrumentos de medida, que en este caso están formados por las diversas encuestas utilizadas a lo largo de las diferentes fases del estudio. Especialmente relevante me parece la construida para medir la información, actitudes y consumo de los alumnos y que fue utilizada en la fase pretest y luego, con algunas modificaciones, en la postest. Ha permitido reunir mucha información, sin practicamente levantar ningún rechazo. Pienso que se puede recomendar para ser utilizada en investigaciones similares y de hecho parte de la misma está incorporada a otras encuestas que están siendo utilizadas actualmente en estudios epidemiológicas en otras partes del país.

Cabe preguntarse **¿qué tipo de resultados pueden conseguirse de la administración de un curso de estas características?.** La respuesta parece obvia: disminuir el consumo o dificultar su aumento. Y fue precisamente con

esta pretensión in mente que en su momento inicié la andadura del diseño del curso. La revisión bibliográfica nos obligó a ser más cautos en la busqueda de resultados inmediatos y espectaculares. En efecto, pocos programas aislados mostraban grandes logros, lo cual además es de sentido común, pues unas pocas horas de un curso determinado difícilmente pueden alterar de forma significativa un comportamiento como es el adictivo que recibe a lo largo de todo el año tantos refuerzos. ¿Significa ello una descalificación global de estos programas específicos?. Pienso claramente que no, lo que ocurre es que los resitua y se condiciona su éxito a la adopción de una serie de medidas complementarias que influencien el entorno social. Ello se demuestra a las claras con la creciente eficacia de los cursos destinados a la disminución del uso del tabaco (ver bibliografía), que se están beneficiando de la reciente e inequívoca toma de posición del ambiente social en contra de dicho producto. El mismo enfoque puede pensarse que va a ser válido para el resto de las drogas, o sea que **cuando se consiga que el entorno social tenga un posicionamiento más firme y menos contradictorio que el actual frente a las otras drogas mejorarán espectacularmente los resultados conseguidos por los programas específicos de prevención.**

¿Qué se puede esperar entonces, dada la situación actual, de un programa preventivo específico como el aquí experimentado?. Desde el momento en que el programa no tenga acceso o no se conciba paralelamente con una manipulación del entorno social **los resultados conseguidos**, como decía antes, **van a ser forzosamente limitados y habrá que esperar a una actuación amplia e integral para verlos multiplicados.** Aún así tiene sentido experimentar con estos programas, pues lo que es difícil que ocurra en la práctica social es que de forma repentina y simultanea se pase de una situación en la que no se realice ninguna prevención a otra en la que se planifican acciones en los más diversos niveles. Se trata por consiguiente de empezar por algún lado y esperar que esta actuación desencadene otras al aumentar la conciencia sobre el problema.

Pero la realización práctica de estos programas específicos no termina a mí entender en este papel que asignabamos antes de concienciadores de la necesidad de una política preventiva global, pues **tienen en sí mismos un papel, que se debe investigar y medir**, que es lo que aquí hemos hecho. En efecto, **se plantea aquí conocer su eficacia en la reducción o el control del consumo, el aprendizaje de toma de decisiones, la mejora de la información correcta, la comparación de la actuación de los profesores con**

expertos ajenos al centro, la aceptación y la facilidad de desarrollo del curso por parte de los destinatarios alumnos y profesores, la ausencia de efectos contrapreventivos, etc.

Y esto es lo que se ha intentado hacer y se puede decir que se han conseguido algunos buenos resultados, mientras que se han insinuado tendencias positivas en otros casos. También se ha visto como los expertos ajenos al centro se han mostrado algo superiores a los otros impartidores del programa o sea los profesores. El grado de aceptación del programa ha sido alto y ha habido una ausencia de efectos contrapreventivos detectados.

Seguramente existen otros efectos positivos y negativos del programa que se produjeron y que no han sido medidos, bien porque no se ha pretendido hacerlo o bien porque cierto tipo de resultados son dificilmente mensurables. Me refiero por poner un ejemplo al efecto de mitificación o desmitificación de las drogas que haya podido resultar como efecto del curso, lo cual tiene que tener seguramente su influencia sobre futuros consumos. Y también me refiero a si ha tenido el curso consecuencias sobre la evitación de problemas y accidentes relacionados con el uso de drogas (no ya en evitar su uso), cuestión que según vários expertos debe considerarse prioritaria en un programa incluso por delante de la evitación de la experimentación (W.H.O., 1974; DORN, 1977). La respuesta a estas cuestiones depende muchas veces no del programa aplicado sino de la situación previa existente entre la población sobre la que se interviene.

La valoración global de la experimentación del programa debe considerar que se consiguieron -aunque de manera limitada- bastantes de las metas previstas. Seguramente estos resultados vendrían mejorados si se diese una actuación más amplia sobre el ambiente en el que se mueve el joven. Pero también creo que existen aspectos mejorables en cuanto al material del alumno y del profesor, que debe acondicionarse más a la toma de decisiones abandonando más el carácter informativo que poseen y se deben introducir más situaciones relacionadas con la toma de decisiones que simplemente las que tienen que ver con aceptar o rechazar un consumo determinado, como puede ser plantearse qué hacer con un amigo que se ha embriagado, cómo ayudar a un amigo consumidor, cómo preparar una fiesta, etc. Debe también conseguirse que en los colegios se respete la legislación vigente sobre consumo de drogas por parte de alumnos y profesores, así como tratar de que los padres se involucren más en el programa a desarrollar.

Concluyo con que en las circunstancias actuales sigue siendo valida la

utilización de programas específicos de educación sobre el uso de drogas, mientras paralelamente se diseñan estrategias más completas y más complejas con lo cual dejan de ser excluyentes lo que he denominado "solución europea" y "solución americana".

8. CONCLUSIONES GENERALES

Los aspectos desarrollados a lo largo de esta investigación sobre prevención escolar de la droga tienen que ver con asuntos aparentemente dispares, desde epidemiología del alumno y del profesorado hasta la experimentación de un programa de decisiones. Existen por tanto muchas conclusiones parciales que pueden ser consultadas al final de cada capítulo. En concreto para la cuestión de la revisión bibliográfica se puede acudir a las páginas 55 a 59; sobre el estado de los Equipos de Prevención en España ver páginas 69 hasta la 71; sobre epidemiología de los estudiantes las conclusiones van desde la página 175 a la 182; acerca del perfil del estudiante consumidor y del no consumidor páginas 204 y 205; en cuanto al estudio sobre el profesorado acudir a las páginas 217 a la 220; y las conclusiones sobre la experimentación del programa de prevención están consignadas de las páginas 337 a la 340.

Entiendo como conclusión global que los objetivos previstos de puesta al día por la población española de los diferentes niveles que constituyen un programa de prevención escolar de la droga (estudio bibliográfico, estudios epidemiológicos, etc) han sido conseguidos y en la discusión general que precede a estas conclusiones me extiendo en consideraciones sobre en que grado cada parte de la investigación ha podido ser desarrollada. Creo haber conseguido una reflexión y un acopio de datos que van más allá del trabajo experimental en sí mismo y que posibilitan el pensar en la implementación de otros programas tanto en Mallorca como posiblemente en otras partes del territorio estatal, al coincidir con los mios los resultados de investigaciones epidemiológicas realizadas entre la población estudiantil en otras regiones de España.

Resumo a continuación las conclusiones generales que me han parecido más pertinente consignar:

1.- **La revisión bibliográfica, a pesar de una amplia producción existente, muestra una gran inconsistencia en los aspectos metodológicos** de los trabajos de experimentación, así como se constata que existen **pocas lineas de investigación conclusas** por acumulación de evidencia.

Del análisis de la literatura se perfilan **dos orientaciones en la teorización y práctica de la prevención escolar de la droga que**

denomino "solución americana" y "solución europea", siendo la primera identificable con programas específicos de prevención y la segunda se superpondría con planteamientos más globales como es el caso de la "educación para la salud".

2.- La situación de la prevención de la droga en general y de la escolar en particular, más allá de declaraciones de principios, **ocupa en la práctica un lugar muy secundario con respecto al tratamiento** en los esfuerzos de los equipos que se dedican a estos menesteres.

3.- Del estudio epidemiológico de una muestra de 3.690 estudiantes de enseñanza media de Mallorca se desprende que **estamos ante una población de alto riesgo**, al encontrar un consumo alto de drogas legales así como un porcentaje alto de experimentación en ilegales, así como actitudes demasiado permisivas hacia el consumo.

4.- A partir de algunas variables que correlacionan significativamente, **se han logrado establecer los perfiles del alumno "no consumidor", del "consumidor de sólo drogas legales" y del "consumidor de legales e ilegales"** que parece interesante de cara a profundizar en hipótesis etiológicas y de comprender los sectores en que se divide la clase cara a entender la dinámica que un determinado programa preventivo puede establecer.

5.- Se realizó un estudio del profesorado de EGB y BUP de Mallorca a partir de una muestra significativa, mostrando **algunas contradicciones e insuficiencias que pueden explicar resistencias del profesorado a la hora de la necesaria colaboración para el desarrollo de un programa.** Por tanto, la implementación de cualquier programa debe tener en cuenta estas cuestiones si se quiere asegurar su realización.

Observamos en este sentido como cuestiones más significativas, el que con excesiva frecuencia prefieren confiar a profesionales ajenos al centro la realización de programas y que tienen una dificultad importante en asumir el papel de modelo de identificación que deben ser para los alumnos.

6.- A partir de **un diseño experimental del programa de prevención considerado correcto**, se han introducido cambios en la constitución de la muestra por cuestiones ajenas al experimentador

que han hecho perder fuerza experimental. Ello, no obstante, no parece invalidar el desarrollo de la investigación y de los resultados obtenidos.

7.- El curso impartido mostró buenos resultados en cuanto a la **ausencia de efectos contrapreventivos**, en el **aumento de la información** respecto al grupo control y en ser **bien aceptado por parte de alumnos y profesores.** Se consiguieron algunos logros en controlar el uso de drogas (menos consumo de marihuana, menos borracheras, etc).

Se alcanzaron algunos resultados en lo que se refiere a aceptación por parte del alumno de la existencia de influencias externas que condicionen nuestra conducta y en comprender la necesidad de medidas legales para el control del uso de las drogas legales e ilegales. En este grupo se clasifican también los resultados conseguidos en cuanto el aprendizaje de toma de decisiones y descenso del consumo.

No se registraron cambios significativos respecto al grupo control en cuanto a la intención de solicitar ayuda a fuentes institucionales (padres, profesores, médicos, etc) en caso de atravesar un problema de adicción.

8.- **El grupo experimental a cargo de especialistas ajenos al centro consiguió de forma limitada mejores resultados que el desarrollado por los propios profesores.** Esto despeja la duda a mí entender, sobre los supuestos efectos contrapreventivos del uso de especialistas, por lo menos en lo que a nuestro medio se refiere. No está, no obstante, justificado pensar en los especialistas en drogodependencias como administradores ordinarios de este tipo de cursos dado que la relación coste-eficacia no elimina la posibilidad de considerar al profesorado habitual como los elementos más idoneos. Pero no se ven inconvenientes que a efectos experimentales los especialistas intervengan en este tipo de cursos, lo cual puede ser incluso necesario pues he encontrado de gran valor vivir en primera persona la experiencia preventiva.

9.- **Es difícil implicar a los padres en este tipo de cursos**, aun cuando a tenor de la representación de ellos que acudían a las charlas coloquio que se organizaban como complemento del curso imperaban la desinformación, las solicitudes contradictorias y las estrategias equivocadas en la tarea de contención del uso de

drogas de los hijos. Es necesario por consiguiente mejorar la involucración y la responsabilidad de este sector de la población en las tareas preventivas.

10.- Se destacan como mejoras a introducir en un nuevo curso de prevención escolar respecto al actual, el insistir todavía más en la faceta de la toma de decisiones en la doble vertiente de mejorar el acercamiento del alumno a situaciones reales en las que se toman decisiones sobre conductas relacionadas con el uso de drogas, así como ampliando el repertorio de situaciones en las que hay que tomar decisiones; mejorando la preparación del profesor para impartir este tipo de cursos que por sus características de pedagogía activa y por las implicaciones ideológicas requieren mayor adecuación del profesor al curso. Se deben introducir cambios en el material del alumno que lo convierta en un instrumento más directo de acercamiento a la realidad la toma de decisiones. Por tanto, se puede y se debe seguir en la línea señalada por el presente curso objeto de este estudio, perfeccionándolo en los aspectos señalados.

11.- Aun cuando se consiga que gran parte de la información sobre drogas sea incluída dentro del currículum normal del alumno, destaco que ello no es suficiente para que el alumno haga uso de esta información y que por lo tanto modele su conducta respecto a las drogas. Junto a ello tienen todavía lugar y razón de ser técnicas o cursos puntuales que de forma directa intenten que el alumno se plantee el problema de las drogas y traten de influir sobre sus actitudes y comportamiento final.

12.- Dada lo abundante y trascendente información conseguida a través de los estudios epidemiológicos, de gran transcendencia para la prevención, se sugiere la utilidad de repetir periodicamente las encuestas sobre hábitos de consumo, información y actitudes, para así conocer las tendencias y las direcciones hacia las que se producen cambios bien espontáneos o en relación con campañas de prevención

8.BIBLIOGRAFIA.

AGUAR, C. y otros (1982) "Las drogas: familia y escuela. Unidad de Prevención". Instituto de Orientación Psicológica EOS, Madrid

ALEMANY, G. y otros (1983) "Eficacia de las técnicas dramáticas y de las charlas en la prevención del abuso de drogas en la escuela". Ponencia presentada a las **XI Jornadas de Socidrogalcohol-II Encuentro Vasco-Franceses**, San Sebastian.

ADVISORY COUNCIL ON THE MISUSE OF DRUG. (1984) **Prevention.** Her Majesty's Stationery Office, London.

ASHTON, H. y STEPNEY, R. (1982) **Smoking, Psychology and Pharmacology.** Tavistoc Publications, Londres.

AUSUBEL, D.P. (1974) "La psicología del fumador de marihuana" en Goode, E. **La adicción a las drogas en los jóvenes.** Ediciones Hormé, Buenos Aires.

BEDWORTH, A.E. y D'ELIA, J.A. (1973) **Basic of drug Education** Baywood Pulishing Company, New York.

BENZECRI, J.P. (1973) **L'analyse des correspondances**, Tomo II, **L'analyse des données**, Dunod, Paris.

BENZECRI, J.P. (1980) **L'analyse des correspondances**, Tomo I, **Pratique de L'analyse des données**, Dunod, Paris.

BERBERIAN, R.M. et al. (1976) "The effectiveness of Drug Education Programs: A Critical Review" **Health Education Monographs, Vol. 4 (4).**

BERGERET, J. (1982) **Toxicomanie et Personnalité.** Presses Universitaires de France, Paris.

BERGERET, J. (1984) **Précis des toxicomanies**, Masson, Paris.

BERGERET, J. (1984) "La personalité du toxicomanie" en **Précis des toxicomanies**, Masson, Paris.

BEWLEY, B.R. y BLAND, J.M. (1977) "Academic Performance and Social Factors Related to Cigarette Smoking by Schoolchildren", **British J. of Preventive and Social Medicine, 31**

BLANCO, F.; MENDOZA, R. y VEGA, A. (1979): "Técnicas de prevención de las fármacodependencias". En **Ponencias y comunicaciones de las VII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol.** Diputación Foral de Navarra. Pamplona, 1980.

BLOCK, R. R. y GOOMAN, N. (1978) "Illicit drug and consumption of alcohol, tobacco and over the counter medicines among adolescents". **Int. J. Addiction, 13,** 933-946

BOLDT, R.F. et al (1976) "A survey and assesment of drug related programs and policies in elementary and secondary schools" **Comunication research and Drug Communication,** Sage Publication, London.

BOTVIN, G. S. et al. (1980) "Prevention the onset of cigarette smoking through lifes skills training" **Preventive Medicine, 9 (1).**

BRAUCHT, G.N. et al (1973) "Drug Education. A review of goals, aproaches and effectiveness and a paradigm for evaluation" **Quart. J. Stud. Alch.,34.**

BROWN, E.H. (1975) "The effects of drug education programs on attitude change" **J. Drug Educ. Vol. 5 (1).**

BLUM, R.N. (1976) **Drug Education: Results and Recomendations.** Lexington Book, lexington.

BLUM, R.N. (1978) "Drug Education: Further Results and Recomendations" **J. Drug Issues, Vol. 8 (4).**

CALAFAT, A., AMENGUAL, M., FARRES, C., y MONSERRAT, M. (1982) **La Prevención de la Droga en la Edad Escolar,** Palma de Mallorca, Edita Comissió de Sanitat del Consell Insular de Mallorca.

CARITAS (1981) "La población española ante las drogas" **Documentación social Nº 42,** Madrid.

CASSWELL, S.: "The effect of Pretesting on evaluation a drug education program". **Journal Drug Education,** 1982, 12 (2), pp. 173-180.

CHEN, T. y WINDER, A.E. (1985) "Teachers Perceptions Related to smoking education between 1973 and 1982" **J. Drug Educ. Vol. 15 (2).**

CIT (1979) "Cuestionario sobre drogas" Barcelona (ciclostil).

COMAS, D. (1985) **El uso de drogas en la juventud.** Instituto de la Juventud. Ministerio de Cultura. Madrid.

COMITE RESTREINT D'EXPERTS SUR LA PREVENTION DE LA TOXICOMANIE (1981) "Rapport final" **Consejo de Europa.**

CONSEIL DE L'EUROPE (1984) **Comité Européen de Santé Publique. Comité-restreint d'experts sur la Prévention de la Toxicomanie. Rapport final.** Strasbourg.

COOMS, R.H. et al. (1984) "Parent training to prevent adolescent drug use: An educational model" **J. Drug Issues. Vol. 14 (2).**

CUMMINS, M.S. et al. (1975-76) "Reassessing the goal of drug education: Diversity of reference among teachers and students" **Drug and Alcohol Dependence, 1.**

DAVIDSON, F. et al (1980) "Les lycéens et les drogues licites et illicites" **INSERM**, Paris.

DE HAES, W y SCHUURMAN, S. (1975) "Results of an evaluation study of three drug education methods" **Int. J. Health Education, 18.**

DEMBO, R. y MIRAN, M. (1976) "Evaluation of Drug Prevention Programs by Youths in a Middle-Class Community" **The Int. J. Addiction. Vol. II (5).**

D.G.S.P. (1984) **Estudio de hábitos de consumo de alcohol de la población adulta española. Encuesta Icsa. Gallup. Diciembre 1980** Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA (1981) **La dependencia de las drogas.** Servicio de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid.

DICICCO, L. et al. (1983) "Teacher Training in Alcohol Education. Changes over three years" **J. Alcohol and Drug Educ. Vol. 29 (1).**

DORN, N. y THOMPSON (1975) "A comparison of 1973 and 1974 Levels of Experimentation with Illegal Drugs in Some Secondary Schools in England" ISSD, London.

DORN, N. (1976) **L'évaluation des programmes d'éducation relative aux problèmes liés à l'usage des drogues. Problèmes posés et résultats atteints en Europe.** (Rapport d'une réunion du Groupe d'étude sur l'évaluation des programmes éducatifs et des politiques relatifs aux drogues en Europe, Londres, 8-11 septiembre 1975). UNESCO, Paris.

DORN, N. (1982) "Facts and Feelings about Drugs but Decisions about situations" ISDD, Londres.

DORN, N., THOMPSON, A. y HVIDTFELDT, K. (1977) **The DEDE project.** HEC and ISDD, Londres.

EISEMAN et al. (1984) "M.D.A. A multidisciplinary Aproach for teacher effectiveness training in drug education" **J. Drug Educ. Vol. 14 (4).**

ELKIN, A.R. (1971) "One psychiatrist's view of Drug Education" **J. Drug Educ. 1.**

FARRES, C. (1986) "La situación en nuestro país" en **XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Ponencias y comunicaciones.** Comisión Organizadora de las Jornadas. Palma de mallorca.

FIMIAN, M.J. et al. (1985) "Substance Abuse and Teacher Stress" **J. Drug Education. Vol. 15 (2).**

FISHBURNE, P. et al. (1980) **"The national survey on drug abuse: main findings 1979"** V. S. Government Printing Office, Washington.

FRENCH, J.F. (1983) "Working with evaluators. A guide for Drug Abuse Prevention Programs Managers" **NIDA, Maryland.**

GARCIA SANCORNELIO, A. (1986) **Los niños y el tabaco** y **Los niños y las bebidas alcohólicas.** Publica D.A.K. Gobierno Vasco. Bilbao.

GIBBI, N.S. et al. (1975) "Research advances in Alcohol and Drug Problems" **Addiction Research Foundation Vol. II,** John Wiley and sons, Toronto.

GILLIES, P.A. y WILCOK, B. (1984) "Reducing the Risk of smoking among the Young" **Publ. Heath, 98.**

GOODSTAD, M.S. (1974) "Myths and Methodology in Drug education: A Critical Review of the Research Evidence" en **Research on Methods and Programs of Drug Education,** Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto.

GOODSTADT, M.S. (1979) "Alcohol and other drug education. Alternative evaluation, designs and techniques" **Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation,** Toronto.

GOODSTADT, M.S. (1980) "Drug education. A turn on or a turn off?" **J. Drug Education**

GOOS, C. (1985) "Prevención: puntos de vista para la consecución de una política preventiva para la salud" en **Las Toxicomanías. Prevención, asistencia y reinserción social.** Cruz Roja Española. Madrid.

Grup de Treball sobre Drogodependencies. (1982). **Enquesta sobre el consum de drogues a Catalunya.** Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Barcelona.

GRUPO DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL ALCOHOLISMO Y DEL TRAFICO Y CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES (1975): "Memoria". **Revista de Sanidad e Higiene Pública XLIX** (5-6) pp. 409-573.

HAMMARLUND, E.R. (1979) "Delayed Post-Course Evaluation by Educator-Student of a Long-Standing College Drug Education Course" **J. Drug Education.**

HARVEY, W.M. (1984) "The emergence of multicultural Drug Abuse Prevention Programming" en **Prevention Networks,** Winter 1984-85, NIDA, Rockville. Maryland. U.S.A.

HEALTH EDUCATION COUNCIL (1977) **Summary of recent research findings on drug education.** Health Education Council, London.HURD, P.D. et al. (1980) "Prevention of cigarette smoking in seventh grade students" **J. Behavioral Medicine. 3 (1).**

INFORME DEL GRUPO DE EXPERTOS SOBRE REDUCCION DEL USO INDEBIDO DE DROGAS (1983) **Boletín de estupefacientes, 35 (3).**

INGOLD, R. y OLIEVENSTEIN, C. (1983) "Conclusiones preliminares de una encuesta epidemiológica sobre toxicomanias en Paris". **Boletín de Estupefacientes 35**

INSTITUTE FOR THE STUDY OF DRUG DEPENDENCE (1982) **Drugs in Health Education: Trends and Issues**, ISDD, London.

KANDEL, D. B., ADLER, I. y SUDIT, M. (1981) "The Epidemiology of Adolescent Drug use in France and Israel" **America J. of Public Health, 71 (3)**

KENNEY, P.W. (1978) "Propective Teachers Attitudes toward Alcohol Education" **J. Alc and Drug Educ. Vol 24(1).**

LEBART, L. MORINEAU, A. (1982) **SPAD: Systeme Portable pour I'analyse des Données** Celsia

LEBART, L. MORINEAU, A. y TABARD, N. (1977) **Techniques de la description statistique.** Dunod, Paris.

LEDERMANN, S. (1956) **Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social,** Presses Universitaires de France, Paris.

LEDERMANN, S. (1956) **Alcohol, alcoolisme, alcoolisation,** Presses Universitaires de France, Paris.

LINBLAD, R. A. (1983) "Estudio sobre el movimiento de padres contra el uso indebido de drogas en los E.U.A., **Boletín de Estupefacientes,** 35 (3).

MAUSNER, B. y PLATT, E. S. (1971) **Smoking: A Behavioral Analysis.** Pergamon. New York.

McCLEAF, J. y COLBY, M.A. (1975) "The Effects of Students' Perceptions of a Speaker's Role on their Recall of Drug facts and their opinions and Attitudes about Drug" **J. Educ. Research. 68 (10).**

McCORD, W. y McCORD, J. (1960) **Origins of alcoholism.** Stanford University Press, Stanford.

McCORD, W. y McCORD, J. (1962) "A longitudinal study of the personality of alcoholics" en PITMAN, D. J. y SNYDER, C. R. Edits. **Society, culture and drinking patterns,** Nueva York, Wiley

MENDOZA, R. y VEGA, A. (1978)"La educación sobre drogas en el centro escolar". **Drogalcohol,** III (1), pp. 2-19.

MENDOZA, R., VEGA, A. y SAGRERA, I. (1978): "Actividades de educación en materia de drogas llevadas a cabo por centros sanitarios españoles", (Comunicación a las VI Jornadas Socidrogalcohol. Las Palmas, septiembre 1978). **Drogalcohol.** 1980, V (4).

MENDOZA. R. (1979) "Questionari sobre drogues" ICE, Barcelona (ciclostil)
MENDOZA, R. (1980) "Model de questionari a les xerrades a classes sobre drogues del curs d'educació sobre les drogues d'abril-maig 1980" Col-legi de Metges de Barcelone (ciclostil)
MENDOZA, R. y VEGA, A. (1980) **El papel del educador ante el problema de la droga** Edit. Pablo del Rio. Madrid
MENDOZA, R. (1980): "Propuesta para la formación en fármacodependencia de los maestros y otros educadores" (Ponencia a las Jornadas para la Unificación de Criterios en la Educación sobre las Drogas. Barcelona, octubre 1980). **Drogalcohol. V.**
MENDOZA, R. (1984): "Prevention of drug abuse among students: a Spanish approach". **Impact of science on society.** (133). pp. 97-10g.
MENDOZA, R. (1985): Conferencia dictada en las Jornadas sobre la prevención de las Drogodependencias: Experiencias en diferentes países. Barcelona, 6, 7 y 8 de Junio de 1985.
MENDOZA, R. y SOLER INSA, P.A. (1981) "Prevención sanitaria y social de la toxicomanías por drogas no institucionalizadas". En FREIXA, F., SOLER INSA, P.A. y Cols.: **Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario.** Ed. Fontanella, Barcelona.
MENDOZA, R. y SALVADOR, T. (1983) **La cometa de seis puntas.** Barcelona.
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1985). **Plan Nacional sobre Drogas.** Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
MINISTER OF SUPPLY AND SERVICES CANADA (1976) **The Hole in the Fence.**Otawa, Canada.
MOSKOWITZ, J. et al. (1982) "Process and outcome evaluation in primary prevention: The Magic Cicle program" **Evaluat. Res. 6.**
MOSKOWITZ, J. (1983 a) "Preventing Adolescent Substance Abuse Through drug Education" en **Preventing Adolescent Drug Abuse** NIDA Research Monograph nº 47, Rockville, Maryland.
MOSKOWITZ, J. et al. (1983 b) "Evaluation of a junior high school primary prevention program" **Addictive behaviors, Vol. 8.**
MOSKOWITZ, J. (1983c) "Preventing Adolescent Substance Through Drug Education" en **Preventing Adolescent Drug Abuse,** NIDA Research Monograph, 47, Rockville, Maryland.
MOSKOWITZ, J. (1984) "An Experimental Evaluation of a Drug Education Course" **J. Drug. Educ. Vol. 14 (1).**

NILSON-GIEBEL, M. (1980) "Survey on school and out of school programmes of education for youth concerning the problems associated with the use of drugs in the Federal Republic of Germany" UNESCO.

NOWALK, D. (1969) "Innovations in drug education" **J. Sch. Health. Vol. 4.**

O'CONNELL, D. L. et al (1981) "Cigarette smoking and drug use in schoolchildren" **Int. S. Epidemiology,** 10, 3

OLIEVENSTEIN, C. (1983) **Destin du toxicoman.** Librairie Fayard, Paris.

OMS (1973) **Serie de Informes Técnicos nº 526,** OMS, Ginebra.

OÑATE, P. (1984): **Prevención de las Toxicomanías y Educación.** Dirección General de Acción Social-Cruz Roja Española. Madrid

OUGHOURLIAN, J. M. (1977) **La personalidad del toxicómano,** Herder,Barcelona.

PATTON, M. (1979) "Evaluation of program implementation" en **Evaluation Studies Review Annual Vol. 4** Beverly Hills: Sage Publications.

PICKENS, K. (1985) "Drug Education: The effects of giving information" **J.Alc. and Drug Educ. vol.30(3).**

RANDALL, D. y WONG, M.R. (1976) "Drug Education to date: A review" **J. Drug Education 6 (1).**

REUNION DE EXPERTOS SOBRE LA COORDINACION DE LA SALUD ESCOLAR Y LA EXTRA-ESCOLAR RELATIVAS A LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE DROGAS (1980) "Las tendencias del consumo de drogas y la educación preventivas en los países industrializados". UNESCO.

ROBINS, L. N. DARVISH, H. S. y MURPHY, G. E. (1970) "The long-term outcome for adolescent drug-users: a follow-up study of 76 users and 146 non-users" en ZUBIN, J. y FREEDMAN, A. ed. **Psychopathology of Adolescence,** Grune Stratton, Nueva York.

RODRIGUEZ-MARTOS, A. (1977) "Nivel de información que poseen diversas poblaciones muestrales" **Drogalcohol** 2 (4).

RODRIGUEZ-MARTOS, A. (1978) "Estudio epidemiológico del consumo de alcohol en la población infantil de Barcelona y provincia" **Rev. Dept. Psiq. Fac. Medic Barna Vol. V** nº1

RODRIGUEZ-MARTOS, A. y FERNANDEZ HUERTAS, J.M. (1976) "Estudio orientativo acerca del consumo alcohólico por parte de una población muestral escolar de Barcelona y provincia" **Revista de Psicología general y aplicada** nº 141 y 142

ROSE, S.E. y DUER, W.R. (1978) "Drug Alcohol Education: A new aproach for schools" **Education. 99(2).**

ROSE, M. et al (1984) **Family life skills training for drug abuse prevention.** National Institute on Drug Abuse, Rockville, Maryland, U.S.A.

ROUNSAVILLE, B. J. et al. (1982) "Pathways to Opiate Addiction: An Evaluation of Differing Antecedents". **Brit. J. Psychiat., 141,** Pags. 437-446.

RUSSELL, M.A.H. (1971) "Cigarette Smoking: Natural History of a Dependence Disorder". **British J. of Medical Psychology, 44,** Pags. 1-16.

SAODAP (1973) "Right Next Door: An ideabook for community leaders". Washington.

SCHAPS, E. et al (1976) **Primary Prevention Research: A Preliminary Review Of Program Impact Studies.** Pacific Institute for Research and Evaluation, Walnut Creek, California.

SCHAPS, E. et al. (1981)"A review of 127 drug abuse prevention program evaluations", **J. of Drug Issues, winter.**

SCHAPS, E. et al. (1984) "A process and outcome evaluation of an affective teacher training primary prevention program" **J. Alcohol and Drug Educ. 29 (3).**

SECRETARIA DE LAS NACIONES UNIDAS (1983) "Medidas preventivas y de tratamiento encaminadas a reducir el uso indebido de drogas: resumen de las respuestas a un estudio de programas nacionales". **Boletín de estupefacientes, Vol. 35 (3).**

SHEPPARD, M. A. et al (1985) "Drug Education: Why we have so little impact" **J. of Drug Education, vol. 15 (1)**

SHERMAN, R. E. et al (1984) "An evaluation of the ADE program: A teacher training strategy in Alcohol and Drug Education" **J. Alcohol and Drug Educ. Vol. 30 (1).**

SCHUCKIT, M. A. y RUSSELL, J. W. (1983) "Clinical Importance of Age at First Drink in a Group of Young Men". **Am J. Psychiatry, 140** (9), Pags. 1221-1223.

SKOG, O. J. (1977) "On the distribution of alcohol consumption" en **The Ledermann curve,** London, Alcohol Education centre.

SLAVEN, T. M. (1980) "Evaluating professsional education in drug use abuse" **J. Drug Education Vol. 10 (4)**

SMART et al. (1980) **Méthodologie pour les enquétes sur l'usage des drogues chez les étudiants** OMS, Genéve

SMART, R.G. y FEJER, D. (1974 a) "Drug Education: Current Issues. Future Directions" **Program Report series nº 3.** Addiction Research Foundation,

SMART, R. G. y FEJER, D. (1974 b) "The effects of high and low fear messages about drugs" **J. Drug Education, Vol. 4 (2).**

SMITH, G. M. y FOGG, C. P. .(1979) "Psychological antecedents of teen-age drug use" en SIMMONS, R. G. **Research in community and mental health.** Connecticut, Jai Press.

SOLER INSA (1979) "Información, Actitudes y consumo respecto a las drogas de una población estudiantil barcelonesa de grado medio" **Rev. Dept. Psiq. Fac. Med. Barna.** Vol. 5 nº 3

SUAREZ, J.; DOVAL, L. (1984) "Los profesores gallegos de Educación General Básica, ante el problema del tabaco". **Tribuna médica. Núm. 1.049.** Pág. 4SPSS Inc. (1983) **SPSS User's Guide.** McGraw-Hill.

STACKER, K. H. y BARTMANN, U. (1977) **Psicología del fumar,** Barcelona, Ed. Herder.

STEPHENS, R.C. (1979) "Drug abuse prevention Programs" **The International J. Addictions, Vol. 14 (3).**

SWISHER, J.D. (1974) "The effectiveness of Drug Education: Conclusion Based on Experimental Evaluations" en **Research on Methods and programs of Drug Education** Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto.

TORRES, M. A. (1986) **"Las drogas entre estudiantes de bachillerato de la provincia de Valencia"** Institució Valenciana d'Estudis i Investigació, Valencia.

UNESCO (1973) "Report of Meeting on Education in More Developed Countries to prevent Drug Abuse", Paris.

VALERIO, E. (1984) "Costa Rica, Utilización del programa escolar de prevención del alcoholismo, 1979-1982" **Drogalcohol Vol. IX (1).**

VARO, J.R.; URZAINQUI, M.; CORTAIRE, R. (1983) "Evaluación de la información sobre las drogas en un grupo de profesores de E.G.B." **Drogalcohol. Vol. VIII. Núm. 4** Pags. 175-186

VARO, J.R. et al. (1983) "Uso de drogas" en **Encuesta sobre la juventud de Navarra,** tomo III, Pamplona, Fundación Bartolomé de Carranza.

VARO, J. R. et al. (1985) **"El consumo de drogas en la Rioja"** Edita Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Zaragoza. Aragón y Rioja.

VEGA, A. (1983) **La droga a l'Escola.** Ediciones CEAC. Barcelona.

VEGA, A. (1984) **los maestros y las drogas.** Edics. Mensajero, Bilbao.

VESNOSKA, J. (1983) **Parents Groups Conference addresses youth issues.** NIDA Information and Feature Service, Rockville, Maryland.

VUYLSTEEK, K. (1979) **Health Education: smoking, alcoholism, drugs.** WHO. Copenhagen.

VUYLSTEEK, K. (1984) "Toxicomanie et prévention primaire" en **Précis des toxicomanies**, Masson, Paris.

WALSH, D. (1982) **Alcohol related medicosocial problems and their prevention** WHO, Copenhagen.

WEAVER, S.C. y TENNANT, F.S. (1973) "Effectiveness of drug education programs for secondary school students" **Am.J.Psychiatry, 130(7).**

WEISHEIT, R.A. (1983) "The social context of Alcohol and Drug Education: Implications for Programs Evaluations" **J. of Alcohol and Drug Educ. Vol. 29 (1).**

WELTE, J.W. y BARNES, G.M. (1982) "The relationship between alcohol use and other drug use among New York State College students". **Drug Alcohol Dependence, 9,** Pags. 191-199.

WEPNER, S.F. (1979) "Wich way drug education?" **J. Drug Education Vol. 9 (2).**

WHO (1974) Expert Committee on Drug Dependence, Twentieth Report, Technical Report Series No. 551, WHO, Genero.

WILLIAMS, R.E. et al. (1985) "The persistence of experimentally induced cognitive change: A reflected dimension in the assessment of drug prevention programs" **J. Drug Education, Vol. 15 (1).**

ZIMERING, S. (1974) "Health and Drug Education-How effective?" **J. Drug Educ. Vol. 4 (3).**